

A korkorrigált fejkvóta (kapitáció) a háziiorvosi (alapellátási) finanszírozás alapja

Balogh Sándor dr.

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Alapellátási Intézet, Családorvosi Tanszék, Pécs

Az alapellátás terén olyan strukturális változtatás szükséges, amely nem teljes rendszerében változtatja meg az egészségügyi alapellátást, hanem lehetővé teszi, hogy a rosszabbul ellátott területeken – elsősorban kistérségi szinten – lehetővé váljék más gyakorlatok alkalmazása. Az erőforrások koncentrációja, az egészségügy finanszírozása kihívást és fejlődést okoz a politikusok és szakmapolitikus számára. Az 1990-es évek kezdetén, a rendszerváltás idején, az egészségügy átalakítása az alapellátással kezdődött. A kezdet a házi/családorvoslás volt, a finanszírozás gerincét a szabad orvosválasztásra alapozott korkorrigált fejkvóta képezte. A biztosítói juttatás ezzel együtt vegyes rendszerű lett. Ezt sok pró és kontra vélemény kísérte és kíséri jelenleg is, de az alapgondolat kiállta a próbáját: az európai jellemzőket és a magyar helyzetet áttekintve, a háziiorvosi tételes betegforgalmi jelentések adatai alapján és az ezt megelőző években történt kutatások eredményeit elemezve igazolja a kapitációalapú finanszírozás helyességét, és vélelmezi, hogy a módszer, mint alap, egyszerű, manipulálhatatlan, kevés terhet ró a szolgáltatóra és a biztosítóra, és kis költségekkel jár. A realitásokra is figyelemmel végső soron az ellátás optimalizálását eredményezheti.

Orv Hetil. 2019; 160(27): 1057–1063.

Kulcsszavak: kapitáció, rizikó/kor korrigált fejkvóta, tételes betegforgalmi jelentés, fee for service, társadalombiztosítási azonosító jel (taj), életkorhoz kötött morbiditás, GP (általános orvos)

Risk adjusted capitation is the basis for general practitioners' remuneration

The health care remuneration poses a great challenge for both politicians and policymakers. During the beginning of the 1990s, following the end of communism in Hungary, the reform of health care began with the introduction of the primary health care (PHC), specifically with general practitioner (GPP)/family medicine (FM) care. The basis of the remuneration was the age-adjusted capitation built upon the free choice of doctors, while social security remuneration was built on a mixed system. Several pros and cons have been highlighted, but the underlying principle has proved to be simple and effective. Comparison of the European and Hungarian characteristics, analysis of data in the present patient care report as well as in the years preceding the release of the aforementioned document, these confirm that the method of capitation-based remuneration is a fundamental, easy, and unmanipulable method. It places minimal weight on social security and comes with little costs.

Keywords: capitation, risk adjusted capitation, patient care report, social security number, fee for service, age-related morbidity, GP (general practitioner)

Balogh S. [Risk adjusted capitation is the basis for general practitioners' remuneration]. Orv Hetil. 2019; 160(27): 1057–1063.

(Beérkezett: 2018. december 12.; elfogadva: 2018. december 20.)

Rövidítések

BNO = betegségek nemzetközi osztályozása; FM = (family medicine) családorvoslás; GP = (general practitioner) általános orvos, orvoslás; ISZB = ischaemiás szívbetegség; NEAK =

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő; PHC = (primary health care) egészségügyi alapellátás; taj = társadalombiztosítási azonosító jel; TEK = területi ellátási kötelezettség

Az alapellátás területén indokolt a feladatellátásra épülő struktúraváltás; a működő és hatékony szolgáltatások együttműködését az integrált szervezeti forma, illetve a kistérségi szolgáltatások kialakítása, működtetése és monitorozása segítheti. A nemzetközi példák és ajánlások alapján a kis lélekszámú települések esetében a kistérségi egészségközpontok kialakítása képes a leginkább megfelelni a lakosság igényeinek, az ellátórendszer lehetőségeinek és az ellátásért felelős önkormányzatok elvárásainak.

Az alapellátás pontos feladatainak és szakma szerinti meghatározását a 2015. évi CXXIII. törvény tartalmazza [1]. Az alapellátás meghatározó része a háziiorvosi ellátás, melynek működése minden európai országban kihat az egészségügyi ellátórendszerre [2]. Ma a háziiorvosi 66 milliós orvos–beteg találkozásnak 13%-a valamilyen kompetenciahiány vagy előírás, adminisztratív ok miatt következik be, a dobogósok: 14,5% hypertonia [1], 13,4% légúti megbetegedés, 12,5% mozgásszervi betegség [3].

