

A várólisták rövidítésének stratégiai irányai

Az Egészségbiztosítási Felügyelet összefoglaló elemzése

2010

A várakozási idők hatékony kezelésének kérdése, mint majd mindenhol a világon, így a magyar egészségügyi ellátórendszerben is napjaink egyik legaktuálisabb kérdése. Nap, mint nap hallani a legkülönfélébb esetekről, melyekben a várakozás hossza központi problémaként jelenik meg: mind az egészségügyi szakemberek, mind a várakozni kényszerülő betegek oldaláról.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet jogszabályban foglalt feladata a hazai egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható várakozási idők folyamatos nyomon követése, az abból leszűrhető tapasztalatok értékelő elemzése. Az elmúlt években összegyűlt információk, a várólista-vezetéssel kapcsolatos anomáliák vizsgálata alapján az Egészségbiztosítási Felügyelet átfogó képet kaphatott a területről, melynek során nem csak a hazai gyakorlatra, hanem az áttekintett, európai rendszerek alapján nemzetközi tapasztalatokra is építhetett.

2009-ben az Egészségbiztosítási Felügyelet több alkalommal vizsgálta meg egy-egy konkrét intézmény gyakorlatát – hatósági eljárás keretében és azon kívül is. De nem csak hivatalból vagy betegpanasz alapján kérelemre indított eljárást, vizsgálatot, hanem több esetben egy-egy egészségügyi szolgáltató fordult azzal a kéréssel a hatósághoz, hogy elemezze gyakorlatát, nyújtson segítséget e különösen érzékeny kérdés megnyugtató kezeléséhez.

Ennek keretében az Egészségbiztosítási Felügyelet a különösen nagy visszhangot kiváltó, jelentős várakozási idővel jellemezhető *protézisműtétek kapcsán felmerülő várakozási idők lerövidítésének lehetőségeit* is vizsgálta, melynek első szakaszaként a várakozási időket befolyásoló tényezőket térképezte fel.

Ennek az előkészítő munkának az eredménye ez a rövid, a várakozási időt befolyásoló tényezők részleteit összefoglaló elemzés is, ami a rendelkezésre álló magyarországi tapasztalatokon túlmenően külön figyelmet szentel a különböző nemzetközi tanulmányok magyar viszonyokra történő adaptálására is.

Az elemzés a várakozási idők kérdését komplex módon kezeli, ahol szükséges, kiemeli az adott várólistát befolyásoló tényező globális vagy helyi vonatkozását is.

1. A várakozási időket befolyásoló tényezők

Az egészségügyi ellátásokra történő várakozás rövidítése nem egy klasszikus, sorban állásra vonatkozó optimalizációs feladat, hiszen az alábbi speciális körülményekre is tekintettel kell lenni ezen a területen:

- bizonyos ponton túl a betegek – az egészségi állapota miatt – nincs lehetősége az ellátás elhalasztása vagy teljes elhagyása mellett dönteni;
- az azonos ellátásra várakozó betegek egészségi állapota különböző, így az ellátás elvégzésének sürgőssége is különböző;
- a sorban állást okozó szűk keresztmetszet (korlátos erőforrás) azonosítása nem egyértelmű: közrejátszik az orvos kapacitása, a műtéti idő, illetve a finanszírozási korlát is;
- nem kellően letisztázott, hogy a várólista képzése milyen összefüggésben áll a szabad orvosválasztással és az intézményen belüli kapacitáelosztással.

Az egészségügyi várakozás hossza leegyszerűsítve akkor optimális, ha a várakozó betegek jelentősebb egészségkárosodási kockázat nélkül vállalhatják a sorban állást, ugyanakkor a szolgáltatók a maximális számú, az egészségbiztosító által „megrendelt és kifizetett” ellátást végzik.¹

A várakozás optimális (vagy a konkrét céltól függően: *megengedhető* vagy *megcélzott*) hosszának kérdését lehet országos és intézményi szinten kezelni. Az egészségpolitikának több ponton van lehetősége befolyásolni a folyamatokat és ez által a kialakuló várakozási időt:

- a)** A finanszírozás oldaláról részben a TVK által abszolút értékben befolyásolják az ellátás-tömeget, részben az adott beavatkozás HBCS értékének meghatározásával tehetnek „vonzóvá” egyes ellátásokat az intézmények számára. A rövid távú ellátási döntésekben azonban az intézmények inkább preferálják – a HBCS-érték nagyságától függetlenül – azokat az ellátásokat, amelyeknek változó költség-hányada (gyógyszer, egyszer használatos eszköz) kisebb.
- b)** A listák hosszát befolyásolja az is, hogy *a betegeknek milyen lehetőségei vannak más szolgáltatót keresni*. A szabályozás oldaláról ez a TEK-en kívüli betegek ellátásának szabályozásában jelenik meg: a jelenlegi szabályozás gyakorlatilag teljes egészében a

¹ A finanszírozó szolgáltatásvásárlási stratégiájára számos tényező hat, pl. népegészségügyi, orvosszakmai vagy az E. alap egyensúlyát szem előtt tartó megfontolások.

fogadó intézményekre bízva, hogy felvállalják-e TEK-en kívüli betegek ellátását. A betegek mobilitásának növelése a várakozási idők különbségeinek kiegyenlítését segítheti elő.

