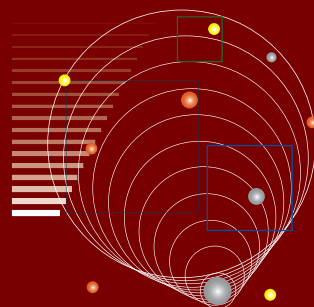


Meghívó



A Magyar EgészségÜGY Tudományos Bizottsága
tisztelettel meghívja Önt

A magyar egészségÜGY
Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép
című tudományos konferenciára

Időpont:

2010. október 14. (csütörtök) 9.00-14.00

Helyszín:

Magyar Tudományos Akadémia Székháza

Felolvasóterem

(Budapest V. Roosevelts tér 9.)

A TUDOMÁNYOS PROGRAM

A konferencia fővédnöke: **Dr. Fellegi Tamás és Prof. Dr. Réthelyi Miklós**

A konferencia védnökei: **Dr. Mikola István és Prof. Dr. Tulassay Tivadar**

8.00–9.00

Welcome és regisztráció

Konferencia elnöke:

Prof. Dr. Kopp Mária, *Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, tudományos igazgatóhelyettes*

9.00–9.15

Köszöntő: Dr. Szócska Miklós

„A magyar egészségügy, Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép” című szakkönyv ünnepélyes átadása

9.15–9.35

Bevezető előadás

Prof. Dr. Ádány Róza, *Debreceni Egyetem, Megelőző Orvostani Intézet, intézetvezető egyetemi tanár*

9.35–10.05

Egészségügyi döntéshozók véleménye a magyar egészségügyi rendszerről és annak átalakítási módjáról

Dr. Lantos Zoltán, *GfK Hungária Piackutató Intézet, ügyfélkapcsolati igazgató, cégvezető*

10.05–10.25

A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése

Prof. Dr. Orosz Éva, *ELTE, Társadalomtudományi Kar, Közgazdaságtudományi Intézet, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék, tanszékvezető*

10.25–10.55

Az állam és a magánoldal: közösségi és magánforrások (public-private mix) szerepvállalása az egészségügyi szektorban

Dr. Boncz Imre, *Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, tanszékvezető egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, címzetes egyetemi tanár*

10.55–11.10

Kávészünet

11.10–11.30

Eredményalapú forrásallokáció: lehetőségek és gyakorlati példák

Dózsa Csaba, *Budapesti Corvinus Egyetem, címzetes docens*

11.30–11.50

Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz

Dr. Vitrai József, *EgységMonitor Nonprofit Közhasznú Kft., ügyvezető igazgató*

11.50–12.10

A co-payment (beteg által fizetett díj a közfinanszírozású egészségügyi ellátásokért) szerepe és alkalmazásának lehetséges területei

Dr. Simon Judit, *Budapesti Corvinus Egyetem, Marketing és Média Intézet, igazgató*

12.10–12.40

Krizishelyzet a humán erőforrás gazdálkodásban, és a hálapénz-rendszer diktatúrája

Dr. Balázs Péter, *Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, igazgatóhelyettes*

12.40–13.00

Innovatív egészségügyi technológiák fejlesztési és befogadáspolitikai kérdései

Dr. Kaló Zoltán, *Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont, igazgató, Syreon Kutató Intézet, ügyvezető igazgató*

13.00–13.10

A szakkönyv szerkesztőjének zárszava

Dr. Bodrogi József, *Budapesti Corvinus Egyetem, egészségügyi közgazdász*

13.10–14.00

Ebéd

A tudományos konferencia támogatója: az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM).

A konferencia zártkörű, az azon való részvételhez előzetes regisztráció szükséges és a meghívottak számára díjmentes. A résztvevőket megajándékozzuk a Semmelweis Kiadó gondozásában megjelent tudományos szakkönyvvel, mely a konferencia előadásainak publikációját tartalmazza. Emellett bemutatja a hazai egészségügy 165 döntéshozójának véleményterképét az egészségügyi rendszer fő kérdéseivel kapcsolatosan.

Kérjük részvételi szándékát írásban az info@aipm.hu címen jelezze név, beosztás, intézmény és elérhetőség megjelölésével. A konferencia részleteiről, a parkolási lehetőségről a www.igy.hu honlapon tájékozódhat.

További információ: 250-4876

„Aki nem próbálja meg a lehetetlent, az a lehetségest sem fogja elérni soha.”

Goethe

3. **Eredményalapú forrásallokáció: lehetőségek és gyakorlati példák**

írta: Dózsa Csaba

BEVEZETÉS

A tanulmány kiemelt célja annak bemutatása, hogy a közfinanszírozott egészségügyi rendszerekben – kiemelten az Európai Unióban és különösen Magyarországon –, milyen alkalmazási lehetőségei vannak az eredményalapú forrásallokációnak. A tanulmány első fejezetében az egészségügyi rendszerek alapjaitól indulunk ki. Vázlatosan bemutatjuk, hogy melyek az egészségügyi rendszerek forrásteremtésének főbb lehetőségei, milyenek a tipikus központi forráselosztási, allokációs mechanizmusok, melyek a leggyakrabban alkalmazott szolgáltatói finanszírozás technikái. Ezek milyen elveket követnek, milyen ösztönző hatásokat fejtenek ki a szolgáltatók magatartására, valamint milyen előnyökkel, hátrányokkal járnak. Ehhez szorosan kapcsolódva megvizsgáljuk, hogy az egyes finanszírozási típusok milyen viszonyba hozhatók az eredményesség alapú forrásallokációval.

A következő fejezetben szisztematikusan áttekintjük, hogy az eredményesség alapú forrásallokációnak milyen szabályozási feltételrendszere van, illetve milyen egészségpolitikai környezet kedvez az alkalmazásához. Ennek kapcsán kifejtjük, hogy az eredményalapú allokációs mechanizmus a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika egyik kiemelt eszközrendszerét jelentheti, mely igényli a stratégiai megközelítést, a programok több éven át tartó monitorozását. Az allokációs mechanizmusok vizsgálatában ugyanakkor vissza kellett nyúlnunk az eredményesség valamint a hatásosság (effect, outcome, effectiveness, efficiency) fogalmának magyarázatához.

Az eredményesség alapú forrásallokáció egyik ágaként külön bemutatjuk a feltételes finanszírozás/támogatás már több országban is alkalmazott gyakorlatát. Ez az allokációs és finanszírozási technika a szigorodó költségfékentartó politikák közepette is igyekszik az eredményességet, minőséget, hatékonyságot szolgálni a közvásárló(k) és a szolgáltatók/termékgyártók-forgalmazók közötti pénzügyi kockázatok megfelelő megosztásával.

I. FORRÁSTEREMTÉS ÉS ALLOKÁCIÓ AZ EURÓPAI EGÉSZSÉG- ÜGYI RENDSZEREKBE

1. Forrásteremtés – funding

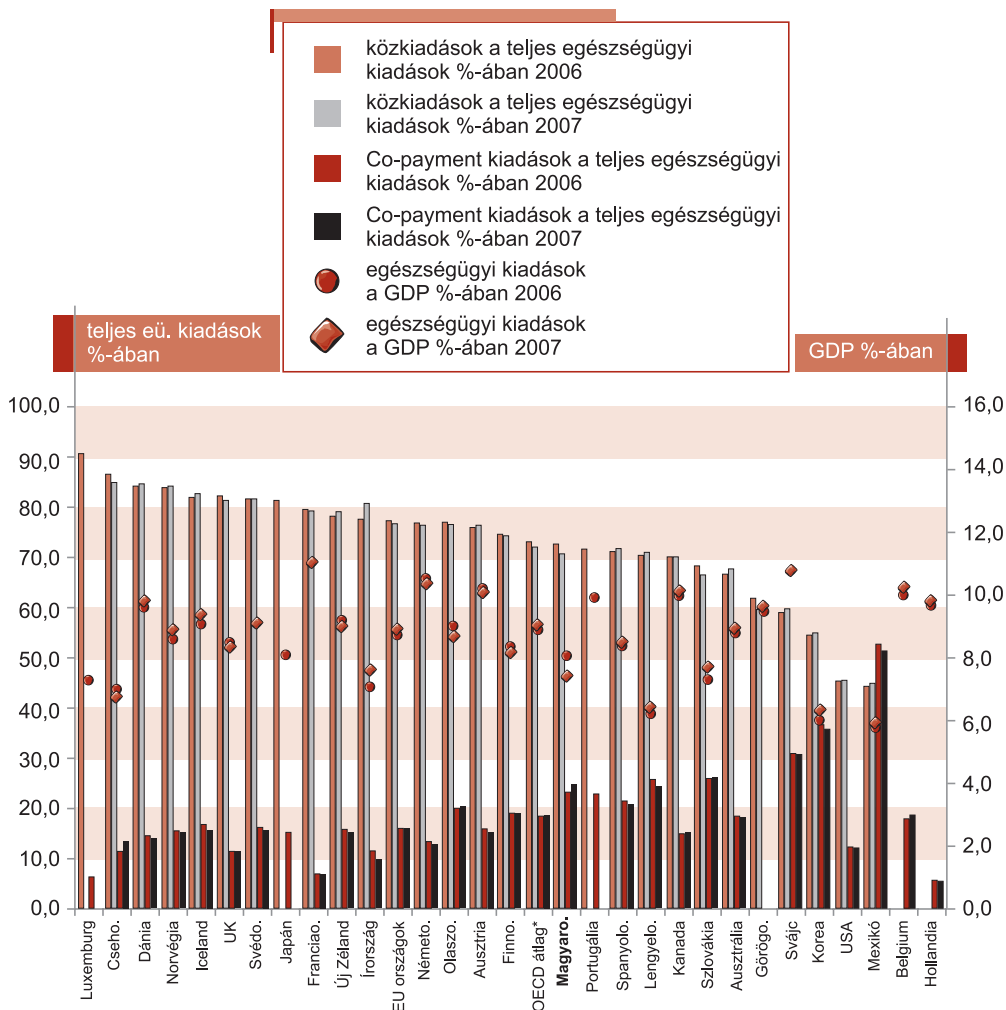
Ebben a fejezetben kiindulásként vázlatos áttekintést adunk az egészségügyi rendszerek finanszírozásának típusairól. Majd áttekintjük az allokációs mechanizmusokat, a közpénzek útját az egészségügyi rendszerekben, megjelölve azokat a kapcsolatrendszereket, amelyekben az eredményességet, mint szempontot érvényesíteni lehet. Elemzésünket a makrofinanszírozási és elméleti témakörökkel kezdjük, melyek meghatározzák az eredményesség alapú forrásallokáció alkalmazásának lehetőségét. A fejezet későbbi részében – konkrét példákkal illusztrálva – áttekintjük az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának típusait, az ösztönzés mechanizmusait és a kockázatmegosztás modelljét.

A tanulmányban kiemelten a **közfinanszírozott egészségügyi rendszerrel** foglalkozunk, egyrészt a területi korlátok miatt, másrészt mivel a magánszektor esetében csak korlátozottan állnak rendelkezésre információk, nincsen olyan teljes körűnek tekinthető adatbázis, mint a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók esetében, ahol ezen információrendszer megléte a szolgáltatások közfinanszírozásának alapját képezi. Érdekes kérdés lehet ugyanakkor a jövőre nézve, hogy a magánfinanszírozásban, a kiegészítő és magán biztosítási, vagy előtakarékosági rendszerekben szintén megjelenik-e az eredményesség, mint kiemelt allokációs szempont.

Az egészségügyi rendszerek nemzetközi összehasonlításának egyik kiemelt területe a **forrásteremtés, finanszírozás módja** (funding vagy financing). A European Observatory on Health Care Systems and Policies külön tanulmánykötetében tekinti át az egészségügyi rendszerek forrásteremtésének főbb típusait és azok jellemzőit (Mossialos, Dixon, Figueras and Kutzin, 2002). Ebből a szempontból Európában alapvetően két fő típust különböztetnek meg. Az adókból finanszírozott és alapvetően állampolgári jogon járó *nemzeti egészségügyi szolgáltatókat*, mely rendszerek jellemzője, hogy az allokációnak több szintje jelenik meg: az országos, nemzeti szint, valamint a regionális, tartományi, megyei szint (jellemző országpéldák: a skandináv országok - Svédország, Finnország; az Egyesült Királyság és az erősen decentralizált spanyol és olasz egészségügyi rendszerek). A másik típus a munkáltatói és munkavállalói járulékokból finanszírozott *társadalombiztosítási rendszerek* (jellemző országpéldák: Németország, Ausztria, Belgium, Magyarország). Ezekben belül is elkülöníthetők a jellemzően versengő több-biztosítós modellt érvényesítő országok (Németország, Hollandia, Csehország vagy Szlovákia) és az inkább ágazati és/vagy területi elvet követő biztosítási rendszerek (Ausztria, Belgium), valamint a centralizált biztosítási modellek (Magyarország, Szlovénia, Észtország).

Az elmúlt évtized jellegzetessége, a **két rendszer egyes jellemzőinek konvergenciája**, melyet több szempontból is tapasztalhatunk (López-Casasnovas, 2009). Ilyenek a felelősség és a pénzügyi kockázat „áttolása”, áthárítása a szolgáltatók felé, együttesen a nagyobb klinikai autonómiával és a betegek növekvő választási jogával. Ez utóbbinak a finanszírozásban a „pénz kövesse a beteget” elv érvényesítése, vagyis a tevékenység alapú finanszírozás, Case Mix kiigazítások felelnek meg leginkább. Együttes jellemző még, hogy a közfinanszírozott egészségügyi rendszereknek egyre inkább kell fókuszálniuk az egyes **rendszerelemek költség-hatékonyágára**, hogy **maximálni** lehessen a teljes **egészségnyereséget**.

Mind a két rendszerben növelik a magánfinanszírozás arányát, hogy elősegítsék az egészségügyi rendszerek növekvő költségeinek egyensúlyban tartását. Az ellátórendszerben közös cél az alapellátás kapuőri (gate-keeper) szerepének erősítése. Ezzel együtt zajlik a hagyományos kórházi ellátás kiváltása korszerűbb és költséghatékonyabb megoldásokkal, mint az egyenapos sebészet, otthoni szakápolás, krónikus betegek gondozási programjai (chronic disease management – CDM). Közös célnak tekinthetjük az equity-t, a közfinanszírozás egységes kiterjedését, az alap kockázatközösség megerősítését.



3.1. ábra

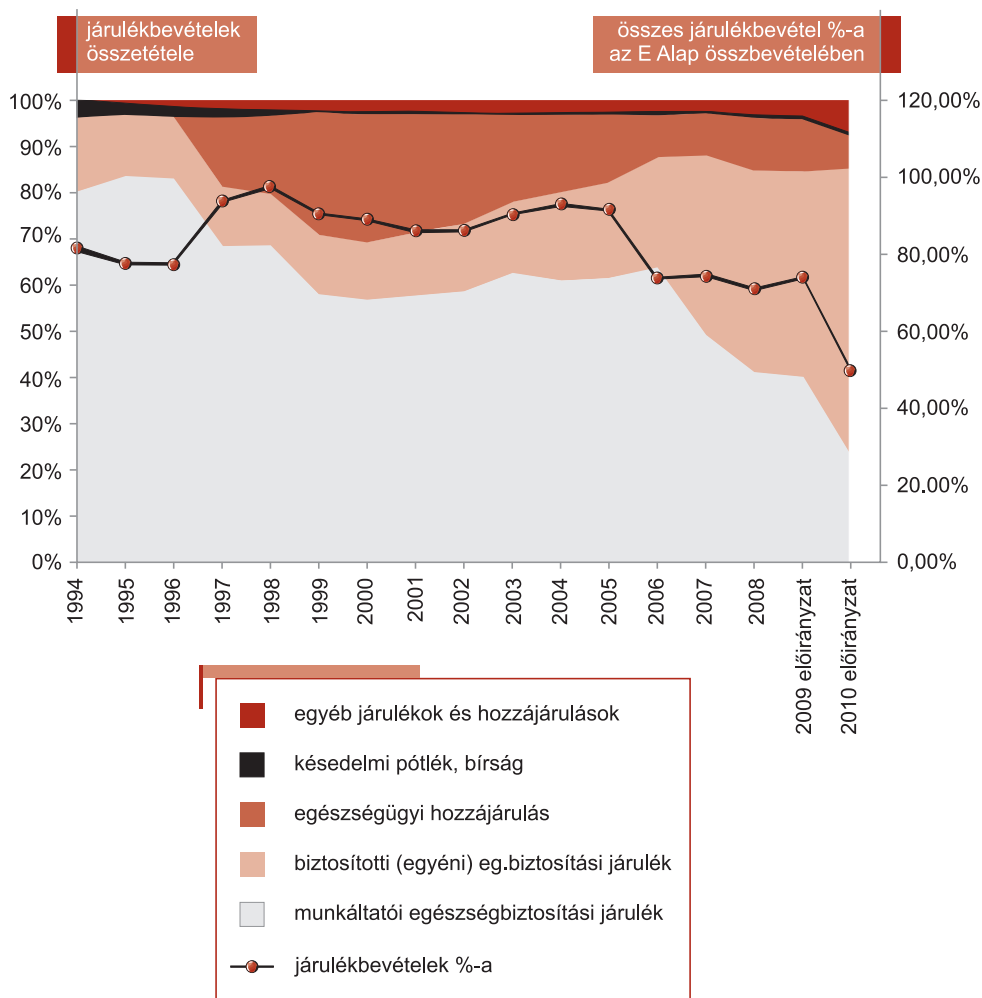
Az egészségügyi közkiadások aránya a GDP %-ában az OECD országokban, 2006-2007 (legutolsó elérhető év)

*az átlagok számításánál nem vettük figyelembe azokat az országokat, melyek nem közölték adatot az adott évre

Forrás: OECD Health Data 2009

Mind a két rendszer egyre inkább elismeri az egészségügyi szolgáltatók szervezeti autonómiáját, alap(ítvány)ok, részvénytársaságok, szövetségek, konzorciumok, kft-k, közvállalatok formájában. Akár egyfajta „globális menedzsment trendről” is beszélhetünk, a szervezetek integrációjáról, a (virtuális) holding szervezetek terjedéséről van szó. Ezek elsődleges célja az adott terület magasabb szinten koordinált betegút-szervezése, menedzselése, amely révén az egészségnyereség fokozható. Alapvetően ehhez illeszkedik meghatározott méretű populáció szintjén az egészségügyi ellátással való lefedés biztosítása, amely finanszírozási megoldása a kockázatokkal kiigazított fejkvóta.

