

NAGY BALÁZS

Egy hiányzó láncszem?

Forráselosztás a magyar egészségügyben

A magyar egészségügyi rendszer egyik ismert hiányossága az államháztartási bevételek előnytelen újraelosztása. A jelenlegi allokációs rendszer ösztönzői közül számos rontja az intézmények hatékony működésének esélyét, valamint az egészségügyi infrastruktúrához való méltányos hozzáférést. Sok fejlett ország egészségügyi rendszere átalakításakor hasonló jellegű problémák megoldására a fejkvótás elosztást alkalmazza. A szerző azt vizsgálja, hogy ennek a módszernek a magyarországi bevezetésével – az előnyök és hátrányok feltárása után – javítható-e a rendszer hatékonysága és méltányossága.*

Journal of Economic Literature (JEL) kód: I28, G28, G32, H51.

Napjainkban az egészségügyi kiadások gyors növekedésével kell számolni. A folyamat jelentős nyomást gyakorol a fejlett országok közpénzből finanszírozott egészségügyi költségvetéseire. A költségvetési nyomás enyhítésének egyik fontos eszköze az elosztható források zárt keretek alapján és előre történő meghatározása (*Mossialos–Le Grand* [1999]). Ezeknek a büdzséknek a kialakítására gyakran alkalmazzák az – egészségügyi ellátásokért felelős szervezetek számára juttatott – fejkvótás finanszírozást (*Smith* [2003]), ahol a juttatások alapja az ellátott vagy ellátandó betegek száma. A tapasztalatok szerint a megfelelő módszerrel kialakított fejkvóta a biztosítási versenypiacokon és a centralizált/decentralizált állami egészségügyi rendszerekben egyaránt képes érdemben előmozdítani a szűkösen rendelkezésre álló források hatékony és méltányos szétosztását (*Rice–Smith* [2001], *van den Ven–Ellis* [2000]). Az 1980-as évek vége óta számos – főként egészség-gazdaságtani – publikáció jelent meg e témáról.¹ Magyarországon – annak ellenére, hogy napjainkra a zárt keretek hatékony és méltányos elosztása egyre fontosabb probléma – az egészség-gazdaságtan e területén nagyon kevés kutatást végeztek. Ugyanakkor a fejkvóta kialakításának kérdése az 1990-es évek óta folyamatosan napirenden van.² Éppen ezért jogos igényként merül fel a fejkvótán alapuló forráselosztásnak mint a magyar egészségügyi rendszer egyik lehetséges fejlesztési eszközének tudományos igényvel elvégzett vizsgálata. Ez a tanulmány arra a kérdésre keresi a választ, hogy a

* Az írás a szerző Debreceni Egyetemen védett doktori disszertációja alapján készült (*Nagy* [2009]). A kézirat elkészítése során nyújtott hasznos tanácsokért a szerző köszönettel tartozik *Szalai Akosnak*, *Nagy Józsefnek* és *Sipos Júliának*.

¹ Ezek bővebb tárgyalását lásd *Nagy* [2006] és *Nagy és szerzőtársai* [2008].

² A 2008. évi reformelképzelések szerint például az egészségügyi ellátások költségvetésének 91 százalékát, 1025 milliárd forintot osztottak volna szét az egészségbiztosítási pénztárak között ezzel a módszerrel. Ellátásokon az Egészségbiztosítási Alapban szereplő természetbeni ellátásokat értjük; az összeget a 2009. évi Egészségbiztosítási Alap költségvetése alapján számoltuk.

fejkvóta módszere segítheti-e a magyar egészségügyi rendszer sikeres átalakítását. A válaszhoz megvizsgáljuk az egészségügyi fejkvótás forrásallokáció jellemzőit és a fejkvótamodellek kialakításának lehetőségeit Magyarországon.

A fejkvótás forráselosztás néhány jellemzője

Miért éppen a fejkvóta?

A fejlett egészségügyi rendszerek egyik általánosan megfigyelhető jellegzetessége, hogy a társadalom az ellátások megszervezését a szolgáltatást vásárlók valamilyen csoportjára ruházza át. Ezek lehetnek területi ellátási egységek (például az Egyesült Királyságban, Új-Zélandon, Ausztráliában, Kanadában), üzleti biztosítók csoportjai (például az Egyesült Államokban), betegbiztosítási alapok (például Hollandiában, Belgiumban, Izraelben, Németországban) vagy helyi önkormányzatok (például a skandináv országokban) (*Rice–Smith* [2001]). Ezek a szervezetek egy adott – területileg, munkáltató által vagy önkéntesen integrált – populáció bizonyos típusú egészségügyi ellátásának megszervezésért felelősek.³ Az ellátásszervezési feladatokkal együtt járó források szétosztását makroszintű, úgynevezett stratégiai forrásallokációnak nevezik (*Rice–Smith* [2002]), amelynek módszerei legalább két alapvető szempont szerint különböztethetők meg (*Smith* [2003]):

1. az elosztható költségvetési keret zárt vagy nyílt végű,
2. az elosztáshoz előre tervezett (prospektív) vagy visszamenőlegesen korrigált (retrospektív) finanszírozást használnak.

Az e szempontok alapján kialakított elosztási módszerek az ellátó szervezetek kockázatviselésének mértékében jelentősen különböznek (*Boncz–Dózsa* [2002]). A zárt keretek előre meghatározott elosztása ugyanis – szemben a többi eljárással – előre tervezhető, stabil méretű költségvetésből megoldható. Ennek felismerése egyre nagyobb jelentőségre tesz szert a szűkös erőforrásokból gazdálkodó egészségügyi rendszerekben (*Mossialos–Le Grand* [1999]). Az ilyen jellegű (zárt, előre tervezett költségvetésből megoldott) forráselosztásának jelenleg ismert legjobb módszere a várható szükségletek tudományos igényű becslésén alapszik (*Rice–Smith* [2001]). Az egészségügyben a szükségletek becslésének kézenfekvő egysége az egy főre jutó kiadás, azaz a fejkvóta, amely definíció szerint a finanszírozó által juttatott fix összeg, amelyet az ellátásra jogosult személyek után, meghatározott szolgáltatási csomagért, meghatározott időszakra fizetnek (*van den Ven–Ellis* [2000]). Ezek alapján ott, ahol az egészségügyben zárt, előre tervezett költségvetési kerettel gazdálkodnak, és az ellátás megszervezését adott populációért felelős szervezetekre bízzák, a szétosztható keretek meghatározásának ígéretes módja a szükségletek becslésére épülő fejkvótás forrásallokáció. A tapasztalatok szerint ez az a finanszírozási forma, amelyet a finanszírozott felek is leginkább elfogadnak, és hajlandók a felhasználóival együttműködni (*Milgrom–Roberts* [1990]). A fejkvóta mellett természetesen számos más finanszírozási eljárás is létezik, de az adott feltételek mellett ez a módszer érezhető elsőbbséget élvez.

Ösztönzés

A fejkvóta tehát a finanszírozott szervezetek számára minden egyes ember után bizonyos jellemzők alapján meghatározott összeget juttat el, általában egy összegben évente egyszer. A finanszírozó szempontjából ennek előnye, hogy stabil költségvetési kerettel gazdálkod-

³ Magyarországon is voltak kísérletek ilyen szervezetek létrehozására, de jelenleg nem működik ellátásszervezési rendszer Magyarországon.

hat, ami javítja a makroszintű egészségügyi kiadások tervezhetőségét. Az elosztásra szánt összegek meghatározásán keresztül lehetőség nyílik egészségpolitikai célok érvényesítésére (Sheldon–Smith [2000]) – például azért, hogy az ellátásszervezők számára megállapítják, milyen típusú populációnak milyen típusú ellátásokat milyen mértékben finanszíroznak. A stabil, nagy összegű bevételnek köszönhetően a helyi viszonyokhoz történő rugalmasabb alkalmazkodás lehetősége és a populáció teljes költségvetésével hosszabb távon történő gazdálkodás szabadsága az ellátásszervezőnél marad, ami jelentős ösztönző lehet. Lehetőség nyílik egészségügyi problémáknak a lakosság igényeihez igazított megoldására és az egészségügyi kapacitások és ösztönző rendszerek helyi szinten összehangolt tervezésére.

