

Egészségügyi rendszerek tervezése, szervezése



Minőségbiztosítás

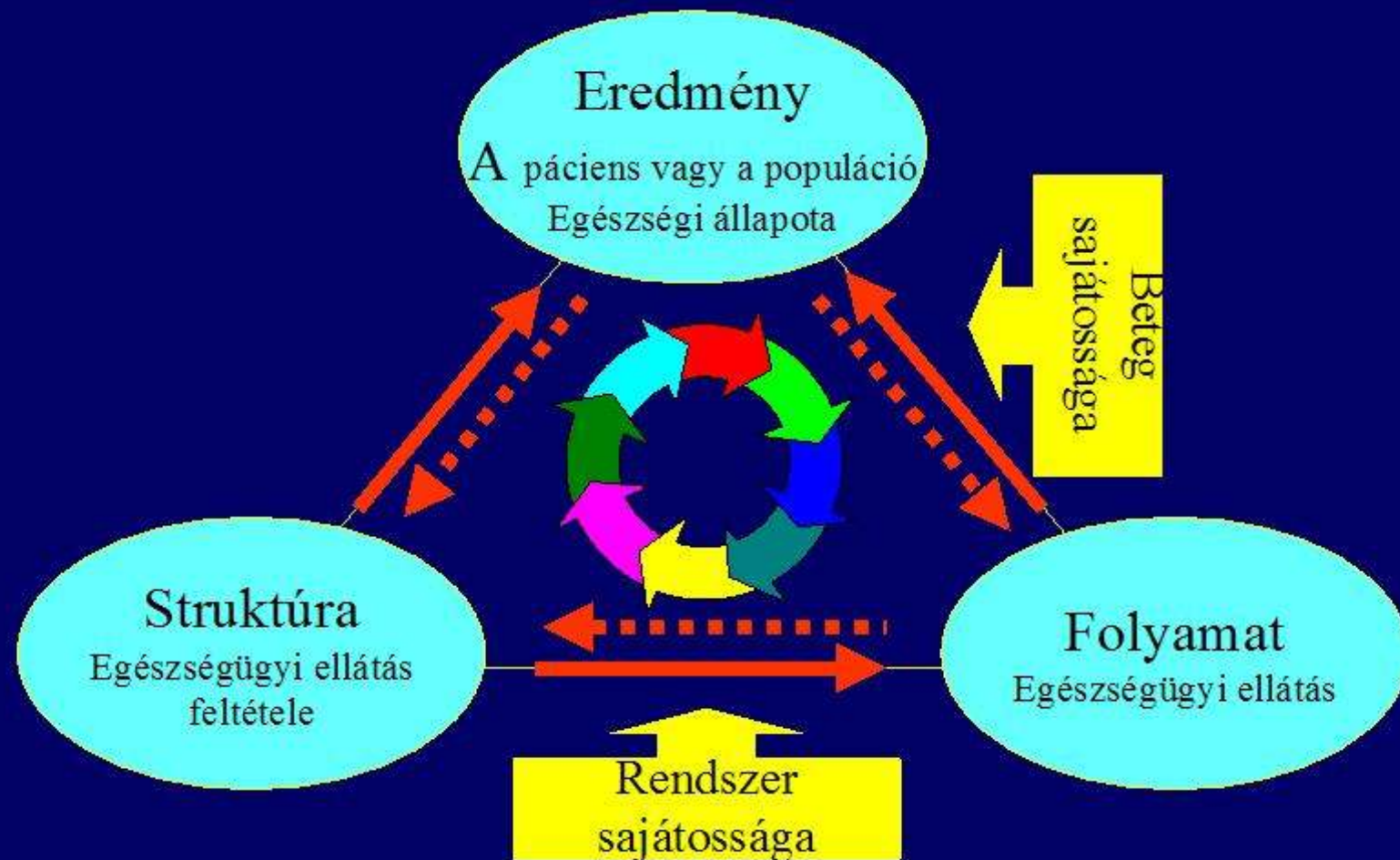
Az egészségügyet meghatározó társadalmi behatások

Az egyes országok egészségügyi rendszereinek felépítése függ:

- ✓ az adott társadalom történelmi fejlettségétől
- ✓ a társadalmi-gazdasági berendezkedés típusától
- ✓ a végrehajtó hatalom felépítésétől



Az egészségügyi ellátás dimenzióinak dinamikus kapcsolata



Egészségügyi szolgáltatás – az 1997. évi törvény alapján – minden olyan tevékenység, amely:



1. megőrzi az emberek egészségét
2. megelőzi a betegségeket
3. a már kialakult betegségeket korán felismeri és gyógykezeli
4. sürgős szükség esetén elhárítja az életveszélyt
5. krónikus esetben javítja a beteg állapotát
6. **szülészeti ellátást** biztosít
7. humán reprodukciót befolyásoló tevékenységet végez (mesterséges megtermékenyítés, művi meddővé tétel)
8. feldolgozza a betegektől származó vizsgálati anyagokat
9. csökkenti a fájdalmat és a szenvedést
10. klinikai kutatásokat folytat
11. a betegek szállítását végzi
12. biztosítja a betegek gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ellátását

Alapelvek, etikai normák

- **Jog a beteg állapotának megfelelő, hozzáférhető és esélyegyenlőségen alapuló ellátáshoz,**
- **Szabad orvosválasztás joga,**
- **Kapcsolattartás hozzátartozókkal (állandóan a beteg mellett tartózkodhatnak),**
- **Vallásgyakorlás joga,**
- **Az intézmény elhagyásának joga,**
- **Felvilágosítás, tájékoztatás** (a vele kapcsolatos beavatkozásról, várható eredményről, kockázatokról a gyógykezelés minden stádiumában),
- **Egészségügyi dokumentáció megismerése,**
- **Az ellátás visszautasításának joga,**
- **Orvosi titoktartáshoz való jog,**
- **Emberi méltóság tiszteletben tartása.**
- **Fájdalommentes élethez való jog.**



Az egészségügy legfontosabb jellemzői

- **Finanszírozás:** szolidaritási elvű, jellemzően befizetések arányában (OEP).
 - ◆ Befizetések:
 - ◆ Egyének és munkáltatók a munkával szerzett jövedelem alapján (járulék),
 - ◆ Munkáltatók a bér arányában,
 - ◆ Az állam, bizonyos népegészségügyi, képzés feladatok ellátására,
 - ◆ Az egyének a szolgáltatások igénybevételekor fizetik (gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, fogászat, vizitdíj stb.)



Az egészségügy legfontosabb jellemzői

■ Hozzájutás:

- ◆ Széles körben, Eu tagoknak és szerződéses országok állampolgárainak sürgősségi ellátás. (emberi jogon jár)
- ◆ Biztosítási jogon, a járulékfizetőnek (TB kártya, TAJ szám), EU kártyával rendelkezőnek is, ha saját országában van biztosítása.
- ◆ A biztosított hozzátartozójának,
- ◆ Nyugdíjasok, munkanélküliek után a nyugdíj-és biztosítási alapok fizetik az egészségbiztosítási járulékot.
- ◆ A betegség első 15 napját a munkáltató fizeti, ezt követően táppénz a jövedelem 75, illetve 50%-a.
- ◆ Betegek hozzájárulása (vizitdíj, napidíj).



Az egészségügyi rendszer legfontosabb jellemzői

- Tulajdonviszonyok:
 - ◆ Az egészségügyi ellátás állami közfeladat, melyet az állam és az önkormányzatok biztosítanak.
 - ◆ A feladatot átruházhatják nem állami szolgáltatóra, de az ellátási felelősségük megmarad.
 - ◆ Állami, önkormányzati fenntartó,
 - ◆ Nem állami: 1. nonprofit (alapítvány, KHT, egyesület, egyházak) 2. magán finanszírozású, for-profit szervezetek.



A szolgáltatórendszer felépítése, alapellátás

- **Alapellátás:** (WHO szerinti definíció) minden olyan ellátási forma, amelyhez a lakosság közvetlenül, beutaló nélkül fordul. (házi orvos, gyermekorvos, foglalkozás eü., anya, gyermek, ifjúság egészségügy, bőrgyógyászat, szemészet, nőgyógyászat, fogászat, traumatológia, orr-fül-gége). Lakóhelyen kell biztosítani.
- **Cél:** prevenció (szűrések, védőoltások), egészségi állapot figyelemmel kísérése, felvilágosítás, egészségnevelés, gyógykezelés, gondozás, rehabilitáció, szakorvoshoz irányítás, fekvőbetegek otthonukban történő ellátása.
- A **házi orvos** önálló vállalkozó, 1500-2000 lakos, vizitdíj, aki nem tartozik mentességi körbe, az ellátás térítésmentes, TAJ kártya alapján. A betegek 50%-a idős.

Szakellátás – járóbeteg ellátás

- Beutalóval igénybe vehető egyszeri vagy alkalmankénti ellátások.
- Szakorvosi rendelők, valamint gondozóintézeti járóbeteg ellátás intézményei.
- Feladatuk az alapellátás segítése (röntgen, laboratórium, CT, MRI, ultrahang stb.), a fekvőbeteg ellátás kiváltása, ha ez lehetséges.
- Belgyógyászat, reumatológia...
- Önkormányzati feladat, OEP támogatás.



Szakellátás - kórházak

- Fekvőbeteg ellátás, magas szintű ellátás,ápolás, hotel szolgálat.
- Kórházi beutalás vagy a beteg jelentkezése alapján (pl. sürgősségi mentő beszállítás).
- OEP finanszírozás, fenntartói hozzájárulás, a beteg a kórházi napok után hozzájárulást fizet.
- 2001-ben a 65 éven felüliek aktív és rehabilitációs fekvőbeteg ellátására fordított kiadás az összes kiadás 35%-a, ezen belül 30%-a tisztán ápolási-gondozási feladat.
- 2001-ben tartós ápolási idejű fekvőbeteg ellátást a 65 éven felüli idősök 70%-a vett igénybe.

