



**AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZAT, MINT KÖZSZOLGÁLTATÁS
K+F+I STRATÉGIÁJA ÉS AZ ÁGAZAT INNOVÁCIÓS
FOLYAMATAINAK VIZSGÁLATA AZ OKTATÁSI ÁGAZAT
SZÁMÁRA**

Készítette:

Dr. Inotai András, Dr. Kaló Zoltán,

Syreon Kutató Intézet

2010. február 1.

*A tanulmány az Oktatókutató és Fejlesztő Intézet megrendelésére készült,
a TÁMOP-3.1.1. 8.1. számú projekt keretében,
a TÁMOP 311-Sz/29/864/2009 számú szerződésnek megfelelően.*

Vezetői összefoglaló

A tanulmány célja az egészségügy, mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs folyamatainak, explicit és implicit stratégiájának feltérképezése. Mivel a vizsgálat fókuszában az egészségügy, mint közszféra áll, csak érintőlegesen foglalkozik a tanulmány a gyógyszeripar és a versenyszféra K+F+I folyamataival. A tanulmány széleskörű szakirodalmi áttekintésen, személyes tapasztalatokon, valamint volt és jelenleg is aktív ágazati vezetőkkel készített strukturált mélyinterjúk tanulságain alapul.

A tanulmány szerzőinek saját tapasztalatai és a mélyinterjúk tanulságai alapján Magyarországon *nem létezik ágazati szintű, egységes, hosszú időre előretekintő, politikai konszenzus által kísért explicit egészségügyi K+F+I stratégia*. Mindazonáltal a hazai egészségügy innovációja és fejlődése explicit, egységes központi stratégia nélkül is végbemegy, hiszen a fragmentált és gyakran változó központi egészségpolitikai dokumentumok, a nemzetközi szintről beáramló innovatív technológiák, készségek, folyamatok alulról jövően is elterjednek az ágazat szereplői között, ráadásul a finanszírozás korlátozottsága, a túlélési mechanizmus is kikényszeríti az innovatív megoldások alkalmazását az egészségügy szereplői részéről. Ezzel együtt valószínűsíthetően a kutatások eredményein alapuló, egységes, explicit stratégia mentén végrehajtott fejlesztések sokkal hatékonyabb innovációs folyamatot eredményeznek, mint a túlélés kényszeréből fakadó, ad-hoc, adaptációs jellegű változások.

Emiatt szükség van olyan típusú projektekre és kutatásokra, amelyek ráirányítják a figyelmet arra, hogy a stratégia hiánya sokszor nem a társadalmi szempontból optimális innováció irányába viszi a nagy rendszereket. A kiemelt közszolgáltatási rendszerek ilyen projektek keretében tudnak együttműködni a sikeres nyomásgyakorlásban, egy hosszú távú K+F+I stratégia kikényszerítésében.

Az egészségügy példájából kiindulva az oktatási ágazat explicit K+F+I stratégiájának megalkotása elsősorban akkor lehet sikeres, ha az nincs kitéve a mindenkori politikai csatározásoknak. Sajnálatosan az egészségügyben jelenleg nem igazán látszik olyan szervezet, amely kellően távol tudná tartani magát a napi politikától. Amennyiben van ilyen szervezet az oktatási ágazatban, elméletileg ez is elképzelhető a K+F+I stratégia megalkotójaként.

Az ágazati K+F+I stratégiát lehetőség szerint harmonizálni kellene a nemzeti K+F+I stratégiával. Elengedhetetlen az ágazat szereplőinek bevonása a stratégia alkotásába,

partnerség kialakítása az érdekeltekkel. Az egészségügyben kívánatos volna a szakmai közélet olyan természetes működése, amelyet a politika elvár, de amelyet nem foglal el, amire épít, és aminek visszaigazolása a K+F+I stratégia.

A tudatos, átgondolt ágazati fejlesztési stratégia hiányában valós veszély a korlátos fejlesztési források elaprózása, melynek következtében az újonnan épülő, heterogén minőséget nyújtó intézmények és egyéb fejlesztések mellett akár a kiemelt intézmények is csődközeli helyzetben vannak. Az ellátórendszer szereplői között a fejlesztési kérdésekben is fontos az együttműködés, a méret- és választékgazdaságosság, a jótékony hatású szinergiák figyelembe vétele.

Az egészségügy példája is hangsúlyozza a humán erőforrás képzés hangsúlyos szerepét. Ezért vonzóvá kell tenni az egyetemen való oktatást, hogy a tehetséges fiatal oktatójelölteket ne vigye el a végleges külföldi munka, a szakmán kívül történő elhelyezkedés, vagy a tisztán a versenyszférában történő munka lehetősége, hogy ezáltal a legjobbak vehessenek részt az egyetemi oktatásban. Fontos tanulságként fogalmazódik meg az egészségügyben a humán kapacitások tudatos tervezésének szükségessége, amihez hozzátartozik a hallgatói keretszámok, kapacitások meghatározása, az életpálya modellek kidolgozása.

Az egészségügyben az ismeretanyag megújulása más ágazatokhoz képest gyors. Ezért kiemelt jelentőséggel bír a továbbképzési rendszer. A szakmai továbbképzések rendszere állami források hiányában nem működhetne a beszállítóipar anyagi támogatása nélkül, melynek a számos pozitívuma mellett az információk és ösztönzők esetleges torzulása miatt megvannak a veszélyei is.

Az egészségügyi szolgáltatók esetében egyre hangsúlyosabb a nem orvos-szakmai (pl. közgazdasági, menedzsment, informatikai) ismeretek alkalmazása. Ezek az ismeretek spontán, implicit stratégia mentén is terjednek. Kutatásunk mindazonáltal felhívja a figyelmet az új típusú ismeretek esetén a nem megmértetett, esetlegesen helytelen tudás továbbadásának, multiplikálódásának veszélyére.

A piac és az állam szerepének összhangjára van szükség az oktatásban is. Az egészségügyi ellátórendszer analógiája azt sugallja, hogy a piac sokszor kontraszelektál, és a profitábilis területeket célozza meg, ezért a közszolgáltatások esetén a piac mindenhatóságára való hivatkozás nem feltétlenül a társadalmi optimum irányába viszi a rendszert. Az állam túlzott

befolyása pedig a politikai ciklusok, félciklusok monopóliumát, irányítási dominanciáját és kormányzati kudarcokat eredményezhet.

Az egészségügyi ágazat példája azt mutatja, hogy az új tudás generálásának egyik eszközeül szolgáló klinikai vizsgálatok finanszírozására vagy közösségi forrásokat kell biztosítani, vagy el kell fogadni azt a tényt, hogy az új tudás csak a profitelvárásokat biztosító területeken fejlődik. Fontos tapasztalat, hogy az új technológiákkal kapcsolatos kutatások és klinikai vizsgálatok elsősorban a magasabb színvonalú szolgáltatást nyújtó intézményekben történnek, ahol szerencsés esetben a szakemberek képzése is koncentrálódik (pl. oktató kórház).

Nagy rendszerek szervezeti átalakítása – ez vonatkozik az egészségügyre és az oktatásra is - nem végezhető el úgy, hogy a benne lévő szereplők érdekeltsége nincs megteremtve, ha az érintettek a változásokkal szemben ellenérdekeltek. Az érdekeltségi viszonyok megteremtése mellett ebben döntő szerep jut a hatékony kommunikációnak.

A koncepciótlanság, a rendszer folyamatos korrekciója, elhúzódó felszínes reformja mindazonáltal átállási költségeket generál, hiszen minden átalakításhoz plusz erőforrásokra van szükség.

Bár a pozitív kommunikáció szerepe fontos lenne az egészségügy innovációjában, a kommunikáció önmagában nem pótolhatja a stratégiát. A szereplőkkel való kommunikáció nem lehet egyirányú csatorna, lehetőséget kell biztosítani az aktív, konzultatív párbeszédre. A közpénzek elköltése során mind az egészségügyben, mind az oktatásban veszélyként jelentkeznek különféle lobbinyomások, súlyosabb esetben a korrupció. A kiszervezések megfelelő regulációja, a hatékony ellenőrző mechanizmusok elejét vehetik a közintézmény számára hátrányos alvállalkozói szerződések megkötésének.

A köztisztviselői lét merev fékjeinek áttörésében az erőteljes vezetés szerepe megkérdőjelezhetetlen. A vezetők motivációja és felkészültsége óriási mértékben befolyásolja a közsféra innovációra való képességének mértékét. Demotivált vezetők hatására az innovatív gondolkodású beosztottak elvesztésének megnő az esélye.

Az egészségügyi rendszer fejlesztésében komoly szerepet játszik a betegek hozzáállása az egészségüghöz, a betegek igényeinek és ismereteinek a változása. A betegségek kezelésében az orvos és beteg közti információs aszimetria az információs technológia következtében csökken, ezért a gyógyítás folyamatában a beteg döntéshozói szerepköre erősödik. Az

egészségügyi rendszer finanszírozói és fejlesztési döntéseibe a lakosság igyekszik beleszólni oly módon, hogy ellenáll a restriktív döntéseknek.

Az egészségügyben a drága innovatív technológiák megjelenése kapcsán a társadalmi haszon maximalizációja nem érhető el pusztán a hatásosság és biztonságosság figyelembe vételével, hanem a korlátos erőforrások miatt vizsgálendő a valós életben nyerhető egészségnyereség (azaz eredményesség), a költséghatékonyság, a költségvetési hatás, valamint a méltányosság kérdése is. Mivel az oktatásban nem jelentkezik az egészségüghöz mérhető technológiai innovációs nyomás, emiatt a költséghatékonyság vizsgálata viszonylagosan háttérbe szorulhat a méltányossághoz képest.

Fontos konklúzió lehet az oktatási ágazat számára az is, hogy a központi vagy helyi vezetők részéről csak annyi innovatív lépést kell felvállalni, amennyi kezelésére a végrehajtó csoportnak van kapacitása, hiszen az átalakulás alatt lévő, de azt még teljesen be nem fejező szervezet hatékonysága csökken.

Tartalom

1	Bevezetés.....	7
2	Az egészségügyi ágazat alapvető jellemzői	8
2.1	<i>A köz- és magánszféra szerepe az egészségügyben.....</i>	8
2.2	<i>Az egészségügyi piac és rendszer elemei.....</i>	11
2.2.1	Egészségpolitika.....	13
2.2.2	Egészségügyi finanszírozás.....	13
2.2.3	Az egészségügyi ellátórendszer.....	16
2.3	<i>Humán erőforrások.....</i>	18
2.3.1	Az egészségügyi dolgozók szerepe.....	18
2.3.2	Demográfiai kihívások: a lakosság egészségi állapota.....	18
3	Az egészségügyi közszolgáltatás K+F+I stratégiája.....	19
3.1	<i>Az egészségügy K+F+I stratégiáját megalapozó dokumentumok.....</i>	19
3.1.1	Nemzetközi dokumentumok.....	19
3.1.2	Hazai dokumentumok	19
3.2	<i>Explicit egészségügyi K+F+I stratégiai kidolgozásának feltételei.....</i>	22
3.3	<i>Implicit K+F+I folyamatok az egészségügyi közszolgáltatásokban</i>	25
3.4	<i>K+F+I stratégia: nemzetközi kitekintés.....</i>	28
3.5	<i>Orvosi ismeretek forrása – tudásmenedzsment az egészségügyben.....</i>	30
3.5.1	A klinikai vizsgálatok hatásai.....	30
3.5.2	Adatbázisok, tipológiai rendszerek, indikátorok szerepe	31
3.5.3	Köz és magánszféra kapcsolódása az ismeretek megújulásában.....	33
3.5.4	Nem orvos-szakmai diszciplínák szerepe az egészségügyben	34
3.5.5	A tudás általánosíthatósága	35
3.5.6	Tudás és jog kapcsolata – protokollok szerepe az egészségügyben	36
3.6	<i>K+F+I ráfordítások.....</i>	37
3.6.1	A K+F+I ráfordítások nagysága Magyarországon	37
3.6.2	A klinikai vizsgálatok jelentősége Magyarországon	38
3.6.3	Európai Unió források	39
4	Az egészségügy, mint közszolgáltatás „innovációs modelljének” fontosabb jellemzői.....	41
4.1	<i>Egészségügyi K+F+I stratégia kidolgozásának személyi és szervezeti háttere</i>	41
4.1.1	Ágazati K+F+I stratégia kidolgozásával foglalkozó szervezetek.....	41
4.1.2	Az OEP termék és szolgáltatás finanszírozás innovációjával foglalkozó szervezetek	42
4.1.3	Közforgalmú gyógyszerészeti gyógyszerészet K+F+I stratégiájával foglalkozó szervezetek	42
4.2	<i>Kiemelt jelentőségű programok és lépések az egészségügyi ellátórendszer innovációja kapcsán.....</i>	44
4.2.1	Management ismeretek	44
4.2.2	Humán erőforrás menedzsment.....	45
4.2.3	Szervezetfejlesztés	47
4.2.4	A kiszervezés szerepe.....	53
4.2.5	Új szolgáltatási területek	54
4.2.6	Minőségbiztosítás szerepe.....	55
4.2.7	A beteg szerepe az egészségügyi közszolgáltatások innovációjában	56
4.2.8	IT fejlesztések	58
4.3	<i>Az innováció mérhetősége az egészségügyben.....</i>	59
4.4	<i>Szervezeti, regulációs és pénzügyi tényezők.....</i>	60
5	Esettanulmányok	62
5.1.1	Esettanulmány 1: Innovációs folyamatok a közforgalmú gyógyszerészeti gyógyszerészetben.....	62
5.2	<i>A technológiai fejlődés finanszírozási technikák innovációját kikényszerítő hatása</i>	66
5.2.1	Esettanulmány 2: A gyógyító-megelőző ellátások közfinanszírozásának innovációja	66
5.2.2	Esettanulmány 3: A gyógyszerek közfinanszírozásának innovációja	69
6	Az oktatási ágazat számára releváns elemek.....	73
7	Függelék	77
7.1	<i>Az interjúk alanyai.....</i>	77
7.2	<i>Interjú kérdések.....</i>	78
	Hivatkozások listája.....	82

1 Bevezetés

A tanulmány célja az egészségügy, mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs (K+F+I) folyamatainak, explicit és implicit stratégiájának feltérképezése. Mivel a vizsgálat fókuszában az egészségügy, mint közszféra áll, nem foglalkozik a tanulmány a gyógyszeripar és a versenyszféra K+F+I folyamataival. Ezekkel a területeket csak abban a kontextusban érinti, amennyiben például a gyógyszeripar által koordinált klinikai vizsgálatok hozzájárulnak az ágazat egészében meglévő tudás fejlesztéséhez, bővítéséhez. A tanulmány terjedelmi keretei nem teszik lehetővé minden részterület maradéktalan bemutatását, hiszen az egyes érintett kérdések hiánytalan tárgyalása önmagában is jelen tanulmány terjedelmének többszörösét tennék ki. A részletesen tárgyalt és csak utalás formájában ismertetett kérdések egyensúlyának tekintetében ezért kompromisszumot kellett kötni. A tanulmány széleskörű szakirodalmi áttekintésen, személyes tapasztalatokon valamint volt és jelenleg is aktív ágazati vezetőikkel készített strukturált mélyinterjúk tanulságain alapul.

A tanulmány bevezetője csupán olyan mélységben foglalkozik az egészségügy ágazati sajátosságaival, hogy a később tárgyalt K+F+I folyamatok a nem egészségügyi háttérrel rendelkező szakemberek számára is értelmezhetőek, a konklúziók pedig saját diszciplínájukban hasznosíthatóak legyenek.

Az ágazat legfontosabb hazai trendjeinek, mutatóinak ismertetését az egészségügyi ágazat, mint közszolgáltatás explicit és implicit K+F+I stratégiájának, folyamatainak bemutatása követi. A szerzők tapasztalatai és a mélyinterjúk tanulságai alapján *nem létezik ágazati szintű, egységes, hosszú időre előretekintő, politikai konszenzus által kísért explicit egészségügyi K+F+I stratégia*, de ezzel párhuzamosan az egészségügyben erős az alulról felfelé építkező, implicit stratégia alapján végbemenő fejlesztés és innováció. A tanulmány bemutatja ezen K+F+I folyamatok hajtóerőit, az ágazatban zajló tudásmenedzsment (TM) legfontosabb elemeit.

Az egészségügy, mint közszolgáltatás „innovációs modelljének” fontosabb jellemzőinek bemutatása három konkrét esettanulmányon keresztül történik, ennek során kiemelten kerül ismertetésre a menedzsment és vezetés szerepe, az ágazatban zajló legfontosabb programok, a

munkaerő szerepe az innovációban, az innovációs folyamatok hajtó és gátló tényezői, a szervezeti változtatások, valamint nemzetközi kitekintés.

2 Az egészségügyi ágazat alapvető jellemzői

2.1 A köz- és magánszféra szerepe az egészségügyben

Az egészségügyi ágazatban a páciensek fogyasztása alapvetően két csoportra bontható, egyfelől terméket vesznek igénybe (pl. gyógyszer, gyógyászati segédeszköz), másfelől szolgáltatásokat (pl. háziorvosi ellátás, járóbeteg szakellátás, fekvőbeteg szakellátás, mentés, ügyelet). Az egészségügyi termékek fejlesztése, előállítás és forgalmazása elsősorban a magánszféra feladata, a közszféra döntően csak a finanszírozásban és szabályozásban, illetve korlátozottan a köztulajdonban álló egészségügyi intézményeken keresztül a termékekhez kapcsolódó szolgáltatásokban vállal szerepet. Ugyanakkor a szolgáltatási szféra az európai országok jelentős részében közfeladat, beleértve a szabályozási, a finanszírozási és a szolgáltatói aspektusokat is.

A magyar egészségügyi rendszerben is az egészségügyi szolgáltatások a közszférára épülnek - bár egyes területeken jelentős a magánszféra szerepe (például közforgalmú gyógyszerellátás, alapellátás, dialízis ellátás, képalkotó diagnosztika). Ezzel párhuzamosan az egészségügy finanszírozásában a közfinanszírozás a domináns, a magánfinanszírozás döntő hányada még ma is a betegek közvetlen térítésén alapul.

Ennek a tanulmánynak az elsődleges célja az egészségügy, mint közszolgáltatás vizsgálata, ezért a versenyszférára épülő, és döntően a gyógyszeripart magában foglaló termék specifikus ágát nem tárgyaljuk részletesen. Ugyanakkor az egészségipar kifejezést alkalmazzuk, hiszen az egészségügyi ellátórendszernek a gazdaságban betöltött szerepe igen jelentős.

Az egészségügyi ellátórendszer gazdasági jelentősége nem mérhető pusztán az egyének, azaz a humán erőforrás egészségének helyreállításában mérhető szerepével. Közvetlen gazdasági súlya is igen komoly: részben mint munkaadó, részben pedig mint más beszállítóiipari tevékenységet generáló ágazat.

Az egészségügyi ellátórendszer – nem számítva a tágabb beszállítói kört, illetve a gyógyszerellátás rendszerét – közvetlenül 130 000 dolgozó megélhetését biztosítja. Mikroszinten a kisvárosok legnagyobb foglalkoztatói a kórházak, így az egészségügyi intézmény működtetése a legfontosabb üzem egy városban. Lényegesen túlmutat az itt foglalkoztatott egészségügyi dolgozók számán egy ilyen intézmény regionális multiplikátor hatása: egy új kórház a beszállítói szféra széles vertikumának biztosít felvevőpiacot (karbantartás, étkeztetés, mosoda, informatika), amely szolgáltatások szintén döntően az adott kistérség területéről kerülnek ki. Mindez természetesen megmagyarázza a kórházbezárások óriási belpolitikai súlyát is, illetve érthetővé teszi, miért képesek ellentétes pártállású helyi politikai vezetők összefogni az adott kórház megmentéséért, akár szemben haladva saját pártjuk országos álláspontjával. A helyi munkaerő foglalkoztatása pedig nem csupán a munkanélküliséget csökkenti, hanem a helyi önkormányzatokat is adóbevételhez juttatja, ami hosszú távon és tágabb kontextusban értelmezve a térség felemelkedéséhez járulhat hozzá.

Az ilyen értelemben vett egészségipar mindezen felül óriási tartalékokkal is rendelkezik a hosszú távú növekedésre: az életszínvonal növekedése bizonyos társadalmi rétegekben megteremtheti a térítéses egészségipari szolgáltatások iránti fizetőképes keresletet. Egy gyógyfürdőre épülő egészségügyi intézmény (ld. Hévíz, Hajdúszoboszló) például számos reumatológust és egyéb szolgáltatást (masszázs, szépségápolás, szállodák, vendéglátóipari egységek) is a térségbe vonzhat.

A csökkenő halálozási adatok, a növekvő élethossz és a társadalmi elvárások emellett felvetik az öregedő társadalom által okozott kihívást: várhatóan nem csak az egészségben töltött életevek, hanem az utolsó, rosszabb egészségben töltött évek száma is növekedni fog. A 65 év felettiek számarányának növekedése megkerülhetetlenné teszi az ápolás kérdéskörét. Mindezen peremfeltételek, továbbá az, hogy az egészségügy nem okoz túltermelési válságot, azt sugallja, a gazdasági konjunktúra motorja is lehet (hatodik Kondratyev-ciklus?)¹. Az egészségügy technológiai fejlődése – már iparágakkal ellentétben – nem jár a munkaerő kiváltásával, hiszen például egy új diagnosztikai eszköz kezelése általában több és magasabban képzett munkaerőt igényel, másrészt az ápolás élőmunka igényét nem lehet gépekkel kiváltani. Ez hosszú távú nyomást gyakorol ezáltal a munkaerő utánpótlást nevelő oktatási ágazatra is.

Az egészségügyi szolgáltatók által végzett kutatás-fejlesztési programok gazdasági hozadéka is komoly jelentőséggel bír. A klinikai vizsgálatok nemcsak komoly szakmai tapasztalatokat adnak a hazai gyógyító személyzeteknek, hanem a zömmel alulfizetett egészségügyi dolgozók számára legális többletjövedelmet biztosítanak. Egyes drága kezelési költségű betegségekben szenvedő betegeknek pedig ingyen biztosít korszerű, új terápiát; olyat, ami a korlátozott hazai erőforrások mellett közfinanszírozásban nem állhatott volna rendelkezésre. A klinikai vizsgálatok egy közelmúltban készített kutatás szerint nemzetgazdasági szinten évente közel 50 milliárd Ft-tal járulnak hozzá a bruttó hazai össztermékhez.²

Más innováció függő ágazatokhoz hasonlóan az egészségügy, mint közszolgáltatás jelentős átalakuláson megy keresztül. A rendszerváltás és az azt követő évek gazdaságpolitikája eredményeként rendelkezésre álló korlátozott közfinanszírozási erőforrásokhoz való alkalmazkodás adja a szolgáltatók (döntően a kórházak) adaptációs kényszerét.

Az ebből való kitörés lehetőségét a management ismeretek erősítésében, egyes szolgáltatások kiszervezésében (outsourcing), szervezeti fejlesztésben, valamint új szolgáltatási területeken való megjelenésben (ápolás, szépségipar, klinikai vizsgálatokban való erőteljesebb részvétel, wellness) vélték felfedezni. Mindezen kitörési pontok az egészségügy, mint közszolgáltatás számára komoly innovációs kényszert adtak és adnak jelenleg is.

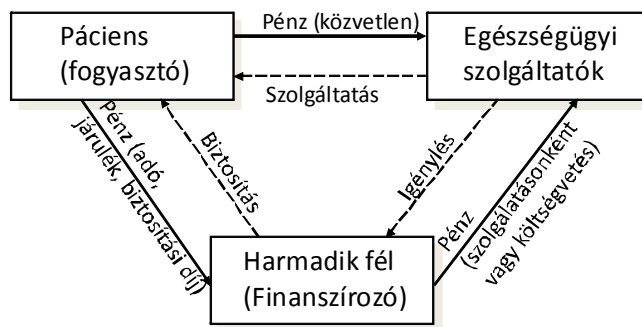
Szintén alapvető fontosságú közszolgáltatás a hazai gyógyszer-kiskereskedelem. Itt azonban a magántőke szerepe jelentős, jóllehet a rendszer fenntartható működésében a gyógyszerek támogatáspolitikájának, mint közpénzekből finanszírozott szubvencionálnak döntő jelentősége van. A gyógyszertárak működtetése a 90-es években volt leginkább profitábilis, amely a privatizáció lehetőségének kezdetétől több száz új közforgalmú gyógyszertárat eredményezett. A folyamatosan csökkenő kiskereskedelmi árresek, a 2006-tól megjelenő, gyógyszertár-alapításban hozott könnyítések, és ennek következtében a patikák számának növekedése, az alternatív kiskereskedelmi útvonalak és láncok térnyerése, valamint a gyógyszertári fix költségek növekedése folyamatos innovációs nyomás alá helyezte a legutóbbi időkig döntően családi tulajdonban lévő gyógyszer-kiskereskedelmet. A kitörési lehetőséget itt is a management ismeretek erősítésében, új egészségügyi szolgáltatások – mint a gyógyszerészi gondozás (pl. diabetes és hipertónia prevencióban való részvétel kooperációban a háziorvossal) – megjelenésében, esetenként a humán erőforrás számának

racionalizálásában találták meg. Az innovációs hajtóerő tehát ebben az egészségügyi szolgáltatói szegmensben is jelentkezik.

A harmadik fontos terület szintén a közfinanszírozásból, az egészségügy közszolgálati jellegéből és a korlátozott erőforrásokból vezethető le. A növekvő társadalmi elvárások új betegségek kezelésére, diagnosztizálására komoly keresletet jelentenek az új, innovatív egészségügyi technológiák (diagnosztikai eljárások, kezelések, gyógyszerek stb.) iránt, jelentős nyomás alá helyezve az egészségpolitikát. A másik oldalon viszont a behatárolt erőforrások nem teszik lehetővé valamennyi, orvosilag lehetséges technológia közfinanszírozói támogatását. Mindezen kihívások elsősorban az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál jelentkeznek, amelynek egyik feladata az innováció eredményeinek hozzáférhetővé tétele a lakosság széles rétegei számára, ilyenformán tehát az innovatív termékek finanszírozása. A korlátos büdzből minél hatékonyabb forrásallokáció célkitűzése folyamatosan fejlődő finanszírozói eszköztár alkalmazását kényszerítette ki, ez az adaptációs kényszer várhatóan a jövőben is megmarad, illetve fokozódik. A rendszerváltozás óta a támogatási döntések transzparenciájának fokozásával, a gyógyszer-támogatás feltételül szabott költség-hatékonysági kritérium bevezetésével, a generikus gyógyszerprogram fokozásával számos új befogadási és kiadáskorlátozó módszer növeli az egészségügyi forrásallokáció hatékonyságát és segíti elő a közfinanszírozott egészségügyi kiadások növekedésének lassítását. Ez a folyamatos adaptáció szintén közzféra innovációs folyamatoként értelmezhető.

