

**Csaba Iván–Gál Róbert Iván: Ulysses a kórházban:  
Betegutak az egészségügyben és a házi orvos  
kapuőr-szerepe**

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:

Csaba Iván–Gál Róbert Iván (1998): „Ulysses a kórházban: Betegutak az egészségügyben és a házi orvos kapuőr-szerepe” in: *Társadalmi riport 1998*, Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI, Pp. 340–360.



## **Ulysses a kórházban: Betegutak az egészségügyben és a házi orvos kapuőr-szerepe**

*Csaba Iván–Gál Róbert Iván*

### *Bevezetés*

A betegutak elemzése méltányossági és hatékonysági szempontból is fontos kérdéseket vet fel. Egyrészt még a közfinanszírozású rendszerben is egyenlőtlenségek forrása lehet az, ha a szolgáltatásokat igénybevevő betegek nem tudnak egyformán eligazodni az egészségügyi rendszeren belül, és ezért hozzáférési esélyeik különbözőek. Az 1990-et megelőző magyar egészségügyet vizsgáló tanulmányok egyik fontos megállapítása volt, hogy a jobb színvonalú, a gyógyulás nagyobb esélyével kecsegtető szolgáltatáshoz való hozzájutást nagyban meghatározta az a mód, ahogy a betegek mozogtak az egyes ellátási szintek között.

Másrészt a betegutak sajátosságai befolyásolják az egészségügyi rendszer költséghatékonyságát és minőségét is. Olyan körülmények között, amikor a szolgáltatások költségeit egy harmadik szereplő, a társadalombiztosítás finanszírozza, sem a betegek, sem a szolgáltatók nem lehetnek kellően érdekelték a költségek visszafogásában. Ez a probléma a biztosítási irodalomban „moral hazard” vagy „erkölcsi kockázat” néven van számontartva. A teljesítményeket a kezelt esetek számával mérő finanszírozási rendszer mellett például túlzott lehet az érdekeltség bizonyos beavatkozások elvégzésére vagy a hospitalizációra, illetve a betegek túlzottan „magasra csúszhatnak” az ellátási szintek között. Az erkölcsi kockázat problémája mellett figyelembe kell vennünk azt az információs aszimmetriát is, ami a beteg és a szolgáltatást nyújtók között fennáll. A beteg csak korlátozottan tekinthető szuverén fogyasztónak, és nemcsak azért, mert döntési szabadságában betegsége korlátozhatja. Az egészségügyi ellátást igénybevevők tipikusan alkalmi felhasználók, tehát az efféle szolgáltatások nem hasonlíthatók azokhoz a javakhoz, amelyeket rendszeresen fogyasztanak. Hasonlóképp, a betegek csak korlátozott ismeretekkel rendelkeznek az egészségügyi szolgáltatások minőségének megítélésével kapcsolatban. Ráadásul keresletük szempontjából sem tekinthetők szuverénnek, hiszen annak megítélése is a „szakértők”, vagyis az orvosok döntésének a függvénye. A tökéletlen információ problémája tehát akadályát képezheti a hatékony egészségügyi szolgáltatásoknak.

A fent említett problémák kezelése különböző speciális szabályozási és ösztönzési megoldások bevezetését indokolhatja. A nemzetközi tapasztalatok, valamint az

egészségügyi közgazdasági irodalom is azt sugallják, hogy a háziorvosok szerepe alapvető lehet a hatásos, de költségkímélő betegutak biztosítása szempontjából. A háziorvos olyan informált tanácsadó lehet, aki csökkentheti a szakorvosi, illetve a kórházi ellátásra nehezedő nyomást, és, amennyiben ez indokolt, útbaigazíthatja a beteget az alapellátáson túli szolgáltatások között. Ezt a funkciót gyakran írják le a háziorvosok „kapuőr” szerepeként. A kapuőr-szerep bizonyos adminisztratív korlátozásokat is magába foglalhat beutalási szabályok formájában. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a kapuőr-szerep hatékonysága nem azonosítható a beutalási rend szigorúságával. Az 1989-et megelőző időszakot, legalábbis ami a hivatalos szabályokat illeti, kötött beutalási rend jellemezte az ún. „progresszív ellátás” keretében. A gyakorlatban viszont a háziorvosok betegmegtartó ereje gyengének bizonyult és nagy számú beteg keringett az egészségügyi rendszeren belül megfelelő ellátás nélkül. A betegek úgy érezték, hogy a „magánutak” követése a gyógyulás nagyobb esélyét kínálhatja, amennyiben ez a lehetőség a rendelkezésükre állott. 1990-től viszont a betegek mozgását korlátozó hivatalos szabályok lazultak, ami a választási szabadság szélesedése mellett felvetett a fentiekben említett ösztönzési és információs problémákat is. Ugyanakkor az egészségügyi politika számára prioritássá vált a kórházcentrikus erőforrás-allokáció megfordítása az alapellátás súlyának növelése érdekében.

Alábbi elemzésünkben arra teszünk kísérletet, hogy kérdőíves vizsgálatunkból<sup>1</sup> nyert megfigyeléseink segítségével feltérképezzük a betegek „közlekedését” az egészségügyi rendszeren belül. Írásunkban az egyes döntési állomásokat követjük nyomon a beteg első kontaktusától a végállomásig. Különös figyelmet szentelünk a háziorvosok szerepének a betegutak meghatározásában, és egyben értékeljük a kapuőr-funkció érvényesülését a hatékonyság szempontjából.

A kutatás során személyesen keresték fel a mintába került egyéneket a kérdezőbiztosok. Két minta állt rendelkezésünkre, egy országos minta és egy ún. rendelői minta. Az előbbi kétlépcsős véletlen kiválasztással nyertük. Az első lépcsőben 8 településréteget készítettünk, ezekből a rétegekből véletlen eljárással választottuk ki a mintába kerülő településeket. A második lépcsőben, ismét csak véletlen kiválasztással nyertük az 1500 fős lakossági mintát. A neveket, címeket a Központi Nyilvántartó és Választási Hivaltól kaptuk. A mintába gyerekek is bekerültek, akik helyett azt a szülőt, többnyire az anyát, kérdeztük meg, aki a gyerekekkel gyakrabban szokott orvoshoz fordulni. A rendelői mintába került személyeket a projekt másik kutatási szálán kiválasztott háziorvos rendelőjében kértük fel válaszára. Az így kiválasztott 1000 fős minta a háziorvosi praxisban előforduló járóbetegek körét jól reprezentálta, nem adott azonban információt a fekvőbetegekre vonatkozóan. Sajnos ez utóbbi körhöz a személyiségi jogok védelme miatt a háziorvosokon keresztül nem lehet eljutni. A

---

<sup>1</sup> A kutatást a TÁRKI által, a PHARE számára végzett, „Az egészségügyi alapellátási reform értékelése” c. projekt részeként végeztük (projektvezető: dr. Jávor András). A projektet, mely a magyar egészségügyi szerkezet átalakítását célzó program része (HU 9302-02-01), az Európai Unió finanszírozta.

mintavétel további részletei megtalálhatók a kutatás dokumentumkötetében, a TÁRKI könyvtárában. Az alábbi elemzésekben mindig az országos mintára támaszkodunk, hacsak az ellenkezőjét külön nem jelezzük.

### *A belépés időpontja*

A sürgősségi ellátás kivételével az első kontaktus a beteg és az egészségügyi rendszer között tipikusan a beteg kezdeményezésére jön létre. Először azt tárgyaljuk, hogy az emberek mikor kezdeményezik a kapcsolatot, és e döntésükben milyen tényezők befolyásolják őket.