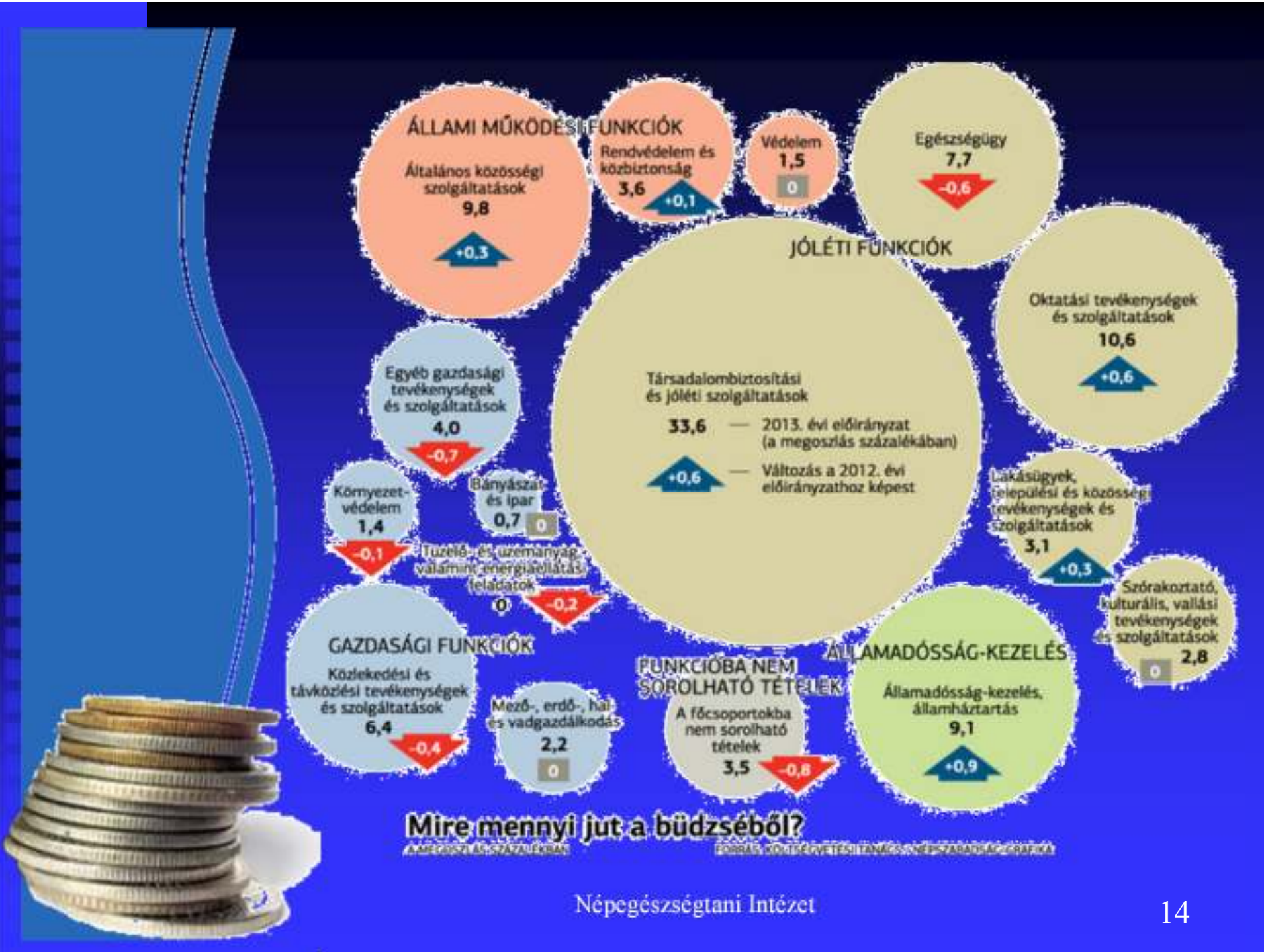


Népegészségtani Intézet



AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT ÉS MŰKÖDÉSE





Az orvosi munka szabályozása I.

- A közegészségügy rendezéséről szóló **1876. évi XIV. törvénycikk** VI. fejezete fektette le a közegészségügyi szolgálat megszerzésével a egészségügyi alapellátás alapjait és határozta meg az orvosi gyakorlat legalapvetőbb szabályait.
- Ellenőrzés: Belügyminiszter



Az orvosi munka szabályozása II.

- orvosi gyakorlatra csak annak van joga, ki az ország területén fennálló tudományos egyetemek által kiállított orvosi oklevéllel van ellátva (43.§)
- Az ország területén gyakorlatra jogosított magánorvos bárhol szabadon letelepedhet; köteles azonban a gyakorlat megkezdése előtt oklevelét az illetékes közigazgatási hatóságnak beiktatás és kihirdetés végett bemutatni. A bemutatástól fogva mindaddig, míg gyakorlatának megszüntetését a hatóságnak be nem jelenti, a rögtöni veszélyben forgó betegeknek díjazás mellett első orvosi segínyt nyújtani tartozik (47.§)
- A gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátozható, működésére nézve azonban az állam ellenőrzése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős (48.§)
- A magánorvoslás díjazása kölcsönös megegyezéstől függ, hol ilyen létre nem jött, peres esetekben szakértők meghallgatásával a bíróság határozza meg a díjat, melynek legkisebb mértéke az egész országra kiható, azonban tekintettel a városok és községek különböző viszonyaira, fokozatosan a belügyminiszter által állapíttatik meg (49.§).



Az orvosi munka szabályozása III.

- Minden törvényhatósági város, és minden olyan község, amely 6000 lakossal rendelkezett, köteles volt orvost tartani. Lehetőség volt arra is – a jelenlegi helyzethez hasonlóan –, hogy a kisebb községek egy nagyobb községgel, illetve a szomszéd kisebb községek egymással (községi körök) közös orvos tartása érdekében egyesüljenek, illetve megállapodjanak. A határt az ellátandó lakosság szám határozta meg oly módon, hogy legalább 6000-10000 lakosra jusson egy orvos. (142.§) Nevesíti a járási orvost (155-156.§) és a tiszti főorvost (161-162. §), meghatározza feladataikat.
- A törvényhatósági közgyűlések jelentős hatáskörökkel rendelkeztek az orvosokat illetően. A közgyűlés állapította meg az egyes közegészségügyi köröket, a községi orvosok, illetve a körorvosok fizetését, valamint ellenőrizte az orvosi gyakorlatot folytatni szándékozó személyek kihirdetéséhez szükséges oklevél meglétét. Ez utóbbi hatósági tevékenysége keretében kihirdette a letelepülő orvost, illetve – az okirat hiányossága miatt - megtagadta az orvosi gyakorlat folytatásához szükséges engedély megadását. Ilyen határozatokkal szemben a belügyminiszterhez lehetett fellebbezést benyújtani.



Az orvosi munka szabályozása IV.

- Az 1908. évi XXXVIII. törvénycikk – ötévenkénti emeléssel – egységesen határozta meg a községi, illetve körorvosok díjazását úgy, hogy további juttatásokat és kötelezővé tett számukra (Pl. orvosi lakás, vagy lakáspénz).
- A 10000 fős lakosságszámhoz igazodó körzetek megszüntetése érdekében a módosítás a következő rendelkezéseket vezette be:

a) Minden város, vármegye székhely, illetve 5000 lakosnál nagyobb község köteles volt legalább egy városi vagy községi orvost alkalmazni, akinek a díjazását az állam finanszírozta. A város, illetve a község azonban több orvost is alkalmazhatott saját költségére, amit egyes területeken a belügyminiszter kötelezővé is tehetett. Több orvos alkalmazása esetén a képviselőtestület ügyvezető orvost jelölt ki, aki az egészségügyi közszolgáltatás egységes ellátásáért volt felelős.

b) Az 5000 lakosnál kisebb községeket a törvényhatósági bizottság orvosi körökbe osztotta, melyekre – a korábbiaknak megfelelően - kötelező volt körorvost alkalmazni. A módosítás azonban lehetővé tette azt is, hogy a kisebb községek – saját költségükre - saját orvost alkalmazzanak. Megmaradt továbbá a nagyobb községhez, illetve városhoz csatlakozás lehetősége is.

c) Fontos előírás volt, hogy – az életveszély és az elsősegély kivételével – az orvos csak a saját területén (körzetében) – községében, városában, illetve körében – végezhetett orvosi tevékenységet, máshol nem. A jogszabály ezzel lerakta a területi ellátási kötelezettség alapjait.



Az orvosi munka szabályozása V.

- 1936. évi I. törvénycikk, az orvosi rendtartásról rendelkezett az Orvosi Kamara megalapításáról, illetve a kötelező kamarai tagság bevezetéséről (2.§).
- Az orvost a magángyakorlat körében kifejtett tevékenységéért díjazás illette meg, melynek mértéke szabad egyezkedés tárgya volt. A szélsőségek elkerülése érdekében azonban az Országos Kamara a díj mértékét szabályzatban állapította meg, melynél alacsonyabb összeget vitás esetben a bíróság sem állapíthatott meg. Az orvos utólag szabadon dönthetett úgy is, hogy ingyen vagy a díjszabás tételeinél alacsonyabb összegben állapítja meg a díját. Előre azonban nem kínálhatta fel orvosi tevékenységét „olcsóbb áron”.



Az orvosi munka szabályozása VI.

- 1945 után az állami feladatkörbe utalt egészségügyi ellátás mellett az orvosi magánpraxisok is megmaradtak.
- Az 25/1952. (III.3.) minisztertanácsi rendelet előírta, hogy az orvosegészségügyi közszolgálati állások betöltésének biztosítására a magánpraxis folytatását az állami egészségügyben való alkalmazás feltételéhez köti. A magánpraxisok fennmaradásában az is szerepet játszott, hogy az állami szolgálatot nem tudták rendszeresen megfizetni.
- A nem biztosított betegek ellátása mellett a magánpraxis fennmaradása óriási méretű társadalmi igényt is kielégített. A rendelőintézeti ellátás kedvezőtlen körülmények között történt, hiszen az orvosok számának emelkedése nem állt arányban a biztosítottak számának növekedésével. A biztosított betegek körzeti ellátása a rendelők zsúfoltsága miatt sem volt kielégítő, ezért a biztosítottak egy része magánbetegként fordult orvoshoz, mert úgy remélt alaposabb vizsgálatot, jobb gyógykezelést, gondosabb ellátást.



Az orvosi munka szabályozása VII.

- Az 1970-es évektől a gyógyító–megelőző ellátásra ingyenesen jogosult beteg egészségügyi ellátását – amennyiben gyógyintézeti vizsgálata, kezelése nem volt szükséges – a lakóhelye, illetve ideiglenes tartózkodási helye szerint illetékes körzeti orvosi szolgálat végezte. Ennek mintájára működtek a városokban és nagyközségekben a körzeti gyermekorvosi szolgálatok is, melyek a csecsemők és 14. évüket be nem töltött gyermekek elsődleges gyógyító–megelőző ellátását végezték. Azokban a községekben, ahol körzeti gyermekorvosi szolgálat nem működött, az említett gyermekek alapellátását a körzeti orvosi szolgálat vegyes körzetben végezte. Az egészségügyi alapellátás harmadik területét a körzeti fogorvos alkotta, aki a körzetéhez tartozó községben vagy nagyközségben lakó, illetve ideiglenesen tartózkodó beteg fogászati ellátásáról volt köteles gondoskodni.



Az orvosi munka szabályozása VIII.