2.2 Az egészségügyi piac és rendszer elemei

Az egészségügyben nem alakulhat ki tökéletes piaci verseny, ami számos okra vezethető vissza: a klasszikus, kétszereplős piaci alku helyett itt ugyanis megjelenik egy harmadik fél, mint a szolgáltatások részbeni finanszírozója.



A beteg által igénybe vett szolgáltatásokról ráadásul az információs aszimmetria miatt döntően nem a beteg, mint fogyasztó, hanem az orvos dönt, aki a gyakorlatban nemcsak a szolgáltatás megrendelőjeként, hanem egyben szolgáltatóként is fellép. Ez éppúgy erkölcsi kockázathoz, azaz a szolgáltatások a piaci optimumon túli igénybevételéhez vezethet, mint az a tény, hogy a beteg kevésbé költségérzékeny a finanszírozói támogatás miatt. A defenzív orvoslás ugyancsak többlet keresletet támaszt az egészségügyi szolgáltatások iránt. A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet árrugalmatlansága szintén hozzájárul ahhoz, hogy a betegek drága kezelés esetén sem feltétlenül keresnek olcsóbb terápiás alternatívát. A negatív externáliák (pl. járványok), a piacra lépés nehézségei (hosszú ideig tartó orvosi képzés), a területi monopóliumok jelenléte szintén a tökéletes piac ellen hat. Mindezek miatt az egészségügyi kizárólag piaci alapon nem működtethető.³ Természetesen a túlzott állami szerepvállalás sem előnyös az egészségügyi rendszerben, az állam túlzott befolyása a politikai ciklusok, félciklusok monopóliumát, irányítási dominanciáját, és kormányzati kudarcokat eredményezhet.

Az egészségügyi rendszer négy fő összetevőből áll⁴. Első eleme az egészségpolitika, ami a tervezés, irányítás, szabályozás, értékelés, információ-szolgáltatás területeit öleli fel. Az egészségügyi rendszerek következő eleme az egészségügyi ellátások finanszírozása, mely magában foglalja a forrásteremtés és forrásallokáció intézményrendszerét is. Az egészségügy ellátórendszere, ezen belül az egészségügyi szolgáltatások és termékek jelentik a harmadik elemet. Az erőforrások újratermelése a negyedik fő komponens, melybe mind a materiális, mind a humán erőforrások beletartoznak, így az oktatás, kutatás-fejlesztés, valamint a beruházások. A továbbiakban a fent ismertetett négyes szempontrendszer segítségével mutatjuk be a magyar egészségügyi rendszer legfontosabb adatait.

2.2.1 Egészségpolitika

A rendszerváltás óta az egészségügyi rendszer számos változáson esett át, az átalakulás főbb lépcsőit az alábbi táblázat foglalja össze.

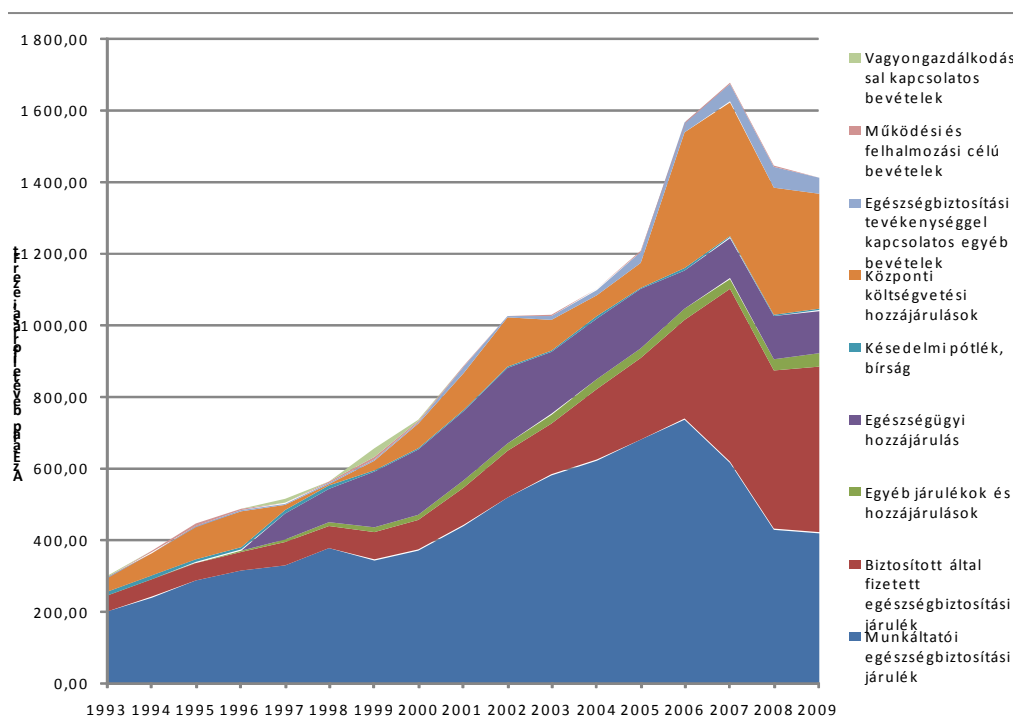
1989	A Társadalombiztosítási Alap (TB) létrehozása
1990	A korábban a tanácsok által működtetett egészségügyi intézmények az önkormányzatok tulajdonába kerülnek
	A TB Alaphoz kerül az egészségügyi intézmények működési költségeinek finanszírozása, a fejlesztések finanszírozása költségvetési feladat marad
1992	A háziorvosi rendszer kialakítása (biztosítási kártya)
	Az egészségügyi ellátásra való jogosultság újradefiniálása (már nem állampolgári jog)
1993	A TB önkormányzatok kialakítása
1992-93	A finanszírozási rendszer átalakítása: háziorvosok fejkvóta, járóbeteg-ellátás teljesítmény alapú ún. német pontrendszer, (aktív) fekvőbeteg-ellátásban diagnózis alapú teljesítmény-finanszírozás (HBCS)
	A kötelező egészségbiztosításról szóló törvény elfogadása
1995-96	Elkezdődnek a kormányzati intézkedések a kórházi kapacitások csökkentése érdekében
1997	Az Egészségügyi Törvény elfogadása
1998	A TB önkormányzati igazgatásának megszüntetése
2000	Önálló orvosi tevékenységről szóló törvény - a működtetési jog privatizálása
2001	A 2001-2010 közötti évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program elfogadása
	Degresszív árrés kiskereskedelmi maximumának bevezetése, hároméves megállapodás
2003	OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról
	Terápiás fix támogatási rendszer bevezetése
2004	15%-os hatósági gyógyszerár-csökkentés
2006	Zöld könyv

Forrás: EÜM - Egészségügyi Fejlesztés-politikai koncepció ⁵

2.2.2 Egészségügyi finanszírozás

Az egészségügyi ellátás közfeladat, ennél fogva, mint más állami feladat ellátására hivatott alrendszerek, az egészségügyi szereplők a finanszírozási forrásokhoz a makrogazdasági körülmények által meghatározott költségvetési alkuk függvényében juthat hozzá. Az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása jelenleg duális; döntően biztosítási elven és járulékalapon működik, amelyet állampolgári jogon allokált központi költségvetési források egészítenek ki. 1992 óta nem jár állampolgári alanyi jogon az egészségügyi ellátás⁶, bár a jogosultság ellenőrzése ténylegesen csak 2006-tól kezdődött.

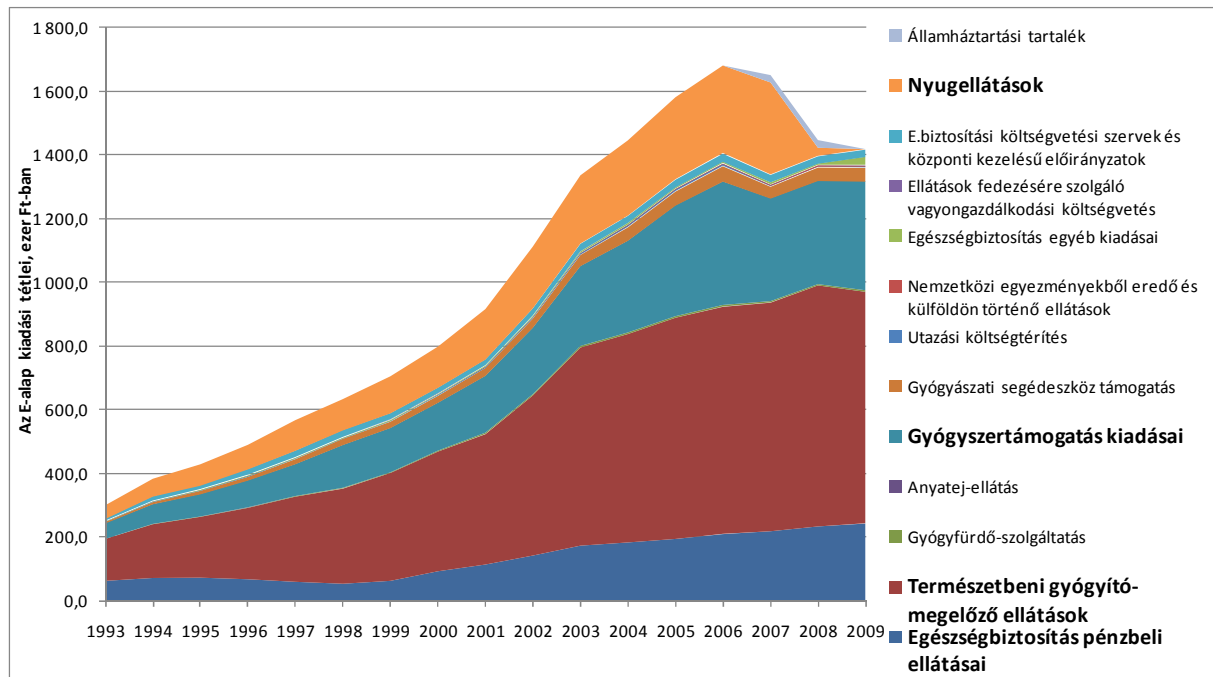
Az E-alap bevételeinek döntő részét a járulékbevételek (munkáltató és biztosított által fizetett egészségbiztosítási járulék, valamint EHO) adják, mindazonáltal a járulékcsökkentés miatt kieső bevételek következményeként az utóbbi években az állami részesedés megnőtt a források biztosításában. Az E-alap bevételeit csökkentette a gazdasági átalakulást és struktúraváltást kísérő nagyarányú munkanélküliség, a járulékalap radikális leszűkülése, illetve a gazdasági szervezetek átalakulása, amely legális formát biztosított a járulékfizetés kikerülésére.⁷



1. ábra: Az E-alap bevételi forrásainak alakulása Magyarországon, 1993-2009 között. Forrás: ESKI⁸

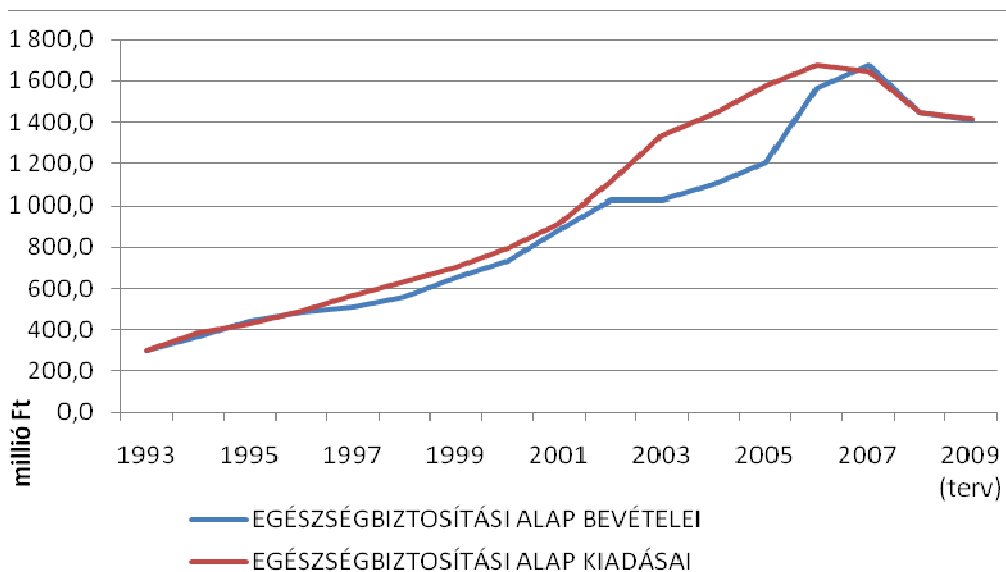
Az E-alap legfőbb kiadási tételeit a pénzbeli ellátások (GYES, táppénz, terhességi-gyermekágyi segély), természetbeni gyógyító-megelőző ellátások (alapellátás, fekvő- és járóbeteg szakellátás), valamint a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz (GYSE) ellátás támogatása teszik ki. 2007-ig a természetbeni kiadásokon belül a gyógyszer- és GYSE támogatás aránya növekedett. 2007-től a korhatár alatti rokkantnyugdíj kiadások a nyugdíjalap költségvetésében jelennek meg. Az alapellátás megszervezésének a feladata az adott település önkormányzatáé, szakellátás tekintetében a települési önkormányzatoknak

intézmény fenntartási kötelezettsége van, míg az OEP fedezi a közfinanszírozott egészségügyi ellátások működési költségeit⁹.



2. ábra: Az E-alap kiadási tételeinek alakulása Magyarországon, 1993-2009 között. Forrás: ESKI⁸

A 2002-es évvel kezdődően a bevételek és kiadások közötti olló szétnyílt, amelyben döntő szerepe volt a közalkalmazott egészségügyi dolgozók béremelésének, valamint a megugró gyógyszer-támogatási kiadásoknak. Ez az olló 2006-ban kezdett szűkülni, ekkor még növekvő kiadási oldal mellett. A továbbiakban ugyanis a konvergencia-program¹⁰ miatt az E-alap is zsugorodni kezdett, mert 3 év alatt az E-alap GDP 0,9%-ának megfelelő csökkentését vállalta a Kormány.



3. ábra: Az E-alap hiányának alakulása Magyarországon, 1993-2009 között. Forrás: ESKI ⁸

2.2.2.1 A gyógyszerkiadások finanszírozása

Különös figyelmet érdemel a gyógyszerfinanszírozás helyzete, hiszen 2007-ig a gyógyszerkiadások tervezett szintjét a kiadások mindig jelentősen túlhaladták. A gyógyszerkassza jelentős hiányát az államháztartás egyéb tartalékaiból kellett finanszírozni, mígnem a kiadáskorlátozó intézkedések eredményeképpen a kassa először szufficittel zárt. 2009-ben az OEP gyógyszerkiadások összege nominálisan sem fogja meghaladni a 2006-os értéket.

2.2.3 Az egészségügyi ellátórendszer

2.2.3.1 Alapellátás

Az alapellátás jelenti az egészségügyi rendszer bázisát, mely a felnőtt és gyermek házi orvosokból áll. A házi orvosi szolgálatot 1992 után privatizálták, mely akkor jelentős előrelépést jelentett. Azonban a házi orvosi rendszert azóta minimális mértékben fejlesztették. Jelenleg a legnagyobb gondot jelenleg az jelenti, hogy körülbelül 200 házi orvosi praxis betöltetlen, a praxisok gyakorlatilag eladhatatlanok és házi orvosok átlagéletkora 60 év feletti.

2.2.3.2 Járó és fekvőbeteg szakellátások

A magyar szakellátási rendszer túlságosan az aktív ágyakra fókuszáló, fekvőbeteg ellátás központú. A járóbeteg szakellátó központok relatíve alulfejlettek és erős finanszírozási gondokkal küszködnek.

Az ezer lakosra jutó kórházi ágyak száma Magyarországon meghaladta a fejlett és közepesen fejlett országok átlagát, mely különösen igaz az aktív kórházi ágyak esetében. 2007-ben bár jelentősen csökkentették az aktív kórházi ágyak számát, de az még mindig az OECD országok átlaga felett mozog. A 2006-os ágyszámcsökkentéssel egyidőben komoly forráskivonás történt a szakellátás rendszeréből, mely a rosszabb méret- és választékgazdaságosságú intézményekben jelentős finanszírozási problémákat idézett elő.

A krónikus kórházi ágyak számát ezzel párhuzamosan növelték. Mindazonáltal a rehabilitációs szakemberek száma igen alacsony, így az ágyszám növelésének ellenére a rehabilitációs ellátás csak lassú ütemben fejlődik.

A szakellátási rendszeren belül a művesekezelés, a képalkotó és labordiagnosztika jelentős része privatizált formában működik. A kórházak funkcionális privatizációja ugyan megindult, de 2009-re a kórhátprivatizáció ezen formája összeomlott.

2.2.3.3 Gyógyszerellátás rendszere

A gyógyszerkereskedelmi rendszer privatizációja a rendszerváltás után a háziiorvosi rendszer mellett az egyik legjelentősebb magánosítási folyamat volt. A gyógyszertárak és nagykereskedések szinte kivétel nélkül magánkézbe kerültek. Kezdetben rendkívül sikeresnek bizonyult a privatizáció, a gyógyszertárak és a nagykereskedések magas jövedelmezőségi mutatókkal működtek, és a profitból komoly fejlesztéseket eszközöltek a tulajdonosok.

Az árréstömeg azonban a 2000-es évek közepére jelentősen valorizálódott, ráadásul a kiadáskorlátozó intézkedéseknek köszönhetően a gyógyszerellátás rendszerének forgalma jelentősen vissza esett 2006 után. A helyzetet súlyosbította az is, hogy a patikaliberalizációnak köszönhetően a gyógyszertárak száma jelentősen növekedett, és ebből következően csökkent az egy gyógyszerre jutó árréstömeg. A gyógyszer kiskereskedelmi

rendszer az egy évtizeddel ezelőtti helyzethez képest komoly gazdasági kihívásokkal küszködik, számos gyógyszerár csödközeli helyzetben van.

2.3 Humán erőforrások

Az egészségügyi rendszer humán aspektusa kettős. Egyrészt több mint 130'000 egészségügyi dolgozó biztosítja a megélhetését az egészségügyi szolgáltatások nyújtásából, az egészségügyi beszállítóiparban dolgozókat nem számítva. Másrészt az egészségügyi ellátórendszer mindenkit érint, egyfelől a lakosság jelentős hozzájárul az egészségügyi rendszer finanszírozásához, másrészt a lakosság nagyobb része igénybe veszi az egészségügyi szolgáltatásokat.

2.3.1 Az egészségügyi dolgozók szerepe

Magyarországon a fejlett és közepesen fejlett országok átlagához képest relatíve magas volt a 100 főre jutó orvosok, de különösen a szakorvosok száma. Ezzel párhuzamosan alacsony a nővérek és egészségügyi szakdolgozók száma az orvosok számához képest.

Az Európai Unió csatlakozással az alacsonyan fizetett egészségügyi dolgozók jelentős része vállalt Nyugat-Európában munkát, és így hiányszakmák kezdenek kialakulni (pl. aneszteziológus, patológus).

2.3.2 Demográfiai kihívások: a lakosság egészségi állapota

A magyar lakosság egészségi állapota rosszabb, mint a hasonló fejlettségű európai országoké, a magyar lakosság várható élettartama a legalacsonyabbak közé tartozik Európában. Különösen magas a középkorú lakosság relatív halandósági rátája. A szív- és érrendszeri, valamint a rákos megbetegedések halálozási mutatói messze meghaladják az Európai országok átlagát.

Ugyanakkor a lakosság korfája a születések alacsony száma miatt oly mértékben változott, hogy nő az átlagéletkor, ezen belül csökken a gyermekek aránya és nő az időskorúak aránya.

A lakosság demográfiai mutatóinak változása tovább növeli az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet, az ellátórendszerre háruló terheket.

3 Az egészségügyi közszolgáltatás K+F+I stratégiája

3.1 Az egészségügy K+F+I stratégiáját megalapozó dokumentumok

Az egészségügyi közszolgáltatások tekintetében a rendszerváltás óta folyamatos változás zajlott le, amely a jelenben is tart. A külső kényszerek diktálta folyamatos fejlődés és fejlesztés a potenciális kitörési lehetőség.

3.1.1 Nemzetközi dokumentumok

A megkérdezett interjúalanyok az alábbi dokumentumokat nevesítették, mint az ágazat K+F+I stratégiáját potenciálisan lefedő **nemzetközi anyagokat**:

- Tallini Charta¹¹
- EU 2008-13 közötti stratégiája¹²
- EU intézményeinek útmutatásai
- A 6., illetve most már a 7. Európai Unió Keretprogram, ez utóbbinak hangsúlyos területe a rákellenes küzdelem.

3.1.2 Hazai dokumentumok

- Általánosságban az EU-s fejlesztésekhez kötődő dokumentumok említhetők hazai stratégiai dokumentumként, ennek minden korlátjával
- Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió (EFK)¹³, 2005. 2020-ig előretékintő dokumentum, amely az egészségügy makropályájának felvázolására tesz kísérletet. Épít az egyetemek tudásbázisára, ipari kapacitásokra, kistérségi egészségügyi ellátás tekintetében, illetve a centralizált high-tech központokra. Önálló K+F fejezete mindemellett igen rövid terjedelmű, kevés konkrétummal. A dokumentum jellegéből adódóan inkább a jövő kívánatos irányait rögzíti, mint a jelenlegi állapotot.
- 21 lépés programja¹⁴: taktikai dokumentum, aktuálpolitikai megközelítéssel

- EüM Humánerőforrás Operatív Program, 2006
- Nemzeti Fejlesztési és Gazdasági Minisztérium Magyar Gyógyszeripari és Biotechnológiai Akcióterv¹⁵
- Az ÚMFT egy stratégiai dokumentumnak tekinthető, de ez nem ágazat specifikus. Ennek a Stratégiai Referencia Keret nevű része lehet elsősorban releváns.
- Kormány szintű stratégiai dokumentum az ÚMFT kapcsán készült az Egészséges Társadalom Komplex Program¹⁶ (2006). Ebben sok stratégiai fejlesztési és struktúra-átalakítási irány megfogalmazódott.

Az itt felsorolt dokumentumok ellenére az interjúalanyok részéről egyöntetűen megfogalmazódott, hogy nem ismert olyan hazai dokumentum az elmúlt évekből, amely *izoláltan* az egészségügyi ágazat K+F+I stratégiájával foglalkozna. Említésre került továbbá, hogy az adott kormányok átlagosan két évente újraírják az egészségügyi programjukat. A hazai dokumentumok esetlegesek, hiányosak, nem felelnek meg egy átfogó stratégiával kapcsolatos elvárásoknak. A szakmák vezetése stratégiájának megfogalmazásával gyakran az adott szakmai elit adott területen való vezető szerepének stabilizálását tűzi ki célul.

Az általunk esettanulmányban vizsgált három kiemelt területre vonatkozóan az alábbi hazai és nemzetközi anyagok kerültek említésre K+F+I stratégiai dokumentumként:

OEP termékfinanszírozás

- PPRI (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information) nemzetközi együttműködés¹⁷
- Minisztériumi irányelv egészség-gazdaságtani beadványok készítésére¹⁸
- Az OEP Ártámogatási Főosztály stratégiai térképe¹⁹

Tudományos publikációk formájában az OEP termékfinanszírozás témakörében stratégiáinak tekinthető dokumentumok közzétele a közelmúltban kezdődött el. Előadásokon, rendezvényeken kívül eddig stratégiai anyagokat ezen a területen jellemzően nem publikáltak.

OEP szolgáltatásfinanszírozás

- Nemzetközi dokumentumok: OECD, WHO, IMF, Világbank vonatkozó szakmai dokumentumai
- A European Observatory on Health Care Systems and Policies²⁰ számos kiadványt készített ebben a témakörben
- Tanulmány az OEP szolgáltatásvásárló szerepéről (Dózsa, 2006²¹)
- Finanszírozási protokollok²²
- Jelenleg folyik a ráfordítás adatgyűjtés, a HBCS költségstruktúrájának felmérése komoly intézményi kör bevonásával.

Közforgalmú gyógyszerértékesítési gyógyszerészet

- WHO-Developing Pharmacy Practice, 2006²³
- FIP (International Pharmaceutical Federation) -Vision 2020²⁴
- Protokollok a vényköteles és OTC gyógyszerek kiadásáról
- Metabolikus szindróma gondozási program²⁵ (700 gyógyszerértékesítő részvételével)
- GVH versenyfüzete²⁶ (2003)
- Zöld könyv²⁷ (2006)
- Hazai publikációk a gyógyszerészi kompetenciák kapcsán, ezek szakmai folyóiratokban elérhetőek

Összefoglalva az interjúalanyok által említett, általuk ágazati szinten stratégiainak tekintett dokumentumok számossága igen nagy, de az anyagok minősége heterogén. A nagyszámú dokumentum és a mélyinterjúk konklúziói igazolják, hogy a mindenkori egészségpolitika gyakran politikai ciklusokon belül is több, részben hasonló célú dokumentumot készít el/rendel meg. Mindezen megállapítások látszólag paradox módon mégis arra engednek következtetni, hogy *ágazati szintű, egységes, hosszú időre előretekintő, politikai konszenzus által kísért explicit K+F+I stratégiáról nem beszélhetünk.*

3.2 Explicit egészségügyi K+F+I stratégiai kidolgozásának feltételei

Az előző megállapítások tükrében felmerül a kérdés, hogy ágazati K+F+I stratégia elkészítésére

- van-e egyáltalán igény?
- a kidolgozásához rendelkezésre állnak-e a szükséges erőforrások?
- a K+F+I kidolgozására és végrehajtására megvan-e a politikai elkötelezettség?

Egyöntetű vélemények alapján az egészségügyi rendszer szereplői részéről alapvetően igény volna az ágazat, mint közszolgáltatás K+F+I stratégiájának készítésére. A stratégiai kidolgozásához szükséges erőforrások azonban korlátozottan állnak rendelkezésre. Bár számos szakmai műhelyben elvileg rendelkezésre állna humán kapacitás a stratégia összeállítására, de anyagi korlátok szükségessége nagyobb korlátot jelent.

