

Az egészségügyi teljesítmény mérésével kapcsolatos
újabb nemzetközi kutatások áttekintése

Vezetői összefoglaló

Tanulmányunk célja kettős, mivel részben az egészségügyi teljesítménymérő rendszereket, részben pedig a teljesítménymérésre alapozott ún. *pay-for-performance* (P4P) szisztémákat fogjuk elemezni és értékelni. Egymásra épülése és összefüggései ellenére a két témát javarészt elkülönítetten tárgyaljuk. Ennek az az oka, hogy míg az egészségügyi teljesítmény gyakorlatilag minden fejlett ország méri valamilyen formában, addig a bizonyos teljesítményindikátorok szerint ösztönző plusztámogatásokat nyújtó P4P sémák korántsem integráns és szükségszerű elemei a tágabb értelemben vett teljesítménymérésnek.

Míg a teljesítménymérés egyik központi eleme az egészségügyi ráfordítások szerkezeti jellegzetességeinek vizsgálata, és a fenntartó kormányzat naprakész információval történő ellátása, addig a P4P konstrukciók fő célja az ellátórendszerek hatékonyságának teljesítményelvű ösztönzése, az ellátási és az egészségnyereségi mutatók javítása.

Az OECD 2019-es friss jelentése szerint az egészségügyi teljesítménymérő rendszerek szinte mindenhol hasonló nehézségekkel küzdenek:

- adatszolgáltatási nehézségek (adatok elavultsága, rendezetlensége, összevethetlensége, regionális szórása, stb.)
- a teljesítménymérésre csak ritkán épülnek adkvát szakpolitikai beavatkozások
- a mérési célok és prioritások meghatározásának nehézségei, lehetetlen rendszerszintű célkijelölést végezni
- a teljesítménymérő rendszereknek számos vakfoltja van (például magánellátók, beszállítók, kiegészítő egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó entitások)
- a komplex ellátási, egészségfejlesztési folyamatok leegyszerűsítése a kvantifikáció során
- a mérési területek és az indikátorok meghatározása
- a teljesítménymérő rendszerekbe történő politikai beavatkozás, ideológiai szempontok felülkerekedése a szakmai szempontokon.

Az egészségügyi teljesítmény mérésének minimum öt alapvető aspektusát különíthetjük el:

1. Milyen hatóságok és ellenőrző szervek végzik a méréseket, és ezek milyen entitásokra terjednek ki?
2. Milyen adatokat gyűjtenek a hatóságok, a kezelési folyamat, vagy pedig a kezelési eredmények hatékonyságát mérik az adatok?
3. Milyen geográfiai egységekben mérik a hatóságok a teljesítményeket?
4. Milyen időintervallumokban mérik a teljesítményeket, milyen frissek az adatok?
5. Milyen módszerekkel elemzik és értékelik az adatokat?

A legtöbb OECD országban központi, országos szintű teljesítménymérő rendszerek működnek, illetve a szövetségi államokra is jellemző, hogy az adatok kiértékelése központilag történik. Az OECD államok teljesítménymérő rendszerei jellemzően (de nem szükségszerűen) az alábbi szolgáltatásokra és ellátásokra terjednek ki:

- kórházi fekvő- és járóbeteg ellátás,
- bentlakásos, hosszú távú ellátást (*long-term care*, LTC) nyújtó intézmények,
- egyéb szakellátók, kiegészítő szolgáltatások, medikai eszközök forgalmazása és prevenciók ellátások
- alapellátás

A teljesítménymérés indikátorokkal ellátott gyakori általános mérési területei a következők:

- ellátási finanszírozási átláthatósága
- finanszírozás elszámolása
- finanszírozás eloszlása
- költséghatékonyság
- költségcsökkentés
- szolgáltatási minőség javítása
- kimutatható egészségnyereség
- betegélmény

A teljesítménymérő rendszerek alapvetően két szempontot súlyozhatnak: költségcsökkentés, illetve szolgáltatásfejlesztés, minőségjavítás. A teljesítménymérő rendszerek többsége inkább hatékonyság- és minőség-növelő, mintsem költségcsökkentő irányultsággal működnek.

A teljesítménymérő rendszerek leginkább a járóbeteg ellátórendszerekre fókuszálnak, mivel az itt nyújtott szolgáltatások egyértelműbben mérhetőek, másrészt az OECD országok egészségügyi kiadásainak legnagyobb részét ez az ellátási forma adja.

Az országos szintű teljesítménymérések eredményei nem feltétlenül jutnak vissza magukhoz a szolgáltatókhoz vagy a helyi fenntartókhoz, így azok belátásai sokszor nem épülnek be az ellátási gyakorlatba. Mindemellett a teljesítménymérés segítségével a központi kormányzatok fontos adatokhoz jutnak az egészségügyi rendszerek működéséről és a ráfordítások hatékonyságáról.

Ugyanakkor az OECD 2019-es értékelése szerint a teljesítménymérő rendszerek inkább eseti, nem pedig állandó vagy gyakori jelleggel gyakoroltak hatást az egészségügyi kormányzatok szakpolitikai intézkedéseire.

Tanulmányunk 3.1 Fejezetében bemutatunk összesen három országos szintű egészségügyi teljesítménymérő rendszert. Az ausztrál National Healthcare Agreement (NHA) és a Health Performance Framework (HPF), illetve a brit Performance Assessment Framework (PAF) az egész ellátási mezőre kiterjedő, általános teljesítménymérő rendszerek, amelyek azonban nem keverendők össze a 4. Fejezetben ismertetett P4P sémákkal. Ezeknek a teljesítménymérő rendszereknek a célja a szolgáltatási minőség mérése és jelentése, valamint a kormányzati erőforrás-tervezés segítése.

Ausztráliában két országos szintű teljesítménymérő rendszer működik:

- Az NHA irányelveke, rangsorokat, és országos szintű összevető táblázatokat közöl regionális kormányzatokkal, amelyen keresztül a helyi irányító hatóságok, fenntartók

és szolgáltatók is összevethetik az ellátórendszerek különböző entitásainak teljesítményeit.

- A HPF összesen három alapkategóriában rengeteg alindikátorral méri az ausztrál egészségügyi rendszer teljesítményét, és a népesség egészségügyi állapotában bekövetkező változásokat, külön tekintettel az őslakosoknak nyújtott ellátásokra. A HPF elkülönítve próbálja mérni
 - 1) az egészségügyi státuszt és az egészségnyereséget;
 - 2) az egészségügyi állapotot meghatározó faktorokat;
 - 3) valamint az egészségügyi rendszer teljesítményét.

Az Egyesült Királyságban a PAF az NHS által nyújtott szolgáltatások minőségmérését végzi, amely alapján a kormányzat koordinálja az erőforrás-allokációt az országos szinten is összevethető ellátói teljesítményekre hivatkozva.

A PAF működését számos kritika érte, amelyek arra utalnak, hogy a szisztéma csak korlátozottan tudja betölteni a teljesítménymérési és stratégiai tervezési funkcióit. A főbb vitatott elemek és mechanizmusok a következők:

- a betegelégedettség indikátora rendkívül szubjektív
- az indikátorok túlzottan a halálozási adatok mérése felé húzzák teljesítménymérést
- a betegek emocionális és spirituális egészségének megőrzése érdekében tett lépéseket a PAF nem értékeli megfelelően
- bár a PAF fő célja a lakosság egészségi állapotának fejlesztése, az indikátorok többsége valójában az egészségügyi szolgáltatás színvonalát és teljesítményét méri
- a PAF nem korrigálja megfelelően az NHS által nyújtott szolgáltatásokon túli populációs epidemiológiai okokból eredő rossz teljesítményt (lényeges regionális eltérések a halálozási rátákban)
- a mérési fixáció által okozott szándékolatlan negatív következmények
 - kényszerű várólista csökkentés, várólista nyilvántartás manipulálása
 - ellátási mező torzulása
 - munkaerő-piaci anomáliák
 - adatjelentési és kódolási manipuláció
 - bázisév aluljelentése és alulteljesítése
 - dolgozókra negatívan ható teljesítménykényszer
 - a teljesítménymérés átpolitizálódása
 - a betegek bizalmának megrendülése a bármilyen ok miatt rosszabbul teljesítő intézményekben

Tanulmányunk 4. Fejezetében bemutatjuk a pay-for-performance (P4P) alapú rendszerek alapelveit, mérési területeit és mechanizmusait, illetve ezeknek a sémáknak a tervezését.

A P4P sémák lényege, hogy az ellátó, vagy annak helyi szintű fenntartója az előre meghatározott teljesítmények elérése alapján juthat többletforrásokhoz, vagy eshet el bizonyos forrásoktól. Bár a P4P rendszereknek számos megjelenési formája létezik, közös

jellemzőjük, hogy valamilyen teljesítménymérési rendszerben meghatározott indikátorokon való eredmények alapján nyújtanak pénzügyi ösztönzőket az ellátóknak.

A P4P szisztémák alapját valamilyen megbízható és a lehető legfrissebb adatokkal dolgozó teljesítménymérő rendszer adja. Ideálisan a teljesítménymérő rendszereknek naprakész intézményes információkkal, megfelelő indikátorokkal, és az intézményes torzító hatásokat kiküszöbölő metrikákkal kell dolgozniuk.

A P4P programok két viselkedés-közgazdasági alapelvre épülnek:

- a szolgáltatók alapvetően reszponzívak az anyagi jellegű ösztönzések iránt, amelyekkel hatékonyan lehet őket jobb teljesítményre sarkallni
- a hagyományos finanszírozási modellekben (fejpénz alapú finanszírozás, csomagolt fizetési rendszerek, szolgáltatásnyújtás szerinti finanszírozás) a jól teljesítő intézményeket nehéz még magasabb teljesítményre ösztönözni

A legtöbb P4P séma az alapellátást, és azon belül is a háziorvosi rendszert célozza. Ha egy országban működik valamilyen P4P konstrukció, az az alapellátásra egészen biztosan fókuszál, de gyakori a szakellátók, illetve a kórházak bevonása is (lásd 5. táblázat).

Különösen fontos szakirodalmi belátás, hogy a P4P rendszerek által mért részterületek nem holisztikus módon hatnak az adott szegmentumokra. Bizonyos mérési területeken a teljesítményelvű ellátásjavítás bizonyíthatóan hozott eredményeket, míg más területekről ez nem mondható el. Számolni kell a P4P konstrukciók spill-over hatásaival is, mivel a programok szinergiába tudnak lépni egyéb ellátásfejlesztési intézkedésekkel.

A különböző P4P programok az alábbi területeken mérnek:

- klinikai ellátás minősége
 - ellátási struktúra
 - kezelési folyamatok
 - kezelési eredmények, egészségnyereség
- megelőző ellátások
 - vakcinációs programok
 - rákszűrés
- ellátások költséghatékonysága
 - például a gyógyszerfelhasználás racionalizálása
 - adminisztratív hatékonyság fejlesztése
- betegelégedettség mérése
- ellátáshoz való egyenlő hozzáférés

A P4P programok tervezésénél különösen problematikus az indikátorok számának meghatározása. A túl kevés indikátor használatának az a veszélye, hogy a kevés számú mért mutató felé torzíthatja az ellátási profilt. A nagyobb számú indikátorhalmazt nehezebb ugyan mérni és adminisztrálni, viszont kisebb az ellátási spektrum torzulásának a veszélye, illetve szélesebb a motivációs skála is.

Az indikátorok súlyozása elsősorban az egészségpolitikai prioritások szerint, illetve az epidemiológiai helyzet alapján történik.

A P4P konstrukciók indikátorhalmazai a következők szerint csoportosíthatók:

- elsősorban a magas incidenciájú, és/vagy nagy költségterhű betegségekre fókuszáló indikátorok
- kisszámú proxy indikátoron keresztül mérik az egészségfejlesztési és ellátási dimenziókat
- nagyszámú indikátoron mérik a lehető legtöbb egészségnyereségi és szolgáltatási aspektust

A programok teljesítményindikátorai alapvetően három módon mérik az egészségügyi teljesítményt:

- abszolút szintű mérések. Ez a leggyakrabban használt módszer, azt nézi, hogy egy előre adott célértéket teljesít-e a szolgáltató, vagy ellátott-e egy minimum számú beteget. Ebben a mérési paradigmában a szolgáltatónak át kell lépnie valamilyen célérték küszöböt, és a pontszámok megszerzése ezen küszöbérték felett történik. Egyik hátránya a módszernek, hogy a jobban teljesítő ellátókat kevésbé ösztönzi a fejlesztésekre.
- az ellátási szint relatív fejlődésének mérése. Ebben a paradigmában minden szolgáltató számára külön alapértékek, változási mértékek és országos célértékek vannak meghatározva.
- az ellátókat egymáshoz viszonyító, rangsoroló (nyilvános) teljesítménymérés. Ezek a sok esetben nyilvános teljesítménymérési módszer a jól teljesítő ellátókat is folyamatos fejlődésre ösztönzi. Veszélye, hogy túlzottan diszkriminálhatja a bármilyen okból gyengébben teljesítő szolgáltatókat.

A P4P programok finánciális és nem-finánciális jellegű ösztönző/motiváló pluszforrások, illetve szankciók/forrásmegvonások segítségével jutalmazza vagy bünteti az ellátókat.

Az ösztönzési/szankcionálási mechanizmusokkal kapcsolatban a P4P programoknak három alapvető jellemzője van:

- 1) mekkora volumenűek az ösztönzések/szankcionálások,
- 2) kikre irányulnak az ösztönzések/szankcionálások (intézményekre vagy egyénekre),
- 3) vannak-e a finánciális jellegű eszközök mellett egyéb nem-finánciális jellegű eszközök.

A P4P programok ritkán alkalmazzák a közvetlen szankcionálás, vagyis a forrásmegvonás lehetőségét. Az OECD országokban működő szisztémák esetében a szankcionálást jellemzően a többletkifizetések bizonyos részeinek a visszatartása jelenti (kivételek például a dél-koreai és a chilei P4P programok).

Az ösztönzés volumenének megállapításával kapcsolatban az alábbi dilemmákkal néznek szembe a döntéshozók:

- olyan volumeneket kell meghatározni, amelyek nem torzítják a szolgáltató viselkedését, ugyanakkor kellő motivációval is bírnak
 - a túl nagy volumenű motivációk torzíthatják az ellátási struktúrát a külön díjazott ellátási formák felé és a P4P programban nem mért ellátások rovására
- mivel a legtöbb P4P konstrukcióban a motivációs pluszforrások a teljes bevétel 5 százaléka alatt maradnak, nem biztos, hogy az incentívák volumene, illetve az ellátás fejlődése mögött konzisztens kapcsolat mutatkozik, illetve
- az ellátásfejlesztési hatások számos egyéb tényezőn is múlnak

Az ösztönzőeszközök ereje növekszik azáltal, ha a szolgáltatások javításával a támogatások összege is emelkedik, vagyis a P4P szisztémák hatékonyságát növeli, ha az eredményesebb ellátást magasabb támogatással jutalmazza.

Komoly dilemma a P4P konstrukciók kapcsán, hogy az egyéneket, vagy az intézményeket célozzák-e. A háziorvosi ellátásban a plusztámogatások jellemzően a háziorvoshoz folynak be, aki saját hatáskörben, de általában irányelvek alapján dönt a bónuszok továbbosztásáról.

A kórházaknak nyújtott incentívák kapcsán két probléma vethető fel:

- a gyógyítási munka általában nem egy-egy orvos személyes működését, hanem osztályok és orvos-teamek összehangolt munkáját jelenti
- viszont ha a kórházi szakembert nem éri el érdemi formában a bónuszok, akkor a motiváció tényező egy része elvész
- a motivációs támogatások rossz kezelése szakmai és bérezési feszültségekhez vezethet az ellátó entitásokon belül

Számolni kell a P4P támogatások túlkompensációs hatásaival is, amikor is olyan ellátási aspektusok kapnak az adott teljesítmény után pluszincentívát, amelyeket korábban az ellátók a pluszkompensáció nélkül is elvégeztek.

Több P4P szisztéma jellemző problémája, hogy a hatékonyságjavítás következményeként jelentkező költségcsökkentéseket (például a gyógyszerfelírások racionalizálása) fiskális szinten elnyelik a teljesítményösztönző többletráfordítások.