A fejkvótás forrásallokáció másik fontos vonása, egyúttal lehetséges kockázata, hogy használata a hatékonyság javítására ösztönözhet, de a zárt költségvetés kényszere és a finanszírozási formula viszonylagos merevsége kockázatszelekcióra is készíthet (Newhouse [1996]). A zárt költségvetés ugyanis a takarékos gazdálkodást ugyan motiválja, eközben viszont a finanszírozási formula jellegénél fogva nem tud mindig megfelelő pontossággal válaszolni a várható egészségügyi kiadásokra. A probléma alapvető kiindulópontja, hogy az egészségügyi ellátások iránti kereslet általában nem stabil, és az ellátások nyújtásában nagy változékonyság tapasztalható (Arrow [1963]).⁴

Igy a várható (egy főre jutó) egészségügyi költségeket nehéz pontosan megbecsülni. Emiatt a fejkvóta jelentős pénzügyi kockázatot helyez a finanszírozott szervezetekre. A kockázatból eredő problémát a finanszírozott szervezetek egyrészt olyan módszerekkel kezelhetik, amelyek valamilyen módon sértik az ellátásban részesülők érdekeit. Ilyen lehet a biztosítottak kimazsolázása, a minőség rontása vagy a költségek áthárítása (a kockázatszelekciós módszerek részletes tárgyalását lásd *den Ven–Ellis* [2000]). Ezeket a jelenségeket együttesen kockázatszelekciónak nevezzük. Jobb esetben azonban ezek a szervezetek megpróbálják növelni szolgáltatásaik hatékonyságát, ami az egészségügyi rendszer működését jelentősen javíthatja. Tehát ha sikerül a fejkvótából eredő kockázatszelekciót kezelni, akkor ennek az elosztásnak az alkalmazása jótékony hatással lehet az egészségügyi rendszer működésére.

A kockázat kezelésének módszerei

A kockázatszelekció a fejkvótaalapú rendszerek kialakítása során két módon csökkenthető:

1. a kockázat újra megosztásával a finanszírozó és a finanszírozott szervezetek között, illetve

2. a finanszírozott populáció adottságainak minél pontosabb figyelembevételével. Ez utóbbi kockázatkiszűrésnek nevezzük. A két módszer közötti fontos különbség, hogy a kockázatomegosztás bármilyen módja rontja a hatékonyságot, míg a kockázatkiszűrés javíthatja.

A kockázat újra megosztása során ugyanis – azért, hogy mérsékeljék a fejkvótaformula tökéletlenségéből, rugalmatlanságából adódó indokolatlan veszteségeket, illetve nyereségeket – gyakran előfordul, hogy

1. kivesznek a forrásallokációs sémából olyan ritkán előforduló vagy nagy értékű szolgáltatásokat (például szívműtétek, daganatos betegek kezelése), amelyek ellátása magas pénzügyi kockázattal jár;

2. egyes ellátási formáknál bizonyos határösszeg felett vagy bizonyos arányban a finanszírozó viseli a költségeket (*van den Ven–Ellis* [2000]), vagy

⁴ Arrow itt elsősorban a megbetegedés és annak gyógyítása körüli változékonyságot tárgyalja, de a kereslet változékonysága számos más dimenziókban is megjelenhet (például térben vagy időben tapasztalható kereslet-ingadozás).

3. visszamenőleges korrekciót, azaz retrospektív finanszírozási módszereket alkalmaznak (Rice–Smith [2002]).

Ilyen korrekciós elemek használata a költségvetési korlát puhulását okozza, ami a hatékony működés ellen hat. Ha a finanszírozott szervezetek tudják, hogy visszamenőlegesen térítést kapnak veszteségeikért (vagy csökkentik nyereségeiket), kevesebb készletet érzene hatékonyságuk növelésére. Éppen ezért a kockázat megosztása csak addig a mértékig kívánatos, ameddig az előre tervezett zárt költségvetés nem rak olyan elfogadhatatlanul nagy terhet a finanszírozott szervezetek vállára, amelyet még egy jól kialakított fejkvóta sem képes ellensúlyozni.

A kockázattmegosztással szemben a kockázati csoportokra kalkulált úgynevezett *kockázatiigazított* fejkvóta esetén a hatékony ellátás ösztönzői úgy maradnak meg, hogy jelentősen csökken a kockázatszelekció esélye (van den Ven–Ellis [2000]). Ha ugyanis a finanszírozott szervezetek a kockázatukkal arányos, illetve az ellátott lakosság szükségleteinek megfelelő fejkvótát kapnak (és ezzel hatékonyan gazdálkodnak), nem kényszerülnek kockázatszelekcióra. Következésképpen a fejkvótás forráselosztás fejlesztésének előnyösebb módszere a kockázatiigazítás, amelynek alkalmazásával elérhető, hogy a szolgáltatók és az ellátásszervezők érdekeltté váljanak szolgáltatásaik hatékonyságának és minőségének javításában, miközben az egészségügyi szükségletek pontosabb becslésével javulhat a méltányos forrásallokáció kialakításának lehetősége is (Newhouse [1998], van den Ven–Ellis [2000], Rice–Smith [2001]).

A kockázatiigazítás

A kockázatiigazítási eljárások két nagy csoportra bonthatók. Az úgynevezett egészségmodellek közvetlenül az adott személy egészségi állapota alapján (például diagnózis) becsülik meg a várható költségeket. A nem egészségmodellek olyan közvetett tényezőkre (például szociodemográfiai jellemzők) támaszkodnak, amelyek legitim kapcsolatban⁵ állnak az egyének várható egészségügyi kiadásaival (Nagy–Dózsa–Boncz [2004]). A fejkvótamodellekhez használt változók köre igen széles: demográfia, etnikum, munkaerő-piaci státus, földrajzi elhelyezkedés, mortalitás, morbiditás, előző évi költségek, társadalmi-szociális tényezők, kérdőíves felmérések eredményei. Ezek alkalmazását az egyes országokban az *1. táblázat* mutatja. A változók kiválasztása, az egymástól és a különböző csoportoktól történő elkülönítése és a költségek becslésének folyamata főként regresszió alapuló statisztikai módszerekkel történik.⁶ A számítások lényege, hogy olyan változókat lehessen azonosítani, amelyekkel a jövőben ténylegesen bekövetkező kiadások jól közelítik a változók felhasználásával előre kalkulálható kiadásokat. Ennek kézenfekvő módja az egyéni (individuális) adatokra épülő modellek készítése, amelyet sok szempontból előnyösebb módszernek tartanak az aggregált adatokra alapuló módszereknél (Selvin [1958], Rice–Jones [1997]). Gyakorlati okok (például a rendelkezésre álló adatok hiánya) miatt azonban mégis sok országban választják a módszertanilag kevésbé alkalmas aggregált adatokra épülő eljárásokat.

A kockázatiigazítás szempontjából fontos, hogy önmagában a statisztikai-ökonometriai módszerek ismerete nem elegendő a tudományos igényű fejkvóta kialakításához. A módszertani szempontok mellett a modellek közötti választáshoz még legalább három kritériumot érdemes szem előtt tartani: a fejkvóta *1.* mint ösztönző hogyan működik, *2.* mennyire

⁵ Azok a kapcsolatok tekinthetők legitimnek, amelyek hozzájárulnak az emberek valós egészségügyi szükségleteinek magyarázatához. Például egy adott térség magas egészségügyi kiadásait a szolgáltatók (átlagosnál nagyobb) száma hiába magyarázza jól, ez a változó valószínűleg nem használható a fejkvóta készítéséhez, mivel nem a szükségletekre, hanem az ellátás egyenetlenségeire reflektál.

⁶ Ezekről lásd bővebben Nagy–Rakonczai–Gulácsi [2008] áttekintését.