Ugyanakkor döntő jelentőséggel bír, hogy a politikai elkötelezettség az ágazat erőteljes átpolitizáltsága miatt erőteljesen ciklikus jellegű, a ciklusokon belül is mintegy kétévente változó egészségpolitikai irányok miatt nem tekinthető erősnek. Ennek következtében csak akkor lehet az ágazatnak valódi, hosszú időre előrettekintő, politikai konszenzus által kísért K+F+I stratégiája, ha arra nem a napi politika nyomja rá a bélyegét. Elméletileg ilyen, politikától független stratégiaalkotás három közegben valósulhatna meg:

1. a Magyar Tudományos Akadémia,
2. háttérintézmény, ami kevésbé van kitéve a napi politikának, mint az államigazgatás központi intézményei. Potenciálisan ilyen lehetne az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (ESKI),
3. valamint egyetemi központok, nem kormányzati szervek. Ezek azonban önállóan jellemzően nem rendelkeznek a feladathoz szükséges anyagi és humán erőforrással.

Az interjúk során többen feltették a kérdést, hogy vajon miért nem készít ilyen stratégiát az ESKI? Ennek okai között szerepel, hogy az intézmény nem tölti be azt a feladatát, amely a létrehozását indokolta, döntően a humán és gazdasági erőforrások hiánya miatt. Az ESKI 2008-ban hozzávetőlegesen 1,002 Md Ft-os kiadási előirányzattal rendelkezett²⁸ ²⁹. A megkérdezettek véleménye alapján a kutatóintézet elsősorban aktuálpolitikával foglalkozik a stratégiai dokumentumok kidolgozása helyett, részben azért, mert az ESKI relatív

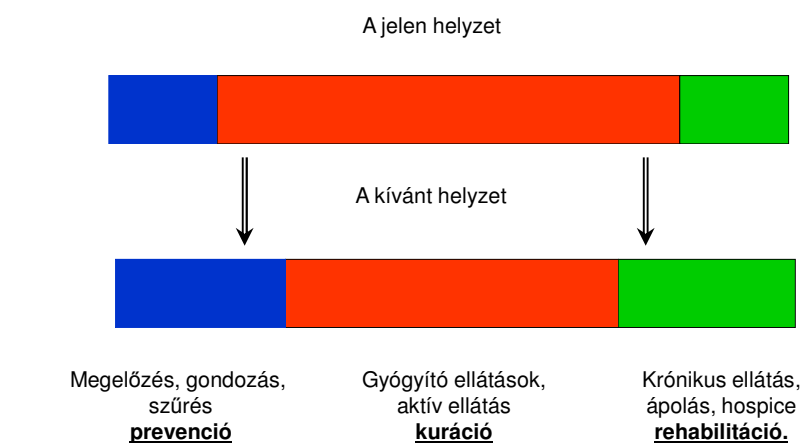
függetlensége az Egészségügyi Minisztériumtól nem biztosított. Ebből következően az ESKI nem valósítja meg az induláskor kitűzött célokat.

Az ESKI legfontosabb programjai³⁰ közül kiemelendők a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök támogatáspolitikai kérelméhez benyújtott egészségügyi technológia elemzések (HTA, Health Technology Assessment) véleményezése, valamint az ehhez kapcsolódó irányelvek kidolgozása, egységes ágazati adatmodell kialakítása, illetve egészségpolitikai tanulmányok készítése.

Az elmúlt időszakban a nagypolitika részéről nem volt jellemző a hosszú távú stratégiákban való gondolkodás, így egészségügyi K+F+I stratégia kidolgozására sem volt igény. Abban viszont, hogy az egészségpolitika részéről artikulálódjon ez az igény, komoly szerepe lehet a szakmai szervezeteknek.

A stratégia kidolgozásának további hátráltató tényezője, hogy az elmúlt évtized tapasztalatai nem azt mutatják, hogy egy kidolgozott stratégia meg is valósul. Ráadásul az egészségügyben gyakran a politika elvárásaihoz, az előzetesen kialakított politikai döntésekhez igazodik a megrendelt tanulmány konklúziója, holott a helyes irány ezzel ellentétes lenne. Ahelyett, hogy a politika döntéseit utólag igazolja a döntéshez megrendelt tanulmánnyal, kívánatos lenne tudományos bizonyítékokra alapozva, széleskörű társadalmi egyeztetést követően kialakítani az ágazati stratégiákat.

Az egészségügyi ellátórendszer vonatkozásában elvi szinten mindenki egyetért abban, hogy a jelenlegi gyógyítás központú rendszerben növelni kellene a megelőzés, valamint megbetegedések utáni rehabilitáció részarányát.

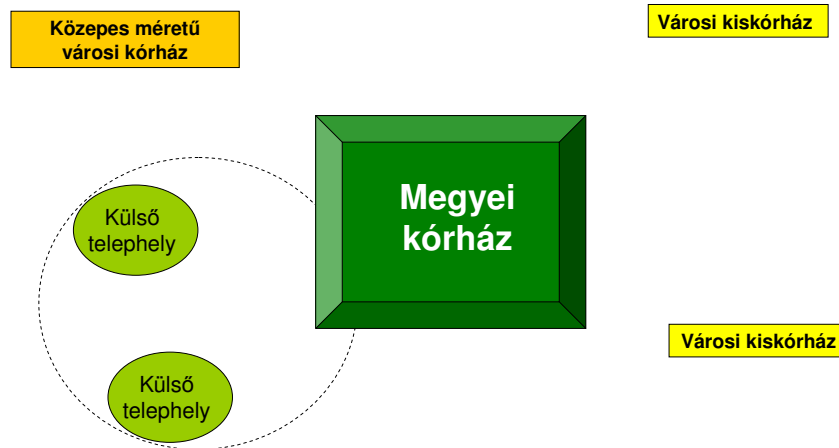


4. ábra: Egészségügyi struktúraváltás Forrás: Dózsa Csaba, 2008.³¹

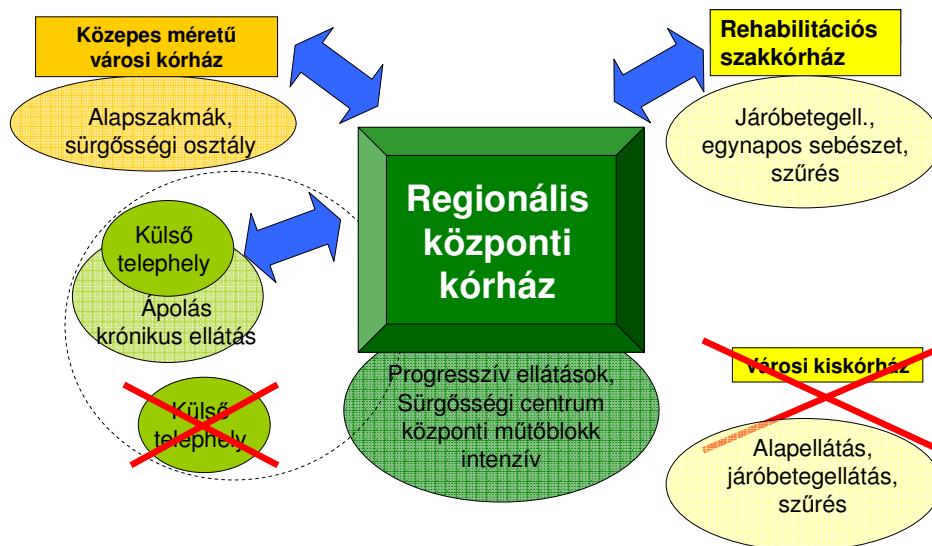
Az egészségügy jelenlegi kapacitásainak fenntartása a meglévő erőforrások segítségével nem megoldható. Az egészségügyi rendszer átalakításához, működőképesebbé és hatékonyabbá tételéhez fejlesztésekre volna szükség, és a fejlesztési források sok esetben rendelkezésre is állnak. Az egészségügyi fejlesztéseknél elsődlegesen nem a források szűkössége a probléma, hanem az átgondolt fejlesztési stratégia hiánya. A koncentrált, stratégia mentén végzett fejlesztések hiánya miatt tűnnek korláatosnak a fejlesztési források, emiatt a megtörtént fejlesztések sem látszanak makroszinten, a rendszer egészének állapotán. A fejlesztéseket bizonyos esetekben helyi politikai lobbierdekek irányítják, céljuk gyakran az adott térségi kórházak hosszú távú bezárhatatlanságának biztosítása. Ez a saját szempontjukból racionálisnak is tekinthető, hiszen a kórházbezárások politikai támogatása pártállástól függetlenül a helyi elit politikai öngyilkosságával érne fel.

Az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi formában is túlzottan fekvőbeteg-ellátás központú. A párhuzamos ellátási kapacitások racionalizálását lehetetlenné teszik a folyamatosan végzett, de a rendszerszerű átgondoltságot nélkülöző fejlesztések, amik a jelenlegi, méreteiben fenntarthatatlan struktúra bebetonozását, gyakran indokolatlan további bővítését eredményezik. A választék-gazdaságosság szempontjából szuboptimális osztálystruktúrájú, valamint méretgazdaságossági optimum alatt lévő kórházak fenntartása az ellátás szempontjából kérdéses minőséget eredményez, miközben az üzemeltetési források elaprózódásához vezet. A fejlesztések gyakran nem az adott régiókban lévő valós keresletre reflektálnak. A fejlesztési források allokációja ad hoc módon történik, a kapacitások tudatos tervezése nélkül. A mostani infrastruktúra fenntartására nem elégségesek az erőforrások, mégis az látható, hogy ezek átalakítása, racionalizálása helyett zöldmezős beruházások történnek például a járóbeteg-ellátásban.

Az egészségügyi intézmények esetében az alábbi ábrák szemléltetik a struktúra átalakításnak legfőbb szempontjait: egyes kórházak bezárását, a megmaradó kórházak funkcionális átalakítását és telephelyek összevonását.



5. ábra: Az egészségügyi struktúra térbeli átalakítása Magyarországon I. A jelen helyzet. Forrás: Dózsa Csaba, 2008³².



6. ábra: Az egészségügyi struktúra térbeli átalakítása Magyarországon II. A célul kitűzött struktúra. Forrás: Dózsa Csaba, 2008.

3.3 *Implicit K+F+I folyamatok az egészségügyi közszolgáltatásokban*

Az országosan átgondolt K+F+I stratégia hiánya mellett jelen van mindazonáltal egyfajta spontán, külső tényezőkből fakadó implicit innováció. A finanszírozói és technológiai nyomás rákényszeríti az egészségügyi rendszer szereplőit, hogy ennek a leképezése az egészségügyi intézményekben is megtörténjen.

A technológiai fejlesztések mögött (képalkotó vizsgálati technológiák elterjedése, művese-kezelés, stb.) sok esetben egyéni, vállalati vagy egyéb lobbierdekek állnak.

A munkaerő mobilitása nagy, különösen a magasan kvalifikált, fiatal orvosok és egyéb diplomás szakemberek körében. Azok a dolgozók, akik külföldi tapasztalat szerzését követően visszatérnek Magyarországra, komoly tudást hoznak haza. Ilyen módon, döntően kényszer hatására mikroszinten mind a szervezeti, mind a technológiai innováció be tud gyűrűzni. Ráadásul a betegek növekvő tudatossága, informáltsága a fentiek elérhetőségére vonatkozóan egyre komolyabb elvárást fogalmaz meg. További külső tényezőnek tekinthető a gazdasági válság, amely a túlélés érdekében mind makro-, mind pedig mikroszinten jelentős innovációt kényszerít ki.

Bár az egészségügy igen innovatív ágazatnak tekinthető és a fejlett technológiák hazánkban is elérhetők, a lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen. Ugyan a kedvezőtlen egészségi állapot hátterében döntően a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági, valamint életmódbeli tényezők állnak; és csak részben felelős érte a nem megfelelő minőségű, rosszul szervezett, erősen fragmentált egészségügyi ellátórendszer, illetve szolgáltatásokhoz való hozzáférésben jelentkező nagyfokú egyenlőtlenség. Az egészségügyi ellátórendszerben végbement innovációk hatása csak akkor látszódnak, ha az ellátás szervezettsége, hozzáférhetősége javul, mely csak részben függ a rendelkezésre álló anyagi erőforrásoktól.

Amíg makroszinten az egészségpolitika nem erős, hiába van mikroszinten a rendszerben komoly innováció, a megfelelő finanszírozási ösztönzők, minőségellenőrzési mechanizmusok, a betegutak megfelelő tervezése, összességében tehát operatív makroszintű szervező-működtető elképzelések nélkül a kimenetel minősége romlani fog. A rendszer szereplői el tudják érni, hogy bejöjjön az innováció, mindez viszont a teljesítményben nem realizálható egy felülről jövő rendező elv nélkül. Ennek kialakításában az ágazat legfelső vezetése játszhat kulcsszerepet, melynek előfeltétele, hogy a vezetők kiválasztásában a szakmai tényezők döntsenek elsősorban. Ugyanakkor az elmúlt 12 év felsővezetői kinevezései során, természetesen kivételekkel, nem ez volt a döntő motívum.

A K+F+I stratégia megvalósításához anyagi erőforrások, a humánerőforrás támogató hozzáállása és megfelelő jogi-szabályozási környezet szükséges. A finanszírozás azért látszik kevésnek, mert a felhasználása nem megfelelő, holott a GDP egészségügyre költött aránya az

ország gazdasági fejlettségéhez viszonyítva elfogadható mértékű. A közfinanszírozás részaránya azonban alacsony, és az OECD országok átlagát is meghaladó mértékű a lakosság közvetlen (ún. zsebből finanszírozott) kiadása az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor.

Az egészségügyi szolgáltatók attitűdje helyes ösztönzőkkel formálható és jelentősen javítható. A jelenlegi szabályozás azonban ellenérdekeltté teszi az egészségügy szereplőit az egészségpolitika egyes célkitűzéseivel szemben: például a gyógyszerész jelenleg anyagilag ellenérdekelt a generikus helyettesítésében, a házi orvos ellenérdekelt a beteg alapellátásban való kezelésében, a kórház a járóbeteg ellátás helyett a fekvőbeteg ellátás teljesítményének pörgetésében érdekelt, a budapesti kórházak vezetőinek fizetését az ágyszám alapján határozzák meg. Ezek problémák egészségpolitikai eszközökkel kezelhetőek lennének.

A humán erőforrások újratermelése döntően befolyásolja a rendszer hatékony működését. Éppen ezért aggályos, hogy az egyetemi oktatók bizonyos szempontból sokszor kontraszelektáltak. Gyakran nem a legjobbak maradnak bent az egyetemen, hiszen őket elviszi a versenyszféra és a külföldi állások. Relatív erőforrás hiány van az egészségügyben, mert óriási pazarlásként sok végzett munkatárs nem a klasszikus értelemben vett szakmában helyezkedik el. A Nyugat-Európai rendszerekben ismeretlen jelenség, hogy orvosok, gyógyszerészek orvoslátogatóként helyezkednek el sokévi tanulás és képzés után. Sokak külföldön vállalnak munkát, aki pedig orvosként Magyarországon a szakmájában helyezkedik el, fiatalként csak késleltetve kapnak megfelelő jogosítványt az orvosi feladatok ellátására (rezidensképzés rendszere) ellentétben más ágazatok diplomásaival (pl. közgazdászok, pedagógusok).

Összefoglalva tehát az egészségügyi humán erőforrás képzés rendszere nem összehangolt és koncepciótlan, humán kapacitások, erőforrások tudatos tervezésének a hiánya észlelhető, a nyilvánvaló problémákra sem látható jelenleg megfelelő kezelési stratégia.

A humán erőforrás szerepe mindazonáltal óriási az egészségügyi rendszer fejlesztésében. Szintén implicit K+F+I-ként értelmezhető a fiatal korosztály hihetetlen nyitottsága az innovációra, de a rendszer szempontjából kulcsfontosságú területek, pl. házi orvosok átlagéletkora nagyon magas. Az innovációra való fogékonyság korfüggő, döntően a fiatal generációra jellemző. Mindazonáltal a fiatal egészségügyi diplomás szakemberek több

szakvizsgát tesznek, mellette menedzsmentet, jogot, egészség-gazdaságtant tanulnak. Ez az egyéni motiváció kulcsfontosságú az egészségügy jelen kilátástalanságában.

A szolgáltatások minősége és az innováció között van összefüggés. Az egészségügyi ellátórendszer a relatív forráshiány jelenlegi állapotát minőségrontással kezeli. Az innováció (pl. klinikai vizsgálatok) viszont döntően a megfelelő minőségi színvonalat nyújtó szolgáltatókhoz (pl. oktatókórházakhoz) települ. A forráshiány okozta minőségrontás ilyen módon az innováció ellen hat.

3.4 K+F+I stratégia: nemzetközi kitekintés

Mivel területi korlátok miatt nem lehetséges teljeskörű nemzetközi kitekintést végezni, ezért inkább csak jellegzetes példák kiragadására törekedhetünk.

Demográfiai és finanszírozhatósági kihívásokban nemzetközi párhuzamosságok figyelhetők meg, az EU valamennyi tagországában probléma, hogy csökken a járulékfizetők aránya és a potenciális igénybevevők számához képest. A fenntartható finanszírozhatóság témakörével számos nemzetközi kutatás és tanulmány foglalkozik.

Megállapítható, hogy egyre több ország ismeri fel, hogy az egészségügybe be kell fektetni. Kevés olyan Európai Unió tagállam van azonban, ahol az egészségügyi rendszer hozzánk hasonló egyensúlytalansági helyzetben lenne, ahonnan a humán erőforrás ilyen mértékben távozna más országba. Nemzetközileg nehéz arra példát találni, hogy egy ország úgy építene új kapacitásokat, hogy a meglévők fenntartására sem elégségesek az erőforrásai.

Nemzetközi szinten felismerték a kapacitások tudatos tervezésének fontosságát. Erre Magyarországon az EU-s fejlesztések kapcsán látható példa. Emellett számos országban célként jelenik meg az aktív ágyak számának csökkentése, de ezzel párhuzamosan gondot fordítanak az ellátórendszer egyéb elemeinek az újratervezésére is.

Egészségpolitikai stratégiai dokumentumok növekvő számban jelennek meg az OECD, Világbank, WHO, IMF gondozásában. Nemzetközi szinten növekszik a bizonyítékokon alapuló döntéshozatal elfogadottsága, ebben Magyarországon még erős a lemaradás. Példának tekinthető, hogy az Egyesült Királyságban az egészségügy rendelkezésére álló források 1-1,5%-át ágazati szinten kutatásra fordítják, és ezen belül nagyságrendekkel komolyabb volumenű erőforrások állnak rendelkezésre az egészségügyi technológiák értékelésre,

egészségügyi fejlesztési stratégiát megalapozó kutatásokra, mint Magyarországon. E mögött az elv húzódik meg, hogy ez az 1-1,5%-os ráfordítás sokszorosára növeli a szűkösen rendelkezésre álló erőforrások felhasználásának hatékonyságát. A fenti tevékenység koordinálását az Egyesült Királyságban a NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)³³ végzi, feladata egyebek mellett guideline-ok, protokollok készítése, illetve ezek koordinálása, valamint egészségügyi technológia-elemzés. Hazánkban ezzel szemben gyakorlatilag nincsenek OEP által finanszírozott kutatások, az erre fordított költségkeret arányaiban össze sem vehető a brittel, sőt, a finanszírozási adatok kutatásra való hozzáférhetősége erősen korlátozott, drága, az adatok minősége pedig nemegyszer elmarad a kívánatostól.

Komoly nemzetközi irodalma van a minőségi indikátorok alkalmazásának, illetve az irányított betegellátásnak. Az ilyen jellegű hazai kutatások még nem állíthatók párhuzamba a nemzetközi tapasztalatokkal.

A közpénzek felhasználásának transzparenciája, a döntéshozatali mechanizmusok átláthatósága kisebb hazánkban, mint a Nyugati-Európai államokban. Ezzel együtt a mélyinterjúk alapján megállapítható, hogy a visegrádi országokhoz képest Magyarország kisebb léptékkal haladt az egészségügyi rendszer átalakításában, pl. piacosításban Csehország, Szlovákia jóval messzebb ment.

A hasonló fejlettségű országok innovatív programjai közül kiemelendő a szlovákiai E-Health program (minden ellátórendszerbeli szereplő elektronikusan hozzájuthat a betegek megfelelő adataihoz). Az elektronikus TAJ-kártya tervezete ehhez hasonló hazai kezdeményezésként fogható fel.

Szintén párhuzamosság, hogy az innovatív technológiák nagyon gyorsan terjednek el a környező országokban, gyakran az erőteljes lobbinyomás miatt. Például CT, MR, egyes gyógyszerek ugyanolyan gyorsan váltak elérhetővé Szlovákiában és Csehországban, mint Nyugat-Európában, holott az egészségügyi környezet le van maradva a legfejlettebb országokhoz képest. Ehhez képest meglepően konzervatív a lengyel gyógyszerbefogadási rendszer.

Tudatos innovációs politikát mindazonáltal nem neveztek meg a megkérdezettek a környező országok viszonylatában sem. Az egyetlen kivétel esetleg Szlovénia lehet, de lengyel, cseh,

szlovák, román viszonylatban sem beszélhetünk igazán átfogó innovációs politikáról. Ezt a vákuumot így részben lobbik töltik be a nevezett országokban.

A mélyinterjúk során több példaértékű nemzetközi szervezet/együtműködés is a látóterünkbe került: Az Utrechti Egyetemen működik a The Julius Center for Health Sciences and Primary Care³⁴. Ennek a centrumnak feladata az alapellátási szolgáltatások nyújtása mellett összefogni, koordinálni egy-egy nagyobb szolgáltató (jelen esetben az egyetem) klinikai kutatásainak menedzselését a tervezéstől a lebonyolításig. Egyfajta közszolgáltató CRO-ként (Clinical Research Organisation) működik. Több száz főt foglalkoztat, ebből tisztán kutatással több tucat fő foglalkozik.

Szintén példa lehet egy együttműködési mechanizmus, az European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN), az Európai Unió Keretprogramja által támogatott projekt, amely a nem kereskedelmi klinikai vizsgálatok európai hálózatának kialakítását célozza. Országoként más-más szintű képvisellel rendelkezik. Magyarországon az ETT egy bizottsága, a HECRIN³⁵ fogja ezt össze, ebben kevesebb, mint 10 fő tevékenykedik. Az ECRIN lehetőséget teremt az európai klinikai kutatás versenyképességének növelésére, know-how-t és infrastruktúrát biztosítva akadémiai multinacionális klinikai vizsgálatokhoz.

Az EUnetHTA³⁶ (European Network for Health Technology Assessment) szintén egy tudásmegosztó platform, amelynek tagjai a nemzeti egészség-gazdaságtani elemzéseket megosztják egymással, egyes területeken pedig koordinálják a kutatásokat, elkerülendő a párhuzamos vizsgálatokat.

3.5 Orvosi ismeretek forrása – tudásmenedzsment az egészségügyben

3.5.1 A klinikai vizsgálatok hatásai

Az általános orvosi ismeretek régebben informális, tapasztalati eredetűek voltak. Az epidemiológia elmúlt két évszázadban tapasztalható ugrásszerű fejlődése nyomán az ismeretek forrásának súlypontja egyre inkább a formális, kvantitatív, empirikus (prognosztikus, diagnosztikus és etiológiai) kutatások irányába mozdult el.³⁷ Mivel a klinikai vizsgálatok erőforrásigénye a szigorú vizsgálati standardok miatt igen nagy, ezért a szponzor (gyógyszergyártó) szerepe és érdeke döntő mértékben befolyásolja a kutatások irányát.

Jelenleg nem látható olyan mennyiségű non-profit vizsgálat, ami a gyakorlati orvoslás számára biztosítaná a tudás megújulását, mivel a közsféra ezeket nem finanszírozza. Ennek hiánya azonban ahhoz vezet, hogy döntően a szponzor számára piaci exkluzivitást biztosító (innovatív, originális, szabadalomvédett) termékekkel végeznek klinikai vizsgálatokat, amelyek költsége természetesen beépül az új termék árába. Részben ebből adódóan a klinikai vizsgálatok a szponzorok érdekei miatt szűrt információkat eredményeznek.

Ezért volna kiemelt jelentőségű, hogy például a közösségi tulajdonban, pl. finanszírozási célra gyűjtött adatok (OEP) kutathatók, hozzáférhetőek legyenek, utólagos (retrospektív) komparatív elemzés céljaira, elfogadva természetesen ezen elemzések statisztikai korlátait, például a szelekciós torzítás terén. Mivel ezek az adatok közfinanszírozott egészségügyi rendszerekben rendelkezésre állnak, az erre épülő vizsgálatok költségei nagyságrendekkel alacsonyabbak lennének, az ilyen vizsgálatokból származó tudományos bizonyítékok ellenőrizhetősége is javulna. Természetesen a valós életből nyert adatokon, adatbázisokon alapuló elemzések nem helyettesíthetik a hagyományos klinikai vizsgálatokat, de azokat kiegészíthetik.

Összegezve, a randomizált kontrollcsoportos klinikai vizsgálatok jelentik az orvosi ismeretek megújulásának egyik legfontosabb forrását, a bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine) alapját. Kijelenthető, az új tudás generálásának egyik eszközüül szolgáló klinikai vizsgálatok finanszírozására vagy közösségi forrásokat kell biztosítani, vagy el kell fogadni azt a tényt, hogy az új tudás csak a profitelvárásokat biztosító területeken fejlődik.

3.5.2 Adatbázisok, tipológiai rendszerek, indikátorok szerepe

Évente több, mint 2 millió tudományos közlemény jelenik meg³⁸, amelynek elolvasására az egészségügyi személyzetek leterheltségének növekedésével párhuzamosan kevés idő jut, valamint a mindennapi orvosi gyakorlatban ezeknek a közleményeknek a nagy része nem nyújt segítséget. Az egészségügyben felhalmozott tudás mennyisége miatt háttérbe szorulnak a papír alapú tudáshordozók (könyvek, nyomtatott orvosi folyóiratok) és megnő az elektronikus adatbázisok (Medline³⁹, PubMed⁴⁰) szerepe. Ezek a nemzetközi nyomtatott orvosi szakirodalom elektronikus változatú közleményeit tartalmazzák. A keresett tudományos evidenciát itt a MeSH (Medical Subheading System⁴¹, a kulcsszavakat fastruktúrába rendszerezi) rendszer és megfelelő kulcsszavak segítségével lehet megtalálni.