P4P programok néhány vizsgált országban

Ország/ P4P program neve	Mérési területek	Indiká- torok teljes száma	Többlettámoga- tási forma, teljesítmény- mérési mechanizmus	A bónuszok aránya a teljes jövedelem- hez viszonyítva	A források célzása, elosztása	A mérési területek súlyozása	A program hatásai	Problémák, nehézségek
UK, Quality and Outcomes Framework	* klinikai ellátás * ellátás- szervezés * beteg- tapasztalat * kiegészítő szolgáltatá- sok	142	Abszolút szintű mérés. Célértékek százalékos teljesítése minimum küszöbértékek elérésével. A pontokért átalányérték jár.	kb. 25%	Háziorvosok kapják, saját hatáskörben osztják szét a praxisok egyéb szak- emberei között, központi irányelvek nincsenek	Erősen súlyoz a klinikai ellátás mérése felé	Bizonyít- ható egészség- nyereség pl. a diabé- teszes és az asztmás betegek kezelésé- ben. Ellátás javulása a hátrányos helyzetű régiónokban. Forrásallo- káció javulása	Nem feltétlenül a legnagyobb egészség- nyereséget hozó beavatkozás- ok kapják a legmaga- sabb pont- értékeket. Bérfeszült- ségek. Jelentős költségve- tési terhek
Francia- ország, <i>Rémunéra- tion sur Objectifs de Santé Publique</i>	*prevenció *krónikus betegme- nedzsmet *költség- hatékony gyógyszer- felírás *ellátás- szervezés	29	Abszolút szintű mérés. Két előre meghatározott célérték elérése, plusz páciensszámra vonatkozó minimum- értékek. A teljesítmény- értékek különböző módon számolódnak az egyéb bázis- teljesítmények alapján.	kb. 7%	Háziorvosok kapják, saját hatáskörben osztják szét a praxisok egyéb szak- emberei között központi irányelvek alapján	-	Részered- mények a diabétesz- kezelés és a krónikus betegme- nedzsmet kapcsán,	Magas a kezelendő betegek küszöbérté- ke. A költség- csökkentést elnyelik a teljesít- ményösztö- nző ráfordítás- ok
Észtország, QBS	*prevenció *krónikus betegme- nedzsmet *egyéb egészség- ügyi szolgáltatá- sok	62	Abszolút szintű mérés. A pontok egy része „mindent vagy semmit” alapon gyűlnek, részpontoszám- ok nincsenek. A QBS-en mutatott telje- sítményhez kapcsolava növelhető a szolgáltatás- alapú finanszí- rozási komponens is	kb. 4-5%	Háziorvosok kapják, saját hatáskörben osztják szét a praxisok egyéb szak- emberei között, központi irányelvek nincsenek	A prevenációs és a kró- nikus beteg- menedzs- ment indi- kátorainak súlyozása. Magas vérnyomás- sal kapcsolatos indikátorok erős súlyo- zása	Krónikus betegme- nedzsmet programok javítása, a krónikus betegek kórház- szolgáltatás- ának csökken- tése	Magas a bónuszt egyéltalán nem kapó szolgálta- tók aránya (kb. 50%)

1. Bevezetés

Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérése aránylag alaposan kutatott területnek számít. **A teljesítménymérés előtérbe kerülésének mindenekelőtt a technológiai fejlődés okozta költségrobbanás, az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának fiskális vonatkozásai, illetve az igénybevevői kör szemléletváltása és a betegélmény jelentőségének a felértékelődése a főbb okai.**

Mindemellett a teljesítménymérés fő célja, hogy a központi kormányzatok átfogó képet kapjanak **az egészségügyi ráfordítások megtérüléseiről és hatékonyságairól.** A teljesítménymérés során kapott eredmények mind a főbb szakmai intézkedéseket, mind azok költségvetési vonatkozásait meghatározzák. A kormányzati és fenntartó-ellenőrző szervek kapacitásai ugyanakkor erősen determinálják, hogy az ellátórendszer mely szegmentumaira terjed ki a központi teljesítménymérési szisztéma **(például az egészségügybe bevonódó külső szolgáltatók és beszállítók teljesítményeinek mérése lényegesen korlátozottabb, mint például az állami intézmények monitorozása).**

Jelen tanulmányunk első két fejezetében **nemzetközi kitekintés keretében vizsgáljuk bizonyos OECD országok egészségügyi teljesítménymérő rendszereit.** Bár a fejlettebb országok teljesítménymérő rendszerei sok szempontból különböznek egymástól, általában elmondható, hogy **inkább hatékonyságnövelő, mintsem költségcsökkentő irányultsággal bírnak.** Ebben a vonatkozásban a döntéshozóknak arról kell dönteniük, hogy melyek azok az értékek (*values*; például a lehető legegyszerűbb hozzáférés), hasznok (*benefits*; biztonságérzet, a betegségek költségterhe elleni védelem) és nyereségek (*gains*; egészségmegőrzés, egészségnyeresség, DALY, QALY), amelyeket az egészségügy előállít, és ezek az outputok miként mérhetők.

Ebben a két fejezetben nem foglalkozunk részletesebben az egészségügyi teljesítménymérés és teljesítményértékelés koncepcionális jellegű keretrendszerével és anomáliáival, mint például az ellátási minőség (*quality of care*), a hatékonyság (*efficiency*) és az igazságosság (*equity*) mérésével kapcsolatos elhatárolási nehézségekkel.¹

Az egészségügyi teljesítmény mérése kapcsán elemzésünk elsősorban annak felmérésére irányul, hogy bizonyos OECD államokban

- 1) milyen **felelősségi** (regionális, centralizált, országos, intézményes) **szinteken** történik az egészségügyi kibocsátás mérése és összevetése;
- 2) **milyen szolgáltatásokat és ellátási formákat** fednek le a vizsgált országok teljesítménymérési rendszerei;
- 3) **hogyan működnek, miket mérnek**, milyen fő indikátorokat használnak az egészségügyi teljesítménymérő rendszerek;
- 4) milyen **elsődleges mérési céljai** vannak az egyes teljesítménymérő rendszereknek;

¹ Az egészségügyi teljesítménymérés koncepcionális kérdéseiről lásd például Arah et al (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 18(suppl. 1); illetve Gaál et al (2012): Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2. Tanulmányunk 4. fejezetében részletesebben tárgyaljuk a P4P sémák ellátási minőségfejlesztő és hatékonyságjavító konstrukcióit.

- 5) hogyan lépnek kölcsönhatásba az egyes egészségügyi kormányzati intézkedések, programok a teljesítményméréssel;
- 6) hogyan mutatkoznak meg a teljesítménymérés hatásai
 - a. országos
 - b. regionális
 - c. és intézményes szinteken;
- 7) milyen szerepe van a teljesítménymérésben az ún. „*hospital effect*”-nek, azaz **egy adott intézményre jellemző adottságoknak**;
- 8) melyek a teljesítménymérő rendszerekkel kapcsolatos **főbb kihívások**

Ezen kívül röviden bemutatunk és vizsgálunk néhány tetszőleges országban az Egyesült Királyságban és Ausztráliában) működő egészségügyi teljesítménymérő rendszereket.

Tanulmányunk **4. fejezetében részletesen elemezzük az ún. *pay for performance* (P4P) rendszereket, amelyek tulajdonképpen az egészségügyi teljesítménymérés eredményeinek a gyakorlati alkalmazását jelentik az ellátók vagy fenntartó entitások támogatási mechanizmusába építve.**

A P4P programok jellemzően az **alapellátásra célozva bizonyos előre meghatározott mérési területeken indikátorpontszámok segítségével mérik a teljesítményt, és azok alapján pluszforrások formájában ösztönzőket nyújtanak a szolgáltatóknak.** Ezek a támogatási összegek jellemzően a teljes ellátói bevétel néhány százalékát jelentik, bár vannak bőkezűbb programok is. Általánosságban elmondható, hogy a P4P konstrukciók eredményei az ellátási szint javulása és az egészségnyereség vonatkozásában szolidak, és részlegesen, de számos területen határozottan kimutathatók, miközben rossz kalibrálás esetén a programok torzíthatják az ellátási struktúrákat.

2. Az egészségügyi teljesítmények mérésének metodikája – bevezető kritikai megjegyzések

Bár a legtöbb fejlett országban működik valamilyen fajta egészségügyi teljesítménymérő rendszer, ezek a rendszerek jellemzően hasonló nehézségekkel küzdenek. **A szisztémák nem feltétlenül átfogók jelentős holtterek vannak; például a magán szolgáltatások eredményességének, vagy a beszállítói hálózatok hatékonyságának a mérése kapcsán.** Az adott rendszerben az egyes mérési aspektusok szisztematikusan nem feltétlenül összerendezettek, a különböző ellenőrző és irányító szervek, illetve a **regionális és az országos szintű szervek méréseiből sokszor nem áll össze valamilyen egységes eredmény.** Az egyes országok egészségügyi teljesítménymérési rendszerei, illetve a mérések által kapott eredmények is csak nehezen összevethetőek. Nem feltétlenül mondható például, hogy a bizonyos meghatározott szempontok alapján a gazdagabb országok egészségügyi rendszerei egyértelműen jobban teljesítenek, mint a kevésbé fejlett államok ellátórendszerei.

További súlyos probléma, **hogy a teljesítménymérő rendszerek eredményeire csak korlátozott szinten épülnek szakpolitikai beavatkozások.** Ez egyébként különösen érzékeny pontja az egész egészségügyi teljesítményméréssel kapcsolatos szakmai diskurzusnak, hiszen

felveti a **teljesítménymérés öncélúságát**. Ha ugyanis az egészségügyi eredmények mérése csak korlátozott mértékben vezet reformokhoz vagy bármilyen szakpolitikai intézkedésekhez, akkor lényegében a mérések értelme is sok szempontból megkérdőjeleződik. Smith (2002) szerint **a különböző fejlesztések és átalakítások sokszor inkább a szakmai tapasztalatokból, vagy politikai-ideológiai nyomásokból, nem pedig a mérések belátásaiból származnak.**²

A teljesítménymérésből következő fejlesztések és **átalakítások ex ante és ex post hatékonyság-elemzések alapján történhetnek**. A teljesítményméréseknek képeseknek kell lenniük arra, hogy a döntéshozót/fenntartót segítsék például az ellátórendszert érintő **ex ante kockázatelemzések** elvégzésében, vagy költséghatékonysági mutatók javításában. Az **ex post** elemzésekre alapozott teljesítménymérésnek evidencia-alapon kell a fenntartó számára nyilvánvalóvá tenni a betegeknek nyújtott ellátások hatékonyságát, a szolgáltatásnyújtás során jelentkező finanszírozási anomáliákat, stb.

Az egészségügyi teljesítmény mérésének minimum öt alapvető aspektusát különíthetjük el.³

6. **Ki méri és kinek a teljesítményét**, vagyis milyen hatóságok és ellenőrző szervek végzik a méréseket, és ezek milyen entitásokra terjednek ki?
7. **Milyen adatokat gyűjtenek** a hatóságok a teljesítménymérések során (költség-ráfordítási, klinikai, epidemiológiai, népegészségügyi indikátorok). **A kezelési folyamat, vagy pedig a kezelési eredmények hatékonyságát mérik az adatok?** Milyen módon gyűjtik a hatóságok a nagy volumenű relatíve homogén beavatkozások és kezelések eredményeit, illetve a heterogén betegélményeket és az egyéni egészségnyereségeket?
8. Milyen **geográfiai (országos, regionális, megyei szintű) egységekben** mérik a hatóságok a teljesítményeket? Hogyan és mennyire vezetnek össze ezeket az adatokat?
9. Milyen **időintervallumokban** mérik a teljesítményeket, milyen formában állnak rendelkezésre keresztmetszeti és hosszmetzeti adatok, milyen frissek az adatok, milyen időbeli csúszásokkal érhetők el és elemezhetők az adatok?
10. Milyen **módszerekkel** elemzik, kategorizálják és értékelik az adatokat?

A jól működő, hatékony és átfogó egészségügyi teljesítménymérő rendszerek kialakításának számos akadálya van. **Gyakran maga a fenntartó/döntéshozó sem képes megfelelően meghatározni azokat a célokat és prioritásokat, amelyeket az ellátórendszernek elsődlegesen teljesítenie kellene.** Nincs szakmai egyetértés a mérőszámok, a mérési aspektusok, illetve ezek kvantifikálási módszerei kapcsán sem. Súlyos nehézséget jelentenek a legkülönbözőbb **adatfelvételi anomáliák, amelyek jellemzően az adatfelvételi standardok hiányából**, inkohereciáiból adódnak. Az ellátórendszerek irányítói általában nem képesek (és nem is feltétlenül tudnának) rendszerszintű célkijelölést végezni, már csak azért sem, mert a különböző társadalmaknak vagy társadalmi csoportoknak más és más „ideális” egészségügyi rendszerek tűnnek kívánatosnak.

2 Hurst (2002): *Performance measurement and improvement in OECD health system: An overview of issues and challenges*. OECD: Measuring Up: Improving health system performance in OECD countries.

3 Naylor et al (2002): *Measuring health system performance: Problems and opportunities in the era of assessment and accountability*. OECD: Measuring Up: Improving health system performance in OECD countries

Általánosan megfogalmazható kritika⁴ a teljesítménymérési rendszerekkel kapcsolatban, hogy **az ellátók és a helyi fenntartók, valamint a területileg illetékes hatóságok által szolgáltatott adatok értelemszerűen soha nem lehetnek teljesen frissek.** A teljesítmények számítása és összehasonlítása mindig valamennyire idejemúlt adatok alapján történik, ezért felmerül annak a lehetősége, hogy a teljesítménymérések igazából csak a tegnapi problémáit mutatják, emiatt pedig kockázatos szakpolitikai intézkedéseket alapozni az eredményekre.⁵

A másik gyakran felvetett érv a teljesítménymérő rendszerekkel kapcsolatban **a kvantifikációs mechanizmusok óhatatlan redukciós potenciálja,** vagyis hogy a mérések súlyosan leegyszerűsítenek bizonyos rendkívül összetett folyamatokat. A teljesítménymérés számos aspektusa kvalitatív jellegű (például intézményi kultúra, szakmai morál, betegélmények), nehezen kvantifikálható.

3. Egészségügyi teljesítménymérés az OECD országokban

Az OECD országok⁶ nagyrésztében (58%) központi, országos szintű teljesítménymérő rendszerek működnek. A szövetségi államformájú országokra ugyanakkor jellemző, hogy a tartományi-regionális kormányzatok szintén részt vesznek az egészségügyi rendszer teljesítménymérésében, annak adminisztrálásában, de az eredmények kiértékelése ez esetekben is országos szinten történik. Néhány államban nem országos vagy regionális szinten zajlik a teljesítménymérés; Kanadában például a Canadian Institute for Health Information (CIHI) nevű **non-profit nem kormányzati szervezet végzi az ellátórendszer mérését.**

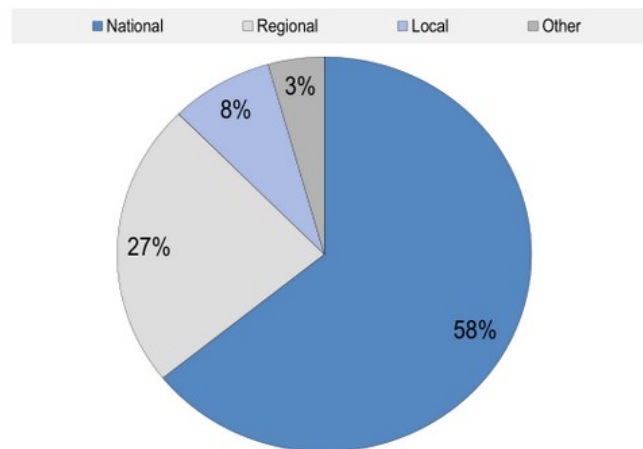
Számos olyan fejlett ország is van, amelyekben nem beszélhetünk központosított, országos szintű egészségügyi teljesítménymérő rendszerekről (például Csehország, Németország, Izland vagy Málta esetében). Vannak országok (például Chile, Ausztrália, Norvégia, Japán), amelyekben több teljesítménymérő szisztéma is működik, részben egymást átfedve, részben eltérő ellátási szférákra fókuszálva.

4 A teljesítménymérési rendszerek kritikáihoz lásd: Mannon et al (2005): *Cultures for Performance in Health Care*. Berkshire: Open University Press; 2005., illetve: Smith (1995): On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *Int J Public Adm* 18.

5 Mannon, Braithwaite (2012): Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Intern Med J.* 42(5)

6 A fejezetben felhasznált adatok forrásai: OECD (2019): *Performance measurement systems in the health sector and their budgetary implications*. OECD, COM/DELSA/GOV(2019)3, JT03443001

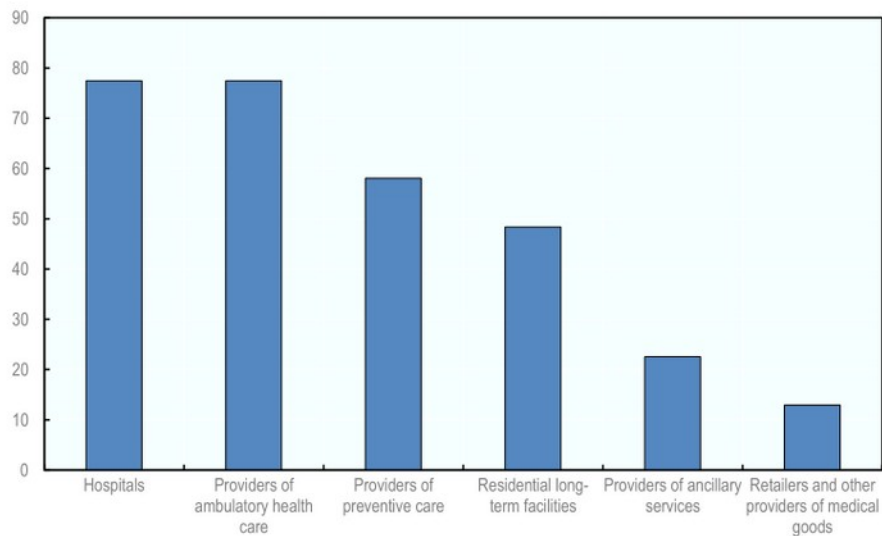
1. ábra: Az egészségügyi teljesítménymérés adminisztrációs szintjei az OECD országokban (országos, regionális, helyi, vagy egyéb szintű)



Az OECD államok teljesítménymérő rendszerei jellemzően (de nem szükségszerűen) az alábbi szolgáltatásokra és ellátásokra terjednek ki: kórházi fekvő- és járóbeteg ellátás, bentlakásos, hosszú távú ellátást (*long-term care*, LTC) nyújtó intézmények, egyéb szakellátók, kiegészítő szolgáltatások, medikai eszközök forgalmazása és prevenció ellátások.