- c) Protokollok kiadásával orvosszakmai kritériumokon keresztül befolyásolható a beavatkozást megelőző vizsgálatok száma, időbelisége, illetve ellátási célértékek meghatározásával közvetlenül lehet hatni az optimális várakozási idő meghatározására. Ha van megalapozott viszonyítási-értékelési pont, akkor arra lehet számítani, hogy az intézmények ehhez igyekeznek alkalmazkodni.

Koncepcionális kérdés, hogy mit nevezünk sornak a várólisták esetében, és milyen várakozásnak a lerövidítése a cél. Sornak (egy várólistának) a specifikus tünetegyüttest mutató és/vagy ugyanolyan (típusú) beavatkozásra váró betegeket érthetjük. A cél ez esetben a várólistára való kerülésről a definitív ellátás megkezdéséig eltelt idő rövidítése.² Alapvetően minden várakozás hosszát két dolog befolyásolja, a *sor hossza* és a *sor haladási sebessége*. Az ezeken a területeken érvényesülő tényezőket foglalja össze az alábbi táblázat, és amelyek részletesebb elemzése a következő pontokban található.

Tényező típusa	Sorszám	Tényező	Kompetenciaszint
A várólista hossza	I/a.	Várólistára jelentkezők száma	egyéni (beteg, kezelőorvos)
	I/b.	A listára kerülés kritériumai	országos (várólista-protokoll) vagy intézményi (helyi eljárásrend)
	II/c.	Saját kezdeményezésre lekerülők	egyéni (beteg)
	II/d.	Lekerülés jogosultság megszűnése miatt	országos (várólista-protokoll) vagy intézményi (helyi eljárásrend)
A várólista "haladási sebessége"	III.	Az ellátás sebessége	intézményi
	IV.	Ellátó helyek összkapacitása	országos

² Egyéb típusú időbeliségre példa az a nemzetközileg is használt célkitűzés, hogy daganatos betegek esetén az – akár háziorvosi rendelőben felmerülő – gyanú időpontjától a kezelés megkezdésének időpontjáig legfeljebb 21 nap teljen el; ebben az esetben tehát a szükséges diagnosztikai vizsgálatoknak is meg kell történniük ennyi idő alatt.

A sor hosszára ható tényezők:

- I. **A sorba beállók száma:** függ egyrészt **a)** a sorba jelentkezni kívánók számától és **b)** a beállás jogát meghatározó kritériumoktól.
- II. **A sorból kiállók száma:** **c)** saját indíttatásból kiállók (akik végül nem veszik igénybe az ellátást – vagy más szolgáltatót keresnek), illetve **d)** lekerüléshez vezető „jogvesztés” (azaz ha az ellátás már nem indokolt).

I/a. A várólistára jelentkezők száma

Egy konkrét egészségügyi ellátásra szorulókat országos szinten több faktor befolyásolja (a genetikai állománytól elkezdve a környezeti hatásokon át az egészségnevelésig).³ Hogy az orvosi indokok alapján ellátásra szorulókat mekkora részből lesz ténylegesen várólistára jelentkező beteg az akut ellátást nem igénylő esetekben, más tényezők is befolyásolják.

Az ehhez szükséges döntéskor alapvetően a műtéttől és a listára kerüléstől várt előny (állapotjavulás) és költség (idő, utazási költség, a műtét közvetlen költségei, hálapénz, műtéti kockázatok) pozitív egyenlege áll szemben a műtét elhalasztásának valós vagy vélt hátrányaival/költségével (fájdalom, tartós egészségkárosodás, szövődmények). Fontos megjegyezni, hogy a döntés egy fontos inputja a beteg rendelkezésére álló információ a sor hosszáról és haladási sebességéről. Ilyen irányú információk a hatályos jogszabályoknak megfelelően egyre nagyobb tömegben állnak rendelkezésre. A kezelőorvos által adott tájékoztatásnak nagy szerepe van abban, hogy a beteg az ellátás várható hasznait és költségeit hogyan ítéli meg.