Várakozásainknak megfelelően a lakossági reprezentatív mintában kapott válaszok azt mutatják, hogy a lakosság túlnyomó hányada betegségével az egészségügyi rendszerhez fordul: mindössze a megkérdezettek 2,8 százaléka nyilatkozott úgy, hogy sohasem megy orvoshoz. Azonban a kontaktus felvételének időpontja már eltérő. A minta 8,8 százaléka még egészségügyi problémák hiányában is orvoshoz fordul és a megkérdezettek 13,1 százaléka teszi ezt viszonylag enyhébb problémák esetén is. A nagy többség azonban csak komolyabb betegség esetén keresi orvos segítségét (34,7 százalék), vagy csak akkor megy orvoshoz, ha már nagy baj van (40,7 százalék). A további elemzés céljából az orvoshoz fordulási szokásokra adott válaszokat újracsoportosítottuk: az első csoportban vannak azok, akik rendszeresen vagy korán fordulnak orvoshoz (21,9 százalék), a második csoportba a későn orvoshoz fordulókat soroltuk (75,4 százalék), míg a harmadikba azok kerültek, akik sohasem mennek orvoshoz.

Az orvoshoz való fordulást meghatározó tényezők vizsgálatára jó lehetőséget szolgáltatott az a kérdéscsoport, amelynek segítségével arra akartunk fényt deríteni, hogy a megkérdezettek milyen okokból nem szoktak orvoshoz fordulni, ha ez időnként előfordul velük. Az 1. táblázat adatai azok arányát mutatják, akik az egyes lehetséges okokat visszatartó tényezőként említették.

1. táblázat *Visszatartó tényezők az orvoshoz fordulásban, %\**

1. a panaszai enyhék	68,1
2. tudja, mi a szükséges gyógyszer	55,1
3. nincs ideje	14,7
4. nincs türelme	17,9
5. fél az orvostól	5,7
6. felületes az orvosa	6,6
7. sok pénzbe kerül	11,8
8. nem tudja kihez forduljon	2,9
9. nem akarja megtudni betegségét	5,7

\* Egy válaszoló több tényezőt is megemlített.

Nem okoz meglepetést, hogy a megkérdezettek betegségük alacsony súlyossági fokát jelölték meg leggyakrabban (1. és 2. válaszlehetőség), mint a kapcsolatfelvételt visszatartó tényezőt. A második legfontosabb okozati csoportot az ellátás beteg által viselt költségei képviselik, ami egyrészt idő- (3. és 4. válaszlehetőségek) másrészt pénzráfordítást jelent (7. válaszlehetőség). Az orvosokkal szembeni bizalmatlanság a harmadik helyen szerepel a gátló okok sorában (4., 5. és 6. lehetőség). Majd fontossági sorrendben a „struccpolitika” (9. válaszlehetőség), valamint a tanácstalanság következik (8. válaszlehetőség).

Az orvoshoz fordulási szokások és a visszatartó okok közötti kapcsolat elemzésekor különösen a költség és a bizalmi tényezők szerepe látszott érdekesnek. Ezért ezen okcsoportok intenzitását mérő változókat alkottunk az adott tényezőcsoporton belüli „igen” válaszok összege alapján; ezek értéke annál nagyobb, minél több költség, illetve minél kevesebb bizalmatlanság-elemet említ a lehetséges háromból. Először azt vizsgáltuk meg, hogy az orvoshoz való fordulás időpontja és a költségtényezők milyen kapcsolatban vannak egymással (lásd 2. táblázatot):

2. táblázat *Az orvoshoz fordulás időpontja és költsége közötti kapcsolat*

Mikor fordul orvoshoz?	Hányféle költségtényezőt említ a háromból?	
	átlag	szórás
panasz nélkül is, vagy enyhe panasz esetén	0,21	0,51
csak súlyosabb panasz esetén	0,50	0,78
sohasem	0,47	0,84
összesen	0,44	0,74

A táblázatból látható, hogy a költségek visszatartó erejét mérő változó átlaga annál nagyobb, minél ritkábban, illetve minél később fordul valaki orvoshoz. A nyert átlagok közötti eltérés szisztematikus voltát szórásnégyzet-elemzéssel vizsgáltuk. Eszerint a csoportátlagok közötti eltérést annál kisebb valószínűséggel lehet véletlen tényezőkre visszavezetni, minél nagyobb a csoportátlagok szórásnégyzete a csoportokon belüli szórásnégyzet-összegekhez képest. A kétféle szórásnégyzet hányadosa alapján képzett F-statisztika nagysága méri az átlagok eltéréseinek nagyságát. Ebben az esetben az F értéke 38,28 volt, ami a csoportátlagok közötti szignifikáns eltérésre utal ( $p < 0,0005$ ). Tehát a statisztikai vizsgálat alátámasztani látszik azt a feltételezésünket, hogy a költségérzékenység kapcsolatban van az orvoshoz fordulási szokással.

Amint láttuk, a költségek között szerepelt az idő és a pénzbeli kiadás is. Az alapvetően társadalombiztosítás által finanszírozott magyar egészségügyi rendszerben a pénzbeli kiadások speciális formája a hálapénz fizetése, aminek összege egyes becslések szerint az összes hivatalos egészségügyi kiadás 5–15 százaléka között mozog. Ezért indokoltnak látszott a költségérzékenység és az orvoshoz való fordulás közötti

összefüggés megvilágítása céljából azt is kideríteni, hogy vajon a gyakoribb kapcsolatfelvétel több hálapénzkiadással jár-e. A 3. táblázat erre a kérdésre vet fényt.

3. táblázat *A hálapénz fizetésének gyakorisága és az orvoshoz fordulás időpontja, %*

	Mikor fordul orvoshoz?		
	panasz nélkül is, vagy enyhe panasz esetén	csak súlyosabb panasz esetén	sohasem
Fizet	28,8	19,7	11,4
Nem fizet	71,3	80,3	88,6
Összesen	100,0	100,0	100,0

A 3. táblázatban a házi orvosnak való fizetés gyakoriságát láthatjuk az egyes belépési csoportokon belül. A csoportokon belüli gyakoriságok azt sugallják, hogy akik enyhébb panaszokkal is orvoshoz fordulnak, azok fizetnek a leggyakrabban hálapénzt házi orvosuknak: míg a teljes minta 21,5 százaléka tesz így, addig az e csoportba tartozók majdnem 29 százaléka fizet. A csoportmegoszlások közötti eltérés szisztematikusságát, vagyis a két elemzett változó közötti függetlenséget keresztábra-elemzés segítségével teszteltük. Ha a tényleges és a várható gyakoriságok alapján számított ún. chi-négyzet statisztika elég nagy, akkor elvethetjük az orvoshoz fordulás időpontja és a hálapénz fizetési gyakorlat közötti függetlenségre vonatkozó nullhipotézist. Mivel a Pearson-féle chi-négyzet értéke ezúttal igen nagy (14,24), elenyésző annak a valószínűsége ( $p < 0,0005$ ), hogy a hálapénz fizetése és a belépési magatartás között tapasztalt kapcsolat valamilyen véletlen mintavételi tényezőnek tudható be. Tehát amikor azt állítjuk, hogy az orvoshoz fordulás időpontját befolyásolhatják az egészségügyi ellátás költségei, illetve a betegek költségérzékenysége, akkor a költségek között a hálapénz fizetését is meghatározó változóként tarthatjuk számon.

A költségek szerepéhez hasonlóan elemeztük a bizalmi gátak kapcsolatát a belépési magatartással. A 4. táblázat foglalja össze az egyes csoportokra nyert értékeket.