- A szabad orvosválasztás meglehetősen korlátozott. A beteg a lakóhelye szerint illetékes rendelőintézet vezetőjétől, illetve a községi vagy nagyközségi szakigazgatási szerv útján kérhette ugyanazon tanács által fenntartott rendelőintézet illetékességi területén működő más körzeti közegészségügyi szolgálat kijelölését. Indokolt esetben az orvos is kérhette felettes szervétől az ellátásba tartozó állampolgár más körzeti orvoshoz utalását. (15/1972. EüM rendelet 4.§)
- Az egészségügyi törvény változatlanul fenntartotta azt a lehetőségét az orvosoknak, hogy engedély birtokában munkaviszonyukon kívül, felkérésre, külön díjazás ellenében orvosi tevékenységet, magángyakorlatot folytassanak. Az orvosi magángyakorlat során a magánrendelés folytatásához szükséges tárgyi feltételeket (rendelő felszerelési és berendezési tárgyak) az orvosnak magának kellett biztosítania és engedélyeztetnie is a megfelelő szakhatósággal. Az orvos csak egy helyen és csak egy magánorvosi rendelő fenntartására kaphatott engedélyt, mégpedig – választása szerint – a munkahelye, vagy az állandó lakóhelye szerinti községben vagy városban. Arra azonban lehetőséget adott a jogszabály, hogy két vagy több orvos közös magánorvosi rendelőt tartson fenn. Eltérő volt azonban, hogy csak olyan orvos számára lehetett engedélyezni a magángyakorlat folytatását, aki egyébként vagy főfoglalkozású orvosként dolgozott, illetve elérte a nyugdíjkorhatárt, vagy 67%-os rokkant volt. További feltétel volt a megfelelő orvosi gyakorlat (szakképzettség, körzeti orvosi vagy fogorvos), valamint a munkáltatói vélemény és hozzájárulás. Meghatározott vezető pozícióban lévő személyeket a jogszabály kizárt az orvosi magángyakorlat folytatásából.



Az orvosi munka szabályozása IX.

■ A hatályos rendelkezések igen éles határt, illetve vonalat szabtak az egészségügyi közellátás és a magángyakorlat között (11/1972. EüM rendelet 42-46.§):

- Tilos volt bármilyen gyógyintézetben – akár külön szerződés alapján is – magánorvosi rendelőt fenntartani.
- A magángyakorlatot folytató orvosnak a rendelés idejét oly módon kellett meghatároznia, hogy az a munkaviszonyával kapcsolatos munkakörének ellátását az ne akadályozza.
- A magánorvosi rendelvénnyel járóbeteg–szakellátásra beutalt beteg köteles volt a vizsgálatokért meghatározott díjat fizetni a kórház pénztárába.
- Az orvos a magángyakorlata keretében ellátott beteg részére csak magánorvosi rendelvényt adhatott ki, amit nem lehetett a betegnek a társadalombiztosítás terhére kiváltani.
- Tilos volt bármilyen állami gyógyintézetben orvosi magángyakorlatot folytatni még abban az esetben is, ha az orvos egyébként jogosult volt orvosi magángyakorlat végzésére.
- Az orvos köteles volt a magángyakorlata körében ellátott betegekről feljegyzéseket készíteni, és a díjazásáról külön pénztárkönyvet vezetni.



Az orvosi munka szabályozása X.

- A 80-as évek közepén kb. ötezer magánpraxis létezett: az orvosok fele fogorvos volt, a többiek elsősorban nőgyógyászként, sebészként és körzeti orvosként dolgoztak.
- 1988-ban a magánorvosok által felírt gyógyszerre is kiterjesztették a társadalombiztosítási támogatást.
- 1990. január 1-től bármilyen egyéni vagy társas vállalkozó folytathatott egészségügyi szolgáltató tevékenységet, illetve létesíthetett, vagy tarthatott fenn egészségügyi intézményt, ha teljesítette a jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételeket.
- Egészségügyi vállalkozás keretében egészségügyi tevékenységet csak olyan orvos folytathatott, aki
 - a) szerepelt az orvosok nyilvántartásában,
 - b) nem állt foglalkozástól, vagy az orvosi tevékenységtől eltiltó jogerős határozat hatálya alatt,
 - c) magánrendelőt tartott fenn, vagy bérelt és az e célra szolgáló helyiség, valamint annak berendezése, felszerelése és azok elhelyezése megfelelt az előírt szakmai, közegészségügyi és műszaki feltételeknek (tárgyi feltételek), valamint
 - d) a gyakorolni kívánt szakterületen szakorvosi szakképesítéssel rendelkezett, vagy szakmai tevékenységének irányítását a vállalkozás megfelelő szakképesítéssel rendelkező dolgozója vagy tagja látta el, valamint az egészségügyi tevékenysége során okozott kár megtérítésére vonatkozóan felelősségbiztosítást kötött (személyi feltétel).





Az orvosi munka szabályozása XI.

- Ennek megfelelően az orvosi oklevélhez kötött tevékenységet – így az egészségügyi alapellátásba tartozó tevékenységet is – ebben az időszakban több formában lehetett végezni:
 - a) állami egészségügyi szolgálatban munkaviszony alapján,
 - b) orvosi magánygyakorlat, valamint egyéb egészségügyi magántevékenység, valamint
 - c) bármilyen egyéni vállalkozónál, vagy társas vállalkozásnál létesített munkaviszony vagy tagsági viszony keretében
- Az orvosi magánygyakorlat engedélyezésével kapcsolatos feladatkör először a helyi egészségügyi szakigazgatási szerv hatáskörébe tartozott, majd 1991. áprilisától az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) illetékes intézetéhez került.



Az orvosi munka szabályozása XII.

- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény 1998. január 1-én lépett hatályba. Az új egészségügyi törvény az egészségügyi alapellátás tekintetében nem tartalmazott eltérő rendelkezéseket, lényeges változásokat a betegek jogainak elismerése (betegjogi képviselő, mediátori tanács, intézeti etikai bizottság), a megelőzés (Nemzeti Egészségtervezési Program), valamint a minőségi betegellátás biztosítása területén vezetett be.
- A praxisjogot az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény vezette be.



Népegészségtani Intézet



Az egészségügyi rendszerek két alapmodellje

- Bismarck modell
 - ✓ Biztosítás alapú egészségügy modellje
- Beveridge modell
 - ✓ Állami egészségügy modellje
- Átjárások a modell típusok között



Bismarck modell létrejöttének feltételei

- Helyszín: Németország
- Időpont: 1883.
- Területek: betegség, üzemi baleset, öregségi és rokkantsági nyugdíjbiztosítás
- Jogosultak köre: munkavállalók



Társadalombiztosítás típusú modellek működési jellemzői I.

I.

Egészségpolitikai célok

- mindenki, akire nézve kötelező a társadalombiztosítási ellátásban való részvétel
- minden megszervezett ellátáshoz, de korlátozott gyakorisággal
- nem feltétlenül térítésmentesen férjen hozzá

II.

A szereplők köre:

- az állam nem szerephalmozó
 1. az irányító
 2. az ellenőrző
- orvos –nem alárendeltje az államnak
- beteg – nem alárendeltje az államnak és az orvosnak egyaránt



A modellek működési jellemzői II.

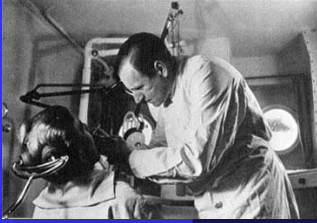
III. A szereplők új köre:

- ◆ Az egészségbiztosítás önkormányzata
- ◆ A tulajdonos települési önkormányzatok
- ◆ Kamarák, érdekképviselői szervezetek megjelenése

IV. A hatalomgyakorlás új eszközei:

- ◆ Egyeztetések, nyílt színi alkuk





Társadalombiztosítás típusú modellek strukturális jellemzői

- Ellátáshoz való hozzáférés alapja: biztosítotti jog
- Az államilag garantált feltételek között szervezett ellátásban való részvétel: kötelező – „kiszállás” lehetősége néhol adott
- Az ellátás az igénybevételkor általában térítésmentes, de terjed a co-payment
- Egészségügyi intézmények tulajdonjoga: vegyes
- Egészségügyi intézmények „kezelési joga”: menedzsment

Beveridge modell létrejöttének feltételei

- Helyszín: Anglia
- Időpont: II. világháború
- Területek: egészségügy és szociálpolitika egész területét átölelő
- 1946. Elfogadás
- 1948. Bevezetés – NHS
- Jogosultak köre: mindenki, azaz állampolgári jogon járó ellátás



Állami típusú modellek működésének jellemzői

I.

Egészségpolitikai célok:

- ◆ mindenki
- ◆ minden megszervezett ellátáshoz
- ◆ térítésmentesen hozzáférjen

II.

A szereplők köre:

- ◆ az állam mint szerephalmozó
 1. a tulajdonos
 2. az ellátásszervező
 3. a finanszírozó
 4. az irányító
 5. az ellenőrző
- ◆ orvos – alárendeltje az államnak
- ◆ beteg – alárendeltje az államnak és az orvosnak egyaránt



Állami típusú modellek működésének különbségei

■ Beveridge modell:

- GP-k nem alkalmazottak
- GP-k nem fix fizetést kapnak
- Az egészségügy társadalmi beágyazottsága, környezete contractuális (piacgazdaság, stb.)
- Sorban állás



■ Semashko modell (Kelet-Európa):

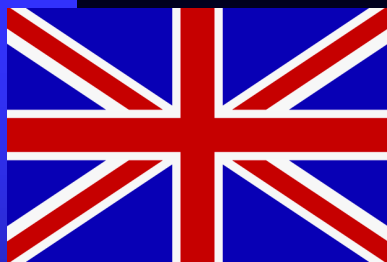
- Nincsenek kivételek
- A tervezés mindenhatóságába vetett hit uralkodása
- Paraszolvencia megjelenése
- Szakrendelők megjelenése önálló ellátási szintként



Vizsgálati dimenziók az egészségügyi rendszerek között

- Tulajdonviszonyok
- Irányítási rendszer
- Finanszírozási csatornák,
- Finanszírozási technikák:
- Ármegállapítás mechanizmusa
- Betegek helyzete
- Szolgáltatók helyzete

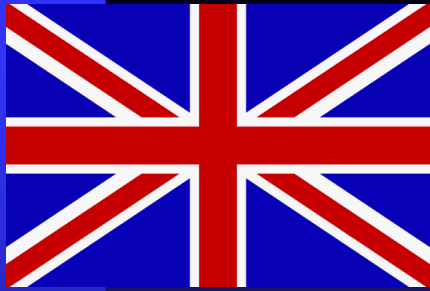




Anglia I.



- Tulajdonviszonyok: Állami tulajdon
- Irányítási rendszer: központi logika, helyi állami szervezetek
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: központi adó
- Finanszírozási technikák: fejkvóta; vegyes (DRG (eset alapú finanszírozás) - próbák)
- Ármegállapítás mechanizmusa: diktált ár
- Betegek helyzete: betegcharta, szabad orvosválasztás az alapellátásban
- Szolgáltatók helyzete: nincs szabad piacra lépés



Anglia II.

- Közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer
- Thatcher idején: belső piac megteremtése a szolgáltatói és finanszírozói szerep kettéválasztásával +verseny
- GP Fundholding: HMO minta, azóta PCT-á alakulás
- T. Blair: hosszú távú megállapodások, szükségleteken alapuló tervezés
- Hosszú, bár egyre rövidülő várólisták (kórház félév, járó 3 hónap)
- PFI kísérletek (8 milliárd Font helyett 53 milliárd 30 év alatt)
- Alapítványi kórházak
- Új miniszterelnök, D. Cameron: vissza a GP Fundholdinghoz



Németország I.