Öregedő háziiorvos-társadalom

A háziiorvosok átlagéletkora évről évre növekszik, a 2009. év végén 54,5 év volt; a 60 év feletti háziiorvosok aránya 17 év alatt 10,3%-ról 27,4%-ra, az 50 év feletti aránya 37%-ról 66,3%-ra nőtt, azaz minden három házi-orvostól kettő idősebb 50 évesnél, és várhatóan 15 éven belül nyugállományba történő vonulása időszerű. Ez 15 éven belül várhatóan 3138 háziiorvos utánpótlását igényli; 2018-ra a helyzet romlása mérséklődött, de sürgős intervenciót igénylővé vált [4].

Az alapellátás finanszírozása Európában

Az egészségügyi rendszerek, ezen belül is az alapellátás finanszírozása kisebb-nagyobb eltéréseket mutat Európában. Számos hasonló, de arányaiban eltérő finanszírozástechnikát alkalmaznak [5].

Az 1. táblázat adatai szerint a finanszírozás gyakori eleme a korrigált fejkvóta, amelynek részaránya az elmúlt két évtizedben az európai országok finanszírozásában nőtt, meghatározó mértékűvé vált [6, 7]. A XX. század végén, amikor a keleti blokk országaiiban az egészségügyben is bekövetkezett a rendszerváltás, 32 európai ország finanszírozása közül 6-ban alkalmazták a kapitációt, 15-ben a bérfizetést és 11-ben a 'fee for service'-t. A XXI. század első évtizedére ez a számarány megváltozott – 19 országból 15-ben (80%) a finanszírozás kapitációalapú lett, és az összfinanszírozáshoz arányítva 30–88%-os részarányt jelentett. A volt szocialista országok közül (7 ország adatai) valamennyiben alkalmazták a korrigált fejkvótát.

Gress és mtsai számos különböző fizetési rendszert találtak Európában, részleteiben elemezték az egyes rendszerek által nyújtott ösztönzőket. Azt állították azonban, hogy a fizetési rendszerek túlzott figyelmet kapnak, nem azért, mert erős irányítású mechanizmusok, hanem azért, mert manipulálhatók. Hangsúlyozták, hogy a há-

zi orvosoknak nemcsak pénzügyi ösztönzőket kell figyelembe venniük, de azokon felül kötelező iránymutatásokat, szakmai szabványokat és etikai korlátokat is, amelyek szintén befolyásolják a GP viselkedését, akár szakmai tevékenységét. Mivel az általános módszerek az egészségügyi rendszer részei, az ösztönzőket nem lehet elszigetelten, önmagukban értékelni. A kísérleti módszerek eredményei megmutatták egy adott ország gyakorlatát. Megállapították, hogy nem lehet mechanikusan másolni az egyik ország módszereit más országok tekintetében, például a különböző egészségügyi rendszerek jellemzői miatt [8].

Az alapellátásban a vegyes szolgáltatói finanszírozási mechanizmusok tendenciája működik: számos országban a kockázatkiigazított fejkvótát kombinálják szolgáltatásalapú díjazással. Az utóbbi időben több országban teljesítményalapú programokat is bevezettek, az ellátás minőségének fejlesztéséért. A pénzügyi ösztönzők ugyanakkor önmagukban nem valószínű, hogy elegendők a szolgáltatók magatartásának megfelelő irányba terelésére, ezért ezeket megfelelő eszközökkel kell társítani, beleértve a monitoringot és a visszacsatolást [9].

Európában három megkülönböztethető fizetési rendszert alkalmaznak a család/házi/általános orvosok számára:

