

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

50. ÉVFOLYAM II. SZÁM, 2012. MÁJUS

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉS I. RÉSZ



WEBORVOS

Egy évtizede az egészségpolitikában, a virtuális orvos–beteg-találkozások előterében

A szakmában: Az egészségügy és annak problémái a legnépszerűbb társalgási téma.

A társadalomban: Az egészség és annak hiánya, testi-lelki állapotunk minősége a legnépszerűbb társalgási téma.

- Naponta több tucat egészségügyi hír
- Lapszemle minden reggel
- Az egészségpolitika fősodrában
- Havonta 300 000 látogatás, 700 000 oldalletöltés
- 17 ezer napi hírlevél megrendelő
- Naponta több mint 10 ezer látogatás, közel 30 ezer kattintás
- Tíz év – közel 200 ezer hír
- Közel 80 ezer kérdés-válasz az Orvos válaszol rovatban
- Online szaklapok: Egészségügyi Gazdasági Szemle, Kórház, Orvosok Lapja, HumanTrade Magazin
- Weborvospro, a kórházportál

A **Weborvos Online Egészségügyi Magazin** jelenleg olyan egészségügyi szakmai portál, amely az egészségügyi döntéshozók számára meghatározó információs forrás, az orvos-szakemberek 2-3. legkedveltebb szakmai oldala, és az egészségtudatos állampolgárok (betegek) számára is széles körű tájékoztatást nyújt.

Tartalom

KÖSZÖNTŐ

Tisztelt Olvasó! (Szigeti Szabolcs)..... 2

ADATOK, TÉNYEK

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyve
– Az egészségügyi rendszer teljesítménymérését megalapozó indikátorok
egyik lehetséges adatforrása (Bende Hedvig, Tajti Zoltán) 4

KONCEPCIONÁLIS KERETRENDSZER

Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései
(Gaál Péter, Szigeti Szabolcs, Evetovits Tamás, Lindeisz Ferenc) 7

A jó kormányzás és a teljesítményértékelési
rendszer kapcsolata (Szigeti Szabolcs)..... 16

MÓDSZERTAN

Fókuszban a hazai kórházszektor (Dózsa Csaba, Ecseki Adrienn)..... 25

A hazai egészségmonitorozás lehetséges szerepe az egészségügyi rendszer
teljesítményének mérésében és alkalmazásának aktuális problémái
(Vitrai József, Vokó Zoltán) 33

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: az Emberi Erőforrások Minisztériuma
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u 8. • telefon: (1) 788-9212
fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.
Telefon: (1) 795-1009
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: dr. Ari Lajos, Bodrogi József,
dr. Gaál Péter, dr. Rác Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.
Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle
utcai terjesztésre nem kerül.
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276
Éves előfizetési díj: 6615 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélyre van szükség.
A hirdetések tartalmaért a hirdető vállalkozás felelőséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Tisztelt Olvasó!

■ Szigeti Szabolcs

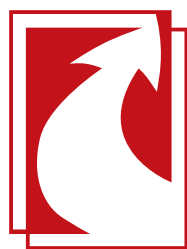
A magyar kormányzat 2008 júniusában írta alá az egészségügyi rendszerek megerősítését célzó kartát a WHO Európai Régiójának Miniszteri Konferenciáján, Tallinnban. A Tallinni Karta mindenekelőtt – és többek között – azt célozta, hogy az aláíró kormányok elkötelezzék magukat az egészségügyi rendszereik teljesítményének transzparens és elszámoltathatóságot elősegítő mérésére. A Kartában foglaltak megvalósítása céljából az Emberi Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága (korábban Egészségügyi Minisztérium, illetve Nemzeti Erőforrás Minisztérium) (NEFMI) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája 2008 óta több egymást követő kétoldalú kétéves megállapodás keretében olyan rendszerszintű teljesítményértékelést támogató monitoring- és értékelési rendszer fejlesztésén dolgozik, amely jól illeszkedik a magyarországi egészségpolitikai környezethez, és egyúttal figyelembe veszi a hasznos nemzetközi tapasztalatokat is.

Az egészségügy teljesítményének megalapozott elemzése rendszerszinten nem csak az egészségpolitikai problémák és okaik pontos azonosításában jelentene fontos előrelépést, hanem az egészségügyi rendszer megalapozott forrásigényének hiteles bizonyítékokkal történő alátámasztását is szolgálja. Az elmúlt években sokszor előfordult, hogy meghatározó jelentőségű közpolitikai dokumentumokban vagy megnyilatkozásokban a magyar egészségügyi rendszer teljesítményét módszertanilag meglehetősen elnagyolt, és kellőképpen nem alátámasztott bizonyítékokra alapozva minősítették, mint például visszatérően a hatékonyság kérdésében. Ez súlyos következményekkel járt az ágazat jogos forrásigényének elismerése szempontjából.

A következő két számban részben azokat a tanulmányokat mutatjuk be, amelyeket a NEFMI és a WHO együttműködésében szerepet vállaló kutatók és szakértők készítettek az elmúlt években. Továbbá olyan szerzőket is felkértünk gondolataik közlésére, akik a témában valamely fontosabb területen már jelentősebb kutatómunkát végeztek, vagy a monitoring rendszer fejlesztéséhez meghatározó munkát végeztek a korábbiakban. Míg az első szám koncepcionális és módszertani kérdésekkel foglalkozik, addig a következő szám konkrét rendszerszintű elemzéseket mutat be néhány kiemelt értékelési szempont szerint – a hatékonyságtól a minőségen keresztül a költségtelher elleni védelem kérdésköréig. A záró tanulmány pedig bemutatja azokat a részletes szabályozási javaslatokat is, amely az értékelési rendszer intézményesítéséhez születtek.

Végül, szeretném megköszönni dr. Orosz Éva nélkülözhetetlen szakmai támogatását a lapszámok elkészítéséhez, továbbá külön elismerésemet kifejezni dr. Szépvölgyi Editnek, az OEP korábbi statisztikai osztályvezetőjének, aki jelentős munkát végzett az OEP statisztikai adatszolgáltatásának fejlesztésében 2008-ig, illetve dr. Nagy Júliának, aki jelentősen hozzájárult visszajelzéseivel néhány tanulmány elkészítéséhez. Külön köszönetet szeretnék mondani Kleska Ritának – a WHO Magyarországi Iroda munkatársának – néhány tanulmány szövegének gondos átolvasásért.

Egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

**A Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Menedzserképző Központ**

**2012. szeptemberi kezdéssel indítja az
EGÉSZSÉGÜGYI MENEDZSER
posztgraduális program
20. évfolyamának oktatását.**

A képzés 4 szemeszter időtartamú.

Felvételi feltételek:

Főiskolai vagy egyetemi végzettség,
az egészségügyben szerzett szakmai tapasztalat.

Jelentkezési határidő: 2012. június 18.

Tandíj: A 2012/2013-es tanévre a tandíj
szemeszterenként 340.000 Ft.

Részletes tájékoztatás kérhető Kóródi Ritától
Tel: 488-7605 E-mail: korodi@emk.sote.hu

További információ és jelentkezési lap:
www.emk.sote.hu

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyve

Az egészségügyi rendszer teljesítménymérését megalapozó indikátorok egyik lehetséges adatforrása

A cikk íróinak célja, hogy bemutassák, miként jelennek meg az egészségügyi indikátorok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár statisztikai évkönyveiben 1994–2010 között. Bemutatják továbbá azt is, hogy miképpen fejlődött az évkönyv szerkezete és tartalma az elmúlt évek során. Az évkönyv indikátorai jelenleg ingyenesen hozzáférhetőek az OEP lakossági honlapján keresztül.

■ Bende Hedvig, Tajti Zoltán

1993-ban alakult meg az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat, s ezzel megszűnt az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság. A korábbi egységes szervezet kettévált, létrejött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF), s ezzel egyidejűleg megtörtént a területi szervek szétválása is. Az OEP egyik fő feladata lett az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) kezelése. Az OEP az E. Alap terhére finanszírozza a biztosítottak által igénybe vehető természetbeni és pénzbeli ellátásokat, az ellátásokhoz kapcsolódóan adminisztratív céllal adatokat gyűjt az E. Alap által finanszírozott ellátásokról, szolgáltatásokról. Ezek az adatok felhasználhatóak az egészségügy teljesítményét mérő indikátorok képzésére. Az adminisztratív célú adatgyűjtésekből nyert indikátorok képzése mellett szól, hogy előállításuk olcsó, rendszeresen és teljes körűen gyűjtött, elemi szintű adatokon alapul, továbbá a minőségmérési cél sem befolyásolja az adatok tartalmát. Ugyanakkor az adminisztratív adatokkal kapcsolatban az a tévhit él a köztudatban, hogy ezek az adatok torzítanak. Kétségtelen, hogy adatmanipulációk (pl. diagnózishamisítások) előfordulhatnak, de egyes szerzők szerint ezek mértéke és hatása sokkal kisebb, mint ahogy az a köztudatban elterjedt (1, 2).

Az OEP rendkívül nagy adatmennyiséget kezel. Az OEP Adattárház és a finanszírozási adatok együttesen közel 10 Terabyte nagyságú adatanyagot alkotnak, melyek az egészségügyi szolgáltatók (ellátó intézmények, gyógyszertárak, gyógyászati-segédesszköz forgalmazók, gyógyfürdő-szolgáltatók) és a társadalombiztosítási kifizetőhelyek jelentéseiből, valamint az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervek adataiból származnak. Az adatgyűjtés személyre szóló, TAJ-alapú. Az OEP Adattárházában a TAJ-szám alapján

2000-től teljes körűen visszakereshető egy biztosított összes megjelenése az egészségügyi ellátó rendszerben, ezek költségigénye, a gyógyítást végző orvos, valamint a kezelések, gyógyszerek, gyógyászati segédesszközök összköltsége. Ez azt jelenti, hogy az adatvagyon teljes mértékben lefedi mindazokat az egészségügyi szolgáltatásokat, ellátásokat, amelyeket az egészségbiztosítás finanszíroz, de emellett még olyan – nem finanszírozott – adatok is bekérésre kerülnek, melyek tájékoztató jellegűek ugyan, de ismeretük fontos többletinformációt hordoz (pl. a gyógyszerári nem támogatott gyógyszerforgalom, vagy a kifizetőhelyi betegszabadsági adatok). A rendelkezésre álló adatokból jelennek meg a statisztikai évkönyvben azok, amelyek bemutatják az OEP gazdálkodását és működését.

Az OEP Statisztikai Évkönyvének szerkezeti és tartalmi változásai

1994-től az OEP Statisztikai Évkönyve magyar és angol nyelven, az alábbi struktúrát követve jelenik meg:

- összefoglaló adatok, melyek az előző év kiemelt adatait tartalmazták a részletes adatokon belül;
- a népesség főbb demográfiai jellemzői, népmozgalmi adatok (élveszületés, halálozás);
- a társadalombiztosítási ellátásra jogosultak létszámadatai;
- gazdálkodási adatok, ezen belül az E. Alap bevételi és kiadási adatai, a társadalombiztosítási járulék kintlévőségek és folyószámlák alakulása;
- pénzbeli ellátások, ezen belül a betegségi ellátás (táppénz, baleseti táppénz, gyermekápolási táppénz), kifizetőhelyi betegszabadsági adatok, egyéb betegségi ellátás, terhességi-gyermekágyi segély, rokkantság, orvos szakértői

- tevékenység (a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal jogelődjének adatai), kártérítési járadék;
- természetbeni ellátások, ezen belül gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyító-megelőző ellátások (kapacitás és finanszírozási adatok, alapellátás, járó- és fekvőbeteg-szakellátás és szakambulanciák adatai), gyógyfürdő-ellátás, utazásiköltség-adatok;
- anyasággal és gyermekneveléssel összefüggő ellátások (várandóssági pótlék, anyasági támogatás, gyermekgondozási díj, gyermekgondozási segély, családi pótlék);
- ügyviteli adatok (kifizetőhelyi ellenőrzések, panaszok, felülvizsgálati kérelmek);
- módszertan.

Ez a felépítés az 1994–1998. évi kiadványokra volt jellemző, ezekben az években az adatok számottevő mértékben nem bővültek, csak a jogszabályváltozásoknak megfelelő módosítások, átdolgozások történtek meg.

Tartalmukat tekintve az adatokat az egyes fejezeteken belül idősorosan, illetve az adott évre vonatkozóan terület-soros bontásban közlik. Elsősorban az adott év teljesítményére vonatkozó alapindikátorok (nap, eset, kiadás, beavatkozások száma, stb.), illetve az ezekből képzett mutatók (egy lakosra jutó..., egy esetre jutó... stb.) jelentek meg az évkönyvben az egyes ellátási területekre vonatkozóan. Az E. Alap ún. főkönyvi adatai (az adott naptári évben január 1-jétől december 31-ig pénzügyileg elszámolt kiadás) is szerepeltek, mivel ezek a pénzügyi adatok összehasonlíthatók voltak a nemzetgazdaság adataival, illetve gazdasági mutatókra vetíthetők voltak (pl. az E. Alap kiadásainak alakulása a bruttó hazai termék (GDP) százalékában). Ez az adatközlési metodika jellemző az OEP statisztikai évkönyveire mind a mai napig.

Az 1999. évi kiadványban jelentek meg először „Nemzetközi adatok”. A következő évben a gyógyító-megelőző ellátások kibővültek a CT/MRI, művesekezelés és a házi szakápolási adatokkal. A 2001-es kiadvány már nem tartalmazott anyasággal és gyermekneveléssel kapcsolatos ellátásokat, mivel azok folyósítása átkerült a Magyar Államkincstárhoz, kibővült viszont a fogászati ellátás adataival. A 2002-es kiadvány összeállítása előtt 2003 februárjában az OEP főigazgatója körlevelet küldött minden jelentősebb egészségügyi felsővezetőnek, valamint minden olyan intézmény vezetőjének és OEP vezetőnek, akik munkájuk során felhasználták a kiadvány adatait, és ennek kapcsán több esetben kiegészítő adatkéréssel, illetve az adatokat kifogásolva/hiányolva fordultak az évkönyvet összeállító szakfőosztályhoz. A levél felhívást tartalmazott javaslatlételre az évkönyv szerkezetének és adattartalmának módosítására. A beérkezett javaslatoknak megfelelően a kiadvány jelentősen kibővült. Nem csak a már publikált adatok lettek részletezettebbek, hanem a létszámadatok is kiegészültek a nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők részletes létszámadataival, valamint tovább bővült a gyógyító-megelőző ellátások köre az OEP által finanszírozott transzplantációk, a betegszállítás és az Irányított Betegellátási Modellkísérlet területeit illetően.

A 2004-es kiadványban a gyógyító-megelőző ellátások fejezet kiegészült a mentés adataival (1997-ig a betegszállítás adatai között szerepelt, 1998-2003 között pedig a központi költségvetés finanszírozta), valamint az 50 leggyakoribb és a legnagyobb összesített súlyszámot eredményező HBCS-s

adatokkal. Ezen kívül a speciális finanszírozású fekvőbeteg-szakellátást bemutató rész kibővült a tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök, implantátumok és – a már előző években közölt transzplantációkon kívüli – egyéb nagy értékű műtéti eljárások adataival. A 2005-ös évkönyvben a házi szakápolási adatok az otthoni hospice ellátással bővültek.

A 2007-es kiadvány jelentősen átalakult. A nyomtatott évkönyv a korábbi évektől eltérően csak országos adatokat jelenített meg, melyek tartalma és felépítése azonban megfelelt az előző évkönyveknek. Ugyanakkor egy CD-melléklet is készült a kiadványhoz, mely az alábbi bontásban tartalmazta az adatokat: országos adatok (nyomtatott évkönyv), megyesoros adatok, kistérségi adatok.

A kistérségi adatok köre egyrészt az E. Alap árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatásaira: vagyis a gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyfürdő-ellátásokra, támogatásokra, másrészt a pénzbeli ellátásokra: a táppénz-, a terheségi-gyermekágyi segély-, a gyermekgondozási-díj adatokra terjedt ki.

Az adatok Excel fájl-formában kerültek a CD-re, ezzel lehetővé vált az elsősorban demográfiai jellemzők (nem, korcsoport) szerint bontott adatok további, önálló feldolgozása.

A 2008-as statisztikai évkönyv összeállítása során tovább folytatódott a kiadvány megújítása. Egységes táblázatformákat vezettünk be, önálló, és az OEP-re jellemző arculat kialakítására törekedtünk. A módszertani megjegyzések kibővültek és – az előző évektől eltérően – az egyes fejezetek, alfejezetek elejére kerültek. Az országos adatok táblázatai alól így kikerülhettek a több soros lábjegyzetek, ugyanakkor az egyes fejezetekhez tartozó magyarázatokat nem kellett keresgélni, s a módszertan egyben útmutató is lett a fejezetben található adatokat, definíciókat illetően. Az egyes fejezetek adattartalma is tovább bővült. A CD-melléklet új adattartalommal egészült ki, a „Hosszú idősoros adatok” – ahol lehetett – 1995-től mutatták be az adott terület legjellemzőbb adatainak változásait.

A 2009-es évkönyvből kikerültek a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal összefoglaló adatai, mivel azok a hivatal honlapján teljes részletezettségben, önálló statisztikai kiadvány formájában megtalálhatók. Formai változtatásként az ábrák már színes nyomtatásban kerültek publikálásra. A következő évi, 2010-es évkönyvből kimaradtak az ONYF adatai (létszám, kiadás), mivel a rokkantnyugdíjak finanszírozása már nem az E. Alapból történt, és az ONYF önálló kiadványban jelenteti meg a nyugdíjasok adatait.

Az OEP Statisztikai Évkönyve az E. Alap gazdálkodásáról, ellátásainak és szolgáltatásainak alakulásáról ad átfogó képet, folyamatosan bővülve a szakmai elvárásoknak megfelelően. A kiadványt összeállító főosztály munkatársai, kooperálva az OEP többi főosztályával, a továbbiakban is arra törekednek, hogy a publikált adatok komoly információ-tartalmat hordozzanak, és segítsék mindazok munkáját, akik ezekkel az adatokkal dolgoznak. A könnyebb hozzáférés érdekében a 2009-es és a 2010-es Statisztikai Évkönyv 2012 januárjában felkerült az OEP lakossági weblapjára, ahonnan térítésmentesen letölthető a CD-melléklet adataival együtt, illetve szabadon böngészhető. Ezzel a lehetőséggel az OEP főigazgatója és felső vezetése azok számára is biztosította a kiadványhoz történő hozzáférést, akiknek eddig ez nehézséget okozott, mert magánszemélyként, illetve egyéni tudományos

Adatok, tények

munkához, szakdolgozathoz csak egyes részekre volt szükségük a kiadványból, esetleg külföldi munkavégzés során vált szükségessé egy-egy adat vagy adatsor elérhetősége. Célunk, hogy továbbra is megbízható képet adjunk az E. Alap gazdálkodásáról és működéséről a felhasználói igényeknek és a jogszabályváltozásoknak megfelelően.

Irodalomjegyzék

1. Dr. Bordás István: *Az orvosi dokumentáció minősége – kontra – finanszírozási adatjelenség a kórházi*

gyakorlatban. IME Az egészségügyi vezetőik lapja. 2006; 5: 28–32.

2. Dr. Imre László, dr. Szabó Tamás, dr. Szummer Csaba, HBCS Audit Kft.: *A HBCS finanszírozási technika, valamint a magyar kórházak kódolási gyakorlata az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Egyesülete (EFTE) kérdőíves felmérése alapján. IME Az egészségügyi vezetőik lapja. 2005; 9: 18–22.*

A szerzők az Országos Egészségbiztosítási Pénztár munkatársai

Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései

Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérése egyre nagyobb teret nyer nem csak az egyes országok szintjén, hanem nemzetközi összehasonlításban is (World Health Organisation 2001; Hurst 2002; Roberts, Hsiao et al. 2004; Smith 2009). A teljesítménymérésre irányuló fokozott figyelem hajtóerejét a technológiai fejlődés indukálta költségrobbanás mellett az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel, valamint a nyújtott ellátás minőségével kapcsolatos problémák jelentik, és számos nemzetközi szervezet, többek között a Világbank (WB), a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD), valamint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) dolgozott ki keretrendszert egy vagy több teljesítménykritérium mérésére (World Bank 1993; World Health Organisation 2001; Organisation for Economic Cooperation and Development 2004; Arah, Westert et al. 2006; Kelley and Hurst 2006). A WHO koncepcionális keretrendszerében például (ld. 1. ábra) az egészségügyi rendszer végső célkitűzéseit és funkcionális elemeit köztes célok és intézkedések kötik össze. Ideális esetben az egészségpolitika általános céljainak elérését a kijelölt prioritások alapján mérhető, közbenső operatív célokhoz kötött beavatkozások teszik lehetővé. Ezek az intézkedések, átalakítások az egészségügyi rendszer egy vagy több kiemelt funkcionális területén avatkoznak annak működésébe. A funkcionális területeken hozott intézkedések pontos összerendezettségben vannak a kitűzött közbenső operatív célokkal, amelyek a végső célok elérését segítik elő. A teljesítményértékelés tehát visszajelzést képes adni arról, hogy az átalakításoknak milyen mértékben sikerült a kitűzött célokat elérni.

■ Gaál Péter¹, Szigeti Szabolcs¹, Evetovits Tamás³, Lindeisz Ferenc⁴

Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérése egyre nagyobb teret nyer nem csak az egyes országok szintjén, hanem nemzetközi összehasonlításban is (World Health Organisation 2001; Hurst 2002; Roberts, Hsiao et al. 2004; Smith 2009). A teljesítménymérésre irányuló fokozott figyelem hajtóerejét a technológiai fejlődés indukálta költségrobbanás mellett az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel, valamint a nyújtott ellátás minőségével kapcsolatos problémák jelentik, és számos nemzetközi szervezet, többek között a Világbank (WB), a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD), valamint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) dolgozott ki keretrendszert egy vagy több teljesítménykritérium mérésére (World Bank 1993; World Health Organisation 2001; Organisation for Economic Cooperation and Development 2004; Arah, Westert et al. 2006; Kelley and Hurst 2006). A WHO koncepcionális keretrendszerében például (ld. 1. ábra) az egészségügyi rendszer végső célkitűzéseit és funkcionális elemeit köztes célok és intézkedések kötik össze.