1. táblázat

A fejkvótaalapú forráselosztási rendszerek alapvető jellemzői 22 országban

Ország	Finanszírozott ellátási rendszer	Finanszírozott szervezetek	Fejkvóta számításához használt korrekciós tényezők		Bevezetés/frissítés ideje
			aggregált	egyéni	
Anglia	nemzeti egészségügyi szolgálat	152 egészségügyi hatóság	mortalitás, morbiditás, munkanélküliség, családi helyzet, etnikum, társadalmi-gazdasági helyzet, költségvariációk	kor	1976 kb. 5 évente
Ausztrália	új dél-walesi állami egészségügyi rendszer	17 földrajzi alapon szervezett ellátási központ	mortalitás, oktatás, vidék/város, egészségügyi igénybevitel, költségeltérések	kor nem, etnikum, hajléktalanok	1996 néhány évente
Belgium	több-biztosítós társadalombiztosítási rendszer	versenyző egészségbiztosítási pénztárak	kor, nem, munkanélküliség, korlátozottság, mortalitás, urbanizáció	–	1995 néhány évente
Dánia	önkormányzati ellátási rendszer	14 megyei ellátó hely	családi helyzet	kor	90-es évek nincs adat
Egyesült Államok	országos Medicare típusú ellátási rendszer	versenyző biztosítók	–	kor, nem, morbiditás	1987 néhány évente
Észak-Írország	országos biztosításalapú ellátási rendszer	4 földrajzi régió	mortalitás, családi helyzet, jövedelem, születés, költségkülönbségek	kor, nem	1997 nincs adat
Finnország	állami ellátási és támogatási rendszer	452 helyi hatóság	távolság, hozzáférés, helyi adószint	kor, korlátozottság	1996 nincs adat
Franciaország	regionális ellátás rendszer	25 földrajzi régió	–	kor	1998 nincs adat
Hollandia	több-biztosítós társadalombiztosítási rendszer	26 versenyző egészségbiztosítási pénztár	urbanizáció, visszamenőleges kockázatkorrekció, jövedelmi szint	kor, nem, jövedelem, korlátozottság	1992 néhány évente
Izrael	országos több-biztosítós ellátási rendszer	4 versenyző egészségbiztosító	5 súlyos betegség elhagyása az elosztási formulából	kor	1995 nincs adat
Japán	időskorúak állami ellátási rendszere	egészségbiztosítók	–	kor	1999 nincs adat
Kanada	Alberta állam egészségügyi ellátási rendszere	17 regionális egészségügyi hatóság	távolság, költségeltérések, kockázatkorrekció	kor, nem, etnikum, jövedelem	1998 nincs adat
Németország	társadalombiztosítási ellátási rendszer	versenyző egészségbiztosítási pénztárak	morbiditás, prevenció, jövedelem	kor, nem	1994 néhány évente
Norvégia	önkormányzati ellátási rendszer	19 megye	mortalitás, családi helyzet, helyi adók szintje	kor, nem	1997 nincs adat
Olaszország	regionális alapon szervezett állami ellátási rendszer	21 regionális egészségügyi kormányzat	mortalitás, kockázatkiegyenlítő rendszer	kor, nem	1985 kb. 5 évente
Skócia	nemzeti egészségügyi szolgálat	15 regionális ellátási központ	mortalitás, költségkülönbségek	kor, nem	1998 kb. 5 évente

1. táblázat folytatása

Ország	Finanszírozott ellátási rendszer	Finanszírozott szervezetek	Fejkvóta számításához használt korrekciós tényezők		Bevezetés/frissítés ideje
			aggregált	egyéni	
Spanyol-ország	országos állami ellátási rendszer	7 regionális egészségügyi hatóság	korosodó populációval összefüggő fejkvóta-kiigazítás	–	1986 kb. 5 évente
Svájc	versenyző egészségbiztosítási rendszer	versenyző egészségbiztosítók	jövedelemszint	kor, nem, földrajzi elhelyezkedés	1993 néhány évente
Svéd-ország	Stockholm megye ellátási rendszere	9 regionális ellátásszervező	–	kor, családi állapot, munkahely, lakóhely, morbiditás	1992 néhány évente
Szlovákia	országos egészségbiztosítási rendszer	versenyző egészségbiztosítók	igénybevételi adatok	kor, nem	1999 néhány évente
Új-Zéland	országos állami ellátási rendszer	4 földrajzi régió	urbanizáció	kor, nem, jövedelem, etnikum	1996 nincs adat
Wales	nemzeti egészségügyi szolgálat	5 regionális egészségügyi hatóság	mortalitás, távolság	kor, nem	1998 kb. 5 évente

Megjegyzés: ebben a táblázatban kizárólag a stratégiai forrásallokációs célokra használt fejkvóta-formulák szerepelnek.

Forrás: Nagy [2009], Rice–Smith [2001], illetve egyéb saját kutatások alapján.

igazságos, és 3. a gyakorlatban hogyan alkalmazható (*van den Ven–Ellis* [2000]). Ezek a szempontok gyakran felülírják az empirikus kutatások alapján készülő „tisztá” modelleket. Hasonlóan fontos az egészségpolitikai-szabályozási környezet is. Társadalmi-politikai megfontolások alapján olyan szempontokkal is számolni kell, mint a világos, jól áttekinthető és transzparens számolási algoritmus készítése, illetve a laikusok számára is megmagyarázható változók használata. A kockázatkiigazítási folyamat figyelemre méltó jellegzetessége az az állandó feszültség, amely a formulakészítők technikai tökéletességre való törekvése és a politikai döntéshozók egyszerűség iránti igénye között húzódik (*Smith–Rice–Carr-Hill* [2001]). Az alkalmazott módszerek erősen függenek az adott ország kultúrájától, egészségügyi rendszerétől, finanszírozási környezetétől, a céloktól és az elérhető adatoktól.

Hatékonyabbá és méltányosabbá tehető-e az elosztás?

A fejkvóta változóival kialakított kockázati csoportok bizonyos betegségű, szociális helyzetű vagy egyéb tulajdonságokkal rendelkező emberek kezelésére irányítják a finanszírozott szervezetek figyelmet. Nyilvánvalóan olyan emberek kezelésére érdemes nagyobb erőforrásokat mozgósítani, akiknek a gyógyítása másokéhoz képest viszonylag nagy egészségnyereséget jelent a társadalom számára. Ennek eldöntésében két szempont játszik döntő szerepet: 1. megoldható-e az adott egészségügyi probléma/kockázati csoport gyógyítása napjainkban költséghatékony eszközökkel, 2. a társadalom számára mely betegség gyógyítása hozhatja a legnagyobb összesített egészségnyereséget. Egy fejlődő ország számára a tuberkulózis, a kolera vagy a fertőző májbetegség gyógyítása minden bizonnyal nagyobb társadalmi ha-

szonnal jár, mint a szív- és érrendszeri, mozgásszervi vagy daganatos betegségek kezelése – amelyekkel viszont a fejlett országokban érhetnek el társadalmi méretű egészségjavulást. Ha sikerül a társadalom szempontjából fontos kockázati csoportokat kiemelni, és az ellátásszervezőket arra ösztönözni, hogy ezeket a csoportokat értéküknek megfelelően kezeljék, akkor az egészségügyi rendszeren belül javulhat az ellátások közötti elosztás hatékonysága (*Hauck–Shaw–Smith* [2002]). Ezért elmondható, hogy bár a hatékonyság más tényezői is szerepet kapnak a fejkvóta elosztási rendszer kialakításakor (például termelési hatékonyság, makroszintű allokációs hatékonyság;⁷ *Nagy* [2009]), a fejkvóta készítéséhez leginkább az egészségügyi ellátások allokációs hatékonyságának javítását érdemes szem előtt tartani.⁸

A források méltányos elosztásának elve⁹ az egészségügyi ellátórendszerek kialakításakor legalább olyan fontos szerepet játszik, mint a hatékonyság. A fejkvóta készítése során a méltányos elosztásnak *Culyer–Wagstaff* [1993] szerinti két értelmezését érdemes megkülönböztetni: 1. A vertikális méltányosság, amely szerint a betegeknek több forrást kell biztosítani, mint az egészségesebbeknek ahhoz, hogy ugyanolyan egészségi állapotba kerüljenek; 2. a horizontális méltányosság, mely szerint a forrásokat az emberek között szükségleteik arányában kell szétosztani. Az egyenlő elosztás vertikális és horizontális elve jelentős eltérést jelent a fejkvóta készítése szempontjából. A horizontális méltányosság adott feltételek mellett megegyezik az allokációs hatékonysággal, a vertikális méltányosság érvényesítése viszont választást jelent a hatékonyság és a méltányosság között (*Hauck–Shaw–Smith* [2002]). Ugyanis a vertikális méltányosság érvényesítésével a finanszírozó bizonyos hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat előtérbe helyez más társadalmi csoportokkal szemben. A horizontális és vertikális méltányosság közötti választás elsősorban az egészségpolitikai döntéshozók feladata és felelőssége. A fejkvóta fejlesztéséhez azonban világosan és érthetően meg kell mutatni a döntéshozóknak az alternatívák gazdasági és népegészségügyi következményeit, ezért nélkülözhetetlen a hatékonysági és a méltányossági szempontok precíz definíciója és a két érték egymás közti viszonyának pontos meghatározása. Ezekhez az elosztási szempontokhoz igazíthatók a fejkvóta kialakításának előbbiekben tárgyalt módszerei.