- *'Fee for service'* finanszírozás: ebben a rendszerben a finanszírozás közvetlenül kapcsolódik az elvégzett munkához. Ebben a háziiorvosok kevesebb feladatot delegálnak más szolgáltatóknak, más finanszírozási/ellátási szintekre. A költségek megóvása a GP-szolgáltatás szintjén problémákat okozhat (felülről zárt kassza). Ilyen rendszerekben a biztosítónak vagy az államnak nehéz feladat – a költségnövekedés megakadályozására – költségvetési (elszámolási és finanszírozási) fékek, technikák alkalmazása és működtetése. A szakorvosi ellátás igénybevitelének csökkentése azonban költségmegtakarítást és pénzügyi ösztönzést jelenthet a háziiorvosok számára.
- *Kapitáció* szerinti finanszírozás: a háziiorvosok pénzt kapnak egy betegért egy meghatározott időtartamra. A betegeket regisztrálják a GP-listán. A kifizetések alapját jelenthetik az egyenlő hozzáférést biztosító kockázatok, de más ösztönzőket is kell alkalmazni. Ilyen például a kockázati kiigazítás (risk adjustment) magasabb díj folyósításával, az idősek vagy krónikus betegek vagy a hátrányos helyzetűek tekintetében. A háziiorvosok a páciens hajlamosak lehetnek áttérni az ellátás más szintjeire, mivel ez csökkentheti munkaterheiket. Mindennek ellenére ez a megoldás, az alapellátás számára optimális az elsődlegesség a folyamatos és a prevenció alapelveinek megoldásában.
- *Fizetés/alkalmazottak*: a háziiorvosokat az időegységért (óradíj) fizetik, függetlenül attól, hogy milyen szolgáltatásokat nyújtanak, és hány beteget látnak el. Ez a rendszer az orvosok és az ellátottak számára egyaránt garantálni kívánja a hozzáférhetőséget. Alulfinanszírozott rendszerekben azonban ez a két funk-

1. táblázat | Díjazási rendszerek a háziiorvosi praxisokban

Ország	Fejpenz (kártyapénz) kockázatkorrekciónal	Tételes teljesítményfinanszírozás	Fizetés	Bónusz, teljesítménydíjazás, egyéb juttatások	Különleges finanszírozási jellegzetességek
Ausztria*	I	I			
Ausztria (magán)		I			57% magánházi orvosok
Belgium		I	I		
Bulgária	I			I	Bónusz orvosi nyilvántartás vezetésére és megelőző szolgáltatások nyújtására
Csehország	k.k.	I			Kor szerinti fejpenz (kártyapénz)
Dánia	I	I			Tételes teljesítményfinanszírozás 2/3, fejpenz 1/3
Észtország	k.k.	I		I	Kor szerinti fejpenz (kártyapénz) 73%, tételes teljesítményfinanszírozás 15%, alapilletmény 10%
Finnország* (1. rendszer)			I	I	Bónusz a munkaidőn kívüli (ügyeleti) ellátásért
Finnország (2. rendszer)	I	I	I	I	Bónusz a munkaidőn kívüli (ügyeleti) ellátásért
Franciaország		I		I	Teljesítménydíjazás: önkéntes
Németország		I			Finanszírozási plafon
Görögország		I			A paraszolvencia (informális díjazás) elterjedt
Írország (nyilvános)*	k.k.	I			A fejpenz (kártyapénz) az életkortól és a praxistól való távolságtól függ
Írország (magán)		I			
Olaszország	I	I		I	Jutalom a költséghatékonyságért
Lettország	k.k.	I		I	Kor szerinti fejpenz (kártyapénz), bónusz a teljesítménymutatókért és az alacsony beutalási rátáért
Hollandia	k.k.	I			Kor és hátrányos területek szerint korrigált fejpenz (kártyapénz), munkaidőn túli munka (ügyelet) óradíjban fizetve
Norvégia	I	I			Fejpenz (kártyapénz) a jövedelem 30%
Lengyelország			I		
Portugália			I		
Románia	k.k.	I		I	
Szlovákia	k.k.	I			Kor szerinti fejpenz (kártyapénz) 85%, csökkentett díjazás nagyszámú beteg vagy szolgáltatás esetén (degresszió?)
Szlovénia	I	I			Fejpenz (kártyapénz) 50%, tételes teljesítményfinanszírozás 50%; bónusz az alacsony beutalási ráta alapján
Spanyolország	I			I	Életkorra, népsűrűsége és mortalitásra korrigált: 15%
Svédország				I	Megyéenként különböző lehet
Egyesült Államok	k.k.			I	A fejpenzt (kártyapénzt) számos faktor módosítja, teljesítménydíjazás a minőségi mutatók teljesítése esetén

*Ausztriában, Finnországban és Írországban két díjazási rendszer létezik a házi orvosok számára.

k.k. = kockázatkorrekción; I = igen

ció nem valósul meg. Az alulfinanszírozás ösztönzi az orvosokat, hogy formális ellátásokat nyújtsanak, amelyek akadályozhatják bizonyos betegcsoportok számára a hozzáférést. Fennáll az a helyzet, hogy páciensek továbbutalására az indokoltnál gyakrabban kerül sor, és ez alulkezelést (definitív ellátást) okozhat. Ezekben a rendszerekben a betegek gyakran panaszkodnak az orvosokra.