- Tulajdonviszonyok: Önkormányzati és magántulajdon
- Irányítási rendszer: tartományi szintű
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: társadalombiztosítási járulék
- Finanszírozási technikák: FFS (szolgáltatási egység szerinti); DRG, ápolási nap
- Ármegállapítás mechanizmusa: megegyezéssel
- Betegek helyzete: szabad orvosválasztás az alapellátásban
- Szolgáltatók helyzete: kórház kivételével szabad a piacra lépés, de a közfinanszírozásba befogadás



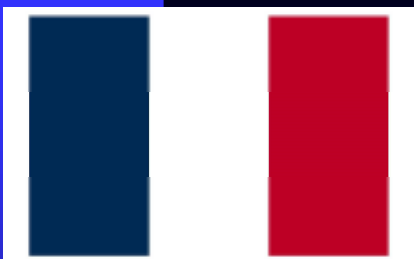


Németország II.

- Döntően közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer
- Kötelező társadalombiztosításon alapul
- Decentralizált rendszer, decentralizált tb. alapok (kb. 110 alap)
- Verseny az alapok között 1996 óta
- Eltérő járulékmértékek – csökkenő kü
- Azonos benefit package
- Erős és magas színvonalú alapellátás

Népegészségügyi Intézet

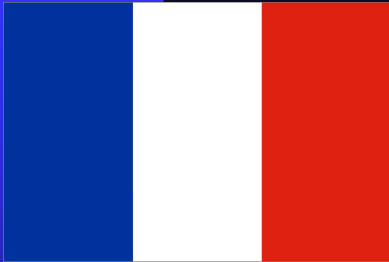




Franciaország I.

- Tulajdonviszonyok: Önkormányzati és magán tulajdon (erős for-profit orientáció)
- Irányítási rendszer: központi
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: társadalombiztosítási járulék
- Finanszírozási technikák: fejkvóta; DRG,
- Ármegállapítás mechanizmusa: megegyezéssel ár
- Betegek helyzete: szabad orvosválasztás az alapellátásban és a kórházi szektorban
- Szolgáltatók helyzete: kórház kivételével szabad a piacra lépés





Franciaország I



- Döntően közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer
- Kötelező társadalombiztosításon alapul
- Monolit, centralizált rendszer
- Erős kiegészítő biztosítás (Mutualite)
- Magas önrészesedés (co-payment)
- Gyenge alapellátás
- WHO listán 1. hely (2000.)



Hollandia I.



- Tulajdonviszonyok: non-profit magántulajdon
- Irányítási rendszer: központi kézben az ár és a kapacitás szabályozás
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: társadalombiztosítási járulék
- Finanszírozási technikák: fejkvóta; DRG, ápolási nap
- Ármegállapítás mechanizmusa: megegyezéssel ár
- Betegek helyzete: szabad orvosválasztás az alapellátásban
- Szolgáltatók helyzete: kórház kivételével szabad a piacra lépés, de a közfinanszírozásba befogadás kérdéses



Hollandia II.



- Döntően közfinanszírozáson és non-profit magánszolgáltatáson alapuló rendszer
- Kötelező társadalombiztosításon alapul (kiszállás lehetősége nem biztosított az állampolgároknak, szemben a korábbi évekkel)
- Profitorientált magánbiztosítás alapok 2006 óta
- Verseny az alapok között
- 2006-ban 25% cserélt alapot, 2007-ben 6%
- Erős, bár csökkenő állami kontroll az árak és a kapacitások terén



Szlovákia I.

- Tulajdonviszonyok: állami, önkormányzati, magán
- Irányítási rendszer: egyelőre az állami kontroll erős, de biztosítás felügyelet is működik
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: társadalombiztosítási járulék
- Finanszírozási technikák: fejkvóta; DRG-féleség
- Ármegállapítás mechanizmusa: megegyezéssel ár (biztosítónként eltérő ár)
- Betegek helyzete: szabad orvosválasztás az alapellátásban
- Szolgáltatók helyzete: kórház kivételével szabad a piacra lépés, de a közfinanszírozásba való befogadás kérdéses



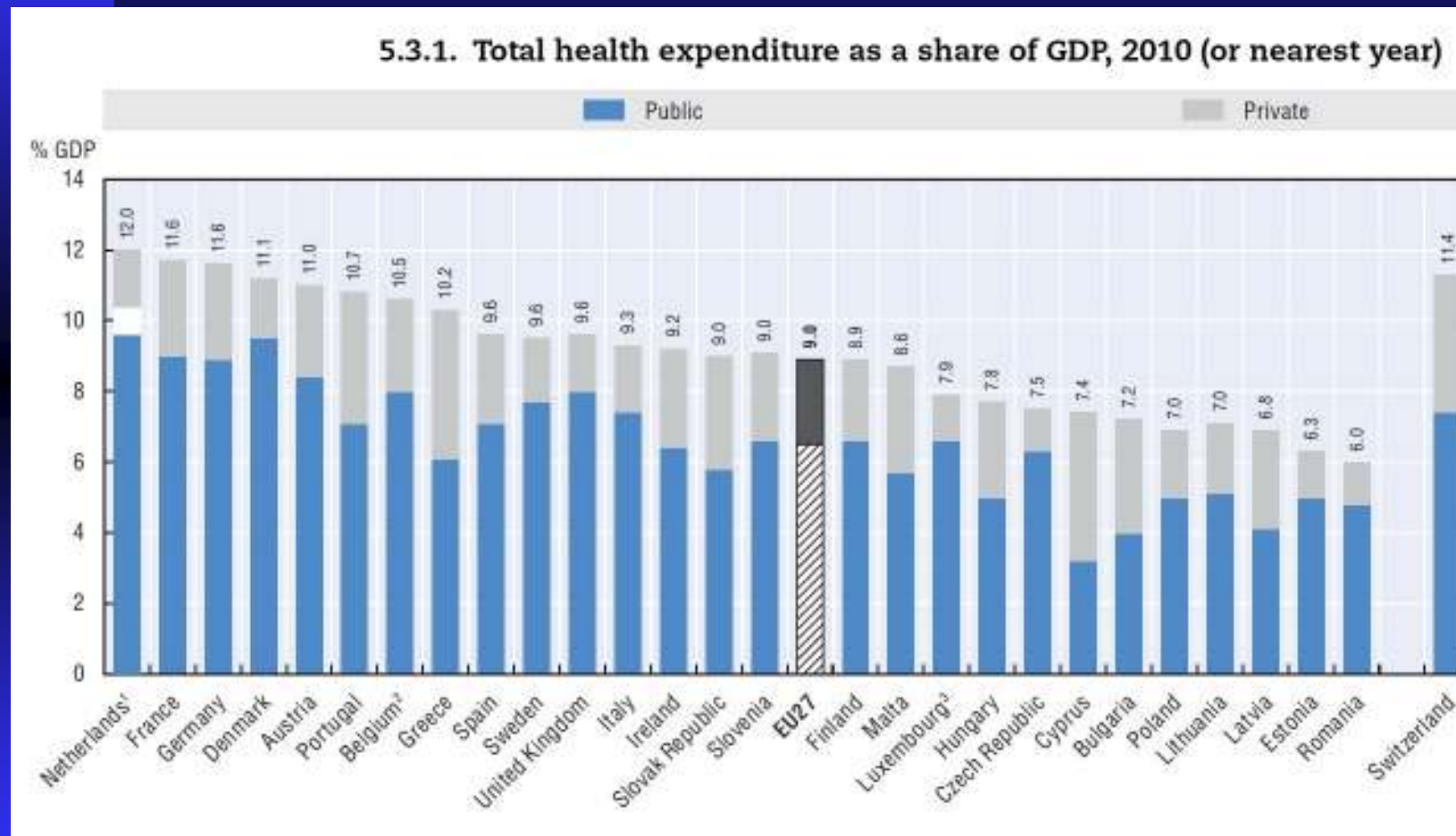
Szlovákia II.

- Közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer
- Kötelező társadalombiztosításon alapul
- Jelenleg a holland rendszerhez hasonlít leginkább
- Decentralizált tb. alapok – monolit rendszer: 13 alapról – 2005-re 5-re csökkent a választható alapok száma, de 2007-ben újra emelkedik hatra, azután lemegy ötre,
- Verseny az alapok között
- Privát GP, állami kórházak és szakrendelők átalakulása részvénytársasággá

Népegészségügyi Intézet



Köz-, és magánkiadások alakulása a GDP százalékában



Forrás: OECD

Népegészségtani Intézet

Amerikai Egyesült Államok I.

- Tulajdonviszonyok: for-profit és non-profit magántulajdon, de 45%-os a szövetségi és állami tulajdon aránya
- Irányítási rendszer: decentralizált, kivéve a Medicaid, Medicare felett
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: vegyes
- Finanszírozási technikák: vegyes
- Ármegállapítás mechanizmusa: megegyezéssel ár
- Betegek helyzete: szerződés függvénye, mire van joga
- Szolgáltatók helyzete: szabad piacra lépés, de a közfinanszírozásba befogadás csak akkreditáció útján mehet (korlátokkal)

Amerikai Egyesült Államok II.

- Döntően magánfinanszírozáson (55%) és magánszolgáltatáson alapuló rendszer
- Medicaid és Medicare állami és szövetségi program (45% közkiadás)
- Magas a biztosítás nélküliek aránya (17%, 47 millió)
- Managed care (HMO, PPO, stb.) programok
- DRG (eset alapú finanszírozás)
- A legdrágább rendszer (GDP-n belül 16% az egészségügyi kiadások aránya)
- Kontroll nélküli piac
- Obama új törvénye: 37 millió fő biztosításhoz juttatása