Ideális esetben az egészségpolitika általános céljainak elérését a kijelölt prioritások alapján mérhető, közbenső operatív célokhoz kötött beavatkozások teszik lehetővé. Ezek az intézkedések, átalakítások az egészségügyi rendszer egy vagy több kiemelt funkcionális területén avatkoznak annak működésébe. A funkcionális területeken hozott intézkedések pontos összerendezettségben vannak a kitűzött közbenső operatív célokkal, amelyek a végső célok elérését segítik elő. A teljesítményértékelés tehát visszajelzést képes adni arról, hogy az átalakításoknak milyen mértékben sikerült a kitűzött célokat elérni.

Az egészségpolitika gyakorlatában ez a szisztematikus összerendezettség azonban ritkán valósul meg. Bár valamilyen rendszerszintű teljesítményértékelés Európa több országában is működik, kevés esetben próbálkoztak erre épülő beavatkozásokkal (pay for performance, P4P). Magyarországon, a széleskörű, egyes esetekben pedig egyedülálló rutin adatgyűjtési rendszerek és rendelkezésre álló adatbázisok ellenére sem használjuk ki a teljesítménymérésben rejlő

lehetőségeket. A stratégiai és specifikus közbenső célokat sok esetben nem határozzák meg kellő pontossággal, és az átfogó értékelések is inkább a jogszabályszerű működést vagy a kiemelt funkcionális rendszerelemekben történt változást írják le. Rendszerszintű, a végső és közbenső operatív célokat értékelő intézményrendszert eddig nem vagy csak töredékesen alakítottak ki. Ebből adódóan pedig a változások okainak pontos megértése és a célok jobb elérését célzó intézkedések kezdeményezése, majd kivitelezése esetleges.

Ha számba vesszük a teljesítménymérés alapvető összetevőit, egyáltalán nem meglepő, hogy még nem alakultak ki jól működő teljesítménymenedzsment-rendszerek az egészségügyben. A teljesítményméréshez nélkülözhetetlen a (1) a rendszer céljainak, illetve a célok közötti prioritásoknak a meghatározása, (2) a célérés mértékét kvantifikálni képes, valid és megbízható mérőszámok meghatározása, valamint (3) az az adatgyűjtési rendszer, amely a mérőszámok standard módszertan szerinti számításához és elemzéséhez szükséges adatokat szolgáltatja. A nemzetközi szakirodalomban említett teljesítményértékelő rendszereket vizsgálva azt láthatjuk, hogy a számításba vett célkitűzések többé-kevésbé hasonlóak (már amennyiben a teljesítményértékelő rendszer egyáltalán figyelembe veszi a célokat), ugyanakkor sok a zavaros megfogalmazás, illetve komoly viták vannak az egyes célok értelmezésével, meghatározásával kapcsolatban. Az első és egyben legfontosabb koncepcionális probléma tehát az egészségpolitikai célkitűzések (vagy más néven megfogalmazva a rendszer teljesítményének dimenziói) értelmezése, meghatározása körül tapasztalható.

Ebben a tanulmányban az egészségpolitikai célok meghatározásával kapcsolatos ellentmondásokat, félreértéseket igyekszünk tisztázni, Jacobs és mtsai (2006) alapján, a standard közgazdaságtani szakirodalom egyszerű termelési modelljének segítségével hívásával.

A teljesítménymérés egyszerű termelési modellre épülő koncepcionális keretrendszere – hasznok és nyereségek az egészségügyben

A termelés legegyszerűbb közgazdasági modelljeinek középontjában a különböző szerveződési egységek (termelési, illetve általánosságban döntéshozatali egységek (Decision Making Units)), DMU-k vannak, amelyek a társadalom szűkösen rendelkezésre álló erőforrásait (az ún. ráfordításokat – inputs) termékekké (ún. kibocsájtással – output) alakítják, amely termékeket a társadalom tagjai értékesnek tartanak, mert elfogyasztásukkal ki tudják elégíteni szükségleteiket, illetve igényeiket (Jacobs, Smith et al. 2006). Hagyományos piaci körülmények között a DMU-k teljesítményét tulajdonképpen az ügyfelek (vásárlók, illetve fogyasztók) mérik, akik a vásárlás és a fogyasztás aktusán keresztül értéket adnak az előállított termékeknek. Azokat a célokat, amelyek mentén ez az értékelés megtörténik, az ügyfelek saját maguk határozzák meg, és a célérés szintje, mindazon célok esetében, amelyeket a fogyasztók fontosnak tartanak, le mérésre kerül és összegződik a termék piaci árában. A termék piaci ára tehát pénzben mint mértékegységben méri a termék fogyasztásából származó jólétnövekedés értékét.¹

Az egészség, illetve az egészségügyi szolgáltatások előállítása számos tekintetben sokkal összetettebb, bonyolultabb, mint ahogy azt a termelés (és fogyasztás) ezen egyszerű modellje sugallja. Először is, az a személyes értékítélet, amely a termékek fogyasztása során a piaci értékmeghatározás alapját adja, az

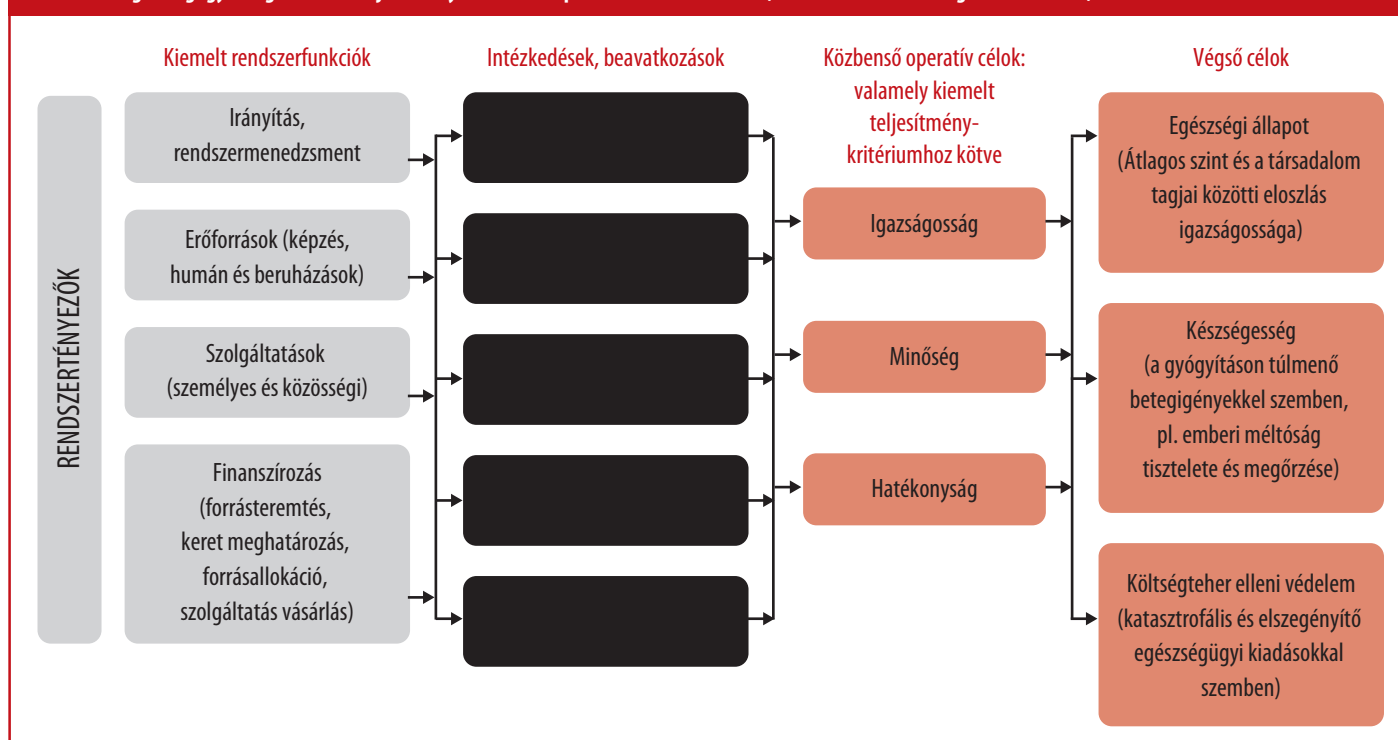
egészségügyben vagy jelentős mértékben torzult, nem megvalósítható, vagy nem kívánatos, hogy megvalósuljon, például a fogyasztó és a szolgáltató között meglévő információs aszimmetria miatt. Az ügyfél személyére építő piaci értékmeghatározás hiányában azonban – ez a helyzet a dominánsan közfinanszírozott egészségügyi rendszerek esetében – a társadalom által választott döntéshozóknak kell ezekről az értékválasztási kérdésekről döntenie azáltal, hogy a célokat, illetve a célok közötti prioritásokat a társadalom képviseletében ők határozzák meg (Jacobs, Smith et al. 2006). A döntéshozóknak arról kell dönteniük, hogy mi az az érték, amelyet az egészségügy előállít, és ezek mennyire értékesek a társadalom számára. Az egészségügyi ellátás ezen hasznai (benefits; illetve nyereségei – gains) alkotják tulajdonképpen az első nagy csoportját az egészségügyi rendszer céljainak, illetve a rendszer teljesítmény-dimenzióinak.

A WHO szerint az egészségügyi rendszer határait azoknak a tevékenységeknek a köre határozza meg, amelyek elsődleges célja az egészség megőrzése, fenntartása és helyreállítása (World Health Organisation 2001), tehát az egészségügy működéséből származó legfontosabb nyereség (illetve a rossz működésből származó esetleges veszteség) az egészség. Ettől függetlenül a legtöbb teljesítményértékelési keretrendszer az egészségnyereségen felül más jellegű nyereségekkel is számol. Ezeket a nyereségeket a WHO keretrendszer egyszerűen készségesség (responsiveness), az OECD minőséfejlesztési keretrendszere pedig a betegközpontúság (patient centeredness) fogalma alatt összegzi (Arah, Westert et al. 2006; Kelley and Hurst 2006), míg a közgazdasági megközelítésmód a szolgáltatási minőség (a gyógyítás körülményeivel kapcsolatos teljesítmény) fogalma alatt különíti el a klinikai minőség alá tartozó egészségnyereségtől (Roberts, Hsiao et al. 2004).

Fontos azonban megjegyezni, hogy az egészségügyi rendszereknek van olyan más társadalmi haszna is, amely az előző két kategóriától jól elkülöníthető. Ilyen például a biztonságérzet (security). A legtöbb teljesítményértékelési keretrendszer nem foglalkozik ezzel a területtel, a WHO keretrendszerét kivéve, amely a biztonságérzet növekedéséből származó hasznokat a betegségek költségterhe elleni védelem (financial protection) célkitűzéséhez kapcsolja. Másrészt viszont a teljesítményértékelési keretrendszerek többsége az egészségügyi ellátórendszer hasznainak jóval szélesebb körét fogalmazza meg, amelyeket teljesítmény-dimenzióknak is neveznek. Az OECD minőségértékelési keretrendszerének kidolgozói szerint mindezek a teljesítménydimenziók besorolhatóak a korábban említett nagyobb kategóriák valamelyikébe (Arah, Westert et al. 2006; Kelley and Hurst 2006). A fő célok (teljesítménykritériumok) kisebb egységekre, fogalmakra történő szétbontásának az az értelme, hogy olyan komplex fogalmakról van szó (egészség, szolgáltatási körülmények, biztonság), amelyeket nagyon nehéz a maguk teljességében mérni. Például annak, hogy mi számít jó szolgáltatásnak számos összetevője van, a kényelemtől kezdve a tisztaság megadásán keresztül az emberi méltóság megőrzéséig.

Az egészségügyben tehát a teljesítményértékelés azért nehéz feladat, mert a fogyasztók által végzett értékelés nem ad reális képet az egészségügyi rendszer által termelt társadalmi hasznokról, amelyek összetettek és sokrétűek. A hasznok számbavételével és a termelési folyamat egyéb jellemzőinek segítségével kell meghatároznunk azokat az egészségpolitikai

1. ábra. Az Egészségügyi Világszervezet teljesítménymérési koncepcionális keretrendszere (forrás: World Health Organization 2005)



célokat, amelyek elérésének foka határozza meg azt, hogy egy rendszer mennyire működik jól. Ugyanúgy azonban, ahogy a fogyasztói értékadás szubjektív, a rendszerszintű célkijelölés is az. Különböző társadalmak számára, különböző célok különböző mértékig lehetnek fontosak, így különböző értékrendszerű társadalmak számára különböző teljesítményt nyújtó egészségügyi rendszerek és ennek alapján elérendő „ideális” modellek lehetnek kívánatosak.

A következőkben a 2. ábrán bemutatott, kibővített termelési modell segítségével értelmezzük a leggyakrabban emlegetett egészségpolitikai célokat, és rámutatunk azokra az értelmezési problémákra, amelyek tisztázása elengedhetetlen feltétele egy jól működő teljesítményértékelő rendszer kiépítésének.

Hatékonyság (Efficiency)

A hatékonyság fogalma a költségek (elveszett hasznok) és a(z elért) hasznok közötti összefüggést fejezi ki, azaz összehasonlítja a ráfordítások értékét azon kibocsájtások értékével, amelyeket a felhasznált ráfordítások (erőforrások) segítségével állítottunk elő (Evetovits és Gaál 2005). Egy rendszer akkor hatékonyabb egy másik rendszernél, ha az egyik rendszerben előállított kibocsájtások ráfordításokhoz viszonyított értéke nagyobb, mint ugyanez a viszonyszám a másik, az összehasonlítás részét képező döntéshozatali egységben.

Amikor tehát a hatékonyságot vizsgáljuk, akkor a ráfordításokat és az elért eredményeket, nyereségeket, illetve hasznokat viszonyítjuk egymáshoz. Ez így önmagában egyszerűnek tűnik, mégis tapasztalható, hogy az egyes szerzők vagy elemzők a hatékonyságnak sokszor nagyon eltérő fogalmi árnyalatokat adnak a nemzetközi szakirodalomban, s ezek egymással sokszor nagyon nehezen vagy egyáltalán nem összeegyeztethetők (Evetovits és Gaál 2005). A hatékonysági elemzésekben például olykor megkülönböztetik a termelékenység és a hatékonyság fogalmát annak megfelelő-

en, hogy a kibocsájtást az előállított szolgáltatásokkal vagy a szolgáltatások eredményével mérik (Street and Häkkinen 2009). Ezzel szemben a termelékenység a klasszikus közgazdasági megközelítés szerint az egyes erőforrástípusok (pl. élől munka) naturáliákban kifejezett mennyiségét veti össze a kibocsájtással.

A hatékonyság fogalmának meghatározásával, szintjeivel, a hatékonyság témakörébe tartozó fogalmak egészségügyben történő értelmezésével, valamint a fogalomhasználat körüli félreértésekkel, pontatlanságokkal és koncepcionális ellentmondásokkal számos tanulmány foglalkozik (Evetovits és Gaál 2002; Evetovits és Gaál 2005; Szigeti 2009a; Szigeti 2009b). A legfontosabb zavart e területen az jelenti, hogy az orvostudomány és a közgazdaság-tudomány eltérő értelemben használja a hatékonyság fogalmát: míg az előbbi hatékonynak nevezi azt a gyógyító eljárást, amelyik igazoltan javítja a betegek egészségi állapotát, függetlenül attól, hogy az mennyibe kerül, addig az utóbbi hatékonyságon mindig a költségek és a hasznok összevetését érti. Így a közgazdasági értelmezés szerint az a gyógyító eljárás tekinthető leghatékonyabbnak, amelyik egységnyi egészségnyereséget a legolcsóbban állít elő. További nehézséget okoz az is, hogy ebből az eltérő értelmezésből számos inkonzisztens terminológiai újítás alakult ki, amelyek gyökeret vertek mind a köznap, mind pedig a tudományos szóhasználatban. Ennek klasszikus példája a „költség-hatékonyság” kifejezés. A vita részleteinek megismétlésétől és újbóli elemzésétől eltekintve ehelyütt csak annyit jegyzünk meg, hogy logikusabb és konzisztensebb a közgazdasági terminológiai hagyományokhoz igazodni az egészségügy-gazdaságtan területén (Evetovits és Gaál 2005). Ezt az álláspontot erősíti az Egészségügyi Minisztérium irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről, amely a terápiás „hatékonyság” megnevezésére a hatásosság, illetve eredményesség fogalmak használatát javasolja (Egészségügyi Minisztérium 2002).

Igazságosság (Equity)

A hatékonyság (és a később kifejtendő minőség is) egyaránt a hasznok aggregált vagy átlagos szintjét vizsgálja. Ezzel szemben az igazságosság célkitűzése az egészségügyi ellátás hasznainak és költségterhének igazságos (de nem feltétlenül egyenlő) elosztását jelenti a társadalom tagjai között. Az, hogy mi számít igazságos elosztásnak, értékválasztási kérdés, amely attól függ, hogy mi a jó társadalomról alkotott elképzelésünk. Ezzel kapcsolatban természetesnek tekinthető, hogy egy adott társadalmon belül nincs egyetértés, de azt láthatjuk, hogy az európai kultúrkörben a tiszta piaci viszonyok között létrejövő elosztás nem tekinthető jónak (kívánatosnak). Az európai egészségügyi rendszerek döntő többségében, így Magyarországon is, a szolgáltatásokhoz való hozzáférést illetően igazságosnak tekintjük azt, ha mindenki a szükségleteinek megfelelően fér hozzá az ellátásokhoz, ugyanakkor fizetőképessége szerint viseli az egészségügyi ellátás költségterheit (Gaál 2005). Különösen az utóbbi körül van éles vita a jövedelemarányos teherviselés, illetve a progresszív adóztatás mellett érvelők között. Abban azonban mindenki egyetért, hogy a tehetősebbeknek több terhet kell viselniük, mint a szegényebb társadalmi rétegeknek.

A minőség (quality of care) helye a többi teljesítménykritérium között

A minőség kifejezés használatával több fogalmi zavar is van a teljesítményértékelések kapcsán, amely érinti az eredményesség (effectiveness), a hatékonyság (efficiency) és az igazságosság (equity) célkitűzését is. Az egészségügyi minőségmenedzsment irányzatát jóval megelőzően kialakult standard közgazdasági fogalomrendszer egyértelműen elkülöníti egymástól a hatékonyságot (efficiency), az igazságosságot (equity) és a minőséget (quality), az újkeletű minőségmenedzsment megközelítésmód, amely elsősorban az orvostudományi alapokra építkezett, az eredményességet, a hatékonyságot és az igazságosságot (valamint az igazságossághoz köthető egyéb fogalmakat, mint például a hozzáférést (access to care) a minőség egy összetevőjének, dimenziójának tartja. Sőt mi több, az egészségügyi minőségmenedzsment megközelítésmód egyenlőségjelet tesz a rendszer teljesítményének dimenziói (azaz az egészségpolitikai célok) és a minőség dimenziói között, és gyakran egymással cserélgetve használják a két fogalmat. Ezzel szemben azonban nem is olyan bonyolult megmutatni, hogy a minőség ez a fajta mindent magában foglaló értelmezése nemcsak koncepcionálisan ellentmondásos, hanem a gyakorlatban is használhatatlan, mivel tulajdonképpen lehetetlen mérni.

Ha a hatékonyság a minőség egyik komponense, akkor egyértelmű kapcsolat kellene, hogy legyen a két fogalom között. Azaz, ha a hatékonyság nő (csökken), akkor minden egyéb tényező változatlansága esetén, a minőségnek is nőnie (csökkennie) kellene. Ezzel szemben egy adott termék/szolgáltatás előállítása során a hatékonyság javulása (vagy romlása) semmit nem mond arról, hogy milyen változás történt a termék/szolgáltatás minőségében: a termék minősége nőhet, ugyanolyan maradhat, sőt csökkenhet is attól függően, hogy a termelés kiinduló állapota és a változás eredményeképpen létrejövő végállapota hol helyezkedik el a termelési lehetőségek görbéjén (a mennyiség-minőség, vagy a minőség-minőség viszonylatában; ez utóbbi abban az esetben, ha a termék minőségének több

dimenziója is van). Ugyanakkor azt még a minőségmenedzsment megközelítés is elismeri, hogy a költség és a minőség két különböző fogalom, amikor a minőségszakértők a két fogalom egymáshoz való viszonyát vizsgálják. A minőség abszolút szintje ugyanis nem mond semmit azoknak az erőforrásoknak az értékéről, amelyek ennek a minőség-szintnek az eléréséhez fel lettek használva. Az egészségügyi ellátás költsége azt a társadalom számára elvesztett hasznot jelenti, amelyről lemondunk azáltal, hogy az erőforrásokat egészségügyi szolgáltatások, és nem valami más, a társadalom számára szintén értékes termék előállítására használtuk (használdozat-költség). A költségek emelkedése (vagy csökkenése) tehát együtt járhat az ellátás minőségének bármilyen irányú változásával (növekedés, csökkenés, vagy változatlanság), attól függően, hogy a költségnövekedés (csökkenés) mit ad hozzá (vagy mit vesz el) a termelési folyamathoz (folyamatból).