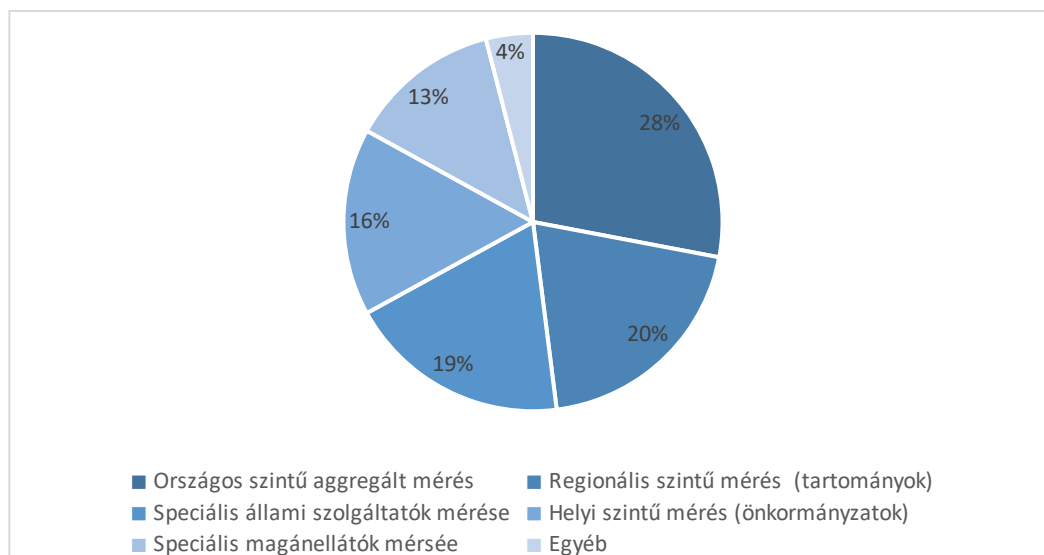
A teljesítménymérő rendszerek általában jobban fókuszálnak a járóbeteg szolgáltatókra. Ennek egyrészt az az oka, hogy sok szempontból az itt nyújtott szolgáltatások a leggyorsabban és legegységesebben mérhető ellátási formák. Másrészt pedig **a vizsgált országok egészségügyi kiadásainak legnagyobb részét a járóbeteg ellátás teszi ki, ezért az itt nyújtott szolgáltatások hatékonyságának ismerete kulcsfontosságú a fenntartó számára.** A teljesítménymérő rendszerek legkevésbé rendszeresen és átfogóan a kiegészítő szolgáltatásokat (például laborszolgáltatások, sürgősségi intézkedések), illetve az orvosi eszközbeszállításokat, és az egyéb kapcsolt szolgáltatásokat (például mosoda, őrzés-védés) mérik.

2. ábra: Az OECD államok teljesítménymérő rendszerei által mért szolgáltatási formái és szolgáltatói egységei



Az OECD államokban az egészségügyi teljesítménymérés fő fókusza az aggregált országos szint (28%), illetve főleg a szövetségi államformák esetében a regionális szintek (20%). A helyi szintű lokális mérések relatíve ritkábbak, mivel ezekben az esetekben a mérési apparátust és annak szervezését helyi szinteken kellene megoldani, amire az aggregált adatgyűjtésben érdekelt központi kormányzatok kevésbé nyitottak.

3. ábra: Az egészségügyi teljesítménymérési rendszerek mérni kívánt ellátó-szolgáltatói szintjei



A teljesítménymérő rendszerek hatékonysága leginkább azon múlik, hogy a mérések eredményeit mennyiben tudja a fenntartó vagy az intézmények arra használni, hogy javítsa az ellátást, vagy csökkentse a költségeket. Ebből a szempontból az egyik kulcskérdés, hogy a nemzeti-országos szinteken aggregált adatokat az egyes ellátási szintek hogyan

használják fel a saját szolgáltatásaik fejlesztésére és a költségek csökkentésére. Egyáltalán **nem magától értetődő ugyanis, hogy akár például a helyi önkormányzatok, akár a szolgáltatók beépítik az országos szinten végzett teljesítménymérések eredményeit a saját működéseikbe, vagy hogy ezekhez az adatokhoz egyáltalán hozzáférnek.** Az OECD 2019-es tanulmányában például a vizsgált 23 ország közül csak Kanadában, Chile-ben, Észtországban, Olaszországban, Luxemburgban, Új-Zélandon, Dániában, Japánban, Finnországban, Norvégiában, Hollandiában és az Egyesült Királyságban jutottak az aggregált teljesítménymérések valamilyen eredményei vagy a helyi/önkormányzati szintekre, vagy magukhoz az ellátókhoz.

Az egyes egészségügyi teljesítménymérő rendszerek mérési célja eltérőek; **fókuszálhatnak az ellátási, finanszírozási átláthatóságra, az elszámoltathatóságra, a finanszírozási eloszlásra és hatékonyságra, a költségcsökkentésre vagy a szolgáltatási minőség javítására.** Ezek a szempontok különbözőképpen súlyozódhatnak a teljesítménymérő rendszerekben (4. ábra). Első pillantásra talán meglepő módon **a vizsgált teljesítménymérő rendszerek többsége inkább hatékonyság- és minőségnövelő, mintsem költségcsökkentő irányultsággal működnek.**

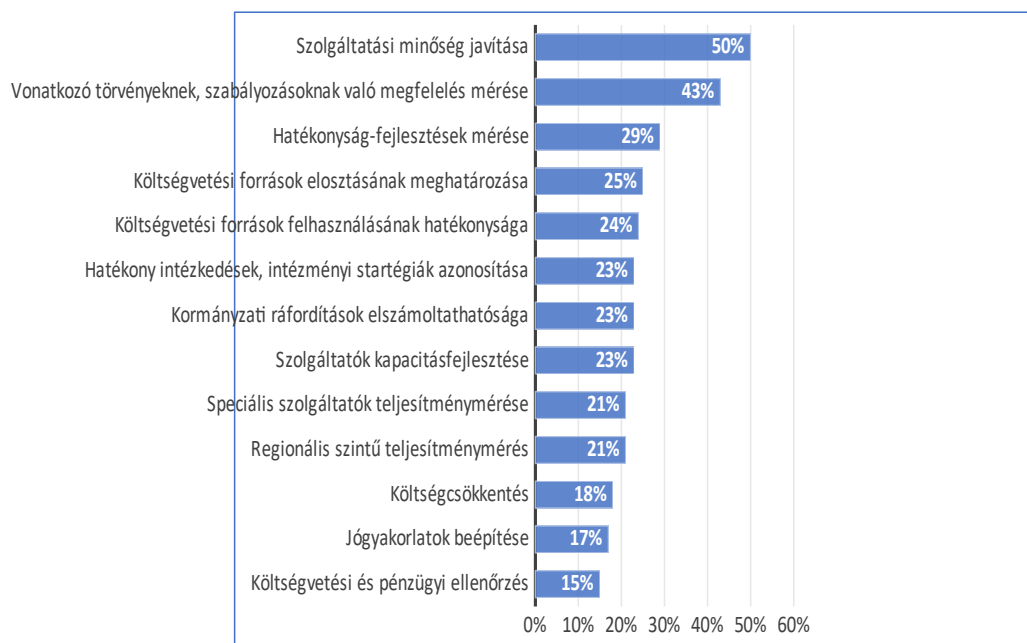
Az OECD mérései szerint a vizsgált országok 27, illetve 11 százalékában tekinthető a költségcsökkentés a teljesítménymérési rendszerek elsődleges szempontjának, az adatokat országos, illetve a szövetségi szinten aggregáló államok vonatkozásában (Chile, Görögország, Olaszország, Hollandia, Lengyelország). Ezeknek a teljesítménymérő rendszereknek a fő célja a források hatékony elosztása a régiók, illetve a szolgáltatók között.

A vizsgált teljesítménymérő rendszerek több mint 65 százalékának a szolgáltatási minőség fejlesztése, illetve az ellátási hatékonyság javítása és az ellátási követelményeknek való megfelelés biztosítása volt a legfőbb célja. A szolgáltatók, illetve a regionális/helyi fenntartók és üzemeltetők teljesítményének mérése, illetve a szolgáltatásjavítás a deklarált célja például Ausztrália, Kanada, Olaszország és Új-Zéland teljesítménymérő rendszereinek.

Külön fókusz kategóriába sorolhatók a *pay for performance* típusú teljesítménymérő rendszerek, amelyekben az egészségügyi szolgáltatók közvetlen pénzügyi incentivákat kapnak bizonyos teljesítmény-sarokpontok eléréséért. Ilyen P4P rendszerek a világ számos országában működnek, mely programokkal tanulmányunk későbbi fejezetében foglalkozunk részletesebben.

Az egészségügyi teljesítménymérések eredményeiként megvalósuló intézkedések és kormányzati-fenntartói kezdeményezések, programok hatékonysága a teljesítménymérés egyik kulcskérdése. **A központi kormányzatok ugyanis a teljesítménymérés alapján érzékelik például azt, hogy milyen a lakosság hozzáférhetősége az adott szolgáltatásokhoz.** A szolgáltatók teljesítményeinek az elemzése a kormányzati ráfordítások transzparenciájának és elszámoltathatóságának egyik legfontosabb alapja. A teljesítményadatok valamilyen fokú nyilvánossága és hozzáférhetősége növeli a szolgáltatók közti versenyhelyzetet, amely pedig összességében pozitívan hathat fogyasztói választás lehetőségeire.

4. ábra: Az egészségügyi teljesítménymérő rendszerek fókuszában lévő fő célok a vizsgált országok alapján bontva



Az OECD 2019-es értékelése szerint a teljesítménymérő rendszerek inkább eseti, nem pedig állandó vagy gyakori jelleggel gyakoroltak hatást az egészségügyi kormányzatok szakpolitikai intézkedéseire. A tanulmány a vizsgált országok közül Chile-t, Finnországot, Olaszországot, Japánt, Norvégiát, Új-Zélandot és Spanyolországot azonosította, mint olyan országokat, amelyekben az országos szintű teljesítménymérő rendszerek eredményei megjelennek a szakpolitikai döntéshozatali folyamatokban. **Jellemzően markánsabban jelenik meg a teljesítménymérő mechanizmusok fiskális folyamatokra gyakorolt hatása a nem szövetségi államformájú országokban,** ezekben az államokban ugyanis nincsenek tartományi szintű költségvetési önállósággal rendelkező egyeségek.

Nagyságrendileg a vizsgált országok 25-30 százalékában gyakorolnak a teljesítménymérések eredményei rendszeresebb hatást a szakpolitikai prioritások meghatározásában és egészségpolitikai stratégiaalkotásokban. 70-80 százalékban a döntéshozók inkább eseti jelleggel, vagy egyáltalán nem veszik figyelembe ezeket az eredményeket.

A döntéshozók alapvetően adminisztratív és pénzügyi jutalmazásokon és büntetéseken keresztül motiválhatják a szolgáltatókat (lásd 4. Fejezet). **A teljesítménymérések eredményeinek valamilyen formájú publikálása** vagy nyilvánossá tétele az egyes szolgáltatók számára is fontos iránymutatást jelenthet a saját teljesítményeik vonatkozásában. A kormányzatok a teljesítménymérések eredményei alapján maguk is hatékonyabban tudják célozni a támogatásaikat; képesek lehetnek motiválni a jól teljesítő ellátókat és szankcionálni, vagy szükség esetén plusztámogatásokban részesíteni a

rosszabbul teljesítőket. A teljesítménymérések a kormányzati segítségnyújtások alapjait jelenthetik, bár rosszul teljesítők támogatása könnyedén kontraproduktívá válhat.

A vizsgált országok 75 százalékában a teljesítménymérő rendszerekben használt indikátorokat rendszeresen felülvizsgálják vagy újrakalkulálják a szakemberek. Van azonban néhány olyan ország is (például Lengyelország, Mexikó, Kazahsztán), ahol ezek a mechanizmusok nem esnek át rendszeres felülvizsgálatokon.

Az OECD vizsgálata szerint a döntéshozók és a fenntartók leginkább a teljesítménymérő rendszerek által felhasznált adatok minőségével, összevethetőségével, illetve a szolgáltatási minőség mérési metodikáival kapcsolatban fogalmaztak meg aggályokat és fenntartásokat. Jelen voltak még továbbá a mindenféle méréseknek ellenálló szakmai érdekeltségek felszámolhatatlanságával, illetve a személyes adatok védelmével kapcsolatban felvetődő aggódomák is. Minden összevetve a vizsgált országok kormányzatai maximálisan elismerték az egészségügyi teljesítmények mérésének fontosságát, illetve szükségesnek vélik a rendszerekkel szembeni kihívások megválaszolását.

3.1 Országismertető: néhány országos teljesítménymérő rendszer áttekintése

Ausztrália

Ausztráliában két egészségügyi teljesítménymérő rendszer fut.⁷ **A 2008-2009 óta működő *National Healthcare Agreement (NHA)* program irányelveket, rangsorokat és összevető táblázatokat közöl a regionális kormányzatokkal, amelyen keresztül a helyi irányító hatóságok, fenntartók és szolgáltatók is összevethetik az ellátórendszerek különböző entitásainak teljesítményeit.**

Az NHA lényegében egy olyan strukturális egyezség a központi kormányzat és a regionális hatóságok között, amelyek rögzítik és meghatározzák a helyi fenntartású ellátók szerepét, feladatait, ellátási kötelezettségeit, elszámoltathatóságát, illetve az elvárt teljesítményeket is. Az ellátórendszerek célja, hogy a kormányzati célkitűzések illetve a jelzett indikátorok kapcsán a lehető legjobb eredményeket ériék el. A fenntartók és az egyes intézmények meghatározott teljesítményindikátorokon jelentenek az NHA-ba, amelyek kiterjednek az alapellátási kötelezettségekre, az ellátók fenntarthatóságára, a bennszülött népességnek (*indigenous people*) nyújtott ellátásra stb.

Az NHA működésének közvetlen felügyeletét és koordinálását a kormányzati szolgáltatások ellenőrzésével megbízott Steering Committee (SCRGSP) végzi. A bizottság évente nagyságrendileg 700-800 oldalas nyilvános jelentésekben tájékoztatja mind a kormányt (mindenekelőtt a tartományi vezetőket, illetve a helyi kormányzati prominenseket összefogó Council of Australian Governments [COAG] nevű testületet), mind pedig magukat az ellátókat az aktuális egészségügyi teljesítményekről.⁸

Az NHA összesen 34 teljesítményindikátort alkalmaz, amelyek longitudinális jellegű adatösszevetésekkel kalkulálják az eredményeket, a legtöbb 2010 körüli bázisévekkel

⁷ Az ausztrál P4P szisztémát, a Practice Incentives Programme (PIP) mechanizmust tanulmányunk 4. fejezetében említés szinten mutatjuk be.

⁸ <https://www.pc.gov.au/research/supporting/national-agreements/healthcare>

számolva.⁹ A 34 indikátor hét alapvető egészségügyi cél alá sorolódik be, amelyek fejlesztése/megtartása a konkrét kormányokon átívelő egészségpolitikai elképzelések sarokpontjai.