I/b. A listára kerülés kritériumai

A listára kerülés kritériumainak meghatározása és a listára vétel joga a jelenleg az intézményekhez delegált (mivel központi várólista-protokollok nincsenek, ezért az intézmények helyi eljárásrendjüket követhetik). A listára kerülés feltételeinek (pl. a protokollokba foglalt pontos tünetegyüttes definiálásának) pontosabb meghatározásával az intézménynek van lehetősége a várólista hosszát kontrollálni. A tisztán szakmai alapú döntést ugyanakkor zavarja az egészségügyi korrupció (hálapénz, kapcsolatok felhasználása).

³ Az elemzés feltételezi, hogy Magyarországon a protézisműtétre orvosi indokok alapján rászorulókat száma rövidtávon nem befolyásolható, és – az igény szezonális ingadozásától eltekintve – állandó.

II/c. Saját kezdeményezésre lekerülők

A várólistára kerülést megelőzően a beteg értesül a saját ellátásának várható időpontjáról, melynek ismeretében hozza meg a döntést. Ezért további listán maradását más információk határozzák meg. Ezek lehetnek: az egészségi állapotának olyan javulása, melyet tartósabbnak gondol a várakozási idő hosszánál; alternatív gyógymódok felmerülése; alternatív ellátó helyek felmerülése.

II/d. Lekerülés jogosultság megváltozása miatt

A várakozás során a beteg egészségi állapota változhat. Előfordulhat: teljes vagy legalább tartós, ezért a műtét későbbi időpontba tolását lehetővé tevő gyógyulás; olyan negatív irányú állapotváltozás, amely a műtét elvégzését megakadályozza; elhalálozás. A várólistára vételkor elvégzett megfelelő kockázatelemzéssel az utóbbi két tényező valószínűsége minimálisra csökkenthető.

A sor haladási sebességére ható tényezők:

III. Az ellátás sebessége (amit az ellátás nyújtására fordított erőforrások mennyisége határoz meg).

IV. Az ellátó helyek összkapacitása.

III. Az ellátás sebessége

Az ellátás sebességét– a különféle szakmai ajánlások mellett – az intézmény lehetőségében áll befolyásolni, hiszen az ellátás sebessége egy bonyolult erőforrás-allokáció során alakul ki. Az egyes ellátásokra allokált forrásokat meghatározó, és ilyen módon a gyógyítás megkezdésének sürgősségét szabályozó félnek figyelembe kell vennie általános emberi jogokhoz, méltósághoz, életminőséghez kötődő szempontokat, azonban az egyenlőség elve alapján nem alkalmazhat tisztán gazdasági alapú (pl. munkaképesség, táppénz) megkülönböztetést.⁴

Az ellátás eseménye több elem együttes rendelkezésre állása mellett valósulhat meg: protézis és egyéb anyagok; szakember; hely (műtő és kórházi ágy); és a beteg. Az allokáció bonyolultságát érzékelteti, hogy a beteg rendelkezésre állása triviálisnak tűnik,

⁴ Norvégiában volt példa gazdasági alapú szempontok érvényesítésére az ellátásszervezés során.

azonban három, a kórház hatáskörén kívül álló feltétel szükséges hozzá: (i.) a beavatkozás indokolt, (ii.) a beteg alkalmas a beavatkozásra és a (iii.) beteg meg is jelenik a beavatkozás előtt.

Érdemes megjegyezni, hogy a protézisműtétek ellátási célértékét (tehát, hogy milyen tünet-együttes esetén hány napon belül javasolt a kezelés megkezdése a kockázatok jelentős növekedése nélkül) befolyásolja, hogy a protéziseknek van egy élettartama, melyet túlhaladva rohamosan csökken a funkcionalitása, ugyanakkor a protéziscsere fokozott kockázattal jár, különösen idősebb korban. E jellemző nem mindig készíti sem az ellátót, sem a beteget a mihamarabbi műtétre. (Azaz orvos-szakmailag is indokolható módon előfordulhat, hogy *várhatóan* kb. 3 év múlva romlik le annyira egy beteg állapota, hogy a protézis indokolttá válik. Ez azonban nem jelenti azt, hogy ezt a várható állapotromlást a protézisműtét várólistájára való felkerülés azonnali indikációjaként fogadjuk el.)

IV. Az ellátóhelyek összkapacitása

Az ellátó helyek számát és összkapacitását országos szinten lehet értelmezni, arra az egyes intézmények nem hatnak. Kivételes jelentősége van e faktornak ugyanakkor annak ismeretében, hogy bár majd mindegyik várólista-vezetésre kötelezett beavatkozásnál nagy különbségek tapasztalhatók országosan a várakozási időben, a területileg illetékes ellátót elhagyni csak a célintézmény befogadási hajlandósága mellett lehet. Erre jelenleg semmi nem ösztönzi, illetve semmi sem kötelezi a potenciális befogadó intézményeket.