Ha ugyanezeket a változásokat a hatékonyság szempontjából vizsgáljuk, akkor abban az esetben, ha a költségnövekedés nem emeli a minőséget és minden egyéb tényezőt változatlanul tekintünk, akkor a hatékonyság csökken, hiszen ugyanazt a minőségű terméket drágábban állítjuk elő. Ebből viszont az következik, hogy nemcsak a költség és a minőség, hanem a hatékonyság és a minőség is önálló, egymástól elkülönülő fogalom. A költség és a minőség közti összefüggés tehát elválaszthatatlan a hatékonyság és a minőség közti összefüggéstől. Érdemes emellett azt is megjegyezni, hogy ugyanez az inkonzisztencia figyelhető meg abban az esetben, ha az egyenletbe a termék mennyiségét mint változót is bele vesszük, és azt vizsgáljuk, hogy hogyan függ össze a termelés költsége az előállított termék mennyiségével és minőségével. Összefoglalva tehát elmondható, hogy a minőségmenedzsment megközelítésmód nem konzisztens a minőség és a hatékonyság fogalmainak meghatározásában.

Úgy gondoljuk, hogy ennek a zavarnak a forrása a minőség-koncepciónak a termék szintjéről, a szervezet, illetve rendszer szintjére történő kiterjesztéséből fakad. Habár elméletben lehetséges a minőséget a szervezetek, illetve a rendszerek szintjén is értelmezni, ezek az új minőségfogalmak („a szervezet minősége”, „a rendszer minősége”) elkerülhetetlenül magukban foglalják a termék szintű minőséget, és ebből adódóan feloldhatatlan belső ellentmondást rejtenek magukban.² Ha például a termékminőség azon definícióját, amely a minőséget a termék által elért „teljesítmény szintjével” azonosítja, a rendszer szintjén értelmezzük, akkor ennek a „rendszer-minőségnek” a hatékonyság valóban egy dimenziójává válik, amennyiben a hatékonyság az egészségügyi rendszer céljai (teljesítménykritériumai) közé tartozik. Mindazonáltal a termékminőség (az ellátás minősége) is egy ezek közül a teljesítménykritériumok közül (azzal a feltételezéssel élve, hogy az ellátás minőségét a döntéshozók fontos egészségpolitikai célként jelölték meg), ebből adódóan pedig a (termék szintjén értelmezett) minőség a (rendszer, illetve szervezet szintjén értelmezett) minőség egyik dimenziójává válik. Ezzel nem azt szeretnénk állítani, hogy a legnagyobb zavart a rendszer-, illetve szervezet-minőség fogalmának bevezetése okozza. Elvben lehetőség lenne világosan megkülönböztetni egymástól a termékminőséget, valamint a rendszer/szervezet-minőséget, különösen akkor, ha ez utóbbi fogalmakra más elnevezést használunk (pl. kiválóság). Az igazán súlyos koncepcionális zavart az okozza, hogy a minőségmenedzsment megközelítés a rendszerminőség fogalmát visszavetíti a termék szintjére, és ennek alapján amellett érvel,

hogyan a hatékonyság (illetve igazságosság, hozzáférés) a termék szintjén értelmezett minőség fogalmának is részét képezi, annak egy dimenziója (holott ez sohasem volt így).

Ugyanez az érvelés vonatkozik a többi rendszerszinten értelmezhető célkitűzésre, például az igazságosságra. Az igazságosság esetében a koncepcionális zavart tovább fokozza az ellátáshoz való hozzáférés fogalmának többféle értelmezése. A hozzáférhetőség valóban összetevője lehet a termék minőségének (azon belül is az úgynevezett szolgáltatási minőségnek), ha hozzáférhetőségen a szolgáltató épületén belül a kezeléshez való hozzájutás kényelmességét értjük, és nem az egészségügyi szolgáltatásoknak a társadalom tagjai közötti igazságos elosztását. Éppen ezért a minőség dimenziójában a hozzáférést a következőképpen határoztuk meg: valamely megkezdett ellátási eseményen belül az ellátás egyik elemének a szükségletek szerinti igénybevétele (a szükséglet kritériuma a szakmai evidencia a nyújtandó ellátás hatásosságára). Ezzel elhatárolható a hozzáférés, mint minőségi dimenzió a hozzáférés igazságossági (equity) értelemben vett használatától.

Ezen felül minden, a szakirodalomban említett minőségi dimenzió besorolható a hagyományos közgazdasági megközelítésmódban alkalmazott klinikai minőség (clinical quality) és szolgáltatási minőség (service quality) termékminőség-összetevőkbe. Ez pedig azt mutatja, hogy a hatékonyságon és az igazságosságon kívül a termékminőség közgazdasági és minőségmenedzsment megközelítései összeegyeztethetők egymással. Az eredményesség és a minőség esetében ugyanakkor célszerű egy árnyaltabb megközelítést alkalmazni.

Az egészségügyi rendszerek teljesítményének összefüggésében a nyereségek átfogó (vagy átlagos) szintjét gyakran hívják eredményességnek, illetve minőségnek. Habár a két fogalmat szokták egymással felcserélve is használni, a két fogalom jelentéstartalma nem ugyanaz. Az eredményesség elsősorban az elért egészségnyereség szintjét jelenti, de az egészségügyben, az előzőekben említettekkel összhangban, a hasznok köre túlterjed az egészségen. Továbbá, az egészségnyereség szintje számos olyan tényezőtől is függ (pl. a beteg jellemzőitől, magatartásától), amelyek kívül esnek az egészségügyi ellátást nyújtók által kontrollálható tényezőkön. További komplikációt jelent az is, hogy a minőségmenedzsment-keretrendszerek szerint az eredményesség a minőség egyik összetevője/dimenziója (amivel különösebb probléma nincs is, de csak addig a szintig, amíg az eredményesség a szolgáltatást nyújtóknak tulajdonítható). Egy újabb terminológiai félreértés elkerülése érdekében azt javasoljuk, hogy ahol ez indokolt, az eredményesség helyett inkább a minőség fogalmát használjuk.

Végezetül fontos azt is megjegyezni, hogy a rendszerminőség, mint az egészségügyi rendszerek mindent magában foglaló végső célja egyébként is kevés gyakorlati haszonnal bíró elméleti konstrukció. Az igazán lényeges kérdés az, hogy melyek azok a teljesítménykritériumok, amelyek összességéből ez a „minőség” kialakul, hiszen egy ilyen sokdimenziós, összefoglaló fogalom tulajdonképpen nem (vagy csak nagyon-nagyon bonyolult és vitatható módon) mérhető (ilyen próbálkozás volt a WHO egészségügyi rendszerekre vonatkozó rangsora az összetett rendszerteljesítmény szerint). Elméleti szinten ugyanakkor az is bemutatható, hogy a hatékonyság (úgy kell felhasználni a rendelkezésre álló forrásokat, hogy abból maximalizáljuk az összes célkitűzést, beleértve az igazságosságot is – mellesleg a WHO-rangsorolás esetében is ez volt a végső rangsorolás alapja) és az igazságosság (ami hatékony az igazságos is) is te-

kinthető ilyen mindent magában foglaló, átfogó rendszercélkitűzésnek.

Összefoglaló tisztázó javaslatok a minőség fogalmának elhatárolására

Azt javasoljuk tehát, hogy a minőség fogalmát csak szűken, a termék szintjén értelmezzük, mint a termék által elérhető teljesítmény szintjét (azaz a minőség a termék által elért teljesítmény szintje azokhoz a célokhoz képest, amelyek elérésére a terméket létrehoztuk). A minőség dimenziói az egészségügyben (az előbbiekben említetteknek megfelelően, természetesen a hatékonyságot és az igazságosságot kivéve) besorolhatóak a klinikai minőség, illetve a szolgáltatási minőség kategóriáiba. Ez a megközelítésmód összhangban van az OECD minőségértékelési keretrendszerével (Arah, Westert et al. 2006; Kelley and Hurst 2006), amely elkülöníti a minőséget a hatékonyságtól és az igazságosságtól, és a minőség három fő dimenzióját határozza meg: eredményesség (effectiveness), biztonságosság (safety; ez utóbbi kettő nagyjából megfeleltethető a klinikai minőségnek), valamint készségesség/beteg-központúság (responsiveness/patient-centeredness; ez pedig megfeleltethető a szolgáltatási minőségnek).

Továbbá javasoljuk azt is, hogy habár a minőségmenedzsment keretrendszerében a minőség fogalmát a rendszerek, illetve szervezetek teljesítményének leírására is használják, ezeket a fogalmakat a teljesítményértékelési rendszer kialakítása során ne minőségnek nevezzük (inkább kiválóságnak), hogy elkerüljük az ebből származó kommunikációs és értelmezési zavarokat.

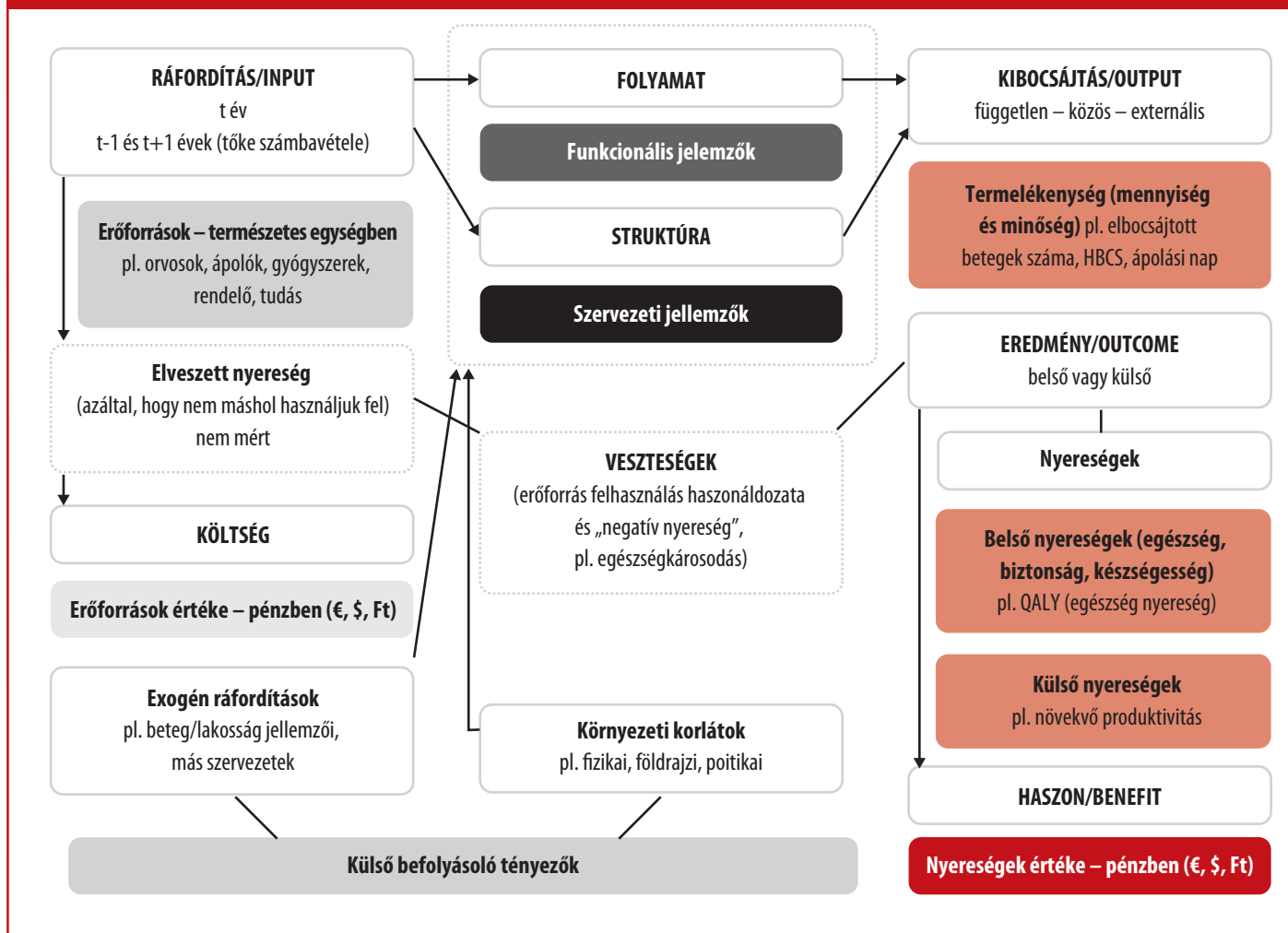
Fenntarthatóság (sustainability)

A teljesítményértékelési rendszerben a hagyományosan bevett minőség, hatékonyság, igazságosság célok mellett javasoljuk még a fenntarthatóság dimenziójának megkülönböztetését és használatát. A fenntarthatóság célja akkor érhető el, ha egy adott rendszer (DMU) képes hosszútávon stabil teljesítményt nyújtani.

Minden szervezetnek van egy olyan termelési folyamata, amelyben a rendelkezésre álló erőforrásokból képes előállítani a kibocsátást. Így minden erőforrás-kombinációhoz rendelhető egy olyan pont, amely a maximálisan előállítható kibocsátást jelenti. Ezeknek a pontoknak az összességét a termelési lehetőségek határának nevezzük, amely tulajdonképpen a hatékonyság aranystandardja (Street and Häkkinen 2009). Amennyiben a szolgáltatásokat előállító szervezeti egység eléri a termelési lehetőségek határát, akkor technikailag hatékony, ha nem, akkor hatékonysági vesztesége van. A fő módszertani kihívást az jelenti, hogy miképpen lehet megállapítani a szervezet számára mértékadó aranystandard termelési szintet (Street and Häkkinen 2009), hiszen ez számos tényezőtől függ.

A fenntarthatóság problémakörének középpontjában az a megfigyelés áll, hogy az egyes DMU-k képesek rövidtávon a termelési lehetőségek határán felül teljesíteni. Ezt a teljesítményt a termelő erőforrások rövidtávon történő kizsákmányolása teszi lehetővé (emberi erőforrások újratermeléséhez szükséges erőforrások megspórolása, infrastruktúra- és eszközviisszavétel elmaradása, stb), amelynek hosszú távú következménye a nagymértékű teljesítményromlás (összeomlás), azaz alapvetően a jövő szolgáltatásait használják („élik fel”) a szolgáltatást

2. ábra. A termelési folyamat teljesítménymérést megalapozó kibővített koncepcionális modellje Roberts és mtsai (2004) valamint Jacobs és mtsai (2006, 38–39. o.) alapján
Megjegyzés: *A minőséggel kapcsolatos közgazdasági megközelítésre jó példa Roberts és mtsai (2004), tanulmánya (16–121. oldal, különösképpen 117. és 119. oldal).



igénybe vevők. Ezért fontos meghatározni azt a szintet (az említett termelési lehetőségek határát), amelyen felül a rendszer teljesítménye hosszú távon nem fenntartható.

Ugyanezt a gondolatot támogatja egyes szerzők azon felvétele, hogy a termelő szervezetek hatékonysági optimuma nem is a pazarlásmentes, maximális erőforrás-kihasználás állapotában van, mert a „csúcsra járatott” szervezetekben nincs tartalék arra, hogy a különböző okokból kialakuló válsághelyzetekhez a szervezet alkalmazkodni tudjon (Hirschman 1995). Egy bizonyos mértékű szervezeti „renyheség” (organizational slack), azaz hatékonyságvesztés, szükséges lehet a hosszú távú fenntarthatóság eléréséhez (Nohria and Gulati 1997).

A teljesítménymérés néhány módszertani kérdése

Jacobs és mtsai (2006) szerint, az egészségügyi szervezetek teljesítményének mérését számos tényező nehezíti, amelyeket hat csoportba soroltak: (1) mi az egészségügyben az elemzés egysége, (2) mi az egészségügy kibocsátása, ez hogyan határozható meg, (3) az előállított termékek értékét hogyan lehet meghatározni, (4) milyen erőforrásokat használ az egészségügy a termékei előállításához, (5) hogyan lehet meghatározni ezeknek a ráfordításoknak az értékét, (6) melyek azok a külső tényezők, amelyek az egészségügyi szervezetek befolyási körén kívül esnek, ugyanakkor hatnak a szervezetek teljesítményére? Ezen

felül a teljesítménymérést tovább nehezíti az adatok elérhetősége, ideértve a különböző gyakorlati problémákat, például az idősorok rövidségét, a hiányzó adatokat, a kis mintanagyságot, a tökéletlen mérőeszközöket és így tovább.

Az elemzési egység

Az elemzési egység, amely egy monitoring-rendszer keretében a vizsgálódásunk középpontjában áll, az egészségügyi rendszer. Az egészségügyi rendszer kereteit, a korábban említetteknek megfelelően, azok a tevékenységek jelölik ki, amelyek elsődleges célja az egészség megőrzése, fenntartása, illetve helyreállítása (World Health Organisation 2001). A termelési folyamat azonban olyan összetett az egészségügyben, a rendszer kibocsátásának egy közös mértékegységben történő mérése pedig olyannyira terhelt módszertani, illetve értékvalasztási problémákkal, hogy értelmes összehasonlító elemzés készítéséhez érdemes a rendszert kisebb összetevőkre bontani, amelyekben a mérési feladat leegyszerűsíthető (kisebb termelési egységek, például funkciók vagy ellátási szintek szerint). Az Európa Tanács (Council of Europe 1997; idézi Legido-Quigley, McKee et al. 2008, p.7) ajánlása például a teljesítménymérés négy szintjét határozza meg: központi, helyi, részegységi és egyéni (személyes). A helyi szint magában foglalja az összetett szolgáltatói szervezeteket, ideértve a kórházakat és a kisebb

szolgáltatói egységek regionális szerveződéseit is. A részegységi szint magában foglalja az egészségügyi dolgozók egyes, együtt dolgozó csoportjait, mint például a kórházi részlegeket, vagy a terápiás szakértői csoportokat (pl. „onkoteam”). Más szerzők (Saturno, Gascón et al. 1997; idézi Legido-Quigley, McKee et al. 2008, p.7) ugyanakkor az egészségügyi rendszer három szintjét különböztetik meg a szolgáltatás specificitása alapján: (1) az általános szintet, amely az összes szolgáltatásra alkalmazható, (2) a szolgáltatások egy specifikus csoportjának a szintjét, valamint (3) egy konkrét termék vagy szolgáltatás szintjét. A rendszer kisebb egységekre történő szétbontása azzal az előnnyel jár, hogy növekszik az összehasonlíthatóság és lehetővé válik a teljesítményproblémák okainak pontosabb azonosítása, mivel a kibocsátások köre szűkebb, a technológiai folyamatok kevésbé szerteágazóak, és jóval könnyebb a személyes felelősség (ráhatás) meghatározása. Ezzel szemben a közös, illetve megosztott termelési folyamatok teljesítményértékeléséhez szükség lehet a kisebb termelési egységek aggregálására. Az így kialakított elemzési célú DMU-k határai mesteresek is lehetnek, azaz nem feltétlenül esnek egybe az egyes termelőegységek természetes (fizikai) határaival (Jacobs, Smith et al. 2006).

Az egészségügy kibocsátása, eredménye és annak értéke

Szűkebb értelemben a kibocsátás az egészségügyi szolgáltatók által előállított termékeket (egészségügyi szolgáltatásokat) jelenti. Ezt általában az igénybevétel (szolgáltatói tevékenység) különböző mutatószámaival mérjük, pl. kezelt betegek száma, elvégzett vizsgálatok száma, műtétek száma, orvos-beteg találkozások száma. Az eredmény fogalmát Donabedian vezette be annak hangsúlyozására (Donabedian 1988), hogy az egészségügyi szolgáltatásokat nem önmagukért fogyasztjuk, hanem azért, mert az egyének, illetve a lakosság egészségi állapotát javítani képesek. Végső soron ez az egészségnyereség (health gain) az az egészségügy által előállított termék, amelynek egyéni, illetve társadalmi értéke van. Ha képesek lennénk az egészségnyereséget egy egységes mértékegységgel mérni (ilyen próbálkozás például a QALY, vagy a DALY), egyben meg tudnánk oldani az értékadás problémáját is. Csak azt kell feltételeznünk, hogy a különböző egészségügyi szolgáltatások egymáshoz viszonyított relatív értéke arányos azzal az egészségnyereséggel, amelyet az ellátás igénybevevőinél az adott szolgáltatások el tudnak érni (Jacobs, Smith et al. 2006, pp.28-29).

A kibocsátás mérésével kapcsolatban azonban számos koncepcionális, illetve technikai probléma van. Először is, ahogy azt korábban bemutattuk, az egészségügyi ellátórendszer működésének nem az egészség az egyetlen haszna. A nyereségek köre többek között magában foglalja a készségességet és a biztonságot is. Az egészségügyi rendszer valódi teljesítményének méréséhez ezeket az egyéb nyereségeket is kell tudnunk mérni egy olyan mértékegységben, amely lehetővé teszi a különböző nyereségek egymással történő összeadását. Az egyik ilyen mértékegység természetesen a pénz, de ha ezt alkalmazzuk, akkor visszajutunk az eredeti értékmérési problémához (mennyit ér az egészség, illetve az emberi élet pénzben kifejezve, mi az egészség, a figyelmesség, illetve a biztonságért egymáshoz viszonyított relatív értéke pénzben kifejezve stb).

Másodszor, egy egységnyi egészségnyereség értéke nem minden esetben tekinthető ugyanakkorának (azaz nem te-

kinthető reálisnak az uniformitás feltételezése). Eltekintve az egyéni értékelésekből adódó különbségektől (ugyanabból az egészségügyi beavatkozásból származó egészségnyereséget különböző személyek, illetve csoportok különféleképpen értékelhetnek), egy egységnyi egészségnyereségnek nem ugyanakkora értéket tulajdonítunk például abban az esetben, ha életmentő beavatkozásról van szó, azzal szemben, ha elsősorban csak életminőséget javító beavatkozásról van szó. Egy másik példa: elég valószínűtlen, hogy az emberek ugyanazt az értéket tulajdonítják egy 90%-os életminőségben leélt életévnek, mint kilenc 10%-os életminőségben leélt életévnek (habár mindkét esetben ugyanannyi (0.9 QALY) az egészségnyereség). Mindez arra utal, hogy indokolt a nyereségek és a hasznok (a nyereségek értékének) a koncepcionális szétválasztása.