1. táblázat: Az NHA alapvető egészségügyi célkitűzései, illetve az ezekhez tartozó teljesítményindikátorok¹⁰

Alapvető egészségügyi célkitűzés	Teljesítményindikátorok
Jobb egészségügyi állapot	
1. Az ausztrál állampolgárok egészségesen jönnek világra, és egészségesek maradjanak	<ul style="list-style-type: none"> - Az alacsony súllyal született gyermekek aránya - Adott rákfajták incidenciája - Túlsúlyos vagy elhízott betegek prevalenciája - Naponta dohányzók aránya - Túlzott alkoholfogyasztás előfordulása - Születéskor várható átlagos élettartam - Újszülöttek és kisgyermekek halálozási aránya - Legfőbb halálokok - Kardiovaszkuláris megbetegedések incidenciája - Kettes számú diabétesz előfordulása - Komoly mentális zavarokkal küzdő felnőttek aránya
Jobb egészségügyi szolgáltatások	
2. A betegek megfelelően magas színvonalú és hozzáférhető alap egészségügyi ellátásban részesülnek	<ul style="list-style-type: none"> - Háziiorvosi (GP) rendelésre való várakozási idő - Állami fogászati ellátásra való várakozási idő - A pénzügyi nehézségek miatt kezelést halasztók száma - Diabétesz hatékony kezelése - Elkerülhető elhalálozások megakadályozása - Megelőzhető hospitalizáció - Mentális betegségekkel küzdők kezelése - Háziiorvosi továbbküldés a sürgősségi ellátórendszerbe
3. A betegek magas színvonalú és	<ul style="list-style-type: none"> - Elektív beavatkozások várólistái és

⁹ <https://www.pc.gov.au/research/supporting/national-agreements/healthcare/healthcare-agreement-2012-13.pdf>

¹⁰ http://www.federalfinancialrelations.gov.au/content/npa/health/_archive/healthcare_national-agreement.pdf

hozzáférhető kórházi ellátásban részesülnek	<p>várakozási idők</p> <ul style="list-style-type: none"> - Várakozási idők sürgősségi ellátásra - Kórházi fertőzések száma - Nem tervezett újrafelvételek száma - Rákos megbetegedések túlélési rátái - Pszichiátriai betegek utókövetése
4. Az idősebb állampolgárok magas színvonalú és hozzáférhető egészségügyi és idősgondozási ellátásokban részesülnek	<ul style="list-style-type: none"> - A 70 év feletti lakosokra jutó gondozási otthonok helyeinek a száma (hely/1000 lakos) - A gondozási helyekre váró idősök által lekötött kórházi napok száma - A gondozási intézetekben töltött napok aránya kórházi ellátás közben - A gondozási intézményekben ellátott nyugdíjasok aránya a teljes nyugdíjaskorú népességhez viszonyítva
5. A betegek és gondozottak pozitív betegélményeket szereznek az ellátás során, amelynek során figyelembe vették a betegek személyes igényeit	<ul style="list-style-type: none"> - Betegelégedettség mérése
<i>Szociális integráció és a bennszülöttek ellátása</i>	
6. Az egészségügyi rendszer mindenki számára jól elérhető, csökkenti a társadalmi egyenlőtlenségeket, és gondoskodik a bennszülött népek ellátásáról	<ul style="list-style-type: none"> - Minden teljesítményindikátor megbontásra kerül azt illetően, hogy az intézmények hogyan teljesítenek a betegek <ul style="list-style-type: none"> a) bennszülötti státusza esetében b) fogyatékosága esetében c) a földrajzi távolságok és a területi egyenlőtlenségek leküzdése kapcsán d) szocioökonómiai helyzete kapcsán. <p>Az ellátórendszer célja, hogy a hátrányos helyzetben lévők is a lehető legjobb ellátást kapják</p>
<i>Az egészségügyi rendszer fenntarthatósága</i>	
7. Az ellátórendszer fenntartható alapokon működik	<ul style="list-style-type: none"> - Az 1.000 főre jutó teljes állású szakemberek száma

A másik teljesítménymérő rendszer a National Health Performance Framework, amely a kimondottan az őslakosokra irányuló Aboriginal and Torres Strait Islander Health

Performance Framework-kel (továbbiakban összefoglalóan HPF)¹¹ együtt méri részben az egészségügyi rendszer teljesítményét, részben pedig a népesség egészségügyi állapotában bekövetkező változásokat.

A HPF összesen három alapkategóriában, ezekben pedig rengeteg alindikátoron méri az ausztrál egészségügyi rendszer teljesítményét. **A szisztéma differenciáltságának egyértelműen az a célja, hogy lehetővé váljon mind az ellátórendszeri teljesítmény, mind pedig a lakosság egészségügyi állapotának a mérése.** A HPF éppen ezért külön dimenziókban különíti el

- 1) az egészségügyi státuszt és az egészségnyereséget (Trier 1);
- 2) az egészségügyi állapotot meghatározó faktorokat (Trier 2);
- 3) valamint az egészségügyi rendszer teljesítményét (Trier 3).

A 2. táblázatban a HPF összes indikátorát kategóriánként, felsorolásszinten közöljük.

2. táblázat: Az HPF indikátorai kategóriák szerint

Alapkategória (Trier)	Indikátorok
Trier 1: Egészségügyi státusz, egészségnyereség	1.1. Születés kori alacsony testsúly 1.2. Vezető hoszpitalizációs okok 1.3. Balesetek, mérgezések 1.4. Légzőszervi megbetegedések 1.5. Keringési megbetegedések 1.6. Akut reumatikus megbetegedések 1.7. Magas vérnyomás 1.8. Rákos megbetegedések 1.9. Diabétesz 1.10. Veseelégtelenségek 1.11. Orális egészség 1.12. HIV/AIDS és egyéb STD 1.13. Közösségi funkciók 1.14. Fogynakosság 1.15. Fül-orr-gégészeti egészség 1.16. Látószervi egészség 1.17. Beteg által érzékelt egészségügyi státusz 1.18. Szociális és érzelmi jólét 1.19. Születés kori várható élettartam 1.20. Gyermekehalandóság 1.21. Szülés közbeni elhalálozás 1.22. Vezető halálozási okok 1.23. Elkerülhető és megelőzhető halálozások

¹¹ https://www.pmc.gov.au/sites/default/files/publications/2017-health-performance-framework-report_1.pdf

<p>Trier 2: Az egészségi állapot meghatározó faktorai</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Lakhatási helyzet 2.2 Lakhatáshoz való hozzáférés 2.3 Passzív dohányzás 2.4 Analfabetizmus 2.5 Oktatási eredmények (fiatalok) 2.6 Oktatási részvétel és eredmények (felnőttek) 2.7 Foglalkoztatottság 2.8 Jövedelem 2.9 Hátrányossági index 2.10 Közösségi biztonság 2.11 Kapcsolat a büntetésvégrehajtással 2.12 Gyermekvédelem 2.13 Közlekedési lehetőségek 2.14 Földhöz való hozzáférés (őslakosok esetében) 2.15 Dohányzás 2.16 Kockázatot jelentő alkoholfogyasztás 2.17 Kábítószer-használat 2.18 Fizikai aktivitás 2.19 Táplálkozási szokások 2.20 Szoptatási szokások 2.21 Terhesség alatti egészségügyi viselkedés 2.22 Elhízottság és túlsúly
<p>Trier 3: Az egészségügyi rendszer teljesítménye</p>	<ul style="list-style-type: none"> 3.01 Terhesgondozás 3.02 Immunizáció 3.03 Egészségjavítás 3.04 Prevenció, megelőzés 3.05 Krónikus betegmenedzsment 3.06 Kórházi kezelésekhöz való hozzáférés 3.07 Megelőzhető vagy elkerülhető hospitalizáció 3.08 Interkulturális kompetencia (őslakosok esetében) 3.09 Betegfegyelem, az orvosi utasítások

	betartása
3.10	Mentális ellátáshoz való hozzáférés
3.11	Addiktológiai ellátáshoz való hozzáférés
3.12	Egészségügyi munkaerő (külön az őslakosokra)
3.13	Kompetens kórházmenedzsment
3.14	A szükséges szolgáltatásokhoz való hozzájutás
3.15	Vényköteles gyógyszerekhez való hozzájutás
3.16	Rendelési időn kívüli alapellátáshoz való hozzájutás
3.17.	Háziorvosi szolgáltatáshoz való hozzáférés
3.18	Krónikus ellátásszervezés
3.19	Akkreditáció
3.20	Egészségügyi irányultságú szakmákban tanulók száma (külön az őslakosokra)
3.21	Az őslakosokra jutó egészségügyi ráfordítások aránya
3.22	Szakember-utánpótlás és megtartás

Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyság általános egészségügyi teljesítménymérő szisztémája, az NHS Performance Assessment Framework (PAF) 1999 óta működik.¹² **A PAF lényegében egy eredetileg profitorientált cégek számára kidolgozott, ugyanakkor több ponton jelentősen módosított *balanced scorecard* (BSC)¹³ jellegű teljesítménymérési rendszer. A PAF deklarált célja az NHS szolgáltatások minőségének a mérése, illetve a teljesítménymérés jelentése a parlament és a kormányzat felé.** A kormányzat úgy tekint a szisztémára, mint amely egyszerre méri az ellátórendszer teljesítményét, és amelynek eredményei segítséget nyújtanak a döntéshozatali erőforrás-tervezéshez.

A PAF módosított BSC szempontjai a 3. táblázatban felsorolt hat dimenziót foglalják magukba, amelyek hatékonyságát a teljesítménymérő szisztéma mérni hivatott.

¹² Az Egyesült Királyság P4P célú, háziiorvosi rendszerre irányuló teljesítménymérő programjáról, a Quality and Outcomes Framework-jéről (QOF) a következő fejezetben lesz részletesebben szó.

¹³ A *balanced scorecard* (kiegyensúlyozott stratégiai mutatószám-rendszer) egy eredetileg leginkább a for-profit szektorban alkalmazott teljesítménymérési keretrendszer, amely pénzügyi és nem pénzügyi mutatószámok segítségével méri az adott szervezet teljesítményét. A pénzügyi nézőpont mellett azonosítható a vevői/igénybevevői nézőpont, a működési folyamatok nézőpontja, valamint a fejlődés-fenntarthatóság nézőpontja. A BSC rendszerekben valamennyi nézőpont esetében meghatározhatók lesznek a stratégiai célok, az ezeket mérő mutatószámok és indikátorok és a mutatókkal kapcsolatos célértékek. A for-profit entitások számára kidolgozott BSC stratégiai keretrendszert az 1990-es években megalkotó Kaplan-Norton szerzőpáros több finomítás után teoretikusan alkalmazhatóvá tette a non-profit és/vagy kormányzati szervek számára is. Ez alatt mindenképp azt kell érteni, hogy például az egészségügyi teljesítménymérés esetében a BSC szisztémában a pénzügyi sikert valamilyen egyéb átfogó célértékkel, stratégiai célkitűzéssel (például a közegészségügyi helyzet fejlesztése, ellátási minőségjavítás, egészségnyeresség) kell helyettesíteni. Kaplan, Norton (2001): Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management. *Accounting Horizons*, March

3. táblázat: A PAF által mért dimenziók meghatározása, és azok céljai¹⁴

Terület megnevezése	Célok
Egészségfejlesztés	A lakosság általános egészségügyi állapotának fejlesztése, amely azonban nem csak az NHS szolgáltatásokon múlik
Egyenlő hozzáférés	Egyenlő hozzáférés biztosítása a lakosság igényei szerint, különös tekintettel a hátrányos helyzetűek számára
Magas színvonalú ellátás hatékony szolgáltatása	Az ellátásnak hatékonynak, magas színvonalúnak és gyorsnak kell lennie, mindezt természetesen a vonatkozó nemzeti egészségügyi standardoknak való megfeleléssel szolgáltatva
Hatékony	A szolgáltatások költséghatékonyságának biztosítása
Betegélmények	A személyre szabott szolgáltatások lehető legteljesebb nyújtása, illetve a megfelelő minőségű betegélmény biztosítása a pácienseknek
Egészségügyi eredmények, egészségnyereség	Az NHS által nyújtott szolgáltatások egészségnyereségének meghatározása, az egészségnyereség kvantifikálása

A célterületeken elért eredményeket a PAF az ún. „*high level performance*” indikátorokon (HLPI) keresztül méri. Az indikátorok célja, hogy országos szinten is összevethetővé tegyék az egyes ellátók, illetve az azokat fenntartó helyi egészségügyi hatóságok teljesítményeit.

A 4. táblázat tartalmazza az egyes PAF célterületekhez tartozó indikátorokat.

4. táblázat:

Terület megnevezése	Indikátorok
Egészségfejlesztés	<ul style="list-style-type: none"> - halálokok a 15-64 év közötti populációban - halálokok a 65-74 év közötti populációban - rákos megbetegedések halálozási rátája - kardiovaszkuláris megbetegedések halálozási rátája - öngyilkossági ráták - baleseti elhalálozás - súlyos baleseti sérülések
Egyenlő hozzáférés	<ul style="list-style-type: none"> - várólisták hossza - felnőtt fogászati ellátáshoz való hozzáférés - onkológiai kezelések várólistái - háziorvosok (GP) száma - a háziorvosi rendelések hozzáférhetősége - elektív beavatkozások rátái

14 Chang et al (2002): The NHS Performance Assessment Framework: A “balanced scorecard” approach? *Journal of Management in Medicine*, February 2002

	<ul style="list-style-type: none"> - szívsebészeti beavatkozási ráták
Magas színvonalú ellátás hatékony szolgáltatása	<ul style="list-style-type: none"> - vakcináció, immunizáció - nem megfelelően elvégzett/igénybe vett sebészeti eljárások - járóbeteg menedzsment - krónikus betegmenedzsment - mentális ellátási formák az alapellátásban - költséghatékony gyógyszerfelírás - stroke utáni hospitalizáció hossza - csípőműtét utáni hospitalizáció hossza
Hatékony	<ul style="list-style-type: none"> - napi esetszámok - kórházi tartózkodás átlagos hossza - nőgyógyászati szakrendelés egységköltsége - mentális zavarok ellátásának egységköltsége - generikus készítmények felírása
Betegélmények	<ul style="list-style-type: none"> - sürgősségi szakrendelésen felvételre kevesebb mint két órát várakozó betegek - halasztott, törölt operációk - elhalasztott hazaengedés - járóbeteg rendelési időpont, amelyen a beteg nem jelent meg - a háziorvosi beutaló után 13 héten belüli járóbeteg vizsgálat - a 18 hónapnál régebb óta elektív várólistákon lévők aránya - betegelégedettség
Egészségügyi eredmények, egészségnyereség	<ul style="list-style-type: none"> - leányanyák számaránya (18 év alatti terhességek) - öt éves gyermekek fogzatának állapota (rossz, hiányzó vagy tömött fogak) - hazaengedés utáni újbóli hospitalizáció - idősebb betegek sürgősségi felvétele - halvaszületés és csecsemőhalál - mellrák túlélési statisztikák - méhnyakrák túlélési statisztikák - tüdőrák túlélési statisztikák - vastagbél-rák túlélési statisztikák - kórházi elhalálozás sebészeti beavatkozás után (sürgősségi ellátás) - kórházi elhalálozás sebészeti beavatkozás után (nem sürgősségi ellátás) - szívinfarktus utáni halálozási ráta kórházban (35-74 éves korosztályban) - kórházi elhalálozás csípőtörést követően

Világosan látható, hogy **az egyes indikátorok sok esetben átfedést mutatnak**, illetve például a baleseti halálozás csak később került be a HLPI-be. A teljes PAF célmeghatározás dimenziók, illetve a használt indikátorok **mind az NHS teljesítményét, mint pedig az egészségyerességet igyekeznek mérni**. Chang és szerzőtársai (2002) ugyanakkor arra hívják fel a figyelmet, hogy a PAF indikátorhalmaz a számossága ellenére (amely szám lényegesen meghaladja az átlag BSC-rendszerek mutatóinak számát) a rendszer csak korlátozottan képes betölteni teljesítménymérő és stratégiai tervezési funkcióit.

A szerzők arra is figyelmeztetnek, hogy az NHS szolgáltatási „termékeivel” kapcsolatos teljesítmények nem feltétlenül jól ragadhatók meg indikátorok formájában. Hasonlóan **problematikus például a betegelégedettség szerepeltetése, amelynek mind a megadása, mind a mérése rengeteg szubjektív tényezőt implicál**. Az Audit Commission 2000-es jelentése szerint¹⁵ **a PAF indikátorai túlzottan a halálozások mérése felé húzzák a teljesítménymérési kalkuláció-rendszert, és jóval kevesebb súly esik például a betegek emocionális és spirituális egészségének megőrzése érdekében tett lépésekre, illetve a PAF nem is igazán ösztönzi ezek irányába az ellátókat**.

Mutatkozik némi diszkrepancia aközött is, hogy **bár a PAF fő célja a lakosság egészségi állapotának fejlesztése, a HLPI indikátorok valójában jobbra az egészségügyi szolgáltatás színvonalát és teljesítményét mérik, a két tényező pedig természetesen közel sem ugyanaz**. A PAF-ban felülmért halálozási mutatókat ugyanis rengeteg egyéb **szociális és környezeti** (munkaerő-piaci helyzet, jövedelmi helyzet, oktatási háttér, családi állapot stb.) **faktor befolyásolja, amelyre viszont az NHS által nyújtott szolgáltatásoknak nincs közvetlen ráhatása**.

Appleby és Mulligan (2000) szerint¹⁶ **fenntartásokkal kell kezelni a PAF azon célját is, amely elsősorban a felülreprezentált halálozási adatok alapján méri a helyi ellátók és fenntartó hatóságok teljesítményét**. Mint minden országban, az Egyesült Királyságban **lényeges regionális különbségek mutatkoznak a halálozási rátákban**, mivel a hátrányosabb helyzetű régiókban ezek az ellátási háttértől függetlenül lényegesen rosszabbak, mint a fejlettebb területeken. A szerzőpáros szerint viszont a PAF nem veszi figyelembe kellő mértékben az egészségügyi alapállapotban megmutatkozó jelentős lokális különbségeket.