2. A várakozás csökkentésének lehetséges irányai

E fejezet az előzőekben jellemzett egészségügyi várakozás hosszát befolyásoló tényezők változtatásáról, azon belül is a várakozás rövidítésének lehetőségeiről szól.

A várakozás (vagy tágabb értelemben a betegellátás időbelisége) az egészségügyi szolgáltatások összetett, dinamikus rendszerének egy eleme, és így befolyásoló tényezői nem függetlenek egymástól. Bizonytalan a rendszer egyes tényezői módosításának más tényezőkre gyakorolt hatását meghatározni, így az eredő hatás iránya és mértéke nehezen becsülhető. Például a várakozási idő csökkenése növelheti az orvoshoz fordulási kedvet (például úgy, hogy a magánellátásból visszatereli a betegek egy részét a közfinanszírozott ellátásba), növelve a betegszámot, amely végső soron a várakozási idő visszaállításához vezethet.

Az előző fejezet együtt tárgyalta azokat a várakozásra ható tényezőket, melyek befolyásolása akár egyik, akár másik szereplő döntésén múlik. A tanulmányban továbbra is megjelölésre kerül – amennyiben nem egyértelmű –, hogy a megfogalmazott irány, mely döntéshozó kompetenciája.

A célt, miszerint optimális szintre csökkenjenek a várakozások a protézisműtétekre, egyaránt lehet tartós, valamint rövid hatású intézkedések meghozatalával megközelíteni. Bár utóbbiak csak eseti jelleggel alkalmazhatók, és nem javítanak a rendszer egészén, az elemzés kitér ezekre is.

2.1. Hosszú távú intézkedések és az információ szerepe

Bár az elemzés a különböző egészségügyi ellátásokra felmerülő keresletet középtávon állandónak feltételezi, érdemes megjegyezni, hogy az általános egészségi állapot változása (előregedő társadalom), illetve átfogó központi intézkedések (magán- és közfinanszírozás arányának megváltozása) hosszútávon vezethetnek az egyes beavatkozásokra jelentkezők tömegének megváltozásához. Magyarország morbiditási mutatói, a magyarok egészségmagatartása, egészségben eltöltött éveinek száma még kelet-európai viszonylatban is rossznak mondható. Az okok sokfélék: az általános gazdasági helyzet (az egészség megtartásának költségei luxuskiadásnak minősülnek), a népesség korosztályos összetétele (öregedés), az étkezési szokások (zsíros nemzeti konyha, alacsony halfogyasztás, a bioélelmiszerek ártöbblete), a mozgáshiány (a tömegsport lehetőségének hiánya), illetve a

mindezeket érintő alaptantervi oktatás hiányosságai. A helyzet ésszerű tervezéssel, megfelelő kommunikációval, anyagi és időráfordítással megváltoztatható lenne.

Az előző fejezet felsorolta a főbb tényezőket, melyeket a beteg elvileg számításba vesz, mikor egy egészségügyi beavatkozás mellett vagy ellen dönt. Kiemelt szerepe van azonban a döntésben az orvostól kapott információnak. Az információ manipulálása természetesen nem egyeztethető össze az orvos-etikával, de a *megfelelő* tájékoztatás *hiánya* valós probléma az egészségügyben. Bár a tájékoztatás mennyiségének és minőségének „megfelelősége” relatív mérce, nem terjedt el széles körben az a gondolkodásmód, hogy az intézmények számára is hasznos, ha minél több információt nyújtanak betegeiknek. Látszólag az információátadás költséges, mert az orvos a „gyógyításra szánt” időt fordítja rá, valójában azonban kifizetődő. Az írásos tájékoztatásnak az internet korában gyakorlatilag nulla a határköltsége, a felkészült beteg időt spórol az orvosnak, a tájékozott beteg felelős döntést hoz, a méltó elbánás meghatározza hangulatát, ezzel esetleges műhibaper költségeket előzhet meg az intézmény.

A szakorvosi ellátásra vonatkozó kereslet generálásában a házi orvosoknak kapuőr szerepük van. A kölcsönös kommunikáció a szakellátó és annak ellátási területén működő házi orvosok között lehetőséget ad a beutalási rend mindkét fél számára előnyös optimalizálására, ami - a szakmai szabályok betartása mellett - némileg tehermentesítheti a szakorvosi állományt.