4. táblázat *Az orvoshoz fordulás időpontja és a bizalmi tényezők közötti kapcsolat*

Mikor fordul orvoshoz?	Hányféle bizalmatlansági tényezőt említ a háromból?	
	átlag	szórás
panasz nélkül is, vagy enyhe panasz esetén	0,06	0,25
csak súlyosabb panasz esetén	0,13	0,38
sohasem	0,17	0,50
összesen	0,12	0,36

Korábbi eredményünkhöz hasonlóan a bizalmi gátló tényezők szerepe monoton nő, ahogy csökken a betegek belépési hajlandósága. A szórásnégyzet-elemzés ismét a csoportátlagok szisztematikus eltérésére utalt ( $p < 0,001$ ). Ez az eredmény támogatja azt a hipotézist, hogy az orvoshoz fordulási magatartást a betegnek az orvosba vetett bizalma, illetve vele szembeni bizalmatlansága is befolyásolja.

### *A belépési pont*

A képzeletbeli döntési séma szerinti következő kérdés, aminek a nyomvonala mentén haladunk, hogy kivel lép kapcsolatba a beteg egészségügyi probléma esetén. A lakossági reprezentatív mintából nyert megoszlást az 5. táblázat tartalmazza.

5. táblázat *Kit keres meg a beteg, ha orvoshoz megy?, %*

háziorvosát	88,6
szakrendelést	3,8
ismerős orvost	2,5
magánorvost	1,1
munkahelyi orvosát	1,1
kórházi orvost	0,3
nem fordul orvoshoz	2,5
Összesen	100,0

A betegek döntő többsége a háziorvoshoz fordul először. Az üzemi orvosokat is figyelembe véve a közszférába tartozó alapellátással kerül először kapcsolatba a megkérdezetteknek majdnem 90 százaléka. Másik kérdésünkben azt is megtudakoltuk, hogy a hivatalos medicina helyett vagy mellett az emberek alkalmaznak-e öngyógyítást, illetve fordulnak-e természetgyógyászhoz. Az öngyógyítás módszerével alkalmanként vagy rendszeresen a minta 57,8 százaléka élt és a megkérdezettek 66,3 százaléka szokta magát kezelni recept nélkül felírható gyógyszerekkel is. Ugyanakkor természetgyógyászt egyáltalán nem vett igénybe 94 százalék, szemben a tömegtájékoztatás által sugalltakkal. Tehát elmondható, hogy a hivatalos medicina képviselői ma hegemon szerepet töltenek be. A szociológiai háttérváltozók közül az iskolai végzettség és az alternatív gyógyászat alkalmazása között tudunk kimutatni nem túlzottan nagy, de szignifikáns kapcsolatot. (A korrelációs együttható értéke a magasabb iskolai végzettséget és a rendszeresebb alternatív kezelést magasabb értékkel mérő változók között 0,17 volt.)

Az iskolázottság szerepét vizsgáltuk annak a kérdésnek a megválaszolásakor is, hogy kik azok a betegek, akik belépési pontként nem a közszférába tartozó alapellátást veszik igénybe. A kapott megoszlások a következő gyakorisági táblában foglalhatók össze (6. táblázat).

6. táblázat *A belépési pont és az iskolázottság közötti kapcsolat, %*

	Iskolázottság		
	kevesebb, mint érettségi	érettségi	diploma
Házi orvoshoz vagy üzemi orvoshoz fordul	95,0	89,2	83,5
Egyéb	5,0	10,8	16,5
Összesen	100,0	100,0	100,0

Az említett táblázatban az első iskolázottsági csoportba tartoznak az érettségivel nem rendelkezők, a másodikba az érettségizettek, míg a harmadikba azok, akik felsőfokú végzettséggel is rendelkeznek. Így megállapítható, hogy a magasabb iskolai végzettség mellett nő annak a valószínűsége, hogy a betegség esetén az első orvosi kontaktus szakorvossal, magán- vagy ismerős orvossal valósul meg. A keresztábra-elemzők elvégzett chi-négyzet teszt alapján magas szignifikanciaszint mellett ( $p < 0,0005$ ) tudtuk visszautasítani az iskolázottság és a belépési pont függetlenségére vonatkozó nullhipotézist. Ugyanakkor az is megállapítható, hogy valamennyi csoportban az elsőprő többség számára a házi orvos jelenti az első orvost, akivel a beteg kapcsolatba lép.

Abból a tényből azonban, hogy a házi orvos meghatározó szerepet játszik mint belépési pont, még nem következik, hogy a házi orvosok szerepe ilyen jelentős, amikor a betegek magasabb ellátási szintekre kerülnek. Ez a kérdés átvezet a kapuőrszerep tanulmányozásához. A beteg hozzáértésének elkerülhetetlen hiányából következően ugyanis minden olyan rendszer, amely nem szabályozza szigorúan a beteg mozgását az ellátórendszerben, költségnövekedéssel jár. Minél alacsonyabb az az ellátási szint, ahol a beteg választ az alternatív kínáló között, annál kisebb mértékű a költségrobbanás. Épp ezért nem érdektelen megnézni, milyen következményekkel járt az alapellátás szintjén felszabadított verseny, a szabad orvosválasztás.

### *Verseny az alapellátásban: a szabad orvosválasztás*

A szabad orvosválasztással kapcsolatban a nemzetközi szakirodalom és tapasztalatok az alábbi lehetséges következményekre hívják fel a figyelmet. Először is, a házi orvos megválasztásának liberalizálása – mint azt az imént jeleztük – felesleges kapacitások kialakításához és ezáltal költségnövekedéshez vezethet. A költségeket az is növelheti, hogy a versenyhelyzetbe került orvos esetleg kevésbé áll ellen a költségérzéketlen beteg kívánságainak, amelyek a példa kedvéért vonatkozhatnak költségesebb gyógyszerekre, vizsgálatokra vagy kezelési eljárásokra. Ugyanakkor a szabad orvosválasztás költségmegtakarító is lehet. A betegek ugyanis, ha házi orvosukkal elégedetlenek, hajlamosak saját szakállukra döntéseket hozni és esetleg indokolatlanul drágább



szolgáltatásokat is igénybe venni, amiért ismét csak a társadalombiztosítás fog fizetni. A szabad választás viszont minden bizonnyal fokozza a házi orvosba vetett bizalmat, és ezáltal csökkentheti a tájékozatlan beteg önálló mozgását. Ráadásul a szabad választás növeli a beteg bizalmát az egészségügyi rendszer egészében, ami a megelőzés és gyógyítás hatékonyságát fokozza.

A lakossági reprezentatív minta arról tanúskodik, hogy az emberek döntő többsége választott magának házi orvost a kártyarendszer bevezetésekor. A megkérdezetteknek mindössze 2,5 százaléka nem adta le társadalombiztosítási kártyáját egy házi orvosnak sem. A kártyájukat le nem adók kis létszámú csoportjában (38 fő) a legfőbb ok az volt, hogy az illetőnek még nem volt szüksége orvosi ellátásra.

A házi orvosi rendszerrel együtt bevezetett szabad orvosválasztás, úgy tűnik, az emberek zöme számára valós választási lehetőséget jelentett. A reprezentatív mintában 80,6 százalék nyilatkozott úgy, hogy tudott volna több orvos közül választani. A rendelői mintából még többen tudtak a választási lehetőség létezéséről (90,6 százalék). A választási lehetőség ismeretét megvizsgáltuk a település jellege szerint is. Várakozásunk az volt, hogy a nagyobb méretű és népsűrűségű településeken az emberek nagyobb arányban fontolhatták meg az orvosváltást, hiszen a szóbajöhető házi orvosok száma is minden bizonnyal növekszik e dimenziók mentén. A 7. táblázat azt mutatja, hogy ez a várakozásunk csak részben igazolódott be.