– *Vegyes rendszerek:* a kifizetési rendszerek kevert formában fordulnak elő:

- Kapitációs díj jár minden beteg után, és kiegészítő kifizetések bizonyos feladatokhoz társulnak (szolgáltatás díj), ezek célzott kifizetések. Ilyen, amikor a kifizetések előre meghatározott tevékenységhez kapcsolódnak, például védőoltásokhoz, a nagy kockázatú lakosság influenzaátoltottságának százalékos

arányához. Ha a GP teljesíti a célt, akkor extra kifizetésekhez jut hozzá. Ha nem éri el a célt, további kifizetésekre nem kerül sor. Ezek a funkciójú kifizetések a házi orvosok extra feladataira, szolgáltatásaira is alkalmazhatók. Az utóbbira példa a szlovákiai vastagbélvizsgálat finanszírozása vagy preventív intervenciók elvégzésének külön tételes díjazása.

- Vegyes kifizetés a különböző betegcsoportok számára (például magán- vagy biztosított betegek), biztosítottak/nem biztosítottak, több-biztosítós rendszer esetén.
- Különböző kifizetési rendszerek különböző házi orvosok számára, az egészségügyi rendszeren belül történően, ami a magyar rendszer példái alapján érthető meg jobban, úgymint vegyes praxis, gyermekpraxis, TEK nélküli praxis stb.
- Integrált költségátvezetés: itt a házi orvosok fizetnek a betegek egészségügyi ellátásáért más ellátószinteknek. A rendszert gyakran alapítványként említik. A GP-k jövedelme, az integrált kapitációs díj/fő vagy /alkalom, a listán szereplő betegek száma szerinti összeg, mely csökkentésre kerül a más szolgáltatóknál igénybe vett szolgáltatások költségével. A célzott ösztönzők az ellátás folytonosságának és átfogó jellegének előmozdítását, az interdiszciplináris koordinációt és az aktív betegség kezelést segítik. Ugyanakkor jelentős kockázatot jelent a betegek másodlagos vagy harmadlagos ellátása költségeinek kockázata [8].
- Betegséggel kapcsolatos finanszírozás. Ebben a rendszerben a GP-k meghatározott betegek számára külön térítést kapnak, azok betegségétől függően (például cukorbetegség), a betegség kezeléséhez számított fix összeget. A finanszírozás magában foglalja a beteg összes egészségügyi kiadását, ideértve a megelőző ellátást és a speciális gondozást is. Az ellátásban a bizonyítékokon alapuló klinikai iránymutatásokat alkalmazzák [10].

Európában ma az országok többségében vegyes fizetési rendszer van érvényben (*1. táblázat*), bár gyakran a rendszer egy-egy eleme domináns. Vannak országok, ahol a házi orvosok fizetést kapnak, alkalmazottak: Finnország, Lengyelország, Portugália, Spanyolország és Svédország. Svédország egy részében elsősorban az alkalmazott orvosok dolgoznak, de vannak olyan svéd megyék is, ahol más finanszírozási rendszerek is léteznek, hiszen a svéd egészségügyi rendszer felelőssége a megyék szintjére került. Portugáliában és Lengyelországban egy rendszer létezik fizetéses, alkalmazotti formában. Lengyelországban azonban a GP-k alacsony bérei miatt léteznek informális (szürke zónás) fizetségek, amelyeket a betegek közvetlenül a GP-knek fizetnek a gyorsabb hozzáférést vagy a jobb minőségű szolgáltatásokért. A portugál orvosok egészségügyi központokban dolgoznak. Ezeket az egészségközpontokat közvetlenül a helyi

kormányzati szerv fizeti a valós kiadások alapján. Ez azt jelenti, hogy nincs globális költségellenőrzés. Ausztriában (nyilvántartott házi orvosok), Bulgáriában, Észtországban, Írországban, Olaszországban, Lettországban, Romániában és Angliában a domináns elem mellett további finanszírozási formák működnek, amelyek leginkább a hatékonyságért vagy bizonyos szolgáltatásokért, például megelőző szolgáltatások elvégzéséért járnak. A szolgáltatások promóciójának kifizetése a teljesítményfizetés formája: ha például bizonyos küszöböt (például egy bizonyos százalékot) az immunizált betegek aránya elér, akkor bónuszt kap a GP. Az országok többségében szolgáltatási díjakat is meghatároznak, így Belgiumban, Dániában, Franciaországban, Németországban, Görögországban és Hollandiában. Más országokban többnyire a kapitáció az alap, mellette bizonyos szolgáltatásokért, például az orvosi nyilvántartások vezetéséért vagy minőségi mutatók eléréséért pluszfinanszírozás jár [11].