Az információáramlás kapcsán szót kell ejteni az azt támogató informatikáról is. Az informatikai beruházásoknak van egy egyszeri magasabb bevezetési költsége (rendszertervezés, kiépítés, betanítás) és egy alacsonyabb állandó karbantartási költsége, de az üzembe helyezéstől kezdődően állandó, mérhető haszna van. Közvetlenül mérhető például az emberi munkát helyettesítő volta, közvetetten például a gyorsaságából eredő előnyök. Utóbbinak szorosan köze van témakörünkhöz, a várakozáshoz. Például egy web alapú leletletöltési, -értelmezési és -küldési szolgáltatás (a megfelelő titkosítás mellett) orvos-beteg találkozást válthat ki (tehát várakozást csökkent) – így kedvező a kórháznak, betegnek egyaránt. Az informatikára nagy szerep hárulhatna a beutalás, a betegfogadás, előjegyzés, illetve a lelet-tárolás elektronizálása területén.

2.2. A várakozás csökkentésének irányai

Egy OECD tanulmány⁵ felsorolja a **rendszerszintű lehetőségeket** az egészségügyi ellátásra irányuló kereslet és kínálat befolyásolására. Ezek egy része a hazai egészségbiztosítási rendszerben – annak forráshiányos volta és hatékonysági hiányai miatt – nem vezetne eredményre (nehezen alkalmazható megoldás lenne például a magánszektor vagy a külföld kapacitásainak jelentős mértékű használata). A nyugat európai várakozások legfőképpen nem a finanszírozás, hanem más kapacitástényezők szűkössége miatt alakultak ki.

A 2.3-2.5 fejezetekben kifejtésre kerülnek azok az eszközök, melyekkel - a nemzetközi tapasztalatok alapján - globális szinten befolyásolni lehet a várakozás hosszát az egészségügyi ellátásban.

2.3. Az egészségügyi ellátás kínálati oldalának befolyásolása

2.3.1. A KÖZFINANSZÍROZOTT SZEKTOR KIBOCSÁTÁSÁNAK NÖVELÉSE, TÖBBLETFINANSZÍROZÁS BIZTOSÍTÁSA ÁLTAL

Többletfinanszírozás biztosítása során kérdéses a jogosulti kör meghatározása (olyan intézmények kapják, ahol hosszúak a várakozási idők, vagy ahol növelni lehet a teljesítményt kihasználatlan kapacitások bevonásával), a finanszírozás címzettje (az egészségügyi szolgáltató, vagy annak valamely felettes szerve). A kínálat ilyen módon történő növelésének kizárólag rövidtávú céljai lehetnek, és nem növeli a hatékonyságot, vagy támogatja a strukturális átalakítást. A várakozási idők csökkentése céljából adott többletfinanszírozás nem ösztönzi az intézményt kimutatható rövidítésre, mert várakozásaik szerint, eredményesség esetén megszűnik a többletforrás. A teljesítménynövelésre adott többletfinanszírozás eredménye pedig nehezen választható el a „szokásos” teljesítménytől, valamint a kereslet esetleges növekedése mellett nem kimutatható várakozási idő csökkenés.

⁵ Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries, OECD Health Working Papers, 2003

2.3.2. A KÖZFINANSZÍROZOTT SZEKTOR KIBOCSÁTÁSÁNAK NÖVELÉSE, TELJESÍTMÉNYFÜGGŐ FINANSZÍROZÁS BEVEZETÉSE ÁLTAL

A teljesítményfüggő kontra fix finanszírozás az egészségügyi rendszerek alapkérdése. A fix finanszírozás (mikor a bevétel nem függ a kibocsátás mennyiségétől) az intézményt nem ösztönzi teljesítmény-, vagy hatékonyságnövelésre. A teljesítményfüggő finanszírozás ugyanakkor teljesítménymaximalizálásra, a kapacitások „pörgetésére” készíthet.

2.3.3. A KÖZFINANSZÍROZOTT SZEKTOR KIBOCSÁTÁSÁNAK NÖVELÉSE, A VÁRÓLISTA-MENEDZSMENT JAVÍTÁSA ÁLTAL

Ezt a lehetőséget a következő fejezet tárgyalja részletesebben.

2.3.4. A BETEGEK VÁLASZTÁSI LEHETŐSÉGEINEK JAVÍTÁSA

A Felügyelet által gyűjtött adatok arra mutattak rá, hogy nagyok az országban található intézményi egyenlőtlenségek a várakozási időket tekintve. Vélhetően a különbségek egy részét ki lehet simítani az ellátó helyek közötti átjárás felszabadításával. A következő alternatívák a liberalizáció fokában térnek el.