A magyar egészségügyi forráselosztás és a fejkvóta

A zárt költségvetés szerepe Magyarországon

A fejkvóta kialakításának magyarországi kérdéseit az előbb tárgyaltak alapján – a költségek fénken tartása, a hatékonyság ösztönzése, a méltányos elosztás biztosítása és fejkvótamodellek építésének témái szerint – tekintjük át. A fejlett országokhoz hasonlóan

⁷ Magyarázat: makroökonómiai szempontból a társadalom számára létezik egy optimális szintű kibocsátás, amelyet az egészségügyi szektorra érdemes költeni. Ez az elméleti kiadási szint a közgazdaságtan szerint ott húzható meg, ahol az egészségügyre költött kiadások ugyanannyi határhasznot hoznak a társadalom számára, mintha ezeket más ágazatokra költenék. Ennek a kiadási szintnek a meghatározása a fejkvótával elosztható költségvetési keret nagyságára is hatással van.

⁸ Az allokációs hatékonyságnak itt használt értelmezése szerint mindig arra kell törekedni, hogy azokat a termékeket, illetve szolgáltatásokat állítsuk elő, amelyeket az egyének, illetve a közösség a legtöbbre értékelnek, leghasznosabbnak tart. Az általunk is alkalmazott módosított jóléti közgazdaságtan (*extra welfarist*) irányzata szerint a hasznosságot egészségnyereségben mérjük, amely mindenki esetében ugyanolyan súllyal vehető figyelembe (objektív haszonelvűség), és az objektíven mérhető egészségnyereség maximalizálása jelenti az allokációs hatékonyság teljesülését. A közgazdasági értékelés módszertanát elsősorban ennek a hatékonyságfogalomnak megfelelően használják általában az egészségügyben (erről lásd bővebben *Folland–Goodman–Stano* [2001]).

⁹ A szövegben méltányosságnak a forrásallokáció szempontjából elsősorban az egyenlő elosztást középpontba helyező értelmezését vizsgálom. Eszerint az erőforrásokat az egészségügyben az emberek/társadalmi csoportok szükségleteinek megfelelően kell elosztani.

Magyarországon is megfigyelhető, hogy az egészségügyi költségnövekedést központi kiadáskorlátozással és zárt költségvetéssel igyekeznek kezelhetővé tenni. Ennek is köszönhető, hogy a magyarországi egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya a mai napig viszonylag stabilnak mondható.¹⁰ Magyarország egyike azon kevés OECD-országoknak, amelyeknek egészségügyi kiadásnövekedése 1991 és 2001 között (2,1 százalék) nem haladta meg a GDP növekedési ütemét (2,6 százalék) (Huber–Orosz [2003]), és 2005-ben – a magyar gazdaság növekedési ütemének csökkenése ellenére – az egészségügyi összkiadások GDP-hez viszonyított aránya (8,5 százalék) még mindig a 27 EU-ország átlaga (9,5 százalék) alatt volt (Trends in European... [2007], KSH [2007]). A makrokiadások stabil szintje jelentős mértékben annak köszönhető, hogy az egészségügyi ágazat közkiadásait zárt és előre tervezett (prospektív) költségvetéssel kézben lehet tartani. Ezt támasztja alá az is, hogy a kiadáskorlátozás általában az olyan egészségügyi ellátások (gyógyszer, gyógyfürdő, gyógyászati segédeszközök) esetében nehezebb, amelyek finanszírozását – jellegüknek fogva – zárt költségvetéssel nehéz megoldani (Kornai–Eggleston [2004]). Összességében az utóbbi 20 év egészségügyi makrokiadási mutatói azt jelzik, hogy Magyarországon – a más fejlett országokhoz hasonló – költségnövekedés központi kiadáskorlátozással és zárt költségvetéssel kezelhető maradt. Így ezzel a gyakorlattal a jövőben továbbra is számolni kell Magyarországon.

Hatékonysági tartalmak

Az állami bevételekből finanszírozott egészségügyet tekintve, a zárt költségvetés hatékonyságot ösztönző hatása bizonyos területeken érvényesül: ez elsősorban a technikai hatékonyság javulásában nyilvánul meg. Ugyanakkor az utóbbi évtized tapasztalatai azt is mutatják, hogy az egészségügyi rendszeren belüli elosztás hatékonysága csak kevésé és csak bizonyos területeken érzékelhető. Mivel a természetbeni ellátások (azaz nagyrészt a gyógyító jellegű egészségügyi szolgáltatások) finanszírozásának teljesítményalapú módszerei elsősorban a hatékonyabb termelésre és az ellátások volumenének növelésére ösztönzik az egészségügyi szolgáltatókat, csak nagyon kevés lehetőséget nyújtanak az elosztórendszeren belüli allokációs hatékonyság javítására. Ennek következménye például, hogy 1994 és 2002 között a kórházi szektorban az akut kórházi ellátások egységköltsége, illetve az átlagos ápolási napok időtartama drasztikusan lecsökkent, és a járóbeteg-ellátásban is jelentősen visszaestek az egy esetre jutó ellátási költségek (Gaál [2004], Szigeti [2007]).¹¹ Eközben az ellátási struktúra egyáltalán nem követte a változó szükségleteket. Az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott ellátások (például az alapellátás, járóbeteg-szakellátás, aktív kórházi ellátás) között elosztható összegek aránya 1993 és 2004 között gyakorlatilag semmit sem változott (uo.), miközben a demográfiai változások azt igazolják, hogy Magyarország lakossága folyamatosan öregszik, és a krónikus betegségek arányának növekedése figyelhető meg, az élveszületések száma és a 15 év alattiak aránya folyamatosan csökken, a 65 év felettiak aránya és a daganatos betegségek előfordulása pedig növekszik (KSH [2007], [2008]). Ezekre a demográfiai változásokra és a velük együtt változó szükségletekre az ellátórendszer szerkezete nehézkesen reagál (például az ápolási rendszer átalakítása, kiterjesztése csak igen lassan halad előre).

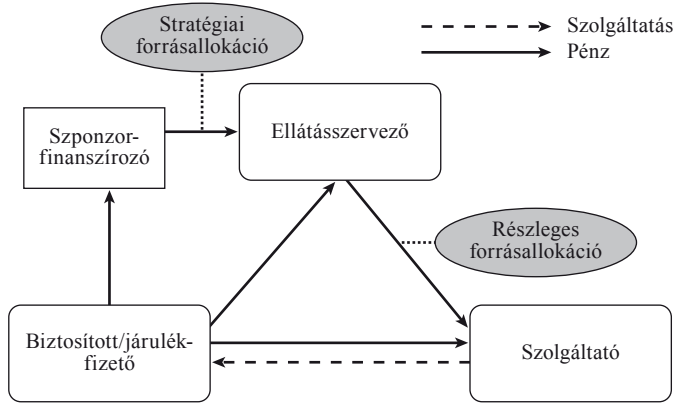
¹⁰ Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított optimális arányáról Magyarországon is megoszlanak a vélemények: egyes szerzők szerint alacsony, mások szerint az ország fejlettségnek megfelelő (Mihályi [1999], Kincses [1999], Prónai [1999], Németh [2000], Gaál [2004], Orosz [2001]).

¹¹ Az egységköltség csökkenése egyrészt lehet öröndetes (ha a technikai hatékonyság fokozódott), de az ellátás minőségének rovására is történhet, és megfelelő vizsgálatok, minőségbiztosítás és ellenőrzés hiányában nehéz megmondani, hogy meddig folytatható ez káros következmények nélkül.

Tehát hiába javítja a zárt költségvetés kényszere a termelési hatékonyságot, ha közben a merev ellátási/finanszírozási struktúrában az ellátások közötti hatékony forráselosztás problémáit nem lehet kezelni. A rugalmatlan, úgynevezett részleges forrásallokációs módszerekre épülő (1. ábra) szolgáltatásfinanszírozás ugyanis nem enged átjárást a szolgáltatóknak a különböző ellátások között, ami így az allokációs hatékonyság javítását megakadályozza.