Európa összetett helyzetének ismertetése alapján nem tűnik merész megállapításnak, hogy bonyolult, az adott ország sajátosságainak figyelembevételével kell a legoptimálisabb megoldásra törekedni.

Az életkor és a betegségek összefüggésében az ellátás sajátosságait és teljesítményét az eddig említett közleményekben szereplőkön túl több tényező módosíthatja. Ezek mértékének meghatározása, multifaktoriális volta miatt, nehezen és túl bonyolultan mérhető [12–15].

A saját tapasztalat és az irodalmi áttekintés eredményei alapján a következőkben a fejkvóta, a korrigált fejkvóta alkalmazásának és dominanciájának indokoltságát mint a szakmai tevékenység legegyszerűbben elszámolható, manipulálhatatlan teljesítményértékét kívánom igazolni.

A vizsgálat célja

Az alapellátás (házi orvoslás) elmúlt két évtizedének európai eredményeinek ismeretében, korábbi saját munkákban talált eredményekből kiindulva, a ma már folyamatosan rögzített házi orvosi jelentések (tételes betegforgalmi jelentés) és azok feldolgozásai alapján keletkezett adatok ismertetésével és azokból levont következtetésekkel a kapitációalapú finanszírozás dominanciájának igazolása.

Az adatgyűjtés köre

A 2010 és 2016 közötti időszak házi orvosi tételes betegforgalmi, a NEAK által rendelkezésre bocsátott adatai alapján 2010-ben 5108, 2016-ban 5080 felnőtt- (14 év feletti) vagy vegyes praxis megküldött jelentései. Ezek közül kiemelten került vizsgálatra az ellátottak taj szerinti száma, ellátási eseményeik gyakorisága, az ellátás oka és az ellátásban részesülők egyéb (kísérő) betegségei BNO szerint, 10 éves korcsoportos bontásban.

2. táblázat | Az egyes megbetegedések korcsoportok szerinti előfordulása (%)

	14–20 év	21–40 év	41–60 év	60– év	
Diabetes	0,3	6,1	38,9	54,6	100%
Neurózis	2,9	38,6	43,6	14,9	100%
ISZB	0,3	5,3	35,6	58,9	100%
Hypertonia	0,4	7,0	39,6	52,9	100%
Légút	23,8	45,4	21,5	9,4	100%
Csont	3,7	36,4	43,0	16,9	100%

A légúti megbetegedések a 40 év alattiakban gyakori, majd az ettől kezdődő korosztályokban csökkenő mértékű. A szív-ér rendszeri betegségek (ISZB), a hypertonia, a diabetes a 40 feletti korúaknál fokozatosan nőtt [16–18].

3. táblázat | A leggyakoribb betegségi főcsoportok kor szerinti alakulása (%)

Betegségi főcsoportok (BNO-10)	Korcsoportok (év)				Összesen
	16–19	20–39	40–59	60+	
IV. Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	1,5	5,1	8,1	16,5	7,7
V. Mentális és viselkedészavarok	0,4	0,7	3,5	4,7	1,8
IX. A keringési rendszer betegségei	9,9	12,8	28,2	50,8	24,5
X. A légzőrendszer betegségei	6,6	4,9	4,8	3,1	4,8
XI. Az emésztőrendszer betegségei	1,5	1,9	3,5	5,0	3,0
XI. A csont-izom rendszer és kötőszövet betegségei	5,9	7,2	18,5	28,5	14,6

Eredmények

A korábban, 1984 és 1986 között a praxisanalízis módszerével végzett vizsgálatok – amelyek kézzel kitöltött adatlapok alkalmazásával, kezdetleges informatikai eszközhátterű adatfeldolgozás mellett történtek – megmutatták, hogy 7 körzeti orvosi körzet egyéves betegforgalmi adatai alapján az egyes korcsoportoknak jellemző megbetegedéseik vannak. Ekkor a rendelkezésre álló számítógé-

pek nem tették lehetővé a nagyszámú adatból, a taj hiányából az egyes korcsoportok egyes betegségeinek orvoshoz fordulási gyakoriságát kalkulálni (2. táblázat) [16–18].

A közel két évtizeddel később a nők egészségét elemző dél-alföldi vizsgálat hasonló tendenciákat mutatott. Érzékelhető különbség volt a légzőszervi megbetegedések tekintetében, illetve magasabb arányban tapasztaltak a 40 év alattiak korcsoportjában keringési rendszerrel kapcsolatos panaszokat (3. táblázat) [19].