- a) *Szabad* intézményválasztás, melynek során a beteget köteles fogadni bármelyik általa választott, adott ellátást nyújtó (és szakmai jogosultságokkal rendelkező) intézmény.
- b) *Korlátozott intézményválasztás* esetén a beteg valamilyen szempont alapján szűkített intézményi körből választhat. Ilyen megoldás lehet például az, hogy a rövid várakozási idejű intézmények nem küldhetik el a területen kívüli betegeket. Ezzel elvi és gyakorlati lehetőség nyílik a biztosított számára arra, hogy rövidebb várakozási idejű intézményt válasszon. A hosszú várakozási idejű intézményhez vagy választott orvoshoz való ragaszkodás már tudatos fogyasztói döntés eredménye. Körültekintő szabályozással meghatározhatóak azok a körülmények, melyek teljesülése esetén a rövid várakozási idejű intézmények nem tagadhatnák meg a területen kívüli betegek ellátását.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet felmérése⁶ ugyanakkor rámutatott, hogy a lakosság utazási hajlandósága a jobb minőségű, illetve rövidebb várakozási idejű kórházi ellátásért átlagosan 40 km, járóbeteg-szakellátásért átlagosan 28 km. Országon belül másik régióba is csak a

⁶ Lakossági vélemények az egészségbiztosítási rendszerről, EbF – Medián, 2009. május

lakosságnak egy kisebb része utazna, amennyiben lehetőség lenne minden egészségügyi ellátást ott igénybe venni (2,3 pont a maximális 5-ből). Leginkább a központi régiók lakosai fejeztek ki interregionális mobilitási szándékot, ami azt támasztja alá, hogy nem a megtapasztalt egészségügyi ellátás színvonala, hanem a tudatos egészségmagatartás befolyásolja a jelenséget. Még alacsonyabb az EU-ba irányuló egészségügyi célú utazásra irányuló szándék (1,7 pont a maximális 5-ből), mely nyilvánvalóan sok más mellett pénzt, nyelvtudást, időt, valamint a terület átlátható szabályozottságát és ennek ismeretét is igényli.

2.3.5. A KIBOCSÁTÁS NÖVELÉSE AZ EGYNAPOS SEBÉSZET TÁMOGATÁSÁVAL

Az utóbbi évtizedekben az egynapos sebészet aránya növekedett a sebészeti beavatkozások között, az orvos-technika fejlődésének (kevésbé szövetkárosító invazív eljárások, jobb érzéstelenítés) köszönhetően. A kórházban töltött napok számának csökkenésével csökken az egy ellátásra jutó költség is. Ugyanakkor az egynapos sebészet biztonságosabb ellátást, és otthoni körülmények közötti regenerációt jelent, növelve a beavatkozás vonzerejét, és ezáltal a keresletet (főként az idősebb lakosság körében).

Egyéb (a magyar körülmények között inadekvát) lehetőségek:

2.3.6. A KAPACITÁS NÖVELÉSE (PÓTLÓLAGOS ALAPÍTÁS) A KÖZFINANSZÍROZOTT SZÉKTORBAN

Több európai országban került sor kapacitás (pl. kórházi ágyak, műtők, szakorvosok száma) növelésre a 2000-es évek elején, melynek kereslet generáló hatása (függően a kereslet rugalmasságától) kiolthatja az intézkedés várakozási időkre gyakorolt hatását. Magyarországon egyébként is magas a lakosságarányos kórházi ágyak száma.

2.3.7. A KÜLFÖLD ÉS A MAGÁNSZEKTOR KAPACITÁSAINAK HASZNÁLATA

Az állami egészségbiztosítás keretében finanszírozott ellátás, privát szektor által fenntartott, vagy határon túli szolgáltatónál. Szintén a közintézmények kapacitáshiánya esetén hatékony irányelv, míg a hazai egészségügyre inkább a forráshiány jellemző.

2.4. A keresleti oldal befolyásolása

2.4.1. SZÜKSÉGLET ALAPÚ ELLÁTÁS-SZERVEZÉS

Az elektív egészségügyi beavatkozásokra várakozók szükséglet (pl. sürgősség) alapján történő szegmentálásával, és a kínálat hozzáigazításával kontrollálni lehet a várólisták hosszát. Ennek feltétele olyan eljárásrendek léte, melyet a következő pont tárgyal. A jogosultsági kör tisztázásának része lehet az ellátásra halasztható mértékben szorulóknak folyamatos (akár háziorvosi) kontrolljának megszervezése is. A felsorolt lehetséges intézkedések közül ennek a bevezetési költségei viszonylag alacsonyak.

2.4.2. PROTOKOLLOK KIBOCSÁTÁSA A VÁRÓLISTA SORREND MEGHATÁROZÁSÁRA (ÁTLAGOS VÁRAKOZÁSI IDŐK)

A várólistákra kerülés feltételeivel kapcsolatos megállapítások közül a legfontosabb, hogy azokat jelenleg szinte teljes mértékben az intézmények határozhatják meg. A Felügyelet eddigi tapasztalata azonban az, hogy ezzel a várakozás hosszát közvetlenül befolyásoló eszközzel kevés kórházi menedzsment él. A várólista protokoll egységesíti a kritériumrendszert, melyre az egyéni döntések során az orvosok támaszkodhatnak.