1. ábra

A stratégiai és a részleges forrásallokáció helye az egészségügyi rendszerben



Például a kórházaknak nem érdekük a betegek továbbküldése a járóbeteg-szakrendelőbe, hiszen saját bevételeiket csökkentik, ha nem ők látják el a beteget. Így az (ellátások közötti) allokációs hatékonyság javítását a jelenlegi finanszírozási eszközök inkább korlátozzák, mintsem segítik. A hatékonyságjavulás ilyen jellegű dilemmáira megoldást jelenthet egy átfogó, a különböző ellátási formákat jobban integráló és nagyobb rugalmasságot biztosító finanszírozási rendszer alkalmazása. Több elemző is megállapítja, hogy az ellátásszervezők (például irányított betegellátási szervezetek, versenyző/regionális egészségbiztosítási pénztárak) számára készíthető, több ellátást egyszerre finanszírozó úgynevezett stratégiai forráselosztás (1. ábra) már jellegénél fogva magában hordozza az allokációs hatékonyság javításának képességét (Goglio [2005], Evetovits [2004]). A korábbi gondolatmenetre visszautalva pedig, amennyiben a források elosztásának egysége adott lakosságra (nem pedig szolgáltatásokra) vonatkozik, a zárt költségvetési keretek elosztása leginkább a fejkvóta segítségével valósítható meg. A fejkvóta alkalmazása így a fentiek alapján az ellátások közötti forráselosztás hatékonyságát képes érdemben javítani.

Méltányosság, szükségletek és hozzáférés

A társadalmi konszenzuson alapuló méltányossági alapelv ellenére, amely szerint az egészségügyi források elosztásának tekintetében ugyanolyan hozzáférést kell biztosítani az azonos szükségletű embereknek (horizontális méltányosság), számos egyenlőtlenség mutatkozik az egészségügyi ellátásokhoz történő hozzáférésben; ezek elsősorban földrajzi, ellátási típusok közötti és társadalmi csoportok szerinti egyenlőtlenségek. Jellemző például, hogy az 1990-es évek második felében, egy lakosra vetítve majdnem kétszer annyi közösségi forrás jutott a 60 éven felüli budapesti lakosokra, mint az ugyanilyen

korú Hajdú-Bihar megyei lakosokra (Orosz [2001]). A főváros–vidék közötti jelentős különbségek a 2000-es években alig változtak, és az országban kimutatható területi különbségek megyei és kistérségi szinten napjainkban is jelentősek (Boncz és szerzőtársai [2006a], [2006b], Szaszko és szerzőtársai [2006], Takács és szerzőtársai [2006], Nagy és szerzőtársai [2007]). Némi kísérlet történt az egyenlőtlenségek mérséklésére a finanszírozási rendszer változó sikerű fejlesztésével és az egészségügyi kapacitások szabályozásával. Ennek egyik lépése volt az 1995. évi kórházi ágyszámleépítés, majd az 1996. évi kapacitástörvény beiktatása (Gaál [2004]), illetve a 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Ezeknek az adminisztratív intézkedéseknek a forráselosztás méltányosságának javítására gyakorolt hatását azonban egyetlen tudományos kutatás sem vizsgálta.

A forráselosztás területi különbségei mellett az egyes területek egészségügyi *szükségeitől* is viszonylag keveset tudunk. Az emberek egészségi állapotát és életesélyét jellemző statisztikai mutatók alapján az ország jobb egészségi állapotú térsége Északnyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Veszprém megye), míg rosszabb az emberek egészségi állapota Északkelet-Magyarországon (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén megye). Az országos átlaghoz képest Budapest egészségi állapota jó: egyedül a daganatos halálozások területi koncentrációjában bizonyítható a főváros kedvezőtlen helyzete (Uzzoli [2004a], [2004b], [2006]). Ugyanakkor az emberek az életminőségüket a legjobbnak Vas, Győr-Moson-Sopron, Csongrád, Baranya megyében, míg a legrosszabbnak Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megyében értékelik (Kopp–Kovács [2006]). Összességében az ország keleti fele és a Dél-Dunántúl rosszabb, míg a Nyugat- és Közép-Dunántúl, illetve Budapest jobb megítélést kap az életminőséget mérő vizsgálatok alapján. Kétségesnek tűnik azonban, hogy a területenként aggregált adatokkal készült felmérések képesek-e az ország lakosainak eltérő egészségügyi szükségleteit a forrásallokáció kialakításához szükséges részletességgel bemutatni. Egyes kutatások ugyanis azt jelzik, hogy az egészségi állapot különbségeiben a földrajzi elhelyezkedésnél a társadalmi meghatározottság szerepe hangsúlyosabb, és a feltárt földrajzi egyenlőtlenségek inkább társadalmi–vagyon–műveltségi egyenlőtlenségeket takarnak (Uzzoli [2006], Mihályi [2003], Szende–Molnár [2001]). Ráadásul valódi területi ellátási különbségek Magyarországon nem a nagyobb területi egységek (régiók, megyék) között, hanem ezeken belül, az egyes települések/kistépülések (azaz településformák és azok szociodemográfiai jellemzői) között vannak. Ezt támasztja alá az is, hogy a területi különbségekkel operáló demográfiai mutatók kevésbé szignifikáns összefüggéseket mutatnak, mint a szociodemográfiai különbségeket tükröző mérőszámok (Uzzoli [2006]), illetve hogy az egészségi állapot megyei különbségeinél (lásd később a 3. ábrán is) hangsúlyosabbak például a Budapest térségén belül tapasztalható különbségek az emberek egészségi állapotában (Uzzoli [2004a]). Éppen ezért nagyobb földrajzi egységek (például megyék) szükségletének vizsgálata a forrásallokáció kívánatos irányáról valószínűleg nagyon keveset mutat.

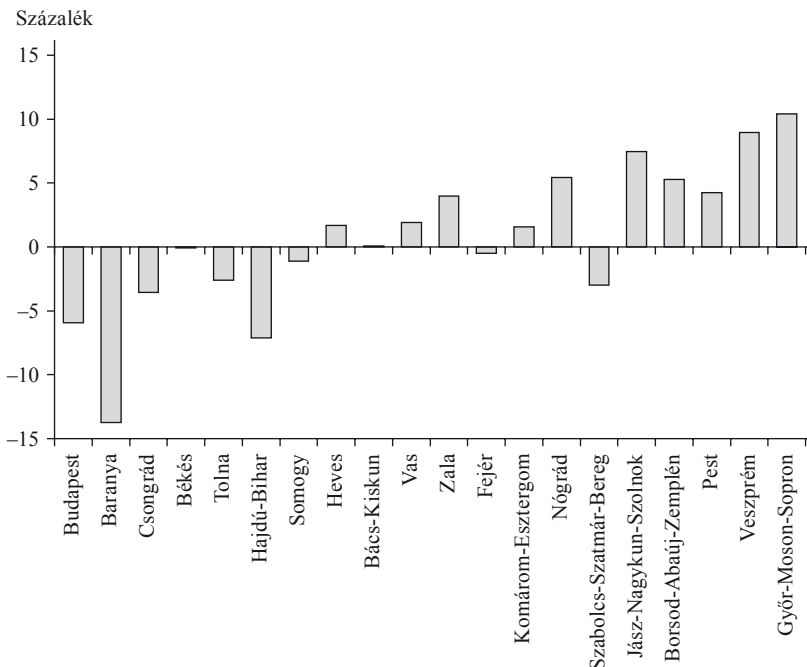
Mivel 1. az ország kevésbé egészséges lakosainak egészségi állapotát kormányzati szabályozás eddig kevés sikerrel tudta a forrásallokáció eszközein keresztül javítani, 2. az egyes emberek/lakosságcsoporthok/területek szükségletei nincsenek pontosan definiálva, és a jelenlegi finanszírozási eszközök nem alkalmasak a források szükségletek alapján történő elosztására, valamint 3. az ellátás kínálati oldala részben örökölt, részben jelenleg is ható, javarészt politikai motivációjú torz fejlődés során alakult ki, a méltányos forráselosztás akkor javítható, ha az erőforrások elosztásában szerepet kap az *ellátórendszer kapacitásától független szükségletek pontos, szakszerű számbavétele*. A szükségletek számbavételén alapuló súlyozott (kockázatkiigazított) fejkvóta így nemcsak a hatékony, de a méltányos elosztásnak is fontos eszköze lehet.