Harmadszor, az egészségügyben az eredmény mérése problémás, mivel az előtte-utána vizsgálatok alulértékelik azokat a beavatkozásokat, amelyek az egészségi állapot romlását akadályozzák meg, szemben azokkal a beavatkozásokkal, amelyek az egészségi állapotot javítják. Sajnos nagyon ritkán van lehetőség arra, hogy az egészségi állapotot kezelés nélkül és kezeléssel is lemérjük, azaz, hogy az egészségi állapotjavulást a beavatkozás nélküli alapértékhez viszonyítsuk (Jacobs, Smith et al. 2006, pp.23–25).

Negyedszer, az egészségügyi szolgáltatások eredményét számos olyan tényező befolyásolja, amelyre a szolgáltatónak nincs ráhatása, tehát a rossz eredmény nem feltétlenül jelent rossz teljesítményt (Aday, Begley et al. 1993, p.29; Jacobs, Smith et al. 2006, p.27; Legido-Quigley, McKee et al. 2008, pp.11-12). A legfontosabbak ezek közül a tényezők közül a beteg jellemzői, illetve a beteg hozzáállása, magatartása (pl. a kezelési előírások betartása). Bizonyos esetekben lehetőség van ezeknek a tényezőknek a kontrollálására különböző technikák (klaszteranalízis, kockázat-kiegyenlítés) alkalmazásával (Aday, Begley et al. 1993, pp.38–40; Jacobs, Smith et al. 2006, p.27), de amikor ez nem megvalósítható, a teljesítmény mérését kénytelenek vagyunk a kibocsátás (tevékenység) mérőszámaira alapozni.

Ötödször, egyes esetekben az eredmény mérése nehézségekbe ütközhet, vagy nagyon költséges lehet, például akkor, amikor az egészségi állapotban bekövetkező változás késleltetve, vagy hosszabb időperiódus során jelentkezik (Jacobs, Smith et al. 2006, p.27; Legido-Quigley, McKee et al. 2008, p.11-12).

A célok mérése közvetett indikátorokkal és összetett mutatószámokkal a hatékonyság példáján

Attól függően, hogy a ráfordításokat és a kibocsátást mennyire teljes mértékben mérjük, megkülönböztethetünk egyszerű és összetett hatékonysági mérőszámokat. Az egyszerű mérőszámok mindig proxykat használnak vagy a ráfordítások, vagy a kibocsátás, vagy mindkettő mérésére. A technikai hatékonyság indikátorai (mint például az ágykihasználtság és az ápolás átlagos időtartama) például ebből a szempontból mindig egyszerű mutatóknak tekinthetők, mivel a technikai hatékonyság megkülönböztető jellemzője, hogy a ráfordításokat természetes egységekben mérjük, és nincs olyan közös természetes egységmérés, amellyel pontosan mérni lehetne az egészségügyi szolgáltatások előállításához szükséges összes erőforrást.

Ha vagy csak a ráfordítások, vagy csak a kibocsátás valamelyik mérőszámát használjuk mint a hatékonyság proxyját, akkor részleges hatékonyság-indikátorról beszélhetünk. Mindig tudatában kell azonban lennünk azoknak a feltételezéseknek,

amelyek a részleges hatékonyság-indikátorok használata mögött meghúzódnak, ha következtetéseket akarunk levonni a hatékonyság alakulására vonatkozóan. Például az egészségügyi kiadások szintjét gyakran szokták önmagában is az egészségügyi rendszer hatékonyságát jellemző mutatóként használni, de ez önmagában értelmetlennek tűnik, hacsak nem tudunk valamit a rendszer kibocsátásáról, illetve annak értékéről is. Ilyenkor tehát azzal a feltételezéssel élünk, hogy egy bizonyos kiadási szint fölött az egészségügyre fordított többletkiadás már nem lesz hatékony, mert vannak más olyan területek, ahol ennek a többletpénznek az elköltsége nagyobb össztársadalmi hasznot eredményezne. Ez a gondolat húzódik meg a költségkorlátozás egészségpolitikai céljá történő emelésében. Egy másik hasonló példa a kibocsátás oldalán a járóbeteg-ellátásban is kezelhető betegek közül fekvőbetegként kezelt aránya. Habár ebben az esetben az ellátás nyújtásának ráfordításait nem mérjük explicit módon, azt feltételezzük, hogy ezeknek az eseteknek a többségét ugyanolyan eredményesen kezelni lehetne járó betegként is, ami viszont olcsóbb. Ugyanez a logika érvényes a hatékonyság indirekt mérőszámaira is, amelyek az ellátás folyamatának, vagy struktúrájának valamilyen jellemzőjét mérik, mint például a továbbküldési ráta, vagy a kockázatközösségek száma, illetve nagysága. Ezekben az esetekben sem a ráfordításokat, sem pedig a kibocsátást nem mérjük közvetlenül, de úgy gondoljuk, hogy a kiválasztott működési, illetve szerkezeti jellemzők összefüggésben vannak az erőforrások hatékonyabb, vagy kevésbé hatékony felhasználásával. Például a kockázatközösségek fragmentálódása (feldarabolódása több kisebb méretű kockázat-közösséggé) azt eredményezi, hogy a betegségek költségterhe elleni védelem (biztonságérzet) ugyanakkora szintjét nagyobb adminisztrációs költséggel tudjuk csak elérni (Kutzin 2001). A kockázat-közösségek fragmentálódása tehát a hatékonyság csökkenésével jár együtt a kis méretből adódó gazdaságtalanság miatt.

Ezeknek az indirekt mérőszámoknak van ugyanakkor egy előnye is: nevezetesen, hogy sokkal közelebb helyezkednek el azokhoz a rendszerjellemzőkhöz, amelyeket az egészségpolitika meg tud változtatni. Ez tulajdonképpen azt jelenti, hogy az indirekt indikátorok összeköttetést létesítenek a teljesítményproblémák és azok okai között, feltételezve természetesen azt, hogy ez a kapcsolat ténylegesen fennáll, azaz bizonyítható.

A relatív hatékonysági elemzés összetett hatékonysági mérőszámot használ hasonló szolgáltatási vagy termelési kibocsátást nyújtó szervezetek teljesítményének összehasonlítására (Street and Häkkinen 2009). Az összehasonlításnak feltételei közé tartozik, hogy (1) részleteiben is hasonló termelési vagy szolgáltatási folyamatot végző szervezetek kerüljenek összehasonlításra; (2) a technikailag lehetséges termelési, illetve szolgáltatási határ azonosításra kerüljön (gold standard); (3) a szervezeten kívüli tényezők a vizsgálat szempontjából kontrollálhatóak legyenek, hiszen a nehezebb körülmények maximális lehetőségei nyilvánvalóan kisebbek, mint a kedvezőbb környezetben működőké. Összességében a legfontosabb szempont, hogy a szervezetek működése és kibocsátása pontosan összehasonlítható legyen olyan módon, hogy a betegek összetétele standardizálható legyen (Street and Häkkinen 2009).

A termelési lehetőségek határának meghatározására és a hatékonysági veszteség megállapítására felhasználható egyik módszer a Data Envelopment Analysis (DEA) (Street and

Häkkinen 2009). A DEA az elérhető empirikus megfigyelések – azaz az összehasonlításra kerülő szervezetek kibocsátásai és ráfordításai – alapján meghatározza az adott szervezet számára elméletileg elérhető, és a ténylegesen elért hatékonysági szintet. Ha a tényleges érték az elméleti érték alatt van, akkor hatékonysági veszteségről van szó (Street and Häkkinen 2009). Ezt – az alapvetően szervezetek összehasonlítására kitalált módszert – használta fel az OECD a tagországok egészségügyi rendszereinek összevetésére hatékonyság szempontjából (Organisation for Economic Cooperation and Development 2010). Magyarországon a kórházak technikai hatékonysága összehasonlításának céljából egy kísérleti szintű tanulmány készült a módszer alkalmazásával (Dózsa, Ecseki et al. 2010).

Összefoglalás

Nehezen vitatható, hogy a teljesítményértékelési rendszer nélkülözhetetlen lépés a teljesítménymenedzsment irányába, és az átlátható, elszámoltatható működés felé. Bevezetése egyrészt a szakpolitikai működést összehangoltabbá, másrészt a szakpolitikai célokat pontosabban megfogalmazottá tenné, és a bizonyítékok szerepe a döntéshozatalban jelentősen nőhetne, elősegítve ezzel az érintettek bevonását a döntés-előkészítésbe. A teljesítményértékelési rendszer sikeres kialakításának több feltétele is van: (1) megfelelő szintű egészségpolitikai támogatottsággal rendelkezzen; (2) a tevékenység intézményesen beágyazott legyen; (3) az eredmények rendszeresen és átláthatóan publikálhatóak legyenek; (4) világosan meg legyenek határozva az értékelés viszonyítási pontját jelentő rendszerszintű célok, és ezek egymáshoz viszonyított prioritásai; (5) átlátható és kialakult módszertani háttér legyen az adatgyűjtésre és az indikátorok képzésére; (6) a rendszer egészére irányuljon, de egyes célzott reformok értékelésére is legyen alkalmas; valamint (7) a teljesítményértékelés folyamán a funkcionális rendszertényezők, az elért eredmények szisztematikusan kerüljenek összevetésre.

Tanulmányunkban ezek közül a feltételek közül a teljesítményértékelés kiindulópontját jelentő értékválasztással, célmeghatározással foglalkoztunk részletesen, és bemutattuk a teljesítménymérés néhány fontos módszertani kérdését. A teljesítménykritériumoknak is nevezett egészségpolitikai célok közül különösen a hatékonysággal és a minőséggel kapcsolatos értelmezési kérdéseket igyekeztünk tisztázni, hiszen ezt a két fogalmat használják leginkább félreérthetően az egészségügyi rendszer értékelésével foglalkozó tanulmányok. Meggyőződésünk szerint a minőség és a hatékonyság koncepcionális szétválasztása nélkül nem lehet koherens, ellentmondásmentes és a gyakorlatban is jól működtethető teljesítményértékelési rendszert kialakítani.

Hivatkozások

1. Csak a pontosság kedvéért érdemes megjegyezni, hogy a piaci ár csak a határfogyasztó esetében egyezik meg pontosan a termék fogyasztásából származó jólétnövekedésével – az összes többi fogyasztó esetében a jólétnövekedés mértéke kisebb-nagyobb mértékben meghaladja a piaci árat, és a kettő közötti különbséget szokás fogyasztói többletnek, consumer surplus-nek nevezni.
2. Ezzel nem azt akarjuk mondani, hogy a termékminőség nem mérhető a szervezetek, vagy éppen az egész rendszer szintjén. Ez úgy valószínűsíthető meg, hogy aggregáljuk

(átlagoljuk) az összes szervezet, rendszer, vagy ezek részegységei által előállított termék (termékcsoport) minőségét.

Irodalom

1. Aday, L. A., C. E. Begley, D. R. Lairson and C. H. Slater (1993). *Evaluating the Medical Care System, Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.
2. Arah, O. A., G. P. Westert, J. Hurst and N. S. Klazinga (2006). „A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project.” *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 5-13.
3. Council of Europe (1997). *Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum*. Strasbourg, Council of Europe.
4. Donabedian, A. (1988). „The quality of care: How can it be assessed?” *Journal of the American Medical Association* 260: 1743-1748.
5. Dózsa, C., A. Ecseki, M. Lipták and P. Mihalicza (2010). *A Kórházak technikai hatékonyságának elemzése és hazai alkalmazása*. ESKI Füzetek. Budapest, Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet.
6. Egészségügyi Minisztérium (2002). „Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez.” *Egészségügyi Közlöny* LII(11): 1314-1334.
7. Evetovits, T. és P. Gaál (2002). „A félreérthetőség káros az egészségre.” *Egészségügyi Menedzsment* 4(5): 28-33.
8. Evetovits, T. and P. Gaál (2005). *A költséghatékonyság értelmezése az egészségügyben: egészség-gazdaságtani alapok* Cochrane-tól Culyer-ig. *Egészség-gazdaságtan*. L. Gulácsi. Budapest, Medicina: 91-113.
9. Gaál, P. (2005). „Értékkonszenzus a magyar egészségügyben.” *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 4(4): 11-15.
10. Hirschman, A. O. (1995). *Kivonulás, tiltakozás, hűség. Hogyan reagálnak vállalatok, szervezetek és államok hanyatlására az érintettek?* Budapest, Osiris Kiadó.
11. Hurst, J. (2002). *Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. Measuring Up: improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris, OECD: 35-54.
12. Jacobs, R., P. C. Smith and A. Street (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. New York, Cambridge University Press.
13. Kelley, E. and J. Hurst (2006). *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*, OECD Health Working Papers No. 23.
14. Kutzin, J. (2001). „A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements.” *Health Policy* 56(3): 171-204.
15. Legido-Quigley, H., M. McKee, E. Nolte and I. A. Glinos (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Bodmin, Cornwall, European Observatory on Health Systems and Policies.
16. Nohria, N. and R. Gulati (1997). „What is the optimum amount of organizational slack?” *European Management Journal* 15(6): 603-611.
17. Organisation for Economic Cooperation and Development (2004). *Towards High-Performing Health Systems*. Paris, OECD.
18. Organisation for Economic Cooperation and Development (2010). *Health Care Systems – Efficiency and Policy Settings*. I. Joumard, P. Hoeller, C. André and C. Nicq, OECD Development Publishing.
19. Roberts, M. J., W. Hsiao, P. Berman and M. R. Reich (2004). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York, Oxford University Press.
20. Saturno, J., J. Gascón and J. P. Parra (1997). *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria [Treaty on quality for primary health care]*. Madrid, Du Pont Pharma.
21. Smith, P. (2009). *Performance measurement for health system improvement : experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.
22. Street, A. and U. Häkkinen (2009). Chapter 2.7: *Health System Productivity and Efficiency. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. P. C. Smith, E. Mossialos, S. Leatherman and I. Papanicolas. New York, Cambridge University Press: 222-248.
23. Szigeti, Sz. (2009a). „Hatékonyság és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során I. rész.” *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 8(6): 10-15.
24. Szigeti, Sz. (2009b). „Hatékonyság és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során II. rész.” *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 8(7): 13-18.
25. World Bank (1993). *World Development Report. Investing in Health*. New York.
26. World Health Organisation (2001). *The world health report 2000*. Geneva, WHO.
27. World Health Organization (2005). *Strengthened health systems save more lives. An insight into WHO's European Health Systems' Strategy*, WHO Regional Office for Europe.

-
1. Gaál Péter a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának megbízott igazgatója
 3. Szigeti Szabolcs egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa
 3. Evetovits Tamás, a WHO Európai Regionális Iroda egészségügyi finanszírozási részlegének vezetője
 4. Lindeisz Ferenc biztosításmatematikuss, független szakértő

A jó kormányzás és a teljesítményértékelési rendszer kapcsolata

Ahhoz, hogy megértsük a teljesítményértékelési rendszer helyét az egészségpolitikai összefüggésben, illetve azt, hogy miképpen lehet hatékonyan hasznosítani a teljesítményértékelésből származó eredményeket és visszajelzéseket, érdemes megvizsgálni a jó kormányzás átfogó keretrendszerét és annak egészségpolitikai vonatkozásait. Úgy gondolom, hogy ennek segítségével mélyebben megérthetjük, hogy milyen szervezeti feltételek szükségesek a teljesítményértékelési rendszer megfelelő működéséhez. A jó kormányzás kiemelt rendező elvei közül azonban az elszámoltathatóság követelménye az, amely különösen erős kapcsolatban van a teljesítményértékelési rendszerek létrehozásával és működtetésével. Nem véletlen, hogy az elszámoltathatóság és a transzparencia szempontjai a WHO Európai Régiójának Tallini Kartájában is kiemelt hangsúlyt kaptak (WHO, 2008). Tanulmányom második részében ezért az elszámoltathatóság elvi szempontjait szeretném összefoglalni, illetve megvalósításának fontosabb gyakorlati problémáit szeretném elemezni néhány eset bemutatásával az egészségpolitika területéről. Végül szeretnék rámutatni néhány megoldási lehetőségre is, amelyek a kormányzati munka és a közszolgáltatások eredményességét növelhetnék egy szisztematikusan felépített elszámoltathatósági keretrendszer kialakításával.

■ Szigeti Szabolcs

Egészségpolitika és a jó kormányzás

Az elmúlt évtizedek egyik fontos fejleménye volt a kormányzás mint folyamat (governance) koncepciója. Úgy vélem, hogy az elmúlt évtizedek során a jó kormányzás fogalmi és elvi keretei már letisztultak olyan mértékben, hogy egy, a korunk követelményeinek megfelelni kívánó állam számára jó útmutatóul szolgáljanak. Többek között az Egyesült Nemzetek Szervezete a következő összefoglalását adja a jó kormányzás fogalmának: „A jó kormányzás elősegíti az igazságosságot, a részvételt, a pluralitást, az átláthatóságot, az elszámoltathatóságot és a joguralmat olyan módon, amely egyidejűleg biztosítja a hatásosságot, a hatékonyságot és a fenntarthatóságot.” (United Nations, 2012).

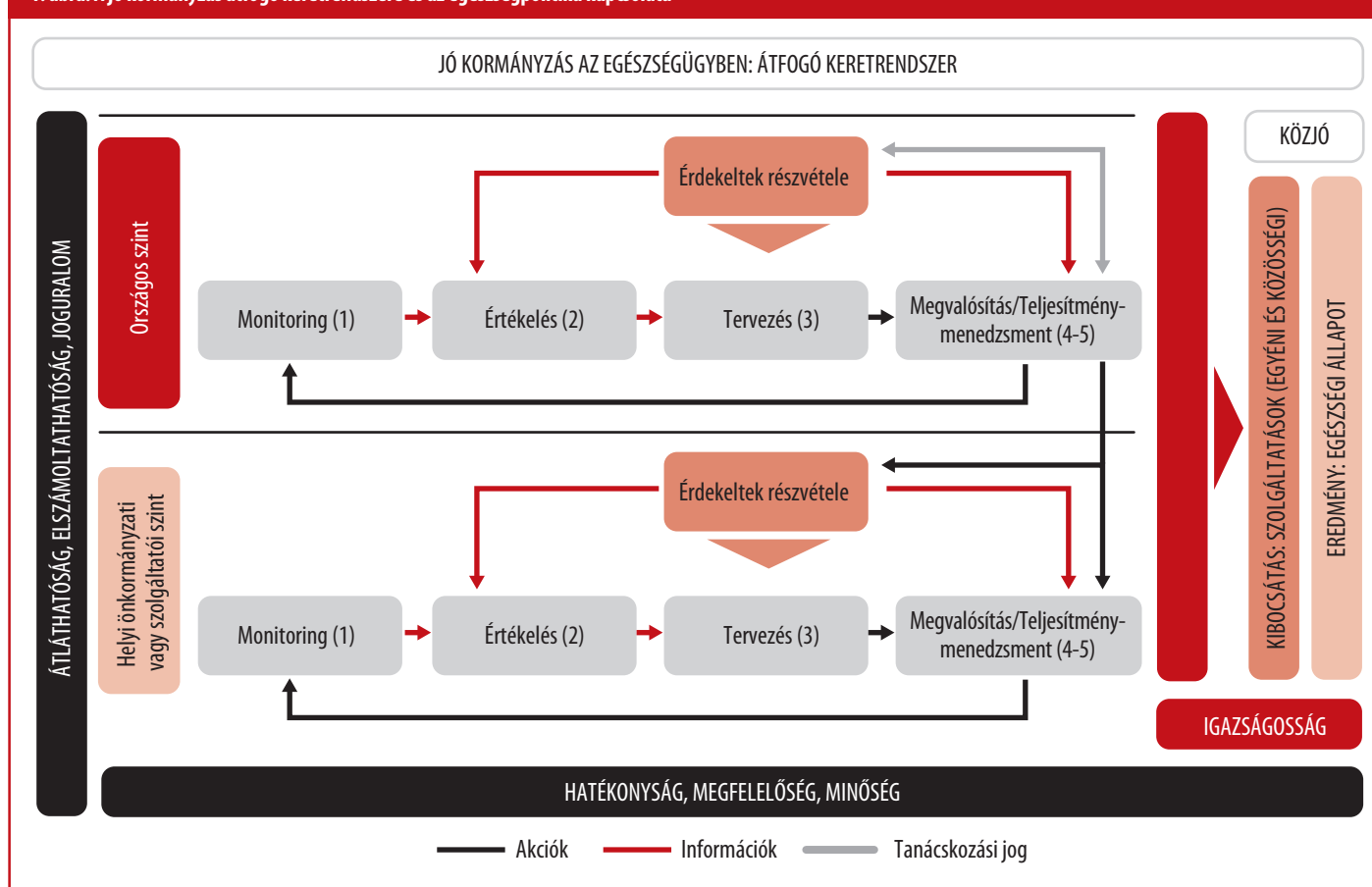
Több szerző az új koncepció megjelenését elsősorban a Világbank által javasolt gazdasági és társadalompolitikai programokhoz köti (G. Fodor-Stumpf, 2007). A Világbank jó kormányzás koncepciója erőteljesen hangsúlyozta a gazdasági vállalkozások és civilszervezetek részvételének szükségességét a fejlesztési programokban, illetve a privatizáció is központi szerepet kapott a Bank támogatási programjaiban a korábbi szocialista országokban (World Bank, 1994; Buse-Walt, 2000). Minden bizonnyal ez is hozzájárult ahhoz, hogy

a jó kormányzás koncepcióját számos szerző és szakértő Magyarországon neoliberális paradigmaként értelmezi, még akkor is, ha a privatizáció önmagában nem vezethető le a jó kormányzás jelenleg általánosan használt fogalmi keretéből.