Tanulmányunk szempontjából a fő kérdés az, hogy: az allokáció hány szinten valósítható meg? Melyik az a döntéshozói szint, amelyik képes az eredményességet, mint kiemelt szempontot integrálni az allokáció mechanizmusába?



3.2. ábra

A járulékbételek alakulása Magyarországon

Forrás: Finanszírozási adatok ESKI feldolgozásban

További kiegészítő szempont az is, hogy az egyes egészségügyi rendszerekben milyen a **magán és közfinanszírozás aránya, és mekkora az újraelosztható közforrás**.

A tanulmány szinte kizárólag csak a közfinanszírozás rendszerelemeivel és adataival foglalkozik. A magánkiadások egy része piaci mechanizmusok által kontrollált (pl. fogászat, szülészeti-nőgyógyászat, OTC gyógyszerfogyasztás), ahol a fogyasztók közvetlen visszajelzéseket kapnak az ellátások, terápiák hatékonyságáról és eredményességéről (szuvas fogak megőrzése, tömések stabilitása, fogpótlások szépsége és erőssége, orrplasztika eredménye, arcplasztika szépsége, stb.).

Az eredményesség mérésének ott van nagyobb jelentősége, ahol ez a fajta piaci, fogyasztói kontroll nem vagy csak nagyon kis mértékben (torzítások által) tud érvényesülni. Amikor nagy az aszimmetria az orvos és a beteg között (Donaldson, 1992, Nagy, Dózsa, 2004). Ezek általában a közfinanszírozott egészségügyi ellátások területei. (3.1. ábra)

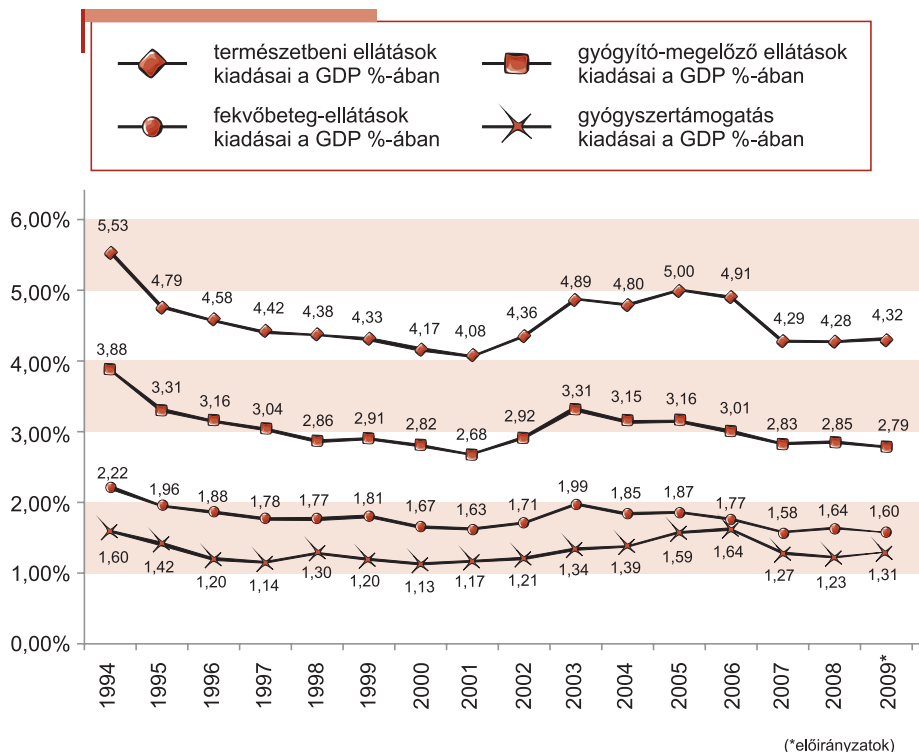
Az OECD adatok alapján (lásd még 1. Melléklet) Magyarországon az egészségügyi közkiadások aránya az OECD országok átlaga (70-72%) körül mozog, azonban a GDP %-ában mért egészségügyi kiadások tekintetében még mindig az átlag alatt teljesít: míg az OECD tagállamok körében illetve EU viszonylatban is a GDP 9%-a körüli összeget fordítanak az egészségügyre, Magyarországon 1,3-1,5 százalékkal kevesebbet, melyből az E. Alap természetbeni ellátási kiadásai nem érik el a GDP 5%-át.

A forrásokon belül érdekes átrendeződés zajlik hazánkban is: egyre inkább nő a központi költségvetés adóból származó finanszírozási hányada. Ezzel együtt csökkent le nagymértékben az egészségbiztosítási járulék mértéke (a 2004-es 19,5%-ról 11%-ra, majd 2009-es 5%-ra), 2010-re megszűnt az egészségügyi hozzájárulás (EHO), és az egyéni egészségbiztosítási járulék mértéke pedig növekedett (lásd 2. Melléklet). (3.2. ábra)

Az Egészségbiztosítási Alap adóból történő kiegészítése a korábbi 40-80 milliárdos összegről a saját jogon nem biztosítottak után járó normatív számításokkal megtámogatva, 2006-ra növekedett 300 milliárd Ft fölé, mely a 100 lépés programjának keretében került kidolgozásra. A 2010. évi előirányzat tervezése során ez a költségvetési összeg már meghaladta a 600 milliárd Ft-ot. Az adóból történő finanszírozás arányának jelentős növekedésével forrás oldalról tehát a hazai egészségügyi rendszer egyre inkább közelít a nemzeti egészségügyi szolgáltatókhoz.

A bevételi oldalt követően tekintsük át az egészségügyi közkiadások hazai alakulását, illetve leegyszerűsítve az egészségbiztosítás természetbeni kiadásainak GDP arányát. Az alábbi 3.3. ábrából látható, hogy Magyarországon a közfinanszírozás túlnyomó részét kitevő gyógyító-megelőző ellátási kiadások hazai GDP %-ában kifejezett aránya időről időre jelentős változáson megy át. Világosan követhetők a „bő és a szűk” esztendőik, az egyes választási évek, az ún. Bokros csomag és a konvergencia program hatásai.

A pénzügyi-finanszírozási mozgástér részletes vizsgálatára azért van szükség, hogy megértsük a közvásárlók motivációját, helyzetét. Ebből a szempontból például Magyarországon az elmúlt 4-5 évben egyre szigorodó költség-fékentartásról vagy inkább költségcsökkentésről beszélhettünk. A 3.3 ábrából jól látható, hogy a gyógyító-megelőző ellátásokban GDP arányosan a 2003. év csúskiadását követően szinte folyamatos csökkenést tapasztalhatunk. Egyes számítások szerint (Csaba, 2007) a közfinanszírozású egészségügy szenvedte el arányosan a legnagyobb terhet a konvergencia program során 2006-2009 időszakában. Ilyen helyzetben általában a leegyszerűbb fiskális politikák szoktak könnyűszerrel érvényre jutni, mint a térítési díjak emelése, árcsökkentés, delistázás, kórházi ágyak számának csökkentése, kórházak bezárása, vagy az éves elszámolható volumenek fokozatos csökkentése. Ezen megszorító intézkedéseknek az elmúlt években mind szemtanúi lehettünk (Dózsa, 2008). Ilyen gazdasági és makro-finanszírozási kör-

**3.3. ábra**

A természetbeni ellátások – a gyógyszer-támogatási, a gyógyító-megelőző ellátások valamint a fekvőbeteg-ellátások kiadásainak alakulása a magyarországi GDP függvényében 1994-2009 időszakában

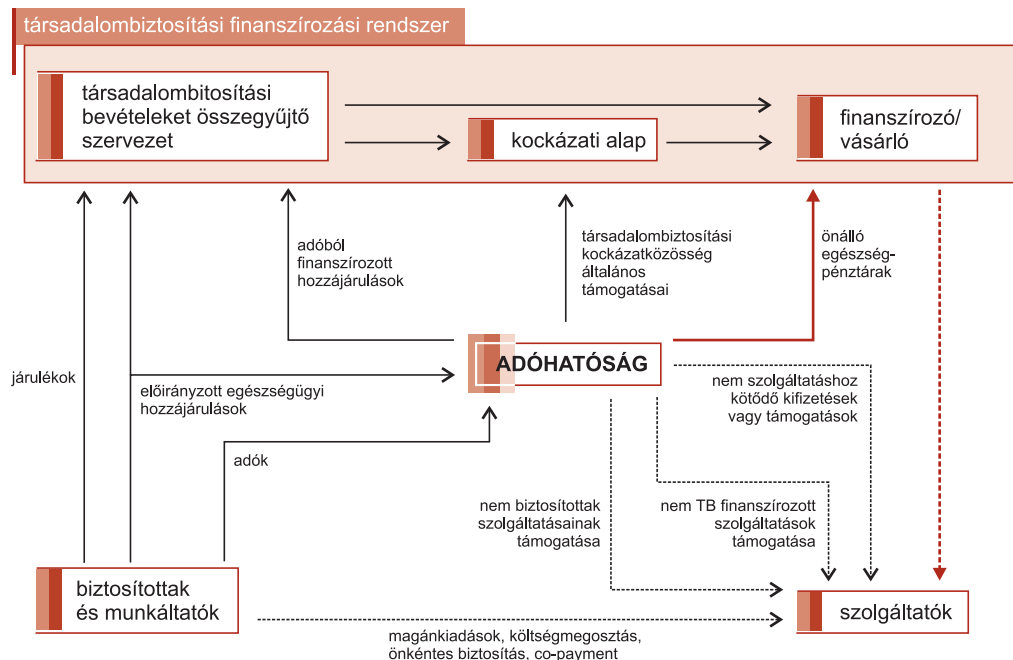
Forrás: Finanszírozási adatok ESKI feldolgozásban

nyezetben igen nehéz érvényesíteni az intelligens és stratégiai időtávra (3-5 éves) szóló következetes politikát igénylő eredményesség alapú forrásallokációt. Az egyes próbálkozásokról és kezdeti programokról részletesebb kifejtést a 4. alfejezetben adunk.

2. Az allokáció fő típusai

A forrásteremtési lehetőségeket követően tekintsük át az allokációs megoldásokat, az újraelosztás szervezeti rendszerét. Ebben segítségünkre lesz Mossialos és szerzőtársainak könyvéből kiemelt folyamatára (3.4. ábra), amely átfogóan mutatja be a társadalombiztosítási rendszerek szereplőit, a köztük lévő viszonyokat, a közpénzek útját a rendszerben.

A legtöbb európai egészségügyi rendszer forrásallokációjában egyfajta kettős szint figyelhető meg: egyrészt a források gyűjtése és elsődleges allokációja a biztosítók, területi vásárlók felé, amelyeket az adóhatóság, nemzeti pénzalap vagy a nemzeti egészségügyi szolgálat végez. Az allokáció következő szintjét, másrészt a területi alapon, vagy biztosítási formában szerveződő finanszírozó, vásárló szervezetek kifinomult finanszírozási technikája jelenti az egészségügyi szolgáltatók irányába.



3.4. ábra

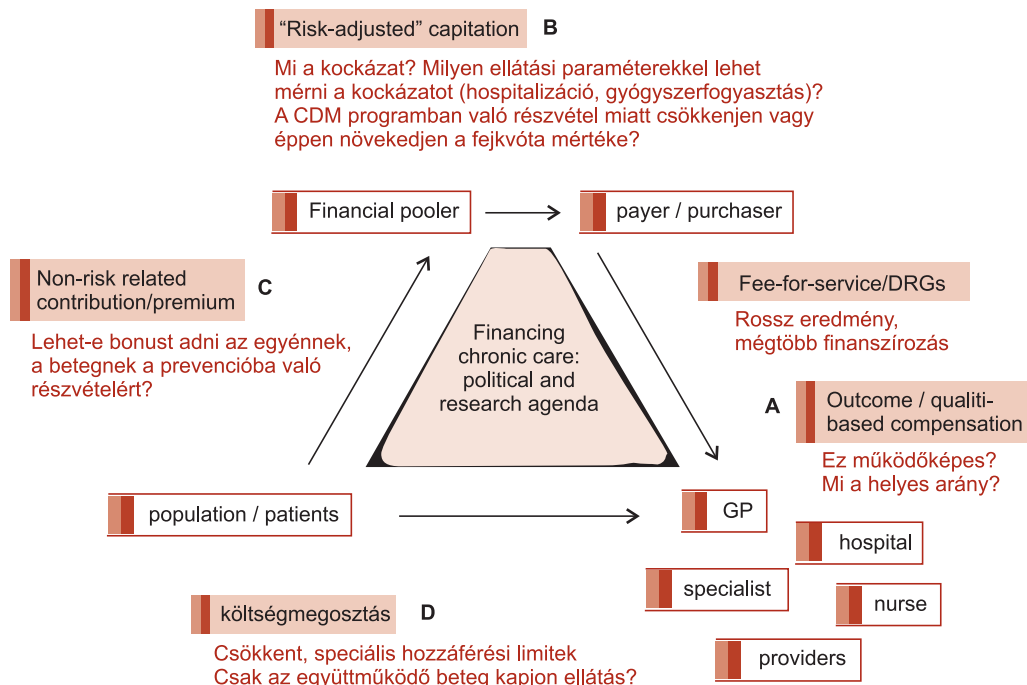
A finanszírozási folyamatok és pénzáramlások egyszerűsített modellje a társadalombiztosítási rendszert működtető országokban

Forrás: Normand és Busse (2002) in Mossailos, Dixon, Figueras és Kutzin, 2002 (ed.) Funding Health Care

A források és pénzmozgás útját az egészségügyi rendszerekben az alábbi 3.5. ábra szemléltetni (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, Zentner, 2009). Ebben világosan követhető, hogy mely az a szint és kapcsolatrendszer, amelyben az **eredményesség/minőség (outcome-quality-based compensation) alapú allokáció** kiemelten az „A” kapcsolatrendszerben érvényesíthető.

Az európai egészségügyi rendszerekben a **stratégiai forrásallokáció (strategic resource allocation)** alanyai általában a következők: helyi önkormányzatok (skandináv országok), tartományi vagy regionális adminisztratív testületek, szervezetek (RHA – Egyesült Királyság, autonóm tartományok egészségügyi szervezetei – Spanyolország), biztosítási alapok (Belgium, Németország, Franciaország, Ausztria) (Hoffmeyer és McCarthy, 1994). Az allokáció mechanizmusát tekintve történelmileg három fő típust különböztethetünk meg (Rice és Smith, 2002):

- teljes retrospektív visszatérítés,
 - előre meghatározott díjakon alapuló tevékenység alapú visszatérítés, legjellemzőbb példája a diagnosis-related groups (DRG), valamint
 - a prospektíven megállapított fix költségvetésen alapuló finanszírozás.
- (A prospektív költségvetési allokáció is jelentős részben a hagyományos – jelenlegi költségvetési gyakorlaton alapul, azaz retrospektíve figyelembe veszi a korábbi költségeket.)



3.5. ábra

A források és a pénz útja az egészségügyi rendszerben

Forrás: Reinhard Busse ábrájának feldolgozása, 2009. február, 2. COX riport

Ebből a szempontból átmeneti finanszírozási modellek is kidolgozásra kerültek. Például Magyarországon a HBCS alapú finanszírozás tetejére ültetett teljesítmény volumen sapka a második és a harmadik típus kombinációját jelentette 2004 óta (Boncz, 2007).

Megvizsgálva a fix költségvetésen alapuló forrás-allokációs mechanizmusokat az alábbi típusok találhatók, amelyek közül egyik sem tekinti alapjának az eredményességet (outcome, effectiveness), miután a legtöbb rendszerben az elosztási szempontok: az egészségügyi szolgáltató, ellátó mérete, politikai megállapodás, történelmileg kialakult forrásméret és az objektíven megállapított egészségügyi szükséglet (Mossialos et al, 2002). A megvizsgált közfinanszírozott egészségügyi rendszerek makro szinten kifejezésre kerülő forrásallokációs mechanizmusainak ugyanakkor nem titkolt, sőt kifejezett célja a **költségvetési keretek korlátok közt tartása (cost containment)** (Mossialos és Le Grand, 1999).

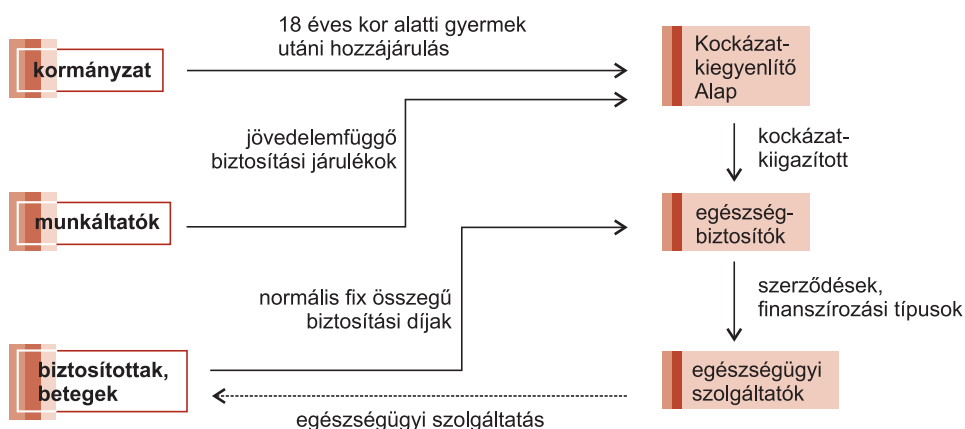
A holland versenyző biztosítási rendszer vizsgálata az eredményesség alapú forrásallokáció szempontjából

Érdekes kérdés, hogy a versenyző több-biztosítós rendszerben, milyen lehetősége van az eredményesség alapú forrásallokációnak. Az allokációs rendszerek vizsgálatánál rövid tekintést teszünk a holland biztosítói rendszerre. Közel két évtizedes reform előkészítő intézke-

déseket követően 2006-tól vezették be az egységes szabadon választható versenyző több-biztosítós rendszert. A biztosítási reform kiemelt célja volt a fogyasztói szabadság, választási jog (consumer choice) és verseny előnyben részesítése. Arra ugyanakkor még nincs tudományos bizonyíték, hogy a biztosítók közötti verseny javítja-e az egész egészségügyi rendszer hatékonyságát, eredményességét. A reform további célja volt a fogyasztók, biztosítottak költség-érzékenységének erősítése az önrész és a co-payment általános rendszerének bevezetésével.