Mannion és Braitwaite 2012-es tanulmányukban¹⁷ **részletes hibalistát** közölnek a PAF problémáiról, ellentmondásairól, és azokról a **szándékolatlan következményekről**, amelyeket a teljesítménymérő mechanizmus az ellátórendszerben okozott. A szerzőpáros szerint például a **„mérési fixáció”** eredményeként az NHS ellátóknál bevezetett **„5-min emergency waiting target”**¹⁸ összefüggésben van a sürgősségi osztályokon megjelenő **„hello nővérek”** jelenségével, akik érdemi szakmai ellátás nélkül valóban kapcsolatba léptek a beérkező betegekkel, mindenekelőtt azért, hogy az irányelvnek megfeleljen az intézmény.

15 Audit Commission (2000): *On target – The practice of performance indicators*. Audit Commission, London.

16 Appleby, Mulligan (2000): *How well is the NHS performing?* King's Fund Institute, London

17 Mannion, Braithwaite (2012): Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *International Medicine Journal*

18 Az intézkedés célja az volt, hogy a sürgősségi ellátásra érkezők ideálisan 5 percen belül kapcsolatba kerüljenek valamilyen egészségügyi szakemberrel.

Károsan befolyásolhatja az indikátoroknak való megfelelési kényszer a szolgáltatás-nyújtás azon aspektusait, amelyek nem kerülnek mérés alá. Például a várólisták kényszerű csökkentése könnyen válhat az ellátás egyéb aspektusainak kárára. Hasonlóan torzítanak az indikátorok bizonyos rövidtávú célok teljesülése irányába, például a hosszú távú prevenció rovására.

Vannak arra utaló jelek is, hogy **a teljesítményméréseken jobban szereplő intézmények jelentős munkaerő-elszívó hatással bírnak a kevésbé jobban teljesítők rovására.** A PAF összevetéseken gyengébben szereplő kórházakat jellemzően jobban sújtja a munkaerőhiány, mint a magasabb értékelést elérő intézményeket.

A szerzőpáros szerint a PAF több szinten is szándékos **adatjelentési manipulációra**, csalásra kényszerítheti a kórházakat, amire például a várólisták manipulálása kapcsán konkrét evidencia is mutatkozik. Egyre jellemzőbb gyakorlattá válik az esetek „**felkódolása**” (**upcoding**) is, amellyel az intézmények jelentősen javítani tudják a saját mutatóikat. A PAF által előírt évi összesen 3 százalékos teljesítménynövekedés arra ösztönözte a kórházvezetéseket, hogy **a bázisét alulteljesítsék és aluljelentsék**, valamennyire kikönnyítve ezután a kívánatos teljesítménynövekedés elérését.

A teljesítménykényszer negatívan hathat a kórházi dolgozókra; vannak arra utaló evidenciák, hogy a menedzmentek érzelmi vagy anyagi fenyegetéssel bírják a jobb értékelés eléréséhez szükséges többletmunkára a szakembereket. **A PAF (szemben például az ausztrál teljesítménymérési mechanizmusokkal) ugyanis nem követi vissza, hogy a célértékek elérésének milyen hatásai vannak az intézményi munkakultúrára és a szakember-állományra.** A jobb teljesítmény eléréséhez szükséges túlterhelés súlyosan rongálhatja a dolgozói morált, különösen, ha az adott intézmény kevésbé jó értékeléseket kap.

Fennáll **a teljesítménymérő rendszerek rossz értelemben vett politizálódásának, illetve az eredmények félreértelmezésének lehetősége** is. A betegek ugyanis kevésbé bíznak a rosszabbul teljesítő intézményekben, annak ellenére, hogy a PAF eredeti célja éppen az NHS-ellátókba vetett állampolgári bizalom további növelése lett volna.¹⁹ Sajnos a pártok rendszeresen politikai célokra használják a teljesítménymérések adatait, amely egyértelműen veszélyezteti a mérések hitelességét.

4 P4P rendszerek az egészségügyi teljesítménymérésben

4.1 A P4P rendszerek alapelvei

Az ún. P4P (*pay for performance*) rendszerek alapja természetesen a teljesítménymérés, de **nem minden teljesítménymérő szisztéma P4P mechanizmus is egyben**, ezért ezeket némiképp elkülönítve vizsgáljuk egymástól. Nagyon leegyszerűsítve **a P4P sémák lényege, hogy az ellátó, vagy annak helyi szintű fenntartója az előre meghatározott teljesítmények elérése alapján juthat többletforrásokhoz, vagy eshet el bizonyos forrásoktól.** Bár a P4P rendszereknek számos megjelenési formája létezik, közös jellemzőjük, hogy **valamilyen teljesítménymérési rendszerben meghatározott indikátorokon való eredmények alapján**

¹⁹ A YouGov 2018-as felmérése szerint a tűzoltóság után az NHS az az intézmény, amelyben a britek leginkább megbíznak.

nyújtanak direkt pénzügyi ösztönzőket az ellátóknak.²⁰ A P4P programok legfontosabb elemei a következők

- valamilyen ellátási minőség célkitűzés, amelyet a szisztéma megcéloz
- a minőségi metrika meghatározása, amely alapján a kifizetések megtörténnek majd
- az indikátorok meghatározása, amelyeken az ellátóknak teljesíteniük kell
- az ellátókra vonatkozó adatszolgáltatási protokollok meghatározása
- azoknak az ellenőrzési és kormányzati formáknak a megalkotása, amelyek biztosítják a teljesítménymérő és P4P rendszerek megfelelő működését

A P4P szisztémák alapját valamilyen megbízható és a lehető legfrissebb adatokkal dolgozó teljesítménymérő rendszer adja. Ideálisan a teljesítménymérő rendszereknek naprakész intézményes információkkal, megfelelő indikátorokkal, és az intézményes torzító hatásokat kiküszöbölő metrikákkal kell dolgozniuk. A finanszírozói ösztönző (vagy büntető) mechanizmusokat körültekintően kell kidolgozni, hogy csökkentsék az ellátórendszerben eleve meglévő egyenlőtlenségeket.

Fontos, hogy a P4P szisztéma mögött **széleskörű szakmai és ellátói konszenzus és támogatás** legyen. A szakmai motivációknak és preferenciáknak ellentmondó vagy azokat ignoráló programok nem lesznek hatékonyak, vagy egyenesen negatív következményekhez vezethetnek.²¹

A szakirodalmi evidenciák szerint nem mondható el, hogy egy-egy ellátórendszeri szegmens holisztikus egésze ugyanolyan módon reagál egy P4P rendszerre; vannak olyan szolgáltatási területek és ellátási szegmentumok, amelyek teljesítménye hatékonyan növelhető egy ilyen szisztémával, más területeken viszont a hatékonyság jóval kisebb lehet.

A P4P rendszerek alapelvét egyrészt az jelenti, hogy **a szolgáltatók kiemelkedően rezponzívak az anyagi jellegű ösztönzések iránt**, és hogy ilyen jellegű incentivákon keresztül hatékonyan lehet őket jobb teljesítményre sarkallni. Másrészt az áll a P4P konstrukciók megalkotása mögött, hogy **az úgymond „normál” (például fejpénz, csomagolt fizetési rendszerek, szolgáltatás szerinti finanszírozás stb.) egészségügyi finanszírozás nem jutalmazza a magasabb szintű ellátást nyújtó intézményeket**, és nem is ösztönzi őket a magasabb szintű szolgáltatásnyújtásra.²² A P4P konstrukciók ezzel szemben (legalábbis

20 A P4P rendszereknek lényegében nincs általánosan elfogadott nemzetközi definíciója, és mind az angolszász szakirodalom, mind pedig a különböző nemzetközi szervezetek (USAID, RAND Corporation, World Bank) több terminust is használnak az ilyen jellegű mechanizmusok leírására; például „*performance-based funding*”, „*paying for results*”, vagy „*results-based financing*”.

21 Cassel, Jain (2012): Assessing individual physician performance: does measurement suppress motivation, *Journal of the American Medical Association*, 307(24); illetve: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20121011.023909/full/>

22 Természetesen nem zárható ki teljesen, hogy a megfelelő módosításokkal és változtatásokkal a hagyományos egészségfinanszírozási rendszerek is ösztönözhetik a szolgáltatókat az ellátási minőség fejlesztésére. Cashin és szerzőtársai (2014) szerint a problémát inkább az jelenti, hogy a tradicionális finanszírozási módok esetében a minőségfejlesztés ösztönzése komoly és káros mellékhatásokkal járhat. A fejpénz alapú finanszírozás túlzottan fogja a költségeket, és ezen keresztül az ellátás visszafejlesztésére ösztönzheti a szolgáltatókat. A szolgáltatás szerinti finanszírozási struktúrában jobb lehetőségei vannak az anyagi ösztönzésen alapuló minőségfejlesztésnek, viszont ez a szcenárió a szolgáltatások túlhasználásához, illetve a költségek elszállásához vezethet. A csomagolt fizetési rendszerekben az ellátó abban érdekelt, hogy az ellátás egységköltségét lefelé, az esetszámokat pedig felfelé nyomja, amely konstellációban szintén nehéz hatékonyan ösztönözni az ellátási minőség javítását. Cashin et al (2014): Health provider P4P and strategic health purchasing. in: *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. eds:

elméletben) szisztematikus és nem csak akcidentális jellegű jutalmazást nyújtanak a jobban teljesítő kórházaknak, miközben ugyanilyen módon ösztönzik jobb teljesítményre az ellátókat.²³

Himmelstein és szerzőtársai (2014) szerint azonban jóval összetettebb döntéshozói/fenntartói motivációk húzódnak meg a P4P rendszerek bevezetése mögött, amely feltevések azonban nem mindig állják meg teljesen a helyüket.²⁴

1. Az egészségügyi teljesítmény pontosan mérhető, és a mért teljesítmény adekváтан tükrözi az ellátóegységek való teljesítményét;
2. A hagyományos finanszírozási formák alapvető egységei túl egyszerűek és általánosak, nem motiválják kellően a szolgáltatókat;
3. Az egyes ellátók eltérő teljesítményei mögött alapvetően az eltérő motivációk húzódnak meg, a motiváltság a megfelelő anyagi ösztönzéssel javítható;
4. A pénzügyi ösztönzők minden szinten csak javítják a motiváltságot, rontani nem tudják;
5. Az alacsonyabb szintű szolgáltatást nyújtó szakemberek és intézményi entitások (osztályok, kórházak) kevesebb forrásra jogosultak.

Általános szakmai meggyőződés, hogy **P4P sémákat csak megfelelően hatékony teljesítménymérő rendszerekre lehet felhúzni**. Jelenleg is rengeteg országban működnek a különböző teljesítménymérő mechanizmusokba integrált P4P rendszerek, többek között az USA-ban, Kanadában, Ausztráliában, Franciaországban, Új-Zélandon, Németországban az Egyesült Királyságban, vagy éppen Észtorországban.²⁵

A P4P szisztémák különböző szolgáltatási szereplőket célozhatnak: alapellátásban résztvevő orvosokat és egységeket, szakellátásban résztvevő orvosokat és egységeket, illetve magukat a kórházakat (lásd 5. táblázat). Ha egy országban egyáltalán működik valamilyen P4P konstrukció, az az alapellátásra egészen biztosan fókuszál, de gyakori a szakellátás, illetve a kórházak bevonása is. Az OECD adatai szerint a 2010-es évek közepén nem volt olyan vizsgált ország, amelyben a P4P szisztéma csak a kórházakra, vagy csak a szakellátásra terjedt volna ki. Ritkább konstellációnak számít az, amikor csak az alapellátásra fókuszálnak a P4P programok, de egyáltalán nem terjednek ki a szakellátásra és az egyes intézményekre (ilyen P4P konstrukciók vannak például Csehországban, Belgiumban vagy Lengyelországban).²⁶

Cashin et al. European Observatory on Health System and Policies, Open University Press

23 Cashin et al (2014)

24 A szerzők részletesen elemzik, hogy a P4P rendszereknek tulajdonított alapfeltevések hol bizonyulnak hibásnak vagy ellentmondásosnak. Lásd: Himmelstein et al (2014): Pay-for performance: Toxic or Quality? Insights from behavioral economics. *International Journal of Health Services*. 44(2)

25 Az egészségügyi P4P rendszerek alkalmazása az USA-ban kezdődött az 1990-es évek végén. Az ezredfordulón több szakmai szervezet (mindenekelőtt az Institute of Medicine) nagyhatású tanulmányokat publikált arról, hogy az ellátási protokolltól való hanyagságból vagy szándékoltságból fakadó eltérések milyen súlyos egészségügyi károkat okoznak a társadalomnak. Ezek a jelentések vetették fel először a P4P mechanizmusok alkalmazásának lehetőségét, amelyet egyszerre lehet az ellátásfejlesztés és a költségcsökkentés szolgálatába állítani. Az első nagy volumenű P4P programot a kaliforniai Integrated Healthcare Association nevű egészségügyi szolgáltató-fenntartó vezette be 2002-ben, de kisebb volumenű P4P sémák már korábban is működtek.

26 Cashin és szerzőtársai (2014) 33 OECD országban vizsgálták, hogy vannak-e P4P rendszerek, illetve milyen entitásokra fókuszálnak.

5. táblázat: P4P programok az OECD országokban (2012)

<i>Country</i>	<i>Primary care</i>	<i>Specialist care</i>	<i>Hospitals</i>
Australia	X		X
Austria			
Belgium	X		
Canada			
Chile	X	X	
Czech Republic	X		
Denmark			
Estonia			
Finland			
France	X	X	X
Germany	X		
Greece			
Iceland			
Ireland			
Israel			
Italy			
Japan			
Korea, Rep. of	X	X	X
Luxembourg	X		
Mexico	X		
Netherlands	X	X	X
New Zealand	X		
Norway			
Poland	X		
Portugal	X		X
Slovakia			
Slovenia			
Spain	X	X	X
Sweden	X		X
Switzerland			
Turkey	X		X
UK	X	X	X
US	X	X	X

forrás: Cashin et al (2014)

Több mint fél tucat OECD országban nincs semmilyen P4P konstrukció, illetve az ilyen programokkal rendelkező országokban sem feltétlenül terjednek ki a P4P rendszerek a teljes ellátói szegmentumra (az Egyesült Királyságban például a szakellátói szegmens 68 százaléka vesz részt P4P programban). A P4P rendszereket alkalmazó országok töredéke jelenti csak az OECD felé, hogy milyen pluszkompenzálásokat foganatosítanak ezek a programok az orvosok, az ellátási egységek, illetve a kórházak felé.

Kiemelten fontos megjegyezni, hogy meglehetősen korlátozott bizonyítékok vannak arra, hogy a P4P konstrukciók átfogó hatékonysággal működnek, azaz hogy ezek a programok képesek az ellátórendszer egészének, vagy a célzott ellátási terület egészének a minőségét

javítani. Számos kutatás²⁷ arra hívja fel a figyelmet, hogy a P4P rendszerek pozitív részeredményeket hoztak ugyan, viszont a szolgáltatásfejlesztés és a betegelégedettség átfogó növelése kapcsán inkább csak részikerek adódtak, illetve rengeteg előre nem látott és negatív következmény is megjelent. Van Herck és szerzőtársainak 2010-es tanulmánya²⁸ összesen 128 kisebb-nagyobb volumenű P4P program ellátásjavító eredményességét vizsgálta. Összességében **a vizsgált P4P konstrukciók szolid hatékonyságnövekedést indukáltak, amely viszont egyenlőtlenül oszlott el az egyes ellátórendszeri szegumentumokban.**

4.2 A P4P programok tervezése, mérési területek

Eijkenaar (2011) számos P4P program áttekintése után tíz alapvető tervezési és implementálási elemet rögzít, amelyek jellemzően javíthatják a motivációs konstrukciók hatékonyságát.²⁹

1. az egészségügyi teljesítményfogalmak, komponensek és indikátorok inkább szélesebb, mint szűkebb definíciója;
2. a kórházak által gyakran művelt betegszelektálás korlátozása;
3. a forráshasználati mérések kockázatainak rögzítése és ismerete (például a felkódolási gyakorlatok kapcsán);
4. a programok kidolgozásába célszerű bevonni a szolgáltatókat;
5. a jutalmazás és a büntetés rendkívül körültekintő, nem fűnyíró-elvű, hanem intézményekre szabott használata;
6. inkább gyakori és kisebb jutalmazások, mint ritkább, de nagyobb volumenű ösztönzések alkalmazása;
7. inkább csoportszintű, mint egyéni ösztönzők használata;
8. inkább abszolút, mint relatív célértékek meghatározása;
9. inkább több lehetséges célérték megadása;
10. a P4P-t minél átfogóbban és permanensebb módon kell használni az ellátási finanszírozásban (a pilot és a részprogramok helyett).