Példák az orvostudomány tipológiai rendszereire

A MeSH⁴² a publikációkhoz kapcsolódó tipológia, külső, legáltalánosabb szintjének csoportjai az alábbiak:

- [Anatomy Category](#) +
- [Organisms Category](#) +
- [Diseases Category](#) +
- [Chemicals and Drugs Category](#) +
- [Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Category](#) +
- [Psychiatry and Psychology Category](#) +
- [Phenomena and Processes Category](#) +
- [Disciplines and Occupations Category](#) +
- [Anthropology, Education, Sociology and Social Phenomena Category](#) +
- [Technology and Food and Beverages Category](#) +
- [Humanities Category](#) +
- [Information Science Category](#) +
- [Persons Category](#) +
- [Health Care Category](#) +
- [Pharmacological Actions Category](#) +
- [Publication Type Category](#) +
- [Check Tags Category](#) +
- [Subheadings Category](#) +
- [Geographical Locations Category](#) +

Hasonló tipológia lehet gyógyszerek esetében a WHO-ATC^{43 44} (Anatomical Therapeutical Chemical) amely anatómiai, kémiai és terápiás szempontból összesen 5 szinten, betűk és számok kombinációjából álló kód segítségével csoportosítja a gyógyszereket. Az ICD-10⁴⁵ (International Classification of Diseases) csoportosítási rendszer epidemiológiai, klinikai célokra alkalmazható.

Ezek az adatbázisok a teljes egészségügyi ágazat jelentős részének legújabb kutatásait tartalmazzák, így mind a klasszikus orvos-szakmai eredmények, mind a határterületek (farmakoökonómia, egészség-politika, epidemiológia, stb.) vizsgálatai, aktuális témái elérhetőek. A jelentős publikációs nyomás, az ágazat rohamos fejlődése nyomán azonban igen nagyszámú, eltérő relevanciájú tudományos bizonyíték található meg gyakran egy adott szűk területre vonatkozóan is, amelyek minősége mindemellett heterogén. Mindezek miatt egyre hangsúlyosabbá válik a tudományos bizonyítékok hierarchiában történő rendszerezése (lásd EBM, bizonyítékokon alapuló orvoslás), amelyen keresztül magas evidenciaszintű, naprakész

információkat, szisztematikus irodalmi áttekintéseket szolgáltatnak a mikro- és makroszintű egészségügyi döntéshozók számára. Ilyen non-profit, független szervezet a Cochrane Collaboration⁴⁶. Az orvosi tudományos közlemények minőségét az adott klinikai vizsgálati elrendezésből is levezethető evidenciaszint mellett jellemezheti például a közlő folyóirat impakt faktora (IF). Ez egy hányados, amelynek a számlálójában az adott évben, adott lap közleményeire történő független hivatkozások számát osztják el a nevezővel, ami az adott év során a lapban megjelenő közlemények száma. Mivel ez a mutató év és lapspecifikus, elméletileg elképzelhető, hogy magas impakt faktorú lapok gyengébb minőségű közleményeket is megjelentessenek, így az impakt faktor csak korlátokkal alkalmas az adott cikk minőségi indikátorának. A bizonyítékokon alapuló orvoslás a tudomány legkorszerűbb eredményeinek, az egyéni tapasztalatnak és a beteg preferenciáinak együttes felhasználása a gyógyítás során. Nem jelenti ugyanakkor a szabályok mechanikus, merev alkalmazását, hiszen a döntéshozatalt számos, az adott helyzetre specifikus tényező befolyásolja. Az aggregált tudományos bizonyítékokat tehát individuális szinten kell értelmezni, a mindenkori döntés joga és felelőssége a beteg mellett álló orvosé.

3.5.3 Köz és magánszféra kapcsolódása az ismeretek megújulásában

A fentiek logikájából levezethető, hogy a klinikai vizsgálatok helyszínei, a vizsgálat lebonyolítói, azok megrendelői a vizsgálatból (mint a tudományos bizonyíték előállításának primer forrásából) keletkező tudás létrehozása szempontjából kulcsfontosságúak. Mivel a klinikai vizsgálatok megrendelői döntően a magánszférából érkeznek (hazai és multinacionális gyógyszergyártó cégek), a klinikai vizsgálatok helyszíne pedig a jelenlegi hazai tulajdonviszonyok között döntően a közszféra által tulajdonolt és üzemeltett intézmény, ez döntő fontosságú kapcsolódási pont a közszféra és a magánszféra, mint sajátos *ökoszisztéma* kapcsolódása szempontjából. A klinikai vizsgálatok menedzsmentje és az ehhez kapcsolódó határterületeken fokozódik a CRO-k szerepe (Clinical Research Organisation)⁴⁷⁴⁸. A klinikai vizsgálatok helyszínéül a magasabb ellátási minőséget nyújtó intézményeket választják, amely optimális esetben egybeesik az intézményben folyó oktatási tevékenységgel is. Ha ez így van, a klinikai vizsgálatok és az oktatókórház oktatási tevékenysége között kölcsönösen előnyös, jótékony hatású szinergiák jöhetnek létre. Ezekben a vizsgálatokban résztvevő orvosok és az egészségügyi személyzet idehaza dolgozhat olyan orvos-szakmai

feladatokon, melyek a jövő terápiájához kapcsolódnak. Ezen munkákat megfelelő szinten és mindenki számára átlátható formában honorálják. Ezáltal magyar egészségügy egy jelentős szegmense a nemzetközi gyógyszerfejlesztésben vehet részt és abban idehaza bevételt tud termelni⁴⁹. Az ennek során generált tudás az egészségügyi közszférán belül mind az egészségügyi oktatás, mind az egészségügyi ellátás területén hasznosul.

Egy másik érdekes területe a köz- és magánszféra kapcsolódásának az ismeretek fejlesztésében a szakmai továbbképzések rendszere. A technológiai fejlődés, az orvosi ismeretek gyors elavulása miatt nagy szükség van a gyógyításban résztvevők szakmai ismeretének frissítésére. Az egészségpolitika ehhez csak a keretrendszereket alakította ki, de a pontszerző továbbképzésekhez forrásokat nem biztosított, az alacsony egészségügyi fizetésekből pedig nem finanszírozható a képzéseken való részvétel. Ebből adódóan a szakmai továbbképzések döntő többsége a beszállítóipar által szponzorált. Természetesen ennek számos pozitívuma is van, mindazonáltal fennáll a szponzorált továbbképzések esetén az a veszély, hogy az átadott információ szűrt, és nem a teljes képet mutatja be.

3.5.4 Nem orvos-szakmai diszciplínák szerepe az egészségügyben

A klasszikus orvostudomány, bár egyre több jelentős betegség kezelésében ért el eredményeket, kevésbé tudott választ adni a felmerülő társadalmi és szociális kihívásokra.

A közgazdaságtan mint alkalmazott tudomány, az orvoslás többezer éves történetéhez képest fiatalnak mondható a maga mintegy 300 éves múltjával, de a társadalmi alrendszerek és korok gazdasági kérdésre adott válaszaival elismertségre, növekvő szerepre tett szert. Az erőforrások behatároltságának előtérbe kerülésével az orvos-szakmai ismeretek mellett egyre nagyobb jelentőséget kap a közgazdaságtani ismeretek alkalmazása az egészségügyben is. A két diszciplína határán, a speciális egészségügyi alkalmazások miatt interdiszciplináris területként létrejött az egészség-gazdaságtan, amely az egészségügy egyik leggyorsabban fejlődő területe. Ennek részterülete a farmakoökonómia, az egészségügyi technológiák között kiemelkedő fontosságú gyógyszerek gazdasági aspektusaival foglalkozik.

A modern orvoslás és egészségügy nem nélkülözheti a társadalommal és társadalomtudományokkal való hatékony együttműködést, a korszerű vezetéselméleti és kommunikációs ismereteket, amely az egészségpolitika, kommunikáció, egészségügyi menedzsment, marketing területek fejlődésének alapjait vetette meg.

A testi egészség mellett a lelki egészség kérdése is előtérbe kerül a paternalisztikus orvoslás viszonylagos háttérbe szorulásával. A pszichológia jelentősége nemcsak a lelki eredetű kórképekben nőtt meg, de egyre nagyobb szerepet kap például a daganatos megbetegedések kezelésében is.

A technológiai fejlődés a műszaki tudományok egészségügyben való térnyerését hozta. Az orvosi műszerek fejlesztése és gyártása, valamint az információs technológia egészségügyi alkalmazásai új iparágként működik, és speciális tudással bíró szakembereket (orvosi műszertechnológia, orvos-mérnök) igényel.

Kiemelkedő az egészségügy és ezen belül a gyógyszerészet együttműködése a kémiai tudományokkal, és a finomvegyiparral (gyógyszervegyészet), az orvoslás együttműködése a biológiával (mikrobiológia, biotechnológia). A növekvő adatbázisok, a fejlődő molekulatervezés, az intézmények közötti kapcsolat megteremtésében a statisztika, egészségügyi informatika növekvő szerepe megkérdőjelezhetetlen.

Mindez csak néhány, kiemelkedő jelentőségű példa azon interdiszciplináris területekre, amelyek az egészségügy és valamely más tudományterület egymással átfedő területén találhatóak. Az egészségüghöz kötődő modern interdiszciplináris területek tehát valós igény folyamánként jöttek létre, és létező hiányokat pótolnak. Az ezen tudományterületeket művelő intézmények között azonban esetenként igen nagy lehet a minőségbeli szórás.

3.5.5 A tudás általánosíthatósága

A tudás/információ elérhetősége az információs technológiai forradalom eredményeként jelentősen javult az elmúlt években. A tudás elektronikus tárolása és megosztása gyorsabb, praktikusabb módszer, mint a nyomtatott alapú. A források, közlési fórumok könnyebb elérhetősége elkerülhetővé teszi pl. egyes vizsgálatok megismétlését. Az egyre drágább, időigényesebb, komplexebb vizsgálatok miatt jogosan fogalmazódik meg az igény vizsgálatok eredményeinek átvételére, adaptációjára és általánosíthatóságára. Jogi tényezők természetesen ennek bizonyos korlátokat szabnak (pl. szabadalom kérdése).

Példaként megemlíthető, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések készítésének módszertani alapjait már kidolgozták az angolszász országokban, ezek Magyarországon is nagyjából

relevánsak. Egy brit költséghatékonysági elemzés ugyanakkor nem vehető át egy-az egyben, ha egy adott eljárás költséghatékony Angliában, Magyarországon nem feltétlenül az.

A költséghatékonysági vizsgálatban a klinikai vizsgálati adatok bizonyos korlátokkal, de általánosíthatóak, A költségadatokat azonban nem szabad átvenni, hiszen az egyes erőforrások, technológiák, bérek költsége nem vethető össze. Hasonlóképpen figyelembe kell venni az egyes országok egészségügyi rendszerének sajátosságait (pl. betegutakat).

3.5.6 Tudás és jog kapcsolata – protokollok szerepe az egészségügyben

A tudás és jog kapcsolatát mutatja a tudományos ismeretek formalizálása protokollokká, terápiás irányelvekké, ezek betartatása, gyakorlatba való átültetése a bizonyítékokon alapuló orvoslás elveinek megfelelően. Noha hazai szinten a terápiás és szakmai irányelvek, útmutatók, protokollok kidolgozását gátolja a humán és anyagi erőforrások szűkössége, számos szakterület rendelkezik már ilyen dokumentumokkal, és a terület rohamosan fejlődik. A létező dokumentumokat az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a szakmai kollégiumok és testületek készítették, és azok az EüM honlapján hozzáférhetőek⁵⁰. A TUDOR munkacsoport közelmúltban készített átfogó elemzése alapján a szakmai irányelvek minősége a nemzetközi standardok alapján alacsony, ezért az irányelv készítés módszertani fejlesztése fontos feladat a közeljövőben.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nemrégiben hozzákezdett a finanszírozási protokollok elkészítéséhez bizonyos kiemelt terápiás költségű területeken. A finanszírozási protokollok az orvos-szakmai szempontok mellett a közpénzek lokális korlátozottságát is erőteljesen figyelembe veszik. Az elsőként kiadott finanszírozási protokollok szakmaiságát mindazonáltal számos kritika érte a közelmúltban.

Komoly jelentőséggel bíró szakmai anyag az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez⁵¹. Az új gyógyszerek OEP befogadási döntéseinél Magyarországon (hasonlóan sok más ország gyakorlatához) kötelező a költséghatékonyság bizonyítása, helyi egészség-gazdaságtani elemzés alapján. Gyakorlatilag csak modellezési módszerek segítségével lehet az új gyógyszerek bevezetésekor bizonyítani a költség-hatékonyságukat, pontosabban a rendelkezésre álló adatok alapján megbecsülni az új termék költség-hatékonysági rátáját. Mivel az egészség-gazdaságtani modellek számos korláttal rendelkeznek a valóság leképezésénél, a szakmai irányelvvel ezek a módszertani

bizonytalanságok részben kezelhetők, a módszertan standardizáltsága fokozható. A szakmai irányelvnek a módszertan fejlődésével meg kell újulnia bizonyos időnként. Sajnálatos módon az egészség-gazdaságtani szakmai irányelv frissítése az elmúlt években nem történt meg.

Hasonló a szerepe az elemzések értékelésében szerepet játszó ellenőrző kérdőíveknek (checklist), melyekből számos nemzetközi verzió létezik. A 10 kérdésből álló CASP (Critical Appraisal Skills Programme)⁵² kérdőívnek a TUDOR program keretében készült hazai adaptációja is rendelkezésre áll. Általános probléma azonban a nemzetközi ellenőrző kérdőívekkel, hogy nem eléggé részletesek, illetve sokszor nem adnak támpontot a hazai relevanciájú problémák kiszűrésére. Az ESKI-ben ezért megindult egy részletes, a magyarországi gyakorlatnak megfelelő kérdőív fejlesztése⁵³. Ez több, mint 80 kérdésből áll, és egységes értékelési rendszert biztosíthat mind az egészség-gazdaságtani beadványok készítői, mind az értékelői számára. A checklist szerzői hangsúlyozzák a folyamatos aktualizálás fontosságát.

3.6 K+F+I ráfordítások

3.6.1 A K+F+I ráfordítások nagysága Magyarországon

Az egészségügyi ágazat K+F+I ráfordításairól döntően a gyógyszeripar területéről állnak rendelkezésre K+F+I adatok. Mivel jelen tanulmány elsődleges célja az egészségügy, mint közszolgáltatás K+F+I folyamatainak vizsgálata, a versenyszféra adatait itt nem közöljük, csak abban a kontextusban, ami ezekből a közsféra számára releváns.

Az akadémiai kutatóhelyeken folyó vizsgálatok volumenéről interjúalanyaink is kevés információval tudtak szolgálni.

Az adatok jelentős része becslés. Becslésünk szerint az EüM makroszintű reformkoncepciók kidolgozására önmagában nem költ többet évente hozzávetőleg 50 M Ft-nál, az OEP hasonló jellegű kiadásai elhanyagolható mértékűek.

Az ESKI teljes kiadási előirányzata 2008-ban hozzávetőleg 1 Md Ft volt, ez a teljes E-alap kevesebb mint 0,1%-a, és arányaiban sem vethető össze a NICE hasonló keretével.

Ugyanakkor az ESKI költségvetési kereteinek döntő része nem kutatásokra fordítódik, hanem működtetésre (pl. könyvtár)

Az önkormányzatok és kórházak fejlesztési terveivel kapcsolatos tervek és kutatások számosságát és forrásainak nagyságát abból tudtuk megítélni, hogy a kórházak jelentős része készített fejlesztési terveket, döntően a közbeszerzési értékhatár alatt, azonban egy-két kiemelt projekt is ismert (pl. a budapesti kórházak új működési modelljének kidolgozására kiírt kb. 400 millió Ft-os pályázat). Mikroszinten a kórházak szervezetfejlesztésének célja a túlélés biztosítása.

1. táblázat: Kutatási és fejlesztési források

Termékfejlesztés	Ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése
<ul style="list-style-type: none"> - Alapkutatás: nem tárgya a tanulmánynak - Klinikai vizsgálatok: kb. 50 Md Ft/év 	<ul style="list-style-type: none"> - EüM forrás a reformok kidolgozására: 100M Ft/év alatt* - ESKI: kb. 200 millió Ft/év* - OEP: elhanyagolható - Önkormányzatok, kórházak: 500-1000 Md Ft/év* - EU-s pályázatokhoz kapcsolódó pályázatírói költségek: 2007-2013 között minimum 10Md Ft (500 Md Ft 2%-a)* - Klinikai vizsgálatok átgyűrűző hatása

*becslés

3.6.2 A klinikai vizsgálatok jelentősége Magyarországon

A klinikai vizsgálatok komoly gazdasági hozadékkal bírnak Magyarországon, a ráfordításokat tekinthetjük a hazai K+F+I kiadások részeként. A vizsgálatok szponzorai az egészségügyi intézményeknek, orvosoknak, a vizsgálók munkatársainak az MKVT (Magyarországi Klinikai Vizsgálatszervezők Társasága) kérdőíves felmérése alapján hozzávetőleg 14,3 Md Ft-ot fizettek ki 2008-ban. Ez összeg a betegenkénti tiszteletdíjon kívül tartalmazza a technikai és adminisztratív költségeket is (pl. helyi etikai bizottsági díj). Az Országos Gyógyszerészeti Intézet (a klinikai vizsgálatok engedélyező hatósága) adatai alapján az egészségügyi szolgáltatók és vizsgálók bevétele meghaladja a 19,9 Md Ft-ot, azaz a kérdőíves felmérés eredménye konzervatív becslésnek tekinthető.⁵⁴

A kérdőíves felmérés alapján a vizsgálatszervezők további 31,5 Md Ft-ot fordítottak a vizsgálatok futtatásához kapcsolódó egyéb költségek (saját alkalmazottak bére, irodabérlés,

telekommunikáció, stb.) fedezetére. Összességében a vizsgálatok megbízói Magyarországon évente kb. 50 Md Ft-ot költenek klinikai vizsgálatokra, mely összeg a bruttó hazai össztermék 0,2%-át teszi ki.

A klinikai vizsgálatok azonban nemcsak gazdasági jelentőséggel bírnak. A betegek számára fontos hozadék, hogy olyan kezelésben részesülhetnek ingyenesen, amelyek esetleg csak évek múlva lesznek egyébként elérhetőek, és nagy valószínűséggel jelentős térítési díjjal.

A klinikai vizsgálatokban résztvevő orvosok és az egészségügyi személyzet idehaza(!) dolgozhat olyan orvos-szakmai feladatokon, melyek a jövő terápiáihoz kapcsolódnak. Ezeket a munkákat megfelelő szinten és mindenki számára átlátható formában honorálják. Röviden a magyar egészségügy egy jelentős szegmense a nemzetközi gyógyszerfejlesztésben tud részt venni és abban bevételt tud idehaza termelni. Ráadásul a klinikai vizsgálatok módszertana elősegíti a protokollok szerinti gyógyítás elterjedését. A vizsgálatokban résztvevő orvosok könnyebben fogadják el a vizsgálatok kívüli betegek gyógyításában is a standard folyamatok alkalmazását, mely a minőség és a hatékonyság javulását eredményezi az egészségügyi ellátórendszerben.

3.6.3 Európai Unió források

Az ÚMFT (Új Magyarország Fejlesztési Terv) keretében 2007-2013 között a társadalmi megújulásra (TÁMOP, Társadalmi Megújulás Operatív Program) 933,3 Md Ft, a társadalmi infrastruktúra fejlesztésére (TIOP) 538,9 Md Ft-ot allokáltak a Magyarország felzárkóztatására szánt, hozzávetőleg 5800 Md Ft-os kohéziós forrásból. TÁMOP-keretből az egészségügy mintegy 63-89 Md Ft forrásra számíthat, a TIOP-ból 280,3 Md Ft-ra⁵⁵. A további Operatív Programok egészségügyre allokált forrásait is beszámítva 2007-13 között hozzávetőleg 500 Md Ft-os nagyságrendű erőforrások állnak az egészségügy rendelkezésére Uniós forrásból. Az EüM honlapon lévő információk szerint az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésére TIOP kereten belül 264,5 Md Ft áll rendelkezésre.⁵⁶ Amennyiben ezen források felhasználása tudatos stratégia mentén történne, komoly fejlesztési lehetőség lenne a forráshiánnyal küzdő egészségügyi ágazat számára.

Az EUs forrásokhoz jellemzően pályázat útján, önrész fizetése mellett lehet hozzájutni. Mindez szükségessé teszi pályázatíró-koordináló irodák bevonását. 500 Md Ft-os összes EU forrással, 2%-os pályázatírási költséggel számolva ez hozzávetőleg 10 Md Ft lehet.

Becslésünk konzervatívnak tekinthető, mivel ez a fenti gondolatmenet értelmében csak a nyertes pályázatokhoz kapcsolódó pályázati költségeket tartalmazza.

Az Európai Unió források megfelelő központi stratégia nélkül történő elköltése ugyanakkor akár veszélyes is lehet az innovációra nézve. Egy-egy nagy értékű berendezés beszerzése, egy épületszárny felújítása biztosíthatja egy kórház túlélését az ellátórendszer kapacitáscsökkentésének időszakában is, ráadásul a helyi kórházvezetés és politikai vezetés erejét is bizonyítja a helyi lakosság számára. A rendszer makroszintű struktúrájának konzerválásával a „mindenhova egy kicsit” elv mentén történő fejlesztések azonban gátolhatják a makroszintű szervezeti innovációt. A jelenlegi fejlesztéseket vizsgálva ez valós veszélynek tűnik, a stratégia nélkül történő beruházások ily módon megfojthatják az innovációt.

Az önrész fizetésének feltétele további potenciális veszélyeket rejthet magában az innovációra nézve. A jelenlegi példák ugyanis azt látszanak igazolni, hogy az EU-s források felhasználásának hatékonysága elmarad az optimálistól. Amennyiben a rendelkezésre álló korlátos fejlesztési forrásokat döntően az EU-s fejlesztések önrészéhez használjuk fel, önálló (nem EU-s) fejlesztésekhez szabad erőforrás nem fog maradni elégséges mértékben. Ez azért lehet aggályos, mert így nem marad lehetőség a helyi szinten kezdeményezett, központi támogatást nem élvező fejlesztések kivitelezésére.

Az interjúalanyaink által is említett 2007-ben induló 7. Kutatási-, technológiafejlesztési és demonstrációs keretprogram négy specifikus programra tagolódva – Kooperáció, Ötletek, Emberek, Kapacitások- magában foglalja az európai kutatáspolitikai hat fő célkitűzését. A kooperáció specifikus program az, mely a fent említett hat célkitűzés közül hármat foglal magában: így a kollaboratív kutatást, az európai technológiai kezdeményezéseket, illetve a nemzeti programok koordinációját. Az NKTH adatai szerint⁵⁷ a 7. Keretprogram 53,3 Md EUR-kitevő költségvetéséből az egészségügy 6,1 Md EUR-al részesedik.

4 Az egészségügy, mint közszolgáltatás „innovációs modelljének” fontosabb jellemzői.

Az egészségügyi közszolgáltatások kidolgozása történhet tudatosan, explicit stratégia mentén, vagy alulról jövően, implicit modell alapján. Az alábbiakban azt vizsgáljuk, hogy egy felülről koordinált fejlesztési modell milyen alapokon jöhet létre Magyarországon.

4.1 Egészségügyi K+F+I stratégia kidolgozásának személyi és szervezeti háttere

4.1.1 Ágazati K+F+I stratégia kidolgozásával foglalkozó szervezetek

Elvben az Oktatási Minisztérium, Egészségügyi Minisztérium, a Magyar Tudományos Akadémia, illetve ezek háttérszervezetei foglalkozhat(ná)nak explicit egészségügyi innovációs stratégia megalkotásával. Mivel ez elsősorban háttérintézményi szintű kérdés, az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet döntő jelentősége is felmerül. Az OEP döntéseit az ESKI, EMKI⁵⁸ (Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet) szakértői segítik. A probléma, hogy ezen intézmények költségvetése kicsi, kapacitása szűkös, önállósága a véleményalkotásban korlátozott. Az ESKI Technológiai Értékelő Irodájában pl. kb. tízen dolgoznak, az ESKI közgazdasági és egészségügyi kutatóinak száma ennél is jóval kevesebb. Bár elvileg vannak megfelelő szervezetek, ismeretek, de rendkívül kevés emberrel és költségvetéssel. A mélyinterjúk során többször elhangzott, hogy az államigazgatási háttérintézmények politikai szempontból kiszolgáltatottak.

Az ágazati K+F+I stratégiaalkotás kapcsán megemlítésre kerültek a tudományos és technológiai platform-kezdeményezések (NKTH, Nemzeti Kutatási és Technológiai Hivatal⁵⁹). Szerepük a stakeholderek hálózatokba történő integrálásában van. Költségvetésük néhány tíz millió forint. Ezek magja 5-6 fő, további 25-30 fő foglalkozik a munkacsoportok vezetésével. Az Innovatív Gyógyszerek Kutására Irányuló Nemzeti Technológiai Platformban⁶⁰ például 50-60-100 fő dolgozott.

4.1.2 Az OEP termék és szolgáltatás finanszírozás innovációjával foglalkozó szervezetek

Az OEP termékfinanszírozásának stratégiai kérdéseiben a koncepcionális alkotó munkában 8-10 fő vesz részt, informatikai kivitelezést 5-7 fő támogatja. A rendelkezésre álló éves költségkeret igen alacsony, 15-20 M Ft, de gyakorlatban ennél kevesebbet költenek. A 2004. májusi transzparencia direktívát követően az OEP termékfinanszírozási döntéseinek szakmai támogatásában döntő szerepe van az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológiai Értékelő Irodájának (ESKI-TÉI), valamint az orvos-szakmai kollégiumoknak. Gyógyszerbefogadás esetén a Technológia Értékelő Bizottság (TÉB) fogalmaz meg javaslatokat a befogadás kapcsán. Hasonló szakértői testület működik közre a GYSE befogadásban. Normál eljárás esetén beadványonként 1,2 M Ft az igazgatási szolgáltatási díjből az ESKI-hez kerül. Szakmai kollégiumoknak gyógyszer esetén nincs, GYSE esetén van bizonyos költségtérítése. Három éve felszámolták azt a főosztályt az OEP-ben, ami monitorozást, minőségi indikátor program-fejlesztést végzett, itt kb. 8-10 fő dolgozott. A Gyógyító Megelőző Főosztályon belül körülbelül 3-4 fő foglalkozott a rendszer fejlesztésével, innovatív megoldások kidolgozásával.