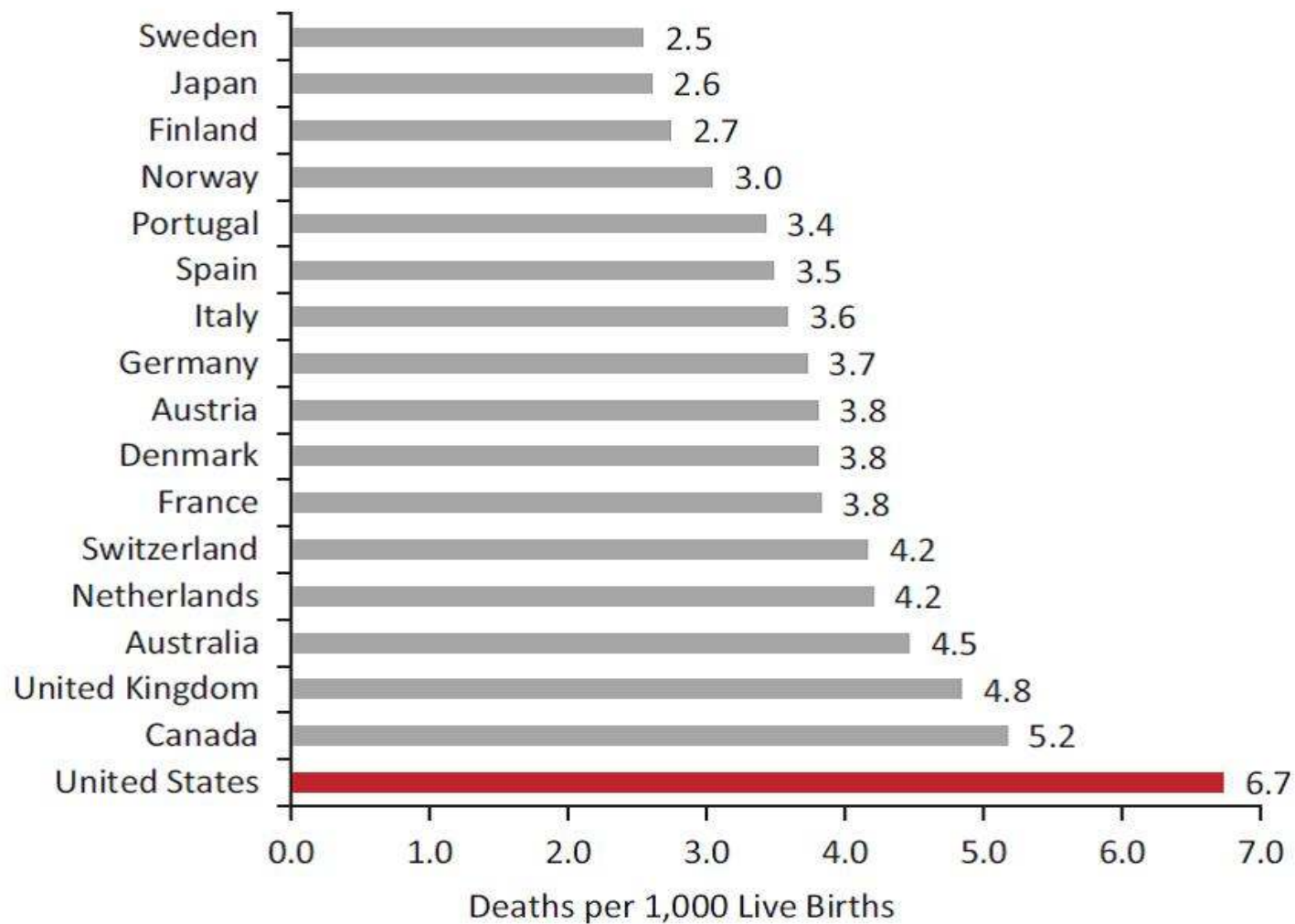


FIGURE 2-1 Infant mortality rates in 17 peer countries, 2005-2009.

NOTE: Rates averaged over 2005-2009.

SOURCE: Data from OECD (2012c).









Magyar egészségügy 1990 előtt (Semashko - Beveridge modell)

- Tulajdonviszonyok: döntően állami
- Irányítási rendszer: centralizált, megye szintű
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: döntően adó
- Finanszírozási technikák: input finanszírozás
- Betegek helyzete: rendezetlen, alávetettség
- Orvosok munkajogi státusza: alkalmazott, de ...
- Szabad piacra lépés: kijárásos rendszer
- Ármeghatározás mechanizmusa: nincs ár



Magyar egészségügy 1990 után (Bismarck modell?)

- Tulajdonviszonyok: vegyes
- Irányítási rendszer: decentralizálás irányába lépések
- Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: döntően tb. járulék
- Finanszírozási technikák: HBCS, németpont, fejkvóta
- Betegek helyzete: semmit nem javult (1997-ig még törvény sem védte jogaikat)
- Orvosok munkajogi státusza: házi orvosok vállalkozók
- Szabad piacra lépés: kezdetben kötetlenebb, később kontroll alatt tartott (szektorsemleges finanszírozás)

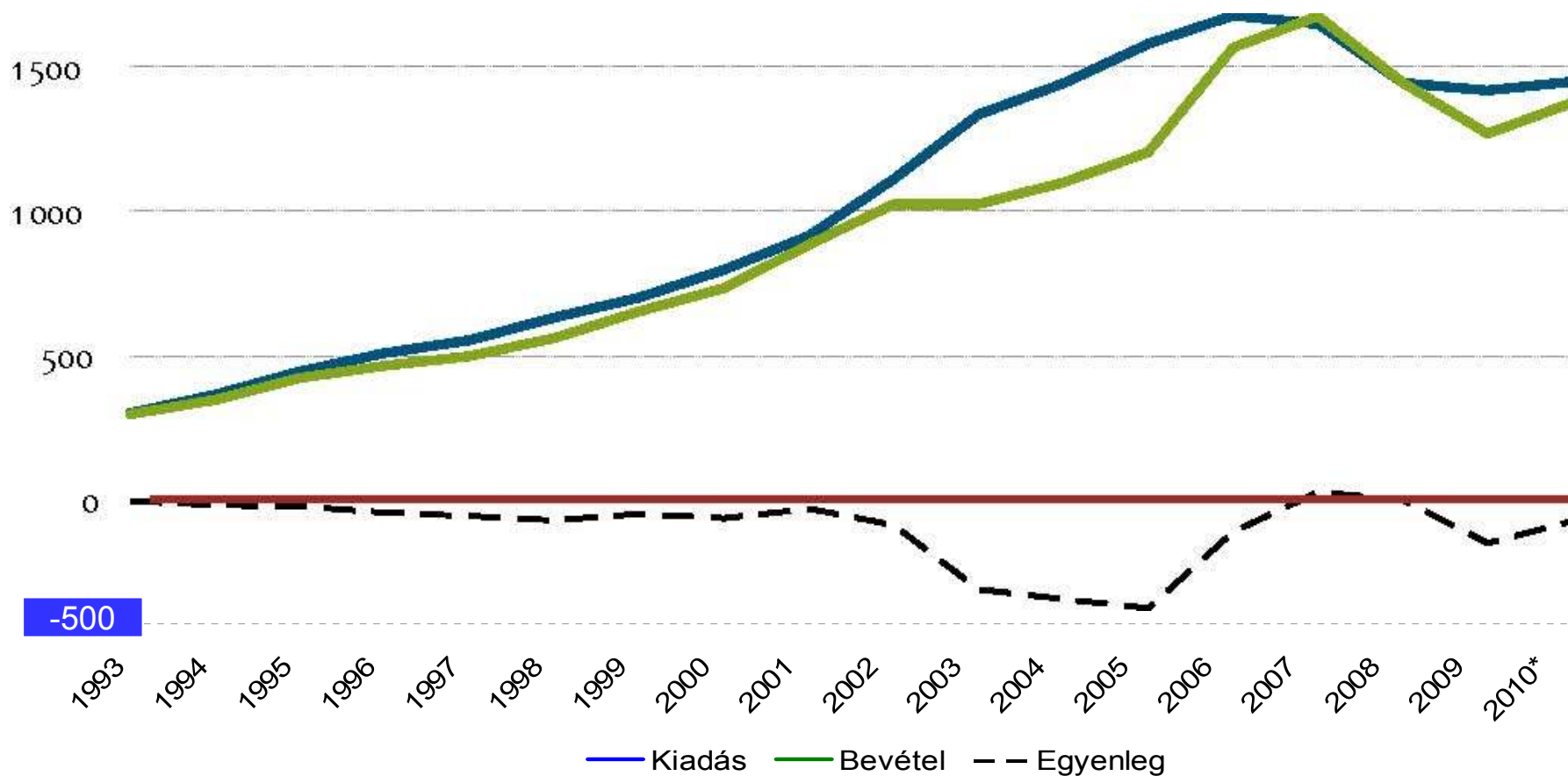
-  Egy szolgáltatásvásárló
-  Funkcionálisan egy szolgáltatásvásárló régióként
-  Nem versengő több szolgáltatásvásárló
-  Versengő több szolgáltatásvásárló, nem profitorientált
-  Versengő több szolgáltatásvásárló, nyereségérdekelt
-  Versengő több szolgáltatásvásárló, nyereségérdekelt, kötelező magánbiztosítás



ESKI ábrája nyomán Evetovits és Gaál, 2007.

Népegészségtani Intézet

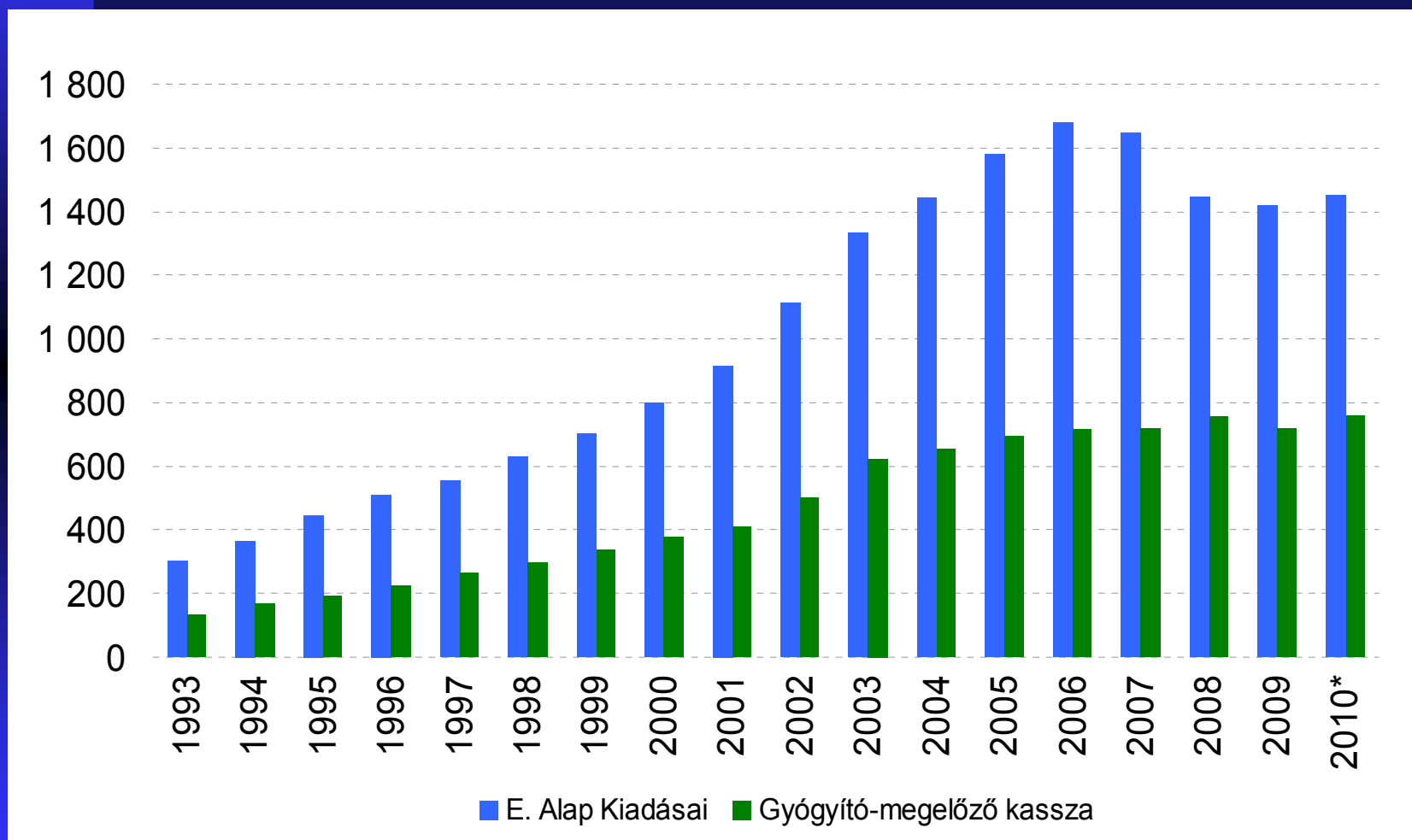
Az Egészségbiztosítási Alap bevételei és kiadásai, 1993- 2010 (Mrd Ft)