Magyarországon a jelenlegi kormány 2011-ben fogadta el és tette közzé a Magyar Zoltán Közigazgatás-fejlesztési Programot, alig pár hónappal az új Alaptörvény elfogadása után. Az új program egyrészt a jó állam koncepcióját állítja középpontba és ennek keretében értelmezi a közjó fogalmát, másrészt a közigazgatás minőségi megújítására egy több részletre kiterjedő helyzetértékelés után pragmatikus akciótervet mutat be (Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, 2011). A program szerzői szándékuk szerint ugyanakkor alapvetően egy értelmezési keretet kínálnak, amely a megszerzett tapasztalatok fényében átalakításra és módosításra kerülhet majd – akár éves gyakorisággal is (Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, 2011).

Úgy vélem, hogy a sokféle fejlesztési törekvés ellenére még mindig hiányzik egy olyan átfogó – a szervezetfejlesztés számára is irányadó – keretrendszer, amely összekötné a jó kormányzás elvi követelményeit a tényleges működési folyamatokkal. Véleményem szerint egy ilyen keretrendszer jelentősen megkönnyítheti az adott kormányzati folyamatok

1. ábra. A jó kormányzás átfogó keretrendszere és az egészségpolitika kapcsolata



gyengeségeinek és erősségeinek feltárását. Az alábbiakban szeretném bemutatni az általam javasolt átfogó – ideális – jó kormányzási keretrendszert, különösen az egészségügyi rendszer fontosabb célkitűzéseire vonatkoztatva. A javasolt keretrendszert összefoglalóan az alábbi 1. ábrán mutatom be.

A kormányzás folyamata szempontjából megkülönböztethetünk központi és helyi kormányzati szintet, valamint még globális szintet is. A jelenlegi tanulmány keretei között a helyi és központi szintet szeretném a középpontba állítani, a globális szint kérdésével egy későbbi tanulmányban foglalkozom majd. Akár központi, akár helyi szintű kormányzatról beszélünk, a folyamat középpontjában egy több lépcsőből álló ciklikus irányítási folyamat áll. A ciklikus folyamat egyes alrendszerei elvileg egymással szoros intézményes kapcsolatban vannak. Ennek első két lépcsője a helyzetértékelést és a szakpolitikai programok utólagos hatásának értékelését biztosító monitoring (1) és értékelési rendszer (2) – összefoglalóan a teljesítményértékelési rendszer, amely a működési folyamatok és eredményeik értékelésén keresztül szolgálja a tervezést (3) a döntés-előkészítés során. A tervezési szakaszban kerülnek megfogalmazásra a döntési alternatívák, majd ezt követően a döntési (4), és végül a megvalósítási (5) szakasz következik. A szakpolitikai döntések következményei csak akkor értékelhetők, ha a meghozott intézkedések mérhető célokban is megfogalmazódnak, illetve ha a célok teljesüléséről képesek vagyunk adatokat gyűjteni. Ezzel együtt feltételezzük, hogy nem csak az elérni kívánt cél, hanem a kiindulási alap is megragadható számokban.

A szakpolitikai és szervezeti folyamatok céljainak szemszögéből az egészségügyi rendszer eredményei egyrészt külön-

böző kibocsátások – másként szolgáltatások – előállítása, másrészt valamilyen célállapot elérése kiemelt eredményességi mutatókban, például a születéskor várható élettartamban. Az egyes szakpolitikai rendszereknek a teljesítménymérése többek között arra a kérdésre próbál meg választ adni, hogy pontosan milyen eredményeket minek a hatására értünk el. A monitoring teremti meg a visszacsatolást a döntések és azok előkészítése között.

A kormányzás keretrendszerében legalább két szintet lehet megkülönböztetni: részben helyi szintű önkormányzatokról vagy szolgáltatókról, részben pedig központi kormányzatról beszélhetünk. A szolgáltatók esetében is ugyanúgy léteznek az irányítási folyamatok, mint az önkormányzat esetében, de értelemszerűen nem szakpolitikai, hanem szervezetiirányítási folyamatról beszélünk. Az érdekelt képviselőiben számos szervezet – szakmai-, beteg- és más civilszervezet – vehet részt a kormányzás folyamatában, és bizonyos esetekben különböző szintű jogosítványokat kaphatnak a tanácskozási jogtól az együttdöntésig terjedően. Míg más európai országokban – mint például Németországban – a szakmai szervezeteknek erős, érdemi részvétele van akár a szakmai döntések előkészítésében és meghozatalában is, addig Magyarországon ugyanezek a szervezetek inkább tanácsadói szerepben vannak.

Az egyes szintek különféle minőségű és intenzitású kapcsolatban állhatnak egymással az egyes alrendszerekben. A helyi szintek különböző jelentéseken keresztül kapcsolódnak a központi rendszer monitorizálási folyamataihoz. Erre példa az egészségügyi szolgáltató intézmények finanszírozási célú teljesítményjelentése. A végrehajtási-irányítási funkcióban ugyanakkor a központi kormányzat konzultatív módon, to-

vábbá rendeletekkel, illetve bizonyos esetekben akár közvetlen utasításokkal is szabályozhatja a helyi szint tevékenységét és működési folyamatait.

Ideális esetben a jó kormányzás kiemelt rendező elvei – átláthatóság, elszámoltathatóság, joguralom, hatékonyság, megfelelőség, fenntarthatóság, minőség – mindkét szinten áthatják a kormányzati és/vagy szervezeti folyamatok minden egyes elemét. Az igazságosság viszont abban tér el a többi átfogó rendező elvtől, hogy kifejezetten a kibocsátással és az eredményességgel kapcsolatban tudjuk értelmezni.

Amikor a jó kormányzás folyamatainak gyakorlati érvényesülését vizsgáljuk, akkor a következő fontosabb elemzési kérdéseket tehetjük fel:

1. Mely alrendszerek és funkciók kerültek kialakításra és vannak ténylegesen használatban az 1. ábrán bemutatott ciklikus lépcsőzetes szakpolitikai folyamatban? Ezek össze vannak-e kapcsolva egymással, vagy egymástól függetlenül, izolált formában léteznek, és érdemi hatással vannak-e egymásra?
2. A követett célok mind a kibocsátásra, mind az eredményességre vonatkozóan mérhető formában vannak-e megfogalmazva az egyes szakpolitikai intézkedésekhez kapcsoltan?
3. Az érdekelték milyen módon kerülnek bevonásra és mely funkciókban?
4. Hogyan és milyen funkciókon keresztül kapcsolódik egymáshoz a helyi és a központi szint?
5. Milyen szervezeti megoldásokon vagy intézményi folyamatokon keresztül érvényesülnek a jó kormányzás kiemelt rendező elvei?

Ennek a tanulmánynak nem célja, hogy részletekbe menően feltárja a jó kormányzás érvényesülését a fenti kérdések alapján a magyar egészségügyi rendszerben. Ám az rövid összefoglalásként megállapítható, hogy a központi kormányzati szinten a szisztematikus szakpolitikai értékelési és tervezési funkció eddig nem került kiépítésre. S ezek hiánya jelentősen korlátozná az egy esetlegesen jól kialakított teljesítményértékelési rendszerből származó megállapítások hasznosíthatóságát. Jelenleg a monitoring funkció főként informatikai területen sokoldalúan kialakított rendszer, és annak eredményei inkább jogi és pénzügyi szempontból kerülnek felhasználásra. Ugyanakkor a monitoring-funkcióból nyerhető információk szakpolitikai célú felhasználása a hatékonyság, az igazságosság, a fenntarthatóság és a minőség szempontjainak értékelésére esetleges. Ezért azt mondhatjuk, hogy az egészségpolitikai döntés-előkészítés jelenleg nem támogatott egy mérhető célokat kitűző tervezési folyamat által, és így az eredmények mérése is csak nehezen lehetséges. Az is igaz, hogy a kormányzati stratégiai irányítás fejlesztésére ebben az évben elfogadtak egy kormányrendeletet¹, amely várhatóan ösztönzőleg fog hatni legalább a szakpolitikai stratégiák és az azok megvalósítását kitűző szakpolitikai programok esetében. A továbbiakban csak az elszámoltathatóság szempontjával mint a jó kormányzás egyik kiemelt rendező elvével és annak egészségpolitikai érvényesülésével szeretnék foglalkozni.

Elszámoltathatóság és jó kormányzás

A kormányzati munka és a közszolgáltatások elszámoltathatósága több tekintetben sokat fejlődött az elmúlt két évtized-

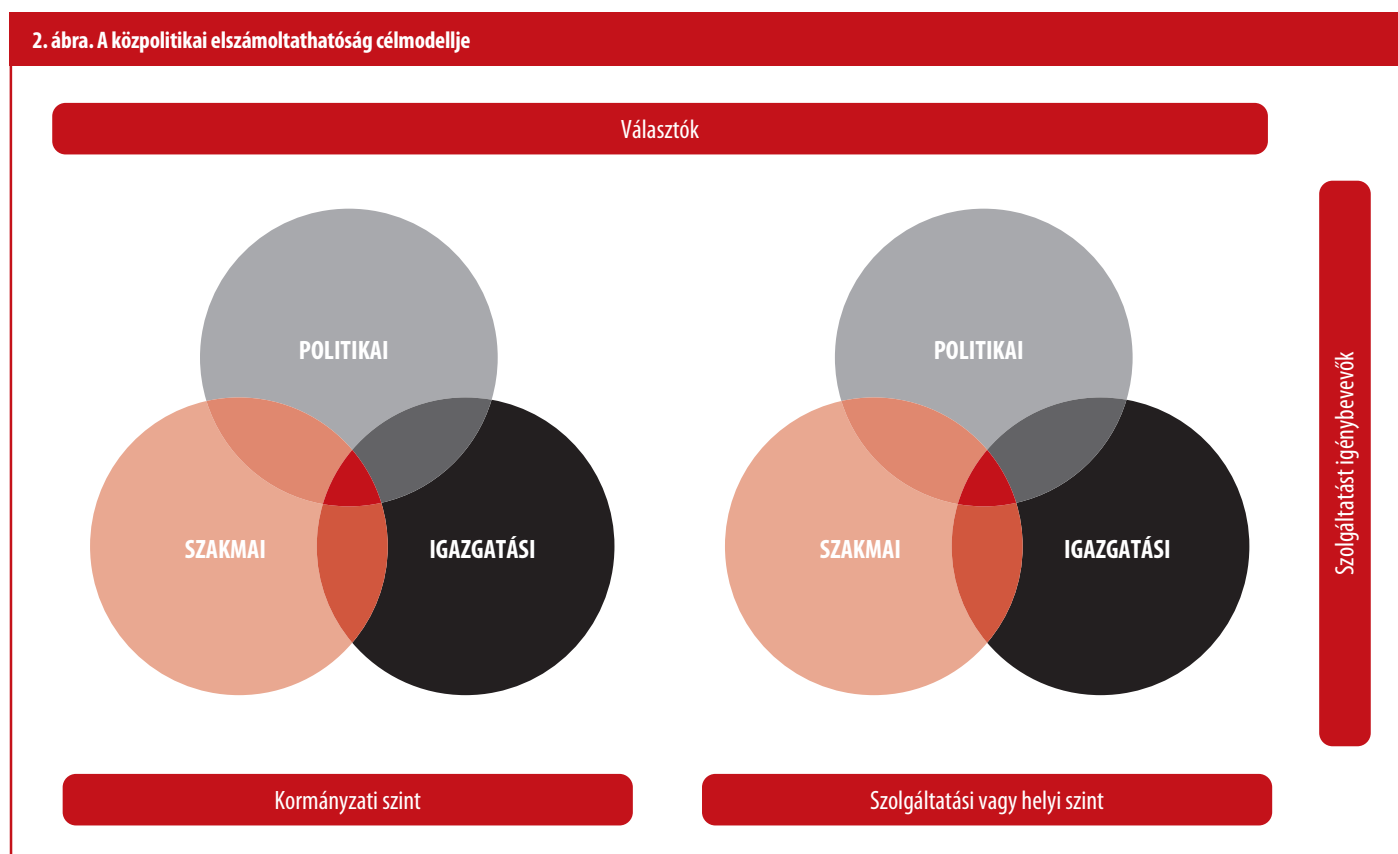
ben a rendszerváltozás óta. Mind az ezzel foglalkozó szervezetek száma, mind az értékeléssel foglalkozók módszertani felkészültsége jelentősen nőtt. Különösen gyorsan fejlődik a közszolgáltatások minőségügyi ellenőrzése és szabályozása, és a közpolitika irányításának ellenőrzésén is lényegesen javítottak olyan intézményi szereplők, mint az Állami Számvevőszék, vagy mint az országgyűlési biztosok rendszere. Mégis, számos jel arra utal, hogy továbbra is jelentős elszámoltathatósági deficitről (Bovens, 2010) beszélhetünk Magyarországon, s ez talán különösen igaz a közpolitika kormányzati szintjére.

A magyarországi közpolitikai környezetben az elszámoltathatóságot szinte teljesen azonos értelemben használják a felelősségre vonhatósággal, vagyis használata leszűkül a jogi és gazdálkodási szabálysértések számonkérésére, és az ezzel kapcsolatos lehetséges büntetőjogi eljárásokra. Ennek az a következménye, hogy az elszámoltathatóság értelmezése és használata inkább politikai akciókra szűkül, ami nagyon megnehezíti a fogalommal kapcsolatos tisztázó rendszerszintű közéleti gondolkodást és vitákat. Holott nagyon is szükséges lenne a fogalom pontos tisztázása, és annak szisztematikus vizsgálata, hogy miképpen lehetne javítani a közpolitika és a kormányzás szakmai eredményességének ellenőrzésén, hiszen a közjó szempontjából legalább olyan fontos az eredményes, mint a szabályszerű kormányzás.

Számos lényegesen pontosabban körülhatárolt definíció is született az elmúlt években. Ezek jellemző módon általánosságban úgy határozzák meg az elszámoltathatóságot, mint az egyének vagy intézmények kötelezettségét az információ vagy magyarázat szolgáltatásra cselekedeteikkel kapcsolatban, amely magában foglalja a lehetséges szankciókat is, amennyiben az elvárt cselekvés nem történik meg vagy a kitűzött elvárások nem teljesülnek (Brinkerhoff, 2004; Ezekiel, 1996). Utóbbival kapcsolatban a fontos tartalmi elemek közé tartozik annak értékelése valamilyen nyilvános fórumon, hogy milyen specifikus tartalmi kritérium nem kerül teljesítésre (Ezekiel, 1996). Az alapján, hogy az elszámoltathatóságnak mi az alanya, tárgya és folyamata, jellemzően megkülönböztethető az elszámoltathatóság szakmai, gazdasági és politikai modellje (Ezekiel, 1996). Más szerzők az egészségügyi rendszerekre vonatkoztatva az elszámoltathatóság több dimenzióját különböztetik meg: klinikai-, szakmai-, jogi-, pénzügyi-, politikai-, és etikai elszámoltathatóságot (Saltman, 1995). További kutatók az elszámoltathatóság folyamatjellegét tartják döntőnek, amelyben az intézmények egyrészt teljesítik, másrészt egyensúlyban is tartják a döntéshozatali folyamat során a közpolitikával és a közszolgáltatásokkal szemben támasztott igényeket. Felelős kormányzás nem lehetséges intézményesített elszámoltatási rendszerek nélkül (Bovens, 2010), továbbá a kialakított elszámoltatási folyamatnak biztosítania kell: az átláthatóságot; a részvételt; az előre meghatározott célokhoz képest a teljesítmény értékelését; és végül a döntésekkel szemben felmerült kifogások kezelését biztosító korrekciós mechanizmusokat (Blagescu, 2005).

Úgy látom, hogy a magyarországi problémák feltárásához és a megoldási javaslatok megfogalmazásához további fogalmi tisztázásra van szükség, a hazai társadalmi és intézményes környezetnek megfelelően. Véleményem szerint ehhez egy olyan koncepcionális modellre lenne szükség – a magyarországi környezetnek megfelelően –, amely az elszámoltathatóság egyes alanyait egymáshoz való kapcsolatukban világo-

2. ábra. A közpolitikai elszámoltathatóság célmodellje



sabb és áttekinthetőbb módon mutatja be. Az általam javasolt koncepcionális keretrendszert a 2. ábrán mutatom be.

Az elszámoltathatóság tárgya és a közpolitika gyakorlati folyamata alapján mindenekelőtt politikai, szakmai és igazgatási felelősséget különböztet meg. Értelmezésem szerint az igazgatási felelősség magában foglalja az adminisztratív és a jogi előírások, valamint a pénzügyi szabályok területét is. Természetesen a gyakorlatban az egyes területek egymást átfedik, mégis nagyon fontos megkülönböztetni az egyes területeket az elszámoltathatóság szempontjából, hiszen más az alanya, más a tárgya és más a folyamata az elszámoltathatóságnak, továbbá más az egyes területeken dolgozókkal szemben támasztott képzettségi, kiválasztási és értékelési követelmény. Ezen túlmenően érdemes még a közpolitikát is több rétegben, összetettebben vizsgálni, hiszen a közpolitika részét képezik tágabb értelemben a közpolitika irányításában, felügyeletében és koordinációjában nyújtott szolgáltatások is. Más megközelítést igényel a közpolitikai irányító szintjének – kormányzat – és a közszolgáltatásokat biztosító helyi vagy szolgáltatói szint elszámoltatása. A helyi vagy szolgáltatói szint elszámoltatását részben a kormányzat, részben a választók közvetlenül végzik. Az alábbi ábrán grafikusán mutatom be a közpolitikai elszámoltathatóság ideális modelljét.

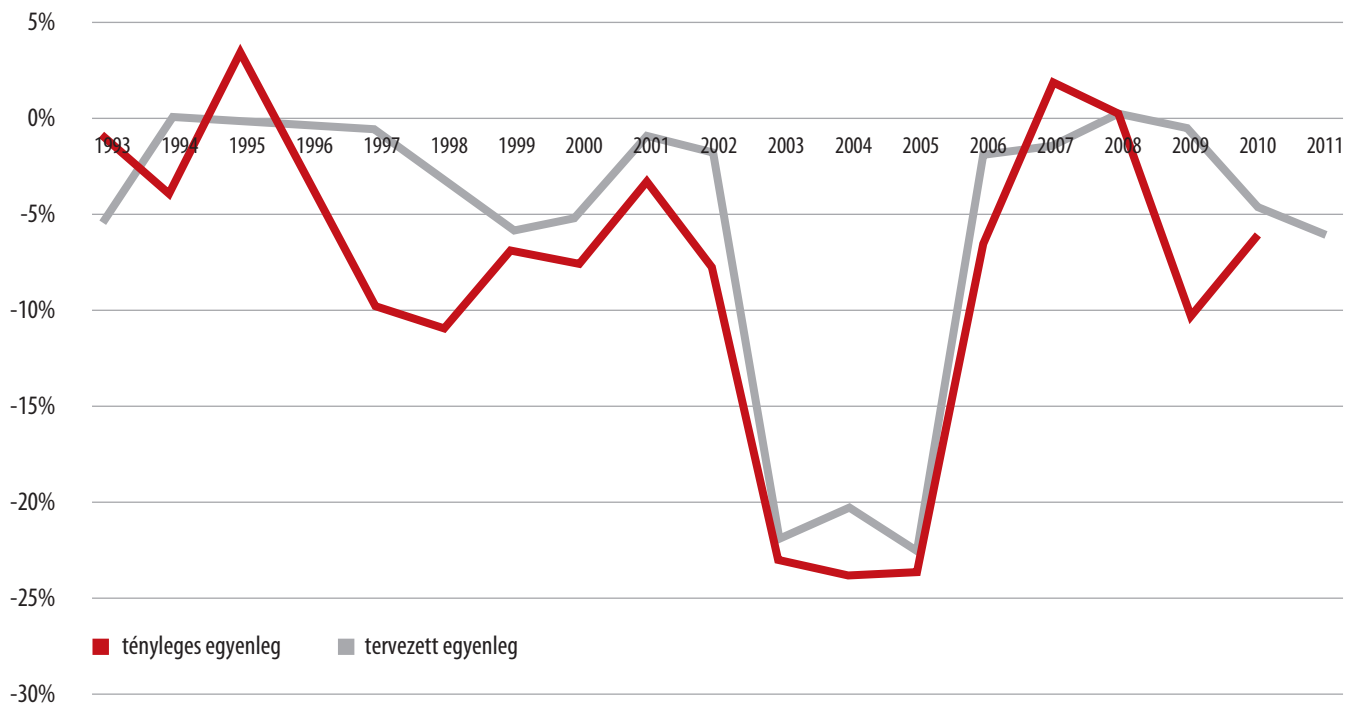
Felfogásom szerint a közpolitikai elszámoltathatósági keretrendszer valójában olyan folyamat, amely a közpolitikai intézményrendszer teljes spektrumán korrekciós intézkedések elindítására képes, ha a közpolitikai cselekvés eredményei nem felelnek meg az elvárásoknak. Ennek megfelelően az elszámoltathatóságnak szervesen össze kell kapcsolódnia a jó kormányzás szervezeti és szakpolitikai folyamataival (1. ábra). A választók vagy szolgáltatást igénybe vevők elvárásait a közpolitika központi vagy helyi szintjén elsősorban a politikai elit fordítja át közpolitikai stratégiai célkitűzésekké,

amelyek a szakmai és igazgatási szintekkel való együttműködésben formálódnak átfogóbb szakpolitikai stratégiákká és a célkitűzések megvalósítását pontosan meghatározó akciótervekké, majd konkrét intézkedésekké. A politikai elit szerepe azért kiemelkedő jelentőségű, mert az rendelkezik azzal a felhatalmazással, hogy a társadalmi problémákat rendszerszerűen azonosítsa, ezek megoldására szakpolitikai alternatívákat dolgoztasson ki, és a társadalom értékrendje alapján végül a megvalósításra kerülő alternatívák között döntést hozzon, illetve a szükséges erőforrásokat ehhez rendelje.