A biztosítók között szabályozott verseny van, amely szabályok betartását több irányból szigorúan monitorozzák (Holland egészségügyi Hatóság, Egészségbiztosítási Tanács, Holland Versenyhivatal és Nemzeti Bank). A biztosítók bevétele több forrásból származik: a jövedelemarányos díjat a kormányzat határozza meg és a központi kockázatkiegyenlítési alapba (risk equalization fund) folyik be. Az ún. nominális (fix összegű) díj mértékében, amely a biztosítókhoz közvetlenül folyik be, ugyanakkor eltérő mértéket is megállapíthatnak helyzetüktől függően (például csoportos biztosítás esetén 10 %-ot engedhet a biztosítási díjból). Ezen felül a biztosítók versenyezhetnek még a kiegészítő biztosítások kínálatában is, de arról nincs információnk, hogy ezek kialakításában az eredményességnek milyen szerepe van. (3.6. ábra)

A központi forrásallokációt végző kockázatkiegyenlítési alaptól az ún. kockázatki-egyenlítés (risk-adjusted payment) rendszerén keresztül kapnak visszatérítést a biztosítók. Ennek a tényezői: a kor, a nem, szocio-gazdasági státusz, régió, társadalombiztosítási jogviszony jellege, gyógyszerfogyasztási és diagnózis alapú költségcsoportok. Az egészségügyi szolgáltatókkal a biztosítók állnak közvetlen szerződéses és finanszírozói kapcsolatban. A reform további célkitűzése volt, hogy erősödjön a biztosítók vásárlói szerepe, aktív vásárlóként lépjenek fel a biztosítottak ügynökének szerepében. Ennek érdekében lehetővé tették a szelektív szerződéskötést, ez ugyanakkor korlátozott mértékű, különösen a kórházak körében, akik vidéken természetes monopólium helyzetében vannak. Az elmúlt években viszont nagy mértékben nőtt meg a független terápiás centrumok száma, akik speciális, különösen egynapos beavatkozásokat végeznek. A vásárlás során a biztosítók kiemelt szempontja a minőség és az árverseny. A biztosítók eltérít-



3.6. ábra

A 2006. óta megvalósított holland egészségbiztosítás struktúrája

Forrás: Maarse, 2009, Markets in European Health Systems, CEF and European Observatory on Health Systems konferencia munkaanyaga

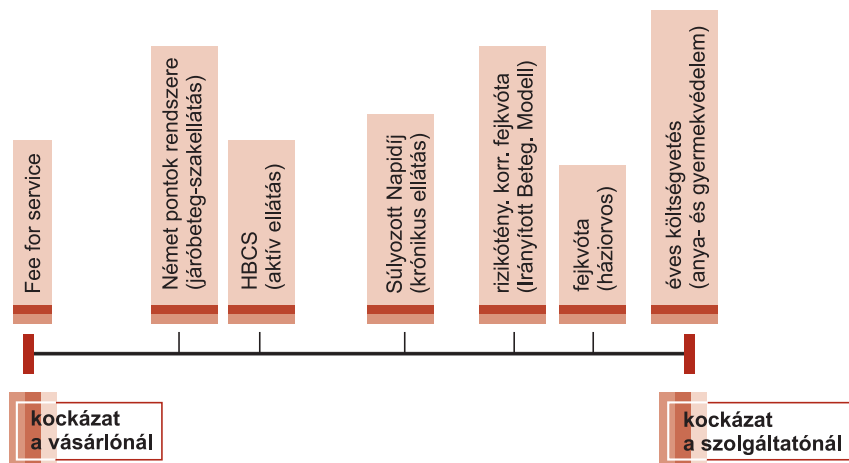
hetik a finanszírozás díjait. A biztosítási rendszerrel egy időben került bevezetésre a DRG-hoz hasonló eset alapú finanszírozás a Diagnosis Treatment Combination. A kórházak piaci alapú díjakat kapnak, amiből önmagunknak kell biztosítani a beruházásokat. A valódi minőség alapú szelektív vásárlásnak jelentős korlátot szab az információk korlátozottsága. A verseny és a fogyasztói választás szempontjainak elsőbbsége következtében ugyanakkor szűk mozgástér marad az integrált egészségügyi szolgáltatásoknak, a biztosítóknak inkább az alapellátás fejlesztésében nyílik nagyobb lehetősége. Fentiek összességéként a holland biztosítási rendszerben gyakorlatilag két szinten lehet megjeleníteni az eredményesség szempontjait, a biztosítók közötti forrásallokációban és a biztosítók és szolgáltatók közötti vásárlás során. Ezek ugyanakkor még inkább csak elméletileg lehetségesek, a gyakorlatban költség-fékentartás, a verseny erősítése révén a finanszírozás díjainak és árainak leszorítása és a fogyasztói vásárlási jogosítványok erősítése áll.

A holland egészségbiztosítási rendszer másik jellegzetessége, hogy a közfinanszírozott gyógyszerek befogadása, támogatási mértékének és feltételeinek szabályozása központi-
lag történik. Tanulmányunk szempontjából a legelőremutatóbb a feltételes támogatás (conditional reimbursement) rendszerének kialakítása és működtetése a holland gyógyszer-támogatási politikákban (*Nietzen et al*, 2007). Ennek az egészségpolitikai eszköznek az alapvető célja, hogy hatásosabb és hatékonyabb legyen a gyógyszer-finanszírozás. A megosztott pénzügyi kockázat és költségek következményeként hatásosabb és hatékonyabb gyógyszer-támogatást remélnek. A holland rendszerben a döntés-előkészítést a gyógyszerügyi bizottság végzi, a döntéshozó az egészségügyi miniszter. A gyógyszergyártók kérelme alapján az új terápiás vagy új indikációs körben alkalmazni kívánt gyógyszer esetében részletes elemzésekkel kialakítják az alkalmazás (gyógyszer használat) és a monitorozás feltételeit. Döntést és megállapodást ez alapján hoznak. A monitorozás időszakában derül ki a gyógyszerek elvárt és megfigyelt használata (felhasználók száma) és hatásmechanizmusa, valamint költségei különbsége. Az eddigi alkalmazás tapasztalata, hogy gyenge a folyamat transzparenciája, legitimitásága, megvalósíthatósága és az elköteleződés az orvosok részéről, a megfelelő kooperáció a hatóságok, egészségbiztosítók, szakorvosok, gyógyszereszek, betegszervezetek és a gyártók között.

3. Finanszírozási típusok

Az allokáció következő szintjét jelenti a finanszírozási ösztönzők, visszatérítési módszerek (reimbursement technics) és hatásaik vizsgálata, amely széles körű szakirodalmi háttérrel rendelkezik. Az **ösztönzők (incentives) elmélet** lényege, hogy az egészségügyi szolgáltatók (például kórházak) és az orvosok tevékenységét jelentősen befolyásolja a finanszírozás módja (*Enthoven*, 1979, *Getzen*, 2002, *Steinmann és Zweifel*, 2003, *Eid*, 2004, *Dózsa*, 2005).

A finanszírozási ösztönzők elméletéhez szorosan kapcsolódik a **kockázatmegosztás (risk sharing) elmélete**, amely szerint a finanszírozási technikák változtatásával változtatható a finanszírozási – pénzügyi kockázat megosztása a vásárló (finanszírozó) és a szolgáltatók között (*St George*, 1990, *Shmueli*, 2003). (Lásd 3.7.-3.8. ábra.) Alapvetően az előre nem tervezhető többletköltségek kockázatának megosztásáról van szó a szolgáltató és a finanszírozó között. Állami érdekek érvényesítésének (kormányzati kudarcok, állami, költségvetési szervezetek rugalmatlansága) célja: a jobb hatékonyságú ellátás biztosítása, ösztönzők révén: költségek csökkentése, minőség és teljesítmény növelése, mind a túlkezelés, mind az alulkezelés elkerülése. Éves bázis alapú szolgáltatói költségvetésből kiindulva a kockázatmegosztás jelentheti a kockázat



3.7. ábra

A kockázattmegosztás modellezése (risk sharing model)

Forrás: Dózsa, 2005.

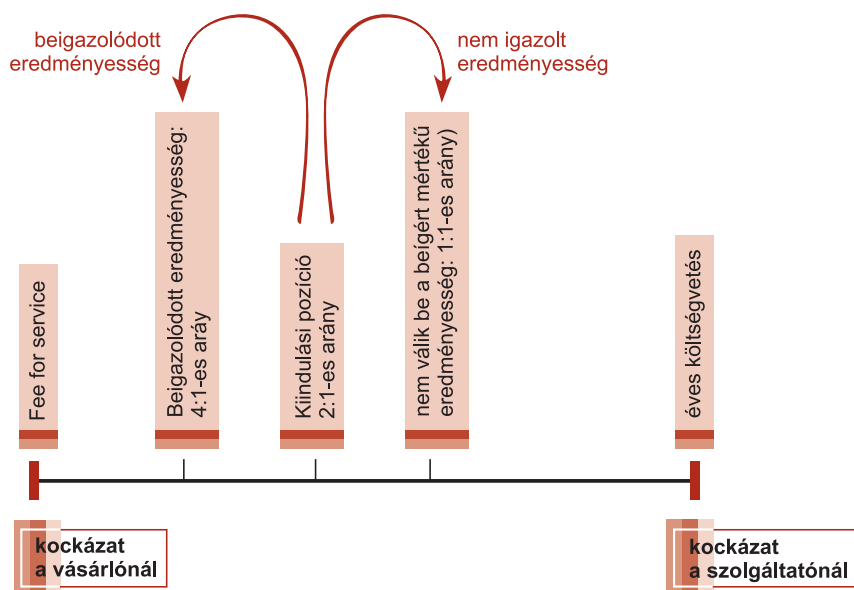
visszaterelését a finanszírozó felé (balra mozgunk az ábrán), amely azonban csökkentheti a hatékony működésre való ösztönzést: (3.7. ábra)

1. *Outlier risk sharing*: bizonyos összeg felett a finanszírozó viseli a költségeket;
2. *Proportional risk sharing*: bizonyos hányad felett a finanszírozó viseli a költségeket.

A kockázattmegosztás fenti 3.7. ábrán bemutatott egyszerűsített modellje döntéelméleti szempontból a **pozíciós alapú alkut** idézi (Zoltayné, 2005). Ezek alapján, az egyik fél csak akkor juthat kedvezőbb pozícióba, ha a másik helyzete romlik. A pozíciós alku főbb jellemzői: a javak korlátozottan állnak rendelkezésre, a felek érdekei kizárják egymást, mindenki maximális haszonra törekszik, és a felek általában egyszeri vagy rövid távú kapcsolatban állnak egymással.¹

Ehhez képest az eredményesség alapú finanszírozás alkalmazásával egy újabb dimenziót, az eredményességet építhetjük be a modellbe, amivel az alkumechanizmus érték alapú alkuvá válik (Zoltayné, 2005). Ekkor a tárgyaló felek, a vásárló és a szolgáltató az adott technológia, terápia valós környezetben mért hatásosságát - eredményességét is beemeli az alkuba. A támogatás mértékét és végleges összegét a mért és monitorozott valódi terápiás eredmény határozza meg. A 3.8. ábra tekintetében ez azt jelenti, hogy egy kiinduló pozícióból, ahol a felek megállapodnak a finanszírozás (pl. 2:1-es) megosztásában, a végleges finanszírozási kockázat

¹ Pozíciós alapú alku tipikus példája volt Magyarországon az egészségbiztosítás rendszerében az Állam és a gyógyszercégek 2004-2005-ös tárgyalásai a gyógyszer-támogatási kassza mértékéről és a kassza túlköltsége esetén előírt gyógyszer-gyártói visszafizetéséről. A pozíciós alapú alkutól az adott szituáció alapvetően abban tért el, hogy a felek nem csak egyszeri vagy rövidtávú kapcsolatban állnak egymással, hanem tartósan egymásra vannak utalva: a cégek az állami-tb gyógyszer-támogatási kiadásaira, az Államnak tb-nek pedig a betegek ellátása érdekében a korszerű gyógyszerekre.



3.8. ábra

A kockázatmegosztás modellezése – feltételes támogatás, visszatérítés esetén

Forrás: Saját kidolgozás

(mérték) a vásárló irányába fordul át, ha beigazolódik a terápia bevállalt hatékonysága (pl. 4:1-es arányban). Amennyiben azonban az eredményesség elmarad a bevállalt mértéktől a végleges kockázatmegosztás a szolgáltató (gyógyszergyártó) irányába tolódik el (1:1-es arányban). Egyes esetekben ez a támogatás teljes megvonását is eredményezheti.

A 3.1. táblázat részletesen mutatja be, hogy az egyes finanszírozási típusok milyen pozitív és esetlegesen negatív ösztönzőkkel járnak az ellátások minőségére, hatékonyságára vonatkozóan, és az eredményesség mérésének – alkalmazásának milyen lehetőségeit kínálják.

Az alábbiakban az európai egészségügyi rendszerekben leginkább elterjedőben lévő két alapvető finanszírozási technika jellemzőit vesszük górcső alá: a fejkvóta alapú és a tételes diagnózis csoport (DRG-HBCS) alapú finanszírozást.

A fejkvóta alapú finanszírozás

A fejkvóta alapú finanszírozás az egyik terjedőben lévő finanszírozási formula, aminek egyaránt van hatékonysági és equity (esélyegyenlőségi) oldala is (Smith, 2001). Hatékonyság javulást remélnék elérni a szolgáltatók magatartásának befolyásolásával: Tessék kijönni a keretből! A finanszírozási kockázatok nagy részét a köztársárló ezzel áthárítja a szolgáltatókra (lásd 3.8. ábra). Az esélyegyenlőséget szolgálja az egyenlő elosztás elve, melynek több féle számítási módja lehet (legegyszerűbb az ellátott lakosság számának való megfeleltetés általában korrigálva a nem és kor szerinti eloszlással). A fejkvóta számítás eltérő tényezőkön alapulhat, mint a lakosság száma, demográfiai jellemzők (kor, nem eloszlása, mortalitási adatok), krónikus betegségekben szenvedők száma, eloszlása, valamint az egyéb, szocio-gazdasági mutatók (munkanél-

3.1. táblázat**A szolgáltatói finanszírozás típusai és kapcsolatok az eredményességgel**

A finanszírozás típusa	Előnyök	Hátrányok	Az eredményesség, mint szempont alkalmazásának lehetősége
Fejkvóta (GPs)	szabad orvosválasztás, költségsökkentő (az orvos takarékoskodik), hatékonyság a teljes ellátási epizód során, protokollok kidolgozása, kevés adminisztrációs költség, összkiadásokat kontrollálja, a finanszírozó tud előre kalkulálni, könnyen elérhető, megbízható információn alapszik, az orvos önálló vállalkozó	beteg továbbküldése, nem ösztönöz tevékenységre, egészségügyi ellátások alulhasználata, „lefölözés”, ha az orvos eléri a maximum betegszámot, akkor csak országos egyeztetés után lehet több beteget (jövedelem plafon, degressziós sávok)	disease management programok, finanszírozási ösztönző rendszer (pl. hatékony gyógyszerfelírás), krónikus betegek gondozásának hatékonysága indikátorokkal mérve, részleges eredményesség alapú finanszírozás bevezetésének lehetősége
Kockázattal korrigált globál fejkvóta (MCOs), risk-adjusted capitation	zárt költségvetési forma, makrogazdasági hatékonyság, tervezhető keret egyenlő elosztás elve – equity finanszírozott populáció adottságainak minél pontosabb figyelembevétele – az egyének várható költségeinek biztosítása	alulkezelés, esetleges minőségbeli romlás, felelősség magasabb szintekre történő áthárítása kimazsolázás, „lefölözés”	disease management programok ösztönzése súlyozott fejkvóta rendszerrel, finanszírozási ösztönző rendszer betegút követéssel és elemzéssel
Napidíj (súlyozott napidíj)	kis adminisztrációs költség, könnyen kezelhető, intézményi szinten kiadáskorlátozó, nincs túlkezelés	tovább tartják bent a kórházban a betegeket a szűkésnél, nem ösztönöz a kiadások korlátozására, az első bent töltött napok költsége magasabb, míg a napidíj ezt nem veszi figyelembe	minőségi indikátorokon alapuló akkreditációval kombinált, monitorozáson alapuló jogosultság a magasabb szorzóra (pl. a rehabilitációban)
Német pontrendszer – tevékenység alapú finanszírozás	legnagyobb lehetőség a szabad orvosválasztásra, rugalmas alkalmazkodás a szolgáltatónál	túlhasználathoz vezet, az orvosok további szolgáltatások nyújtásával növelik jövedelmüket, nem ösztönöz a kiadások korlátozására, nagy az adminisztrációs költségigénye	delistázás eredményesség hiányában, finanszírozási protokoll alapú finanszírozás evidenciák felhasználásával
DRGs alapú teljesítmény és esetfinanszírozás	költségsökkentő, mert a kórház megtarthatja a megtakarításait, könnyebben átlátható a kórházi teljesítmények finanszírozása	Teljesítménynövelés, HBCs pontok manipulálása, túlkódolás”, önmagában kiadáskorlátozásra nem alkalmas	delistázás: eredménytelenség esetén törlés a finanszírozási listáról finanszírozási protokoll alapú finanszírozás

3.1. táblázat folytatás**A szolgáltatói finanszírozás típusai és kapcsolatuk az eredményességgel**

Tételes, külön keretből történő finanszírozás	magasabb költségigényű betegek/betegségek/ellátások elkülönített finanszírozási lehetősége gyorsabb bevezetés méltányossági (equity) szempontok figyelembe vételi lehetősége a széleskörű használat ill. hozzáférés kiterjesztése előtt korlátozott, szabályozhatóbb finanszírozás igénybevétel monitorozásának lehetősége	limitált hozzáférést biztosít a az ellátásokhoz – gerjeszti a várólisták kialakulását általában a különösen drága ellátásokra alkalmazzák – így önmagában nagy a fajlagos költsége nagy az adminisztrációs költségigénye	egyes konkrét eszközök terápiák, műtétes eljárások esetén lehetővé teszi az eredményesség vizsgálatát (mielőtt a teljes rendszerre „rászabadítanák” az adott technológiát ill. szűk körben a betegek utánkövetése jobban megoldható) – az egészségügyi technológiák normatív finanszírozásba való bekerülésének előszobája lehet
---	--	---	--

küliség, képzettségi szint, csatornázottsági szint stb.). Az ún. *egészség-modellek* a költségek becslését helyezik előtérbe az adott személy jellemzői alapján (diagnózishoz kötődő információk, rokkantság stb.), a *nem egészség-modellek* pedig szociodemográfiai adatok alapján becslik az egyén várható kiadásait (Nagy, 2009).