A felkerülés szabályainak, követelményeinek, időbeliségének rögzítése kereteket szabna a jelenlegi, szinte korlátlan orvosi egyéni hatáskörnek. Értelemszerűen, a beavatkozást megelőző vizsgálatok rendjét, az azok alapján hozott döntésre fordítható időt, a várólistára kerülés indikációit, a várakozás hosszának elvárt célértékeit, valamint a protokolltól eltérés rendjét elsősorban orvosszakmai elvek és csak másodsorban finanszírozhatósági kritériumok alapján szükséges meghatározni, mely ezt követően számonkérhetővé válik.

A listára kerülés szabályainak rögzítése kapcsán külön szót érdemel a korrupció (hálapénz, kapcsolatok) torzító hatása elleni fellépés, melyet elvileg a várólistára vételi, időpont-meghatározási, betegellátó jogkörök pontos definiálása vagy szétválasztása útján lehet elérni. A gyakorlatban azonban a hálapénzfizetés egyfelől társadalmilag mélyen beágyazott rutinná vált, másfelől pedig az orvosok kompenzációs rendszerének hallgatólagosan elfogadott elemét képezi; csak a várólista-szabályozásra korlátozott kezelése nem elégséges (és sajnálatosan rendszerszerű működése miatt nem is lehetséges).

2.4.3. A MAGÁN EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÁMOGATÁSA

Megfelelő szabályozás mellett ösztönözni lehetne az egészségügyi vállalkozási tevékenységet, mellyel szélesebb tere nyílna a betegek magánfinanszírozásának. Egy lehetséges modell szerint specializált feladatokra (pl. tartós ápolás) vagy részfeladatok ellátására létrehozható gazdasági társaságformák engedélyezésével, a jelenlegi szakszemélyzet motiváltabb közreműködése mellett, professzionális menedzsment támogatásával, a nagy értékű eszközök ma is működő intézményektől bérlésével, kisméretű, hatékonyabban működő szervezetek jöhetnének létre.

Más lehetséges modell szerint a szakorvosokkal bizonyos óraszámra szerződne le az egészségbiztosító, kisebb óraszámokban szabályozottan versenyző keretek között magánpraxist vinnének ugyanott. Az infrastruktúra kedvező kondíciók melletti használatával (mely az állami egészségügyi kapacitások teljesebb kihasználásához is vezetne) alacsonyabb árú, minőségileg jobb szolgáltatást kínálnának, mely betegeket vonzana át a tisztán állami finanszírozású ellátásból.⁷

2.5. A keresleti és kínálati oldalra is ható, a várakozási időt közvetlenül befolyásoló intézkedések

2.5.1. MAXIMÁLIS VÁRAKOZÁSI IDŐ GARANCIA

Létezik olyan modell (pl.: Írországból), hogy a központilag meghatározott ellátási célértékeket (tehát az időt, melyen belül fogadni, illetve ellátni kell a beteget) meghaladó várakozásokat, külön finanszírozási alap terhére, bármilyen szabad kapacitással bíró intézményben ellátnak. Ez a megoldás tehát nem tartalmaz központi beavatkozást az elsődleges intézményválasztásba, hanem a kiugró várakozási időket „simítja”.

2.5.2. A VÁRAKOZÁSI IDŐ INTÉZMÉNYI CSÖKKENTÉSÉT ÖSZTÖNZŐ PÉNZÜGYI ÉS NEM PÉNZÜGYI ESZKÖZÖK (JUTALMAZÁS)

A várakozási időket sikeresen visszaszorító intézmények pénzügyi és nem pénzügyi eszközökkel ösztönzése kétélű fegyver. Vezethet a hatékonyság-, teljesítménynövelés

⁷ Ennek természetesen elengedhetetlen előfeltételét jelenti a köz- és magánfinanszírozású ellátások egymáshoz való viszonyának rendezése, tudatos, stratégiai átgondolása.

irányába csakúgy, mint a (kevésbé kívánatos) erőltetett keresletcsökkentés (pl. magas küszöb a jogosultság meghatározásnál) irányába. Bevezetése akkor javasolható, ha az irányító pontos és naprakész adatokkal rendelkezik a kiváltott hatások vizsgálatához, és az intézményekben elérhetőek az eljárások rendjét meghatározó protokollok.