4. táblázat | Az orvoshoz fordulók száma a három leggyakoribb betegségcsoportban 2016-ban

Kor	18–29 év	30–39 év	40–49 év	50–59 év	60–69 év	70–79 év	80+ év
I./1.	Légúti	1. Légúti	1. Keringés	1. Keringés	1. Keringés	1. Keringés	1. Keringés
II.	1 507 285 2×	1 280 920 3×	2 721 003 6,6×	6 203 170 9,9×	12 475 129 17,7×	12 154 989 17,2×	8 905 698×
III.	507 323 50%	429 807 44%	411 168 36%	628 027 63%	967 856 81%	703 378 92%	413 714 94%
I./2.	eg. áll	2. eg. áll.	2. Csont	2. Endokrin	2. Endokrin	2. Endokrin	2. Endokrin
II.	1 340 387 3×	113 138 2,4×	1 888 487 4,3×	3 405 329 8,6×	6 826 702 10,3×	5 508 011 11×	2 717 203 11×
III.	527 323 52%	462 286 47%	435 947 38%	396 577 40%	662 422 55%	484 975 63%	248 802 56%
I./3.	Fertőző	3. Keringés	3. Endokrin	3. Csont	3. Csont	3. Csont	3. Csont
II.	749 956 2,5×	822 502 4,6×	1 550 517 5,7×	3 136 408 6,2×	4 682 020 7×	3 898 657 8×	2 517 663 9,3×
III.	334 758 33%	177 123 18%	271 113 23%	504 966 51%	676 499 57%	479 050 62%	261 607 62%

I. = a megbetegedések diagnóziscsoport szerinti megnevezése

II. = az I. csoportokban megnevezett diagnózissal való megjelenések száma

II.x = az adott diagnóziscsoporttal egy ember hányszor keresi fel a háziorvost

III. = az adott diagnóziscsoporttal ellátottak száma (egy ellátotti megjelenéstől függetlenül egyszer)

III.% = az adott diagnóziscsoport ellátottjai és az összpuláció %-ban

1, 2, 3 = az adott diagnóziscsoportnak az ellátottak száma szerinti sorrendje (ellátási gyakoriságának sorrendje)

A 4. táblázat a 2016-os év háziiorvosi tételes betegforgalmi jelentések alapján a három legnagyobb számú ellátást tartalmazza, BNO szerinti betegcsoportokra és korcsoportokra bontva (a NEAK adatbázisa szerint). A 40 év alatti korcsoportokban jellemzően egyszerű felső légúti, légúti és vélhetően ezek fertőző betegségek kódolt esetei voltak. A sorrendben második leggyakoribb orvoshoz fordulási okot jelentettek csoportját alkották a 'Z' BNO-kódoltak. A 'Z'-kódok az adminisztratív okokat, azaz elsősorban a nem konkrét betegséggel összefüggő ellátásokat jelentették. Ezek közül kiemelten fontos és a leggyakoribb a fogamzásgátló gyógyszer felírása. A 30 és 39 év közöttiek három leggyakoribb oka közül harmadikként a szív-ér rendszeri panasz, betegség került ellátásra. A 40 éves kort követően a keringési megbetegedések folyamatosan az első pozíciót foglalták el. A második legnagyobb számú megjelenést az endokrin betegségek jelentették, ezek több mint 90%-a diabetes. E korosztályokban a harmadik helyen a csont-ízületi megbetegedéseket regisztrálták. A 40 év felettiéknél az életkor növekedésével minden megbetegedési csoportban növekedett az orvoshoz fordulási gyakoriság, az ellátási igény. A szív-ér rendszeri és diabeteses betegek ellátási igénye a háromszorosára nőtt, illetve az adott lakossági korosztályból ellátásra kerülők mindhárom csoportban növekvő és jelentős százalékot jelentettek. Egy betegcsoport ellátási gyakorisága markáns különbségeket mutatott az egyes korosztályokban. A különbségek kisebbek voltak a 70 és 79 év közötti korúaknál és a 80 év felettiéknél.

Megvizsgálva a 2010., 2012. és 2014. éves tételes betegforgalmi jelentéseket, nem voltak különbségek az egyes évek betegforgalmi adatai között. Ugyanígy, amikor az egyes megbetegedéscsoportok jelentett BNO-kódjainak száma került összevetésre, nem volt található eltérés az egyes korcsoportok és a négy év BNO-számai között.

Következtetés

A magyar egészségügy átalakításának kezdetekor az alapellátással, ezen belül is a háziorvoslással indult meg a szocialista egészségügy európai irányú átalakítása. Az alapvető finanszírozási elemek máig nem változtak. Az egyes elemek pénzügyi ráfordításai némileg módosultak, de a kiemelhető új elem a minőségi munkát szándékozott ösztönözni az indikátorrendszer mérésével.