A **kockázatküigazított fejkvóta finanszírozásnak (risk-adjusted capitation)** alapvetően két alkalmazási területét ismerjük: az egyik a több-biztosítós rendszerekben a biztosítók eltérő kockázatközösségeiből eredő kockázati különbségeinek kiegyenlítésére (jellemző példák Hollandia, Szlovákia), a másik a térségi elven működő decentralizált közfinanszírozású egészségügyi rendszerek esetében a központi (állami, szövetségi) források leosztására szolgál (jellemző példák, NHS, Anglia, Spanyolország, Skandináv országok) (Van Barneveld, 1997).

Az európai egészségügyi rendszerekben megvizsgált és jelenleg is működő fejkvótán alapuló forráselosztási mechanizmusokról ugyanakkor egységesen az állapítható meg, hogy nem veszik figyelembe a finanszírozott eljárások eredményességét. Fő céljuk elsősorban az egészségügyi ellátások allokációs hatékonyságának javítása, a reálisan felmerülő költségek megfelelő visszatérítése, másodsorban az egészségügyi ellátások iránti objektív szükséglet (kereslet) kifejezése, végső célkitűzésként az equity javítása, a hozzáférési esélyegyenlőség biztosítása.

A DRG (HBCS) alapú finanszírozás

A magyarországi HBCS rendszer az Egyesült Államokban a Medicare finanszírozásban 1983-ban bevezetett DRGs rendszeren alapul. Az egyes kórházcsoportok eltérő költség-szintjeit figyelembe vevő előre meghatározott díjakon alapuló, ún. Prospective Payment System (PPS) elméleti alapját az ún. *Yardstick competition* képezi, amelynek kidolgozója Andrei Schleifer volt (Schleifer, 1985)². Az elmélet adaptációját végezte el *Pere Ibern* a katalán aktív kórházi ellátás

² A kórházak és akár teljes kórházszektorok hatékonyságának elemzésére és a hatékony ösztönzők kialakítása céljából dolgozta ki az Egyesült Államokban Schleifer (Schleifer, 1985) a Yardstick competition elméletét. Az elmélet matematikai-statisztikai alapja a Grade of Membership analysis többváltozós eljárás, amely a kórházak eltérő átlagköltségei (average cost pricing) szerint csoportosítja a kórházakat. Ezt követően a kórházak finanszírozásában a szabályozó (regulator) a különböző kórházcsoportok esetében eltérő díjakat alkalmaz.

forrásallokációs mechanizmusának modernizálására (Ibern, 1997), Hollandiában a több-biztosítós finanszírozási rendszer számára dolgozott ki adaptált *Yardstick* modellt Argell (Argell, Bogetoft, Halbersma, Mikkers, 2007). A kórházak finanszírozásában az elmúlt évtizedekben a legnagyobb hatású változás közvetlen kiváltó oka a prospektív finanszírozáson alapuló kórházi költség-visszatérítések gyors növekedése volt.

Európában első körben Portugáliában azt követően Magyarországon és Norvégiában került általánosan bevezetésre a DRGs rendszer az aktív fekvőbeteg szakellátások teljesítményének mérésére majd finanszírozására. A 2000-es évek közepére már Németország és Franciaország is döntött a különböző típusú DRGs rendszerek bevezetése mellett, míg Angliában az NHS rendszerében saját kidolgozású esetösszetétel (case-mix) alapuló rendszert vezettek be. A DRGs rendszerek alkalmazásának nemzetközileg is jellemző tapasztalatait Kimberly és szerzőtársai tanulmánykötete (Kimberly, Pouvourville, Aunno, 2008): *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, mutatja be a legátfogóbban, amelyben nyolc ország esettanulmányai között szerepel Magyarorszáé is (Nagy, Boncz, Dózsa, 2008).

A DRGs vagy HBCS rendszerek jellemző adatai: a diagnózis csoport, a normatív nap, az alsó határnap, a felső határnap és a csoportot jellemző súlyszám megnevezése. Az ellátási adatokból képezhető mutatószámok alapvetően az ápolási idő és átlagos ápolási idő, az esetösszetétel mutatója, a Case-mix Index (CMI), az ágykihasználtsági mutató (teljes ápolási napok száma/ ágyszám* naptári napok száma), a havi illetve éves esetszám, ágyforgó. Ezen felül alapvető elszámolási szabályok, ún. garanciális szabályok kerültek kialakításra, melyek bizonyos korlátokat jelentenek az elszámolások gyakorlatiában. A hazai HBCS rendszer további jellemzője a *HBCS-k rendszere, amelyek azokat a beavatkozásokat, kezeléseket tartalmazzák, amelyek csak dedikált intézményekben végezhetők.

A bevezetés éveinek legnagyobb kihívása az intézményi alaplíjak egységesítése volt. Ez a magyar megoldás alapvetően különbözik a többi országban alkalmazott DRG finanszírozástól, ahol egyes esetekben a regionális centrumokat, de főként az oktató kórházakat (teaching hospitals) emelt szorzóval finanszírozzák (USA, Portugália, Norvégia stb.). Ugyanakkor a 2004-ben bevezetett németországi DRGs rendszerben is 5 év alatt hajtották végre az alaplíjak kiegyenlítését. Magyarországon a tételes teljesítményen alapuló HBCS finanszírozást az egységes alaplíjak mellett a progresszív tevékenységek elismerése érdekében fix díjjal egészítették ki egészen 2007. év végéig, de ez nem volt normatív alapokhoz kötve.

A magyarországi kórházszektor HBCS alapú finanszírozásának hatásai egyértelműen követhetők voltak, mind a pozitívan értékelhető, mind a negatív hatások tekintetében. A HBCS finanszírozás első tíz évében (a TVK rendszer bevezetéséig) **pozitív hatásként** jelentkezett az átlagos ápolási idő csökkenése és az ágykihasználtság növekedése (a kórházak technikai hatékonyságát jellemző kihasználtsági mutatóra a csökkenő ágyszám és a növekvő esetszám pozitívan, míg a csökkenő ápolási idő negatívan hat). A hazai kórházszektor HBCS finanszírozásának „negatív” jelenségei közé sorolhatjuk a kódolási trükköket, amelyeket a nemzetközi szakirodalomban upcodingnak vagy DRG-creep-nek neveznek és egyértelműen a teljesítményelvű DRG finanszírozásnak tulajdonítanak³. A TVK bevezetését megelőző tíz év „nemzeti összjátéka” volt az ún. kórházi „sámán programok” fejlesztése és széleskörű alkalmazása. A kórházak és a

³ A DRGs rendszerek elemzésének nemzetközileg is elismert szakértői: Ceu Mateus Portugália, Tor Iversen Norvégia, John Chilingirian USA, Paolo Tedesci Olaszország, Nagy Júlia Magyarország. A DRGs rendszer összehasonlító elemzését végezte el Kimberly et al. 2008-as tanulmánykötetében.

finanszírozó (OEP) egyfajta „rabló-pandúrt” játszottak: a túlkódolásból eredő folyamatos CMI növekedésére, amelynek egy részét a kódolási trükkök eredményezték, a finanszírozó és az Egészségügyi Minisztérium az időszakos visszatanulmányozásokkal válaszolt.

Az ösztönzők és a **kollektív cselekvés elmélete** alapján (Olson, 1998) ezek a jelenségek egyértelműen visszavezethetők a finanszírozási ösztönzők érdekeltségi hatására, és az országosan egységes kassza működésére, amelyben 140-150 kórház versenyez egymással a közös tortáért, és önállóan egyik szervezetnek sem áll érdekében, hogy kibocsátását visszafogja, hiszen kollektív cselekvés ilyen nagy csoportlétszám mellett nem jön létre. A folyamatos CMI növekedés alapvetően kedvezőbb helyzetbe hozza azokat az intézményeket, amelyek magasabb technikai színvonal mellett nagyobb arányban tudnak ellátni (kísért és társult betegségekkel rendelkező) magas súlyszámú eseteket. A bevételi kényszer miatti felesleges felvételek, és túlkódolások mögött legkevésbé az eredményességi szempontok érvényesülnek.

Összességében megállapítható, hogy a DRG-HBCS alapú finanszírozási rendszerek látóköre alapvetően leszűkül a kórházak falain belüli ellátásokra. Nehezen érvényesíthető a terápiák, alkalmazott technológiák hatásainak mérése és a valódi eredményesség visszacsatolása a finanszírozás mechanizmusába. Egyfajta szankcionálás érvényesül ugyan a garanciális szabályok érvényesítésével, mely esetekben az első beavatkozást követő meghatározott időn belül felmerülő konkrét szövődmények, revaszkularizáció, reoperáció, újrafelvétel költségeit a biztosító nem téríti meg. Ezek azonban nem tekinthetők a hosszabb távú egészségnyereség, eredményesség (outcome) érvényesítésének.

II. AZ EREDMÉNYESSÉG ALAPÚ FORRÁSALLOKÁCIÓ

Ebben a fejezetben elemzésünket – az általános forrásteremtés és makro szintű forrásallokációs kérdések felől – ráirányítjuk az eredményesség alapú forrásallokáció konkrét megvalósulási lehetőségei felé. Az első alfejezetben sorra vesszük azokat a szabályozási és környezeti elemeket, melyek elősegítik ennek az allokációs típusnak a magas szintű érvényesítését.

1. Szabályozási és egészségpolitikai keretrendszer

Az eredményesség alapú forrásallokáció sikeres gyakorlati megvalósításának számos szabályozási és egészségpolitikai feltétele van, amelyeket az alábbiakban tételesen mutatunk be.

1. A közvásárlói és a szolgáltatói szerepek világos elkülönítése (purchaser/provider split). A 90-es évek elején a volt közép-kelet-európai országok többségében, köztük Magyarországon is – szakítva a korábbi államosított integrált Semashko rendszerrel – különválasztották a vásárló és szolgáltatók intézményét (pl. Csehország, Szlovákia, Szlovénia, Magyarország), de ugyanebben az időben hasonló szétválasztás történt az Egyesült Királyságban is (*Jakab, Preker, Harding, 2002, Gray, 2001, Grant, 2002, Orosz, 2001*). Ezzel egy világosan elkülön-

nülő szerződéses kapcsolat jött létre a közbiztosítói szerepet betöltő hivatalok, vagy biztosítók és az egészségügyi szolgáltatók között.⁴

Magyarország esetében a szolgáltatásvásárlói jelleg erősítésének három további fontos lépésére került sor. 1992-ben létrehozták az Egészségbiztosítási Alapot, 1993-ban kezelő szervként pedig az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat. További intézkedésként ebben az évben került bevezetésre a járóbeteg szakellátás területén a tevékenység alapú német pontrendszer, a fekvőbeteg szakellátásban pedig a Homogén Betegségcsoportok (HBCS) rendszere. A szerződéses kapcsolat inkább adminisztratív eszközként működött, nem valódi szolgáltatásvásárlásként. A finanszírozási szerződés tartalmát (mellékleteit) túlnyomó részben a korábbi bázisfinanszírozás logikáját követő input-elemek határozzák meg, mint az osztályonkénti, szakmánkénti ágyszám, orvosok száma és neve, főbb diagnosztikai eszközök száma stb. A szabályozási és finanszírozási változások hatására végeredményben inkonzisztens ösztönzők jöttek létre a kórházak számára: input orientált szerződés és kapacitásszabályozás és output orientált finanszírozás. Az OEP finanszírozási rendszerében a szerződések többnyire adminisztratív és szakmacsoportonkénti bontásban ellátói kapacitá adatokat tartalmaznak, és eddig csak gyenge kísérletek történtek a minőségi és eredményességi paraméterek beillesztésére.

2. A kedvező szabályozási környezet következő eleme az egészségügyi eljárások, technológiák⁵ **transzparens befogadási, támogatási rendszerének kialakítása (coverage policy)**, melynek kulcselemei:

- a) a többszintű szabályozási keret megalkotása⁶,
- b) a döntési alternatívák, befogadási típusok, támogatási mértékek kidolgozása,
- c) a befogadási eljárásokat alátámasztó irányelvek kidolgozása,
- d) a döntés-előkészítést és döntéshozást végző intézményrendszer kialakítása, szervezeti egységek, bizottságok felállítása és működtetése, valamint
- e) a döntés-előkészítést végző szakembergárda képzése.

Az eljárás a bizonyítékokon alapuló orvoslás tudományos eredményeire épül. Az egészségpolitika részéről a támogatási rendszer hátterét a prioritásképzésnek kell biztosítania. Szükséges az egészségpolitika átfogó célkitűzései és konkrét fejlesztési céljai és területei között felállítani a prioritásokat, amelyek meghatározzák az aktuális döntéseket. Magyarországon a gyógyszer-támogatás keretében 2004. májustól – az EU-hoz való csatlakozással egy időben – lépett életbe a transzparens befogadási rendszer. Ezt követte 2007 januárjától a gyógyászati segéd-

⁴ Magyarországon a biztosítói, szolgáltatásvásárlói és szolgáltatói funkciók egyértelmű elhatárolása, különválasztása 1990-ben történt meg két lépésben. Elsőként forráscezerre került sor és az egészségügyi ellátási kiadások bekerültek a Társadalombiztosítási Alapba. Második lépésként a Helyi Önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény hatálya lépésével együtt került az egészségügyi szolgáltatók túlnyomó többsége megyei vagy a települési (fővárosi) önkormányzat tulajdonába és működtetésébe került. Ezzel a Társadalombiztosítási Alap kezelője és a szolgáltató egészségügyi intézmény egyértelmű szerződéses kapcsolatba került.

⁵ Az egészségügyi technológiák megnevezést tág értelemben használjuk: gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, orvostechnikai eszközök, diagnosztikai és műtéti eljárások, terápiás megoldások, prevenciók eljárások.

⁶ Magyarországon az egészségügyi technológiák befogadásának szabályozása több szinten történik: az Egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXIII. Tv ad felhatalmazást a Kormánynak, hogy rendeletben szabályozza a befogadási eljárást. A 2004. évi XXXII. Kormányrendelet szabályozza részletesen a gyógyszerek befogadását. Az EüM 2002-ben közzétett irányelve szól a gazdasági elemzések eljárásrendjéről.

eszközök befogadásának rendeleti szabályozása. A kórházi és járóbeteg szakellátásban használt orvostechnikai eszközök területén ugyanakkor a mai napig nem történt meg a kiszámítható, transzparens befogadási-támogatási eljárásrend szabályainak lefektetése, annak ellenére, hogy ennek a koncepciója már 2003 februárjában benyújtásra került az Egészségügyi Minisztériumba (ESZCSM). Ennek a kormányrendelet tervezetnek jelenleg (2010. március) még zajlik a tárcák közötti egyeztetése.

A követhető, számon kérhető és transzparens támogatási és befogadási eljárásrend az, ami a legtagabb lehetőséget biztosítja az eredményesség alapú forrásallokációs megoldások elterjesztésére. Ennek keretében válik lehetővé, hogy a közvásárló időben előretekintve (2-3-5 évvel) az új egészségügyi eljárások, technológiák esetében feltételeket szabjon a támogatandó technológiákkal, terápiás megoldásokkal szemben. Ez a szakirodalomban a **conditional reimbursement**nek nevezett módszer (*Niezen et al, 2006.*). Lényege, hogy a közvásárló a támogatási döntést nem véglegesen és nem teljes körűen hozza meg, hanem az adott technológia befogadási kérelmében szereplő várható egészségnyereség bizonyított bekövetkezését követően. A feltételes támogatások leginkább az egyedi (originális) gyógyszer-támogatások esetében alkalmazhatók, jól lehatárolt indikációs körben és követhető, ellenőrizhető ellátási protokollok érvényesítése esetén, amikor az egyéb külső hatásokat is magas szinten lehet kontrollálni (pl. Holland Egészségbiztosítási Testület eljárása egy-egy gyógyszer esetén a diabetes kezelésre és a stabil angina kezelésére).

A feltételes támogatási eljárások ugyanakkor jelentős korlátokkal is bírnak, hiszen a hosszú távú hatásokat kifejtő eljárások, technológiák esetében alkalmazásuk szinte lehetetlen (pl. védőoltások, egészségfejlesztő és gyermekkori prevenciós programok): nem lehet évekig, évtizedekig várni, és addig függőbe tenni a közfinanszírozás egy részét, amíg beigazolódik a várt (beígért) egészségnyereség.

3. A következő kiemelt szabályozási keret a **bizonyítékokon alapuló egészségpolitika és a tudatos stratégiai szolgáltatásvásárlás (evidence-based health policy és strategic purchaser role)** intézményének kialakítása jelenti. A tudományos alapokon nyugvó program a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika, amelyet Muir Gray átfogóan mutat be az *Evidence Based Health Policy* című művében (*Gray, 2002*). Ennek keretében érvényesülhet igazán a hatékonyság és eredményesség szempontja. Ha ez a vezető irányvonal az egészségpolitikában, akkor mind a tételes technológiai befogadási és támogatási döntések, mind a szolgáltatói finanszírozás módszereinek meghatározása során érvényesíthetők ezek a szempontok.

Az Evidence-based purchasing (EBP) rendszer célja az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelése és az egészségügyi ellátás minőségének javítása. Ehhez az evidenciákat a **klinikai, költség-hatékonysági, illetve összehasonlító hatékonysági (comparative effectiveness) vizsgálatok** adják meg, melyeket különböző kezelések, gyógyszerek, technológiák hatékonyságának vizsgálatára alkalmaznak. Az EBP nem direkt ösztönző rendszer a szolgáltatók számára. Az EBP a szolgáltatókat a bizonyítottan jobb hatékonyságú (evidence-based service) szolgáltatások nyújtására ösztönzi, melyhez a költséghatékony technológiák használata elengedhetetlen.