A P4P szisztémák hatásainak értékelése kapcsán valószínűsíthető, hogy **számolni lehet a konstrukciók jótékony spill-over hatásaival**, amennyiben a programok szinergiába tudnak lépni az egyéb ellátásfejlesztési intézkedésekkel. A P4P rendszerek ugyanis alapvetően ösztönzik az egészségügyi szolgáltatók adatgyűjtési és adatszolgálati hatékonyságának javítását, az informatikai rendszereik fejlesztésére és a hatékonyabb irányításra sarkallják a szolgáltatókat, elősegítik a kórházmenedzsmentek egyéb minőségfejlesztési céljainak a realizálását, stb.³⁰

27 Többek között: Eijkenaar (2012): Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. *Medical Care Research and Review* 69(3); Damberg et al (2009): Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines, *Health Affairs*, 28(2): 517–25.; Christianson et al (2007): *Paying for quality: understanding and assessing physician pay-for-performance initiatives*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.; Himmelstein et al (2014): Pay-for-performance: toxic to quality? *Insights from behavioral economics*. *Int J Health Serv*, 44(2)

28 Van Herck et al (2010): Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care, *BMC Health Services Research*, 10.

29 Eijkebaar (2011): Key issues in the design of pay for performance programs, *European Journal of Health Economics*, 14(1)

30 Damberg et al (2009)

Az egye P4P konstrukciók teljesítménymérési szempontjai természetesen változhatnak, hiszen nagyban függ az adott ellátórendszer sajátosságaitól, hogy a döntéshozó/fenntartó milyen ellátási tevékenységeket akar/tud hatékonyan mérni.³¹

A legtöbb P4P program méri a **klinikai ellátási minőséget, amely az ellátási struktúra, a kezelési folyamatok és a kezelési eredmények formáiban jelenik meg.**

- **A struktúra az ellátási háttér különböző infrastrukturális elemeit takarja**, az eszközellátottságtól kezdve a gyógyszerellátáson át az IT háttérig és a humán erőforrás-helyzetig. Például az ausztrál Practice Incentives Programme (PIP) P4P konstrukció jutalmazza a háziorvosokat az ellátási infrastruktúra fejlesztéséért (például informatikai beruházások, vagy szolgáltatás elérhetőségi időszakának növelése).
- A **kezelési folyamaton** a legtöbb P4P program a minimumkövetelményeknek való megfelelést és a kezelési protokollok betartását, az ellátási minőséget és a betegelégedettséget méri (például több P4P szisztéma méri azt, hogy egy diabéteszes beteg megkapja-e a teljes kezelési ciklust).
- A leginkább problémás területet az **egészségeredmények** mérése jelenti, hiszen egy-egy páciens egészségnyeresége rengeteg, az ellátórendszeren kívüli tényezőtől is függ, a kezeléseket utókövetése nehézkes, a negatív esetek aránytalanul a rendszer felszínén vannak („*surveillance bias*”), túlzottan a mortalitási ráták mérése felé torzítanak a szisztémák, stb.

A másik domináns terület, amelyet a P4P programok mérnek az a **megelőző ellátások** (immunizáció, rákszűrés, egyéb krónikus betegségek diagnosztizálása), illetve az **ellátások költséghatékonysága**.

- A **költséghatékonyság mérése**, illetve jutalmazása különösen **azokban az egészségügyi rendszerekben bír nagy jelentőséggel, amelyek alap finanszírozási paradigmája az a szolgáltatás szerinti kifizetés**, mivel ezekben a rendszerekben a fenntartónak az a célja, hogy valamiképp visszafogja az ellátókat a túlzott szolgáltatásnyújtásban, illetve a technológiai fejlődésből eredő költségemelkedésben. Ebben a konstellációban a P4P mechanizmusok olyan ösztönzőket vihetnek be a rendszerbe, amelyekeken keresztül az intézmények csökkenthetik azokat a költségeket, amelyekre ráhatásuk van. Több P4P konstrukció (Franciaországban vagy Új-Zélandon) **jutalmazza például a gyógyszer-felhasználási kiadások racionalizálását**. Egyes P4P konstrukciók (például Franciaországban, Németországban, Észtországban, és az Egyesült Államok Medicare accountable care organization [ACO] programjában) próbálják hatékonyan kombinálni és egyszerre figyelembe venni az ellátási minőség és a hatékonyság javítását célzó incentivákat.

További jellemző mérési aspektus még a **betegelégedettség**, a betegtapasztalatok mérése, valamint az **egyenlő ellátáshoz való hozzáférés biztosítása**. Az új-zélandi Primary Health

31 Cashin (2014): P4P programme design. in: *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. eds: Cashin et al. European Observatory on Health System and Policies, Open University Press

Organization (PHO) Performance Program például külön jutalmazza a magas ellátási igényű populációknak nyújtott szolgáltatásokat.

A P4P alapjául szolgáló **teljesítménymérések kijelölt területeinek, illetve az indikátorok számának a meghatározása számos metodikai jellegű problémát vet fel.** Berenson és szerzőtársainak (2013) vizsgálódásai³² szerint a döntéshozó/fenntartó számára különösen nehéz feladat a megfelelő területek és mutatók kiválasztása, mivel egyrészt rengeteg ellátási mechanizmus tehető mérés tárgyává, másrészt viszont egy-egy egészségügyi rendszerben korántsem minden tényező mérhető.

A diszkrepanciát jól jelzi, milyen **jelentős különbség van az egy-egy P4P programban felvett indikátorok pusztán mennyisége között:** míg például a dél-koreai Value Incentive Program (VIP) 7 darab indikátorral dolgozik, addig a kaliforniai IHA Programme 78, a brit Quality and Outcomes Framework (QOF) pedig összesen 142 indikátort mér. A kevesebb célterület és az indikátorok alacsonyabb száma átláthatóbbá teszi a programot, és egyértelműbb ösztönzéseket nyújt, de jelentősen torzíthatja az ellátók szolgáltatási profilját. **A több célterület és az indikátorok nagy száma nehezen adminisztrálhatóvá teheti a P4P konstrukciót, viszont az ösztönzések szélesebb skálájával lehet motiválni a szolgáltatókat.**

Sok P4P program indikátorrendszere elsősorban a **magas incidenciájú betegségekre, illetve a nagy kezelési terhet jelentő betegségekre** fókuszál. Más P4P konstrukciók **kis számú proxy indikátoron keresztül mérik az egészségfejlesztési és ellátási dimenziókat,** miközben néhány P4P program **nagyszámú indikátoron próbálja mérni a lehető legtöbb egészségügyi és klinikai szolgáltatási aspektust.** Berenson és szerzőtársai (2013) ezzel kapcsolatban arra hívják fel a figyelmet, hogy még az indikátorok nagy száma sem jelenti azt, hogy az ellátási dinamika holisztikus egésze mérés alá kerül; **több tucat indikátor ugyanúgy eredményezheti az ellátás eltolódását a mért aspektusok felé, mint a kevésszámú indikátor.**

A legtöbb OECD országokban futó P4P séma nagyságrendileg 10-30 indikátort használ.³³ A mérési dimenziók meghatározása függ az ellátók és az ellenőrző/felügyelő rendszerek közti adatszolgáltatási mechanizmusoktól, az adatelemzési lehetőségektől, illetve természetesen a stakeholderek közti megállapodásoktól és alkuktól.

A különböző P4P programok az egészségpolitikai prioritások mentén súlyozzák a teljesítménymérési területeket, illetve az egyes indikátorokat. A brit QOF például egyértelműen az ellátási teljesítmény mérésére koncentrálna; a lehetőségek pontszámok körülbelül 70 százaléka erről a területről jön össze. A francia **ROSP** (*Rémunération sur Objectifs de Santé Publique*) P4P program a házi orvosok teljesítményét mindenekelőtt az ellátási szervezethez és hatékonyság (60%), illetve a krónikus betegmenedzsment és hatékonyság indikátorain mérte. A 2015-től működő észt **QBS** program elsősorban a kardiovaszkuláris megbetegedések, illetve néhány egyéb krónikus állapot kapcsán végzett ellátási tevékenységet mérte (az indikátorok 41 százaléka irányul ezekre a területekre). Az új-zélandi **PHO** mindenekelőtt az ellátási egyenlőtlenségek megszüntetését, és a hátrányos helyzetű népesség ellátását jutalmazza.

³² Berenson et al (2013): *Achieving the potential of health care performance measures*. Washington, DC: Urban Institute.

³³ Cashin (2014)

A P4P programokba bevont szolgáltatók általában minden mérési dimenzióban és indikátoron teljeskörű adatszolgáltatásra vannak kötelezve. Az ausztrál P4P konstrukció, a Practice Incentives Programme (PIP) ebből a szempontból kivételnek számít, mivel a szolgáltatók választhatnak, hogy mely mérési területeken kívánnak részt venni. Cashin (2014) szerint ez jelentősen torzítja az ausztrál konstrukció mechanizmusait, mivel a szolgáltatók értelemszerűen a magasabban díjazott és kevesebb energiabefektetést igénylő indikátorokon való megmérést felé hajlanak. Például a 2010-es évek elején a PIP egyértelműen túljutalmazta a háziorvosi praxisok egyébként természetesen nagyon fontos digitalizálását (a PIP-ben nyújtott anyagi incentívák körülbelül harmada emiatt került kifizetésre), miközben az egyéb mérési aspektusok a háttérbe szorultak.

4.3 Mérési módszerek és ösztönzők

A P4P programok teljesítményindikátorai különböző módokon mérhetik az egészségügyi teljesítményt. A konstrukciókban leggyakrabban használt **abszolút szintű mérések** azt számolják, hogy **egy adott célértéket elért-e a szolgáltató, vagy hogy sor került-e egy meghatározott számú beteg kezelésére**. Ezekben az abszolút mérési metodikákban a szolgáltatóknak általában valamilyen **kombinált célérték-küszöböt kell átlépniük**. Nagyon leegyszerűsítve ez úgy néz ki, hogy minden indikátornak van egy maximum pontértéke, illetve egy minimális küszöbértéke, amelyet a szolgáltatóknak át kell lépnie a pontszámok gyűjtéséhez (például az indikátor egy adott időszakra meghatározza a minimálisan kezelendő betegek számarányát). A küszöbérték átlépése után a szolgáltató **valamilyen maximális plafonértékig gyűjtheti a pontokat** (például a kezelt betegek maximális számaránya), amely alapján a P4P séma majd jutalmazni fogja. Egyik jelentős **hátránya** a mérési módszernek, hogy a valamilyen okból **jól teljesítő ellátókat** (ami nem feltétlenül függ mindig valóban össze az ellátási teljesítménnyel) **kevésbé ösztönzi a fejlesztésekre**.

A másik elterjedt mérési metodika az **ellátási szint relatív fejlődésének mérése valamilyen bázisidőszakhoz viszonyítva**. Ennek a mérési szisztémának az az egyik hátránya, hogy az egyes szolgáltatókra szabott bázisadatok és célértékek meghatározása bonyolult és összetett feladat. A ROSP formulái például **az egyes szolgáltatók alapértékeit, a változási mértékeket, illetve bizonyos országos szintű célértékeket kombinálva méri a teljesítményen keresztüli jutalmazást**. Az új-zélandi PHO esetében az ellátók akkor kapják meg a kijelölt teljes ösztönzési összegeket, ha elérték a meghatározott célértékeket, részeredmények, illetve az ellátás fejlődése esetén a plusztámogatás mértéke nő.

A harmadik mérési metodika az **ellátókat egymáshoz viszonyító, rangsoroló teljesítményértékelése**, amely például az abszolút szintű méréssel **szemben a jól teljesítő ellátókat is folyamatos fejlődésre ösztönzi**. További előnye a módszernek, hogy **aránylag jól kiküszöböli a random sokkok (például recessziók, járványok) szolgáltatókra gyakorolt hatásait**. Az USA egyik P4P programjában (Hospital Quality Incentive Demonstration, HQID) például a monitorozott ellátók legjobban teljesítő 20 százaléka kap ösztönző többletforrásokat, míg a legjobb 10 százalék ezen felül is magasabb támogatásokat kap. Ennek a P4P mérési módszernek az a legnagyobb veszélye, hogy **indokolatlanul diszkriminálhatja a bármilyen okból gyengébben teljesítő szolgáltatókat**, sok esetben éppen azokat az ellátókat, amelyeknek a legnagyobb szükségük lenne a pluszforrásokra.

A P4P programok finansziális és nem-finansziális³⁴ jellegű ösztönző/motiváló pluszforrások, illetve szankciók/forrásmegvonások³⁵ segítségével jutalmazza vagy bünteti az ellátókat. Az ösztönzési/szankcionálási mechanizmusokkal kapcsolatban a P4P programoknak három alapvető jellemzője van: 1) mekkora volumenűek az ösztönzések/szankcionálások, 2) kikre irányulnak az ösztönzések/szankcionálások (intézményekre vagy egyénekre), 3) vannak-e a finansziális jellegű eszközök mellett egyéb nem-finansziális jellegű eszközök.

Az **ösztönzés/szankcionálás volumenének** megállapítása különösen nehéz feladat, mivel olyan **valóban motiváló hatással bíró volumeneket kell meghatározni, amelyek ugyanakkor nem torzítják a szolgáltatói viselkedést.** A P4P eszközök volumene leginkább a szolgáltatók **működési árrezeitől** függ. Mivel az egészségügyi szolgáltatások árresei mindenhol relatíve alacsonyak (sőt, sok esetben az ellátók komoly veszteségekkel operálnak), ezért **a legtöbb P4P program ösztönző/szankcionálási mechanizmusai a szolgáltatói bevételek kis hányadát (<5%) teszik ki.** Kivételt jelent viszont például a **brit QOF, ahol a háziorvosok praxisbevételeinek körülbelül negyede van a motivációs mechanizmusokhoz kötve,** illetve a török FM PBC program, ahol a szolgáltatók bevételeinek körülbelül 20 százaléka mozog ösztönzési forrásként. Magasabb még a bevételekhez mért ösztönzési hányad a francia ROSE, illetve a Sao Paulóban futó OSS³⁶ programokban is.

Damberg és szerzőtársai (2009) a beavatkozás intenzitásával kapcsolatban amellet érvelnek, hogy **a szolgáltatói bevételek 5 százaléka alatt maradó incentíva-volumenek túlzottan kicsik ahhoz, hogy átfogó módon javítani tudják a szolgáltatási minőséget.** A túlzottan nagy volumenű ösztönzések viszont nemkívánatos irányokba torzíthatják a bevételeiket maximalizálni kívánó ellátók viselkedését. Ennek fényében **az az eshetőség is felmerül, hogy a P4P programokban használt finansziális motivációs eszközök volumene és az ellátás fejlődése között nem feltétlenül mutatkozik konzisztens és állandó kapcsolat.**³⁷

Néhány kutató amellet érvel,³⁸ **hogy az incentívák ellátásfejlesztési hatásai egyrészt számos egyéb tényezőn is múlnak, illetve korántsem csak az ösztönzők javára lehet írni a fejlesztéseket.** Célszerű ugyanakkor, ha a P4P konstrukciók a legegyszerűbb és legnépszerűbb abszolút célérték teljesítési mérési mechanizmust kombinálják a relatív fejlődést is kimutató metodikával. **Az ösztönzőeszközök ereje ugyanis növekszik azáltal, ha a szolgáltatások javításával a támogatások összege is emelkedik.** Az ész, a francia, az

34 A nem-finansziális jellegű ösztönzőket elsősorban az ellátási teljesítmények összevetése alapján publikált nyilvános szolgáltatói rangsorok jelentik. Ezek a rangsorok befolyásolhatják a betegek, illetve (bizonyos országok esetében) a biztosítók döntéseit. Több országban ugyanakkor (például Ausztráliában) elsősorban a háziorvosok személyiségjogainak védelme okán nem lehet ilyen rangsorokat nyilvánosságra hozni.

35 A P4P programok jellemzően ritkán élnek közvetlen szankcionálási (értsd: forrásmegvonási) lehetőségekkel. Az OECD országokban működő, tanulmányunkban vizsgált vagy említett P4P rendszerek forrásmegvonásokat nem alkalmaznak, a szankcionálási mechanizmusok kimerülnek a többletkifizetések bizonyos részeinek visszatartásában. Visszatartó mechanizmusokat alkalmaz többek között a Sao Paulo-i OSS és a török FM PBC. Közvetlen szankcionálási mechanizmust alkalmaz viszont a dél-koreai VIP, amely a meghatározott teljesítményküszöbök alatt teljesítő kórházak esetében forrást von el az intézményektől.

36 Brazíliában a 2010-es években több szövetségi államban is futottak regionális pilot P4P programok, amelyek közül a legismertebb a Sao Paulo-i OSS.

37 Van Herck et al (2010)

38 Dudley, Rosenthal (2006): *Pay for performance: a decision guide for purchasers*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality.

ausztrál, a német, az új-zélandi és a brit P4P programok egyaránt így működnek, vagyis az eredményesebb ellátást magasabb támogatással ösztönzik további fejlődésre.