A fejkvóta kialakításának lehetőségei

Technikai szempontból a fejkvóta kialakításához szükséges adatok és egyéb eszközök jelentős része Magyarországon megtalálható. Ezek közül a demográfiai ismérveken túl elsősorban az egyéni adatokhoz kapcsolható morbiditási és térségi indikátorok használata képzelhető el. Korábbi kutatások azt jelzik, hogy ezek használata számos előnnyel járhat, és nemzetközi összehasonlításban is értékelhető modellek készíthetők (Nagy [2006], Nagy–Rakonczai [2008], Nagy [2008], Nagy–Rakonczai–Gulácsi [2008]). A térségi és morbiditási adatokat szimultán figyelembe vevő, úgynevezett kombinált modellek használatára a nemzetközi példák is bátorítanak (például Andersson–Varde–Diderchsen [2000]). Ugyanakkor az ellátások széles skáláját finanszírozó fejkvóta bevezetésének fontos dilemmája Magyarországon, hogy az új, szükségleteket jól tükröző elosztási formula valószínűleg drasztikus mértékben megváltoztatná a jelenlegi forrásallokációt. Továbbá a fejkvóta bevezetésével az ellátórendszer átalakításának terhei és feladatai, illetve a finanszírozott szervezetek pénzügyi kockázatának nagysága rendkívüli mértékben megnöhet. Egyes vizsgálatok (Nagy–Brandtmüller [2008], Nagy–Sipos–Nagy [2007]) szerint egy egyszerű korra és nemre épülő demográfiai fejkvóta bevezetése 10-15 százalékkal magasabb, illetve alacsonyabb bevételekhez jutatná az ország egyes megyéinek egészségügyi intézményeit (2. ábra). Ilyesfajta újraelosztás igazságtalanul nagy terhet rakna bizonyos finanszírozott szervezetekre, miközben másokat indokolatlanul magas bevételhez juttatna. A jelenlegi helyzethez képest az egyik legnagyobb ellátó centrummal rendelkező Baranya megye például 12 százalékkal kisebb, a jóval kisebb kapacitásokkal rendelkező Győr-Moson-Sopron megye pedig 11 százalékkal nagyobb forráshoz jutna (2. ábra).

2. ábra

A kor és nem alapján készített fejkvótamodell forrásallokációs hatása Magyarországon – a fejkvóta alapján kalkulált bevételek eltérése a 2006. évi tényleges egészségbiztosítási kiadásoktól*



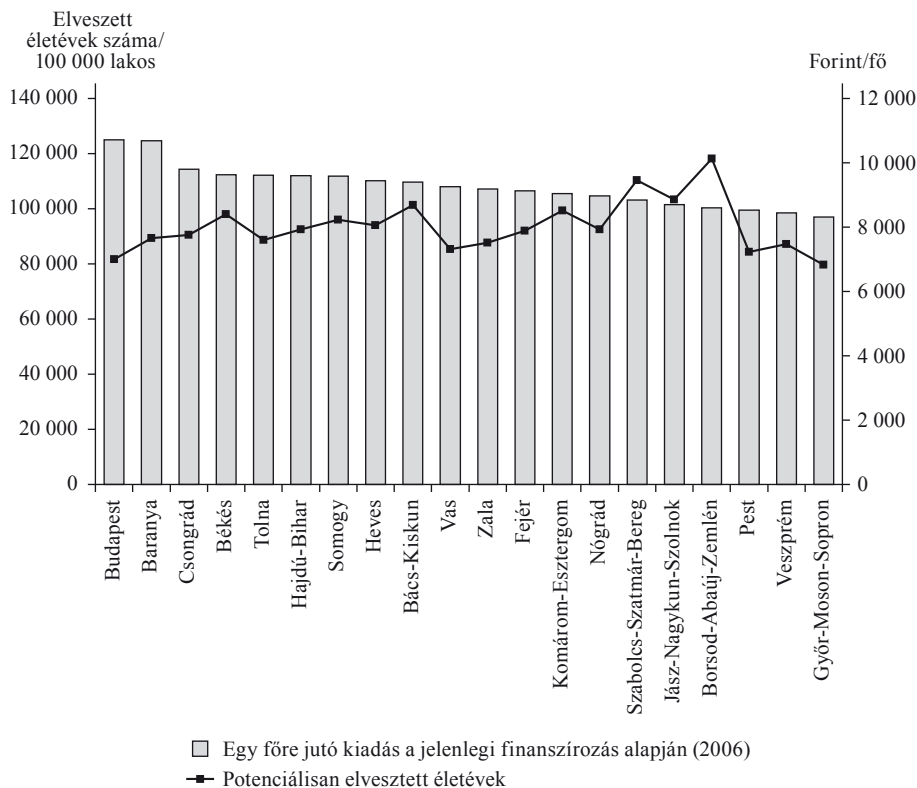
* A megyék sorrendje a 3. ábra csökkenő sorrendjét követi.

Forrás: Nagy–Sipos–Nagy [2007].

Ugyanakkor egy, a szükségleteket jobban tükröző formula is minden bizonnyal jelentősen eltérne a jelenlegi helyzettől. Nagy–Sipos–Nagy [2007] és Nagy–Brandtmüller [2008] vizsgálatai szerint a szükségleteket jelenlegi ismereteink szerint leginkább közelítő ügynvezett *potenciálisan elvesztett életévek* mutatójával – ami a 70 év potenciális élettartamból le nem élt évek 100 ezer lakosra jutó száma – is jelentős eltérések mutathatók ki a jelenlegi forráselosztási helyzettől (3. ábra).

3. ábra

A szolgáltatások igénybevétele alapján jelentkező tényleges egy főre jutó egészségbiztosítási kiadások megyénként és a potenciálisan elvesztett életévek száma*
(átlagosan egy főre jutó kiadás: 109 293 forint)



* A 70 év potenciális élettartamból le nem élt évek 100 ezer lakosra jutó száma.
Forrás: Nagy–Brandtmüller [2008].

Például Borsod-Abaúj-Zemplén megye, ahol a legrosszabbak az életkilátások, az egyik legkevesebb egy főre jutó forrást kapja az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott ellátások közül, ugyanakkor az egyik legjobb életkilátásokkal rendelkező Budapest jut a legtöbb forráshoz az országban. Nagy–Sipos–Nagy [2007] szerint ennek az egyenlőtlen elosztásnak az egyik kulcstényezője lehet, hogy területenként igen különböző a lakosok hozzáférése az egészségügyi ellátásokhoz. Összességében, bármilyen új elosztási helyzet gyors, előkészítés nélküli, átgondolatlan, a következményekkel nem számoló bevezetése (akármilyen racionális) jelentős kockázatot jelentene, ami a teljes egészségügyi rendszer fenntarthatóságát is veszélyeztetheti. Ezért a fejkvóta bevezetésekor – szükségszerű átmeneti megoldásként –

a nemzetközi irodalom által javasolt kockázatmegosztási módszerek alkalmazására mindenképpen nagy szükség van Magyarországon is. A kockázatmegosztási módszerek viszont a hatékonyság javulása ellen hatnak (lásd erről korábban), ezért hosszú távon ezek visszaszorítása és a kockázatiigazított fejkvóta szerepének növelése a célravezető.