Az egyik legfontosabb kérdés, hogy vajon sikerül-e megfelelő egyensúlyt kialakítani a politikai, szakmai és igazgatási szempontok között. Sokszor előfordul, hogy politikusok a saját elszámoltathatóságukat leszűkítik a saját választóikkal szemben érzett felelősségre, és a társadalom egészét érintő döntéseik helyességének mércéjeként mindössze csak azt jelölik meg, hogy újraválasztják-e őket a következő választáson. A választások ugyanakkor sokszor nem a szakmai programokról és azok színvonaláról, hanem sokkal inkább különböző kommunikációs technikákról, vagy csak egy-két kiemelt témáról szólnak, amelyekkel leginkább érzelmileg motiválják választóikat. A gyakorlat azt mutatja, hogy a választási kampányban nem a szakpolitikai koncepciók alapos ütköztetése és számonkérése folyik, hanem a választók megnyerése csak olyan mértékben, amely a választások megnyeréséhez szükséges.

Az elszámoltathatóság ideális modelljében elsősorban azért különböztetem meg az igazgatási – jogi és finanszírozási – területet a szakmai területtől, mert egyfelől a jogi, szervezési és gazdálkodási tevékenységek során is természetesen szakmai munka folyik, illetve a szakpolitikai intézkedések általában valamilyen jogszabályi és finanszírozási formában kerülnek ki hirdetésre és megvalósításra, másfelől azonban a közpolitikai

3. ábra. A tervezett és tényleges deficit az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak százalékában



cselekvés eredményességét alapvetően a szakpolitikai akciók és ezek eredményeképpen a közszolgáltatások minősége és eredményessége határozza meg. Miközben igazgatási szempontból a számonkérés kapcsán elsősorban a szabályoktól való eltérést és a működtetési hatékonyságot vizsgáljuk, addig szakmai szempontból szisztematikusan értékelni kell a kitűzött teljesítménycélok elérését. Azokban a közpolitikai rendszerekben, ahol az elszámoltathatóság leszűkül a választásokon való számonkérésre és a közpolitikai cselekvés ellenőrzése dominánsan a jogi és gazdálkodási szabályok vizsgálatát jelenti a, a szakmai eredményesség számonkérése nélkül, csak gyenge elszámoltathatóságról beszélhetünk, hiszen a közpolitika lényegi céljai nem kerülnek ellenőrzésre és visszajelzésre.

Ezek a rendszerek kevésbé képesek időben megfelelő korrekciós mechanizmusokat indítani a tévesen meghatározott stratégiai célok és a megvalósításukat szolgáló akciók korigálására. A közpolitikai műhiba bekövetkezésének és az ezzel járó jelentős társadalmi erőforrás-vesztés keletkezésének esélye ezekben a rendszerekben igen magas. Feltételezhető, hogy a politikai bizalom szempontja dominánsan érvényesülni fog a közpolitika-irányítás szakmai szintjén is, hiszen a kinevezett szakmai vezetők elszámoltatása megfelelő rendszer hiánya miatt csak csekély mértékben lehetséges, ezért esetleges. Az alacsony szintű szakmai elvárások és gyenge szakmai elszámoltathatóság a potenciális szakpolitikai vezetői körrel szemben a politikai pártok belső szakmai kiválasztási rendszerét is alapvetően feleslegessé teszi, hiszen a szakmai szempontok mind a választások, mind a későbbi közpolitikai irányítás során alárendeltek. Ezen a helyzeten a politikai pártok maguktól aligha változtatnak gyökeresen, hiszen az elszámoltathatóság szigorúbb, szakmai kritériumokat jobban figyelembe vevő rendszere valóban a politikai cselekvés mozgásterét szűkítheti kormányzati szerepben, és hasonlóképpen, korlátozhatja a pártok

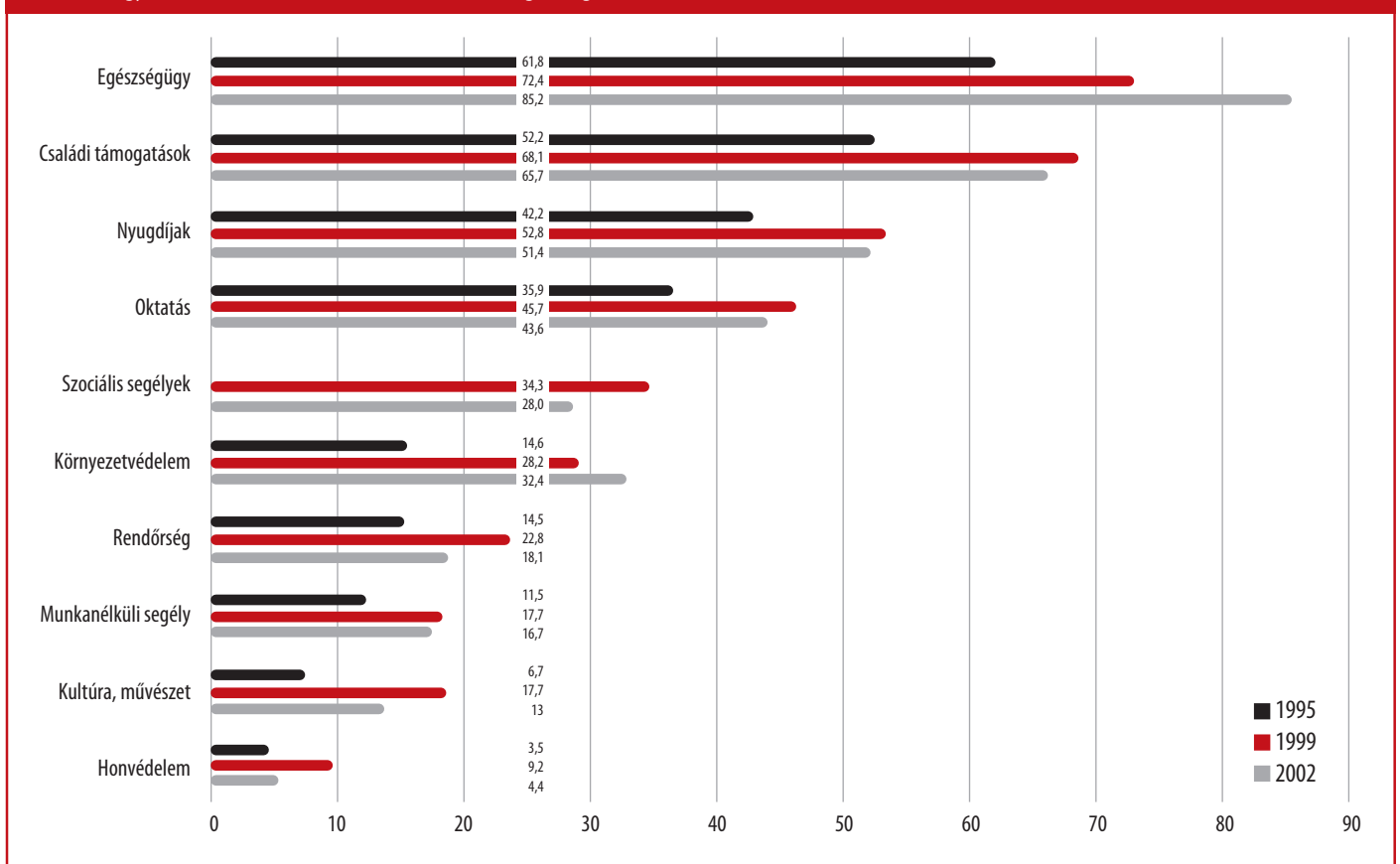
gazdasági háttérét biztosító, jellemzően erős gazdasági érdekeltségű támogatók lehetőségeit.

Az elszámoltathatóság ideális modellje alapján szembevetve, hogy a helyi vagy szolgáltatói szinten működő szakmai munkát végzőkre irányul a legnagyobb elszámoltatási nyomás. A tevékenységük nemcsak a központi szint által ellenőrzött, hanem elszámoltathatóak mind a helyi politikai elit, mind a szervezetek igazgatását végző egységek, mind pedig a szolgáltatást igénybevevők által közvetlenül is.

A közpolitika elszámoltathatóságának problémái a magyar egészségügyi rendszerben

Az alábbiakban néhány fontosabb példán keresztül szeretném bemutatni az elszámoltathatóság problémáit – a magyarországi közpolitikai környezetben, a teljesség igénye nélkül – az egészségpolitika területéről. Az egészségügyi közszolgáltatások területén a szolgáltató intézmények elszámoltatása nagyon sokat fejlődött az elmúlt két évtizedben; a szolgáltatók teljesítményük alapján kerülnek finanszírozásra 1993 óta, amit egyre szigorúbb és kifinomultabb módszerekkel ellenőriz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Amennyiben az elszámolások nem a finanszírozási jogszabályoknak megfelelően készülnek el szigorú formai előírások alapján, akkor az ellátóktól visszavonható a finanszírozás. Hasonlóképpen, ha az egészségügyi szolgáltatások nyújtása nem az előre meghatározott szakmai minimális feltételek alapján történik, akkor az ÁNTSZ visszavonhatja az ellátó működési engedélyét. Abban az esetben, ha önkormányzati vagy állami kórházak adóssága elér egy előre meghatározott kritikus szintet, akkor csődbiztos is kirendelésre kerülhet (Gaál, 2011). Ezzel párhuzamosan elkezdődött az ellátók teljesítményének ellenőrzése és monitorizálása olyan minőségi paraméterek mentén is, mint a várólisták hosszának rendszerszintű figyelése. A háziorvosi finanszírozás 2011-től részben minőségi indikátorok alapján történik.

4. ábra. Az egyes kiadások növelése tekintetében a lakosság támogatása (adatforrás: TÁRKI)



A szolgáltatók elszámoltatásához sorolható például még a kötelező belső minőségügyi rendszer működtetése a kórházakban, továbbá bevezetésre került a betegjogi képviselők rendszere 1997-től, valamint a betegek panaszainak kezelését is részletesen szabályozták, szintén 1997-től.

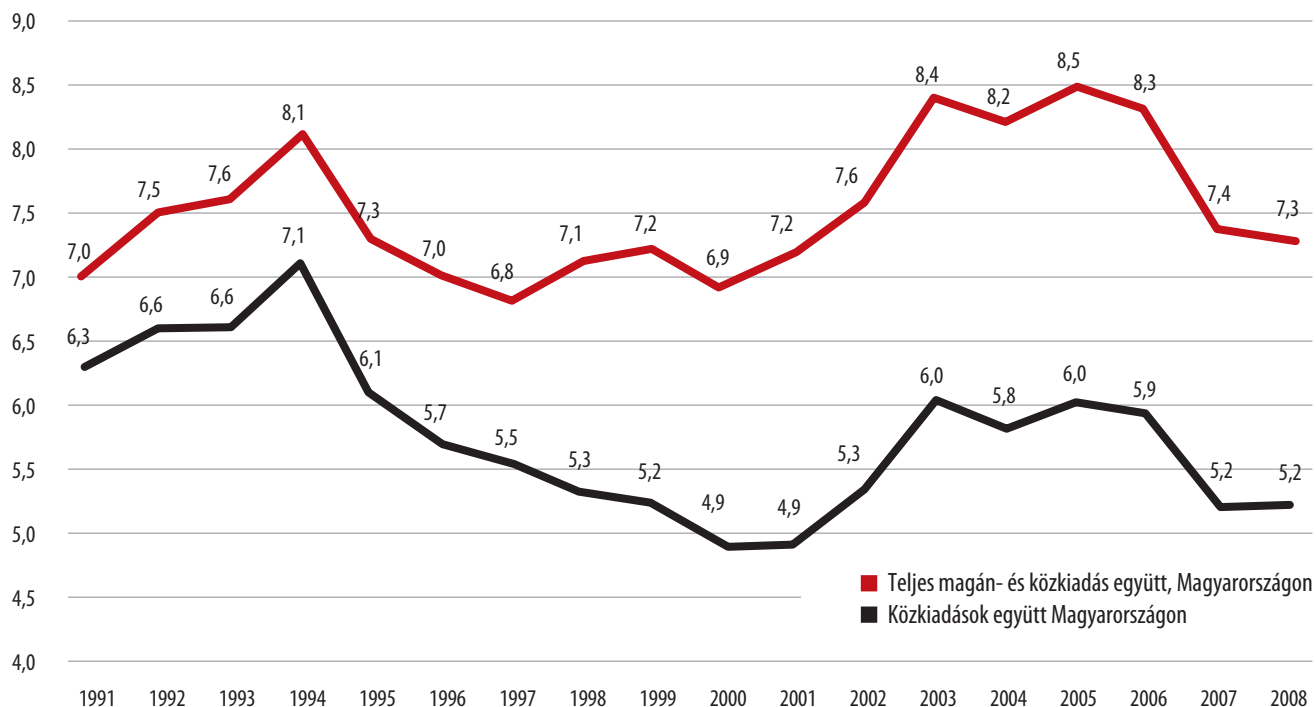
A szolgáltatók elszámoltatásának egyre gyorsabban fejlődő eszköztárával szemben a központi kormányzati munka, különösen a szakmai munka számonkérése jóval szegényesebb. A kormányzati szint elszámoltathatósága leszűkül az érvényben lévő jogszabályok betartásának és végrehajtásának vizsgálatára, a szakmai eredményességi célok számonkérése nélkül. A központi kormányzat jogszabályoknak megfelelő működését az Állami Számvevőszék, továbbá belső ellenőrzést végző szervezeti egységek és kiegészítésként az országgyűlési biztosok végzik egyébként jól kialakított rendszerben.

A kormányzat önkényes viszonyulását a tevékenységét szabályozó jogszabályokhoz azonban jól példázzák azok a kormányzati intézkedések, amelyeket a kormány az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyával kapcsolatban hozott. Az Egészségbiztosítási Alap hiányát az államháztartásnak akkor is finanszíroznia kell, ha a bevételek nem fedezik a kiadásokat. Ez a szabály alapvetően már az 1970-es évek közepe óta érvényben van a társadalombiztosítási gazdálkodásra vonatkozóan^{II}. Később, 1997-ben, ezt a szabályt azzal egészítették ki, hogy ha a pénzügyi előrejelzésekből megállapítható, hogy a bevételek tartósan nem fedezik a kiadásokat, akkor a kormánynak javaslatot kell készítenie az Országgyűlés számára a bevételek és a kiadások egyensúlyát helyreállító intézkedésekre, amelyek a járulékok emelésével vagy az ellátások szűkítésével járnak^{III}. A 3. ábrán bemutatom az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyának alakulását 1993 és 2011 között.

A tényleges egyenleg alakulása jól mutatja, hogy 1997 után mindössze két olyan év volt (2007 és 2008), amikor egyensúlyba került az Alap költségvetése. Több évben, különösen 2003 és 2005 között, azonban a kiadások negyedét kitevő hiány alakult ki a gazdálkodásban. De jelentős volt a hiány 1998 és 2010, illetve 2009-10-ben is. A hiány mértéke 2005-ben elérte a 341 milliárd forintot. Ebben az évben a Parlament ahelyett, hogy elszámoltatta volna a kormányt az államháztartási törvényben foglalt kötelezettségeinek a betartásáról, azaz, hogy milyen intézkedések történtek a hiány csökkentésére, egyszerűen különösebb indoklás nélkül eltörölte a kormány egyensúlyjavító kötelezettségét a 2006. évi költségvetést szabályozó törvényben^{IV}. Később, 2007-ben, amikor az Egészségbiztosítási Alap másodszor zárt többlettel az Alap felállítása óta, a Parlament visszaállította a kormány kötelezettségét^V az egyensúlyt javító intézkedések előterjesztésére (ÁSZ, 2008). Két év múlva, 2009 végén az Egészségbiztosítási Alap ismét több mint 10 %-os hiánnyal zárt a tervezett 0,6 %-os hiányhoz képest. A kormányzati egyensúlyjavító intézkedések ismét elmaradtak, sőt a Parlament ismét eltörölte a kormány jogszabályi kötelezettségét az intézkedések előterjesztésére^{VI}. Így talán nem meglepő, hogy 2010-re és 2011-re újra jelentős hiánnyal tervezték meg az Egészségbiztosítási Alap költségvetését. Ugyanakkor az is igaz, hogy a kormány jogszabályi kötelezettség nélkül is – az államháztartási egyensúly javítása érdekében – számos olyan bevétel-növelő és kiadást csökkentő intézkedést hozott például 2011-ben, amelyek hatására várhatóan a tervezett hiánynál jóval kedvezőbben zárja majd gazdálkodását az Egészségbiztosítási Alap.

Érdemes azt is megvizsgálni egy másik példán keresztül, hogy a politikai elit miképpen fordítja le szakpolitikai akci-

5. ábra. Az egészségügyi kiadások alakulása a GDP százalékában



ökká a lakosság elvárásait. Az elszámoltatás ideális modellje abból a feltételezésből indul ki, hogy a politikusok a választásokon elnyert bizalmat, a választói elvárásokat közpolitikai programokban igyekeznek majd megvalósítani. Azonban egyes tapasztalatok arra mutatnak, hogy a politikai elit a választói elvárásokkal szemben éppen ellenkező módon jár el. Erre példa az egészségügyi közkiadások alakulása.

A TÁRKI 2002 augusztusában publikált jelentéséből kiderül (Bernát, 2002) hogy a magyar lakosság az egészségügyi közkiadások emelését egyre növekvő mértékben támogatta, és 2002-ben már szinte konszenzus volt a közvéleményben ezzel kapcsolatban. A 4. ábrán látható diagramról leolvasható, hogy arra a kérdésre: „Mely területeken támogatná az állami kiadások növekedését abban az esetben is, ha így az adók növekednének, az adózók kézhez kapott jövedelme viszont csökkenne?” a magyar lakosság a négyévente megismételt kérdésre egyre növekvő, végül szinte teljes konszenzussal vélte úgy, hogy az egészségügyet még a közkiadások növelése árán is támogatni kell.

Ezzel szemben az egymást követő kormányok – két év kivételével, amikor általános bérrendezés volt a közalkalmazottak körében – folyamatosan és drasztikusan csökkentették az egészségügyi közkiadásokat (5. ábra) és a bevételek alapját képező egészségbiztosítási járulékszintet (6. ábra). Az egészségügyi közkiadásokat olyan szintre csökkentették, amelynél különösen a szegényebb társadalmi rétegek számára nyújtott egészségügyi ellátás már jelentős gondot okoz (WHO, 2010). A közkiadások drasztikus lefaragása az egészségügy területén természetesen jelentősen felgyorsította az egészségügyi dolgozók elvándorlását az országból, és rontotta az egészségügyi ellátás színvonalának fenntartását már rövidtávon is.

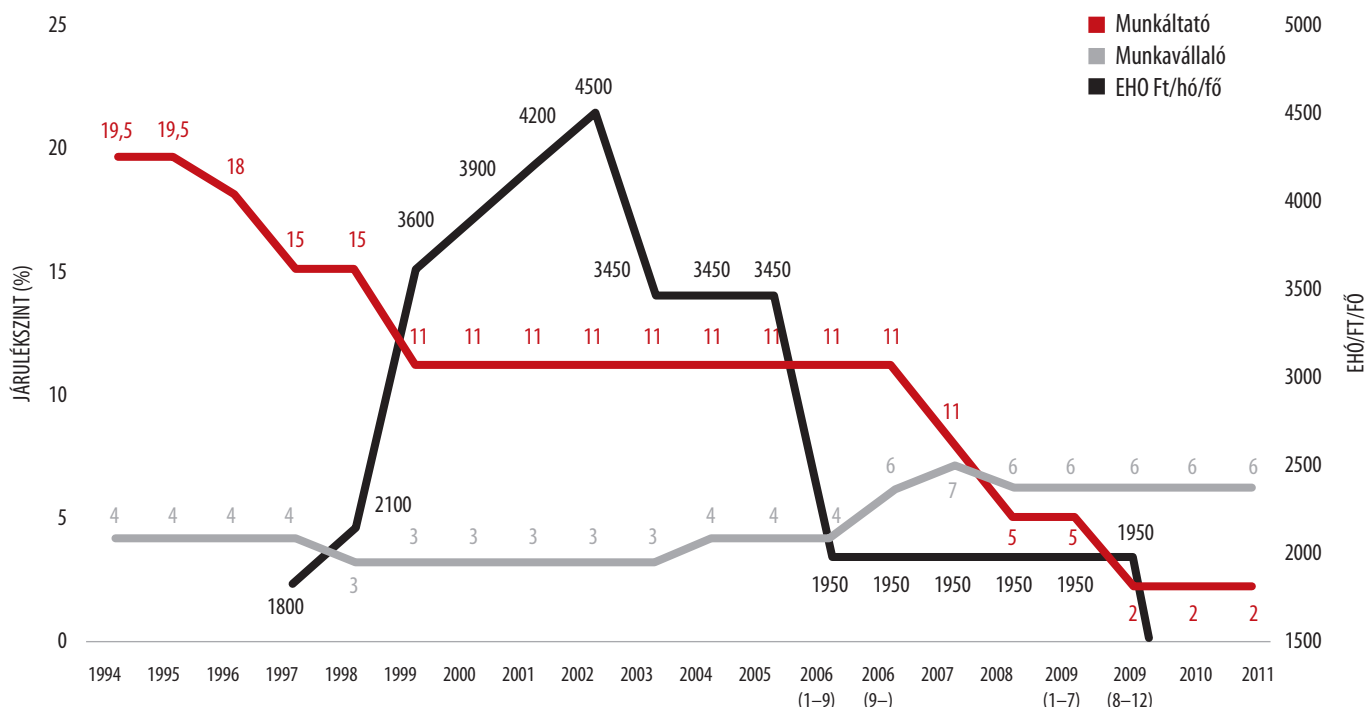
Egy másik tanulmányomban már részletesen foglalkoztam azzal a súlyos problémával, hogy a kormányzat hogyan

azonosította a hatékonyság problémáját az egészségügyi reformok során, hiszen az elmúlt húsz év egészségpolitikai gondolkodásának stabil és meghatározó kormányzati törekvése volt a hatékonyság szintjének növelése egészségügyi rendszerünkben (Szigeti, 2009). Gyakori az az érvelés, hogy mivel egészségügyi rendszerünk gyenge hatékonyságú, nem szabad emelni a közkiadások szintjét.