A P4P programok ösztönzői vagy az intézményeket, vagy magukat a szakembereket célozzák. Ha a motiváló többletforrások az intézményekhez folynak be, azok döntően saját hatáskörükben döntenek a pluszforrások felhasználásáról, amelyek így nem feltétlenül csatornázódnak be a szakemberek juttatásaiba. Legtöbbször ugyanakkor a **programok által meghatározott irányelvek szabályozzák az intézményeknek juttatott pluszforrások felhasználását.**

A döntéshozó számára felvetődő **legfontosabb kérdés a célzással kapcsolatban az, hogy az egyéneknek vagy az intézményeknek nyújtott incentivák hatnak-e pozitívabban az ellátó viselkedésére.** Egyrészt számításba kell venni, hogy a gyógyítási munka egyre kevésbé egy-egy orvos személyes működését, hanem sokkal inkább orvos-teamek összehangolt és interdiszciplináris tevékenységét jelenti, ebből következően az ellátási színvonal fejlesztése is kooperatív jellegű munka eredménye. Másrészt **viszont az is tény, hogy ha például egy kórházban az ellátást közvetlenül nyújtó szakembert érdemi formában nem érik el az incentivák, akkor ezek az eszközök csak kisebb mértékben lesznek képesek javítani a fejlődéshez szükséges kollektív teljesítményeket.** Van Herck és szerzőtársainak (2010) átfogó P4P kutatásai szerint azok a programok több pozitív eredményt mutattak, amelyek nem az intézményeket, hanem a szolgáltatást közvetlenül végző szakembereket célozták meg.

A Cashin (2014) által vizsgált, OECD országokban futó P4P programok közül az észti QBS, a francia ROSP és a török FM PBC nyújt közvetlenül az egyéni ellátóknak pénzügyi ösztönzőket. Ezek közül pedig **csak a törökországi P4P program célozza közvetlenül a kórházakban dolgozó szakorvosokat, a másik két konstrukció az alapellátásban működő szakemberekre terjed ki.**

Az ösztönzők intézmények és egyéni ellátók közti megosztásának nem megfelelő rendezése több P4P sémában is feszültségekhez vezetett. Az új-zélandi PHO például még irányelv szinten sem szabályozza, hogy az intézményeknek nyújtott motiváló támogatásokat a kórház mire költi, ami a 2000-es évek második felében többször vezetett a felhasználás körüli feszültségekhez.³⁹ A brit Audit Commission 2011-es jelentése⁴⁰ szerint **a QOF ösztönzési támogatásai kapcsán az okozott feszültséget, hogy a motivációs pluszforrásoknak köszönhetően csak a GP-k bérei emelkedtek, az ő ellátásukat segítő nővéreké és a szakasszisztenseké viszont nem,** miközben ez utóbbi szakemberek tevékenysége nélkül a házi orvosok nem lettek volna képesek az ellátás hatékony fejlesztésére.

Túlkompenzálást ösztönöz a P4P elvű teljesítménymérő rendszer akkor, amikor **olyan ellátási aspektusok kapnak a megfelelő teljesítmény után pluszincitívát, amelyeket az ellátók korábban a pluszkompenzáció nélkül is elvégeztek.** Ez a jelenség forrásokat vonhat el máshonnan, miközben olyan szolgáltatás-nyújtást kompenzál, amely korábban enélkül is

39 Jenkins (2008): *Evaluation of the PHO performance programme: final report*. Auckland: Martin, Jenkins and Associates Limited.

40 Audit Commission (2011): *Paying GPs to improve quality*. London: Audit Commission.

működött (ez a jelenség különösen látványos például a brit GP szektorban). Emellett viszont számolni kell az **alulkompenzáció** jelenségével is, ami azt jelenti, hogy a teljesítménymérő rendszerben kevésbé vagy egyáltalán nem mért, vagy a P4P szisztémában kevésbé vagy egyáltalán nem jutalmazott ellátási formákat az ellátók igyekeznek háttérbe szorítani.

A teljesítménymérésen alapuló támogatási és incentivarendszerek (P4P) ellen felvethető kritika, hogy könnyedén elkezdheti túljutalmazni az egyébként is jól működő ellátókat, és túlbüntetni a bármilyen okból nehezebb helyzetben lévő intézményeket. Egyáltalán nem garantálható ugyanis, hogy a jutalmazási és szankciós mechanizmusok megfelelően céloznak. Mindez tovább növelheti az egyes ellátók színvonala közti különbségeket, amivel végső soron a rendszer a rosszabb helyzetű szolgáltatóknál ellátást igénybevevőket bünteti.

4.3 Országismertető: P4P programok áttekintése

Tanulmányunk utolsó fejezetében röviden ismertetünk néhány tetszőlegesen kiválasztott P4P programot. **Valamennyi P4P konstrukció az alapellátásra irányul, és jellemzően nem fedik le a teljes ellátási szegmentumot (vagy kijelöléssel, vagy önkéntes csatlakozással folynak).** Nem hozhatók teljes fedésbe ezek a programok a tanulmányunk Harmadik fejezetében bemutatott teljesítménymérő rendszerekkel sem, mivel a teljesítménymérés nem feltétlenül jelenti a teljesítményekkel összefüggésben történő finansiális jellegű ösztönzések vagy szankcionálások alkalmazását. Az országos szintű egészségügyi teljesítménymérő rendszerek és a P4P programok indikátorai között természetesen lehetnek és vannak is átfedések, de ezek egyáltalán nem szükségszerű egyezések.

Egyesült Királyság⁴¹

A **Quality and Outcomes Framework (QOF)** P4P szisztémát 2004-ben vezette be a kormányzat, amelynek célja a **háziiorvosi (GP) ellátás minőségfejlesztése és költséghatékonyabbá tétele, illetve a háziiorvosok bérezésének javítása volt.** A QOF bevezetését megelőző NHS jelentések arról számolnak be, hogy a háziiorvosi rendszer finanszírozása gyakorlatilag a szolgálat 1948-as létrejötté óta nem változott. A hagyományos rendszerben a háziiorvosokat a náluk regisztrált betegek száma alapján fejpénz formájában, nem pedig a nekik nyújtott ellátások és azok minősége alapján finanszírozta az NHS.

Az Egyesült Királyságban a háziiorvosok a lakosság ellátásáért közvetlenül felelős, összesen 151 Primary Care Trust (alapellátási trösztök, PCT) valamelyikével vannak leszerződve. A QOF adminisztrálása és felügyelete 2009-ig a trösztök hatáskörében volt, majd ez átkerült a NICE (National Institute for Clinical Excellence) nevű kormányzati ügynökséghez. A NICE-en belül külön tanácsadó bizottság (QOF Indicator Advisory Committee) kezeli **QOF indikátorainak karbantartását és frissítését.**

A QOF összesen 142 indikátort használ négy teljesítménymérési területen:

41 Cashin (2014b): United Kingdom: Quality and outcomes framework. in: *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability.* eds: Cashin et al. European Observatory on Health System and Policies, Open University Press

- **klinikai ellátás:** 87 indikátor, jobbra krónikus megbetegedési területeken, összesen 661 pont. Több indikátor azt méri, hogy az ellátók hogyan monitorozzák és követik a krónikus betegeket.
- **ellátásszervezés:** 45 indikátor összesen öt ellátásszervezési területen (betegadatok és rekordok; betegek informálása; oktatás és képzés; kezelési menedzsment és gyógyszermenedzsment), összesen 262 pont.
- **betegtapasztalat:** egy indikátor,⁴² amely a háziorvosi konzultáció hosszát méri, összesen 33 pont.
- **egyéb kiegészítő szolgáltatások:** kilenc indikátor négy kiegészítő szolgáltatási területen (méhnyakrák-szűrés; gyermekegészségügyi ellátás; kismama ellátás; fogamzásgátlási szolgáltatások), összesen 44 pont.

A QOF erősen súlyoz a klinikai ellátás mérése, illetve az ezen a területen mért eredmények alapján történő ösztönzésnyújtás felé: az elérhető pontok 67 százaléka kapcsolódik ehhez a területhez. Fontos megjegyezni, hogy ez egy jelentősebb fókuszeltolódás eredménye, mivel a QOF 2004-es indulásakor a terület súlya még csak 52 százalék volt.

A QOF-ban önkéntesen részt vevő⁴³ háziorvosok minden pontért meghatározott átalánytámogatást kapnak, maximum 1000 pontnyi bónuszértékig. A többlettámogatást a QOF a GP praxis méretéhez és az országos átlag alapján viszonyított betegség-előfordulási rátákhoz méri. A program néhány kritikusa arra hívta fel a figyelmet, hogy ez a mechanizmus nem kompenzálja megfelelően azt a többlet ellátási munkát, amelyet a hátrányos helyzetű régiókban praktizáló háziorvosoknak el kell végezniük az adott célérték eléréséhez.⁴⁴ Fleetcroft és Cookson (2006) ugyanakkor amellett érvelt, hogy **a QOF-ban nem feltétlenül a legnagyobb egészségnyereséget hozó beavatkozások kapják a legmagasabb pontértékeket.**⁴⁵

A program lehetővé teszi, hogy a háziorvosok bizonyos betegeket kizárjanak a ponteredmények kalkulálásához szükséges adatszolgáltatásból. A QOF ezen keresztül próbálja azt elkerülni, hogy a komorbiditásokkal küzdő betegek többletkezelései túlzottan lerontsák a rosszabb betegállományokkal dolgozó GP-k pontszámait.

A mérésekhez szükséges adatokat a QOF a Quality Management Analysis System (QMAS) minőségellenőrzési adatbázisból szűri le, illetve egyéb kiegészítő információk érkeznek még a háziorvosoktól és a PCT-ktől is. A QMAS nem egyedi betegadatokat, hanem aggregált információkat gyűjt, vagyis az egyes betegek azonosítása vagy elemzése nem lehetséges.

Az NHS nem nyújt semmilyen iránymutatást azt illetően, hogy jó teljesítményért kapott többletforrásokat hogyan kerüljenek elosztásra a praxist működtető szakemberek között. Bár a kapott támogatás egy részét a praxisok visszaforgatják az ellátásfejlesztésbe, azt nem

42 A betegtapasztalat területén kezdetben két indikátor volt, ám a betegelégedettséget mérő indikátort 2010-ben a NICE kivette a rendszerből. Ennek eredményeként egyébként jelentősen javult a háziorvosok mért teljesítménye.

43 Bár a QOF országos szintű program, az abba történő jelentkezés önkéntes. Az angol háziorvosok többsége ugyanakkor részt vesz a programban, javarészt azért, mert a teljesítményalapú finanszírozás a legtöbb praxis bevételét valamilyen szinten növelte.

44 Hutchinson (2008): Pay for performance in primary care: proceed with caution, pitfalls ahead, *Health Care Policy*, 4(1)

45 Fleetcroft, Cookson (2006): Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 11(1)

lehet megbecsülni, hogy a fejlesztési beruházások milyen aránya származik a QOF bevételekből. Az is látható, hogy a többletforrások másik részét jellemzően humán-erőforrás fejlesztésbe fektetik a praxisok, nem utolsó sorban azért, hogy minél jobban teljesítsenek a QOF indikátorokon.

A QOF ösztönzők és az ellátási teljesítmény javulása közti összefüggés nem egyértelmű, vagyis **bizonytalan, hogy a jó pontértékek egészségnyereség formájában is megjelennek-e. Ugyanakkor a több tanulmány⁴⁶ is azt jelzi, hogy a jobb teljesítménynek van egészséghozadéka (például a diabéteszes vagy az asztmás betegek hosszabb távú kezelésében),⁴⁷ bár az eredmények inkább sporadikusak, és/vagy inkább a betegmenedzsment hatékonyabbá válását mutatják, mintsem jelentősebb egészségnyereséget.**

Azt is nehéz megállapítani, hogy a QOF vajon azért jutalmazta-e a házi orvosokat, amit már a P4P program előtt is megtettek ellátási szinten, vagy amit egyébként is megtennének, illetve hogy mi az, amit bizonyos ösztönzők miatt tettek, és mit tettek volna másmilyen indikátorok és ösztönzők esetében. Azt is **nehéz elkülöníteni, hogy az szolgáltatásfejlődés a QOF miatt, vagy pedig az alapellátásba egyébként is beáramoló többletforrások, és egyéb minőségpolitikai standardok megjelenése miatt történt.**⁴⁸

Több jelentés is beszámol ugyanakkor **a hátrányos helyzetű régiók ellátásának javulásáról**, mindamellett, hogy az ezeken a területeken működő szolgáltatók QOF pontszámai alacsonyabbak, mint a jobb egészségügyi állapotban lévő populációkat ellátó praxisok.

Az ellátási minőség sporadikus javulása mellett ugyanakkor **nem mondható el, hogy a QOF beváltotta volna a hozzá fűzött költségcsökkentési terveket, bár a forrásallokációk célzottsága szintjén kimutatható némi javulás.** A QOF éves költségei a 2010-es évek közepén meghaladták az egymilliárd fontot, és **jelentősen megnövelték a GP praxisok bevételeit, ami kétségkívül jót tett a házi orvosi rendszernek.**

Mivel a QOF-nek semmilyen pilot programja nem volt, a döntéshozók nem rendelkeztek az indikátorokon való teljesítés bázismutatóival, vagyis a fenntartónak nem volt érdemi vezérfonala azt illetően, hogy az egyes ellátók körülbelül hogyan fognak teljesíteni az egyes indikátorokon. Mindennek köszönhetően **a program költségvetési terheit alaposan alábecsülték,** főleg annak fényében, hogy sok volt a nagyon jól teljesítő, azaz nagy volumenű ösztönzőtámogatásokat kapó praxis. Fleetcroft és szerzőtársai (2011) szerint az alapvető probléma abban rejlik, hogy az indikátorokon való jól teljesítés magas volumenű jutalmazása

46 Vamos et al (2011): Association of practice size and pay-for-performance incentives with the quality of diabetes management in primary care, *CMAJ*, 183(2)

47 A diabéteszrel és asztmával küzdő betegek vonatkozásában több tanulmány is a QOF sémának tulajdonítható szolid egészségnyereségről számol be (lásd: ibid). Más krónikus ellátási frontokon viszont kevésbé egyértelmű a helyzet: Serumaga és szerzőtársai (2011) például 470.000 magas vérnyomással küzdő beteget vizsgálva arra jutottak, hogy a jó pontszám teljesítmények nem vezettek sem a szívroham, sem a stroke incidenciák csökkenéséhez. Serumaga et al (2011): Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study, *British Medical Journal*, 342.

48 Hutchinson (2008): Pay for performance in primary care: proceed with caution, pitfalls ahead, *Health Care Policy*, 4(1)

(teljes bevétel 25 százaléka) „elnyeli” a szintén indikátoron mért esetleges költségmegtakarítások hatását (jó példa erre a gyógyszerfelírás racionalizálási kísérlete).⁴⁹

Franciaország⁵⁰

A WHO a 2000-es évek elején a francia egészségügyi rendszert a világ egyik legjobb ellátórendszereként pozícionálta. Ugyanakkor a *Caisse nationale de l'assurance maladie*, a francia állami egészségbiztosítási alap már ekkor súlyos deficiteket termelt, és a hosszabb távú fenntarthatatlansága nyilvánvaló volt a szakemberek számára. A költségek elszállását részben az ellátók és a betegek nagyfokú szabadsága (páciens- és orvosválasztás), illetve az ellátási mező fragmentáltsága és koordinálatlansága okozta. A kedvezőtlen folyamatok megállítása céljából az egészségügyi kormányzat 2009-ben indította meg az első alapellátást célzó P4P pilot programot, amelyet **2012-ben követett az összes háziorvosra, és bizonyos szakellátókra is kiterjesztett**⁵¹ *Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) program*. A ROSP kidolgozásában részt vettek az érintett szakmai szervezetek, szakszervezetek és egyéb ellátói érdekképviseleti csoportosulások.⁵²

A ROSP **négy teljesítményterületen (prevenció; krónikus betegmenedzsmet; költséghatékony gyógyszerfelírás; ellátásszervezés), összesen 29 indikátorral** méri az ellátói teljesítményt. A QOF-hoz hasonlóan ebben a programban is van egy **páciensszámra vonatkozó minimum küszöbérték**, amit az ellátónak teljesítenie kell az ösztönzők eléréséhez. Az ösztönzők kalkulálásához a program az ellátásszervezés kivételével számításba veszi az évenkénti fejlődést is.

Az ösztönzőtámogatás meghatározása két célértéken keresztül konstituálódik. Egyrészt a háziorvosnak el kell érnie egy **közbenső céléréket, amely az adott indikátoron elért átlagértékek alapján kalkulálódik**, és ez alapján lesz jogosult a megszerezhető pontok felére. Az adott indikátoron elérhető pontok másik része pedig **a hatóságok által (a vonatkozó nemzetközi mutatókat is tekintetbe véve) megszabott ellátási teljesítmény elérése alapján gyűlik össze**. Ennek a teljesítménymérő formulának az a célja, hogy ne diszkriminálja azokat a háziorvosokat, akik egy-egy indikátoron a közbenső célértékek felett teljesítenek.

A teljesítményérték tehát különbözőképpen számíthat azokról az ellátóknál, amelyek bázis teljesítménye a közbenső célérték alatt van, illetve azok számára, akiknél a teljesítmény a közbenső célérték és a végső célérték között:

49 Fleetcroft et al (2011): Correlation between prescribing quality and pharmaceutical costs in English primary care: national cross-sectional analysis, *British Journal of General Practice*, 61(590):

50 Bousquet et al (2014): France: Payment for public health objectives. in: *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. eds: Cashin et al. European Observatory on Health System and Policies, Open University Press

51 A ROSP-be minden háziorvost regisztrálnak, ugyanakkor a háziorvosok szabadon elhagyhatják a programot, illetve adatszolgáltatás híján be se kerülnek a programba. A francia társadalombiztosítási alap szerint 2013-ban a háziorvosok kevesebb mint 3 százaléka nem vett részt a ROSP-ben.