A bizonyítékokon alapuló egészségpolitika megvalósításának főbb fázisai (*Gray, 2002, 16-18. old*):

1. *A bizonyítékok előállítása:* megfelelő kutatói környezet biztosítása, a meghatározó témakörök kiválasztása, egészségpolitikai prioritások meghatározása;

2. A bizonyítékok elérhetőségének széleskörű biztosítása a különféle döntéshozói szintek felé;
3. A bizonyítékok felhasználása:
 - a) *Mikro szinten*: a klinikusi – orvosi gyakorlatban, betegek számára;
 - b) *Mezo szinten*: intézményvezetők, tulajdonosok szintjén,
 - c) *Makro szinten*: egészségpolitikai, szolgáltatásvásárlói szinten (biztosítók, nemzeti egészségügyi szolgálatok).

Az EBP alkalmazásával javíthatók az egészségügyi rendszer tervezése kapcsán hozott döntések, a rendszer hatékonysága. Az EBP alkalmazásának hatásosságával kapcsolatban azonban még nem készült átfogó elemzés.

Jelenleg problémát jelent a rendszer bevezetésével kapcsolatban, hogy viszonylag kevés tanulmány áll rendelkezésre az egyes technológiák, szolgáltatások, terápiák hatékonyságával kapcsolatban. További hiányosság a tevékenységek és azok minőségének pontos monitorozása, mérése és kiértékelése, melyek elengedhetetlenek a döntéshozók számára.

- A legtöbb kutatás nem összehasonlító elemzésen alapul több hatóanyag, kezelés technológia kapcsán, hanem csak egy adott készítmény klinikai hatásosságát, eredményességét méri.
- Nehéz lépést tartani a technológiai fejlődéssel.
- Sok esetben a kutatás ellentétes eredményekre vezet, ami nem ad lehetőséget arra, hogy egy döntést alapozzanak rá.
- Nincs minden esetben már létező kutatás, amelyre lehetne alapozni a döntéseket.
- Az elérhető tanulmányok alkalmazása nehéz, hiszen ezek nagy része nagyon specifikus.

4. A következő kedvező szabályozási keret a **tudatos, stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep (strategic purchaser role)**. A 90-es évek második felében megjelent új egészségpolitikai irányzatot a European Observatory on Health Care Systems and Policies kiadványaiban és szakkonferenciáin lehet a legátfogóbban megismerni (Figueras, 2004, 2008). A stratégiai közbiztosítói szerep egyik kiemelt területe a nagyértékű technológiák telepítésének tervezése és engedélyezése, amelyet Rosen tanulmányában több ország példáján keresztül is bemutat (Rosen, 2002). Ebből a szempontból Európában példamutató egészségügyi rendszerek véleményünk szerint Svédországban, Hollandiában, az Egyesült Királyságban, Franciaországban és Spanyolországban vannak. A *Purchasing To Improve Health Systems Performance* című tanulmányában Figueras és szerzőtársai kiemelik a stratégiai szolgáltatásvásárlás erősítésének fontosságát az ellátórendszerek minőségének, hozzáférhetőségének és hatékonyságának javításában (Figueras, Robinson, Jakubowski, 2005). Főbb eszközként a népegészségügyi prioritások beemelését, a programok indikátorokkal történő mérését és a számon kérhetőségi (elszámoltathatósági) mechanizmusok fejlesztését emelik ki. A holland biztosítási rendszer átalakítása 2006-tól erősítette meg a biztosítók vásárlási jogosítványait (Maagdelijn, 2008). A Világbank és a WHO szakértői a vásárlás célrendszerének az esélyegyenlőség, minőség, hatékonyság és a költség fékentartás céljait tartják (Evettovits, 2008).

A stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep lényege, hogy a biztosító (közbiztosító) a passzív finanszírozási szerepből átlép az aktív (proaktív) stratégiai vásárlói szerepbe. Ennek

egyik terepe lehet a DRG alapú rendszer finomhangolása, melynek lényege egyrészt, hogy az output elvet fokozatosan felváltja az outcome jellegű paraméterek, szempontok beépítése az elszámolásokba. Másrészről cél a felesleges igénybevétel, a nem hatékony, nem megfelelő ellátások, terápiák, műtétek, gyógyszeres kezelések visszaszorítása. (3.2. táblázat)

3.2. táblázat

Az aktív és passzív vásárlói szerepek

Forrás: Saját kidolgozás Evetovits Tamás ábrájának felhasználásával (Evetovits, 2008)

Passzív finanszírozói szerep	Aktív szolgáltatásvásárlói szerep
A környezet kihívásaira, szolgáltatói lobbik, orvosi csoportok vagy politikusok nyomására változtat a finanszírozás rendszerén	Elébe megy a problémáknak. Elemzi a környezeti trendeket (demográfiai, technológiai trendek, fogyasztói elvárások) és tudatos válaszreakciókat, stratégiákat dolgoz ki a problémák magas szintű kezelésére.
Feladatok, ellátói kapacitások finanszírozása	A szükséges ellátások aktív vásárlójaként lép fel
Alapvetően az elszámolások adminisztratív szabályszerűségére koncentrálnak	Teljesítmény alapú finanszírozás
Jellemző a szankcionálás	Hatékonyági és minőségi szempontok szerint erősíti a szelektív szerződés gyakorlatát
Nem jellemző a szolgáltatói szelekció	Minőség javítása és a jó minőség jutalmazása
Alacsony szintű minőség-monitorozás	

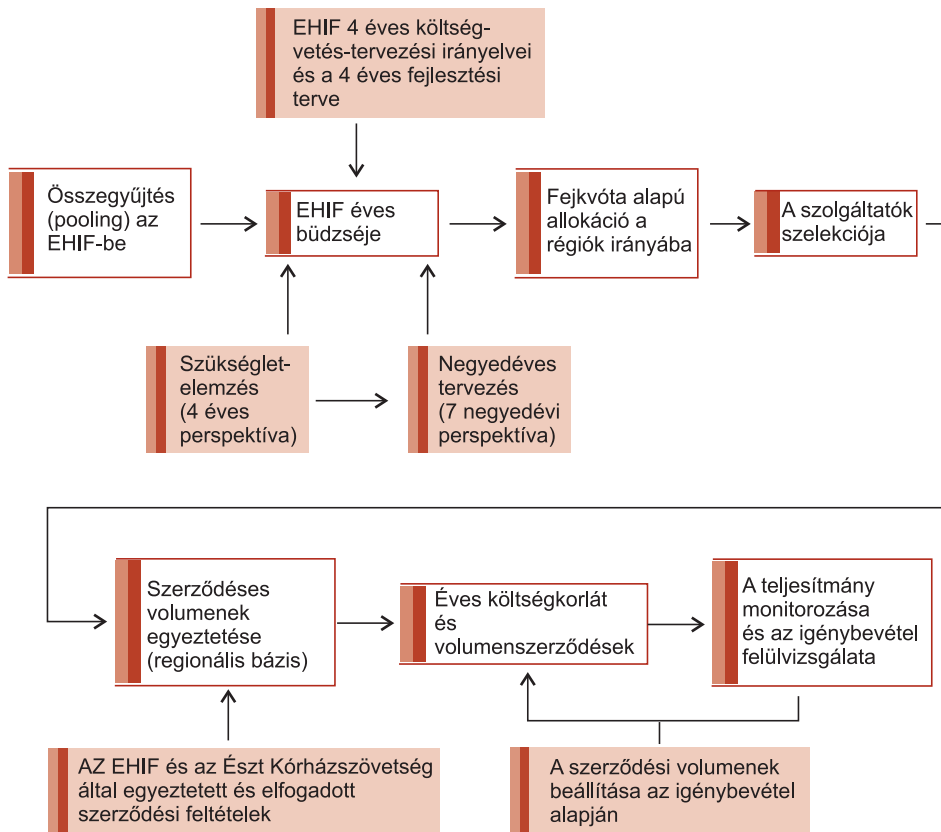
A nagyértékű technológiák telepítésében, finanszírozásában a tudatos szolgáltatás-vásárlói szerep mechanizmusa főbb lépésekben a következő (Figueras, 2008):

1. Tervezés, megalapozás, szükségletbecslés, hozzáférések elemzése (széleskörű epidemiológiai, ellátási adatok elemzése alapján),
2. Ellátói kapacitások tervezése (volumen meghatározása),
3. Felhívás, pályáztatás,
4. Bíráló és befogadási nyilatkozatok vagy engedélyek kiadása, szerződéskötés,
5. Befogadott kapacitások finanszírozása,
6. Monitorozás, ellenőrzés és visszacsatolás a vásárlási folyamatba.

A stratégiai szolgáltatásvásárlás konkrét megvalósításának példaként hozzuk fel az Észt Egészségbiztosítási Alap (EHIF) vásárlási folyamatát. A 3.9. ábrából egyértelműen kiolvashatjuk a főbb mérföldköveket: megalapozó lépésként a több éves költségvetési tervek elkészítését, a szükségletelemzések elvégzését, a vásárlás folyamatában régióként a szolgáltatók szelektálását, a volumen-alapú szerződések megkötését, a végrehajtás fázisában pedig a teljesítmény és igénybevétel monitorozását.

Magyarországon különösen Orosz Éva (Orosz, 2001) emelte ki az OEP, mint **egészségbiztosító vásárlói szerepének erősítését**, ennek keretében pedig a **szektorsemleges szolgáltatói szektor** kialakítását, a **teljesítményalapú finanszírozási módszerek** bevezetését és finomítását. Jómagam és szerzőtársaim tanulmányunkban (Dózsa, Déver, Boncz, Takács, 2006) koncepcionálisan mutatjuk be, hogy a közvásárlónak (biztosítónak) milyen vásárlói jogosítványai vannak, és hányféle dimenzióban tudja gyakorolni a vásárlás intézményét (lásd 3.3. táblázat).

EREDMÉNYALAPÚ FORRÁSALLOKÁCIÓ: LEHETŐSÉGEK ÉS GYAKORLATI PÉLDÁK



3.9. ábra

Nemzetközi „best practice”-k - stratégiai szolgáltatásvásárlás: az Észt Egészségbiztosítási Alap (EHIF) vásárlási folyamata

Forrás: Kahur, 2008: Purchasing process of Estonian Health Insurance Fund, Governance of Strategic Purchasing in Health Sector, CEF and European Observatory on Health Systems konferencia munkaanyaga

zat). Ennek a programnak a nyomán született meg az egynapos sebészeti ellátás, a hopsice ellátás fejlesztésének pályázatai és a sürgősségi ellátás fejlesztésének programja. Az OEP tudatos – proaktív – vásárlói szerepe egészségpolitikai támogatás hiányában ugyanakkor nem vált általánossá az elmúlt években. Az OEP vásárlói fellépésében követte a nemzetközi ajánlásokat és gyakorlatot: célul tűzve ki különösen a hozzáférés-esélyegyenlőséget, a hatékonyság javítását és a költségek féken tartását.

3.3. táblázat**A szolgáltatásvásárlói szerep erősítésének kiemelt területei**

Forrás: Dózsa et al., 2006/2

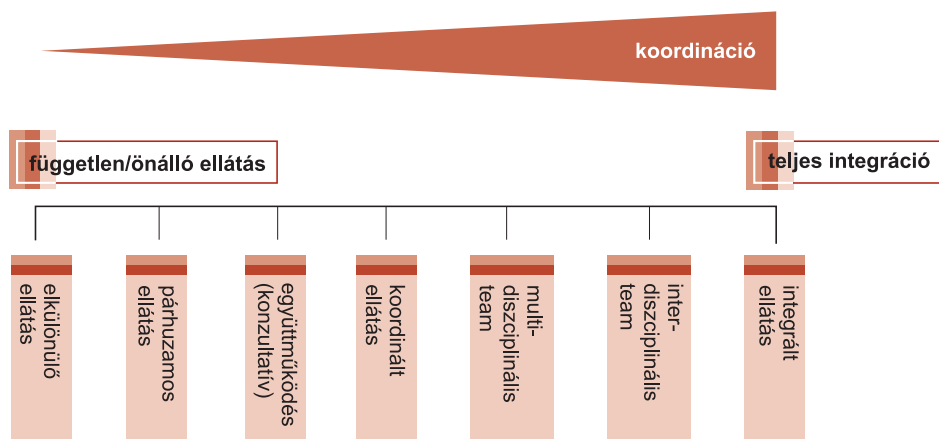
A vásárlói szerep jellege	A rendszer működése szempontjából mely területet érinti
Miből vásárolunk?	Ráhatás a bevételek alakulására és a bevételek alapos elemzése és monitorozása
Mit vásárolunk?	Közfinanszírozott alapsomag meghatározása, a transzparens befogadás-politikai rendszer kialakítása
Kitől vásárolunk?	Regionális-térségi szintű kapacitásszabályozás és pályázati rendszer, progresszivitás erősítése, intézményi minőségfejlesztés és monitoring
Hogyan vásárolunk?	Finanszírozási technikák fejlesztése, kasszák integrálása, allokációs hatékonyság javítása, támogatáspolitikai fejlesztése gyógyszereknél, segédeszközöknél
Mennyiért vásárolunk?	Szisztematikus és rendszeres költség és ráfordítási-adatgyűjtés, költségalapú és rugalmas díjszabás gyakorlatának bevezetése

Néhány területet példaszerűen lehet bemutatni, amely visszahatott az intézményi stratégiákra és struktúrákra. A bizonyítékokon alapuló egészségpolitika és tudatos stratégiai szolgáltatásvásárlás jellemző példájának tekinthetjük Magyarországon a hemodinamikai laborok elterjesztését és finanszírozási befogadását a 2000-es évek elejétől fogva. További példák a művese centrumok befogadása szigorú területi-hozzáférési elvek alapján (11/2003. NM rendelet), és részben a CT és MRI telepítések orientálása, engedélyezése, az onkológiai és onkoradiológiai centrumok telepítése, sürgősségi osztályok finanszírozása és telepítése, egynapos sebészeti központok fejlesztése, újak befogadása. Az egészségpolitika által meghirdetett tudatos fejlesztési irányok és struktúraváltást előmozdító szabályozási és finanszírozási elemek valódi változásokat generáltak a kórházak szolgáltatási palettájában (profiljaiban). Tipikus példa erre az onkológiai ellátás (kemoterápiák) 2005 decemberétől életbe lépő koncentrálása (55-60 kórházból 25-27 nagyobb kórházi centrumba), ezzel az onkológiai centrumok hálózatának létrehozása.

Ezek a szabályozási keretek ugyanakkor következetes szakpolitikát követelnek meg, a szakmai szabályok és a finanszírozási ösztönzők összehangolásával, protokollok, irányelvek fejlesztésével. Ehhez illeszkedhet az intézményrendszer és a tevékenységi paletta fejlesztése, majd a finanszírozás – monitorozás – ellenőrzés egymásra épülő rendszere. A gyakorlati tapasztalatok alapján pedig időszakonként (2-3 évenként) biztosítani kell a visszacsatolást és a beavatkozást a szakmai szabályozási, finanszírozási rendszerbe, a monitoring szempontokba.

5. A következő szervezeti háttérfeltétel az **egészségügyi szolgáltatók integráltsága, vagy tevékenységük magas szintű koordinációja**. A hagyományos egészségügyi rendszerekre jellemző az erőteljes széttagoltság az ellátások jellege, szolgáltatók típusa és földrajzi elhelyezkedése szerint.

Az Európában hagyományosan széttagolt egészségügyi ellátórendszerekkel szemben ezekben az években a **krónikus betegség-gondozási programok (chronic disease management programmes – CDM)** jelentenek nagy kihívást, amelyek igénylik a komplexitást, a **multidiszciplinaritást** és a **folyamatos ellátás elvét (continuum of care)**. A jelenleg érvényesülő mintaprogramokat, innovatív szervezeti és finanszírozási kezdeményezéseket mutatja be átfogóan Busse, a 2. Cox riport keretében (Cox, 2009. február). Számos példát mutatnak meg, amelyek innovatív szervezeti megoldásokat tárnak fel. Az integráltság foka szerint helyezik egy skálára a különféle szervezeti megoldásokat. Az integrált egészségügyi szolgáltatás másik előnye,

**3.10. ábra**

Az integráltság foka

Forrás: Busse, 2009, In.: 2. COX riport

hogy lehetővé teszi a globális fejkvóta alkalmazását. A fejkvóta alapú finanszírozás kapcsolatát lásd az I./3. fejezetben. (3.10. ábra, 3.4. táblázat)

3.4. táblázat

Pénzügyi ösztönzők a krónikus betegségek komplex gondozási programjainak érdekében Európában

Forrás: R. Busse táblázatának felhasználásával saját átdolgozás, Cox riport, 2009.

Finanszírozási ösztönzők:

Az egyének (betegek) magatartásának változtatása érdekében	Az ellátórendszer struktúra-átalakítása érdekében	Az ellátás folyamatának javítása érdekében	A minőség javítása érdekében
UK, DK	FR-D-UK	D:	UK
éves gondozási finanszírozás – „Validated care pathways” - alapján	bonus finanszírozás a krónikus betegek gondozásáért Risk-adjusted payment a biztosítóknak	kiegészítő finanszírozás a CDM-programok megvalósításáért	minőségi paraméterek beépítése a háziorvosi szerződésekre

Magyarországon gyakorlatilag nem léteznek integrált egészségügyi szolgáltatók. Jellemző az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás, a járóbeteg-szakellátás, gondozás, diagnosztika egy intézményi keretben történő ellátása, de az alapellátás, otthoni szakápolás mindennél külön szervezeti keretben történik. Komoly lépésnek volt tekinthető az 1999-2006. között létezett **irányított betegellátási modellkísérlet, majd rendszer (IBR)**. Az IBR már közel kétmillió emberre terjedt ki 16-18 szolgáltató bevonásával, és közülük több szolgáltató igyekezett minél szélesebb spektrumban lefedni az egészségügyi szolgáltatásokat. Az OEP finanszírozásban alkalmazott globális fejkvóta a természetbeni ellátások kasszáinak többségére terjedt ki (pl. háziorvosi ellátás, aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás, járóbeteg szakellátás, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatás), amely megfelelő lehetőségeket biztosított volna az ered-

ménység alapú allokációs szempontok érvényesítésére. Ennek érdekében 2004-2006 között egy átfogó **indikátorrendszer** kialakítása is megkezdődött, amely azonban a program felszámolása miatt már nem került bevezetésre.