Gyakorlati alkalmazási területek

A fejkvótás forrásallokáció alkalmazására két gyakorlati példa ismert Magyarországon: a házi orvosok finanszírozása és az irányított betegellátási rendszer ellátásszervezőinek javadalmazása. Ezek a fejkvótamodellek kezdetlegeseek, főként egyszerű demográfiai változókra épülnek, de továbbfejleszthetők (Nagy [2009]). Mindkét modell erős kockázatmegosztási elemeket tartalmaz, amelyek csökkentik a kockázatszelekciót, de a hatékonyság javulásának esélyét is. Ugyanakkor fontos különbség, hogy a kizárólag házi orvosok számára kialakított fejkvótás elosztási rendszer szűk szolgáltatási kört foglal magában, így jellegénél fogva nem igazán képes az allokációs hatékonyság javítását ösztönözni, továbbá kevés lehetőséget teremt a méltányosabb elosztás kialakítására. Ezzel szemben az irányított betegellátási rendszerben kialakítható stratégiai fejkvótás finanszírozási modell széles ellátási csomagot – a természetbeni ellátások több mint 90 százaléka – és kevés tényezőt (kor, nem és krónikus művekezelet betegek) tartalmaz, illetve gyenge magyarázó erővel rendelkezik ($R^2 \approx 4\text{--}5$ százalék, Nagy–Rakonczai [2008]), de az ebből adódó kockázatot hatékony kockázatmegosztási elemekkel ellensúlyozza (Nagy–Dózsa–Bonc [2004], Nagy [2009]).¹² A két különböző elosztási rendszer szerepét az ellátórendszerben jól mutatja a stratégiai (lásd az irányított betegellátási rendszer) és a részleges (lásd házi orvosok) forrásallokáció helyzetét illusztráló 1. ábra. A házi orvosok esetében alkalmazott részleges forráselosztás jellegénél fogva nem képes a szolgáltatók közötti hatékony elosztást ösztönözni – szemben a több szolgáltatást átfogó stratégiai forrásallokációval. Összességében elmondható, hogy az irányított betegellátási rendszerhez hasonló, kockázatmegosztási és kockázatiigazítási elemeket tartalmazó kétpólusú rendszerek jól fejleszthetők, és megfelelő kiindulási pontot jelentenek egy fejkvótára épülő stratégiai forráselosztási rendszer kialakításához. Ugyanakkor hosszú távon további fejkvóta-korrekciós tényezők bevezetése és a fejkvóta fejlesztésével párhuzamosan a kockázatmegosztási elemek fokozatos visszaszorítása javasolt (Nagy–Dózsa–Bonc [2004], Nagy–Sipos–Nagy [2007]).

Mit hozhat a jövő?

Az utóbbi tíz év egészségügyi átalakítási törekvései azt mutatják, hogy a magyar ellátórendszer fejlesztésekor sok szempontból szükséges és kézenfekvő megoldás lehet a fejkvóta alkalmazása.

Mind a regionális vagy „félregiónális” regionális alapon megszervezett betegellátási modellek, mind a versenyző egészségbiztosítási pénztárak finanszírozásának kialakításakor, azaz bármilyen – az adott populáció ellátásáért felelős – finanszírozási egység kialakítása esetén megfontolásra alkalmas ez a módszer. Használatával ugyanis zárt keretek mentén lehet az elosztásnak mind a hatékonysági, mind pedig a méltányossági szempontjait figyelembe venni. Ha azonban a zárt költségvetés nem követelmény, egyáltalán nem biztos, hogy a fejkvótás finanszírozás a legelőnyösebb módszer. Nyílt végű finanszírozás esetén példá-

¹² Ilyen elemek a fellazított költségvetés, az ellátásspecifikus kockázatmegosztás és a visszamenőleges finanszírozás, amelyeket Nagy [2009] részletesen tárgyal.

ul minden bizonnyal előtérbe kerülnének a teljesítményalapú finanszírozási módszerek. Ezért a fejkvóta jövője attól is függ, hogy milyen makroelosztási rendszer alapján körvonalazódik az egészségügyi rendszer átalakítása.

Jól prognosztizálható a fejkvóta „rendszerfüggetlen” működése is. Folyamatos igény mutatkozik ugyanis az egészségügyi szükségletek olyan tudományos mérésére, amellyel az egészségügyi kapacitások és az infrastruktúra fejlesztése, illetve más beruházási döntések támogathatók. Így használata javasolható adott lakosságra vonatkozó átfogó ellátási feladatok finanszírozási igényének feltérképezésére, és az ország különböző területeihez (kistérség, megye, régió) rendelhető kapacitások, illetve országos egészségügyi ellátási/prevenációs, valamint népegészségügyi programok kiadási összegeinek tervezésére, meghatározására. Így a fejkvótamódszer a döntés-előkészítési folyamat állandó részévé is válhat.

A stratégiai forráselosztáson kívül az egészségügyi finanszírozás szűkebb területein (lásd az *I. ábrán* a részleges forrásallokációt) is jól alkalmazható a fejkvóta. Segítségével elképzelhető bizonyos ellátási területek, betegcsoportok, célzott prevenció vagy más egészségügyi programok finanszírozásáról hozott döntések előkészítése. Vegyes finanszírozási módszerek esetén is használható, amelyekben a jelenleg előnyben részesített teljesítményalapú finanszírozási módszerek (például német pontrendszer, homogén betegcsoportok) finomítását segítheti. Ennek jele az is, hogy az egészségügyi kormányzat időről időre próbálkozik teljesítmény- és bázisfinanszírozási módszerek együttes alkalmazásával.¹³ Gyakorlatilag bármilyen irányba mozdul el az ellátórendszer fejlesztése – legyen szó a biztosítási modell átalakításáról, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szolgáltatásvásárló szerepének növeléséről, regionális ellátásszervezés kialakításáról vagy kisebb léptékű szolgáltatásfinanszírozási reformokról –, ennek a forráselosztási módszernek az alkalmazása nehezen lesz megkerülhető.

Fontos viszont látni, hogy a különböző finanszírozási helyzetek függvényében a fejkvótaformula kialakítása jelentős eltéréseket mutathat, és a célok függvényében merőben eltérő modellek készíthetők. Például a részleges forráselosztási modellek a stratégiai forrásallokációhoz képest merőben másfajta ösztönzést jelentenek a finanszírozott szervezetek számára: egy háziorvosok számára készített fejkvóta más ösztönzőket mozgósít, mint egy regionális egészségpénztár számára készített formula. Ugyanígy a stratégiai elosztási modellek között is tapasztalhatók alapvető különbségek: a versenyző pénztárak számára készített modellek felépítése lehet ugyan hasonló a monopolszolgáltatás-vásárlóknak készített formulákhoz, azonban az eltérő elosztási helyzetből adódóan másfajta kockázatszelekciós tevékenységre ösztönöznek. Fontos azt is szem előtt tartani, hogy bármilyen fejkvótamodell lesz a cél, a zárt keretektől történő elosztás ösztönző hatása hibás feltételek mellett (például kockázatmegosztási rendszer nélkül) éppúgy lehet káros, mint a jelenlegi, számos szempontból nem megfelelő finanszírozási módszerek alkalmazása. A kérdés így gyakran nem úgy merül fel, hogy milyen elosztási módszert használjunk, hanem hogy amit választottunk, hogyan használjuk helyesen. A különböző helyzetekben alkalmazható fejkvótamódszerek alapos ismerete így mindenképpen új és eddig hiányzó láncszem a magyar egészségügyi rendszer akadozó gépezetében, aminek alkalmazása javíthatja a források elosztásának hatékonyságát és méltányosságát.

*

A megfelelő módszerrel kialakított fejkvóta az egészségügyi rendszer típusától függetlenül képes lehet érdemben előmozdítani a szűkösen rendelkezésre álló források optimális elosztását. Magyarországon ennek megvalósításához az szükséges, hogy az ellátórend-

¹³ Utoljára 2009. április 1-jén vezették be a bázis- és teljesítményalapú finanszírozás kombinációját a fekvőbeteg-ellátásban, ezt 2009 végén módosították.

szerben továbbra is érvényesüljön a zárt költségvetési keretek szétosztásának igénye, az egészségügyi források szétosztása adott populáció ellátását biztosító szervezetek között történjen, és hogy a forrásallokációs alapelemek közül az allokációs hatékonyság javítása, illetve az ellátási igények szükségletek alapján történő érvényesítése elsőbbséget élvezzen. Ugyanakkor a jelenlegi tapasztalatok alapján a fejkvóta mellett a kockázatmegosztás rövid és középtávon feltétlenül szükséges, mivel a jelenleg készíthető egyszerű formulák vagy akár egy új, a szükségleteket jobban tükröző elosztási algoritmus drasztikusan átforgalmazná Magyarország egészségügyi térképét. Ezért egy olyan többéves átmeneti rendszer biztosítása célszerű, amely áthidalja a jelenlegi elosztás és az új forrásallokáció közötti különbségeket – de fokozatosan engedi az elmozdulást a hatékonyabb és méltányosabb szükségletalapú forráselosztás irányába.