Hazai viszonylatban a jogalkotásról szóló törvény és a szorosán kapcsolódó minisztériumi útmutató ír elő kötelezettségeket a kormányzat számára a jogszabályok hatásvizsgálatának módszertanáról, továbbá a bizonyítékok használatára vonatkozóan a szabályozási folyamat során. Alapvető problémának tűnik azonban, hogy semmiféle komolyabb szankció nem kötődik ahhoz, ha a kormány megsérti a jogalkotásról szóló törvényt, és szakmailag nem, vagy csak részben megfelelő hatásvizsgálattal készít el jogszabályokat. Azonban nem csupán a jogalkotási törvény megsértésének szankcionálása hiányzik, hanem valójában a közpolitikai folyamat egészének szabályozása, továbbá az elszámoltathatóság minőségi követelményeinek – például a minimális szervezeti és képzettségi szintnek – a meghatározása is^{vii}.

Ugyanakkor a szakpolitikai célok teljesülésének módszertanilag megalapozott vizsgálata is hiányzik, másképpen úgy is fogalmazhatunk, hogy nincs folyamatba ágyazott visszacsatolásunk a kormányzati szakpolitikák teljesítményéről. Legalábbis az egészségpolitika és az ezzel összefüggő kormányzati tevékenység elemzése egyes területeken mindenképpen erre utal. Miközben egyre árnyaltabb módon igyekszik a kormányzat elszámoltatni a szolgáltatókat a teljesítményük növelése érdekében, addig a szabályozói és szakpolitikai teljesítmény elszámoltatása esetleges. Szankciók pedig egyáltalán nem követik az alacsony szintű szabályozói vagy szakpolitikai teljesítményt. A szakpolitika-alkotás jelenleg már ugyan eljutott arra a szintre, hogy egyre jobban strukturált formában

6. ábra. Az egészségbiztosítási járulékszint alakulása 1994 óta



és nagyobb számban kerülnek megjelentetésre stratégiák és akciótervek, de a célok teljesülése monitorizálásának, az elért teljesítmény értékelésének és az értékelés alapján a célkitűzések – az érdekeltek átlátható bevonásával – megalapozott módosításának, valamint a módosított célokon alapuló új akciók indításának rendszerszerű folyamatát nem sikerült kiépíteni. Feltehetőleg az idén elfogadott kormányrendelet a kormányzati stratégiai irányításról javítani fogja a stratégiai tervek és programok értékelését.

Következtetések

A kormányzati tevékenység elszámoltathatóságának növelése egyben a demokratikus döntéshozatali rendszer fejlődését is jelenti. Az elmúlt két évtized kormányzati ciklusai azt mutatják, hogy az egyes kormányzati ciklusokban a kormányzati felelősség elmosódott és ezzel együtt az elszámoltathatóság gyenge maradt, semmiféle szankció nem hathatott fékezőleg a tévedések elkerülésére a jogalkotás során. A magyarországi közpolitika rendszerében egyelőre gyengének látszanak azok a korrekciós rendszerek, amelyek a rosszul kitűzött célokat gyorsan beazonosíthatóvá tennék, és a célok jobb elérhetőségére elfogadott intézkedések és akciók sikerességéről átlátható és időszerű információt nyújtanának.

Több lehetőség van azonban arra, hogy ez a helyzet megváltozzon. Egyrészt a jogalkotási törvényben a jogalkotási szabályok megsértését szankcionálni kellene. Másrészt szükséges lenne a kormányzati szakpolitikai ciklus részletesebb szabályozása a szükséges minimális minőségi követelmények meghatározásával együtt. Végül – harmadrészt – a szabályozottabb szakpolitikai ciklus részeként mielőbb szükséges lenne az ágazati teljesítményértékelési alrendszerek kialakítása és ezek szakpolitikai folyamatba beépítésére a jó kormányzás elveinek érvényre juttatásával együtt.

Hivatkozások

- I. 38/2012. (III.12.) Korm. Rendelet a kormányzati stratégiai irányításról.
- II. 1975. évi II. törvény a társadalombiztosításról 5. §; 1997. évi LXXX. Törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről 3(2). §
- III. 1992. évi XXXVIII. Törvény az államháztartásról 86. § (7), később (9) bekezdés
- IV. 2005. évi CLIII. Törvény a Magyar Köztársaság 2006. évi költségvetéséről 101 § (1/b) bekezdés
- V. 2007. évi CXLVI. törvény a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetését megalapozó egyes törvények módosításáról 3§ (24) bekezdés
- VI. 2009. évi CIX. törvény a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetését megalapozó egyes törvények módosításáról 51§(1/d).
- VII. 2010. évi CXXX. törvény a jogalkotásról; korábban 1987. évi XI. törvény

Felhasznált irodalom

1. Állami Számvevőszék (2008): Jelentés a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetése végrehajtásának ellenőrzéséről, Nr.0928, 2009. augusztus
2. Bernát Ildikó (2002): Elemzések a gazdasági és társadalompolitikai döntések előkészítéséhez, 2002/6, TÁRKI
3. Blagescu Monica, Las Casas Lucy de and Lloyd Robert (2005): Pathways to Accountability: A Short Guide to the GAP Framework by, One World Trust, London (UK) (<http://www.who.int/management/partnerships/>)

- accountability/PathwaysAccountabilityGAPFramework.pdf, 2011. 9.20-án)
4. Bovens Mark (2010): 'Two Concepts of Accountability: Accountability as a Virtue and as a Mechanism', *West European Politics*, vol. 33, No. 5, (946-967). (<http://www2.ku.edu/~kupa/kettering/pdfs/Bovens.pdf>, letöltve 2011. 9.20-án), 12
 5. Brinkerhoff Derick W (2004) *Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance*, *Health Policy and Planning*; 19(6):371–379; 372
 6. Buse K.-Walt G. (2000): *Global public-private partnerships: part I-new development in health?*, *Bulletin of the World Health Organization* 78(4):550-551
 7. *Compendium of the Social Doctrine of the Church* (2004), Pontifical Council for Justice and Peace, *Liberia Editrice Vaticana*, 225, 229,230
 8. Commission of the European Communities (2001): *European Governance, A White Paper* (http://ec.europa.eu/governance/white_paper/index_en.htm, letöltve 2011. 9.20-án), 10
 9. Ezekiel J. Emanuel and Linda Emanuel (1996): *What is Accountability in Health Care?*, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 124: 229–239, 230
 10. Gaál Péter, Szigeti Szabolcs, Matthew Gastkins (2011): *Responsibility and Accountability in the Hungarian Health System*, In: Rose B. ed: *Accountability and responsibility in health care: issues in addressing an emerging global health challenge*, *Worldscience* (Manuscript)
 11. G. Fodor Gábor – Stumpf István (2007): *A „jó kormányzás” két értelme (alc.): Avagy a demokratikus kormányzás programja és feltételei* (<http://www.mkksz.org.hu/00php/html/main/> alkossunk/vitainspirator/jo_kormanyzas.pdf, letöltve: 2012. január 15-én)
 12. IM tájékoztató a szabályozási hatásvizsgálat elvégzésének módszertanáról 8001/2006. (I. 30.)
 13. Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium (2011): *Magyar Zoltán Közigazgatás-Fejlesztési Program* (MP 11.0), 2011. június 10.
 14. Richard C. Fuller, Richard R. Myers (1941): *The natural history of a social problem*, *American Social Review* No.6., 320.o., 322.o.
 15. Saltman, R (1995): *The Six Basic Form of Accountability*. Mimeo
 16. Szigeti Szabolcs (2009): *Hatékonyág és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során I-II. Rész*, *IME*, VIII. évfolyam 6.szám
 17. *United Nations Global Issues: Governance* (<http://www.un.org/en/globalissues/governance/>, letöltve: 2012.4.4-én)
 18. WHO (2008): *The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth* (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf, letöltve: 2012.4.4-én), 2
 19. WHO (2010): *The World Health Report: Health Systems Financing, The path to universal coverage*, *World Health Organization* (50)
 20. World Bank (1994): *Governance. Development in practice. The World Bank's Experience*, *A World Bank Publication*, May 1994 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/1994/05/01/000009265_3970716142854/Rendered/PDF/multi0page.pdf, letöltve: 2012.4.4-én)

A szerző egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa

Fókuszban a hazai kórházzektor

A hatékonyság mérésének lehetőségei és korlátai a Data Envelopment Analysis (DEA) módszertan alkalmazásával

Nemzetközi viszonylatban egyre több tanulmány készül az egészségügyi intézmények, azon belül pedig a kórházzektor technikai hatékonyságának tudományos statisztikai módszerekkel történő mérésére, melyre előszeretettel használják a nem paraméteres Data Envelopment Analysis módszert. Elemzésünk célja annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy mekkora és milyen jellegű erőforrásokból milyen eredményeket, outputot és outcome-ot érnek el a hazai kórházak.

■ Dózsa Csaba¹, Ecseki Adrienn²

Bevezetés – Fogalmak

A kórházak technikai hatékonysága

Az egészségügyi intézményrendszerrel szemben a gazdasági válság éveiben egyre nagyobb hangsúllyal fogalmazódik meg, hogy vajon a ráköltött közpénzeknek milyen a hasznosulása, vagyis milyen hatékonysággal kerültek felhasználásra. Az elmúlt években több országban került kidolgozásra nemzeti szintű keretrendszer a termelés (technikai) hatékonyságának mérésére (input- és output-változók képzése, egészségüggyel kapcsolatos különböző outcome-ok, betegelégedettség, termelési adatok közzététele). Joggal vetődik fel a kérdés, hogy vajon a meglévő információk és statisztikai elemzési módszerek alapján készítsünk-e rendszeres elemzéseket az egészségügyi rendszerek vagy alrendszerek (pl. kórházzektor) hatékonyságáról. Az alábbi tanulmány szerzői arra a kérdésre keresik a választ, hogy vajon a Data Envelopment Analysis (DEA) alkalmas-e ennek elvégzésére. A WHO megbízásából készített tanulmány (Beneyann, 2007) 27 és 65 ország egészségügyi rendszerét hasonlította össze alapvetően hat dimenzió mentén (klinikai eredményesség, QALY, hozzáférés, méltányosság, biztonság és források). Az elemzések során a szerzők rámutatnak, hogy mely országok egészségügyi rendszere tekinthető hatékonynak, valamint mekkora hatékonyság-különbség tárható fel az egyes országok között. Több dimenzióban is az Egyesült Királyság valamint Ausztrália egészségügyi rendszere bizonyult a legjobb hatékonysággal működőnek. A módszer gyakorlati hasznosítása kapcsán a szerzők kiemelik, hogy a DEA elemzés segítségével jó benchmark jellegű összehasonlítást lehet tenni az egyes országok egészségügyi rend-

szereit illetően. Mivel azonban fontos alapkövetelmény, hogy az adatok hasonló struktúrából származzanak, így az országok közötti összehasonlíthatóság legtöbb esetben nehézségekbe ütközik.

Módszerek

A technikai hatékonyság mérése

Jelen elemzés alapját a technikai hatékonyság, valamint ennek mérése képezi. Definíció szerint egy adott termelési egység abban az esetben tekinthető technikailag hatékonynak, ha az adott outputszintet az inputok minimalizálása mellett állítja elő, vagy a rendelkezésre álló inputok felhasználásával a maximális outputszintet éri el.

A hatékonyság mérésére leginkább alkalmazott módszerek a DEA (Data Envelopment Analysis), valamint az SFA (Stochastic Frontier Analysis). Mindkét módszer lényege egy ún. hatékonysági határvonal (best practice frontier) kialakítása, ennek képzésében azonban eltérnek egymástól. Az SFA egy paraméteres eljárás, mely a hatékonysági határvonalat regresszió alapján becsüli. Ezzel ellentétben a DEA-módszer lineáris programozási feladat alapján számolja a hatékonysági értékeket, valamint a hatékonysági határvonalat. A DEA előnye éppen a nem-paraméteres jellegéből ered, hiszen nem alapfeltétel (ellentétben az SFA-val) a termelési függvény ismerete.

A kórházak esetében a feltárható hatékonysági különbségeket a Data Envelopment Analysis (DEA) módszerével elemeztük (Farrel, 1957, Charnes, Cooper és Rhodes, 1978). Magyarországon tudomásunk szerint az egészségügyi

1. táblázat. A DEA-elemzés jellemzői

Előny

Az egyes egységek direkt összehasonlítása
Képes egyszerre több input- valamint outputváltozó kezelésére
Nincs szükség a tényleges termelési függvény ismeretére
A változók mérőszámának egyezősége nem feltétel

Hátrány

A DEA az egységek hatékonyságát egymáshoz viszonyítva alakítja ki, nem számol a termelésre vonatkozó tényleges maximummal, melyeket az egyes egységek elérhetnének
Az eredményeket az adatokra nagyon érzékeny, akár csekély mértékű hiba is jelentősen torzítja

szektorban a DEA módszert korábban nem használták a hatékonyság elemzésére. (Dózsa és Ecseki, 2011)

A Data Envelopment Analysis (DEA) módszere

A DEA-elemzés alapötlete Farreltől származik (Farrel, 1957). A problémát matematikai programozási feladatként elsőként Charnes, Cooper és Rhodes fogalmazta meg (Charnes, Cooper és Rhodes, 1978).

Egy adott intézmény hatékonyságának mérésére az egyik legegyszerűbben képezhető mutató az output és az input hányadosa. A valóságban azonban a termelést egynél több input, valamint egynél több output jellemzi. A DEA módszere minden döntéshozó egység (DMU) esetében az eredeti inputok lineáris kombinációjaként egy ún. „elméleti input”, illetve az outputok lineáris kombinációjaként pedig egy ún. „elméleti output” változót állít elő. Az ehhez szükséges optimális súlyokat minden egyes döntéshozó egység esetében külön számítják ki. Összesen tehát a döntéshozó egységek számával megegyező optimalizálási feladatot kell végrehajtani, emellett pedig minden esetben az output- és inputváltozók lineáris kombinációinak hányadosát kell maximalizálni.

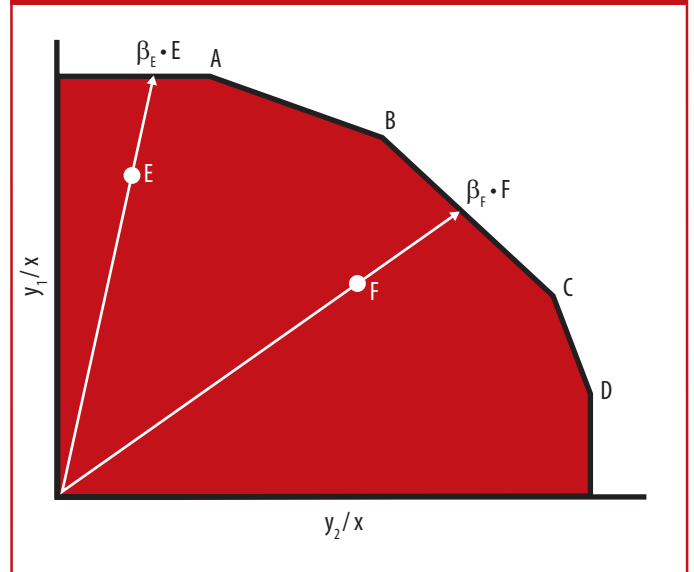
Az elemzés során az egyes döntéshozó egységek hatékonysági értékei kerülnek összehasonlításra. A legjobb hatékonysággal termelő döntéshozó az ún. „egység”, hatékonyságának értéke 1 (100%). Az eljárás e legjobb hatékonyságú döntéshozó egység(ek) adatai alapján kalkulál egy hatékonysági („best practice”) határt, majd százalékos arányban adja meg a gyengébben működő intézmények hatékonysági tartalékait. Kétséggel a módszer talán legnagyobb előnye, hogy a kapott eredmények alapján lehetőség nyílik a kórházak között egy úgynevezett hatékonysági sorrend felállítására.

Az 1. ábra 2 output- és 1 inputváltozó esetében szemlélteti a DEA-módszer működési elvét. Az A, B, C, D pontok hatékony (a határvonal mentén) termelést jeleznek, míg az E és F pontok által reprezentált egységek hatékonysága javítható az adott egyenesek mentén.

Az elemzés céljától függően elméletileg két esetet különböztetünk meg (Charnes, Cooper és Rhodes, 1978). Ha azt vizsgáljuk, hogy az adott outputszintet mennyivel kevesebb input felhasználásával lehetne létrehozni (inputok minimalizálása adott outputszt mellett), akkor input-orientált, ha pedig azt, hogy az adott mennyiségű inputból mennyivel több output előállítására lenne lehetőség (outputok maximalizálása adott inputszt mellett), akkor output-orientált modelltől beszélünk.

Emellett megkülönböztetjük a skála-érzékeny, CRS- (constant return to scale) (Charnes, Cooper, Rhodes, 1978), illetve a skála-érzékeny, VRS- (variable return to scale) modellt

1. ábra. DEA módszere 2 output- és 1 input-változó esetében (forrás: Prior, 1996)



(Banker, Charnes, Cooper, 1984; Banker, 1984). A különbség a két modell között, hogy a CRS-modell az erőforrások azonos beépülési rátáját feltételezi (az output/input aránya változatlan), tehát ugyanolyan hatékonynak tekinti azon egységeket, melyek 1 db input felhasználásával 1 db outputot állítanak elő, mint amelyek 2 db inputból 2 db outputot. A VRS-modell ezzel ellentétben változó beépülési rátát feltételez, melyek a méretekre vonatkozóan különböznek. Az egyes módszerek közötti különbségeket a 2. ábra szemlélteti.

A VRS- valamint CRS-modell alapján képzett hatékonysági határ alatt termelő egységek nem tekinthetők hatékonynak. Látható, hogy létezhetnek olyan döntéshozó egységek („a”, „c”), melyek a VRS-modell esetében hatékonynak bizonyulnak, a CRS-modell eredményei alapján azonban már nem.

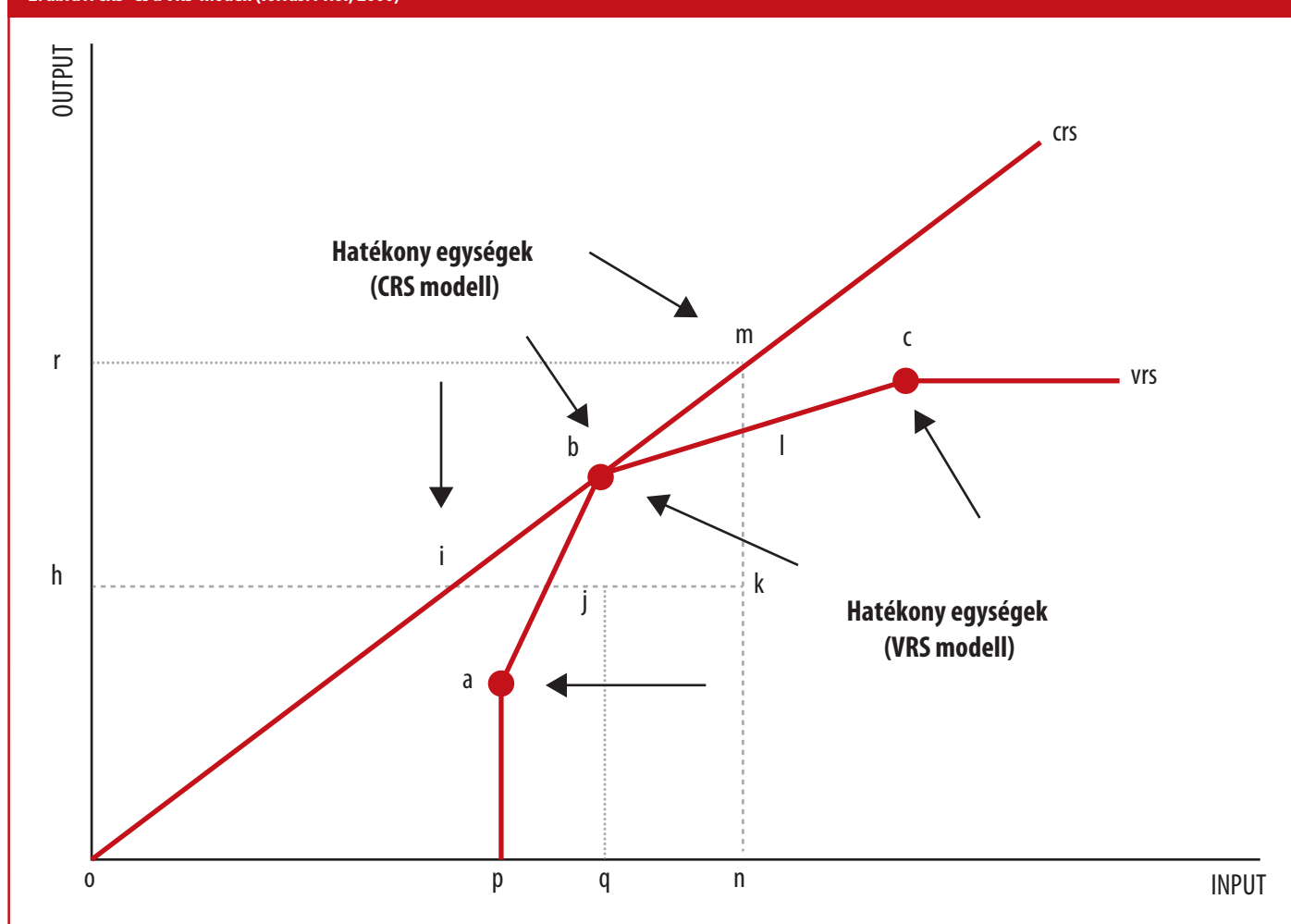
A módszer nagy előnye tehát, hogy az általa meghatározott csökkentett input-értékek (input-orientált eset) vagy megnövelt output-értékek (output-orientált eset) meghatározása nem önkényes, hiszen valós eredmények alapján kerülnek számításra. A megfelelő és megbízható eredmények alapfeltétele azonban, hogy olyan input/output kombináció kerüljön kialakításra, mely viszonylag pontosan írja le az explicit ki nem fejtett termelési függvényt.