52 Ahogyan azt Or (2010) megjegyzi, a ROSP pilot programjaival szemben meglehetősen nagy szakmai ellenállás mutatkozott. Az érdekvédelmi szervezetek a praxisok ellátási függetlenségét, és az orvos-beteg kapcsolat sérülésének az esélyét látták a P4P konstrukciókban, a gyógyszerpiaci egyesülések és lobbiszervezetek pedig attól tartottak, hogy a programok korlátozni fogják a háziorvosok szabad gyógyszer-választását. Or (2010): P4P for generalists: first results, *Health Policy Monitor*.

- ha a szolgáltató mérés kori teljesítménye a közbenső átlagos célérték alatt van

$$\text{teljesítményérték} = 50\% \times \frac{\text{jelenlegi teljesítményszint} - \text{bázisteljesítmény}}{\text{közbenső célérték} - \text{bázisteljesítmény}}$$

- ha a szolgáltató mérés kori teljesítménye a közbenső és a végső célérték között van

$$\text{teljesítményérték} = 50\% \times \frac{\text{jelenlegi teljesítményszint} - \text{közbenső célérték}}{\text{végső célérték} - \text{közbenső célérték}}$$

Az egyes indikátorokon begyűjthető ösztönzési összegek a pontértékek teljesítményszinttel szorzott értéke alapján kalkulálódnak, korrigálva az adott háziorvost választók számával. Amennyiben a **háziorvos bármilyen okból nem ért egyet az értékelési pontszámokkal, találkozót kezdeményezhet a helyi ROSP adminisztrátorával egy újabb értékelés készítése céljából**. A háziorvosok visszamenőlegesen is megnézhetik a pontszámaikat, és összevethetik az országos átlagokkal, és elvben ezen információk alapján is fejleszthetik a saját praxisaikat.

A ROSP által eredményezett ellátásfejlődés és egészségnyereségek meghatározása ugyanúgy problematikus mint a QOF esetében: **részeredmények mutatkoznak (mindenekelőtt a diabéteszkezelés és a krónikus betegmenedzsment kapcsán), de átfogó javulás nem köthető a ROSP-hez**.

Bousquet és szerzőtársai (2014) számításai szerint a **programban résztvevő háziorvosok több mint negyede nem kapott bónuszt a ROSP első évében**. Ennek javarészt az volt az oka, hogy ezek a háziorvosok nem kezeltek elég beteget, hogy azzal átlépjék a minimum küszöbértéket. A pluszforráshoz jutó praxisok az éves teljes bevétel körülbelül 5-7 százalékát kapták meg támogatásként a ROSP-ból.

A fenntartói költségcsökkentés szempontjából a ROSP nagyon hasonló anomáliát mutat, mint a QOF: **a hatékonyságjavítás következményeként jelentkező költségcsökkentéseket elnyelik a teljesítményösztönző többletráfordítások**. A QOF-hoz hasonlóan például a generikus gyógyszerek felírásának ösztönzése elvileg a költségcsökkentés egyik alapja lett volna, viszont jelen esetben sem könnyű elkülöníteni, hogy a generikusok felírását a ROSP vagy az egyéb ilyen irányultságú programok ösztönözték.

Észtország⁵³

Az Észtországban futó P4P program többek között az is érdekes, mert az ország természetesen az egészségügyi rendszerek **Szemaskó-féle szovjet modelljét örökölte a**

53 Habicht (2014): Estonia: Primary health care quality bonus system. in: *Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability*. eds: Cashin et al. European Observatory on Health System and Policies, Open University Press

rendszerváltás után, amelyben a házi orvosok nem annyira kapuóri, hanem inkább a beutalói, továbbküldői szerepet töltik be a rendszerben. Az észtt egészségügyi kormányzat a házi orvosi szakmai szervezetek indítványára 2006-ban vezette be a P4P elvű minőségi bónuszrendszert (QBS), amelynek célja nem csupán az ellátási hatékonyság növelése, hanem **az egész házi orvosi rendszer újrapozicionálása és újradefiniálása volt.**⁵⁴

A QBS szervesen beleékelődik **az észtt házi orvosi rendszer finanszírozási egészébe, amely a P4P bónuszon kívül a házi orvosok számára fix havi juttatásokat, regisztrált betegenkénti fejpénzt és szolgáltatás szerinti finanszírozási részt fizet ki.**⁵⁵

A QBS szűkebb értelemben vett **szakmai és ellátási céljai** a következő pontok voltak:

- ösztönzők nyújtása a házi orvosoknak a prevenciók tevékenységek fejlesztésére, és ezen keresztül az egészségügyi költségek csökkentésére
- a vakcinázható betegségek morbiditási mutatóinak csökkentése, és a krónikus megbetegedések hospitalizációnak mérséklése
- a krónikus betegmenedzsment fejlesztése
- a házi orvosok ellátási területének szélesítése

A QBS három mérési területen (betegség-megelőzés, krónikus betegmenedzsment és egyéb egészségügyi szolgáltatások) összesen 45 indikátoron méri a házi orvosi ellátás teljesítményét. A QOF-fel és a ROSP-vel összevetve az észtt programban sok indikátoron a pontok „mindent vagy semmit” alapokon kerülnek begyűjtésre, **a séma nem alkalmaz küszöbértékek átlépése, vagy bizonyos átlagteljesítmény elérése után osztott részpontokat.** A QBS-ben csak azok a szakemberek kapnak pontokat, akik teljesítették a meghatározott célértéket.

A betegség-megelőzés terület három indikátoron (gyermek-vakcináció, gyermekekre irányuló prevenció és kardiovaszkuláris megbetegedések) mér. **A vakcináció és a gyermek-prevenció** indikátoron a házi orvosoknak a regisztrált pácienseik minimum 90 százalékát el kell látniuk, miközben a QBS teret enged a szülői hozzáállás, vagy a külföldi tartózkodás miatt nem megvalósuló ellátások elszámolására is. **A kardiovaszkuláris indikátoron** a célcsoportot a házi orvosnál regisztrált 40 és 60 év közötti teljes népesség jelenti, 80-90 százalékos ellátási lefedettséggel.

A krónikus betegmenedzsment területen négy indikátor (magas vérnyomás, 2-es típusú cukorbetegség, szívinfarktus, pajzsmirigy alulműködés) méri, hogy a házi orvosok az ellátási minimumkövetelményeknek és a meghatározott klinikai irányelveknek megfelelően látják-e el betegeiket. Nagyon fontos, hogy **itt valamennyi indikátor a folyamat megfelelőségét, nem pedig az eredményeket és az egészségnyereséget méri.** Erősen súlyozott a **magasvérnyomás indikátor, amely az első és a második mérési területen az elérhető pontok összesen 40 százalékát teszi ki.**

54 A QBS-ben használt teljesítménymérési területeket és az indikátorokat a legfőbb házi orvosi szakmai szövetség határozta meg, a program implementációjáért pedig az észtt társadalombiztosítási alap volt felelős.

55 Az észtt társadalombiztosítási alap házi orvosi finanszírozási mixében körülbelül 50 százalék fejpénz jár a 2-69 év közti regisztrált betegekért, körülbelül 10 százalék a 70 év feletti páciensekért, 3 százalék az egy év alatti betegekért, 20 százalék szolgáltatás szerinti finanszírozás, 10 százaléknyi szolgáltatói alapdíj, 1 százalék kiszállási díj formájában képződik le egy praxis teljes bevétele. Ehhez társul a körülbelül 1-2 százaléknyi QBS többlettámogatás.

Az **egyéb egészségügyi szolgáltatások** mérési területen összesen négy indikátor méri az orvosok és nővérek/szakasszisztensek szakmai előremenetelét/továbbképződését, az anyasági ellátást, a nőgyógyászati jellegű tevékenységeket és a sebészeti jellegű tevékenységeket. Ezen a mérési területen minden indikátornak van egy célértéke, és a házi orvos a vonatkozó koefficiensek után kapja a pontokat. Például ha egy házi orvos minimum 40 sebészeti jellegű beavatkozást hajtott végre egy évben, akkor 0,3 koefficiens értékben kap juttatást, ami a maximum jutalmazás 30 százalékát jelenti.

Az ösztönző kifizetés alapját az első és második mérési terület jelenti, amelyeken a házi orvosok akkor kapnak bónuszokat, ha az elérhető pontok minimum 80 százalékát megszerzik. Az elindulás évében a QBS egységesen, teljesítménytől függetlenül minden házi orvosnak kifizette az elérhető maximum bónuszérték 25 százalékát. A kiegészítő egészségügyi szolgáltatások harmadik mérési területén a házi orvosok csak akkor kaphatnak bónuszokat, ha az első és a második területen minimum 80 százaléknyi pontszámot értek el.

A QBS közvetlenül a házi orvosoknak fizeti ki a bónuszokat, akik teljes hatáskörben döntenek arról, hogy a praxis egyéb munkavállalóit hogyan és milyen mértékben jutalmazza. A pluszkifizetések kezdetben havonta érkeztek, de 2008-tól adminisztratív okokból évi egyszeri kifizetés történik. A 2010-es évek első felében a praxisok körülbelül 25 százaléka kapta meg a maximális bónuszértékeket az első és a második mérési területeken. **A programban részt vevő házi orvosok körülbelül fele viszont egyáltalán nem kapott motivációs támogatásokat.**

Az ésszerű finanszírozási rendszerben ugyanakkor nem csak a QBS az egyetlen lehetőség a házi orvosok bónuszszerezésére. A házi orvosok pluszforrásokhoz juthatnak az elvégzett szolgáltatások után is, amely kiegészítő kasszákból érkezik hozzájuk. **A QBS-en való jól teljesítés ugyanakkor a szolgáltatásalapú finanszírozási komponenst is növeli, ám ez az elem nem haladhatja meg a teljes bevételi mix 37 százalékát.**

A QBS indulásakor körülbelül a házi orvosok 50 százaléka vett részt önkéntesen a programban, 2010-re az arány 90 százalék környékén stabilizálódott. **A 2010-es évek első felében a QBS-en nyerhető többletfinanszírozás az átlagos éves praxisbevétel 4-5 százaléka körül mozgott,** a program teljes költsége pedig körülbelül 1 százalékát jelenti az ésszerű társadalombiztosító alapellátási kasszájának.

A jelenlegi szakirodalmi adatok szerint nem készült hozzáférhető, formális és komprehenzív jelentés a QBS egészségügyi hatásairól.⁵⁶ Ugyanakkor több tanulmány foglalkozott bizonyos egészségnyereségi részaspektusokkal. Ezek szerint **a QBS például javította a krónikus betegmenedzsmentet, és csökkentette a krónikus megbetegedések hospitalizációját, különösen a diabéteszes és a magasvérnyomással küzdő betegek esetében.**

Chile

Az OECD jelentése szerint Chile rendkívül szofisztikált egészségügyi teljesítménymérő rendszerrel rendelkezik. **Chile-ben összesen négy különböző teljesítménymérő rendszer**

56 Lai et al (2014): Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Estonia. *PLoS Med* 11(9)

van, amelyeket az egészségügyi kormányzatok az 1990-es és 2000-es években hoztak létre. Ezek a rendszerek egyszerre irányítják és határozzák meg az egészségügyi kiadások strukturálását, illetve van szerepük a szakemberek bérezésében is. A döntéshozók ezek közül elsősorban két teljesítménymérő rendszer (a *Primary Health Care Activity Indicators*, PHC, és a *Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud*, PRAPS)⁵⁷ eredményeit használja fel a finanszírozási intézkedések és az országos szintű forrásallokáció koordinálására.

A kormány a 2005 óta működő **PHC teljesítményindikátorai alapján allokálja a fejkvótát az alapellátó intézményeknek, attól függően, hogy a kórházak hogyan teljesítettek az egyes indikátorokon. A PHC három alapkategóriában összesen 16 indikátorral méri az alapellátó intézmények teljesítményét.** 13 indikátor méri az intézmények általános aktivitását (preventív eljárások, alapvető kezelések, terhesgondozás, diabétesz kezelés, kardiovaszkuláris megbetegedések kezelése, stb.).⁵⁸ Két indikátor méri az alapellátók éjszakai és hétvégi szolgáltatásnyújtásának hatékonyságát, egy indikátor pedig az ellátási standardoknak való megfelelésre fókuszál. **A PHC-ben a teljesítmények kiértékelése negyedévenként zajlik, és amennyiben az intézmény nem teljesíti az éves szinten előírt indikátorokat, akkor a fejkvóták összegét a következő hónapban csökkentik.** A PHC indikátorokat évente frissítik, hogy az intézmények képesek legyenek a rájuk háruló betegségtehernek megfelelni.

A PRAPS a hazai TVK-rendszerhez hasonló szisztéma, amely a költségvetési kereteiket túllépő, eladósodott kórházak kiadásait próbálja különböző finánciális incentivák segítségével keretek között tartani.

A harmadik teljesítménymérési rendszert az **„Egészségügyi célok” (Health Goals, HG), 2002 óta évenként új célszámokkal frissített indikátorcsomag jelenti.** Ez a teljesítménymérő mechanizmus azért érdemel kiemelt figyelmet, mert a chilei kormányzat **az ebben foglalt indikátorokon való jól teljesítésen keresztül gondoskodik az egészségügyi szakemberek bónusz formájú béremeléséről, vagyis ez egy P4P séma.** A nyolc célterületen és tíz indikátoron teljesítő szakemberek három havonta fizetési kiegészítéseket kapnak, amely pluszbérek évente összesen két havi nettó bérnek felelnek meg. Külön érdekessége a rendszernek, hogy az indikátorok országos szinten „minimum elvárásokat” tűznek ki, de **a konkrét célszámok régióként változnak.** A HG indikátorok teljesítését az egészségügyi minisztérium évente egyszer értékeli ki, a szakemberek pedig a következő évben kapják meg a pluszbéreket. A HG célszámokat az egészségügyi minisztérium, a regionális irányítószervek képviselői és az egészségügyi szakmai felügyeleti szervek munkatársai évente regionális differenciálásban frissítik.⁵⁹

57 Ramirez-Valdivia et al (2015): Measuring the Efficiency of Chilean Primary Healthcare Centres. *International Journal of Engineering Business Management*.

58 Ahumada et al (2015): Measuring Primary Health Care System Performance Using a Shared Monitoring System in Chile. PHCPI <https://improvingphc.org/blog/2016/10/21/measuring-primary-health-care-system-performance-using-shared-monitoring-system-chile>

59 ibid.

A negyedik teljesítménymérési rendszer az ún. „**H-indikátorok**” összesen **49 indikátor mentén mérik a fekvő- és járóbeteg ellátók teljesítményét bizonyos aktivitások, mérföldkövek és egészség-outputok formájában.**

A négy teljesítménymérő rendszer alapja a rendkívül pontos és erősen centralizált, átfogó egészségügyi adatgyűjtési mechanizmusok együttese. Az alapellátó intézmények 80 százaléka gyakorlatilag minden releváns adatot és klinikai rekordot szinte teljesen digitalizálva vezet, amely adathalmazokat az Orvosi Statisztikai Orientációs Hivatal (SOME) napi szinten bekéri az ellátóktól. A SOME az adatokat egy átfogó, havi kimutatásokat előállító statisztikai regiszterbe (REM) továbbítja, illetve a kórházak is havi szinten adatokat szolgáltatnak a REM számára.

Ezzel párhuzamosan az intézmények regionális fenntartói (jobbára az önkormányzatok, illetve privát entitások) az illetékes területi hatóságok irányába is megküldik az intézményes adatokat, az irányítóhatóságok pedig mindezt továbbítják az egészségügyi minisztériumnak. Látható tehát, hogy **a chilei teljesítménymérő rendszerek több szinten és több entitás által validált adatokból dolgoznak, így a mérési mechanizmusok alapvetően valós és naprakész egészségügyi adatokkal kalkulálnak.**

A nemzetközi szinten is példaértékű chilei teljesítménymonitorozási rendszerek előtt természetesen több kihívás is áll. Egyrészt **a kitűzött célok és indikátorok célszámai nem sokat változtak az elmúlt időszakban, annak ellenére, hogy a gyorsan öregedő chilei társadalom például egyre több krónikus jellegű ellátást igényel.** Ez pedig bizonyos értelemben megmerevíti és eltorzítja az ellátási struktúrát, mivel az ellátórendszer hajlamossá válik az indikátorok által nem díjazott szolgáltatások elhanyagolására. Másrészt mivel a forrásallokációt és a pluszbérezést is az ellenőrzőszerveknek beküldött adatok határozzák meg, a jelentések kisebb-nagyobb kozmetikázásának a veszélye itt is rendszerszinten fennálló probléma. Harmadrészt a betegelégedettség mérése nem kapcsolódik be a teljesítménymérési folyamatokba, és a betegek egészségügyi státuszáról, szolgáltatás-fogyasztási szokásairól, a betegutak esetleges vargabetűiről a teljesítménymérő mechanizmusoknak nincs érdemi információja.