7. táblázat *A választási lehetőség ismerete a település jellege szerint, %*

	Nem választhatott	Választhatott	Összesen
község	35,4	64,6	100,0
város	10,7	89,3	100,0
megyeszékhely	6,5	93,5	100,0
Budapest	10,9	89,1	100,0

A községtől a megyeszékhelyig monoton módon csökken azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy nem tudtak több orvos között választani. Érdekes módon azonban a budapestiekénél ez az arány magasabb, mint a városi vagy megyeszékhelyen élő lakosság esetében. Mivel mintánkban a budapestiek általában magasabb iskolai végzettségűek, nem valószínű, hogy az eredmény a budapestiek relatív alulinformáltságával lenne magyarázható. A gyakoriságok szisztematikus különbségét megerősítette az elvégzett chi-négyzet teszt.

A választási lehetőség megjelenésekor az emberek nem elhanyagolható csoportja élt a váltás opciójával is. A reprezentatív minta 14 százaléka nem a régi körzeti orvosnak adta le a kártyáját. Úgy tűnik, hogy az ellátási rendszer gyakoribb igénybevétele kapcsolatba hozható a váltás gyakoriságával. A rendelői mintában, ahol a megkérdezettek sűrűbben keresik fel a házi orvost, több mint 20 százalék cserélt orvost. A keresztábra-elemzés alapján a két minta közötti különbség szignifikánsnak bizonyult.

A társadalombiztosítási kártya bevezetése egyszeri, soha vissza nem térő alkalmat jelentett, mivel a választási kényszer révén lecsökkentette a tranzakciós költségeket. És valóban, míg 14 százalék cserélt orvost a kártyarendszer bevezetésekor, addig az első választás óta mindössze a megkérdezettek 7 százaléka szánta el magát hasonló döntésre. (A csökkenés a rendelői mintában is megfigyelhető 20-ról 16 százalékra.) Tehát megállapítható, hogy az új rendszer megjelenésével együtt járó fokozottabb figyelem lankadása után az orvosváltás szerepe csökkent. Alábbi elemzéseink még az első hullámban történt orvosváltásokra vonatkoznak.

Felvetődik a kérdés, hogy mi különbözteti meg az orvost váltókat azoktól, akik kitarítottak orvosuknál. Először ismét a település jellege szerinti megoszlást vizsgáltuk, de ezúttal az elemzett mintából kizártuk azokat, akik nem tudtak a korábbi orvosukhoz képest más szóba jöhető háziorvosról. Érdekes módon ebben az esetben is az első táblázatban bemutatotthoz hasonló eredményre jutottunk (8. táblázat).

8. táblázat *Az orvosváltás gyakorisága a település jellege szerint, %*

	Nem váltott orvost	Orvost váltott	Összesen
község	92,2	7,8	100,0
város	79,7	20,3	100,0
megyeszékhely	81,7	18,3	100,0
Budapest	85,8	14,2	100,0

A községi lakosok után ismét a budapestiek jönnek a sorban az orvosváltás relatív gyakorisága alapján, viszont a városiak cseréltek háziorvost a legnagyobb arányban. A változók függetlenségére vonatkozó nullhipotézist ismét magas szignifikanciaszint mellett tudtuk elvetni. Lehetséges magyarázatként az a közgazdasági vélekedés jöhet szóba, hogy a magasabb információigényű szolgáltatások esetében a piacon jelenlévő szolgáltatók száma és a verseny intenzitása között nem feltétlenül pozitív a kapcsolat, szemben az átlagos paraméterű javak piacával. Eszerint, olyan körülmények között, amikor az információhoz való hozzájutás esetleges és a fogyasztók preferenciái heterogének, illetve idioszinkratikusnak tekinthetők, a piacon jelenlévő nagy számú szolgáltató nemcsak a választási lehetőségek kiszélesedését eredményezi, hanem növelheti az információs zajt is, ami viszont akadályát képezheti a jól informált döntéseknek. A nagy számú szolgáltatóval rendelkező piacokon ennek következtében paradox módon nőhet a keresés költsége és ennek megfelelően a kínálati oldalon lévők erőfölénye. A 8. táblázat alátámasztja e tézist: a községekben a választási lehetőségek szükségessége dominálni látszik a kisebb zajból fakadó előnyöket, míg a budapesti piacon

ennek ellenkezője lehet a helyzet és ezért a váltás információs költségei nagyobbak lehetnek, mint egy kisvárosban.<sup>2</sup>

Az orvosváltás esetében az iskolázottság szerepét is megvizsgáltuk arra a feltételezésre építve, hogy a magasabb iskolázottságúak potenciálisan jobban tudnak eligazodni a bevezetett új rendszerben, valamint nem valószínű, hogy fogyasztói elvárásaik is nagyobbak a lakosság többi részéhez képest. Amint ezt a 9. táblázat mutatja, ezt a hipotézist adataink alátámasztani látszanak.

9. táblázat *Orvosváltási gyakoriság iskolázottság szerint, %*

	kevesebb, mint érettségi	Iskolázottság	
		érettségi	diploma
Nem váltott orvost	86,6	81,3	80,1
Váltott orvost	13,4	18,7	19,9
Összesen	100,0	100,0	100,0

Azok körében, akik tudtak a választási lehetőségről, ahogy növekszik az iskolázottság szintje, úgy nő annak valószínűsége, hogy orvost váltottak a kártyarendszer bevezetésének időpontjában. A két csoportosítási tényező közötti kapcsolat szisztematikus voltát az elvégzett chi-négyzet teszt megerősítette.

Ugyanakkor az orvoshoz fordulási szokások, valamint az egészségi állapot szempontjából nem különböztek egymástól az orvost változtatók és azok, akik kitarítottak eredeti orvosuk mellett. Ami az egészségi állapotot illeti, nem kizárt, hogy két potenciálisan egymás ellen ható tényező kioltotta egymást. Egyrészt a beteg emberek számára a váltás költségei nagyobbak lehetnek, hiszen az az orvos, akivel kapcsolatban voltak, jobban ismerhette betegségük előtörténetét. Másfelől rosszabb egészségi állapot esetén növekedhet a váltás várható haszna is, különösen akkor, ha a beteg nem elégedett háziorvosa teljesítményével.

Arra vonatkozóan ugyan nem rendelkezünk információval, hogy a váltás előtt mennyire voltak az emberek elégedettek orvosukkal, de azt megvizsgáltuk, hogy az elégedettség jelenlegi szintje kapcsolatban lehet-e az orvosváltással. A váltáshoz kapcsolódó magasabb elégedettség utalhat arra, hogy az orvoscsere kifizetődő döntésnek bizonyult. Ugyanakkor az sem kizárt, hogy a korábbi orvosukat elhagyók magasabb követelményeket támasztanak, ami ellentétes irányú összefüggést sugall. A reprezentatív minta inkább az előbbi hipotézist támasztja alá, de statisztikailag nem volt elég erős a különbség az orvosra adott átlagosztályzatok között. Ezzel szemben a rendelői minta esetén azt találtuk, hogy az orvost váltó betegek elégedettebbek lettek. Tehát

<sup>2</sup> Részletesebben erről lásd Csaba Iván és Gál Róbert Iván (1997): A bőség zavara: tökéletlen in-formáció és verseny a háziorvosi szolgáltatások piacán. *Közgazdasági Szemle*, 44 (7–8), 673–686.

eredményeink arról árulkodnak, hogy a váltás hozzájárulhat a nagyobb elégedettséghez. Ennek az eredménynek az értékeléséhez azonban a kognitív disszonancia lehetőségét is figyelembe kell vennünk: nem ritka az az eset, hogy az emberek utólag igazolják akár tévesnek bizonyult döntéseiket is.