Forrás: OEP

Népegészségtani Intézet

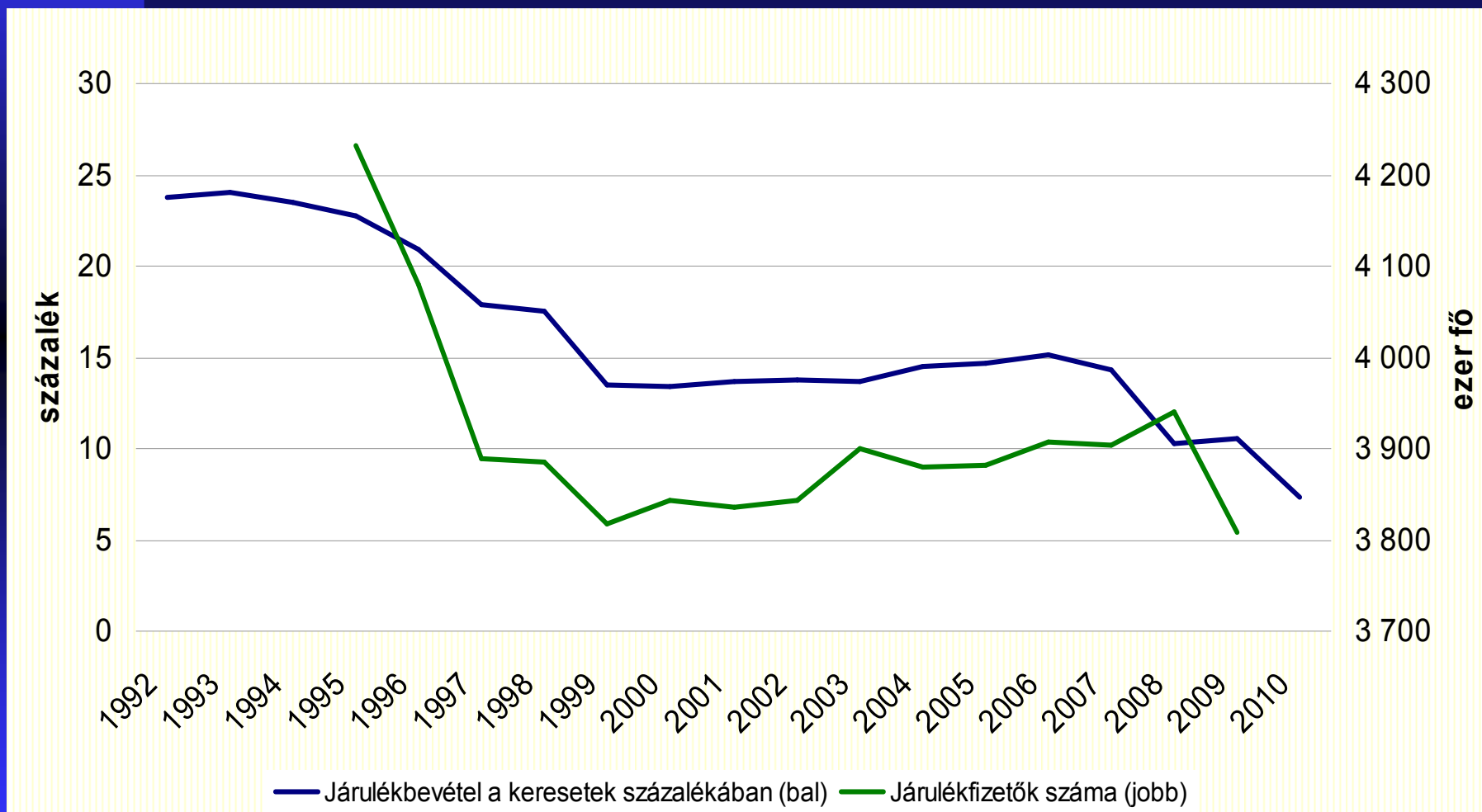
A gyógyító-megelőző kassza kiadásai és az E. Alap kiadásai



Forrás: OEP

Népegészségügyi Intézet

Eb. járulék bevételek egyenértéke a keresetek százalékában és járulékfizetők száma



Forrás: OEP

Népegészségtani Intézet



Következtetések

- Nincs ideális modell
- Változtatási igények az egészségpolitikai célok mentén:
 - ✓ Hozzáférés (access)
 - ✓ Méltányosság, igazságosság (equity)
 - ✓ Költségkontrollálás (cost-containment)
 - ✓ Hatékonyság (efficiency)

Hozzáférhetőség

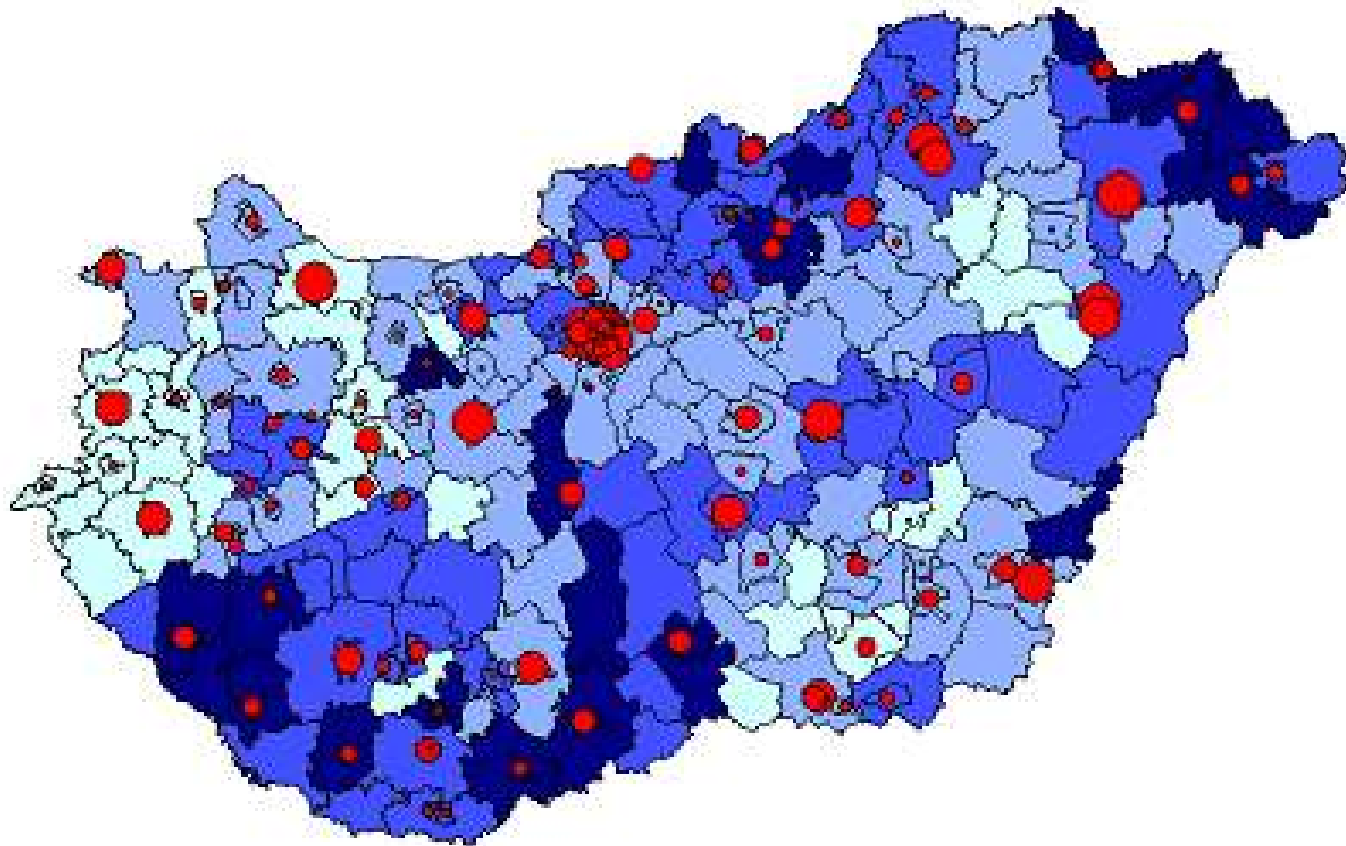
- Milyen alapú az állampolgárok jogosultsága a hozzáféréshez? (Vegyes: állampolgári és biztosítási alapú)
- Milyen típusú szolgáltatásokhoz lehet hozzáférni? (definíció szerint minden szükséges ellátáshoz, de szűkítés várható)
- Milyen gyakorisággal lehet igénybe venni szolgáltatásokat? (szabályozások mindenütt)
- Mik a beteg választási jogosítványai? (alapellátásban általában van, feljebb korlátozások)



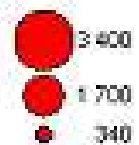


Méltányosság

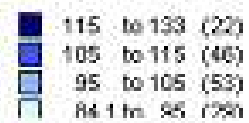
- Mennyire méltányos a rendszer a finanszírozás tekintetében? (Az EU-ban általában az, USA kevésbé) (Magyarországi változások az ellátásra jogosultság kérdésében)
- Mennyire méltányos a rendszer a szolgáltatások terítésében, némileg átfedésben a hozzáférhetőség kérdésével? (Területi aránytalanságok a lefedettségben)