4.1.3 Közforgalmú gyógyszerértári gyógyszerészet K+F+I stratégiájával foglalkozó szervezetek

Gyógyszerértári informatikai rendszerek fejlesztésével körülbelül 12-13 fő foglalkozik Magyarországon. A stratégia-alkotásban fontos szerepe van a Gyógyszerészeti Egyeztető Fórumnak. A Magyar Gyógyszerész Kamarában 5-6 bizottság működik, ezek hozzávetőleges létszáma 3-4 fő/bizottság (pl. oktatási, gazdasági, kompetenciák ügyével foglalkozó). Speciálisan elkülönített anyagi kerete nincsen ezeknek a bizottságoknak, feladatukat társadalmi munkában végzik. A bizottságok közül kiemelendő a Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottság. Létszáma 6+1 fő, célja a gondozási programok, továbbképzések szakszerűségének biztosítása, mindennapi gyakorlattá tételének (tömegesítésének) elősegítése. Ehhez a szakmapolitikai háttér az Magyar Gyógyszerész Kamara biztosítja. Több további kamarai bizottság stratégiai kérdésekkel foglalkozik. Ennek 5 fő célterülete: a személyi jog/felelős vezetői pozíció megerősítése, az expedálás egészségügyi szolgáltatásként való fejlesztése, a gyógyszerértári minőségbiztosítás megújítása, a

gyógyszerészi gondozás elfogadtatása és napi gyakorlattá tétele, a magisztrális gyógyszerkészítéshez szükséges feltételek megteremtése, az alkalmazott gyógyszerészek szakmai függetlenségének biztosítása. Ezen kérdések megvitatásával mintegy 6-7 fő foglalkozik társadalmi munkában.

Az alapellátás K+F+I stratégiájának kidolgozásában potenciálisan szóba jöhető szervezetek

A háziiorvosi kar aggasztó korfája miatt a betöltetlen praxisok száma nagymértékben növekedni fog az alapellátásban. Az alapellátás innovációján jelenleg egyetemi tanszékek, az országos alapellátási intézmény, és a szakfelügyelet egyaránt dolgozik, de ez a három rendszer teljesen izolált. Az interjú tanulsága szerint ahhoz, hogy ez koherens egészszé álljon össze, határozott állami akarat kellene, leginkább az EüM részéről. A stratégia alkotásában szóba jöhető szervezetek közül a MÁOTE (Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete) aktivitása régebben nagyobb volt, hiszen a 6800 háziiorvosból közel ezren voltak a tagjai, rendelkezett megyei tagszervezetekkel, továbbképzéseket, országos rendezvényeket szervezett, többszáz fő részvételével. Itt ma már 20-40 fő aktív mindössze. A CSAKOSZ (Családorvos Kutatók Országos Szervezete) taglétszáma 100-150 fő, zömmel fiatal tag. Az itt születő munkaanyagokra sajnálatos módon nincs állami fogadókészség. A Háziiorvosi Szakmai Kollégium (reprezentálva van benne a 4 tanszék, országos alapellátási intézetek, a szakfelügyelet, a kamara, a házi gyermekorvosok, összesen kb. 15 fő) számára fontos lenne a szervezeti háttér, kutatási irányok kijelölése, működési források biztosítása ahhoz, hogy hatékony stratégia-alkotó szerepet vállalhasson a háziiorvosi ellátás innovációjában. A kollégium körül van egy 15 fős korábbi kollégiumi tagi kör, továbbá a 20 megyei szakfőorvos kb. fele, valamint tanszékenként 8-10 fő részéről lenne fogadókészség stratégia alkotásában való részvételre. Összefoglalásul határozott politikai akarat esetén egy 100-150 fős csoport vehetne részt az alapellátási K+F+I stratégia kialakításában.

A fő nehézség abban van, hogy mindez jelen formájában társadalmi munkában történik, minden tisztségviselő egyben praxisvezető, egy háromfős mikroállalkozásban. A kiesett munkaidőt csak helytesszel tudja pótolni. Költségtérítés hiányában ezen kezdeményezések lehetőségei így igen korlátozottak. Az innovációs folyamatok a fentiek következményeként

legjobban az „improvizáció” szóval jellemezhetőek. Azért, hogy ilyen stratégia nem készült, a politikai fogadókészség és szándék hiánya nagyban felelős.

4.2 Kiemelt jelentőségű programok és lépések az egészségügyi ellátórendszer innovációja kapcsán

Bár nem létezik egységes átfogó explicit K+F+I stratégia Magyarországon, az egészségügyi ágazat innovációja jelentős. Az implicit, döntően alulról építkező stratégiának számos fontos tényezője van.

4.2.1 Management ismeretek

A közigazgatás szerepe az egészségügyben és az oktatásban sokkal hangsúlyosabb, mint a többi ágazat esetén. A vezető egészségügyi szolgáltató intézmények ma már tudatosan képeznek egészségügyi közgazdászokat, szakmenedzsereket.

Az egészségügyi ágazat kihívásaira való reagálásként először a csúcvezetők, később pedig a középvezetők szakmenedzser és egészségügyi közgazdász képzése kezdődött el, mely egyfajta paradigmaváltást jelentett az orvos-szakmai szempontok korábbi kizárólagosságához képest. Ez a tudás korábban csak Nyugat-Európában volt elvárt az egészségügy irányításában, de a kórházaktól lényegében független volt Magyarországon. Ma már a kisebb egészségügyi szolgáltatók is támaszkodnak az alapvető menedzsment és közgazdasági ismeretekre, sőt a szaktanácsadó testületekben, a szakmai kollégiumokban, kamarákban is már megjelennek ezek az ismeretek.

A kórházakban vállalatirányítási módszereket alkalmaznak, kontrolling egységek jöttek létre. Az adaptáció sajátos, és nem feltétlen előnyös velejárója a finanszírozói jelentések kódolását optimalizáló szakemberek megjelenése.

Jelenleg még kevés a példa olyan intézményre, ahol a vezető ne az egészségügyből jövő lenne, hanem általános vezető. Indirekt módon ez a magánkórházakban valósul meg, hiszen ott döntően a tulajdonos diktál. A főigazgatók munkáját az orvos-igazgatók mellett gazdasági-pénzügyi vezetők segítik.

Kiemelt jelentőségű az egyetemi egészségügyi menedzserképzés szerepe, melynek jó példája a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (EMK). Az EMK Világbanki támogatással jött létre a 90-es években, a vezető oktatói ösztöndíjasként, nagynevű nemzetközi egyetemi központokban sajátították el a menedzsment ismereteket, melyeket azután átültettek a hazai gyakorlatra.

Mindazonáltal komoly problémát jelent, hogy az egészségügyi menedzsment képzőhelyei által nyújtott szolgáltatás minősége heterogén, hiányzik az akkreditált képzési rendszer. Ennek következményeként bizonyos intézményekben valós veszély a nem megfelelő tudás továbbadása, esetenként multiplikálása. Ha például egy előzetes alapozó képzés nélkül kinevezett kórházigazgató saját tapasztalatokon és személyes gyakorlatból származó menedzsment eljárásokat oktat, potenciálisan helytelen menedzsment módszerek is tovább terjedhetnek. Elhangzott továbbá, hogy a menedzsment iskolák egy részénél a stabil értékrend hiányzik, a konkrét vezetési-szervezési ismeretek helyett felszínes ismeretanyagot adnak át.

A menedzserek – nem kor szerinti – új generációjának megjelenése lenne szükséges, amiben megkerülhetetlen a képzőhelyek felelőssége. Nagy lökést adna mindezen folyamatoknak a sikeres, külföldön dolgozó magyar szakemberek hazahozatala.

A mélyinterjúk során megemlítsre került, hogy az angolszász típusú, participatív egészségügyi menedzsment egyelőre hiányzik. A non-profit szervezetekben történő stratégiai tervezési ismeretek hiányosak. Míg a kórházi menedzsment színvonala látványosan erősödött, további képzésekre lenne szükség a stratégiai menedzsment, projektmenedzsment, humánerőforrás-menedzsment, információmenedzsment témakörben.

4.2.2 Humán erőforrás menedzsment

Az egészségügyi rendszer innovációs kapacitásainak fontos tényezője az egyéni humán barrier, ami a habitusból, az életkorból, és a ráfordítható időből áll össze. Az orvosi ismeretek turnover hihetetlenül felgyorsult. Immunológiai területen például az információ 50%-a hozzávetőlegesen 1,5 év alatt elavul. Az ezekkel való lépés tartásában szűk keresztmetszet a munkaerő.

Az ellátórendszer korszerűtlensége, a benne dolgozók nem kellő motiváltsága, a finanszírozási keretek, a rossz belső arányok okán a rendszer egésze makroszinten nem tud

megfelelő szolgáltatást nyújtani, de az individuuum szintjén nagyon sok múlik az orvoson és annak szándékán. A közelmúlt kórházprivatizációs eseményei kapcsán példákat láttunk arra, hogy a közalkalmazott dolgozók kvázi tulajdonosként lépnek fel, a vidéki kórházak privatizációja kapcsán. Ennek során gátjai voltak a - most ne minősítsük, hogy jó, vagy rossz – változásoknak.

Egyértelműen pozitív példák láthatók ugyanakkor arra, hogy az egyén szintjén megvan a hajlandóság a folyamatos önképzésre. Negatív példaként említendő, hogy a szakdolgozói munkaerő egyes területen minőségi és mennyiségi hiányosságokat mutat, hiányszakmák jelennek meg. Az ágazatban lévő zűrzavar, fluktuáció a munkaerő kiegészéséhez vezet, ezt megérzi az innováció.

Nemzetközi trendeket követ az a hazai gyakorlat, hogy az orvosi autonómia szerepe a korábbi évtizedekhez képest egyre alacsonyabb, nagyon erős a finanszírozó és a politika beleszólása az orvos-szakmai kérdésekbe.

Az egészségügyi gazdasági és menedzsment ismeretek megújulásának mértékétől sajnálatosan elmarad az humán erőforrás (HR) ismeretek fejlődése. Az ágazatban nincs átfogó, központi humán erőforrás fejlesztési terv, illetve a már kidolgozott elemek a jelenleginél sokkal nagyobb súlyt kellene, hogy kapjanak.

Nincsenek kidolgozva sem központi, sem helyi szintű életpályamodellek. A megfelelő HR gazdálkodásra igen komoly implicit kényszerítő erő, hogy a kórházak adott szakterületen megfelelő számú személyzettel kell, hogy rendelkezzenek, ezek hiánya a kórház fokozatos leépüléséhez, idővel bezárásához vezethet.

Az ágazat a legutóbbi években felismerte a problémát, amelyet jelentősen felgyorsított az EU-csatlakozás és a gazdasági válság. 2002-ben történtek lépések a probléma bérkompenzációval történő rendezésére, amely azonban erőn felül terhelte meg az ágazatot, ugyanakkor nem járt együtt hosszú távon ható, tudatosan kialakított életpálya modellek adaptálásával. Ráadásul a 2002-es bérfeljesztés hatása pár év alatt elkopott, hiszen az akkori emelés nem bizonyult inflációkövetőnek.

Mivel a kizárólag bérjellegű humán erőforrás menedzsment nem járható út, a karrierlehetőségek / perspektíva, a strukturált továbbképzési rendszer, a motivációs és ösztönző rendszerek erősítése, a hiányszakmák piaci(bb) alapú bérezése, az infrastruktúra

javítása (munkakörülmények), a részmunkaidős, családanyák szempontjait figyelembe vevő humán erőforrás rendszer vezethet a dolgozók szakmában és Magyarországon való maradásának elősegítésében.

Az egyéni teljesítmény mérése, a jövedelem teljesítményhez kötése jelenleg még gyerekcipőben jár, részben azért, mert az egészségügyi ágazatban szereshető jövedelem nemzetközi viszonylatban, illetve más ágazatokhoz képest alacsony.

Bár a házi orvosok átlagéletkora igen magas, szerepük pedig megkérdőjelezhetetlen a korszerű egészségügyben (kapuőr funkció), az alapellátással kapcsolatos demográfiai kérdésekkel nem foglalkozik kiemelten az egészségpolitika, ami jó példa a HR makroszintű elhanyagolására.

4.2.3 Szervezetfejlesztés

Minden más területhez hasonlóan a szervezetfejlesztés lehet központosított irányított illetve implicit, alulról jövő. A külföldi minták kritikus, kellően átgondolt adaptációja lerövidítheti a „tanulási” periódust.

Az egészségügyi ellátórendszer szervezeti fejlesztése, fejlődése sajnos lassabb, mint más területen. Ráadásul a tudatos egészségpolitikai szervezetfejlesztési koncepciók nem igazán működőképesek, vagy nem is léteznek. Részben ebből adódóan az ellátórendszer struktúrája ma is korszerűtlen, nem felel meg a kor kihívásainak.

4.2.3.1 Alapellátás és gyógyszer kiskereskedelem privatizációja

Ez alól mindenképpen üdítő kivételt jelent az alapellátás funkcionális privatizációja 1992-ben, vagy a gyógyszertár-privatizáció 1993-tól. A kezdeti időszakban mindkét szervezeti fejlesztés jelentősen növelte az alapellátás illetve gyógyszer kiskereskedelem szakmai-gazdasági súlyát és vonzerejét. A rendszerváltás óta az egészségügyi ellátórendszer átalakításának máig ez a két legsikeresebb területe. Mindazonáltal az elmúlt 15 évben, részben a sikerek hatására, ezen területek szervezeti továbbfejlesztése nem történt meg, így jelenleg mind az alapellátás, mind a gyógyszertári rendszer jelentős szakmai, gazdasági és humán erőforrás problémákkal küzd.

4.2.3.2 Kórházfejlesztés

Központi irányítás mellett, de kevésbé sikeresen zajlott az egészségügyi ellátórendszer aktív fekvőbeteg ellátás centrikusságának csökkentése, mely együtt járt az aktív ágyak számának centralizált csökkentésével. A direkt módszerek közé tartozott a jogszabályi keretekben meghatározott aktív ágyszám csökkentés, legutóbb 2006-ban. Az ilyen típusú ágyszám csökkentés kétségtelenül helyes célzattal jött létre, mégsem jár feltétlenül együtt a hatékonyabb ellátórendszer kialakításával. Az ágyak számának központi meghatározása ugyanis nem átlátható szakmai (orvosi és gazdasági) kritériumok alapján történt, ráadásul a kórházak száma lényegben nem csökkent, kevés telephelyet zártak be. Az összes intézmény az ágyak számának csökkentésével méret- és választékgazdaságossági szempontok alapján rosszabb helyzetbe került, fajlagos költségeik emelkedtek, azaz az intézmények gazdálkodási feltételei nehezebbé váltak. Így gyakorlatilag minden intézmény vesztesként került ki a folyamatból. Sokak véleménye alapján a helyes kórházi átalakítás folyamata az lett volna, ha a kórházak egy jelentős részét bezárták volna, vagy járóbeteg szakellátási központtá alakították volna őket, a maradékot pedig korszerűsítik és fejlesztik (pl. sürgősségi központok, mátrix modellek kialakítása).

A kórházi aktív ágyszámok csökkentésére egy sokkal eredményesebb módszert jelentett az a gyakorlat, amikor 2007-ben az Egészségügyi Minisztérium aktív ágyak csökkentésért cserébe fejlesztési forrásokat ajánlott fel. Ezzel a módszerrel ugyanis központi stratégia mentén, de mégis decentralizáltan, azaz helyi szinten szülehetnek azok a döntések, melynek eredményeképpen a helyi szükségletekhez jobban igazodó, a hatékonyabb működés szempontjait jobban figyelembe vevő, ráadásul önkéntes alapon végrehajtott ágyszám csökkentést lehet eszközölni. Ez a módszer különösen jól alkalmazható volna az Új Magyar Fejlesztési Terv Európai Uniós forrásainak elosztásában. Sajnálatosan azonban a kiemelt kórházi fejlesztések esetén az aktív ágyak számának csökkentése nem került be a pályázati feltételek és célkitűzések közé.

Az intézményi szervezetfejlesztés szempontjából előnyös lehetne az egészségügyi szolgáltatók vertikális integrálása, illetve az erre vonatkozó ösztönzők kialakítása. Erre a szakellátásban régóta működőképes példa a kórházak esetében a járóbeteg szakrendelések és a fekvőbeteg osztályok párhuzamos működése.

A szervezetfejlesztés egyik helyi szintű kezdeményezésként létrejött eredménye bizonyos régióközpontokban a korábban elkülönülten működő kórházak összevonása (pl. Szeged, Debrecen és Budapest) és a párhuzamos osztályok, struktúrák integrációja. Bizonyos nagyvárosokban az ellátórendszer különböző szintjein levő szolgáltatók integrációja is megtörtént (pl. Nyíregyháza, Miskolc)

További integrációs lépést jelenthet a különböző városokban levő intézmények összevonása a regionális/megyei intézmények vezetése alatt (pl. Veszprém, Miskolc). Fontos lehetőség a területi együttműködések, hálózatos struktúrák kialakítása (pl. Pannon modell).

A kórházak hagyományos osztálystruktúrája komoly változáson esett át a fejlett országokban, megszűnni látszik az az axióma, hogy terápiás területekhez kapcsoltn kell szervezni a különböző ellátási formákat (sürgősségi ellátás, elektív járóbeteg szakellátás, akut fekvőbeteg ellátás, elektív fekvőbeteg ellátás, krónikus fekvőbeteg ellátás) egy osztályvezető főorvos irányítása alatt.

Mátrixkórház

A hagyományos kórház zárt struktúrájú, és az osztályokra épül. Az osztályok szakmaspecifikusak, azaz egy szakterülethez tartozó betegség teljes ellátási folyamatára (felvétel, kivizsgálás, terápia, emisszióra való felkészítés, utógondozás stb.) szerveződnek. Ennek megfelelően minden önálló szakma egység csak megfelelő üzemméret (orvos-szám, ágyszám) felett valósítható meg.

Az osztályos szerveződési alapon működő kórház az osztályok lazán együttműködő halmaza, melyek vezetői között állandó a versenyhelyzet és a konfliktus. Az osztályok közötti gazdasági együttműködés az eltérő osztályos érdekek miatt nehezen valósul meg. Így fordulhat elő például, hogy egy adott osztály munkaerőhiánnyal küszködik a szomszédos osztály munkaerő feleslege mellett. Az osztályos szerveződésben egy osztály sokkal több ágykapacitást rezervál magának, hiszen máskülönben az előre nem tervezett esetek csúcsidejében a feladatok ellátásához nem lenne képes megfelelő ágyszám kapacitást biztosítani. Az ágyszámhoz aztán megfelelő számú személyzet (elsősorban normál ápolás és ügyelet) valamint technikai felszereltség is dukál.

A mátrix részlegekből felépített kórház szervezeti egységei, részei nem szakma-specifikusak, hanem funkcióhoz kötöttek⁶¹. A fekvőbeteg-ellátásnak itt is elkülönített részlegei vannak. Az

alábbi tényezők határozhatják meg a részlegek kialakítását: felnőtt vs. gyerek, férfi vs. nő, általános vs. speciális (sürgősségi / felvételi, posztoperatív / intenzív, szeptikus) részlegek, általános vs. emelt hotelfunkciójú ápolás.

A mátrixegységek kialakítását az a gazdasági törvényszerűség uralja, hogy a kórház a nem tervezhető esetekhez kapcsoló ingadozó ápolási feladatmennyiségét a mátrixegységek szervezése esetén összességében kisebb humán erőforrás, ágyszám és technikai rezervoár kapacitás mellett tudja ellátni, mint az osztályos rendszerben. Az ápolás minősége az egyes részlegeken állandóbb, azaz az egyes részlegek közti különbségek jóval kisebbek, mint hagyományos osztályos rendszerben. A szélsőségektől mentes minőségű ápolási ellátás összességében költségcsökkentő hatású, hiszen a rossz minőségű ápolás negatív következményeit előre kivédi, illetve az indokolatlan magas költségű ápolási részlegeken a társrészlegekhez viszonyított adatok alapján kivitelezhető a racionalizálás.

A budapesti Szt. Imre Kórház példája bizonyítja, hogy a mátrixszervezet egy korszerű betegirányítási rendszerrel javíthatja a betegellátás színvonalát a költségek egyidejű csökkentése mellett.

A mátrixkórház alapvetően más munkaerő fejlesztési módszereket igényel, mint a hagyományos osztályos elrendezés. Így az ápoló személyzet, a részleg alapfunkciójának megfelelően speciálisan képezhető, de szükség esetén könnyebben valósítható meg az átcsoportosítás.

A mátrixosítás sikere mindazonáltal azon múlik, hogy az osztályvezető főorvosi gárdával mennyire lehet elfogadtatni az új szervezeti felépítést, melyben a szakmai vezető főorvosok kezében kevesebb hatalom összpontosul, mint a hagyományos osztályos struktúra esetében.

A mátrix struktúrájú kórházak kialakítására történtek Magyarországon kezdeményezések, kezdetben kis kórházak kapcsán (ld. Pásztó), majd nagyobb intézményben is (ld. budapesti Szt. Imre Kórház), mindazonáltal a mátrixszerű szerveződést kialakítását nehezíti a központi stratégia hiánya, illetve az elavult pavilonrendszer.

A mátrixszerű működésnek viszonylag sikeres eleme a sürgősségi központok kialakítása volt. A nagyobb kórházak sürgősségi központjaiban a sürgős/akut problémával beérkező betegeket terápiai területtől független, egykapus rendszeren keresztül fogadják, és részesítik elsődleges

ellátásban. A sürgősségi központok kialakítására létezik központi stratégia és komoly fejlesztési forrás, de a fejlesztésekben a helyi kezdeményezések is jelentős szerepet játszanak (pl. Jósa András Oktató Kórház – Nyíregyháza).

4.2.3.3 Tulajdonosi rendszer

A makroszintű szervezeti fejlesztés fő korlátja az önkormányzati rendszerből fakad, akik döntően a fekvőbeteg intézmények tulajdonosai. A mai egészségügyi technológiák tudatos, felülről jövő centralizált kapacitás-szabályozást igényelnek, ebben a helyi politikai erőcsoportok nem partnerek. Egy – a hazaihoz hasonló túlfejlesztett egészségügyi rendszerben először centralizált eszközökkel meghatározandó a struktúra, majd ezután aprózható a tulajdonosi szerkezet. Az önkormányzatoknak gyakran nincs elég forrása az intézmény fenntartásra. Egyre látványosabban megjelenik a regionális fejlesztési dimenzió, ez innovatívnak tekinthető, és lépés a centralizáltabb szervezetfejlesztés irányában. Probléma azonban, hogy az egészségügy progresszív ellátási rendszeréből eredő régiók nem esnek egybe a közigazgatási régiókkal. Finnországban például az egészségügyi fejlesztés zömében egyetemi centrumok köré való fejlesztést jelent.

Érdekes jelenség az önkormányzati tulajdonú kórházak köztulajdonú gazdasági társasággá alakulása, mely lehetővé teszi az önállóbb döntéseket, a tulajdonostól függetlenebb, üzemszerű működést, és az intézményi menedzsment hangsúlyosabb szerepét a stratégiai döntésekben. 2007 óta a gazdasági társasággá alakult kórházak jelentős része azonban a függetlenség hátrányait érzik elsősorban, hiszen az utóbbi évek forráskivonásos időszakában az önkormányzatok már kisebb tulajdonosi kötelezettségekkel bírtak a csökkenő bevételek pótlásában, a beszállítói tartozásokkal szembeni garanciavállalásban, vagy az immáron nem közalkalmazott kórházi dolgozók illetményeit illetően.

A kórházak esetében érdekes, és kudarccal járó kísérlet volt az intézmények funkcionális privatizációja. Ennek során Hospinvest és a Medisyst cégek üzemeltetésre vettek át önkormányzati tulajdonban levő kórházakat, és azokat a méretgazdaságossági szempontokat figyelembe vevő beszerzési rendszerrel, az intézmények közti szinergizmusokra építve, vállalatszerűen próbálták működtetni. Bár a Hospinvest komoly tőkeinjekciót is kapott az Európai Fejlesztési és Újjáépítési Banktól (EBRD), a politikai felhangoktól zajos privatizációs

történet úgy zárult, hogy a működtetők a kórházakat jelentős veszteséggel adták vissza az eredeti tulajdonosoknak, az önkormányzatoknak.

A magánszféra megjelenése az egészségügyben együtt jár a gazdálkodási folyamatok megerősödésével, az üzemszerű működéssel, a folyamatok standardizálásával, a beszerzési tevékenységek hatékonyabbá tételével.

Az Állami Számvevőszék jelentése alapján⁶² egészségügyi ellátórendszerben a magáncégek közreműködése nem tette sikeresebbé az egészségügyi intézmények gazdálkodását. Az ÁSZ jelentés leszögezi, hogy az egészségügyi ágazatnak sem terve, sem stratégiája nincs a magántőke bevonásával, lehetséges szerepvállalásával kapcsolatban; átláthatatlan folyamatok, szabályozatlan piaci viszonyok alakítják a területen amúgy gőzerővel zajló privatizációt.

4.2.3.4 Integrált egészségügyi rendszerek – irányított betegellátás

Az irányított betegellátás egyfajta piacosodást jelent az államilag szabályozott rendszerekben. Az irányított betegellátási rendszerektől a nemzetközi tapasztalatok alapján hatékonyságnövekedést várnak a rendszer működtetői.

Az integrált rendszerek egyik fő típusában a szolgáltatók egy részének ad át a finanszírozó bizonyos finanszírozási jogosítványokat, pl. házi orvosoknak a szakellátás vagy a támogatott gyógyszerellátás költségét. Amennyiben a betegek választási szabadsága csökken, több problémájukat oldják meg az alapellátás szintjén és ezzel együtt kevesebbet járnak a szakellátásba, vagy kevesebb párhuzamos ellátást vesznek igénybe, úgy a rendszerben megtakarítások keletkeznek. A finanszírozói szerepkört átvállaló szolgáltatók ez esetben a megtakarításokat megosztják a finanszírozóval.

Másik lehetőségként a finanszírozó kap szolgáltatói funkciókat. A HMO (Health Maintenance Organisation) egy olyan egészségbiztosító, amely felvehet orvosokat, akik a betegek alapellátásán kívül a betegek irányításával, a hatékonyabb betegutak kialakításával is foglalkoznak.

Közös a két rendszerben, hogy a finanszírozási és szolgáltatói funkciók valamelyikének megosztását jelenti egy integrált rendszerben, a hatékonyabb betegút-menedzsment érdekében.

Magyarországon az irányított betegellátás modellkísérlete több éven keresztül működött az egészségpolitika támogatásával, majd egészségpolitikai döntésre egyik pillanatról a másikra megszűnt.

4.2.4 A kiszervezés szerepe

A profitorientáltság miatt a kiszervezett területek szervezet –és folyamatorientáltság szempontjából optimális esetben jobbak, sokkal erőteljesebben protokollvezéreltek, mint a közszféra területei. Ez gazdálkodási szempontból magasabb minőséghez vezet.