A kérdőív lehetőséget adott arra is, hogy megnézzük: a váltás után hová került a beteg? Ami az utazási távolságot illeti, az orvost cserélők átlagosan egy kilométerrel utaznak többet háziorvosukhoz (1,3 km helyett 2,4 km-t). Ez az eltérés szignifikánsan különbözönek is bizonyult. Azt is megnéztük, hogy az új háziorvos vajon milyen szervezeti formában működik. A mintában három lehetséges szervezeti formát különböztettünk meg: először, ha a háziorvos önkormányzati alkalmazott, másodsor, ha az önkormányzattal szerződéses viszonyban lévő vállalkozó, és végül harmadsor, ha szerződés nélküli vállalkozó. A megérdeztettek 60 százaléka ismerte orvos a státusát. Figyelembe véve a finanszírozási szabályokat, elmondható, hogy a piaci függőség és a kockázat potenciálisan az önkormányzati szerződés nélkül vállalkozó háziorvosok esetében a legnagyobb.

10. táblázat *Orvosváltás a háziorvos szervezeti formája szerint, %*

	Önkormányzati alkalmazott	Szerződéses vállalkozó	Szerződés nélküli vállalkozó
Nem váltott orvost	87,7	81,5	78,4
Orvost váltott	12,3	18,5	21,6
Összesen	100,0	100,0	100,0

A 10. táblázat azt mutatja, hogy azoknak az orvosoknak nagyobb az elszívó ereje, akik jobban ki vannak téve a piaci versenynek. Az elpártolt betegek nagyobb arányban vannak jelen vállalkozó orvosok patientúrájában. Ez az összefüggés a chi-négyzet próba alapján szignifikánsnak bizonyult. A piaci ösztönzők tehát növelték az új betegek megszerzésében való érdekeltséget, és az elpártolt betegek megszerzésében eredményesebbnek bizonyultak azok a szolgáltatók, akik nagyobb piaci kockázatot vállaltak.

A kártyaleadási döntés irányultsága mellett azok a szempontok és információk sem közömbösek, amelyek e döntésekben közrejátszottak. A megkérdezettek megnevezhették azt a három legfontosabb szempontot, amit figyelembe vettek az orvosuk kiválasztásakor. A válaszok a 11. táblázatban feltüntetett megoszlást adták.

11. táblázat *A házi orvos kiválasztásában szerepet játszó tényezők, %*

1. a rendelő felszereltsége	9,0
2. az orvos egyénisége	55,3
3. az, hogy az orvos hogyan bánik a beteggel	53,0
4. az orvos szakértelme	63,4
5. a rendelő elérhetősége	34,5
6. az orvos köteles legyen elvállalni a beteget	3,9
7. az orvossal kapcsolatos tapasztalatok	49,7

Megjegyzés: A cellaértékek az említések gyakoriságát adják meg százalékosan.

A táblázatban felsorolt tényezőket megkülönböztethetjük aszerint, hogy azok objektív jellemzőkre (1., 5., és 6. szempont) vagy pedig szubjektív ítéletekre utalnak-e (2., 3., 4., és 7. szempont). Ez alapján azt mondhatjuk, hogy a betegek számára a személyes benyomás, az orvos viselkedése nagyobb súllyal esik latba. Következésképpen, amennyiben a szabad orvosválasztás befolyásolja a házi orvosok magatartását, úgy az elsősorban a viselkedésmód és az orvos-beteg kommunikáció terén várható.

Hogy a döntéskor figyelembe vett szempontok mennyire alapulnak összehasonlításon, annak segítségével becsülhető meg, hogy a betegek törekedtek-e az informálódásra, mielőtt döntésüket meghozták. A reprezentatív minta csekély keresési erőfeszítésre utal: a megkérdezetteknek mindössze 8,3 százaléka kért tanácsot valakitől. A felhasználás intenzitása növelheti az informálódási aktivitást. Erre utal az, hogy a rendelői mintában több mint kétszer annyian kértek tanácsot a választáshoz (18,3 százaléka). A várakozásokkal összhangban van az, hogy váltás esetén nő az információs igény, illetve az összehasonlításra alapot adó információ meglétekor nő a váltás valószínűsége. Míg azoknak, akik kitartottak a régi körzeti orvosuk mellett, csak 5 százaléka kért valakitől információt, az orvosukat lecserélők mintegy egynegyede vette figyelembe más véleményét is. (A gyakoriságok különbségének szisztematikus voltát a chi-négyzet teszt is megerősítette, nagy szignifikanciaszint mellett.) Ami az információs forrásokat illeti, várakozásainkkal összhangban a válaszadók több mint 90 százaléka barátokat és rokonokat nevezett meg fő információs forrásnak. Emellett más orvosok vagy hivatalos intézmények szerepe mindenképpen másodlagosnak tekinthető.

### *Belépés a magasabb ellátási szintekre*

A házi orvos mint belépési pont kiemelkedő szerepe és a házi orvosok között felkeltett verseny még nem teszi önmagában hatékonyvá a házi orvos kapuőr-szerepét. A „harmadik fél fizet” probléma, vagyis a beteg és orvosa részéről tapasztalható költségérzékletlenség miatt a beteg útjának ellenőrzése és intézményes szabályozása a társadalombiztosítás elemi érdeke. Az egyes országok gyakorlata a beutalások, illetve a

betegutak korlátozása szempontjából eltérő. Vannak rendszerek, ahol nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a fogyasztói oldalról indukált versenynek, de vannak olyan rendszerek is, amelyek szűkre szabják a betegek mozgási lehetőségét az ellátó rendszeren belül. Az egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlítására irányuló statisztikai-ökonometriai elemzések is azt sugallják, hogy az egy főre jutó nemzeti össztermék egészségügyre fordított hányadának meghatározásában az intézményi szerkezet és azon belül a házi orvosok kapuőr-szerepe is fontos magyarázó változó. E tekintetben tehát több kérdés is megválaszolásra vár.

Először is kérdés, hogy mennyire megbízható a beutalási rendszer abban az értelemben, hogy milyen mértékben szabja meg ténylegesen a betegek mozgását az ellátási szintek között, azaz milyen mértékben fedi a valóságos gyakorlatot. A szigorúan adminisztratív rendszer ugyanis a szabályok kijátszására ösztönöz és esetenként korrupciót szül. A szabályozás nem szünteti meg a szűkös erőforrások elosztásának problémáját. Ha nem a fizetőképesség, akkor más szempontok döntenek el, hogy a beteg hozzájuthat-e a szűkösen rendelkezésre álló vizsgálatokhoz és kezelési eljárásokhoz, így például hálapénz fizetése, a társadalmi státus, vagy az, hogy a betegnek van-e az egészségügyben dolgozó rokona, ismerőse.

A beutalási rendszer tényleges befolyására vonatkozóan több forrásból is nyertünk adatokat. Az első ezek közül az országos reprezentatív lakossági minta. A megkérdezettek fele (741 fő az 1494 érvényes választ adó közül) igennel felelt arra a kérdésre, hogy szokott-e szakorvosi ellátást igénybe venni. Mivel egy válaszoló többféle szakrendelést is megnevezhetett, a szóban forgó 741 fő összesen 1270-féle különböző szakorvosi rendelést nevezett meg, mint olyat, amelyet igénybe szokott venni. Ezek szakterületenkénti megoszlását a 12. táblázatban közöljük. A táblázatban egyben bemutatjuk a szakorvoshoz jutás három lehetséges módja – házi orvosi beutalóval, beutaló nélkül, illetve magánorvos felkeresése fizetés ellenében – szerinti bontást is.