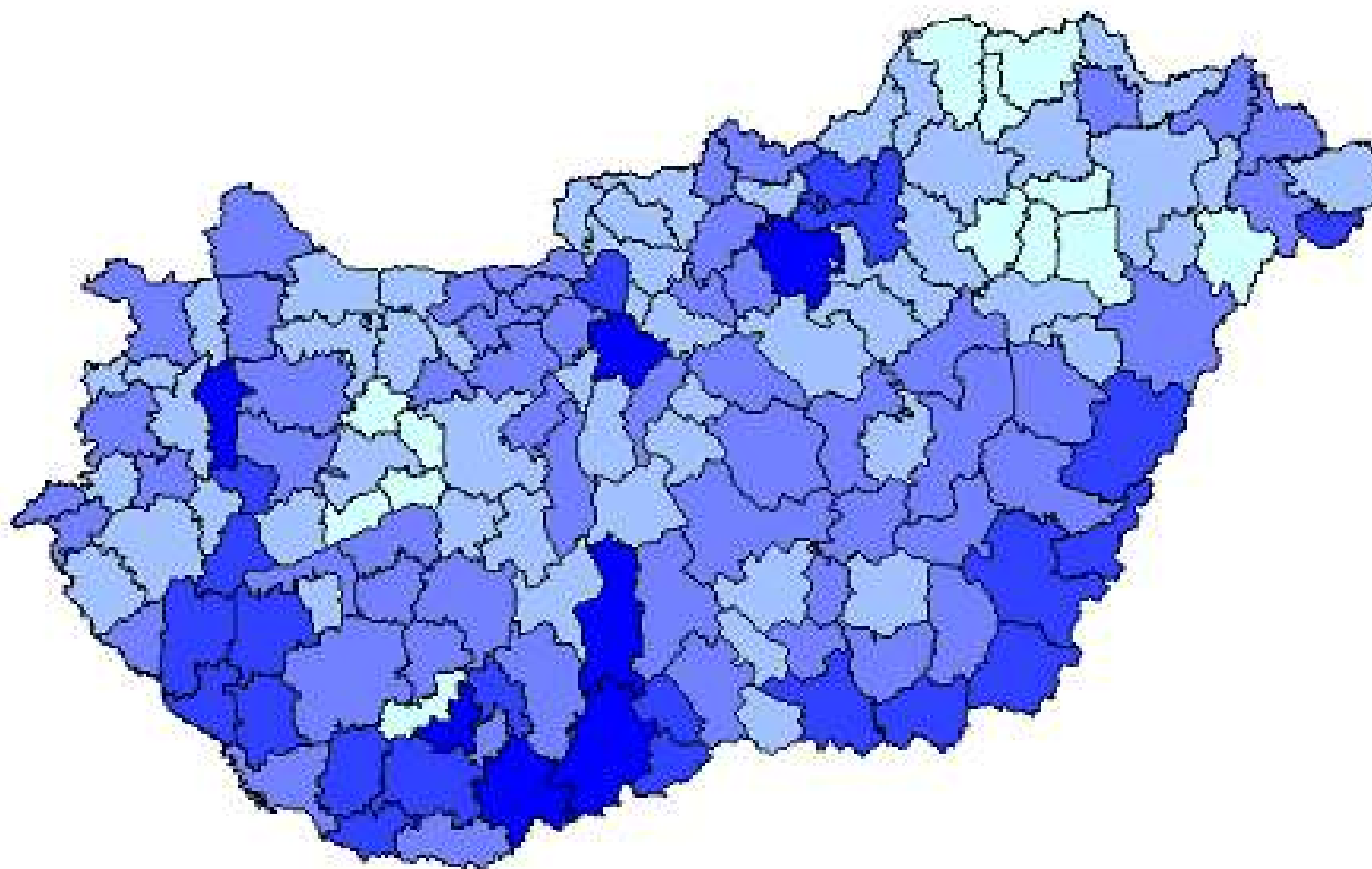


Fejőbetegek gyógyintézetek ágyszáma



Kórházba felvett betegek aránya az országos színthez képest kistérségenként, 2002/2003
Kor és nem szerinti indirekt standardizációval





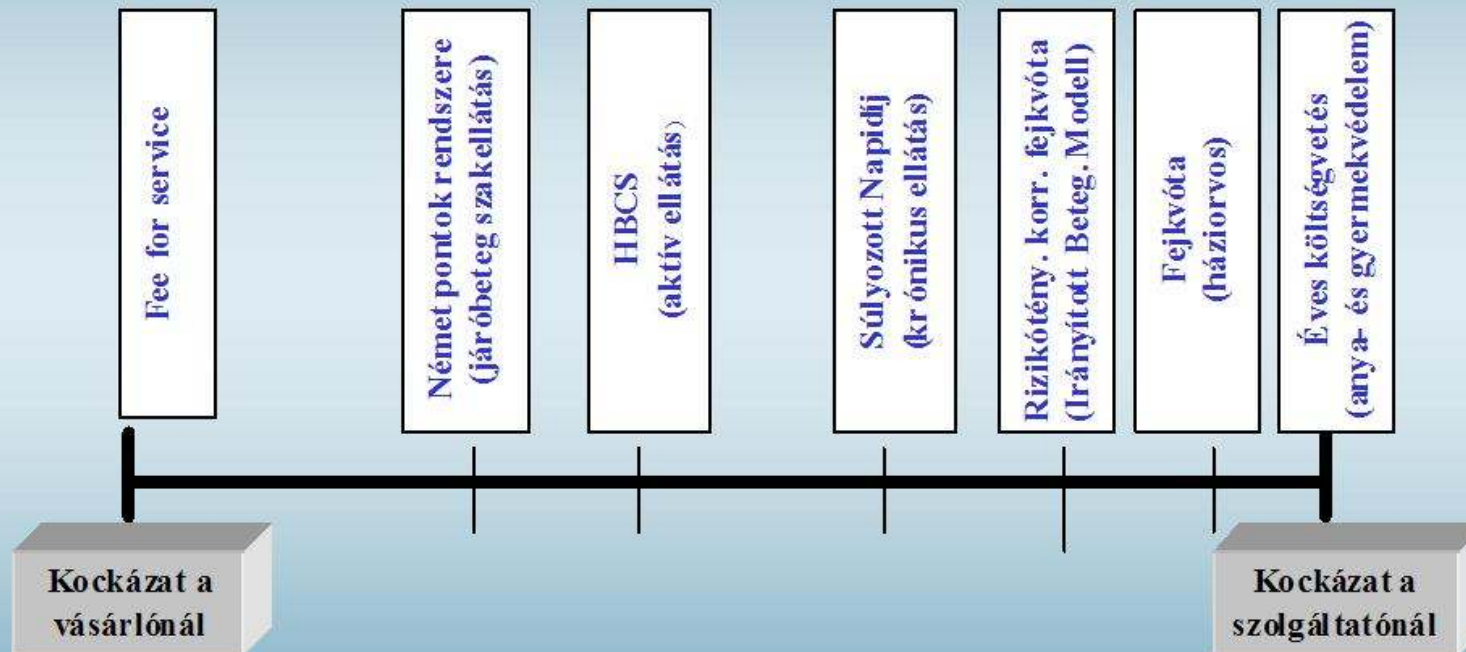
Egy főre jutó gyógyszer és fekvőbeteg ellátási OEP kiadások kistérségenként, 2002/2003
 nyers mutatók, igénybevétel adatai alapján, praxisba bejelentkezett lakosság

■	62 500 to 67 300	(7)
■	57 500 to 62 500	(22)
■	52 500 to 57 500	(56)
■	47 500 to 52 500	(52)
■	42 500 to 47 500	(13)

Költségkontrollálás, költségcsökkentés

- Felülről korlátos finanszírozás bevezetése (risk sharing)(kasszák a tb-ben, a gyógyszerkiadások zárt kasszává átalakítása)
- Új típusú finanszírozási technikák bevezetése (risk sharing) (HBCS)
- Co-payment szélesebb körű alkalmazása (cost sharing) (önrész, vizitdíj, receptdíj)
- Kiegészítő biztosítások bevezetése (cost-sharing)

Kockázattmegosztás modellezése (risk sharing model)



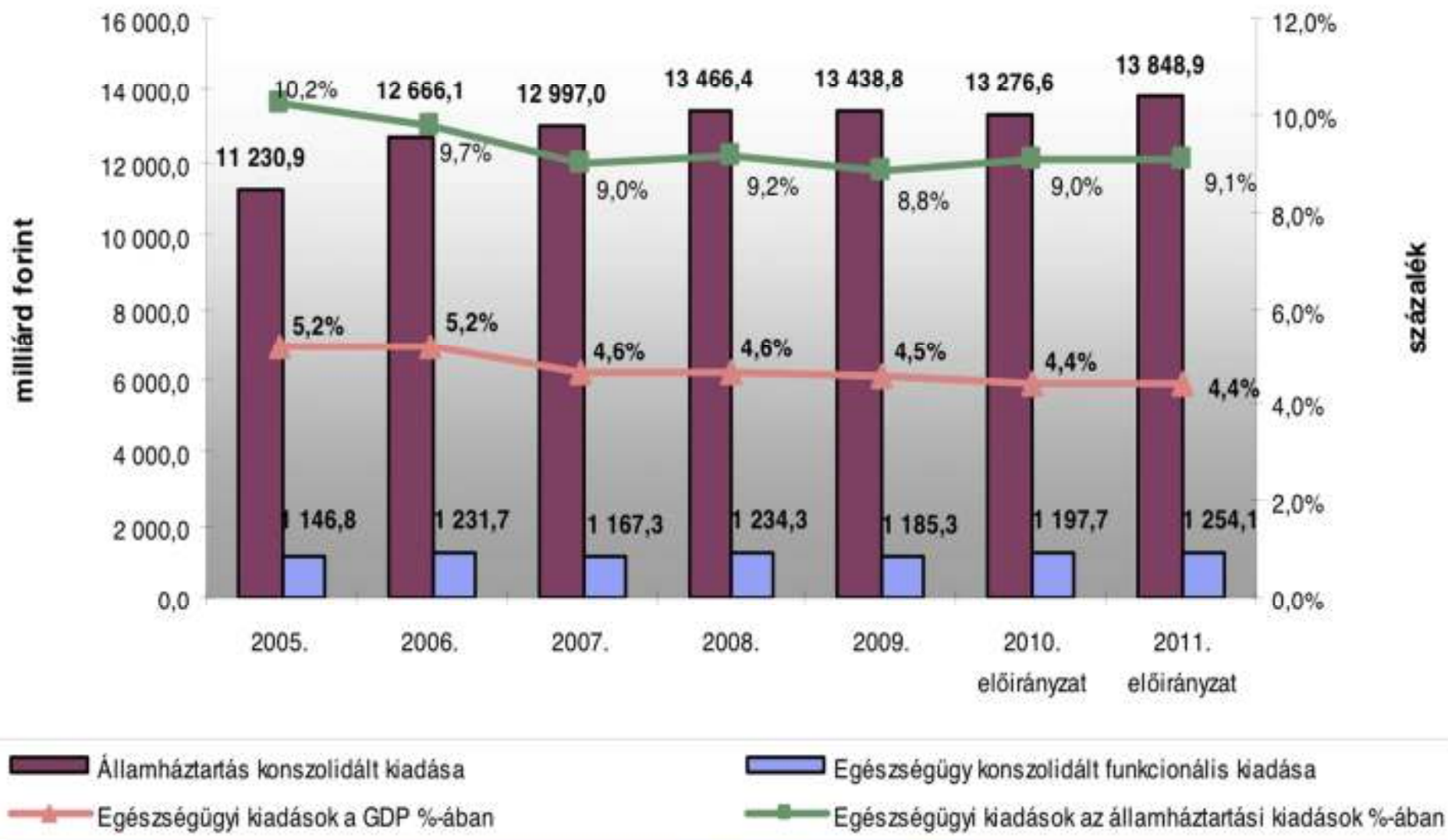
Hatékonyság

- Bizonyítékokon alapuló gyógyítás (EBM)
- Protokollok, klinikai guideline-ok alkalmazása
- Költséghatékonysági vizsgálatok, befogadáspolitiká
- Technológia értékelés
- Szervezeti formaváltás, amely a menedzsment számára nagyobb hatáskört ad
- Verseny a szolgáltatók között (?) Innováció bekapcsolása miatt van erre szükség
- Kapacitások szabályozása
- Betegút szabályozás, a beteg együttműködési készségének javítása