2.5.3. A BETEGÁLLOMÁNYBAN LÉVŐ BETEGEK VÁRAKOZÁSÁNAK CSÖKKENTÉSE

Ezzel az intézkedéssel preferálttá tehetők a várólistán tartózkodó betegállományú betegek, csökkentve ezzel a táppénz és a kieső munka által generált társadalmi (kölségvetési) terheket. Bár a betegállománnyal, a szociális rászorultsággal, és a gyógyszerekkel összefüggő központi kiadások jelentősek, és az elhalasztott beavatkozások növelik a tartós munkaképesség csökkenés kockázatát, az irány megkérdőjelezhető az egyenlő hozzáférés szempontjából.

2.6. Intézményi stratégiák

A kérdéskör részletes elemzése alapján azonosíthatók azok a stratégiák, melyek **intézményi szinten** alkalmazhatóak a várakozási idők kontrollálására. Egy angol tanulmány⁸ azonosította azokat a tényezőket, melyek a várakozási időket sikeresen csökkentő intézményeket jellemezték. A magyartól eltérő alapokon működő angliai egészségügyi rendszerre igaz megállapítások többsége azonban értelmezhető a hazai keretek között is.

- Tapasztalatok alapján a várakozási időket az az intézményi menedzsment szorítja vissza sikerrel, mely a kórházzal és az azt körülvevő környezet működésével rendszerszinten foglalkozik.
- A várakozási idők csökkentése hosszú távú, és elkötelezettséget kívánó művelet.
- A várakozások leszorításának eszközei nem szükségszerűen azonosak az elért csökkenés fenntartásának eszközeivel.
- Váratlan hatások (szervezeti átalakulás, vezetőség váltás, finanszírozási rendszerváltozás) eltéríthetik az intézményt a különben megalapozott tervek végrehajtásától.
- A szakorvosi réteget (mely közvetlenül hatással van a kiadott műtéti időpontokra), be kell vonni a stratégiaalkotásba, és érdekelté tenni a várakozási idő célok elérésében.

A sikeres várólista kezelést elősegítő faktorokat/tevékenységeket a következők:

- a) A betegáramlás pontos ismerete, a naprakész információk rendelkezésre állása elengedhetetlen a menedzsment számára a pontos helyzetelemzés, előrejelzés, és tervezés céljából. Az alábbi várakozással kapcsolatos információk alapját képezhetik a vezetői monitoringnak.

A járóbeteg-szakellátásra vonatkozóan (egységnyi időszakra):

- Megvalósult és elmaradt, eltérő sürgősségi kategóriákba tartozó orvos-beteg találkozások száma (háziorvosi beutalások, szakorvoshoz történő közvetlen, vagy fekvőbeteg osztályról történő bejelentkezések, ütemezett ellátások - kontroll, visszarendelés - előjegyzései).
- Előjegyzésben lévők, azt lemondók, átütemezők, intézmény által átütemezettek száma.
- Az elvárt, és a tényleges vizsgálati átlag idők ismerete (rendelésenként).
- Az egyes orvosok közti különbségek.

⁸ Sustaining Reductions in Waiting Times: Identifying Successful Strategies, Department of Health, 2004

A fekvőbeteg-ellátásra vonatkozóan (egységnyi időszakra):

- A szakorvosi beutalások (sürgős/sürgőssé vált, elsőbbségi, tervezhető) száma.
- Műtétet lemondók, halasztók, késve megjelenők, felfüggesztett várakozók száma.
- A műtéti beavatkozások, és halasztások száma.
- A műtéti beavatkozások várt és tényleges átlagideje (beavatkozás típusonként).
A kórházban műtét esetén töltendő napok átlagos száma.

- b)** A szervezet egésze által elfogadott törekvés a várakozások csökkentésére.
- c)** A várakozási idők csökkentése nem csupán finanszírozási kérdés: a teljesítmény növelését, az ellátás hatékonyságát nem lehet elérni az erőforrások komplex ráfordítása nélkül. Rövidtávú teljesítménynövelés elengedhetetlen lehet az ellátási célértékek eléréséhez, de ez stratégiai szintű hozzáállás nélkül gyakran pazarló, és megakadályozza a tartós intézkedések finanszírozását.
- d)** Az ellátás hatékonyságának növelése gyakran a kórházi ellátás logisztikájának javítása. Amennyiben pontos információk állnak rendelkezésre a betegek áramlásáról (kórházon belül és kívül), megtalálhatók azok a pontok, ahol rövidíteni lehet a várakozásokat. A nagyobb jelentőségű stratégiai lépések kisebb hatékonyságnövelő intézkedéseken keresztül valósulhatnak meg: az ágykihasználás növelése, az egynapos sebészet maximalizálása, a műtőkapacitás teljes kihasználása, hatékony elbocsátás tervezés, stb..