Bármennyire is szakmai elvekre igyekezett ez az új elem támaszkodni, nem tudta beváltani a hozzá fűzött reményeket, bár folyamatos szándék volt módosítani. A minőségi indikátormódszer nagy előnye, hogy a háziiorvos által nem lehet direkt módon befolyásolni, de ez egyben nagy hátrányává is vált.

Az elmúlt bő évtizedben mind a szolgáltatók, mind a szakmapolitikusok, mind a jogalkotók, mind a finanszírozó folyamatosan keresték a lehetőségeket és tettek különféle javaslatokat a minőségi és teljesítményalapú fi-

nanszírozásra. Számos háttérszámítás, projekt és azok eredményei, melyeket a szakterületen dolgozók és intézményi keretekben munkálkodók végeztek, segítették az előkészítést, biztosítottak a megoldáshoz alapokat [20–23].

Közben számos európai és itthoni folyamat alapvetően befolyásolta az európai és a magyar egészségügynek, ezen belül is a háziorvoslásnak a helyzetét. Ezek közül nem volt elhanyagolható a mára már némileg konszolidálódott gazdasági válság. Talán még ennél is jelentősebb probléma a szakemberhiány, ezen belül is az orvoshiány. A kedvezőtlen jelenségek nemcsak Magyarországot és Európát, hanem az egész világot érintik. Emellett a gyógyításköltség robbanása jelentős mértékben megnövelte az ellátás költségeit is. Nem lehet nem beszélni arról sem, hogy a társadalom elvárásai, igényei és információs lehetőségei növekvő mértékben eredményezték a klasszikus egészségüggyel a társadalom nem kis részének a szembefordulását. A társadalom, elsősorban a fiatalok elvárása a szolgáltató típusú ellátás igényével jelentkezik, de a klasszikus gyógyítás, amely a szolgálat értékévé és gyakorlatán áll, nem tud a szolgáltatás gyakorlata és elvárása szerint működni.

A szolgáltatók által szimpatikusnak tartott 'fee for service'-t mint finanszírozási technikát nem kedvelik a biztosítók (és az állam), mert az elszámolás bonyolult megoldások útján, általában „kozmetikázható” alapon történik, és számos, nemritkán költséges és feszültséget okozó ellenőrzési rendszer segítségével sem hatékony. Továbbá a költségvetési alapon meghatározott pénzkeret zárt rendszere sem teszi az eljárás alkalmazását lehetővé.

Tekintettel arra, hogy az országok költségvetésében zárt keretek állnak rendelkezésre, a 'fee for service' igen költséges elszámolási rendszer, amely így foglalható össze: a biztosítási elszámolási költségek növekedése bizonyíthatja, hogy 1 dollárból hogyan marad csak 80 cent az egészségügyre, és a többi a biztosítónak jut, a rendszer fenntartására fordítódik.

Bármennyire is szimpatikus is ez a megoldás az orvostársadalom körében, nem kap elég hangsúlyt a mindennapokban, és hihetetlen adminisztrációs terhet ró az elszámolás miatt az egészségügyi ellátókra.

A jelenlegi helyzetben megfontolandó, hogy a korrigált fejkvóta elfogadható és hatékony eleme a finanszírozásnak. Az eredményekben bemutatott számítások igazolják az életkorral összefüggő, az életkorra jellemző megbetegedéseket, amelyek egyben meghatározzák az orvoshoz fordulás indokait és gyakoriságát, valamint a járóbeteg-, vagy a fekvőbeteg-ellátás igénybevételének szükségességét is. Mindezek objektív, alig változó alapjai a teljesítménynek. Amennyiben a képzés, szakképzés és folyamatos továbbképzés, valamint a 'peer review' és szakmai kontroll kellőképpen hatékony, akkor garantált és ellenőrzött a minőség és a szakmai hatékonyság is. Mindazok a kiegészítő finanszírozási elemek, amelyek részei a finanszírozási rendszernek, a korrigált fejkvó-

ta dominanciája mellett alkalmasak a háziorvoslás jelen állapotában a rendszer fenntartására és igazságos finanszírozására.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

A cikk végleges változatát a szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Irodalom