2. Az eredményesség alapú forráselosztás terminológiai kérdései

Az eredményesség alapú forráselosztás főbb terminológiai kérdéseit az alábbiakban gyűjtöttük egy csokorba:

- Hogyan mérhetjük az „eredményességet”?
- Milyen típusú mérési rendszerek alkalmazhatók (outcome, health effect)?
- Milyen módszertani problémák merülhetnek fel?
- Hogyan alkalmazható az ösztönzés elmélete az eredményesség alapú forrásallokációban?
- Hogyan lehet váltani az output-based finanszírozásról az outcome-based finanszírozásra?
- Milyen információ többlete van az eredményesség alapú forrásallokációnak (outcome based financingnak)?
- Milyen szervezési, ösztönzési problémákat vet fel elméleti szinten?

Az alábbiakban ezen kérdések hátterét járjuk körül, a kérdésekre jelenleg adható válaszlehetőségek felvázolásával.

Az egészségügy piaca

Az egészségügyi ellátásokat, szolgáltatásokat olyan tulajdonságok jellemzik, melyek megkülönböztetik őket más piaci javaktól (Arrow, 1963, Kornai és Eggleston, 2004). Az egészségügyi piac nem nevezető tökéletes piacnak a fennálló információs aszimmetria, szolgáltató által indukált kereslet, az externáliák jelenléte, valamint a fennálló bizonytalanság következtében. Az állami beavatkozás legfontosabb feladata a társadalom számára optimális eloszlás feltételeinek megteremtése és megtartása a hatékony működés, valamint a méltányosság biztosítása mellett, miközben figyelembe veszik az egészségügyben jelentkező piaci és a kormányzati kudarcokat is. A célok világos megfogalmazása valamint a konkrét teljesítmény-mérési rendszerbe történő átültetése nagyon komplex, sok körülménytől függő feladat.

A finanszírozók célja a költségek kontrollálása, illetve az, hogy a kifizetett összegért cserébe a betegek minél magasabb minőségű és megfelelő mennyiségű ellátáshoz jussanak.

Finanszírozási kockázatok a finanszírozási rendszertől függően a szolgáltató, illetve a finanszírozó oldalán jelenhetnek meg. A finanszírozó az egyes intézkedésekkel egyre inkább igyekszik a kockázatot a szolgáltatóra hárítani. Az egészségügyi rendszer esetében a legnagyobb paradoxon a költségallokációval kapcsolatban, hogy minél inkább sikerül a betegek élettartamát megnövelni, illetve a halálozások számát csökkenteni, annál nagyobb költségek jelentkeznek a finanszírozói oldalon.

Az egészségügyben a döntéshozás három szintjét különböztetjük meg, melyek a következők: makro-, mezo-, valamint mikroszint. A 3.5. táblázat összegzi az eredményességalapú forráselosztás alkalmazásának lehetőségeit és az egészségügyi ellátórendszer előbb felsorolt három szintjén.

A mikroszinten képzett döntések hatással vannak a makro szintű döntésekre, és ez természetesen visszafelé is igaz, a makro szinten hozott döntések hatással vannak a mikro szinten hozott döntésekre.

3.5. táblázat**A döntéshozatal szintjei**

Döntéshozatal szintjei	A döntés irányultsága	A hatékonyság megjelenése
Makro	A különböző szektorok közötti prioritás felállítása, a költség meghatározása – ergo az egészségügyi ellátásokra a GDP hány százalékát költik. (Ez az egyes országok esetében eltérő, nincs egy egységes mechanizmus, mely meghatározná, hogy mekkora összeg tekinthető hatékonnak.)	Az egészségügyre fordított GDP-hányados meghatározása esetében nincsen egyetlen, nemzetközileg meghatározható optimális szint. (OECD, 2003) Meghatározása a következő tényezőktől függhet: demográfiai helyzet, technológiai fejlettség, intézményi és strukturális jellemzők, gazdasági helyzet valamint társadalmi preferenciák.
Mezo	A források egészségügyi szektorok közötti felosztása, hozzáférés javítása, mely szolgáltatásokat finanszírozzák, alapelv, hogy az erőforrások felhasználása javítsa a hatékonyságot, az egyes szolgáltatások esetében hatékonysági, költségtanulmányok készítése, hogy minél megalapozottabb döntést tudjanak hozni.	Leginkább költségalapon kerülnek felosztásra az egyes összegek. A gyógyszer-finanszírozás esetében azonban egyre több országban alkalmaznak olyan finanszírozási módszereket, melyek célja az ellátás minőségének vagy eredményességének javítása.
Mikro	Egészségügyi dolgozók, orvosok, nővérek döntései, mely terápiát alkalmaznak, ezáltal az erőforrások mennyire optimálisan kerülnek felhasználásra, szakmai irányelvek követése, várólisták alkalmazása, a betegek tájékoztatása az egyes kezelésekkel kapcsolatban.	

A stratégiai menedzsment egyik vezető közgazdásza, *M. E. Porter* legújabb könyvében szintén az érték (eredményesség, minőség)-alapú rendszerek mellett teszi le a voksát (*Porter, 2009*).

Általánosságban az egészségügyi rendszerek legnagyobb problémája, hogy a betegek magasabb szintű (járóbeteg, fekvőbeteg) ellátására fókuszálnak, ahelyett, hogy nagyobb összegeket csoportosítanának a megelőzésre, illetve erősítenék a háziorvosi ellátást, melyek úgynevezett kapuőr (gatekeeper) funkciót látnak el.

Az egészségügyi döntéshozók gyakran elfeledkeznek arról a tényről, hogy elsősorban a lakosság egészségi állapotának javítása, megtartása, nem pedig a költségek csökkentése az egészségügyi ellátás célja. Az egészségügyi finanszírozási rendszerek többsége elsősorban költségoldalról közelíti meg a költség allokálását, holott az eredményesség, hatásosság figyelembe

vétele mellett jobb hatékonyságú rendszert lehetne létrehozni. Mivel a lakosság legnagyobb részének a megelőzéshez valamint a háziorvosi ellátáshoz (primary care) való hozzáférése korlátozott, illetve az emberek betegségtudata nem megfelelő, így csak akkor veszik igénybe a szolgáltatásokat, amikor tényleg baj van. Ennek következtében egyre növekvő költségek, valamint az ellátás minőségének romlása figyelhető meg.

Az egészségügyi rendszer kialakítása során fontos, hogy egy olyan rendszert hozzanak létre, melyben minden egészségügyi résztvevő érdekelt a betegek egészségügyi állapotának javításában.

A több-biztosítós rendszereket alkalmazó országok esetében a biztosítók inkább befolyásolják a lakosság egészségi állapotát, mint a kormányzat. Alapvetően a kormányzatnak egy olyan rendszert kell kialakítania, melyben a biztosítókat ösztönzi a hatékony ellátásra, a minőség alapú döntéshozatalra, hiszen ez az ő érdekük is. Nagyobb összeg a megelőzésre, illetve a háziorvosi ellátásra összességében makroszinten kevesebb költségvonzzal jár.

Szintén fontos a munkaadók szerepe abban, hogy kialakításra kerüljön egy olyan köztudat, melyben az emberek megelőzéssel és szűréssel kapcsolatosan nagyobb ismeretekre tesznek szert. Gyakran a megoldás a mi kezünkben van, nem a döntéshozókéban!

A releváns szakirodalmat és a meghatározó európai uniós országok egészségügyi rendszereiről az elmúlt években készített átfogó összehasonlító tanulmányokat megvizsgálva joggal állapíthatjuk meg, hogy a közfinanszírozott egészségügyi rendszerekben a makroszintű forrásallokáció szintjén az eredményesség, mint szempont csak nagyon áttételesen jelenik meg. Ezt a szintet áthatja a költség-féktartás (cost containment), a kiadások növekedési ütemének a mérséklése, vagy a legutóbbi években akár a közkiadások (GDP arányos szintjének) csökkentésére irányuló kormányzati erőfeszítések. Makro (nemzeti) szinten leginkább a gazdasági hatékonyság és az esélyegyenlőség, equity jelenik meg átfogó szempontként.

Az eredményesség, mint allokációs szempont leginkább mezo szinten jelenhet meg: az egészségügyi szolgáltatások intézményi vagy terápiás szintű vásárlásában. Ennek bevezetésére és széles körű alkalmazására azonban még sokat kell várni, hiszen igen korlátozott információk állnak rendelkezésre az egyes terápiák és technológiák valódi hatásmechanizmusáról. A szolgáltatások finanszírozásában jelenleg inkább csak kiegészítő eszközként jelenik, jelenhet meg az eredményesség közvetlen számonkérése, hiszen a finanszírozási technikák alapvető funkciója a szolgáltatóknál felmerülő költségek fedezete, visszatérítése (angolul: reimbursement).

Amennyiben az egészségpolitika az egészségügyi rendszeren az eredményességet tételesen akarja számon kérni a természetbeni ellátások nyújtásán, akkor ezt leginkább időben előre tekintve teheti meg. Múltbeli mérések, és elemzések alapján lehet azt mondani, hogy ezt vagy azt a szolgáltatási szektort leépítik, vagy éppen fejlesztik. Itt a reakcióidők, vagyis a meghozott döntések és azok megvalósítása közötti idő legalább 2-5 évben mérhető. Egy-egy terápiás részleg, osztály bezárása, a személyzet átirányítása, vagy átképzése az „eredményesebb” terápiás területek felé időigényes feladat. Fejlesztés során pedig szükség van a korszerű terápiás eszközök beszerzésére, új protokollok alkalmazására, új személyzet toborzására, vagy kiképzésére, a megfelelő munkakultúra kialakítására. A természetbeni ellátások esetében további nehézséget jelent a beavatkozások, terápiák összetettsége. Nehéz mérni egy-egy konkrét diagnosztikai eljárás vagy beavatkozás közvetlen eredményességét a terápiák összetettsége, kölcsönhatása miatt.

A gyógyszer és a gyógyászati segédeszközök finanszírozása területén a köztársárlónak jóval nagyobb a mozgástere. Az adott termék felhasználandó mennyisége egy meghatározott időszakban nem vagy csak kis mértékben igényel közvetlen infrastrukturális és specifikus

személyzeti háttért. Itt egy-egy termék finanszírozásában akár 15-30%-ot is elérhet az eredményesség szempontjának érvényesítése.

Mikro szinten, a közvetlen orvos-beteg találkozásokkor, a gyógyítás folyamatában, vagyis a klinikusi gyakorlatban az eredményesség, mint szempont kezdettől fogva jelen van. Ennek mérésében segít a klinkai audit módszertana, és a minőségbiztosítás számos más eleme, adatgyűjtések, indikátorok számítása és elemzése. Ezek azonban a napi finanszírozási gyakorlatban igen ritkán jelennek meg, mint a díjakat, a finanszírozást közvetlenül befolyásoló tényezők.

A bizonyítékokon alapuló gyógyítás és szolgáltatásvásárlás ugyanakkor nem érvényesíthető egységesen minden terápia, egészségügyi technológia esetében. Az alkalmazás erőteljesen függ a technológia jellegétől, a hatásmechanizmusától, mennyire szeparálható az egyéb terápiáktól. Egyes terápiák megfelelő monitorozással, és a betegpopuláció kockázati kiigazításával (standardizálás vagy risk-adjustment) jól elválaszthatók az egyéb hatásoktól, és eredményességük viszonylag tisztán mérhető (pl. DES, psoriasis kezelés, onkológiai gyógyszeres terápiák, rehabilitációs terápiák, egyes krónikus betegségek gyógyszerei). Általános feltétel, hogy 1-3-5 év távlatában követhető legyen a hatásmechanizmus. Más esetekben nem nyílik mód a rövid és középtávú eredményesség mérésére és a finanszírozásba való visszacsatolására: gyermekkori védőoltások, gyermekkori prevenciók programok.

Az eredményesség, outcome definiálása és mérése

Az informatika fejlődésével egyre inkább megvalósíthatóvá válik az eredményesség alapú finanszírozás kialakítása. Egyre több adatbázis áll rendelkezésre, melyek elemzésével kézzelfogható alapot lehet teremteni egy jobb hatékonyságú rendszer kialakításához. Az eredményesség mérésére szolgáló outcome-ok leginkább betegség szinten állnak rendelkezésre. Ennek az is az oka, hogy az eredményesség bizonyítása a gyógyszerbefogadás alapfeltétele. A kezelések, terápiák hatékonyságával kapcsolatban az outcome-ok következők lehetnek: QALY (életminőséggel korrigált életevek száma), DALY (disability adjusted life year), a várható élettartam, a kiújulási ráta, mellékhatások megjelenésének aránya, és még sorolhatnánk. Ezen mérőszámokra épített költséghatékonysági, költséghasznossági, stb. vizsgálatok eredményei alapot képezhetnek a terápia befogadhatóságával kapcsolatos döntéshozáshoz.

Nemzetközi szintű elemzési keretrendszer még nem létezik. Input adatok csak elvétve állnak rendelkezésre, ezek is inkább csak regiszter adatok, melyek többsége kórházzsintű. Magyarországon bár léteznek elég jelentős regiszterek különböző betegségekkel kapcsolatban (diabétesz, rák) ezekhez való hozzáférés nehézségekbe ütközik.

Mezoszinten a hatékonyság mérésére bár léteznek elméletek (DEA, SFA) ezeket a döntéshozatali egységek jelenleg még nem alkalmazzák. Input (ágyszám, orvos létszám, költség adatok, különböző berendezések száma, stb.) illetve output (átlagos ápolási napok száma, elbocsátott betegek száma egy orvosra/nővérré jutó betegek száma stb.) adatok rendelkezésre állnak, melyek összegzésével makroszintű adatok is nyerhetőek, azonban outcome mérőszámok nem.

Makroszintű outcome-ok a következők lehetnek: várható élettartam, csecsemőhalálozás, anyai halálozási ráta, elkerült halálesetek száma. Ezen mérőszámok nemzetközi szinten is megtalálhatóak (WHO, OECD, Eurostat adatbázis).

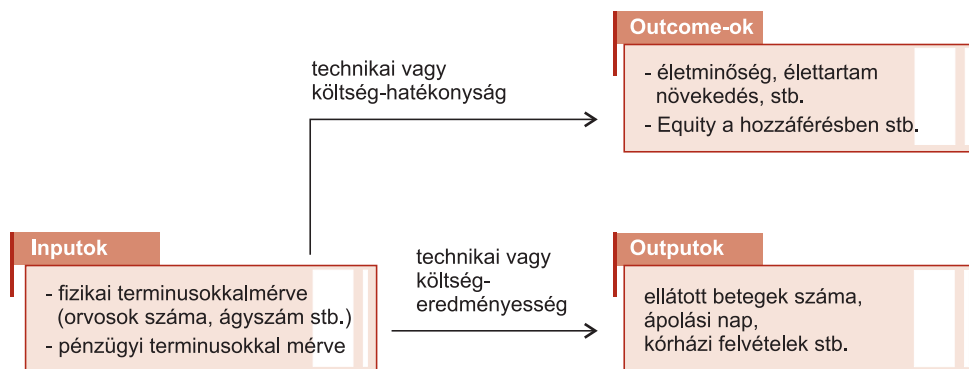
Az egészségügyi rendszer tervezhetőségének javítása érdekében nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az outcome-ok mérésére, mely talán még az szakmai irányelvek, protokollok készítésénél is fontosabbak.

A rendszer hatékonyságának mérésére minden szinten szükség van, hiszen előfordulhat, hogy a rendszer az egyes alszinteken hatékonynak bizonyul, azonban összességében nem. Előfordulhat például, hogy a kórház szektor hatékony, azonban, az ellátás átszortosításával (otthonápolás, járóbeteg ellátás) a rendszer makroszintű hatékonysága még tovább javítható.

Mint már említettük, a kórházak hatékonyságának mérésére több elmélet áll rendelkezésre. (SFA, DEA elemzések) Ezek alapja, hogy az egyes intézmények működésének hatékonyságát, illetve az egyes költségeket egymáshoz hasonlítják (*Newhouse J.P.*, 1994, *Koreman*, 1994, *Biorn*, 2003, *Ferrier*, 2006). Nehéz kérdés, hogy mennyiben érdemes az intézmények közötti versenyhelyzetet fokozni, hiszen más szektorokban is megfigyelhető, hogy az árak csökkenése általában a minőség csökkenésével jár, mely a kórházszektorra is jellemző lehet (3.6. táblázat).

Egyes esetekben outcome változóként alkalmazhatók a struktúrát vagy az eljárást jellemző változók. Ez csak akkor lehetséges, ha a változók között egyértelmű kapcsolat létezik. Például a védőoltások csökkentik az adott megbetegedések számát, ebben az esetben a védőoltások száma tekinthető outcome-nak. Ha azt vizsgáljuk, hogy a vizitek számának növekedése csökkenti-e a megbetegedések számát, erre vonatkozóan nem mondhatunk semmit, így ebben az esetben a vizitek száma nem alkalmazható outcome változóként.

Makroszinten az outcome nem más, mint a lakosság egészségi állapotában bekövetkező azon változás, mely az egészségügyi rendszernek köszönhető. Egyre elterjedtebb az elkerült halálozások mérése, melynek azonban nagy hiányossága, hogy nem méri az életminőséget. Erre alkalmas mérőszám a QALY, az életminőséggel korrigált életevek száma, mely azonban rendszer szinten nem létezik, csak egy-egy kezelésre, illetve betegségcsoportra vonatkozóan.