12. táblázat *A szakorvoshoz jutás módjai szakterületenként a lakossági minta alapján*

	Házi orvosi beutalóval %	Szakorvosi rendelőbe, beutaló nélkül %	Magánorvoshoz, akinek ezért fizet %	Érvényes esetszám % (N)
belgyógyászat	78,7	18,3	3,0	100,0 (164)
bőrgyógyászat	35,1	57,0	7,9	100,0 (114)
ideggyógyászat	67,8	27,1	5,1	100,0 (59)
nőgyógyászat	10,5	60,5	28,9	100,0 (266)
pszichiátria	55,6	44,4	0,0	100,0 (9)
reumatológia	74,1	22,2	3,7	100,0 (135)
sebészet	53,5	44,7	1,8	100,0 (114)
szemészet	36,1	56,5	7,4	100,0 (216)
egyéb	49,7	41,5	8,8	100,0 (193)
összesen	45,4	44,0	10,6	100,0 (1270)

Az adatok tanúsága szerint csaknem annyian keresik fel a szakrendelést beutaló nélkül, mint a házi orvos beutalójával. Ha ebbe még belevesszük a magánrendelések látogatását is, akkor arra a következtetésre jutunk, hogy a házi orvos betegmozgató szerepe alatta marad a beteg saját elhatározásából adódó mozgásoknak. A magasabb ellátási szinten a beteg önállóan, a házi orvosénál rosszabb információs pozícióból több döntést hoz, mint a házi orvos. Az is látható azonban, hogy az egyes szakterületek között jelentős a szóródás. A beutalási kötelezettséggel szigorított belgyógyászat esetében alig több, mint 20 százalékos a saját döntésükre hagyatkozók aránya. Ezzel szemben a bőrgyógyászaton 65, a nőgyógyászaton pedig csaknem 90 százalék jelenik meg mindenféle orvosi irányítás nélkül. A szemésszel együtt e két terület az, ahol a beteg döntésének súlya a legnagyobb a szakellátás választásában.

A fekvőbeteg-ellátásban a megfelelő arányok némiképp különbözőek. Részben azért, mert szakrendelésről sokkal gyakrabban küldenek kórházba, mint másik szakrendelésre, részben pedig azért, mert a sürgősségi ellátás zöme is kórházakra esik. Így kórházba az érvényes választ adók 48 százaléka került házi orvosi beutalóval és másik 11 százaléka szakorvosi beutalóval. 12 százalékra tehető azok aránya, akik saját szakállukra feküdtek be (vagy beutalás nélkül, vagy úgy, hogy előbb megtanácskozták a kórházi orvossal és beutalóért elmentek a házi orvosukhoz). A megkérdezettek körülbelül 29 százalékát pedig sürgősségi ellátás keretében vitték kórházba.

Másik forrásunk a szakorvosoktól felvett adathalmaz. A felvétel korlátai miatt a szakorvosi minta nem reprezentatív az egyes szakterületekre, a belgyógyászat és a bőrgyógyászat azonban összehasonlíthatóvá teszi az eredményt – melyet a 13. táblázatban tüntettünk fel – a fentivel.

13. táblázat *A szakorvost beutaló nélkül felkereső betegek aránya az intézmény típusa, illetve szakterület szerint, %*

	Átlag	Szórás	Érvényes esetszám
kórház	22,4	20,6	167
szakrendelő	41,4	31,7	89
belgyógyászat	16,8	15,5	154
bőrgyógyászat	56,1	32,6	40
fül-orr-gégészlet	41,9	25,4	62

A táblázatban nem szerepeltettünk „összesen” adatot, mivel értelmezése ebben az esetben nehézségekbe ütközne. A minta ugyanis, mint említettük, nem reprezentatív, a beutalási kötelezettség pedig nem egyformán érvényes az egyes szakterületekre, illetve az egyes intézménytípusok által nyújtott szolgáltatásokra. Így például nem jelent meglepetést, hogy a járóbeteg-rendeléseket csaknem kétszer olyan gyakorisággal keresik a betegek mindenféle beutaló nélkül (41%), mint a kórházakat (22%). Hasonlóképp,

cseppet sem váratlan eredmény, hogy a beutalási kötelezettséggel szigorított belgyógyászatot kevesebben látogatják beutaló nélkül (17%), mint a liberálisan kezelt bőrgyógyászatot (56%), vagy fül-orr-gégészetet (42%). Látható viszont, hogy a szakorvosi, illetve a lakossági minta által produkált adatok egybecsengenek.

Az eltérések az egyes szakterületek között ránézésre is jelentősek. Ezt támasztja alá a szigorúbb statisztikai elemzés is. A kórházak és szakrendelések közötti összehasonlításban elvégzett szórásnégyzet-elemzés eredménye szignifikáns. Hasonlóképp a szakterület szerinti osztályozás is szignifikánsan befolyásolja a beutaló nélküli páciensek arányát. Külön elvégeztük az elemzést csak a bőrgyógyászat és a fül-orr-gégészet közötti különbségre. Az eredmény ezúttal is szignifikáns különbséget mutat.

Következtetésünk az alábbi. A mégoly szigorú beutalási rend is csak bizonyos ráhagyással működik a jelenlegi körülmények között. Még a kifejezetten orvosi beutalóhoz kötött belgyógyászati szakrendeléseket is átlagosan minden ötödik-hatodik beteg beutaló nélkül keresi fel. Ugyanakkor azonban érzékelhetően van szerepe a beutalási rendnek. A kötelező beutalási rend alá sorolt belgyógyászatot szignifikánsan kisebb arányban látogatják beutaló nélkül, mint a beutaláshoz nem kötött szakterületeket.

További két rövid elemzésünk is a házi orvos betegmozgató szerepének relatív súlyára vonatkozik. Először is megkérdeztük a szakellátásban dolgozó orvosokat, hogy a hozzájuk kerülő betegek hány százalékát küldte a házi orvos. Eredményeinket – a fentíhez hasonló bontásban – a 14. táblázatban foglaltuk össze.

14. táblázat *A szakorvost háziorvosi beutalóval felkereső betegek aránya az intézmény típusa, illetve szakterület szerint, %*

	Átlag	Szórás	Érvényes esetszám
kórház	52,3	25,1	169
szakrendelő	50,0	30,0	90
belgyógyászat	64,2	21,2	156
bőrgyógyászat	20,9	17,7	40
fül-orr-gégészet	39,5	22,6	63

Mint a táblázatban látható, az ellátó intézmény típusa alapján nem tehető különbség a házi orvos által beutaltak arányai között. Mind a fekvőbetegek, mind a járóbetegek felét küldi a házi orvos. A reprezentativitási probléma miatt azonban a 12. táblázat 45 százalékos adata többet mond. Az intézménytípusok között nemcsak ránézésre, hanem a szórásnégyzet-elemzés alapján sem találtunk szignifikáns különbséget. Az egyes szakterületek között viszont a 13. táblázatban tapasztalt összefüggésnek épp a tükörcépét kapjuk. A belgyógyászati szakrendelés pácienseinek körülbelül kétharmada jön háziorvosi beutalóval, a bőrgyógyászaténak viszont csak egyötöde, és a fül-orr-gégészetének is kevesebb, mint a fele. Az osztályozás szignifikáns különbségeket mutat.



A háziorvos kapuőr-szerepének vizsgálatára még egy kérdést tettünk fel. Válaszadóinkat megkértük, állítsák gyakorisági sorba azokat a lehetőségeket, amelyek alapján a betegek hozzájuk kerülnek. A szóban forgó lehetőségek a következők voltak: a háziorvos beutalója, szakorvosi beutaló, a beteghez fűződő személyes kapcsolat, a beteg saját kezdeményezése, illetve sürgősségi ellátás. A kapott eredmények a 15. táblázatban találhatóak.