A közvetlen egészségügyi szolgáltatások kiszervezése esetében egyfajta top-down modelltől beszélhetünk, hiszen a dialízis, képalkotó diagnosztika, klinikai vizsgálatok esetén egy meglévő, a nemzetközi cégek által kialakított gyakorlat hazai implementációja valósult meg Magyarországon.

A háttérszolgáltatások (nem közvetlen egészségügyi szolgáltatások) kiszervezésének optimális kimenetele a kiszervező szempontjából azonos minőségű szolgáltatáshoz való hozzájárulás kevesebb költség mellett. A szervezet és folyamatok optimalizálása ebben a típusú kiszervezésben is megtalálható, ami innovációnak tekinthető.

Magyarországon egyes szolgáltatási területek spontán módra történő kiszervezése a 90-es évek elején kezdődött elsősorban elsősorban a nagyobb fedezeti hányadot biztosító szolgáltatási területeken. A művese, a képalkotó diagnosztika, labordiagnosztikai, a neuroradiológia privatizációja központi egészségpolitikai stratégia nélkül zajlott le.

Ma már általánosnak mondható a nem közvetlen betegellátáshoz tartozó szolgáltatások tudatos kiszervezése. Az interjúk során mindazonáltal említésre került az is, hogy a kiszervezés önmagában nem feltétlen előremutató lépés. Az Állami Számvevőszék jelentése alapján általában a közpénzek felhasználása tekintetében drágán, és előnytelen feltételekkel szerződnek az egészségügyben a magáncégekkel⁶². Jobb szabályozási környezetre volna szükség, ami a kiszervezés kondícióit erőteljesebben regulálná, ehhez megfelelő benchmark adatok, hogy ne kerülhessen sor előnytelen alvállalkozói szerződések megkötésére. A kórházi gyógyszerellátás kiszervezése vállalkozási keretek közé a felelősségi viszonyok megnyugtató kezelése nélkül kérdésessé teszi, hogyan tud a kórházi főgyógyszerész mind a vállalkozói, mind a kórház főigazgatói elvárásoknak egyszerre megfelelni. Az outsourcinghoz hasonló

gazdasági eredmények megfelelő vezetéssel, belső érdekelttség megteremtésével is elérhetőek. A háttérszolgáltatások, mint például az ételmezés megtartása, és más intézményekre való kiterjesztése akár haszonnal is járhat.

4.2.5 Új szolgáltatási területek

Az egészségügyi szolgáltatók felismerték, hogy az egészségügyi ellátás esetleges veszteségeit kompenzálhatják új szolgáltatási területek bekapcsolásával, mint például a rehabilitációs ellátás, wellness programok, klinikai vizsgálatok, kutatási tevékenységek, kórházi gyógyszertár, térítéses/külföldi betegek ellátása, ahol az OEP bevételeken felül tudnak bevételeket realizálni.

Fontos eleme lehetne a szervezetfejlesztésnek az új tevékenységi területeken az üzemszerű működés kialakítása, akár spin-off cég létrehozásával is. Ilyen cégekben az egészségügyi intézmények úgy tudnák diverzifikálni a tevékenységüket, hogy az új tevékenységi köröket vállalatszerűen működtessék a tulajdon (legalább részleges) megtartásával. Bár a kórházi gyógyszertár, a klinikai vizsgálati centrum, a stb. működhetne önálló gazdasági társasági formában, de erre kevés példa akad.

Nem tekinthető általánosnak, de jelentőségét tekintve szintén a fejlődést szolgálja a VIP kórtermek kialakítása egyes fekvőbeteg intézményekben. Mindazonáltal sokkal hatékonyabb módja volna az emelt szintű térítéses ellátás fejlődésnek a mátrix jellegű VIP osztály kialakítása, ahol 4 csillagos hotelfunkciós ápolási osztály jönne létre, azaz nem minden osztályon lenne egy-egy külön VIP kórterem az osztályvezető főorvos fennhatósága alatt.

Elsősorban egyetemi klinikai központok megnyitották az innovációs irodáikat, amelyek a szellemi tulajdon kezelésével, forrásszerzéssel, spin-off cégek kezelésével foglalkoznak. Ezek a helyeken kezd megjelenni a kockázati tőke, ennek összes pozitívumával és negatívumával együtt.

Az innovációs folyamatok átstrukturálják a finanszírozás jellegét, ezen keresztül a szolgáltatói struktúrát. Például új innovatív diagnosztikai eljárásokhoz új kasszákat kell nyitni, új szabályozási utakat kell nyitni, mindezek nyomán új intézményi egységek jöhetnek létre.

4.2.6 Minőségbiztosítás szerepe

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésében komoly szerepet játszik a minőségbiztosítás, a minőségmenedzsment. A minőségmenedzsmentnek többféle megközelítése van.

A minőség egyfelől meghatározódhat a struktúra szerint, azaz a minimumfeltételek taxatív felsorolása alapján. Az egészségügyi ellátórendszer meghatározott szintjein a minimumfeltételeket (létszám, személyi állomány összetétele, műszerezettség stb.) központilag meghatározták, azonban ezek teljesülését hosszú ideig nem ellenőrizték. A minimumfeltételek megvalósítása ugyanis fejlesztési forrásokat igényel a tulajdonosok részéről, hiszen szigorú ellenőrzés esetén a köztulajdonban levő hazai egészségügyi intézmények nem kis hányada nem felelne meg a minimumfeltételekben meghatározott követelményeknek.

A minőségbiztosítás vonatkozhat a folyamatokra: egy adott tünetegyüttes vagy diagnózis esetén adott vizsgálatok, beavatkozások végzendők el, azonos algoritmus, terápiás protokoll szerint. Az Egészségügyi Minisztérium honlapján megtalálható szakmai protokollok, terápiás irányelvek a minőségbiztosítással foglalkozó részen belül találhatóak.

Végezetül a minőségbiztosítás lehet eredmény vagy kimenetel alapú, azonos jellegű betegségek esetén elvileg elvárható volna, hogy a kezelés eredményessége hasonló legyen, azaz például ne legyen két azonos progresszivitási szinten levő megyei kórház között különbség a szövődményes szülések gyakoriságában, a szívinfarktus utáni 30 napos túlélésben vagy a sebészi kezelések utáni kórházi nozokomiális fertőzések gyakoriságában. A kórházakat meghatározott indikátorok alapján rangsorba lehet állítani, hasonlóan a középiskolák vagy egyetemek eredményességi rangsorához.

Az indikátorok meghatározása és ez alapján a kórházak közti rangsorok publikussá tétele javíthatná az intézmények érdekeltségét az eredményesebb működésre, bár ellenőrzés nélkül természetesen veszélyekkel is járhat (ld. betegek lefölözése és kontraszelekciója).

A minőségbiztosítás azért is kiemelten fontos az egészségügyi rendszer fejlesztése és innovációja kapcsán, mert a finanszírozási források csökkenésével, illetve a profitérdekelt, vállalatszerű működés terjedésével együtt jár az a veszély, hogy a nagyobb fedezeti hányadot a minőség rontásával, a betegek szelektálásával érik el a szolgáltatók. Hatékonyság javulást mindazonáltal csak azokkal a fejlesztésekkel lehet elérni, melyekben a kimenetel legalább

azonos marad a költségek csökkentése mellett (vagy fordítva, azonos ráfordításból nagyobb eredmény biztosítható).

4.2.7 A beteg szerepe az egészségügyi közszolgáltatások innovációjában

A lakosság szerepe az egészségügyi közszolgáltatásban kettős: részben adó –és járulékfizetőként a rendszer fenntartói, részben pedig páciensként szolgáltatások megrendelői, igénybe vevői. A két szerepkör egymástól elkülönül, és részben ellent is mond egymásnak. A rendszer fenntartójaként rövid távon az egyének a minél kisebb méretű járulékfizetésben érdekeltek, melyből a racionális intézményi struktúra kialakítása, mindenki számára csak a valóban szükséges ellátások biztosítása következne.

Betegként viszont az elérhető legmagasabb szolgáltatási és komfortfokozatot (akár az gazdaságilag megengedhető szinten túlmutatóan is) szeretné magának vagy hozzátartozóinak biztosítani, lakóhelyéhez közel. Ebből következhet a túlfejlesztett intézményi struktúra, rossz méret –és választékgazdaságosság, illetve ellenállás mindenfajta kapacitáscsökkentési és negatív finanszírozó döntés (pl. vizitdíj, gyógyszer kizárása a támogatás rendszerből) ellen.

A betegszervezetek számának és szerepének növekedésével, az információs forradalommal (internet, web 2.0) párhuzamosan a betegek informáltsága saját betegségükről egyre nagyobb, esetenként egyes rész kérdésekben eléri vagy meg is haladja az orvosét. Az információs aszimmetria miatti paternalisztikus orvoslás az utóbbi időben kezd háttérbe szorulni, a betegek döntéshozói szerepköre erősödik.

A betegek egy része nemcsak, hogy ismeri a legújabb technológiákat, hanem arról is van információja, hogy az melyik nálunk fejlettebb országban áll már közfinanszírozás alatt. A gyártók mellett tehát az egyre informáltabb betegek is óriási nyomást gyakorolnak mind az orvos-szakmára (pl. az elérhető technológia nyomonkövetése tekintetében, a komplementer medicina alkalmazásában), mind pedig a finanszírozóra (az új technológia közfinanszírozásba való befogadása tekintetében). Vélhetően ez a nyomás a jövőben tovább fog fokozódni.

A média egyes súlyos, kis populációt érintő betegcsoportok hangjának artikulálásában, felerősítésében természeténél fogva komoly szerepet játszik. A populista, érzelmet meglovagoló hangok etikus, méltányos, és a közösség érdekeit is figyelembe vevő eredményes kezelésében a szakmai, explicit, következetes döntéseken alapuló, higgadt

érvelésnek döntő szerepe van a finanszírozó részéről. A stratégia nélkül, ad hoc, nyomásra meghozott befogadási döntések veszedelmes precedenseket teremthetnek.

A szakmai szempontokon túlmenően egyre inkább előkerül az általános komfortfokozat szintje az egészségügyben. Magyarországon is megjelent az a társadalmi réteg, amely anyagilag kellően megerősödött ahhoz, hogy emelt szintű hotelszolgáltatásokat is ki tudjon fizetni. Ezekre az igényekre válaszul egyre több kórházban jelennek meg amerikai és nyugat-európai mintára VIP kórtermek, külön vizesblokkal, nővérrel, internet és TV kapcsolattal, csökkentett ágyszámmal, felár ellenében. A legfejlettebb országokban ez nem csupán kórtermekben, hanem önálló magánklinikákban ölt testet. Hazánkban a Telki Kórház példa minderre.

A társadalom egyes rétegeinek gazdasági megerősödése, az egészségtudatos életmód terjedése kedvezett több új, az egészségügy, a kozmetika, divat és a turizmus határterületén lévő szolgáltatás megjelenésének, így dinamikusan nő a szépségápolás, wellness, plasztikai beavatkozások, gyógyturizmus szerepe és jelentősége. Magyarország földrajzi és éghajlati adottságai (Hévíz, Hajdúszoboszló) miatt az utóbbi számára kiemelten kedvező lehetőségeket nyújt. Összefoglalásul elmondható, hogy ezen új szolgáltatási területek felé jelentkező keresletet mind a köz-, mind a magánszféra jó hatásokkal tudta kielégíteni, amely komoly kitörési pont lehet a jövőben.

Az, hogy az egészségügyi közszolgáltatás rendszere mennyire képes a betegek számára megfelelő ellátást biztosítani, függ az adott szolgáltatási területtől, a földrajzi elhelyezkedéstől. Bár mikroszinten vannak pozitív kezdeményezések, de az utóbbi egy-két év forráshiányos időszakában a minőség rendszerszinten az általános megítélések alapján romlott. A hozzáférhetőségben, az ellátás szerveztségében az intézményi teljesítmény volumen korlát (TVK) miatt komoly különbségek vannak, a közömbösség, közönyösség és kimerültség a dolgozók oldaláról a minőség rovására megy. Mindezt erősíti az alulfizettség és a társadalmi elismertség hiánya. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének romlásáért a mélyinterjúk tanulsága szerint az ellátórendszeren kívül álló okok is nagymértékben felelősek, ilyen tekintetben az egészségpolitika szerepe és felelőssége megkerülhetetlen. Fontos lenne annak a társadalmi ellentmondásnak a feloldása is, amely a lehető legmagasabb szintű ellátást várja el a lakóhelyhez lehető legközelebb. Jelenleg a kórházak teljes lefedettség nyújtására

törekсенek, ami a források elaprózásához, minőségromláshoz vezet. A társadalom jelenleg nem fogadja el azt, hogy a kórházak profiltisztítása a minőség javulásához vezetne.

4.2.8 IT fejlesztések

A bizonyítékokon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal, a valós finanszírozási adatok alapján kivitelezett obszervációs vizsgálatok, az egészség-gazdaságtani elemzések, a minőségmenedzsment, a minőségi indikátorok rendszere, az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási ösztönzői (pl. irányított betegellátás), a betegút menedzsment, a teljesítmény alapú finanszírozói kockázatmegosztás jelentősen javít(hat)ják az egészségügyi rendszer hatékonyságát, azonban mindezek alapja a jól működő informatikai rendszer. A XXI. században tudatos, explicit K+F+I folyamat nem létezhet megfelelő informatikai háttér nélkül. Az informatikai fejlesztések egyik potenciális végpontja az elektronikus TAJ kártya bevezetése volna.

Az egészségügyi IT rendszerek hazai fejlesztéséről általánosságban elmondható, hogy igen jelentős fejlesztési összegeket fordítottak erre a területre, azonban ezek között sajnálatosan sok korrupciógyanús projekt is előfordult. Számos projektben jelentős közpénz felhasználás mellett nem teljesültek a kitűzött célok. Mindazonáltal a hazai egészségügyi informatikai rendszer óriásit fejlődött az elmúlt két évtizedben.

A területben rejlő potenciál teljes kiaknázását részben az egyéni adatok védelme akadályozza. E tanulmánynak nem célja, hogy meghatározza az egyéni adatok védelme és a közfinanszírozású egészségügyi rendszer adatainak közcélú felhasználása közti optimális határvonalat. Azonban tény, hogy a finanszírozási adatok hozzáférhetőségének közcélú felhasználásában az Országos Egészségbiztosítási Pénztár sokszor konzervatívabb álláspontot képvisel, mint az adatvédelmi biztos. Az OEP anonimizált individuális betegadatokat még indokolt esetben sem ad ki kutatási célokra, nem tett lépéseket annak érdekében, hogy a KSH-hoz hasonlóan kutatói szobát hozzon létre, az adatok hozzáférhetőségéről nincsen transzparens irányelve, díjtáblázata, stb. Ez azért jelent komoly problémát, mert más országokban a közfinanszírozású rendszerek adatainak kutatása egyre komolyabb szerepet kap a bizonyítékokon alapuló egészségpolitikai döntéshozatalban, mely egyben növeli a közpénzek elköltése feletti társadalmi kontrollt.

Az OEP adatok kutatásra történő felhasználását gyakran az egyéni adatok védelmére hivatkozva utasítják vissza. Több interjúalanyunk mindenesetre megemlíttette, hogy az OEP transzparensbb informatikai rendszere és adatszolgáltatása bizonyos egyéni és csoportérdekeket sérthet.

Az információs technológiai fejlesztések pozitív példájaként említhetőek a laikus lakosság számára indított közérthető, call centeres és internetes tájékoztatását elősegítő kezdeményezések. Előremutató a közhiteles adatbázisok fejlesztése, sajnálatos módon ezek kutatási célból való hozzáférhetősége erősen korlátozott. A fejlesztési elképzelések során egyre inkább teret nyert korszerű technológiai platformok, eljárások alkalmazása, az internet, mint információs adatbázis és mint szolgáltatási platform. Ilyen továbbá a telemedicina, az infokommunikációs eszközökkel támogatott szolgáltatási területek, olyan szolgáltatások, amelyek hagyományos kórházi szolgáltatásokat váltanak ki (otthoni szakápolás, ellátás, kombinált, multidiszciplináris teameken alapuló szolgáltatási területek).

Előremutató informatikai fejlesztés volt 2003-ban az Egészségügyi és Szociális Ágazati Információs Stratégia⁶³. Ennek keretében egyik E-egészségügyi programként az intézményközi informatikai kommunikáció fejlesztése szerepelt (laborvizsgálatok intézményközi megosztása, beutalási rendszer, elektronikus képtovábbítás, távdiagnózis – a rendszer bizonyos korlátokkal képes lett volna például a humánerőforrás kapacitás-hiányok kompenzációjára). Megvalósulásában akadály a volt a projektmenedzsment minőségének a hiányossága. Egyes résztvevők saját IT rendszerük kiépítésének forrását látták meg a programban, holott nem ez volt a cél. Összegezve, a projekt tapasztalatai egyelőre nem hasznosultak az elvárt mértékben.

4.3 Az innováció mérhetősége az egészségügyben

A technológiai innováció az egészségügyi ellátórendszerben mérhető, ennek jól látható jelei az új technológiák terjedése, a beavatkozások számának vagy az innovatív termékek forgalmának a növekedése. Vizsgálható a korszerű technológiák, például egy minimálinvazív technológia, egynapos sebészet, biológiai terápiák, diagnosztikák penetrációja, elterjedtsége más országokhoz képest.

Bár az innovatív technológiák elterjedtségéről rendelkezünk ismeretekkel, de sajnálatos módon a hozzájuk kapcsolódó egészségnyereség jelenleg nem, illetve igen korlátozottan mérhető, jóllehet finanszírozói adatbázisokból részben rendelkezésre állnának ezek az adatok.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése, a szervezet- és folyamat innováció azonban nehezebben mérhető. A szuboptimális intézményi menedzsmentnek például nincsen objektív mércéje, hiszen a rosszul gazdálkodó kórház a tulajdonos vagy éppen a közfinanszírozó időnként konszolidálja. Az intézményi menedzsment ezért nem egyértelműen érdekelt abban, hogy konfliktusokat is felvállalva hatékonyabb munkára ösztönözze kórháza dolgozóit. A közfinanszírozott egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó finanszírozói adatbázis kutathatóságának és hozzáférhetőségének korlátai nehezítik az egészségügyi ellátórendszerben az innováció mérhetőségét.

A napi gyakorlatban is alkalmazható szabadalmak száma, a nemzetközi közlemények bizonyos területeken alkalmasak lehetnek az innováció mérhetőségének biztosítására.

A klinikai vizsgálatok, a résztvevő betegek száma, a klinikai vizsgálati bevételek nagysága is lehet az innováció egyik mutatószáma az egészségügyi intézményekben, ugyanis a klinikai vizsgálatokat csak magas színvonalon és megbízhatóan működő egészségügyi intézményekbe allokálnak a vizsgálatok szponzorai. Az ETT/OGYI adatokból rendelkezésre áll az egy évben folyó engedélyezett gyógyszervizsgálatok száma.

Jellemezhető emellett az innováció például azzal, hogy milyen arányban jutnak el K+F projektek a gazdasági hasznosításig/piaci megjelenésig. Egy - a mélyinterjúk alkalmával elhangzott becslés szerint 15-20 elképzelésből évente két-három juthat el a megvalósításig.

4.4 Szervezeti, regulációs és finansziális tényezők

Több interjúalany véleménye alapján az egészségügyi intézmények vezetői gyakran nem érdekeltek a valódi innovációban, a korszerű intézményi struktúra kialakításában, illetve számukra az innováció önmagában idegen. Az egyik legfontosabb primér gát ez, és nem feltétlenül a forráshiány.

Többek véleménye alapján az egészségpolitikai csúcsintézmények felsővezetői köre gyakran kontraszelektált, és ezeknek a vezetőknek a célja a túlélés. Az ágazatvezetés minősége a kihívásokhoz mérten nem megfelelő, melyet tovább súlyosbít az tény, hogy az egészségügy

rendkívül átpolitizált. A regulációs gátak – ha vannak ilyenek – a leggyorsabban változtatható tényezőt jelentik a szervezeti, regulációs és pénzügyi hármásából. A reguláció önmagában való megváltozása azonban kevés. Nincs szükség új szervezetekre innováció terén, nincsenek komoly szervezeti gátak, hanem a meglévők vezetőinek tudatán, hozzáállásán kellene formálni.

Szervezeti és irányítás szempontjából az egészségügyi struktúra merev. A piacra lépés szabályai alig változtak, a finanszírozói tisztségviselők elmondása alapján az ÁNTSZ minimumfeltételeket teljesítő szolgáltatókkal az OEP köteles szerződést kötni. Ez minimális szelekciós lehetőséget jelent az OEP számára, és hátrányos a finanszírozói ösztönzőkkel támogatott innováció szempontjából.

Nagyon komoly gátlóerő a bizalom és kooperáció alacsony színvonala a résztvevők között. Az innováció tekintetében az egészséges szakmai közélet kulcsfontosságú lenne, ennek kapcsán ösztönözni kellene a nyilvános szakmai vitákat. Infrastrukturális, valamint pénzügyi tényezőkre visszavezethető személyi problémák nehezítik az innovációt és a fejlesztéseket.

Az egészségügyi K+F+I-nek kormányzati szintű képviselőre lenne szüksége. Karbantartott K+F+I stratégia lenne szükséges, megfelelő számú, Magyarország számára releváns prioritással. Ennek hiányában hiába vannak előremutató együttműködések az egyetemek, KKV-k és az ipar között, ha a szakpolitika nem végzi el a feladatát. Az innováció gátjai részben a jelenlegi rendszer haszonélvezői, másrészt fontos tényező, hogy az ellátórendszer korszerűsítése, az intézményrendszer hatékonyabbá tétele gyakran helyi közösségi érdekeket sért.

Az innováció egyik legnagyobb hajtóerejének a kényszer, ezen belül is a finanszírozási kényszer valamint a képzett humán erőforrás hiánya tekinthető. Emellett a hozzáférés tekintetében egyre kimutathatóbb esélyegyenlőtlenség, a társadalmi kontroll is olyan kényszert jelent, amely hajtóerő lehet az innovációra. A válság erősödésével a túlélés kényszere innovatív megoldásokhoz vezet mind a makro-, mind a mikroszinten. Ebben az is szerepet játszik, hogy az egészségügy egy olyan „terméket” állít elő – az egészségnyereséget – ami mindenkor eladható lesz a piacon, hiszen a betegek még válság idején sem foghatják vissza a keresletüket bizonyos egészségügyi szolgáltatások iránt.

Az innováció komoly hajtóereje lehetne egy korszerű támogatáspolitikai rendszer. Ez beengedné a korszerű eljárásokat, és megvonná a támogatást az elavultabb technológiáktól.

Azaz nemcsak befogadáspolitikai rendszerre van szükség, hanem ezzel párhuzamosan a kifogadáspolitikára is. Finanziális oldalon ehhez ösztönzők kellene, a korszerű, nagyobb egészségnyereséget elfogadható költséggel nyújtó technológiák javára.

Reguláció tekintetében kapacitások szabályozásával lehet segíteni az innovatív megoldások elterjedését, más területeken pedig a fenti kritériumrendszernek nem megfelelő eljárások visszavonásával. Ez történhet jogszabályi változtatásokkal, intézményrendszerek működtetésével, és ösztönzőkkel. Szervezetileg a térségben integrált megoldások előnyösebbek a merev, szintenként elkülönült struktúráknál.

5 Esettanulmányok

5.1.1 Esettanulmány 1: Innovációs folyamatok a közforgalmú gyógyszerértári gyógyszerészetben

A rendszerváltozást követően 1990 és 1994 között körülbelül ötszáz új jogelőd nélküli közforgalmú gyógyszerértárat alapítottak. A korábban meglévő, állami/önkormányzati tulajdonú gyógyszerértárok (1440) privatizálására 1995-től volt lehetőség. A privatizáció kedvezményezettjei döntően a gyógyszerértárvezetők voltak. Többségük nyugdíjazás előtt állt és ekkor alapította meg első vállalkozását.

Az egyetemi gyógyszerészképzés és a posztgraduális képzés az új feladatkör megkívánta vezetési és menedzsment szemlélet oktatásával nem tartott lépést, a gyógyszerészi szervezetek (MGYK, MGYT, MOSZ) ezt a feladatot csak korlátozottan voltak képesek ellátni. Az új helyzet új ismereteket és készségeket kívánt meg a személyi jogos gyógyszerészekről, azonban ezek megszerzésére és alkalmazására a jogelőd nélküli gyógyszerértárat alapított gyógyszerészek és a korábbi gyógyszerértárvezetők is csak részben voltak képesek. Bár az átállás okozta kihívásoknak többnyire sikerült megfelelni, a későbbi változásokhoz való adaptációhoz szükséges szemlélet megszerzése már elmaradt a kívánatos szinttől. Az új tulajdonosi kör – részben a magasabb átlagéletkorból fakadóan, részben a gyógyszerészi szerepfelfogás miatt mérsékelten volt fogékony az innovációra.

A gyógyszerertár, mint vállalkozás vezetése többletidőt és –energiát kívánt a korábban lényegében szakmai vezetőként tevékenykedő személyi jogos gyógyszerészekről. Az így kieső munkaidő pótlására az egyetemi képzés megfelelő számú gyógyszerészt nem volt képes biztosítani, így a klasszikus gyógyszerészi feladatok egy része a szakasszisztensek és asszisztensek feladatává lett, akiknek a felkészültsége erre nem volt megfelelő és a jogszabályi felhatalmazása is részben hiányzott. A munkaerőhiány és a kompetenciakörök változása a szakmai tevékenység politika és társadalom által elvárt fejlődésének gátjává vált.

Az MGYK (Magyar Gyógyszerész Kamara) stratégiája a privatizáció befejezését követően a status quo fenntartását célozta. Mivel a privatizáció során eleve beépültek a rendszerbe feszültségcök, továbbá a gyógyszerellátás dinamikus szakmai, társadalmi és gazdasági környezetbe került, a kamara stratégiája ezek kezelésére kevésbé volt alkalmas; a politikai döntéshozó pedig egy sokszereplős erőterben mozgott, az ellentmondások hivatkozási alapul szolgáltak 2006-ban a gyógyszerpiac liberalizációjában érdekelt erők számára.