3.11. ábra

Az inputoktól az outcome-ig – az eredményesség és hatékonyság mérése

Forrás: Häkkinen és Jourard, 2007

3.6. táblázat**A nemzetközi gyakorlatban használt változók**

Szintek	Outcome	Output	Input
Rendszer szint	Az outcome mérése hiányosságokba ütközik, a változók egyes faktorok mérésére alkalmasak, más faktorokat azonban nem vesznek figyelembe – Várható élettartam – Csecsemőhalálozás – Elkerült halálesetek száma (avoided death) Viszonylag kevés országban elérhető	Az egyes alrendszerek esetében alkalmazott outputok, ezek összegzése	3 fő területen mérhető, ezek: költségek, az alkalmazottak száma (orvos nővér, egyéb alkalmazottak), valamint milyen eszközök kerülnek alkalmazásra.
Alrendszer szintű	Hatékonysági mérőszámok különböző mérésekből (DEA, SFA), ezek még azonban egy ország esetében sem képezik a döntéshozatal alapját	DRG (HBCS) alapú adatbázisok, illetve egyéb adatbázisok – átlagos ápolási nap – elbocsátott betegek száma – műtétek (egyedül speciális műtétek, tevékenységek) száma – egy orvosra/nővérré jutó betegek száma	– Működési költség, kezelés költsége – Személyzet száma (orvos, nővér, egyéb)
Betegség szintű	Elég nagy számú outcome áll rendelkezésre az egyes kezelések hatékonyságának mérésével kapcsolatosan. Nagy előnye, hogy ezek könnyen mérhetőek. Ezzel kapcsolatban még nem alakítottak ki nemzetközi keretrendszert – Halálozási ráta – Várható élettartam – QALY – Kiújulási ráta – Komplikációk megjelenésének rátája – Újrafelvétel szükségessége		Elég nehéz input adatokhoz hozzájutni, főleg nemzetközi szinten. Ezek leginkább regiszter adatok, sok esetben kórházzsintű adatok. Nemzetközi szinten nem létezik ilyen adatbázis.

Eredményesség alapú kockázatmegosztás nehézségei

„Az eredményesség alapú kockázatmegosztásnak olyan végponton kell alapulnia, amely a betegnek és a finanszírozónak is jelentőséggel bír, egyértelműen és objektíven mérhető, ráadásul döntően csak az alkalmazott terápiától függ egyéni szintű teljesítmény kritérium esetén. Amennyiben populációs szintű teljesítményhez kötődik a garancia, az eredményt egyéb prognosztikus tényezőkkel kell korrigálni.” (Kaló és Vokó, 2010)

Kockázatmegosztás megjelenése a gyógyszer-támogatásban

Pénzügyi típusú kockázatmegosztás akkor van, amikor a vásárló/biztosító a gyógyszerek finanszírozása során igyekszik a kockázatot a gyártóra hárítani. Például egyes terápiaik esetén az alkalmazott dózis vagy kúrahossz előzetes becslése nehéz, így a finanszírozó csak egy előre meghatározott összeghatárig vállalja a finanszírozást, mely felett a gyógyszer gyártója átvállalja a terápia költségeit.

Ennél gyakoribb az ár-volumen korlát alkalmazása, amelynél a finanszírozó egy bizonyos betegszámig fizeti ki a teljes összeget, magasabb betegszám esetében a teljes gyógyszer-költség előre meghatározott arányát fizeti ki, majd egy bizonyos limit felett pedig már a teljes összeg a gyártóra hárul.

Eredményesség típusú kockázatmegosztás

Ezen finanszírozási módszer alkalmazása egyre inkább terjed. Alapja, hogy egy-egy készítmény vagy terápia hatékonysága, ami segítségével elérhető a finanszírozás, a döntés pillanatában csak korlátozottan határozható meg.

A finanszírozó garanciát kérhet arra vonatkozóan, hogy abban az esetben, ha a tényleges hatás elmarad a várt hatástól, akkor az elvárt színhez képesti plusz kiadások visszafizetésre kerüljenek. Emellett feltételes támogatást is adhat, mely során feltételekhez kötheti egy gyógyszer alkalmazásának folytatását.

Az alábbi alfejezetben megvizsgáljuk az eredményesség alapú forrásallokáció gyakorlati alkalmazásának az egyes európai országokban megfigyelhető példáját.

3. Gyakorlati alkalmazás példái, lehetőségei Európában

Hollandia

A több-biztosítós egészségügyi rendszerekre jó példa Hollandia, ahol a feltételes (eredményességhez kötött) támogatási rendszer terjedőben van a gyógyszeres terápiaik körében (Niezen, 2007). A szakértők ezt a fajta nemzeti szinten alkalmazott kockázatmegosztást a gyógyszer-támogatások területén ígéretes megoldásnak tartják a jobb eredményesség és hatékonyság elérésére. A széleskörű alkalmazásnak ugyanakkor számos feltétele is van, a feltételeket nagyon világosan kell rögzíteni, a prioritásképzés kritériumaival összhangban kell megszabni, olyan eljárásokat lehet kiválasztani, amelyek esetében lehetőség van a megfelelő használat ellenőrzésére.

A jelenlegi gyógyszer-támogatási rendszer alapját az egymást helyettesítő gyógyszerek által alkotott csoportok képezik (GVS). Egyetlen új hatóanyag sem kerülhet befogadásra anélkül, hogy már egy forgalomban lévő gyógyszerhez viszonyítva nem bizonyították be költséghatékonyságát. Ezt a rendszert 2005 januárjában vezették be.

A NZA (holland egészségügyi hatóság) valamint a HCNI (egészségügyi biztosítási tanács) döntést hoz azzal kapcsolatban, hogy az adott gyógyszer bekerül-e ebbe a finanszírozási keretbe, vagy nem. Ehhez az új készítménynek különböző követelményeket kell teljesítenie:

pótlólagos hozzáadott érték, a költséghatékonysági határvonalon belüli paraméterek stb. Ennek következtében új készítmények kerültek befogadásra.

A kórházak esetében az új és drága technológiák, terápiák alkalmazása növekvő tendenciát mutat, mely leginkább az onkológia területén figyelhető meg. A gyógyszerköltségek a kórházak büdzséjének egyre növekvő hányadát teszik ki.

2006-ban egy új rendszer került kialakításra. Mivel az eltérő büdzsével rendelkező kórházak esetében nem lenne egyenlő ezen költséges módszerekhez való hozzájárulás, ennek ki-
különböztetésére egy külön alapot hoztak létre, melyből – mintegy kutatási alapként működve – az első 3 évben finanszírozzák a kórházak ezen terápiákhoz való hozzájárulását. A finanszírozás értéke a teljes költség 80-100%-át teszi ki.

Belgium

Belgiumban 2002-ben alakítottak ki egy új finanszírozási rendszert. A gyógyszerek egy új csoportját hozták létre (Class 1) ár-prémium biztosítása mellett azon új készítmények számára, melyek a már befogadott készítményhez képest plusz hozzáadott értéket kínálnak. A befogadásnál a következő tényezőket vizsgálják: klinikai hatékonyság, gyógyszer-gazdaságosság a klinikai gyakorlatban, célcsoport mérete, eladási mennyiség, finanszírozási státusz más tagországokban. A prémium biztosításának ideje 18-36 hónap közötti időintervallum, mely idő alatt a korábban még bizonytalan paraméterek, mint a hatékonyság is, bizonyosságot nyernek.

Egyesült Királyság

Az egészségügyi ellátások legnagyobb része (kb. 80%) állami finanszírozás alatt van, azonban a magán finanszírozás (Public-Private Partnership – PPP) is egyre nagyobb szerepet kap. A lakosság egészségügyi ellátásának nagy részéért a Primary Care Trust-ok (PCT-k) tartoznak felelősséggel, mint pl. a háziorvosok finanszírozása, a gyógyszerfelírás, kórházak és pszichiátriai intézetek finanszírozása és ellenőrzése. A rendelkezésre álló közforrások közel háromnegyed része a PCT-khoz kerül, melyek a helyi ellátásért felelősek. A PCT-k regionális csoportokat alkotnak (Strategic Health Authorities – SHAs), melyek helyi NHS stratégiákat dolgoznak ki, és a kapcsolattartásért felelősek a PCT-k és az állami Egészségügyi Minisztérium között (Department of Health). Az egyes készítmények árai a Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) alapján kerülnek meghatározásra, melyet az NHS finanszíroz.

National Service Frameworks (NSFs) az egyes terápiákkal kapcsolatos eredményesség alapú állami standardokat tartalmaz, melynek pozitív hatása megfigyelhető a PCT-k, valamint az NHS költségvetésére is.

Az egyes technológiák, terápiák hatékonyságának bizonyítására egészségügyi technológia értékelést (Health Technology Assessment - HTA) készítenek. A vezető HTA szervezetek a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) valamint a National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA). A NICE felelős az egyes értékelések, valamint irányelvek létrehozásáért. Az NHS HTA vezeti és kifejleszti a HTA programokat. Ezen irányelveket, illetve HTA tanulmányokat gyakran alkalmazzák más országok ha-

sonló tanulmányainak elkészítéséhez, mivel ezek általában tudományos szempontból élen járnak.

A NICE szerint a költséghatékonysági rátával kapcsolatban támasztott határ új készítmények esetében 20000 és 30000 £/QALY között mozog. Egyes esetekben ennél magasabb költséghatékonysági rátával bíró készítmények is finanszírozásra kerültek (Beta-Interferons, nor Glatiramer – ezek költség-hatékonysági határvonala 36000£/QALY körül volt).

A háziorvosi szolgáltatás teljesítmény-mérési rendszere az Egyesült Királyságban. Az Egyesült Királyságban nagyon jelentős a szerepe a 2000-es évek elején az Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) keretében bevezetett háziorvosi szolgáltatás teljesítmény-mérési rendszernek, a „Quality and Outcomes Framework”-nek (QOF), mely nyers fordításban „Minőség és teljesítmény keretrendszer”-t jelent. A QOF egy olyan éves alapú díjazási és ösztönző rendszer, amely részletesen meghatározza a háziorvosi szolgálatok által nyújtott betegséggondozás elvárt paramétereit, szempontjait. A háziorvosok a következő fő szempontok alapján részesülhetnek pontozásban: klinikai indikátorok, melyek betegség-kategóriánként kerülnek kialakításra, mint pl. a diabetes, magas vérnyomás gondozása; szervezeti indikátorok, a háziorvosi szolgálat megszervezése; tapasztalati indikátorok a betegek tapasztalatai alapján valamint egyéb szolgáltatások nyújtása, mint pl. gyermek-egészségügyi ellátás, terhes gondozás. A négy fő indikátorcsoporton felül – az átfogó, széles spektrumra kiterjedő ellátást díjazandó - ún. „holistic care payment” és „quality practice payment” kerül megállapításra. Az egyes indikátorokból és tevékenységekből összesen 1000 pont érhető el. *(lásd 3.7. táblázat)*

A háziorvosi szolgálatok finanszírozása = háziorvos által elért pontok * pont pénzértéke, amelyet még korrigálnak azzal az arányszámmal, amely az átlagos súlyozott populáció és az adott háziorvoshoz tartozó súlyozott populáció között áll fenn.

3.7. táblázat

Indikátorokkal elérhető maximális pontszámok a háziorvosi finanszírozásban az Egyesült Királyságban

Indikátorok	Maximum pontszám
Klinikai indikátorok	550
Szervezeti indikátorok	184
Tapasztalati indikátorok	100
Egyéb extra szolgáltatások nyújtása	36
Holistic care payments	100
Quality practice payment	30
Total	1000

Egy a QOF-hez hasonló teljesítménymérési rendszer kidolgozásánál az alábbi nagyon fontos elveket kell szem előtt tartani: az indikátorok kialakításánál a legújabb minőségi adatokra, bizonyítékokra kell alapozni; a klinikai indikátorok területén az indikátorok számát arra a minimumra kell csökkenteni, amellyel még pontosan értékelhető a betegellátás. Csak a betegellátáshoz elengedhetetlenül fontos adatok gyűjthetőek, kerülni kell az adatgyűjtés duplikációját; illetve mivel a háziorvosok díjazásuk egy részét az általuk nyújtott ellátások minősége

alapján kapják, fontos, hogy egy egységes teljesítményelvárási és mérési, illetve információs rendszer kerüljön kialakításra.

Németország

A krónikus betegellátás minőségi problémáinak valamint a demográfiai trendek és technológiai fejlesztések egészségügyi kiadásokra gyakorolt hatásának kezelésére vezették be a krónikus betegség-gondozási programokat (CDM), kormányzati tanácsadó testület felállítása segítségével.

A disease management programoknak több definíciója létezik, de a legtöbb magában foglalja a tudásbázist, a koordinált ellátást és a populáció specifikus betegsége ellátásának folyamatos fejlesztését.

A disease management alapelemeit Busse és szerzőtársai az alábbiak szerint foglalták össze (*Busse et al*, 2009, 2. Cox report):

- átfogó ellátás – multidiszciplináris ellátás a teljes betegségciklusban;
- integrált ellátás, continuum of care, koordináció a különböző komponensek között;
- populáció-orientáltság;
- aktív kliens-beteg menedzsment eszközök (egészségnevelés, önellátás);
- bizonyítékokon alapuló irányelvek, protokollok, ellátási utak;
- információtechnológia, rendszermegoldások;
- folyamatos minőségfejlesztés.

Németországban 2002-ben elindított program ma már lefedi a diabetes, asztma, koronária betegség és emlőrák megbetegedéseket (2008-ban a bevont beteg száma elérte a 4,7 milliót).

Az biztosítók felelősek a CDM programok alkalmazásáért, ők kötnek szerződéseket az egészségügyi szolgáltatókkal.

Megfelelő gondozási programok esetén magasabb finanszírozás mellett a biztosítóknak lehetőségük van az ellátás minőségének javítására, a költségek csökkentésére és az allokatív hatékonyság növelésére.

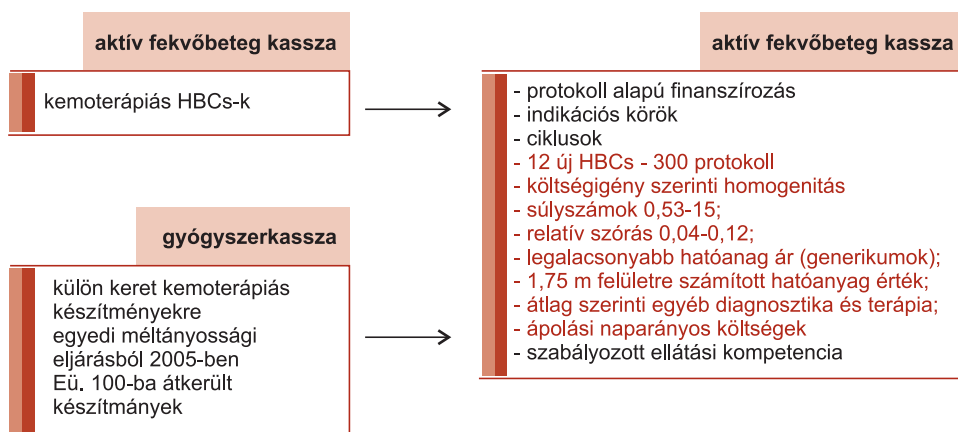
2008 végéig a kockázatkiegyenlítő rendszer úgy vette figyelembe a disease management programokat, hogy az érintett betegek kiadását külön kalkulálta – ez arra ösztönözte a biztosítókat, hogy minél több beteget vonjanak be a programokba, s jelentős pénzügyi ösztönzőket nyújtottak a résztvevő orvosok számára is. 2009-től már nem veszik figyelembe külön kockázatkiegyenlítési faktorként a programokban való részvételt, hanem a 80 - főleg krónikus – betegség estén nyújtanak betegenként kiegészítő (extra) finanszírozást a biztosítók számára. Az osztályozás részben a betegek gyógyszerelésén alapul, ami problémát okozhat, mert a biztosítók az extra finanszírozás reményében arra motiválhatják az orvosokat, hogy – a betegség súlyosságára való tekintet nélkül – bizonyos gyógyszereket felírjanak.

4. A magyarországi alkalmazás lehetőségei

Az eredményesség alapú forráselosztás Magyarországon nem precedens nélküli. Az elmúlt tíz év kormányzati és biztosítói intézkedései és jogszabály-módosításai egyes esetekben utalnak arra, hogy a finanszírozás mögött célszerű lenne a valós hatékonyságot és eredményességet is mérni, monitorozni és elemezni, és ez alapján visszacsatolni a finanszírozás mértékére.

Az egyik ilyen többször módosított szabályozási és ellátási terület a *fekvőbeteg rehabilitáció*. A 2003. októberi kormányzati szakértői egyeztetések eredményeként született meg az az OEP-es javaslat, amely szerint a rehabilitációs ellátások minőségének és valódi hatékonyságának monitorozása és visszacsatolása határozza meg a finanszírozás mértékét. Az intenzív rehabilitációs ellátás a többitől elkülönülő magasabb szorzót kapott, az intenzív rehabilitációs ellátást végző centrumok megfelelő működését indikátorok segítenek megmérni.