Humánerőforrás gondok

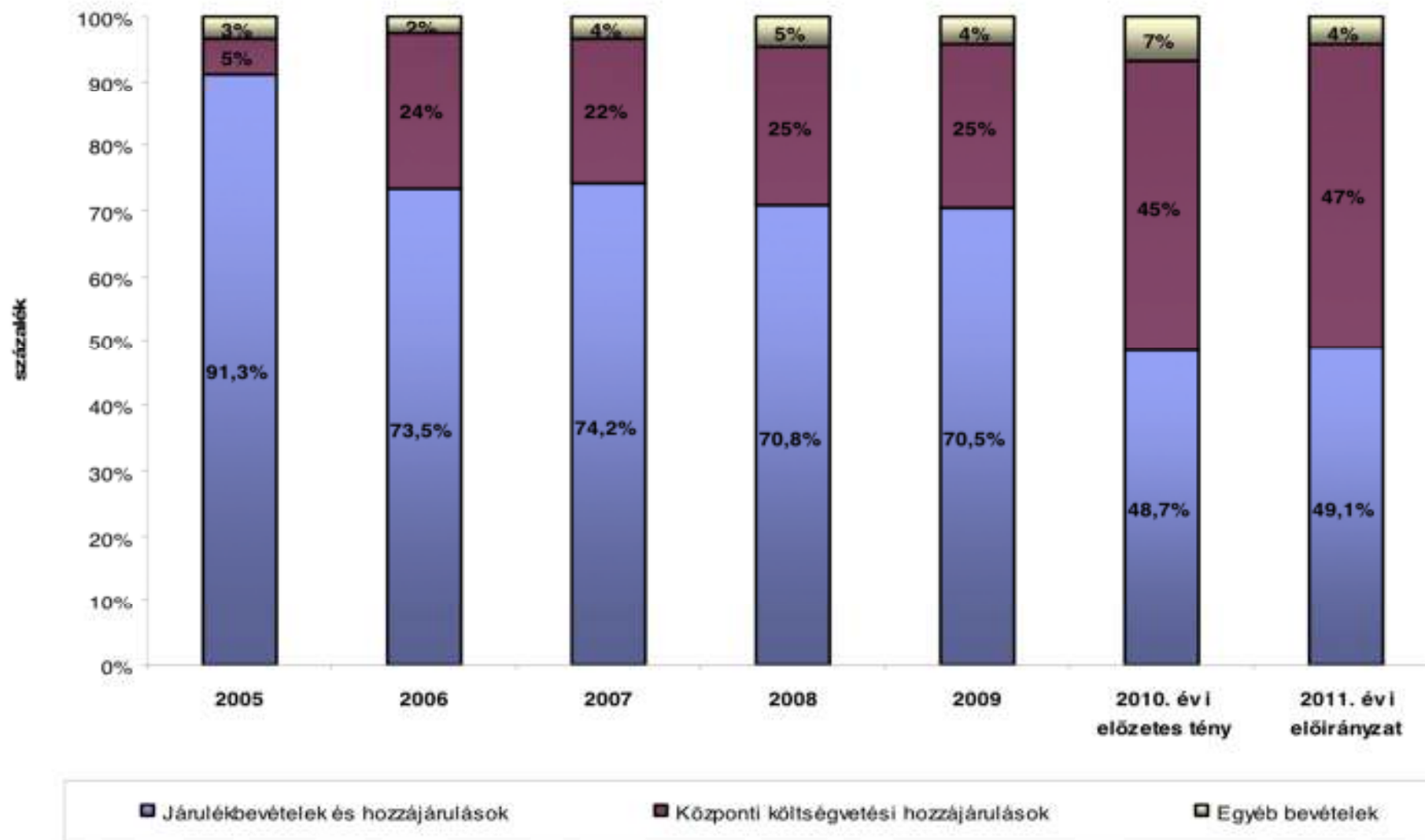
1. Exponenciálisan növekvő elvándorlás (2009-ben 887, 2010-ben 1111 orvos regisztráltatta magát az EEKH-ban, 2011-ben 1200 fő. 2013-ban csökkenés állt be (1108 fő))
2. Rezidensek: 2010-ben 781 helyre 377 fő jelentkezett be.
3. Nővérek – 4000 fő hiányzik legalább, nő a kivándorlás. 2011-ben 314, 2012-ben 518 ápoló kért hatósági bizonyítványt.

Egészségügyi kiadás a GDP és az államháztartási kiadások százalékában



Forrás: Banai Péter, NGM, 2011

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek megoszlása



Forrás: Banai Péter, NGM, 2011

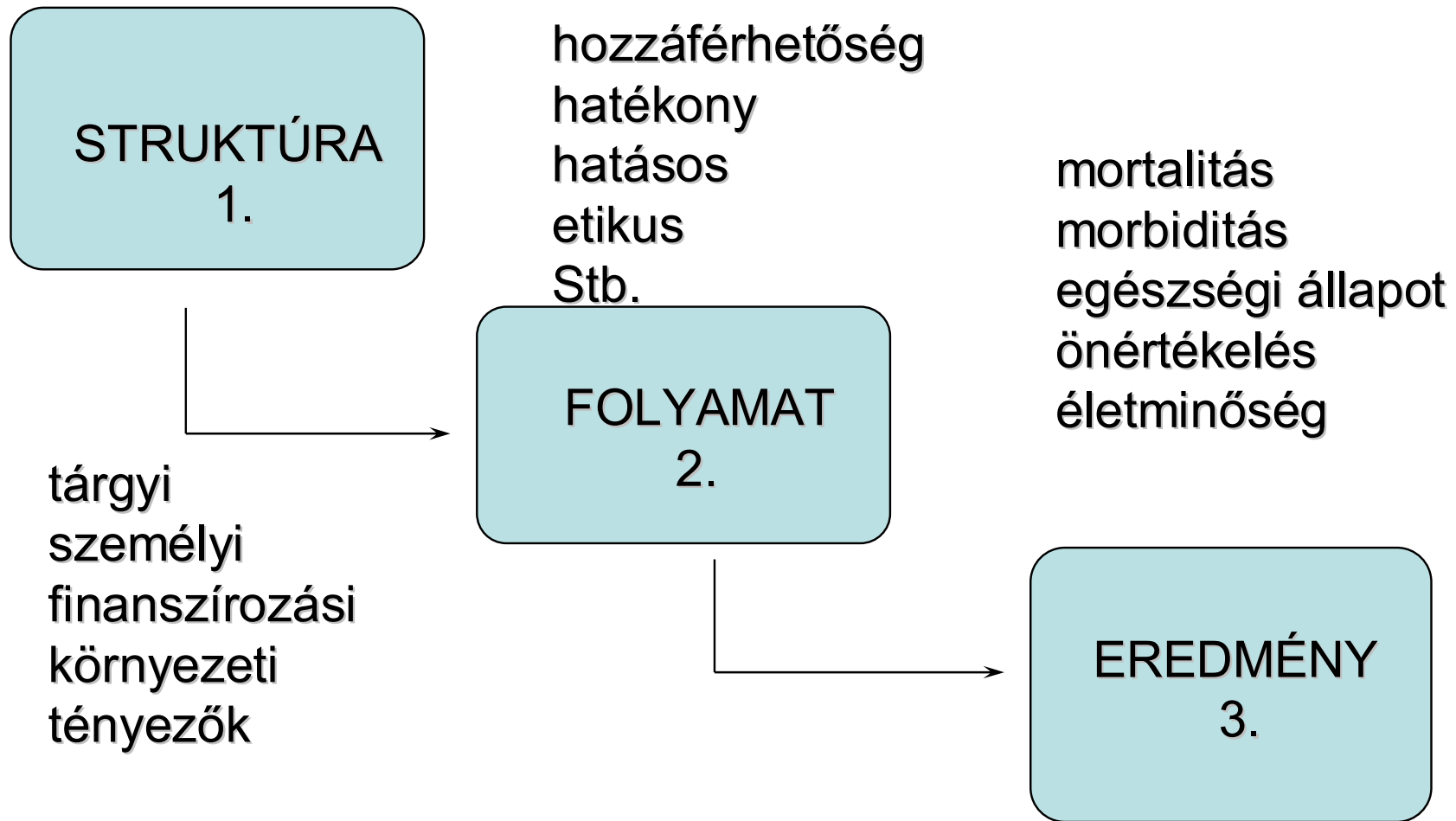
Népegészségügyi Intézet



A minőségbiztosítás alapelve és célja

- A lehető legjobb eredmények elérése a legjobb módszerekkel.
- Az eredményekkel való legmagasabb szintű megelégedettség elérése.
- A legkisebb költséggel, és legnagyobb költséghatékonyság biztosítása a cél elérésében

Az egészségügyi ellátás dimenziói (Donabedian modell)



Hozzáférés indikátorai

Struktúra	Folyamat	Eredmény
Rendelő elérhetőségének legnagyobb távolsága	Átlagos várakozási idő akut esetben	Megelőzhető és fel nem ismert esetek gyakorisága
Demográfiai viszonyok és a távolság összefüggése	Átlagos várakozási idő előjegyzésnél	Morbidityási átlag a lakosság demográfiai adataihoz képest
Infrastruktúra (útviszonyok, telefon)	Szűrővizsgálatok átlagos gyakorisága	A megtartott fogak száma korcsoportonként
Ügyeleti rendszer, sürgősségi ellátás	Gondozási esetek átlagos gyakorisága	
	Ellátók helyettesítésének éves átlaga Népegészségtani Intézet	

Technika menedzsment indikátorai

Struktúra	Folyamat	Eredmény
A praxis betegeinek száma	Diagnosztikai és terápiás tevékenységek	Szakellátásra utalások száma
Diagnosztikai és terápiás eszközök	Prevenációs tevékenységek aránya	Szolgálat elleni panaszok
Kiképzett személyzet aránya	Korai diagnózisok száma és jellege	
	Gondozási esetek száma	

Emberi kapcsolatok indikátorai

Struktúra	Folyamat	Eredmény
Praxisban maradó betegek, ellátottak száma	Biztonságérzés, diszkréció, etikus viselkedés (kérdőív alapján)	Kapott tanács megértése, elfogadás (kérdőív alapján)
Orvos-beteg négy szemközti beszélgetés lehetőségei		Szájhigiéniai rendszeres kontroll, az évente megjelenő betegek száma

Folyamatosság indikátorai

Struktúra	Folyamat	Eredmény
Egy praxisban töltött évek száma	Beteg-dokumentáció tartalmi minősége	Kapott tanács megértése, elfogadás (kérdőív alapján)
A praxisban dolgozó team együttesen eltöltött évek száma	Gondozási esetek száma	Szájhigiéniai rendszeres kontroll, az évente megjelenő betegek szám
A praxishoz tartozó 1-3-5-10, vagy több éve tartozó egyének, családok, generációk száma	Rizikó-gondozási esetek száma	
Állandó szakorvosi konzultánsok száma		

Mindenkinek jó egészséget!



Népegészségtani Intézet