15. táblázat *A szakorvoshoz kerülés módzatainak gyakorisági sorrendje*

	Átlag	Szórás	Érvényes esetszám
háziorvosi beutaló	1,65	1,01	266
szakorvosi beutaló	2,86	1,19	265
a beteghez fűződő személyes kapcsolat	3,87	1,06	259
a beteg saját kezdeményezése	3,36	1,39	257
sürgősségi ellátás	3,21	1,32	264

Megjegyzés: Gyakorisági sorrend: 1: leggyakoribb, 5: legritkább.

A legalacsonyabb átlagos pontszámot, azaz a leggyakoribb besorolást a háziorvosi beutalás kapta, a megkérdezettek 61 százaléka sorolta első, további 25 százaléka második helyre. A szakorvosi beutaló bizonyult a második legfontosabb kiindulópontnak. A legritkábban ezzel szemben a személyes kapcsolat vitte a betegeket a szakorvoshoz. Az egyes értékek sorrendje egyértelmű. Ennek bizonyítására a szemmérték mellett ismét statisztikai tesztre támaszkodtunk, az ún. t-tesztre. A t-teszttel meg lehet állapítani, hogy két változó átlaga jelentősen (szignifikánsan) különbözik-e egymástól, vagy a különbség olyan kicsi, hogy az belül van a hibahatáron. Ha a két változó átlaga egybeesik, vagyis a szakorvoshoz kerülés két lehetséges oka között nincs fontossági sorrendbeli különbség, akkor a t-érték nulla. A részletes eredmények ismertetése nélkül közöljük, hogy a páronként elvégzett t-teszt szerint a lehetséges okok között megállapított sorrend egyértelműnek bizonyult, mindössze a beteg saját elhatározása és a sürgősségi ellátás között nem találtunk fontossági sorrendbeli különbséget.

Az ellátási körzetek kialakítása ugyancsak a betegek mozgásának szabályozását és ezáltal a költségek ésszerűsítését célozza. Tapasztalataink szerint ez a módszer hatékonyan működik. Az ellátási körzetekre vonatkozó kérdéseinkre érvényes választ adók átlagosan mindössze 6%-ra taksálják a körzeten kívülről érkezettek arányát, a medián pedig még ennél is alacsonyabb, 3%. Hozzá kell azonban tenni, hogy a válaszok jelentős szóródást mutatnak, a relatív szórás (vagyis az átlaghoz viszonyított szórás) nagyobb 1,5-nél. Volt olyan válaszadó, aki a kérdéses arányt nem kevesebb, mint 50%-ra becsülte.

A körzetesítést az is indokolja, hogy a körzeten kívüliek nemcsak több időt és pénzt költenek, hanem a háziorvos betegmozgató szerepét is sokkal kisebb mértékben veszik igénybe, potenciálisan tehát feleslegesen drágábbá teszik a rendszer működését. A 16.

táblázatban egymás alá tettük az összes beteg és a körzeten kívüli betegek megoszlását aszerint, hogy a szakorvosok a megjelenés indokának milyen relatív fontosságot tulajdonítottak.

A két csoport eloszlásának különbségeiből az alábbi következtetések adódnak. Először is, a körzeten kívülről érkezettek orvoshoz jutási útjai nem annyira egyöntetűek. Az egyes eloszlások általában kiegyensúlyozottabbak, azaz az átlag körüli szórások nagyobbak. A legfontosabb változás, hogy a háziorvosi beutaló körzeten kívüliek körében jelentősen leértékelődik. Jóval nagyobb azonban a beteg saját kezdeményezésének szerepe (27% sorolta első és 26% második helyre). Hasonlóképp gyakoribbá válik a személyes kapcsolat alapján történő megjelenés (3 helyett a megkérdezettek 14%-ánál van első és 8 helyett 20%-nál második helyen). Még a sürgősségi ellátásra bevitt betegeket is több válaszoló említi az első helyen, mint a szakorvosi beutalót.

16. táblázat *A szakorvoshoz kerülés különböző módozatainak megoszlása az összes betegre és a körzeten kívüliekre, %*

	1	2	3	4	5	
háziorvosi beutaló						
összes beteg	61	25	6	5	3	100,0
körzeten kívüli	26	19	20	15	20	100,0
szakorvosi beutaló						
összes beteg	15	26	33	15	12	100,0
körzeten kívüli	20	16	21	24	19	100,0
beteghez fűződő személyes kapcsolat						
összes beteg	3	8	21	35	33	100,0
körzeten kívüli	14	20	28	24	15	100,0
a beteg saját kezdeményezése						
összes beteg	15	13	18	28	26	100,0
körzeten kívüli	27	26	18	15	15	100,0
sürgősségi ellátás						
összes beteg	9	28	23	16	25	100,0
körzeten kívüli	28	22	13	14	23	100,0

Megjegyzés: Gyakorisági sorrend: 1: leggyakoribb, 5: legritkább.

Mielőtt továbblépnénk a kapuőr-szerep hatékonyságának vizsgálatára, bemutatjuk eredményeinket arra vonatkozóan, hogy mi dönti el, ki az, aki egyes szakterületeken (kiemelten a belgyógyászatot, a bőrgyógyászatot és a nőgyógyászatot vizsgáltuk) inkább háziorvosi beutalóval érkezik, mint beutaló nélkül, vagy ki az, aki magánorvoshoz fordul, és fizet ezért. Azt tapasztaltuk, hogy sem a beteg egészségtudatossága, sem jövedelme, sem iskolázottsága nem magyarázta meg, milyen úton-módon kerül a beteg a szakorvoshoz. Az egyetlen szempont, ami számított a belgyógyászat területén, a háziorvossal való elégedettség mértéke: a háziorvosukkal elégedetlenebb betegek nagyobb valószínűséggel érkeznek beutaló nélkül, mint az elégedettebbek. Ez a

konklúzió kettős következménnyel jár. Először is, a beutaló nélküli szabad mozgás növeli a páciensek meglegedettségét, pontosabban fogalmazva, csökkenti frusztrációjukat. Másrészt, mivel a házi orvos-választásra vonatkozó tapasztalatok azt mutatják, hogy a beteg elsősorban külsődleges jegyek, így a bánásmód, az orvos egyénisége és hasonlók alapján választ, az esetlegesen versenyhelyzetbe kerülő házi orvosok a kiszolgálás minőségének javítása révén csökkenthetik a betegek saját elhatározásából történő mozgását az ellátási szintek között.

### *A kapuőr-szerep hatékonysága*

Az ellátási körzetek vagy a beutalások rendszerének szigorúsága – bár célja a költségek csökkentése – önmagában nem garantálja az alacsony költségeket. Magyarországon a rendszerváltás előtti időszakban a betegutak hivatalosan erősen szabályozottak voltak mind a már említett beutalási rendszeren, mind az ún. progresszív ellátási struktúrán keresztül. A beutalási rend azonban nem egészült ki az alapellátás hatásos betegmegtartó képességével. Az erőforrások elosztása is a magasabb specializáltságú, tehát drágább szintekre lökte a betegeket. A pénzügyi ösztönzők is a betegek gyakori mozgását, továbbküldését jutalmazták. Jelenleg is létezik hivatalos beutalási rend, igaz már jóval több szabadságot biztosít, mint a korábbi. A teljesítmény-finanszírozásra való áttérés ugyanakkor az ellátó intézmények betegmegtartó érdekeltségét növelte, tehát a továbbküldés ellenében hat. Igaz ez annak ellenére, hogy a pénzügyi érdekeltség a beteg megtartására épp a fejpénz-bevételből élő házi orvosok körében nem elég erős. Itt tehát azzal a kérdéssel állunk szemben, hogy az intézményi rendszer miként hat az első- és a második fajú hiba elkövetésének valószínűségére. Azaz, hány olyan beteg van, akit a házi orvos továbbküld, noha maga is el tudná látni, és hány olyan, akit nem küld tovább, holott szakorvosra lenne szükség. Természetesen nincs olyan egészségügyi rendszer, mely kiküszöbölhetné az efféle hibákat, az azonban valószínű, hogy az ösztönző rendszer befolyásolhatja a hibák elkövetésének gyakoriságát. Azt is hozzá kell tenni, hogy kérdésünk nem csupán a feleslegesen továbbküldött betegek arányára vonatkozott, hanem azokra is, akik rögtön a szakorvosi rendelést keresték fel.