Hivatkozások

- ANDERSSON, P. A.–VARDE, E.–DIDERCHSEN, F. [2000]: Modelling of Resource Allocation to Health Care Authorities in Stockholm County. *Health Care Management Science*, Vol. 3. No. 2. 141–149. o.
- ARROW, K. J. [1963]: Uncertainty and welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, Vol. 53. No 5. 941–963. o.
- BONCZ IMRE–DÓZSA CSABA [2002]: Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992–2000. *MOTESZ Magazin*, 11. évf. 4. sz. 52–55. o.
- BONCZ IMRE–TAKÁCS ERIKA–SZASZKÓ DÓRA–BELICZA ÉVA [2006]: Az OEP aktív fekvőbeteg-ellátási kassza igénybevétele. Területi egyenlőtlenségek, I–II. *Kórház*, 12. évf. 7–8. sz. 37–43. o., 9. sz. 30–32. o.
- CULYER, A. J.–WAGSTAFF, A. [1993]: Equity and Equality in Health and Health Care. *Journal of Health Economics*, 12. 431–457. o.
- EVETOVITS, T. [2004]: Célok és eszközök összehangolása az irányított betegellátási rendszerben: az információszimmetria problematikája. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 3. évf. 3. sz. 11–15. o.
- GAÁL PÉTER [2004]: Health care systems in transition: Hungary. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies, Koppenhága.
- GOGLIO, A. [2005]: In search of efficiency: improving health care in Hungary. OECD, Economics Department, OECD Economics Department Working Papers, No. 446.
- FOLLAND, S.–GOODMAN, A.–STANO, M. [2001]: *The economics of health and health care*. Prentice-Hall, New Jersey.
- HAUCK, K.–SHAW, R.–SMITH, P. [2002]: Reducing Avoidable Inequalities in Health: A New Criterion for Setting Health Care Capitation Payments. *Health Economics*, 11. 667–677. o.
- HUBER, M.–OROSZ ÉVA [2003]: Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990–2001. *Health Care Financing Review*, 25. No. 1. 1–22. o.
- KINCSES GYULA [1999]: Mi mennyi, azaz hány éves Mihályi Péter? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. évf. 2. sz. 148–149. o.
- KOPP MÁRIA–KOVÁCS MÓNKA ERIKA (szerk.) [2006]: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- KORNAI JÁNOS–EGGLESTON, K. [2004]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt., Budapest.
- KSH [2007]: *Társadalmi ellátórendszerek, 2006*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH [2008]: *Tájékoztatási adatbázis. Statad, Központi Statisztikai Hivatal*, Budapest.
- MIHÁLYI PÉTER [1999]: Alulfinanszírozott-e a magyar egészségügy? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. évf. 2. sz. 136–147. o.
- MIHÁLYI PÉTER [2003]: *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém.
- MILGROM, P.–ROBERTS, J. [1990]: The Efficiency of Equity in Organizational Decision Processes. *American Economic Review*, Vol. 80. No. 2. 154–159. o.

- MOSSIALOS, E.–LE GRAND, J. [1999]: Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, Aldershot.
- NAGY BALÁZS [2006]: A fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztése. Elméleti alapok és gyakorlati lehetőségek a fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztésére Magyarországon. Nyitótanulmány, Egészségügyi és Stratégiai Kutatóintézet, Budapest, http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/elmeleti_alapok.pdf.
- NAGY BALÁZS [2009]: Kockázatküigazítás az egészségügyi források allokációjánál Magyarországon. A fejkvóta alapú forrásallokációs formula fejlesztése. Debreceni Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, doktori iskola, Debrecen.
- NAGY BALÁZS–BRANDTMÜLLER ÁGNES [2008]: Implementing Risk Adjusted Capitation Payments with Health Care Reforms in Hungary. *Competitio*, 8. évf. 2. sz. 147–160. o.
- NAGY BALÁZS–DÓZSA CSABA–BONCZ IMRE [2004]: A fejkvótaszámítás továbbfejlesztésének lehetőségei az irányított betegellátási rendszerben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 42. évf. 2. sz. 15–24. o.
- NAGY BALÁZS–RAKONCZAI PÁL [2008]: Az egészségügyi költségek becslése demográfiai jellemzők alapján a fejkvóta készítéséhez Magyarországon. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 7. Egészség-gazdaságtani különszám, 5–9. o.
- NAGY BALÁZS–RAKONCZAI PÁL–GULÁCSI LÁSZLÓ [2008]: Statisztikai módszerek a fejkvóta számítására a magyar egészségügyben. *Statisztikai Szemle*, 86. évf. 4. sz. 321–341. o.
- NAGY BALÁZS–SIPOS JÜLIA–NAGY JÓZSEF [2007]: Illusztrációk a fejkvótas forrásallokáció számításához Magyarországon. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 6. évf. 10. sz. 6–13. o. http://biloba.hu/ime/2007_VI_10/05_13.pdf.
- NÉMETH GYÖRGY [2000]: Mennyit költünk egészségügyre. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 38. évf. 2. sz. 129–164. o.
- NEWHOUSE, J. P. [1996]: Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Vol. 34. No. 3. 1236–1263. o.
- NEWHOUSE, J. P. [1998]: Risk adjustment: where are we now? *Inquiry*, Vol. 35. No. 2. 122–131. o.
- OROSZ ÉVA [2001]: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. *Egészséges Magyarorszáért Egyesület*.
- PRÓNAI BORBÁLA [1999]: Mennyit költünk egészségügyi ellátásunkra. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37. évf. 4. sz. 384–390. o.
- RICE, N.–JONES, A. [1997]: Multilevel Models and Health Economics. *Health Economics*, Vol. 6. No. 6. 561–575. o.
- RICE, N.–SMITH, P. [2001]: Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79. No. 1. 81–113. o.
- RICE, N.–SMITH, P. [2002]: Strategic Resource Allocation and Funding Decisions. Megjelent: *Mossialos, E.–Dixon, A.–Figueras, J.–Kutzin, J.* (szerk.): *Options for Europe*. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 250–271. o.
- SELVIN, H. C. [1958]: Durkheim's Suicide and Problems of Empirical Resaerch. *American Journal of Sociology*, 63. 607–619. o.
- SHELDON, T.–SMITH, P. [2000]: Equity in the allocation of health care resources. *Health Economics*, 9. 571–574. o.
- SMITH, P. [2003]: Formula Funding of Public Services: An Economic Analysis. *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 19. No. 2. 301–322. o.
- SMITH, P.–RICE, N.–CARR-HILL, R. [2001]: Capitation Funding in the Public Sector. *Journal of the Royal Statistical Society*, Vol. 164. No. 2. 217–257. o.
- SZASZKÓ DÓRA–BONCZ IMRE–BELICZA ÉVA–TAKÁCS ERIKA [2006]: Az OEP krónikus fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevételének területi egyenlőtlenségei. *Magyar Epidemiológia*, 3. évf. 4. sz. 223–233. o.
- SZENDE ÁGOTA–MOLNÁR LAJOS [2001]: Inequalities in the Health Status and Inequity in the Delivery of Health Care in Hungary. *Archives of Hellenic Medicine*, Vol. 18. No. 2. 169–179. o.
- SZIGETI SZABOLCS [2007]: A magyar egészségügyi társadalombiztosítás teljesítményének rendszer-szintű értékelése a hatékonyság szempontjából. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. sz. 23–32. o.
- TAKÁCS ERIKA–BELICZA ÉVA–SZASZKÓ DÓRA–BONCZ IMRE [2006]: Az OEP járóbeteg szakellátási kassza igénybevételének területi egyenlőtlenségei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 5. évf. 7. sz. 15–22. o.

- TRENDS IN EUROPEAN... [2007]: Trends in European Health Care, 2007. How to create value in a dynamic environment. Roland Berger Strategic Consultants, http://www.rolandberger.com/media/pdf/rb_press/RB_Trends_in_European_healthcare_20070901.pdf.
- UZZOLI ANNAMÁRIA [2004a]: Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségei Magyarországon. Doktori értekezés. ELTE TTK regionális földrajzi tanszék. Budapest. <http://annamaria.uzzoli.googlepages.com/Uzzoliphdertekezes.pdf>.
- UZZOLI ANNAMÁRIA [2004b]: Életesélyek területi különbségei Magyarországon. Megjelent: *Barton Gábor–Domány Gábor* (szerk.): A magyar földrajz kurrens eredményei. II. Magyar Földrajzi Konferencia, CD-ROM. SZTE TTK Természeti Földrajzi és Geoinformatikai Tanszék, Szeged, szeptember 2–5.
- UZZOLI ANNAMÁRIA [2006]: A hazai egészségi állapot változásai 1990 után. III. Magyar Földrajzi Konferencia tudományos közleményei. Cd-rom. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.
- VAN DEN VEN, W.–ELLIS, R. [2000]: Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. Megjelent: *Newhouse, J. P.–Culyer, A. J.* (szerk.): *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science, 757–845. o.