A gyógyszerellátás liberalizációjának a gyógyszerellátás struktúráját érintő intézkedései szabadabbá tették a patika-alapítást, könnyebbé és olcsóbbá tették új szereplők piacra lépését. Megszűnt a személyi jog, mint a gyógyszerertár kizárólagos működtetésére a MGYK által adott jogosítvány és a gazdasági társaságokra vonatkozó korábbi korlátozó intézkedéseket is eltörölték. De facto megszüntették az MGYK köztestületi jogosítványait és a korábbi etikai szabályozást átalakították. Lehetővé tették bizonyos gyógyszerek gyógyszerertáron kívüli kiskereskedelmét is. A gyógyszer-expediálást a szakasszisztens alanyi jogaként rögzíti a jogszabály, így az egyéb intézkedésekkel együtt lényegében alig maradt kizárólagos, piacképes és jogszabályban elismert gyógyszerészi kompetencia. A gyógyszerertár, mint gazdasági vállalkozás működtetési formájának átalakítása lehetővé tette a gyógyszerertárláncok megjelenését. A folyamatosan csökkenő kiskereskedelmi árrés-százalék (amely az egyik legalacsonyabb az EU-ban), a piacon 2007 eleje óta megjelenő, több mint 400 új közforgalmú gyógyszerertár forgalom-elszívó hatása, valamint ezek munkaerő-hiányt generáló volta nyomán a megemelkedő költségek és csökkenő bevételek igen nehéz üzemgazdasági helyzetet eredményeztek a gyógyszerertárak egy jelentős részében. A gyógyszer-kiskereskedelmet fő tevékenységi körként folytató vállalkozások közül mintegy 600 db. a 2008. évi adóbevallásában veszteséget jelentett (ágazati szinten mintegy 6 Md Ft értékben).

Mindezen tényezők a versenyhelyzet erősödéséhez, a patikák eladósodásának növekedéséhez, bezárásához illetve nagykereskedői érdekkörbe kerüléséhez vezettek, továbbá ma már jól látható működési zavarokat okoznak, a gazdasági környezet kiszámíthatatlanná vált. A MGYK 2006 vége után lényegében ártértékelt korábbi stratégiáját. A korábbi stratégiát lényegében a 2006-os intézkedések negatív hatásainak mérséklését célzó (kármentő) stratégia váltotta fel. A főbb célok közé került

- a gyógyszerellátás gazdasági stabilizálása és a gyógyszerész egzisztenciális/tulajdonosi pozíciójának védelme,
- a gyógyszerészi kompetenciák rendezése és
- a kamara pozíciójának stabilizálása, elvesztett jogköreinek visszaszerzése.

A korábbi, status quo őrzését célzó politikát egy proaktív, az ágazati vezetés elébe menő, a kihívásokat megelőzni próbáló attitűd váltotta fel, eddig csupán részleges eredménnyel. A konszenzuskeresés számos területen – generikus helyettesítés érdekeltségi rendszerének megteremtése, jogalkotási kérdések, stb. megfigyelhető. A politika fogadókészsége e kezdeményezések egy részére korlátozott volt. Az MGYK részéről egyre inkább megfigyelhető a tudatos stratégiaalkotás iránti igény, és azt ezt segítő szervezeti változások. Több változást kezdeményeztek. Ezek részeként jött létre a Gyógyszerészeti Egyeztető Fórum, amelyen belül munkabizottságok alakultak. Az MGYK felismerte, hogy a közforgalmú gyógyszertári gyógyszerészet és a gyógyszerészek jövője szempontjából kulcsfontosságú az egészségügyi szolgáltatói jelleg hangsúlyozása és a kiskereskedelmi szerepből való kitörés. Az egyes területek összefogására társadalmi munkában működő munkabizottságok (összesen 5-6 bizottság, bizottságonként kb. 3-4 fő) jöttek létre, tevékenységük intenzitása és eredményessége változó.

Az MGYK kezdeményezésére létrehozott Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottság innovatív szerepe meghatározó: célja a gondozási programok, továbbképzések szakszerűségének biztosítása, mindennapi gyakorlattá tételének (tömegesítésének) elősegítése. Tagjai a három gyógyszerészi szervezet által delegált 2-2 fő.

Több bizottság stratégiai kérdésekkel foglalkozik, a gyógyszerészi kompetenciák rendezése érdekében öt fő célterületet tűztek ki: a személyi jog/felelős vezetői pozíció megerősítése, az expediálás egészségügyi szolgáltatóként való fejlesztése, a gyógyszertári minőségbiztosítás

megújítása, a gyógyszerészi gondozás elfogadtatása és napi gyakorlattá tétele, a magisztrális gyógyszerkészítéshez szükséges feltételek megteremtése, az alkalmazott gyógyszerészek szakmai függetlenségének biztosítása. Ezen kérdések megvitatásával mintegy 6-7 fő foglalkozik társadalmi munkában.

Ezen innovatív kitörési pontok némelyikében jogszabályi változásokat sikerült elérni (pl. expediálás egészségügyi szolgáltatásként való elismertetése, gyógyszerészi gondozás szabályozásának megjelenése, felelős vezető státuszának megerősítése), más területeken intenzív szakmai háttérmunka folyik. Azonban a mindennapi szintű (közvetlen gyógyszerértári) implementációja az új törekvéseknek még korlátozott, melynek oka döntően az anyagi elismertetés hiánya.

A patikai szinten a válságmenedzsment még kevésbé tudatos, hiszen a menedzsment ismeretek részben hiányoznak. Az óvatosabb gazdálkodásra, a tudatosabb készletgazdálkodásra minden fórumon figyelmeztetik a gyógyszerészeket, a nagykereskedőkkel való stratégiai együttműködés kialakításában a kamara tevőlegesen vett részt.

Nem megkerülhető a gyógyszerértári szakemberek képzésének kérdése sem. A szakasszisztens képzés színvonala egyenetlen, a jogszabályokban nevesített kompetencia-körök betöltésére csak korlátozottan teszi őket alkalmassá. A gyógyszerész alapképzés mennyiségi mutatóiban jelenleg nem elégíti ki a piaci keresletet, gyakran az alapfunkciók ellátása szempontjából is heterogénnek tekinthető. A rezidensképzés színvonala emelésre szorul, hiányoznak a menedzsment ismeretek és a megfelelő farmakoökonómiai háttér. Komoly kihívást jelent a kimeneti követelmények új elvárásokhoz igazítása.

Összefoglalva a szakma reagálása 2006 óta reaktívból proaktívvá vált, de az MGYK szakmapolitikai céljainak implementációja a mindennapi gyógyszerértári gyakorlatban még nem teljes körű.

5.2 A technológiai fejlődés finanszírozási technikák innovációját kikényszerítő hatása

Az egészségügyben a drága innovatív technológiák megjelenése kapcsán a társadalmi haszon maximalizációja nem érhető el pusztán a hatásosság és biztonságosság figyelembe vételével, hanem a korlátos erőforrások miatt vizsgálandó a valós életben nyerhető egészségnyereség (azaz eredményesség), a költséghatékonyság, a költségvetési hatás, valamint a méltányosság kérdése is.

Különbség az oktatási ágazathoz képest, hogy az oktatásban nem jelentkezik az egészségügyhöz mérhető technológiai innovációs nyomás, emiatt a költséghatékonyság vizsgálata viszonylagosan háttérbe szorulhat a méltányossághoz képest.

Az új technológiák/szolgáltatások által kikényszerített finanszírozói innovációval az alábbi két esetismertetés foglalkozik.

5.2.1 Esettanulmány 2: A gyógyító-megelőző ellátások közfinanszírozásának innovációja

A közfinanszírozott biztosítási elven alapuló egészségügyi rendszerben a szolgáltatások finanszírozása döntően állami feladat. Ezen szolgáltatások keresletének növekedését több tényező okozza. Az egyik ilyen a folyamatosan növekvő – gyakran politikai célokat is szolgáló – társadalmi elvárások szerepe; ezeket részben az öregedés, a krónikus betegségek gazdasági terhének növekedése, a növekvő élettartam folyamányaként eltöltött több egészségben és betegségben leélt életév, valamint az ezzel járó ápolási igény magyaráz. Másrészt, bizonyos társadalmi rétegek gazdasági megerősödése következményeként növekvő igény fogalmazódik meg a szolgáltatások színvonalának növelésére is. Mindezen elvárások kibontakozását a finanszírozó részéről jelentkező kemény költségvetési korlát akadályozza, illetve korlátozza. A rendszeren belüli feszültségeket tovább fokozzák a szolgáltatók szempontjai, ahol ezek a társadalmi elvárások közvetlenül jelentkeznek, úgy, hogy a szolgáltatók költségvetése szintén korlátosnak tekinthető, miközben fix költségeik folyamatosan növekednek. Mind a finanszírozó, mind a szolgáltató fontos szempontja a kiadások tervezhetősége, valamint a hatékonyságra való ösztönzés.

A szolgáltatások finanszírozásának elsődleges eszköze a rendszerváltás előtt a bázisfinanszírozás volt. Ez azt jelenti, hogy a szolgáltató, gyakorlatilag függetlenül az általa elvégzett munka mennyiségétől, az előző éves finanszírozásának összegét kapta, valamilyen indexálással kiegészítve. Ez a megoldás mind a finanszírozó, mind a szolgáltató részről tervezhető, de igen gyenge kapcsolatban van a szolgáltató által végzett tényleges teljesítménnyel, így elsősorban energiainimalizálásra ösztönöz.

A rendszerváltás vívmányaként bevezetett teljesítmény-finanszírozás megoldást nyújtott a második problémára. A háziorvos kártyapénzt kapott a hozzá bejelentett betegek után, ami a betegek vonzására és megtartására valóban ösztönzőleg hatott, azonban érdekeltté tette a háziorvost, hogy a beteget kezelés nélkül magasabb progresszivitási szintre utalja tovább. A járóbeteg szakellátás ún. német pontokat, az aktív fekvőbeteg ellátás HBCs pontokat kapott a teljesítménye után, a krónikus fekvőbeteg ellátást az ápolási napok szerint finanszírozták. A német pont és HBCS finanszírozási súlyokat a diagnózis súlyossága alapján, prospektíven határozták meg, és így maximálták az adott ellátásra kifizethető finanszírozói támogatás fix összegét.

A prospektív, diagnózisok alapján kialakított díjtételű finanszírozástól elvileg a kiadások csökkenését várta az egészségpolitika, hiszen egy tüdőgyulladás kórházi kezeléséért ugyanannyit kapott az egészségügyi intézmény, függetlenül attól, hogy a beteg 3 napig vagy 10 napig volt-e a kórházban, és egyszer vagy tízszer végezték el a mellkasröntgent. Mindazonáltal a prospektív teljesítményfinanszírozás új ösztönzőt teremtett az egészségügyi intézményeknek, hogy az indokoltnál is több esetet lássanak el, és azoknál minél komplikáltabb diagnózist állítsanak fel (túlkódolás és a teljesítmény felpörgetése). Mindez a tervezhetőségben is problémát generált: a finanszírozó a megszaladó költségvetéssel elvesztette a makroszintű tervezhetőség lehetőségét.

Hogy a kassa felülről korlátos és zárt maradjon, a következő finanszírozási technika a prospektív finanszírozási díjtételek lebegtetése volt. Ez azt jelenti, hogy az adott zárt kasszát leosztották a teljesített pontokkal, utólag határozva meg egy pont forintértékét. A zárt kassa a finanszírozó számára biztosította a tervezhetőséget, a szolgáltató számára teljesítményre való ösztönzést, ám nem tette lehetővé a szolgáltatói költségvetés mikroszintű tervezhetőségét, hiszen csak utólag tudták meg az intézmények, hogy egy adott esetért mennyi finanszírozás is jár, és ez alapján utólag már igazíthatták a költségeiket a bevételeikhez.

A mikroszintű tervezhetőség javítása érdekében a lebegtetést felváltotta a teljesítményvolumen-korlát (TVK) bevezetése, ahol a teljes pontértéket csak az intézményi szinten meghatározott bizonyos mennyiségű teljesítmény alatt fizeti a finanszírozó, e szint felett egy bizonyos ponthatár fölött degresszíven csökken a finanszírozás egy további plafonértékig, az előtti teljesítményt pedig egyáltalán nem térítik meg. Ez mind a makro-, mind a mikroszintű tervezhetőséget biztosítja. A problémát itt az igénybevétel és a teljesítmény korlát ellentéte okozta. A kórházak morális okokból, kényszerből, illetve a kezelő orvosok egyéni érdekéből fakadóan akkor is fogadták a betegeket, amikor erre a kórház már nem kapott térítést. Ez ellátott, de finanszírozatlan esetekhez vezetett, különösen a 2006-2008 közti időszakban, amikor a volumenkorlát mértékét a konvergencia program miatt radikálisan csökkentették.

A gazdasági válság támasztotta új kihívások és a fenti érdekellentét vezetett a prospektív teljesítményfinanszírozási díjak lebegtetésének ismételt bevezetéséhez. Mivel azonban a reálértékben jelentősen csökkentett büdzsé és a változatlanul folyamatosan túlpörgetett teljesítmény elértéktelenedő pontokhoz vezetett, a teljesítmény volumen korlátot vezették be ismételten. A történet a finanszírozási technikák folyamatos, ám eredmény nélküli innovációját mutatja.

A finanszírozás folytonos átalakítása azonban makro- és mikroszinten is átállási költséggel jár. A rendelkezésre álló szűkös erőforrásokat tehát a finanszírozási rendszer koncepció nélküli folyamatos átalakításának költségei tehát tovább apasztják.

Hangsúlyozandó, hogy a finanszírozási technikák változtatása a fennálló struktúrában nem vezet a finanszírozhatóság megteremtéséhez: a jelenlegi erőforrások nem elégségesek az ellátórendszer meglévő kapacitásainak fenntartásához.

Az irreálisan alacsony egészségügyi fizetések a hálapénz rendszer folytonosságát, illetve az utóbbi időben a szakképzett munkaerő migrációját eredményezik. Az alapellátás fejkvóta szerinti finanszírozása a betegek szakellátásba való továbbküldésére ösztönöz, az alulfinanszírozott járóbeteg szakellátás döntően a fekvőbeteg intézmények betegfogó ambulanciájaként működik. A kórházak kódolási technikája változatlanul nem a valós eseteket tükrözi, hanem bevétel és profitmaximalizálást célozza a kórház túlélésének érdekében.

Az interjúk majdnem mindegyike során elhangzott, hogy – döntően a finanszírozási stratégia hiánya miatt – az OEP egyes kiemelkedően költséges szolgáltatási területek (pl. képalkotó diagnosztika) finanszírozása kapcsán reaktív módon viselkedett, a rendkívül erőteljes technológiai innovációs nyomásra nem tudott érdemi választ adni. Az OEP a szolgáltatás-finanszírozás stratégiájának hosszú távú tervezése tekintetében messze lemaradt ezen technológiák gyártóitól. Ennek fő oka a rendkívül jelentős átpolitizáltság, a vezetők szakmai felkészületlensége, a jogalkotás fogyatékosai és a különböző lobbinyomások voltak. A teljeskörű gazdasági elemzések sok esetben hiányoznak, a meglévőket pedig gyakran nem veszik figyelembe a döntéseknél.

Konklúzióként elhangzott, hogy a egy új szolgáltatás megjelenése esetén az OEP-nek világos, hosszú távú stratégiával, kialakított jogszabályi háttérrel kell rendelkeznie, a döntéseket valódi költség-hatékonysági elemzések segítségével kell meghoznia, hogy a hasonló eseteket elkerülje, és ne kifizetőhelyként, hanem valódi biztosítóként tudjon fellépni.

5.2.2 Esettanulmány 3: A gyógyszerek közfinanszírozásának innovációja

2006-ig az OEP gyógyszerkasszájának valós gyógyszer-támogatási értéke évről évre meghaladta a tervezett és a megelőző évi teljesítést, a gyógyszertámogatás növekedésének mértéke reálértéken is fenntarthatatlan volt. A kihívás az OEP számára abban jelentkezett, hogy megfeleljen a társadalmi elvárásoknak, új innovatív gyógyszerek közfinanszírozásba való befogadásával, megfeleljen az egészségpolitikának a gyógyszerkassza betartásával, valamint a rendelkezésre álló erőforrásokból a lehető legnagyobb egészségnyereséget eredményező gyógyszeres terápiákat vásárolja meg. Jól látható tehát a technológia finanszírozási technikák innovációját kikényszerítő hatása.

Az elmúlt évek kihívása, hogy ha újszerű eszközökkel nem szabadítható fel forrás, logikailag lehetetlen állandó kassza mellett az új terápiák befogadása. A fenti kihívásra az OEP elmúlt 5 évben tett, talán leghatározottabb válasza a 98/2006-os törvény intézkedései (egyebek mellett a 12%-os gyártói befizetés, az orvoslátogatói regisztrációs díj bevezetése, a kasszatülpés esetén történő sávossal visszafizetés, a támogatási kulcsok csökkentése, a felpörgetett generikus árverseny és a delistázás bevezetése) voltak.

Az OEP gyógyszer-finanszírozásának innovációja kapcsán egy világos stratégia kezdett kibontakozni az elmúlt években. A döntések kommunikációjában egyre tudatosabb az OEP valamennyi szereplő felé. Új szolgáltatási terület az OEP weblapja, amely rendszeresen frissül. Bár gyerekcipőben van még, de ilyen lehet a külső adatszolgáltatás területe is. Több programmal, adatbázissal is jelentkezett az OEP, ilyenek a publikus gyógyszer törzs, minőségi és hatékony gyógyszerrendelést segítő program, orvosi receptkitöltő alkalmazás, a gyógyászati segédeszköz jegyzék.

A gyógyszerek finanszírozását az alábbi „támogatási ciklus” mentén képzelik el: forrás-felszabadítás innovatív terápiák befogadására a generikus program révén → nagy gyakoriságú terápiák esetén költségminimalizálás → a felszabadított források visszaforgatása a valódi hozzáadott terápiás értékkel bíró innovatív készítményekhez → ezt követően valós életbeli terápiás eredményesség monitorozása, forrás-visszaforgatás a bizonyított hozzáadott értékkel nem bíró innovatív készítményektől a bizonyított terápiás értékű innovatív készítményekhez.⁶⁴



Forrás: OEP-ÁTFO, kidolgozók dr. Molnár Márk Péter, Dankó Dávid

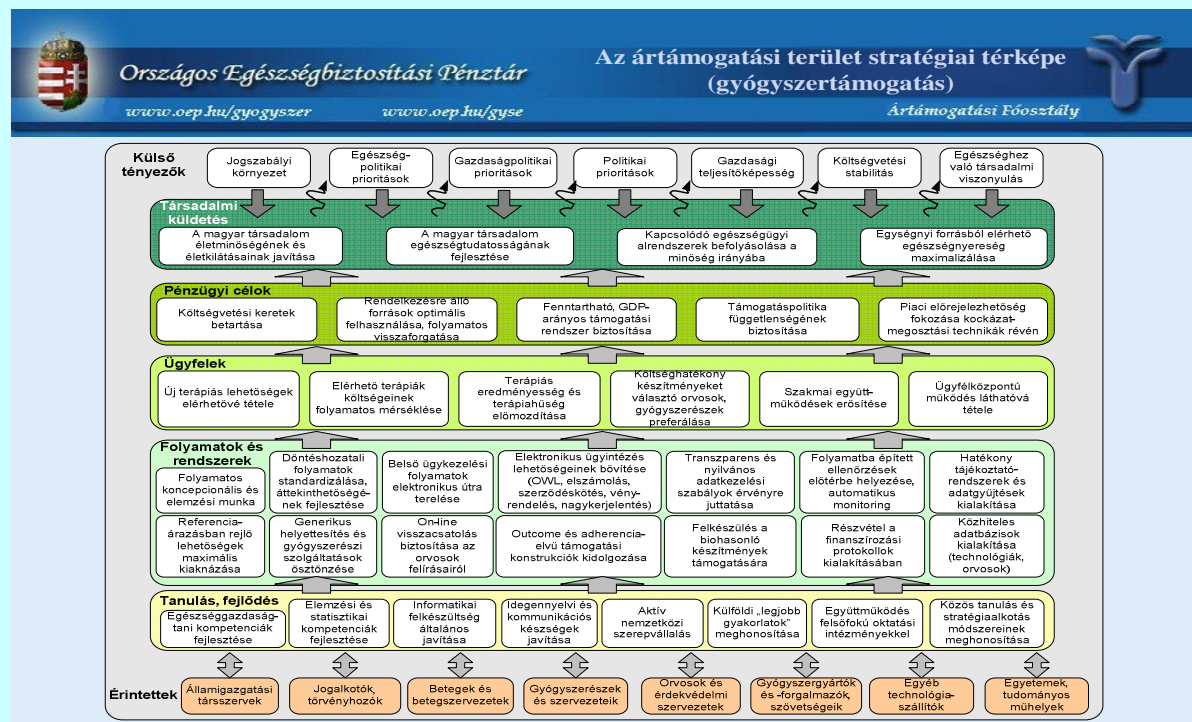
Az OEP termékfinanszírozási stratégiájában egyre inkább előtérbe fog kerülni a valós életbeli terápiás eredményességet figyelembe vevő technológia-vásárlás. A finanszírozási technikák átvételében inkább adaptív az OEP, viszont a különböző finanszírozási technikák tudatos

egymásba illesztésénél, a kimenetel és beteg együttműködés alapú támogatásvolumen-szerződések kötésében egyre komolyabb proaktivitás figyelhető meg.

Az OEP a kihívásokra szervezeti változásokkal is válaszolt, létrejött az egységes Ártámogatási Főosztály (OEP-ÁTFO), ennek keretén belül megtörtént a humán erőforrás reallokációja, valamint megerősítése számos, korábban a versenyszférában gyakorlatot szerzett szakemberrel. Jelentősen egyszerűsítették a különböző szervezeti egységek közötti kommunikációt. Elkészült az OEP-ÁTFO stratégiai térképe⁶⁵.

Jelenleg leginkább a gyógyszer-finanszírozás terén tekinthető az OEP valódi biztosítónak, a többi finanszírozási területen változatlanul leginkább kifizetőhelyként funkcionál.

Mivel az OEP a költséghatékonyság vizsgálata helyett illetve ennek égisze alatt jelenleg általánosan költségelemzést végez, illetve a költséghatékonyság kérdését elsősorban költség-minimalizációs szinten vizsgálja, a termék-finanszírozás területén a valós életbeli terápiás eredményesség mérése és ennek szándéka mindenképpen előremutató lépés volna.



Forrás: OEP-ÁTFO, kidolgozók dr. Molnár Márk Péter, Dankó Dávid

Mindezen innovatív változások koncepcióalkotó munkájában körülbelül 8-10 fő vesz részt, az informatikai kivitelezést további 5-7 fő támogatja. Az elemző-előkészítő munkára

jutó éves költségkeret igen alacsony (15-20 Mft), de gyakorlatban ennél kevesebb forrást használnak fel. Az OEP termékfinanszírozási döntéseinek szakmai támogatásában döntő szerepe van az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet Technológiai Értékelő Irodájának (ESKI-TÉI), valamint az orvos-szakmai kollégiumoknak. Gyógyszerbefogadás esetén a Technológia Értékelő Bizottság (TÉB) fogalmaz meg javaslatokat. Hasonló szakértői testület működik közre a GYSE befogadásban. Normál eljárás esetén beadványonként 1,2 Mft az igazgatási szolgáltatási díjból az ESKI-hez kerül. A szakmai kollégiumoknak az által végzett szakértői tevékenység kapcsán gyógyszerek esetén nincs, GYSE esetén van bizonyos költségtérítése.

Az innovatív lépések kivitelezésében gyakran gátló tényezőnek bizonyult a közsféra szabályozásából eredő korlátozott motiválási lehetőség, a létszámstop és a bérek versenyképessége a kompetens munkaerő felvételében, a gyakori vezetői fluktuáció, és a politika erős hatása. Kevés idő jut adott témával foglalkozó kollégák szakmai fejlesztésére, így a számonkérés lehetőségei is korlátozottak. Az államigazgatás sajátosságai miatt a szakmai kezdeményezéseket gyakran értelmetlen szabályok törlik derékba.

A fenti változások segítségével az OEP 2007 óta megfelelt a PM által elvárt sarokszámok betartásának, mindennek az ára azonban a gyógyszerpiac szereplői számára a terhek egyértelmű növekedése, a befogadás lelassítása, a transzparencia-direktíva határidőinek adminisztratív eszközökkel való kikerülése. Az OEP gyógyszer-finanszírozásának stratégiája a gyógyszergyártók szemszögéből nézve proaktívnek tűnik az EüM-el szemben (jogalkotási kompetenciabeli kérdések az EüM-el való ellentmondásos viszony miatt) és a gyártókkal szemben (ártámogatási technikák széles körű alkalmazása), rendkívül reaktívnek bizonyult viszont a PM-el szemben. Elmondható ugyanakkor, hogy az OEP által alkalmazott (restriktív) finanszírozási technológiákat másolják, adaptálják a környező országok finanszírozói, sőt, a finanszírozók között látszik egyfajta kommunikáció a technológiák egyeztetése terén, ebben az OEP - gyártói szemmel nézve úgy tűnik, hogy – élen jár.

Az interjúalanyok részéről tanulságként megfogalmazódott, hogy annyi innovatív kezdeményezést kell felvállalni, amennyit a csapat elbír, hogy ne maradjanak az innováció szempontjából félbemaradt, lezáratlan területek. Kiemelték a kommunikáció és a párbeszéd jelentőségét, hogy sikerüljön megértetni a környezettel a lépések okait, célszerűségét.

Fontosnak tartották az OEP mögötti szilárd kormányzati háttérrel, az informatikai fejlesztéseket, és a megfelelő kompetenciájú humánerőforrás biztosítását.

6 Az oktatási ágazat számára releváns elemek

A tanulmány szerzőinek saját tapasztalatai és a mélyinterjúk tanulságai alapján Magyarországon *nem létezik ágazati szintű, egységes, hosszú időre előreteljesítő, politikai konszenzus által kísért explicit egészségügyi K+F+I stratégia*. Mindazonáltal a hazai egészségügy innovációja és fejlődése explicit, egységes központi stratégia nélkül is végbemegy, hiszen a fragmentált és gyakran változó központi egészségpolitikai dokumentumok, a nemzetközi szintről beáramló innovatív technológiák, készségek, folyamatok alulról jövően is elterjednek az ágazat szereplői között, ráadásul a finanszírozás korlátozottsága, a túlélési mechanizmus is kikényszeríti az innovatív megoldások alkalmazását az egészségügy szereplői részéről. Ezzel együtt valószínűsíthetően a kutatások eredményein alapuló, egységes, explicit stratégia mentén végrehajtott fejlesztések sokkal hatékonyabb innovációs folyamatot eredményeznek, mint a túlélés kényszeréből fakadó, ad-hoc, adaptációs jellegű változások.

Emiatt szükség van olyan típusú projektekre és kutatásokra, amelyek ráirányítják a figyelmet arra, hogy a stratégia hiánya sokszor nem a társadalmi szempontból optimális innováció irányába viszi a nagy rendszereket. A kiemelt közszolgáltatási rendszerek ilyen projektek keretében tudnak együttműködni a sikeres nyomásgyakorlásban, egy K+F+I stratégia kikényszerítésében.