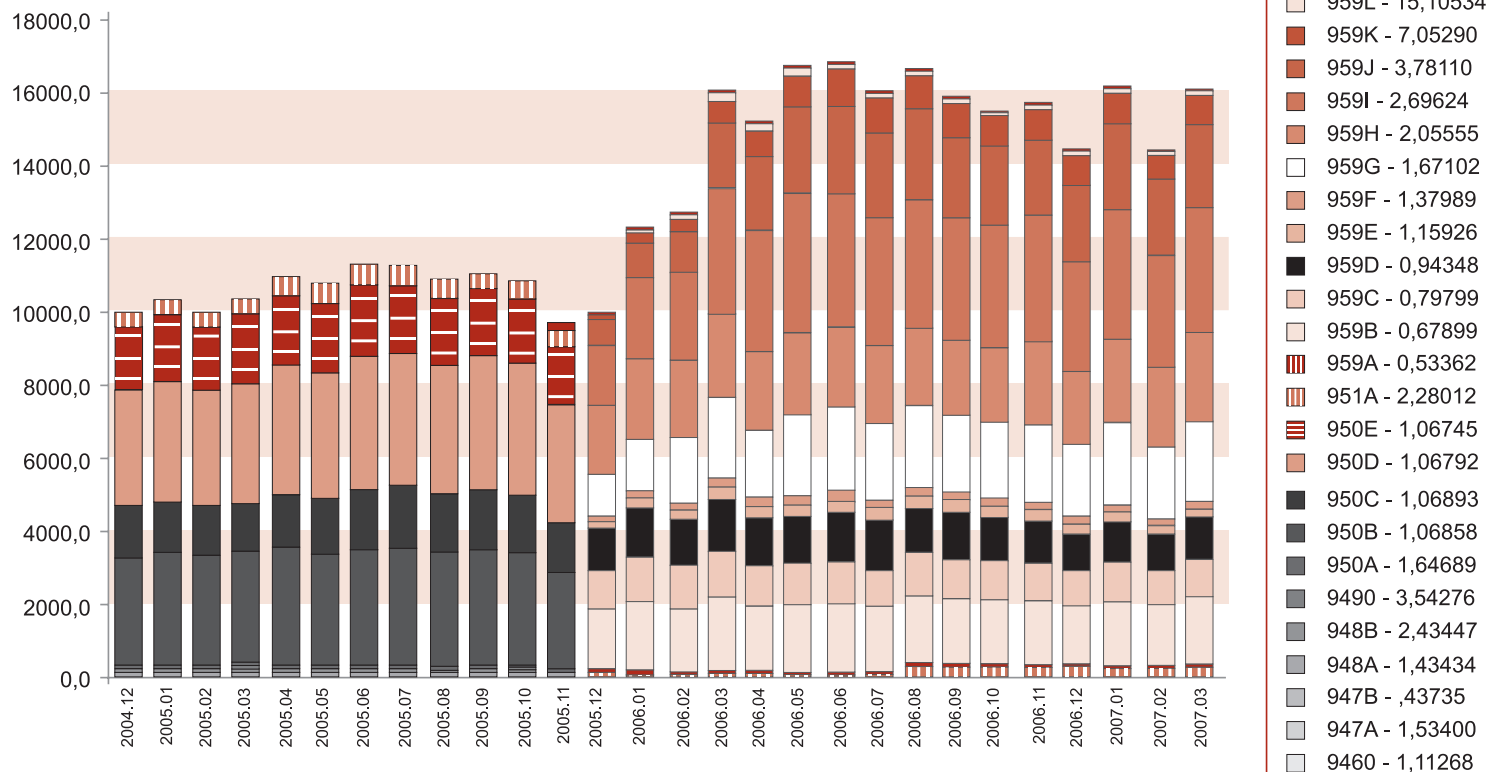
A magyar egészségbiztosítás rendszerében az eredményesség alapú forráselosztás egyik csírának tekinthetjük a 2005-2006. évi *onkológiai HBCS programot*. Ennek keretében új HBCS csoportok kerültek kialakításra. (3.12. ábra)



3.12. ábra

Az onkológiai finanszírozás átalakítása 2006-ban

Valódi eredményesség alapú forrásallokáció irányába akkor mozdulna el a hazai onkológia finanszírozása, ha a kijelölt centrumok onkoradiológiai és kemoterápiás tevékenységét szigorú minőségi monitorozásnak vetnék alá, és a gyógyítás eredményére vonatkozó konkrét klinikai értékeket a biztosító fizyilembé venné

**3.13. ábra****C-s diagnózisokkal elszámolt HBCs-k súlyszáma****Forrás: OEP adatok, Dózsa, Kiss, Nagy, Kerekesné Ketzer, Borcsek, 2007**

További – rövid és középtávú – lehetőségek az eredményesség alapú allokációra, finanszírozásra a hazai egészségbiztosítás rendszerében

1. Az eredményesség alapú forrásallokáció alkalmazására Magyarországon is leginkább a gyógyszer-támogatás (különkeretek, egyedi megállapodások) területén nyílt mód az elmúlt években (*Molnár és Dankó, 2009, 2010*). Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztálya (OEP ÁTFO) 2007 eleje óta tudatosan törekszik egy szakmailag megalapozott, pénzügyileg fenntartható, korszerű gyógyszer-támogatási rendszer kialakítására, mely sikeresnek mondható. A stratégia megvalósításában 2009 elejéig a támogatáspolitikai eszközök közül a generális, technokratikus szabályozóeszközök (támogatásvolumen-szerződések, szigorú költséghatékonysági kritériumokhoz kötött termékbefogadás, indikációhoz kötött támogatás, a referenciaárazás, valamint a hozzá kapcsolódó fixesítés és delistázás) szerepe volt a legjelentősebb. Napjainkban a klinikai vizsgálatokkal alátámasztott várakozások helyett a valós eredményességre (outcome) való átállás a fő kérdés a támogatási döntések meghozatalában. A gyógyszerkassza közép- és hosszú távú stabilitását a biotechnológiai licit, valamint az outcome- és compliance-alapú támogatásvolumen-szerződések bevezetésétől várják (lásd még *Kaló és Vokó, 2010*).

2. Magyarországi viszonylatban is perspektívát nyújthat a háziiorvosi rendszer finanszírozásának minőségi indikátorokon alapuló részleges átalakítása. Az angliai NHS rendszerben alkalmazott, a krónikus betegségek ellátásának hatékonyságát, eredményességét figyelembe vevő mérő és monitorozó rendszeren alapuló kvázi teljesítményelvű részleges finanszírozás valódi újszerű változást hozna, é valódi elmozdulást eredményezne a források allokációjában.

Az eredményesség alapú háziiorvosi finanszírozás országos szintű bevezetésében akadályt jelenthet a szolgáltatókat és a biztosítót terhelő többlet-adminisztrációs teher, a praxisok közötti kockázatok kiegyenlítésének módszertani problémái, valamint az indikátorok, a monitoring mutatók előállításának statisztikai és validitási problémái. Ezekre a problémákra választ adhat a megalapozott előkészítés, a fokozatos bevezetés: néhány száz praxis esetében 2-3 éves pilot jellegű finanszírozás bevezetése és a tapasztalatok alapján a fokozatos országos kiterjesztés. A programot komoly tudományos igényű háttérmunkának kell alátámasztania és folyamatában támogatnia, hogy az indikátorok és a finanszírozási pontok (értékek) a gyakorlati alkalmazás problémáinak, a betegségszoptok jellemzőinek és terápiás eljárásrendek alakulásának megfelelően legyenek karbantartva.

3. Az eredményesség alapú forrásallokáció további alkalmazási területét jelentheti a gyógyító-megelőző ellátások esetében az esetfinanszírozási kassa által lefedett nagyértékű terápiák és technológiák területe. Az ún. EFI kassa mérete 2008-ban nagyságrendileg 10 Mrd Ft körül mozgott (a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek költségeivel kiegészülve meghaladta a 14 Mrd Ft-ot), ami fekvőbeteg-ellátás százalékában mérve 3%-ot meghaladó arányt képvisel (főbb típusai a teljesség igénye nélkül: a kardiológiai, illetve ortopédiai beavatkozások nagyértékű eszközei). A nagyértékű műtéti eljárások, beavatkozások finanszírozásával együtt a fekvőbeteg-ellátás kiadásainak 6%-át fordítják ezekre a eszközökre, eljárásokra.

Az EFI kassa tág lehetőséget biztosít az ár-volumen jellegű megállapodásokra, illetve az ebből finanszírozott ellátási kör feltételes finanszírozására. Elképzelhető egy-egy jól definiálható műtéti vagy terápiás eljárásnak az innovatív gyógyszer-támogatáshoz hasonló feltételes

finanszírozása: meghatározott monitorozott időszakban az eredményesség mérése és visszacsatolása a finanszírozásba. Ilyen eredményességi (outcome) szempontok lehetnek pl. a szövőd-ményráta csökkenése, kórházi ápolási idő csökkenése, a revaszkularizáció, reoperáció arányának csökkenése, funkcióképesség helyreállítása.

Példák az eredményesség alapú (feltételes) finanszírozás bevezetésére a gyógyító-megelőző ellátások területéről

- Nagyértékű implantátumok alkalmazása
- Minimál-invazív beavatkozások (egynapos sebészeti beavatkozások)
- Kúraszerű ellátások – infúziós kezelések a neurológiában
- Rehabilitációs ellátások

Ebben az esetben problémát az jelenthet, hogy mennyire különíthető el egy adott technológia alkalmazása az egyéb környezeti tényezőktől (beteg kiválasztás szempontjai, társult betegségek, kísérő betegségek kockázata, más ellátók felelőssége stb.). Továbbá fel kell oldani azt a problémát, hogy a finanszírozás számos esetben közvetlenül nem a termék gyártójának, forgalmazójának megy, mint az innovatív gyógyszerek esetében, hanem az egészségügyi szolgáltatóknak (kórházak, szakrendelők, otthonápolási szolgálatok). Nem tűnik reálisnak, hogy a feltételes finanszírozást indirekten az egészségügyi szolgáltatókon keresztül lehessen érvényesíteni. Tehát szükség lehet kiegészítő háttér-megállapodásra a beszállító, fogalmazó cégekkel hasonló feltételekkel, mint a gyógyszercégekkel. Ebben az esetben viszont a szabad kereskedelem és a korlátozott termék védelem miatt nem mindig azonosítható be a termék gyártója, fogalmazója, vagy akkor erre vonatkozóan is az egészségügyi szolgáltatóknak külön jelentési kötelezettséget kell előírniuk. Ezek az adminisztratív és jogi akadályok kezdetben bizonyára lelassítják az eredményesség alapú forrásallokáció alkalmazását a nem innovatív gyógyszertermékeken kívüli technológiák körében.

4. Igazán átfogó alkalmazáshoz jelentős szakmapolitikai irányváltásra van szükség, vagy részben a pár éve megszüntetett irányított betegellátási programok ismételt megindítására. Ennek területe kiemelten az I/3. fejezetben bemutatott globális fejkvóta jellegű finanszírozás alkalmazása, adott térségben működő integrált ellátási formák vagy a komplex multidiszciplináris teameken alapuló krónikus beteg-gondozási programok lehetnek.

Az eredményesség alapú forrásallokáció egyik potenciális területe lehet a krónikus betegség-gondozási programok, ahol a nagy esetszámok, jó mérési lehetőségek lehetővé teszik az eredmények visszacsatolását a finanszírozás szintjének és mértékének meghatározásába.

ÖSSZEFOGLALÁS

A címhez visszakanyarodva megállapíthatjuk, hogy az eredményesség alapú finanszírozás nem rendelkezik több évtizedes tapasztalattal, ennek következtében a tanulmányban elsősorban a lehetőségeket és a rendszerbeillesztés potenciális területeit tudtuk feltárni. A támogató szabályozási környezet kulcselemei: a biztosítói-szolgáltatásvásárlói és a szolgáltatói szerepek világos különválasztása, a stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep és a bizonyítékokon alapuló egészségpolitika tér-

nyerése, a világos, áttekinthető és kiszámítható támogatási és befogadási politika. A tanulmányban megvizsgáltuk, hogy a jelenlegi allokációs mechanizmusokra, és az azokat kifejező finanszírozási módszerekre elméletileg hogyan építhető rá az eredmény/eredményesség szempontrendszere. Példaszerűen bemutattuk, hogy jelenleg milyen jellemző gyakorlati alkalmazási módok lehethetők fel az európai egészségügyi rendszerekben.

A tanulmányban részletesen foglalkoztunk azzal, hogy milyen módon lehet mérni az eredményességet, és az milyen módon csatolható vissza a finanszírozásba. A legnagyobb problémát egyrészt a mérés pontossága, vagy annak hiányossága jelenti. Másrészt a hatásmechanizmusok időbeli elhúzódása miatt az eredmények vagy kudarcok nem ott és nem akkor jelentkeznek, ahol és amikor a forrásfelhasználás, kiadás felmerül (pl. prevenciós programok, védőoltások esetében). Összegzőképpen megállapíthatjuk, hogy az eredményesség, mint finanszírozási szempont érvényesülése általában nem jelenik meg a központi forrásallokációs mechanizmusokban. Az eredményességgel kapcsolatban bár előzetes becslések készíthetők, a közfinanszírozott rendszerekben direkt eredményesség alapú finanszírozási mechanizmusok általános érvényű alkalmazása erőteljesen korlátozott.

Ennek ellenére a kiadáskorlátozó politikák együttesen a növekvő lakossági elvárásokkal, és technológiai fejlődéssel kikényszerítik a kockázatmegosztás új módjait az egészségügyi termékek gyártói, forgalmazói és részben az egészségügyi szolgáltatók, valamint a közvásárló intézmények, biztosítók között. Ennek megfelelően várható el, hogy évről évre növekedjen ennek a szerepe a jobb mérési, fejlődő monitorozási technikáknak köszönhetően.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ecseki Adrien, Borcsek Barbara, Med-Econ Humán Szolgáltató Kft munkatársainak a publikációban nyújtott segítségükért.

Mellékletek

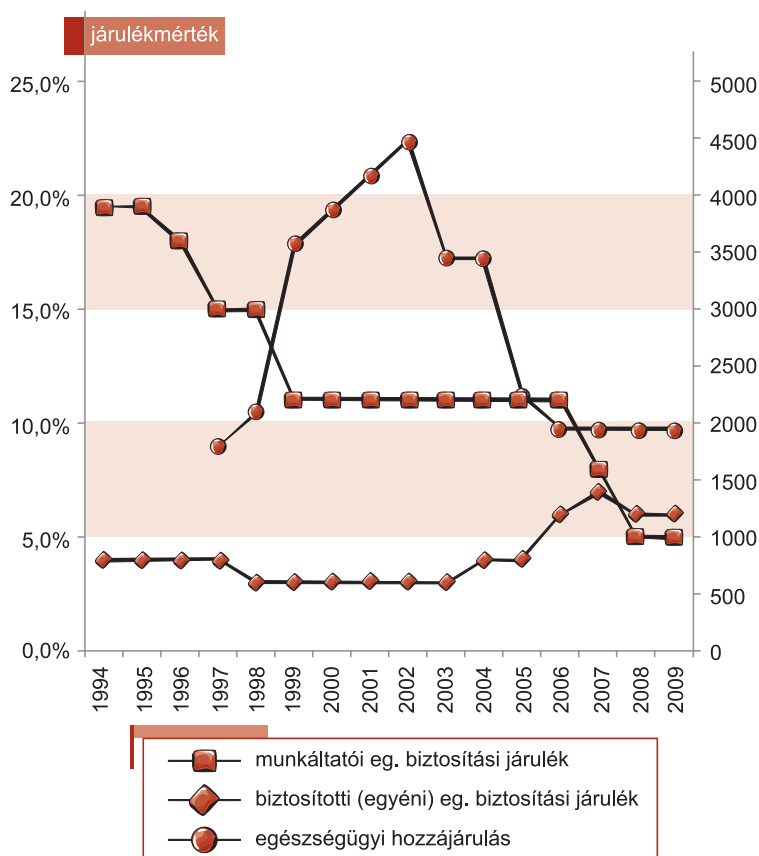
1. Melléklet

Egészségügyi kiadások és közkiadások aránya az OECD országaiban						
	Egészségügyi kiadások a GDP %-ában		Közkiadások a teljes egészségügyi kiadások %-ában		Co-payment kiadások a teljes egészségügyi kiadások %-ában	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Luxembourg	7,3		90,9		6,5	
Czech Republic	7,0	6,8	86,7	85,2	11,3	13,2
Denmark	9,6	9,8	84,1	84,5	14,3	13,8
Norway	8,6	8,9	83,8	84,1	15,4	15,1
Iceland	9,1	9,3	82,0	82,5	16,6	16,0
United Kingdom	8,5	8,4	82,0	81,7	11,4	11,4
Sweden	9,1	9,1	81,6	81,7	16,2	15,9
Japan	8,1		81,3		15,1	
France	11,0	11,0	79,1	79,0	6,8	6,8
New Zealand	9,2	9,0	78,2	78,9	15,9	15,1
Ireland	7,1	7,6	77,5	80,7	11,8	9,9
EU országok átlaga* (OECD-n belüli)	8,8	8,8	77,2	76,7	16,0	16,1
Germany	10,5	10,4	76,8	76,9	13,3	13,1
Italy	9,0	8,7	76,8	76,5	19,9	20,2
Austria	10,2	10,1	75,9	76,4	15,9	15,4
Finland	8,3	8,2	74,6	74,6	19,0	18,9
OECD átlag*	8,9	9,0	72,8	71,9	18,5	18,7
Hungary	8,1	7,4	72,6	70,6	23,1	24,9
Portugal	9,9		71,5		22,9	
Spain	8,4	8,5	71,2	71,8	21,5	21,1
Poland	6,2	6,4	69,9	70,8	25,6	24,3
Canada	10,0	10,1	69,8	70,0	14,9	14,9
Slovak Republic	7,3	7,7	68,3	66,8	25,9	26,2
Australia	8,8	8,9	66,6	67,5	18,7	18,0
Greece	9,5	9,6	62,0	60,3		
Switzerland	10,8	10,8	59,1	59,3	30,8	30,6
Korea	6,0	6,3	54,6	54,9	36,8	35,7

	Egészségügyi kiadások a GDP %-ában		Közkidások a teljes egészségügyi kiadások %-ában		Co-payment kiadások a teljes egészségügyi kiadások %-ában	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
United States	15,8	16,0	45,2	45,4	12,3	12,2
Egészségügyi kiadások és közkiadások aránya az OECD országokban						
Mexico	5,8	5,9	44,2	45,2	52,4	51,1
Belgium	10,0	10,2			17,9	18,3
Netherlands	9,7	9,8			5,6	5,5

*az átlagok számításánál nem vettük figyelembe azokat az országokat melyen nem közöltek adatot az adott évre
Forrás: OECD Health Data 2009

2. Melléklet



Fogalmak – a hatékonyság típusai

Költséghatékonyság: A legkisebb költség árán a legmagasabb outcome elérése.

Technikai hatékonyság: Adott output előállítása az inputok minimalizálásával, a megfelelő inputkombináció kialakításával.

Allokatív hatékonyság: Az egészségügyi rendszer hatékony működése, az egészségügy számára rendelkezésére álló erőforrásokkal a szolgáltatások olyan kombinációját állítják elő, amely maximalizálja a társadalom egészének egészség-állapot javulását.

Makro-gazdasági hatékonyság a gazdaság egészének (pl. GDP nagysága) és az egészségügyi szektor viszonyát fejezi ki. (Mennyit költünk egészségügyre, és mely területek milyen mértékben növelik a társadalmi jólétet, illetve egyéb szektorok kiadásai – oktatás, környezetvédelem stb. – milyen mértékben hatnak az egészségi állapotra.)