A szakorvosok megítélése szerint a betegek átlagosan 27%-a feleslegesen kerül a járó- vagy fekvőbeteg-ellátásba, a házi orvos is elvégezhetné a szükséges vizsgálatokat vagy kezelést. Ezzel nagyjából megegyezik a viszonylag későn érkező betegek aránya (24 százalék). A szimmetria arra utal, hogy az első-, illetve másodfajú hiba elkövetésének nagyjából azonos a valószínűsége, az intézményrendszer tehát nem torzít egyik irányban sem.

Megkérdeztük azt is, mi lehet a felesleges megjelenés elsődleges oka. Négy lehetséges indokot soroltunk fel: a beteg egyből a szakorvoshoz fordul, a diagnózishoz vagy a terápiához szükséges feltételek hiányoznak a házi orvosi rendelőben, a házi orvos számára túl nagy költségráfordítást jelentene a beteg kezelése, végül pedig a házi orvos felkészületlen.

A szakorvosok a felesleges továbbküldésért elsősorban nem a házi orvosokat hibáztatják. A kapott eredményeket a 17. táblázatban foglaltuk össze.

A megkérdezettek a legfontosabb oknak a házi orvosi rendelőben hiányzó feltételeket tartják. Összesen 71 százalék legalább közepesen gyakori vagy annál még gyakoribb jelenségnek tartja az efféle hiányosságokat. Szintén fontos hibaforrás a szakorvosok szerint maga a beteg, azzal hogy rögtön – és a szakember szerint indokolatlanul – a magasabb szintű ellátórendszerhez folyamodik. A beteggel azonos mértékben felelős azonban – a szakorvosok véleménye szerint – a házi orvos is, aki felkészületlensége miatt nem ismeri fel a betegséget vagy nem tudja azt kezelni. A táblázatban szereplő átlagok ebben az egyetlen esetben nem különböznek egymástól szignifikánsan, tehát a rendelkezésünkre álló adatok alapján azt kell mondanunk, hogy beteg és házi orvos egyaránt hibáztatható. A negyedik okot, a magas kezelési költségeket azonban a szakorvosok nem tartják olyan fontosnak, hogy az a továbbküldést indokolná. A válaszolók 41 százaléka szerint ez soha nem játszik szerepet a továbbküldésben.

17. táblázat *A felesleges szakorvosi vizsgálatok okai*

	Átlag	Szórás	Érvényes esetszám
a beteg egyből házi orvoshoz fordul	3,03	1,14	253
a feltételek hiányoznak a házi orvosi rendelőben	3,40	1,23	248
a kezelés túl költséges lenne a házi orvosnak	1,99	1,17	238
a házi orvos felkészületlen	2,93	1,22	250

Megjegyzés: Gyakorisági sorrend: 1: legkevésbé gyakori, 5: leggyakoribb.

Nem csak a felesleges, hanem az indokolatlanul halogatott szakorvosi vizsgálat okait is fel kívántuk táni. A fentihez hasonló módszerrel fontossági sorba rendeztük az egyes okokat. Ezek a következők lehetnek: a házi orvos nem ismeri fel a betegséget, a házi orvos maga próbálja kezelni a betegséget és a szükségesnél később küldi a beteget szakrendelésre, a szakrendelés távol esik a beteg lakóhelyétől, illetve a beteg későn fordul orvoshoz. A kapott válaszokat a 18. táblázatban mutatjuk be.

18. táblázat *A késői megjelenés okai*

	Átlag	Szórás	Érvényes esetszám
a házi orvos nem ismeri fel a betegséget	2,67	1,11	259
a házi orvos a beteget kezelni próbálja	3,09	1,15	259
a szakrendelés távol esik a lakóhelytől	2,08	1,13	257
a beteg késve fordult orvoshoz	3,61	1,12	259

Megjegyzés: Gyakorisági sorrend: 1: legkevésbé gyakori, 5: leggyakoribb.

A késői megjelenés, a szakorvosok szerint, elsősorban a beteg hibája. Az érvényes választ adók fele szerint az ilyesmi gyakran vagy nagyon gyakran oka a késői megjelenésnek. Emellett azonban a másik fő hibaforrás a házi orvos. Mindkét lehetőség – a házi orvos nem ismeri fel a betegséget, illetve sikertelenül próbálja meg kezelni – közepes gyakorisággal fordul elő, de sorrendjük egyértelmű. Az egészségügyi hálózat területi tökéletlenségei azonban nem játszanak szerepet a késői megjelenésben. Mindössze 12 százalék mondta, hogy ez gyakori vagy nagyon gyakori ok lenne.

### *Összefoglalás*

Főbb megállapításainkat az alábbi pontokban foglalhatjuk össze:

- Egészségi panasz esetén a betegek túlnyomó többsége az egészségügyi rendszerrel lép kapcsolatba.
- Ugyanakkor a kapcsolatbalépés időpontja és gyakorisága szempontjából a betegek magatartása különbözik. A többség inkább csak súlyosabb panaszok esetén fordul orvoshoz.
- Az orvoshoz fordulás időpontját az egészségi állapoton kívül befolyásolja a betegek költségérzékenysége, valamint az orvosokba vetett bizalma. A költségérzékenység fontosabb szempontnak tűnik, mint a bizalmatlanság.
- A betegek zöme panaszával először házi orvosához fordul. Az iskolai végzettséggel együtt nő annak valószínűsége, hogy a rendszerbe való belépés pontja nem a közfinanszírozású alapellátás.
- Több beteg jelenik meg szakorvosnál saját döntése alapján, mint házi orvosi beutalóval.
- Mindazonáltal nem mondható, hogy a beutalási rend teljesen felbomlott volna. A beutalási kötelezettséggel szigorított belgyógyászati szakrendelést szignifikánsan több beteg keresi fel valóban beutalóval, mint a hasonló kötelezettségek alól felszabadított bőrgyógyászatot vagy fül-orr-gégészetet.
- A házi orvos annál sikerebben tölti be kapuőr-szerepét, minél elégedettebbek vele a betegek.

- Az ellátási körzetek hatékonyan korlátozzák a betegmozgást, a szakrendeléseken megjelent betegek mindössze néhány százaléka érkezik körzeten kívülről. Ha a szóban forgó körzetesítés csak írott malaszt maradna, az jócskán megemelné az ellátás költségeit, márcsak azért is, mert a körzeten kívülről érkezettek szignifikánsan kisebb része jelenik meg orvosi javaslatra.

- A jelenlegi ösztönzőrendszer nem torzít sem az első-, sem a második fajú hiba irányába. Nem tapasztaltunk ugyanis lényeges eltérést azok arányában, akik – a szakorvos megítélése szerint – indokolatlanul jelennek meg a szakorvosnál, azok arányától, akik túl későn jelennek meg.

- A felesleges megjelenésért a szakorvosok elsősorban a házi orvosi rendelők felszereltségének hiányosságait és a betegeket okolják, a késői megjelenésért pedig ismét a betegeket, valamint a házi orvosok felkészületlenségét.