Az egészségügy példájából kiindulva az oktatási ágazat explicit K+F+I stratégiájának megalkotása elsősorban akkor lehet sikeres, ha az nincs kitéve a mindenkori politikai csatározásoknak. Sajnálatosan az egészségügyben jelenleg nem igazán látszik olyan szervezet, amely kellően távol tudná tartani magát a napi politikától. Amennyiben van ilyen szervezet az oktatási ágazatban, elméletileg ez is elképzelhető a K+F+I stratégia megalkotójaként.

Az ágazati K+F+I stratégiát lehetőség szerint harmonizálni kellene a nemzeti K+F+I stratégiával. Elengedhetetlen az ágazat szereplőinek bevonása a stratégia alkotásába, partnerség kialakítása az érdekeltekkel. Az egészségügyben kívánatos volna a szakmai közélet

olyan természetes működése, amelyet a politika elvár, de amelyet nem foglal el, amire épít, és aminek visszaigazolása a K+F+I stratégia.

A tudatos, átgondolt ágazati fejlesztési stratégia hiányában valós veszély a korlátos fejlesztési források elaprózása, melynek következtében az újonnan épülő, heterogén minőséget nyújtó intézmények mellett a kiemelt, patinás intézmények gyakran csődközei helyzetben vannak. Kórházi tapasztalatok analógiája mutathatja, hogy az új alapítású, választékgazdaságosság szempontjából szuboptimális egyetemek, főiskolák esetében emiatt hiányoznak a karok közötti, az oktatás színvonala szempontjából jótékony hatású szinergiák.

Az egészségügy példája is hangsúlyozza a humán erőforrás képzés hangsúlyos szerepét. Ezért vonzóvá kell tenni az egyetemen való oktatást, hogy a tehetséges fiatal oktatójelölteket ne vigye el a végleges külföldi munka, a szakmán kívül történő elhelyezkedés, vagy a tisztán a versenyszférában történő munka lehetősége, hogy ezáltal a legjobbak vehessenek részt az egyetemi oktatásban. A jó egyetemi oktatónak több lesz a hallgatója, de nem kap érte megfelelő anyagi ösztönzést. A jelenlegi rendszer alacsony színvonalú tömegképzés ösztönzőit mutatja. Ebben az ösztönző rendszerben a cél a hallgatók számának növelése, akár megfelelő marketingeszközökkel. Az egyetemi oktatókat nem ösztönzik kutatási pénzek szerzésére, a létszámkeretek nem teszik lehetővé a kutatásokhoz szükséges létszám bővítését, a közsféra szabályzói, a teljesítmény jutalmazásának hiánya gátolják az üzemszerű management technikák terjedését. Olyan ösztönző rendszerek bevezetése lenne kívánatos, ami a tömegképzés helyett a minőségi oktatást jutalmazza. Fontos tanulságként fogalmazódik meg az egészségügyben a kapacitások, erőforrások tudatos tervezése, ami a szükséges hallgatói keretszámok, kapacitások megállapításán keresztül az oktatási ágazat számára is releváns lehet.

A piac és az állam szerepének összhangjára van szükség az oktatásban is. Az egészségügyi ellátórendszer analógiája azt sugallja, hogy a piac sokszor kontraszelektál, és a profitábilis területeket célozza meg, a közszolgáltatások esetén a piac mindenhatóságára való hivatkozás nem feltétlenül a társadalmi optimum irányába viszi a rendszert. Az állam túlzott befolyása pedig a politikai ciklusok, félciklusok monopóliumát, irányítási dominanciáját jelenti.

Az egészségügyi ágazat példája azt mutatja, hogy az új tudás generálásának egyik eszközéül szolgáló klinikai vizsgálatok finanszírozására vagy közösségi forrásokat kell biztosítani, vagy

el kell fogadni azt a tényt, hogy az új tudás csak a profitelvárásokat biztosító területeken fejlődik.

Fontos tapasztalat, hogy az új technológiákkal kapcsolatos kutatások és klinikai vizsgálatok elsősorban a magasabb színvonalú szolgáltatást nyújtó intézményekben történnek, ahol szerencsés esetben a szakemberek képzése is koncentrálódik (pl. oktató kórház). Hasonló analógia (pl. az innovatív oktatástechnikai eszközök első lépcsőben a gyakorlóiskolákban történő bevezetése, az alkalmazás tapasztalatainak összegzése kutatási projekt keretében) az oktatási ágazat számára is megfontolandó lehet. A gyakorlatban, modellkísérletek során bevezetett, kipróbált technológiákat lenne csak célszerű a rendszer egészében bevezetni.

Az egészségügyben az ismeretanyag megújulása más ágazatokhoz képest gyors. Ezért kiemelt jelentőséggel bír a továbbképzési rendszer. A szakmai továbbképzések rendszere állami források hiányában nem működhetne a beszállítóipar anyagi támogatása nélkül, melynek a számos pozitívuma mellett az információk és ösztönzők esetleges torzulása miatt megvannak a veszélyei is.

Az egészségügyi szolgáltatók esetében egyre hangsúlyosabb a nem orvos-szakmai (pl. közgazdasági, menedzsment, informatikai) ismeretek alkalmazása. Ezek az ismeretek spontán, implicit stratégia mentén is terjednek. Kutatásunk felhívja a figyelmet az új típusú ismeretek esetén a nem megmértetett, esetlegesen helytelen tudás továbbadásának, multiplikálódásának veszélyére.

A nagy közszolgálati rendszerek szervezeti átalakítása – így mind az egészségügy, mind az oktatás - nem végezhető el úgy, hogy a benne lévő szereplők érdekeltsége nincs megteremtve, ha az érintettek a változásokkal szemben ellenérdekeltek. Az érdekeltségi viszonyok megteremtése mellett ebben döntő szerep jut a hatékony kommunikációnak.

A koncepciótlanság, a rendszer folyamatos korrekciója, elhúzódó felszínes reformja mindazonáltal átállási költségeket generál, hiszen minden átalakításhoz plusz erőforrásokra van szükség.

A kommunikáció mindazonáltal nem pótolhatja a stratégiát. A szereplőkkel való kommunikáció nem lehet egyirányú csatorna, lehetőséget kell biztosítani az aktív, konzultatív párbeszédre. A közpénzek elköltése során mind az egészségügyben, mind az oktatásban (pl. kakaóbiztos számítógép) veszélyként jelentkeznek különféle lobbinyomások, súlyosabb

esetben a korrupció. A kiszervezések megfelelő regulációja, a hatékony ellenőrző mechanizmusok elejét vehetik a közintézmény számára hátrányos alvállalkozói szerződések megkötésének.

A köztisztviselői lét merev fékjeinek áttörésében az erőteljes vezetés szerepe megkérdőjelezhetetlen. A vezetők motivációja és felkészültsége óriási mértékben befolyásolja a közszféra innovációra való képességének mértékét. Demotivált vezetők hatására az innovatív gondolkodású beosztottak elvesztésének megnő az esélye.

Az egészségügyi rendszer fejlesztésében komoly szerepet játszik a betegek hozzáállása az egészségüghöz, a betegek igényeinek és ismereteinek a változása. A betegségek kezelésében az orvos és beteg közti információs aszimmetria az információs technológia következtében csökken, ezért a gyógyítás folyamatában a beteg döntéshozói szerepköre erősödik. Az egészségügyi rendszer finanszírozói és fejlesztési döntéseibe a lakosság igyekszik beleszólni oly módon, hogy ellenáll a restriktív döntéseknek.

Az egészségügyben a drága innovatív technológiák megjelenése kapcsán a társadalmi haszon maximalizációja nem érhető el pusztán a hatásosság és biztonságosság figyelembe vételével, hanem a korlátos erőforrások miatt vizsgálendő a valós életben nyerhető egészségnyereség (azaz eredményesség), a költséghatékonyság, a költségvetési hatás, valamint a méltányosság kérdése is. Mivel az oktatásban nem jelentkezik az egészségüghöz mérhető technológiai innovációs nyomás, emiatt a költséghatékonyság vizsgálata viszonylagosan háttérbe szorulhat a méltányossághoz képest.

Fontos konklúzió lehet az oktatási ágazat számára az is, hogy a központi vagy helyi vezetők részéről csak annyi innovatív lépést kell felvállalni, amennyi kezelésére a végrehajtó csoportnak van kapacitása, hiszen az átalakulás alatt lévő, de azt még teljesen be nem fejező szervezet hatékonysága csökken.

7 Függelék

7.1 Az interjúk alanyai

	Versenyszféra		Közsféra	
(n = 16)*	Középvezető	Felsővezető (cégvezető, igazgatóság tagja)	Középvezető (pl. osztályvezető, főosztályvezető)	Felsővezető (EüM, OEP, egyetemi és akadémiai intézet)
Volt		1	2	3
Jelenlegi	2	4	6	2

* A számok összege meghaladja a 16-ot, mert többen volt és jelenlegi beosztásukkal is szerepelnek a táblázatban.

7.2 Interjú kérdések

Ágazati szintű innováció az egészségügyben, mint közszolgáltatásban

- Fontossági sorrendben nézve miben látja az egészségügy számára jelentkező három legfontosabb kihívást?
- Milyen megtett lépéseket említene meg válaszként ezekre a kihívásokra?
- Milyen programokat, lépéseket, eredményeket tart kiemelt jelentőségűnek az egészségügyi ellátórendszer, mint közszolgáltatás innovációja kapcsán, különös tekintettel az alábbi területekre?
 1. management ismeretek erősítése,
 2. egyes szolgáltatások kiszervezése (outsourcing),
 3. szervezeti fejlesztés,
 4. új szolgáltatási területek
- Mi az a 3-4 legfontosabb nemzetközi és hazai stratégiai dokumentum, ami az ágazat K+F+I stratégiájával foglalkozik?
- Kik foglalkoznak az ágazat K+F+I stratégiájának kidolgozásával? Milyen csoportok, hány fő, ki finanszírozza őket, kb. mekkora költségkerettel?
- Milyen adatokkal jellemezné az egészségügyben, mint közszolgáltatásban zajló innovációs folyamatokat?
- Milyen szervezeti, regulációs és pénzügyi tényezőkben látja az egészségügy, mint közszolgáltatás innovációjának legfőbb hajtóerőit és gátjait?
- Milyen változást hoztak az egészségügyben, mint közszolgáltatásban zajló innovációs folyamatok az egészségügy vezetésében és szervezetében?
- Milyen változást hoztak az egészségügyben, mint közszolgáltatásban zajló innovációs folyamatok az egészségügyben dolgozó munkaerő tekintetében? Hajtóerőnek vagy gátló tényezőnek tekinti munkaerő szerepét az innovációban?
- Mennyire képes az egészségügy, mint közszolgáltatás a betegeknek, mint fogyasztóknak megfelelő minőségű szolgáltatást nyújtani?
- Nemzetközi összehasonlításban vizsgálva az egészségügyben, mint közszolgáltatásban zajló innovációs folyamatokat; milyen párhuzamosságokat és milyen különbségeket fedezhetünk fel a hozzánk hasonló fejlettségű és méretű országokhoz képest?
- Reaktívnak vagy proaktívnak ítéli meg az egészségügy, mint ágazat reagálását az elmúlt öt év kihívásaira? Miért?
- Összességében van-e ágazati K+F+I stratégia? Ha nincs, milyen kezdeményezések vannak milyen irányban? Kik ennek a kezdeményezői?

Esettanulmány 1: Innovációs folyamatok a közforgalmú gyógyszerertári gyógyszerészetben

- Fontossági sorrendben mely eseményeket említene meg a három legkomolyabb kihívásként, ami a közforgalmú gyógyszerészetet az elmúlt öt évben érte?
- A szakma mely lépéseit említene meg válaszként ezekre a kihívásokra? Innovációként vagy adaptációként tekint ezekre a lépésekre?
- Milyen programokat, lépéseket, eredményeket tart kiemelt jelentőségűnek az gyógyszerellátás, mint közszolgáltatás innovációja kapcsán, különös tekintettel az alábbi területekre?
 1. management ismeretek erősítése,
 2. egyes szolgáltatások kiszervezése (outsourcing),
 3. szervezeti fejlesztés,
 4. új szolgáltatási területek
- Milyen háttérszervezeteket, erőforrásokat, programokat említene a közforgalmú gyógyszerészetben zajló innováció kapcsán? Kik foglalkoznak a közforgalmú gyógyszerertári gyógyszerészet K+F+I stratégiájának kidolgozásával? Milyen csoportok, hány fő, mekkora költségkerettel?
- Mi az a 3-4 legfontosabb nemzetközi és hazai stratégiai dokumentum a közforgalmú gyógyszerertári gyógyszerészet K+F+I stratégiájának témakörében? Ha igen, mi a címe, ki készítette?
- Milyen új szolgáltatási területeken jelentkezett a közforgalmú gyógyszerészet? Milyen példákat említene kiszervezés, management ismeretek erősítése, szervezeti fejlesztés témakörében?
- Milyen innovatív változások jöttek létre a közforgalmú gyógyszerertárak vezetésében és szervezetében?
- Milyen innovatív változást hoztak ezek a kihívások a közforgalmú gyógyszerertárakban dolgozó munkaerő tekintetében? A közforgalmú gyógyszerertárakban dolgozó munkaerő hajtóereje vagy gátlója volt-e az innováció során?
- Milyen szervezeti, regulációs és finansziális tényezőkben látja a közforgalmú gyógyszerészetben történt innováció legfőbb hajtóerőit és gátjait?
- Reaktívnek vagy proaktívnek ítéli meg a szakma reagálását az elmúlt öt év kihívásaira? Miért?

Esettanulmány 2: Az OEP gyógyító-megelőző ellátások közfinanszírozásának innovációja

- Fontossági sorrendben mit említene meg a három legkomolyabb kihívásként, ami az OEP számára az innovatív egészségügyi szolgáltatások finanszírozása során jelentkezett?
- Az OEP mely lépéseit említene meg válaszként ezekre a kihívásokra? Innovációként vagy adaptációként tekint ezekre a lépésekre?
- Milyen programokat, lépéseket, eredményeket tart kiemelt jelentőségűnek az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása, mint közszolgáltatás innovációja kapcsán, különös tekintettel az alábbi területekre?
 1. management ismeretek erősítése,
 2. egyes szolgáltatások kiszervezése (outsourcing),
 3. szervezeti fejlesztés,
 4. új szolgáltatási területek
- A fenti innovatív változtatások kapcsán milyen háttérszervezeteket, erőforrásokat, ráfordításokat, programokat emelne ki? Milyen csoportok, hány fő, mekkora költségkerettel?
- Mi az a 3-4 legfontosabb nemzetközi és hazai stratégiai dokumentum ebben a témakörben? Ki készítette?
- Milyen változást hoztak ezek a kihívások az OEP vezetésében és szervezetében?
- Milyen példákat említene az OEP esetében új szolgáltatási területeken való megjelenésre, management ismeretek fejlesztésére, kiszervezésre, szervezeti fejlesztésre?
- Milyen változást hoztak ezek a kihívások az OEP-ben dolgozó munkaerő tekintetében? Az innovatív megoldások kivitelezésében gát vagy hajtóerő volt-e az OEP-ben dolgozó munkaerő?
- Milyen szervezeti, regulációs és pénzügyi tényezőket említene meg a fenti innovatív változtatások legfőbb hajtóerőiként, illetve gátjaiként?
- Reaktívnak vagy proaktívnak ítéli meg az OEP reagálását az elmúlt öt év kihívásaira? Miért?
- Mik a legfontosabb tanulságok az OEP számára az innováció kivitelezésében az elmúlt 5 év során?

Esettanulmány 3: Az OEP gyógyszer-közfinanszírozásának innovációja

- Fontossági sorrendben mit említene meg a három legkomolyabb kihívásként, ami az OEP számára az innovatív egészségügyi technológiák finanszírozása során jelentkezett?
- Az OEP mely lépéseit említene meg válaszként ezekre a kihívásokra? Innovációként vagy adaptációként tekint ezekre a lépésekre?
- Milyen programokat, lépéseket, eredményeket tart kiemelt jelentőségűnek az gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz finanszírozása, mint közszolgáltatás innovációja kapcsán, különös tekintettel az alábbi területekre?
 1. management ismeretek erősítése,
 2. egyes szolgáltatások kiszervezése (outsourcing),
 3. szervezeti fejlesztés,
 4. új szolgáltatási területek
- A fenti innovatív változtatások kapcsán milyen háttérszervezeteket, erőforrásokat, ráfordításokat, programokat emelne ki? Milyen csoportok, hány fő, mekkora költségkerettel?
- Mi az a 3-4 legfontosabb nemzetközi és hazai stratégiai dokumentum ebben a témakörben? Ki készítette?
- Milyen változást hoztak ezek a kihívások az OEP vezetésében és szervezetében?
- Milyen példákat említene az OEP esetében új szolgáltatási területeken való megjelenésre, management ismeretek fejlesztésére, kiszervezésre, szervezeti fejlesztésre?
- Milyen változást hoztak ezek a kihívások az OEP-ben dolgozó munkaerő tekintetében? Az innovatív megoldások kivitelezésében gát vagy hajtóerő volt-e az OEP-ben dolgozó munkaerő?
- Milyen szervezeti, regulációs és pénzügyi tényezőket említene meg a fenti innovatív változtatások legfőbb hajtóerőiként, illetve gátjaiként?
- Reaktívnak vagy proaktívnak ítéli meg az OEP reagálását az elmúlt öt év kihívásaira? Miért?
- Mik a legfontosabb tanulságok az OEP számára az innováció kivitelezésében az elmúlt 5 év során?

-
- ¹⁶ÚMFT - Egészséges Társadalom Komplex Program
http://www.allamreform.hu/letoltheto/egeszsegugy/hazai/Egeszseges_Tarsadalom_Komplex_Program.pdf [2009.12.09]
- ¹⁷ PPRI (Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information) nemzetközi együttműködés
<http://ppri.oebig.at/> [2009.12.09]
- ¹⁸ Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez (2002 Egészségügyi Közlöny, LII. Évfolyam 11. szám 1314-1334. oldal)
- ¹⁹ Molnár Márk Péter előadása, META, 2009. szeptember 1.
- ²⁰ A European Observatory on Health Systems and Policies honlapja
<http://www.euro.who.int/observatory>
- ²¹ Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése: a működés korszerűsítésének lehetőségei Dózsa Csaba, Dérer István, Takács Erika, Bodnár Viktória
<http://www.eum.hu/download.php?docID=1313> [2009.12.22]
- ²² Országos Egészségbiztosítási Pénztár – Finanszírozási protokollok http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,24793803&_dad=portal&_schema=PORTAL&_tmodule=1 [2009.12.22]
- ²³ WHO-Developing Pharmacy Practice
<http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf> [2009.12.09]
- ²⁴ FIP (International Pharmaceutical Federation) Vision 2020.
<http://www.fip.org/files/fip/strategic%20plan%20no%20annexes.pdf> [2009.12.09]
- ²⁵ Metabolikus Szindróma Gyógyszerészi Gondozása – Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottság
<http://www.gyogygond.hu/hu/metabolikus> [2009.12.09]
- ²⁶ Versenyhivatali Füzetek 6. szám. A gyógyszerpiac szabályozásának versenypolitikai kérdései. Gazdasági Versenyhivatal.
http://www.gvh.hu/domain2/files/modules/module25/pdf/ert_6_fuzet_Gyogyszer_2003_jul_m.pdf [2009.12.09]
- ²⁷ Magyar Egészségügy - Zöld Könyv. 2006. Készült a Miniszterelnöki Hivatal megbízásából.
<http://www.magyarorszag.hu/zoldkonyv/letoltheto/zoldkonyv.pdf> [2009.12.09]
- ²⁸ Az ESKI 2008. évi költségvetési előirányzata
http://www.eski.hu/new3/bemutat/zip_doc/2008/Koltsegvetsesi%20eloiranyzat%20-%202008.jpg [2009.12.18]
- ²⁹ AZ ESKI gazdasági adatai. <http://www.eski.hu/new3/bemutat/uvegzsseb.php>
- ³⁰ Az ESKI legfontosabb programjai. <http://www.eski.hu/new3/bemutat/bemutat.php> [2009.12.17]

-
- ³¹ Egészségügyi struktúraváltás – prevenció, kuráció, rehabilitáció. Forrás: Dózsa Csaba, 2008 http://www.oefi.hu/velence_dozsa_ea.pdf [2009.10.28]
- ³² Az egészségügyi struktúra térbeli átalakítása Magyarországon. Forrás: Dózsa Csaba, 2008 http://www.josa.hu/internet/pr_iroda/rendezvenyek/sbo/27.pdf [2009.10.28]
- ³³ A NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) honlapja <http://www.nice.org.uk/aboutnice/> [2009.12.17]
- ³⁴ Az Utrechti Egyetemen működő The Julius Center for Health Sciences and Primary Care honlapja. <http://www.juliuscentrum.nl/julius/> [2009.12.19]
- ³⁵ A Hungarian ECRIN Committee rövid ismertetése. http://www.ecrin.org/index.php?id=83&option=com_content&task=view [2009.12.19]
- ³⁶ A European Network for Health Technology Assessment honlapja <http://www.eunetha.net/> [2009.12.19]
- ³⁷ Vokó Zoltán: Epidemiológiai alapismeretek jegyzet. ELTE EGK.
- ³⁸ Vincze-Kaló-Bodrogi – Bizonyítékokon alapuló egészségügyi ellátás - Bevezetés a farmakoökonómiába 147.1
- ³⁹ A Medline elektronikus keresőrendszer és adatbázis http://www.lib.sote.hu/index.php?option=com_databases&Itemid=80&lang=hu [2009.12.17]
- ⁴⁰ A PubMed elektronikus keresőrendszer és adatbázis. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> [2009.12.17]
- ⁴¹ A MeSH rendszer rövid összefoglalója http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_Subject_Headings [2009.12.17]
- ⁴² A MeSH orvosi publikációkhoz kapcsolódó tipológiai rendszer http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/1000048?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Mesh.Mesh_ResultsPanel.Mesh_RVFull [2009.12.22]
- ⁴³ A teljes ATC csoportosítási rendszer. http://www.genome.jp/kegg-bin/get_htext?htext=br08303.keg&filedir=&hier=1 [2009.12.17]
- ⁴⁴ Az ATC csoportosítási rendszer összefoglalása http://en.wikipedia.org/wiki/Anatomical_Therapeutic_Chemical_Classification_System [2009.12.17]
- ⁴⁵ Az International Classification of Diseases (ICD) csoportosítási rendszer. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [2009.12.17]
- ⁴⁶ A Cochrane Collaboration rövid ismertetése. <http://www.cochrane.org/docs/descrip.htm> [2009.12.17]
- ⁴⁷ Contract_research_organization http://en.wikipedia.org/wiki/Contract_research_organization

⁴⁸ Lakner G, Renczes G, Antal J.: Klinikai Vizsgálatok Kézikönyve. 195. o SpringMed Kiadó, Budapest, 2009.

⁴⁹ Antal J, Szepezdi Zs, Nagyjánosi L, Kaló Z. A nemzetközi klinikai vizsgálatok helyzete és hozadéka Magyarországon, IME, 2009. (közlésre elfogadva)

⁵⁰ Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvei.
<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztés/szakmai-iranyelvek> [2009.12.17]

⁵¹ Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez (2002 Egészségügyi közlöny, LII. Évfolyam 11. szám 1314-1334. oldal)

⁵² CASP 10 questions to help you make sense of economic evaluations
http://www.phru.nhs.uk/Doc_Links/Economic%20Evaluations%2010%20Questions.pdf
[2009.12.16.] CASP 10 questions to help you make sense of economic evaluations

⁵³ Kérdőív fejlesztése ESKI-TÉI számára az egészség-gazdaságtani beadványok kritikus értékeléséhez. Poszter összefoglaló, ISPOR, 2009 október 24-27, Párizs.
<http://209.85.135.132/search?q=cache:GIYzgHDuTZUJ:www.ispor.org/congresses/paris1009/Posters1.aspx+Quality+assurance+of+fourth+hurdle+in+Hungary+-+methodological+approach+Kal%C3%B3&cd=3&hl=hu&ct=clnk&gl=hu> [2010.01.05]

⁵⁴ Antal J, Szepezdi Zs, Nagyjánosi L, Kaló Z. A nemzetközi klinikai vizsgálatok helyzete és hozadéka Magyarországon, IME, 2009. (közlésre elfogadva)

⁵⁵ Új Magyarország Fejlesztési terv (NFT II.) - Regionális és kistérségi szerepek az NFT II. megvalósításában: lehetőségek a területi egészségfejlesztésre (2007-2013) Dózsa Csaba, OTH szakértő ÁNTSZ egészségfejlesztés 2007. május 10.
http://www.oefi.hu/velence_dozsa_ea.pdf [2009.12.19]

⁵⁶ Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program 2. prioritás Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése Akcióterv 2007-2008. 2007. május 25. <http://www.eum.hu/eu-egeszsegugy/uj-magyarorszag/operativ-programok>

⁵⁷ A 7. keretprogram rövid összefoglalója és költségvetése.
<http://www.nkth.gov.hu/nemzetkozi-tevekenyseg/mi-7-keretprogram/mi-7-keretprogram>
[2009.12.19]

⁵⁸ Az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet honlapja
<http://www.emki.hu/site/index.php> [2009.12.19]

⁵⁹ A Nemzeti Kutatási és Technológiai Hivatal honlapja. <http://www.nkth.gov.hu/>
[2009.12.19]

⁶⁰ NKTH - Nemzeti Technológiai Platformok I-II. Innovatív Gyógyszerek Kutatására Irányuló Nemzeti Technológiai Platform <http://www.host.hu/projects/kip/node/112>
[2009.12.19]

⁶¹ Forrás: Kincses Gy. Egészség (?) – gazdaság (?), 1999 Praxis Server, Budapest

⁶² Állami Számvevőszék: 0921. sz. Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének

ellenőrzéséről. 2009. július

⁶³ Egészségügyi és Szociális Ágazati Információs Stratégia, 2003

http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/Kollokvium_20031215/Balkanyi.pps [2009.12.19]

⁶⁴ Stratégiai szemlélet a gyógyszer-támogatásban I. rész Célok, eredmények, eszközök Dankó Dávid, Molnár Márk Péter, IME, 8(10), 5-16, 2009

⁶⁵ A lejárt szabadalmú gyógyszerek közötti verseny jelentősége és kihívásai Molnár Márk Péter és Dankó Dávid, Gyógyszerészet, 53. 652-660. 2009.