- [1] Act CXXIII. of 2015 primary health care. [2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.] Magyar Közlöny 2015; 102: 17507–17514. [Hungarian]
- [2] Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129–1133.
- [3] Editorial Notice. [Szerkesztőségi közlemény.] Medicus Universalis 2017; 50: 70. [Hungarian]
- [4] Publication of Hungarian National Institute of Primary Health Care. [Az Országos Alapellátási Intézet kiadványa.] Országos Alapellátási Intézet, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [5] Boerma WG. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Nivel, Utrecht, 2003. Available from: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf> [accessed: April 16, 2019].
- [6] Masseria C, Irwin R, Thomson S, et al. Primary care in Europe. European Commission Directorate-General “Employment, Social Affairs And Equal Opportunities” Unit E1 – Social and Demographic Analysis. Available from: <http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en> [accessed: February 12, 2018].
- [7] Belec B, Paulik E, Balogh S, et al. Health status of women in southern great plain. [A nők egészségi állapota és egészségmagtartása dél-alföldi megyékben.] Medicus Universalis 2004; 37: 171–176. [Hungarian]
- [8] Gress S, Delnij DM, Groenewegen PP. Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WG. (eds.) Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press, Maidenhead, 2006; pp. 184–200.
- [9] Payment system of PHC. [Az alapellátási rendszerek finanszírozása. In: Az alapellátás jellemzői Európában.] Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság, Budapest, 2014; pp. 11–20. [Hungarian]
- [10] Gress S, Focke A, Hessel F, et al. Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance. Health Policy 2006; 78: 295–305.
- [11] Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010; 10: 65.
- [12] Belec B, Paulik E, Balogh S, et al. The effect of schooling on health status in Csongrád County. [Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében.] Medicus Universalis 2004; 37: 11–16. [Hungarian]
- [13] Nédó E, Paulik E. Association of smoking, physical activity, and dietary habits with socioeconomic variables: a cross-sectional study in adults on both sides of the Hungarian–Romanian border. BMC Public Health 2012; 12: 60.
- [14] Paulik E, Nagymajtényi L, Easterling D, et al. Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies. Int J Public Health 2011; 56: 485–491.
- [15] Balogh S, Papp R, Józán P, et al. Continued improvement of cardiovascular mortality in Hungary – impact of increased cardio-metabolic prescriptions. BMC Public Health 2010; 10: 422.
- [16] Balogh S. Praxisanalysis in GP practises and one possible method. [A körzeti munka elemzése és egy lehetséges módszere.] Medicus Universalis 1986; 19: 213–217. [Hungarian]
- [17] Balogh S, Arnold Cs, Diós E, et al. Comparative examination of the curative-preventive activity of district doctors in 6 districts. [A körzeti orvosok gyógyító-megelőző tevékenységének összehasonlító vizsgálata hat körzetben.] Medicus Universalis 1987; 20: 337–341. [Hungarian]
- [18] Balogh S. Comparative evaluation of seven practices. [Hét körzeti praxis összehasonlító értékelése.] Medicus Universalis 1990; 23: 335–340. [Hungarian]
- [19] Paulik E, Balogh S, Belec B, et al. Epidemiological characteristics of obesity in the Southern Great Plain. [Az elhízás epidemiológiai jellemzői a Dél-Alföldön.] Népegészségügy 2004; 83: 12–17. [Hungarian]
- [20] Balogh S. Family medicine in the mirror of social security data I. First months of departure. [A háziorvoslás a társadalombiztosítási adatok tükrében I. Az indulás első hónapjai.] Medicus Universalis 1995; 28: 195–200. [Hungarian]
- [21] Balogh S. Micro-regional cooperation, such as the possibility of structural change and the identity of public health issues. [A kistérségi együttműködés, mint a struktúraváltás lehetősége és a népegészségügyi kérdések azonossága.] Medicus Universalis 2007; 40: 99–101. [Hungarian]
- [22] Hargitai R, Balogh S. Micro-regional cooperation, such as the possibility of structural change and the identity of public health issues. [Kistérségi Egészségközpont – Az alapellátási struktúraváltás lehetséges modellje.] Medicus Universalis 2007; 40: 9–13. [Hungarian]
- [23] Balogh S, Hajnal F. A model, by making common task force out of scientific organisation, the academic sector and governmental institute was realised in Hungary to support the specific family physician training, and to implement research and development projects in the primary healthcare. Part I. [Tudományos szakmai szervezet, az akadémiai szektor és országos intézet összehangolásának modellje a családorvos-szakképzés, az alapellátás kutatás-fejlesztés színterein. I. rész] Orv Hetil. 2018; 159: 1310–1316.

(Balogh Sándor dr.,
Budapest, Görgy u. 40., 1041
e-mail: balogh.sandor@pte.hu)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)