Kórházak hatékonyságának mérése

A szakirodalmi példák alapján elmondható, hogy a DEA-alapú hatékonysági elemzések nem öncélú hatékonyság-vizsgálatok. A legfőbb cél ugyanis nem annak megállapítása, hogy egy adott időszakban és adott paraméterek mellett mekkora a hatékonysági különbség az egyes kórházak között, hanem ezt minden esetben valamilyen kontextusba helyezzük, például:

- Egy finanszírozási intézkedés hatására az intézmények hatékonysága javult-e?
- Van-e különbség a különböző tulajdonú, fenntartójú intézmények hatékonyságában aszerint, hogy állami-önkormányzati, for-profit magán, egyházi, vagy nonprofit intézményekről van-e szó?
- Vidéki, természetes monopóliumként működő kórházak vagy versenyző környezetben működő kórházak hatékonyságát vizsgáljuk-e?

2. ábra A CRS- és a VRS-modell (forrás: Prior, 2000)



Fontos megjegyezni továbbá, hogy ezen elemzések esetében közvetlen összehasonlításra nincs lehetőség, hiszen a hatékonysági érték más típusú kórházak esetében más-más output- és inputváltozók felhasználásával került kiszámításra. Összehasonlítás csak direkt módon lehetséges, országok között pedig csak abban az esetben, ha a két ország egészségügyi struktúrája nem sokban különbözik egymástól. Ilyen elemzést végeztek el pl. Finnország és Norvégia esetében (Linna, 2006).

Eredmények

A DEA módszere általánosságban, a hazai kórházszektorra vonatkozóan

Az általunk készített, a hazai kórházak hatékonyságának mérésére irányuló elemzés tudomásunk szerint – mint azt már említettük – hazánkban az első. A tényleges eredmények bemutatására ebben a főként a módszertant bemutató cikkben és a változók forrásának szűkössége miatt kisebb hangsúlyt fektetnénk. Célunk inkább egy általános leírás készítése arra vonatkozóan, hogy Magyarországon milyen szempontok alapján vizsgálható a kórházak hatékonysága. Ez a DEA-módszertan különösen a GYEMSZI állami felügyeleti funkcióinak ellátása során bírhat gyakorlati jelentőséggel, hiszen az egyes intézmények működésének hatékonyságát több input- és több output-változó bonyolult statisztikai összefüggéseit feltárva egy komplex mutatóval képes mérni. Az alábbiakban bemutatjuk azon változók listáját, melyeket leginkább megfelelőnek tartunk egy átfogó vizsgálat elvégzésére.

2. táblázat. A hazai kórházszektor DEA-ben használható input- és outputváltozók (forrás: Dózsa, 2011)

Változók jellege	Input-változók	Output-változók	Eredményességi változók
Kapacitás- és igénybevételi mutatók	Aktív kórházi ágyszám, Szakmák száma, Átlagos ápolási napok száma	Aktív fekvőbeteg-esetszám, Egy ágyra jutó esetszám, Műtétek száma, jellege Járóbeteg vizitek száma Összes ápolási napok száma	Halálalzási ráta alakulása elért egészségnyereség: megmentett életév megmentett minőségi életév QALY
Pénzügyi mutatók	Teljes működési kiadás (teljes költség)	Outputot jellemző egyéb változók:	
Humán erőforrás-mutatók	Orvosok, szakdolgozók száma	Súlyszám-összeg, Esetösszetétel indexe – CMI	
Eszköz-, anyag-, gyógyszer-igénybevételi mutatók	Felhasznált gyógyszer, implantátum, anyag (infúzió), eszköz mennyisége		

3. ábra Időtengely (forrás: Dózsa, 2011)



A kórházak működési hatékonyságának elemzésekor alapvetően két főbb irányvonal határozható meg. Egyrészt vizsgálható, hogy időben hogyan alakul az egyes kórházak technikai hatékonysága, ill. vajon változik-e az egyes törvényi vagy finanszírozói intézkedések hatására (horizontális irány, 3. ábra).

Hazánkban az utóbbi évtizedben végbement legnagyobb változásokat produkáló törvényi intézkedések a teljesítményvolumen-korlát (TVK) 2004. évi bevezetése, valamint a 2006. évi CXXXII. évi törvény az Egészségügyi ellátások fejlesztéséről (Eftv.) 2007. évi életbe lépése. A politikai intézkedések következtében a kórházak hatékonyságát érintő változásokat ebben az elemzésben az egyéb külső tényezők kizárásával tudjuk megvizsgálni, ezért azzal az egyszerűsítéssel élünk, hogy a kórházak hatékonyságát csak a politikai környezet befolyásolja a menedzsmentek hatékonyság optimalizáló döntései mellett. A következő években az idősoros elemzések keretében lehetőség nyílna a kórházak államosításának hatékonysági becslésére, illetve ezekből az adatokból egy átlagos mutató kialakítása.

A következő mérföldkövet a kórházak életében az ebben az évben bekövetkező állami tulajdonosi forma és irányítás jelenti. Ezen beavatkozás kórházakra gyakorolt hatását célszerű lesz az elkövetkező pár évben elemezni a már fokozatosan kibővülő változói készlettel. Ezzel kapcsolatban a GYEMSZI-ben jelenleg az a nagy feladat, hogy a tavaly elkezdődött részletes intézményenkénti adatgyűjtések alapján határozza meg és töltsse fel

adatokkal azokat a változókat, amelyeket a következő években rendszeresen meg tud újítani, és amelyek a DEA-módszerű hatékonysági elemzések input és output változói lehetnek.

A másik fő irányvonalat az egyes főbb változók (pl. progresszivitási szintek) mentén képzett csoportok közötti különbségek vagy éppen hasonlóságok feltárása (vertikális irány) adja (4. ábra).

Ezen csoportok minél átgondoltabb kialakítása esetén lehetőség nyílik annak feltárására, hogy a magyar kórházak mely tényezők alapján differenciálhatók leginkább a hatékonysági szempontokat illetően. Véleményünk szerint a leginkább releváns csoportok a hatékonysági különbségeket illetően a következők: súlyponti/nem-súlyponti kórházak, tulajdonos szerinti kórházcsoportok (állami-miniszteriális, városi vagy megyei önkormányzati tulajdonúak), valamint a progresszivitási szintek alapján képzett csoportok (kisvárosi alapszakmák, sokszakmák városi, megyei-regionális kórház, orvosegyetemi klinika). A statisztikai elemzési típusok (CRS- vagy VRS-, illetve input- vagy output-orientált) és elemzési irányok közötti összefüggést mutatja meg az 5. ábra.

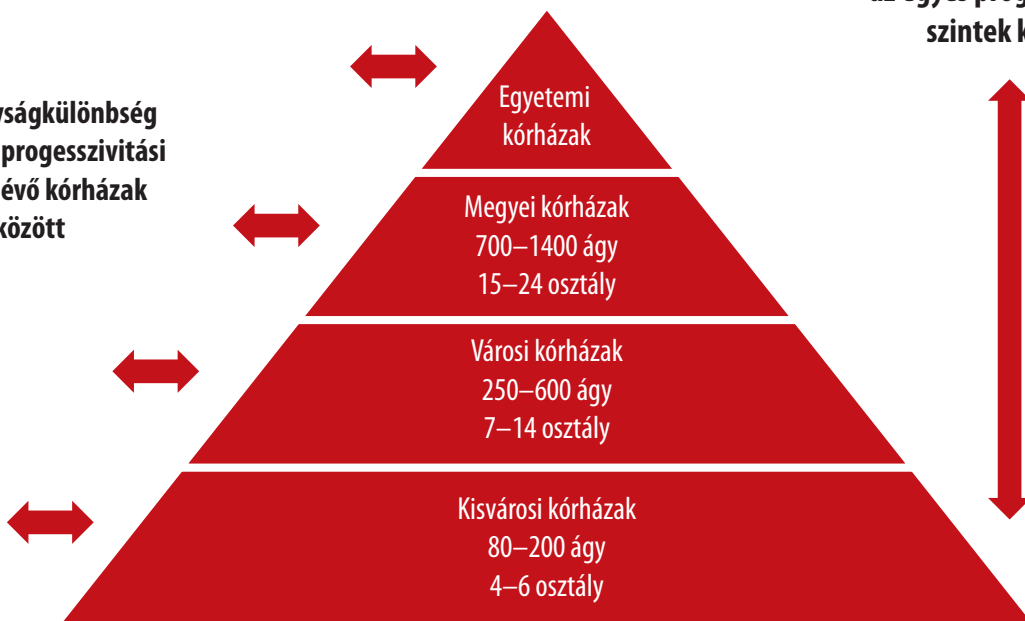
A Magyarországon alkalmazható változók listája

A hazai kórházszektorban elsődlegesen használható változók listáját az 1. táblázat tartalmazza.

A DEA esetében az input-változók széles tárházát használhatjuk fel, amelyet illusztrál a 2. táblázat is. A hatékonyságszámítás esetén ugyanakkor többféle változót vehetünk figyelembe: output- vagy outcome-változókat is. Az OEP finanszírozási jellegű adatbázisaiból széles körben meríthetünk output-változókat (ellátott esetszám, műtétek száma, vizitek száma stb.), ugyanakkor hazai alkalmazásban nagyon nehéz átfogó eredménymutatót képezni, amely hasonló módon adna valid eredményt.

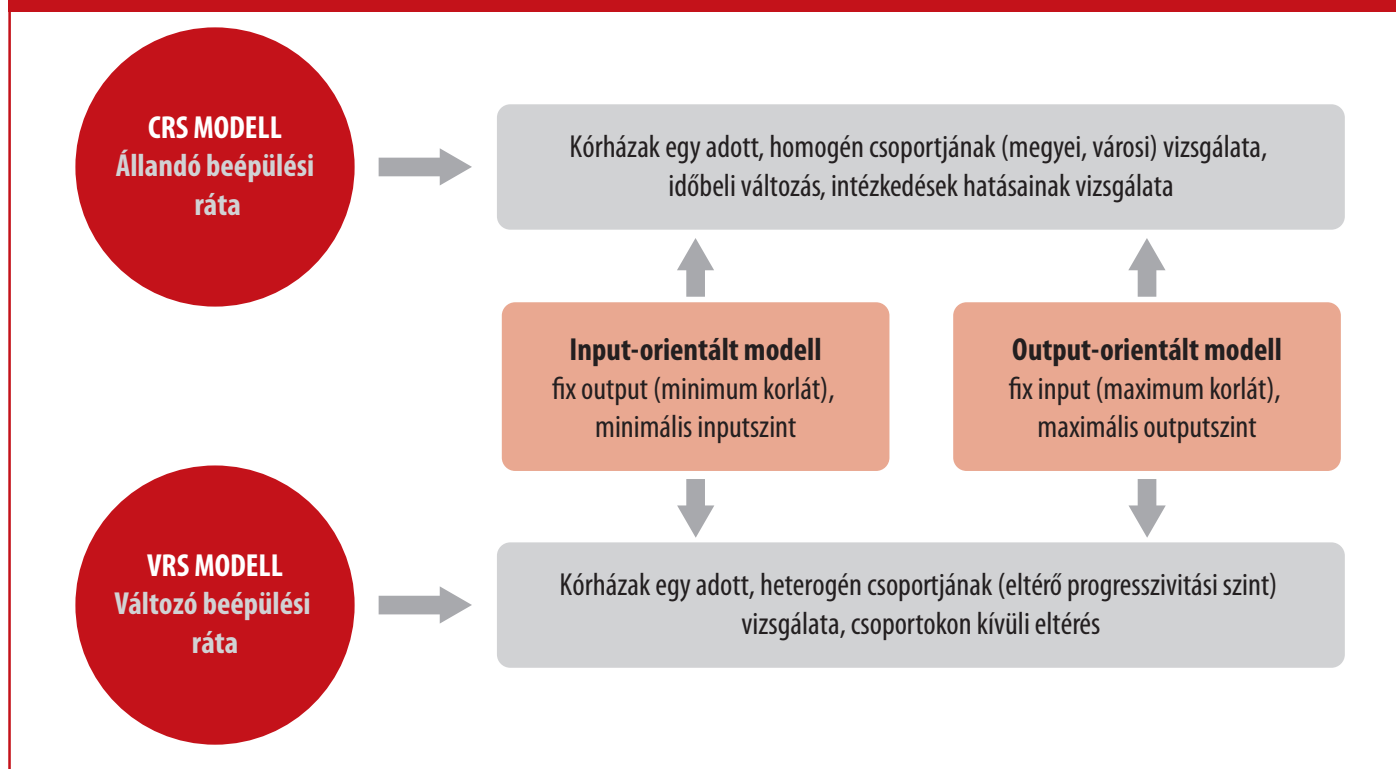
4. ábra. A hatékonysági elemzések fő irányai (forrás: Dózsa, 2011)

Hatékonyságkülönbség az azonos progresszivitási szinten lévő kórházak között



Hatékonyságkülönbségek az egyes progresszivitási szintek között

5. ábra. A DEA-elemzési modell típusai (forrás: Dózsa, 2011)



Magyar viszonylatban készül ugyan felmérés az orvos, nővér valamint egyéb egészségügyi dolgozók tekintetében (OSAP bér- és létszámstatisztika), azonban ezen adatok nem mindegyike tekinthető validnak, hiszen a főállásra számított, úgynevezett full time equivalent (FTE) módszertan nem került részletesen leírásra. Az egyes gyógyító intézmények belső szervezeti struktúrájában nagy különbségek vannak aszerint, hogy mely szolgáltatásokat vásárolnak meg közreműködőtől, egyéni vállalkozó orvosoktól, vagy nyújtják saját alkalmazottakkal. Az orvosok foglalkoztatása igen nagy változatosságot mutat a heti 40 (max. 60) órás főállású munkaviszonytól a hetente csak egy-két ügyeletet adó külső szerződött orvosig.

Elemzések, eredmények

A következő vizsgálatokra vonatkozóan készítettünk a korábbiakban elemzést: (Dózsa, Ecseki, 2011)

1. A technikai hatékonyság változásának vizsgálata az egyes intézkedések (TVK és Eftv.) hatására a megyei kórházak esetében a 2003–2006, valamint 2006–2008 évek közötti időszakra vonatkozóan.
2. A különböző kórházcsoportok hatékonysága között feltárható különbségek vizsgálata. A vizsgált csoportok a következők: a különböző progresszivitási szinten lévő, a fővárosi – vidéki, valamint súlyponti – nem súlyponti kórházak; a vizsgálat éve 2008.

Eredményeink alapján a TVK 2004. évi bevezetésének hatására nem változott a kórházak hatékonysága, sőt egyes esetekben, kisebb mértékben még romlott is. Ez véleményünk szerint annak a következménye, hogy az intézmények többsége az ágyszám kapacitását annak ellenére sem csökkentette, hogy az elszámolható maximum-esetszám és/vagy súlyszám csökkent, vagy már nem volt tovább növelhető. Ez az intéz-

kedés számos esetben korlátozta azt, hogy az intézmények a méretgazdaságosságuk jobb kihasználása érdekében az ellátott esetek számát, vagy a lejelentett súlyszámot, vagyis a „kibocsátást” növeljék. A kórházak technikai hatékonysága az Eftv. hatására ugyanakkor – igaz adminisztratív beavatkozás eredményeként – jelentősen javult. Az Eftv. hatására az aktív ágyszám közel 27%-kal csökkent, míg az esetszám 6%-kal, a súlyszám pedig 10%-kal növekedett. A vizsgált intézményi kör átlagos hatékonysági értéke a CRS-modell esetében 15%-kal, a VRS-modell esetében 9%-kal javult.

A vizsgált input- és output-változók alapján a DEA mind a két elemzési típusban (VRS és CRS) az egyetemeket hozza ki a leghatékonyabbnak (6. ábra), 15-17%-os hatékonysági előnyt kimutatva. Ezen kórházakat követik a megyei-regionális intézmények, „utánuk” viszont törés figyelhető meg a kisvárosi alapszakmák és a többszakmák városi kórházak között. A részletes CRS- és VRS-értékeket a 3. és 4. táblázatok tartalmazzák.

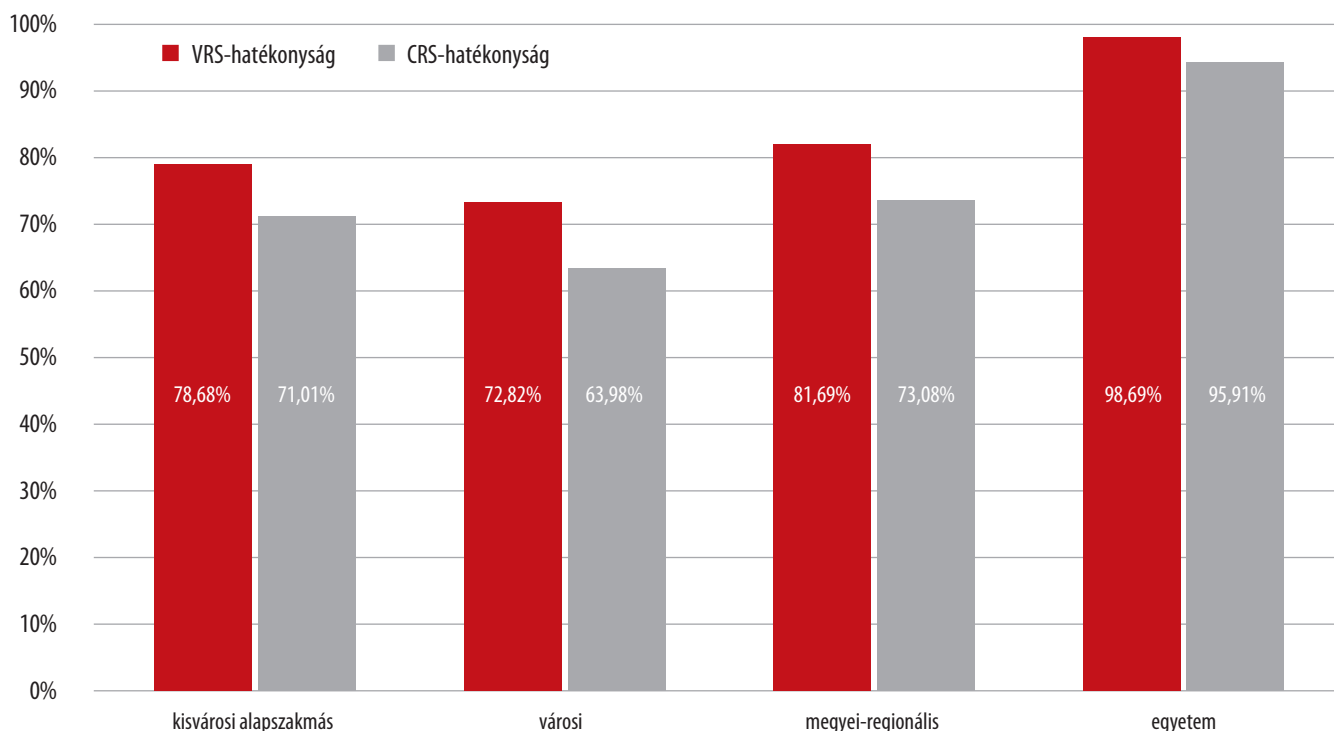
A progresszivitási szintek, a fővárosi-vidéki, valamint a súlyponti-nem súlyponti kórházak esetében is szignifikáns különbséget találtunk az egyes csoportok technikai hatékonysági értékeinek tekintetében. Ez az eredmény további mélyebb, akár intézményvezetői interjúkon alapuló vizsgálatot igényel, mivel a megyei és városi kórházak gyengébb eredményeit magyarázhatják a betegösszetételükben meglévő szisztematikus eltérések, különösen a sürgősségi ellátásban való nagyobb arányú részvételük.

Megbeszélés

A DEA-alapú hatékonyság-elemzés összességére

A DEA a teljesítmény mérésére alkalmazható korszerű módszer. Eredményei kitűnően alkalmazhatóak a kialakított rendszerek hatékonyságának értékelésére. Természetesen a DEA

6. ábra. Hatékonysági értékek az intézményi csoportok szerint (a CRS- és a VRS-modell direkt összehasonlítására az eltérő metodika következtében nincs lehetőség)



nem alkalmas összességében meghatározni, hogy mitől lesz pont az adott kórház a „best practice”, de az eredmények világosan mutatják meg a változások irányát. Az empirikus eredmények egyértelmű különbségeket tárnak fel az egyes intézménycsoportok között. Ezek jelentős hatékonysági különbségek (például az egyetemek és a városi kórházak között), a vizsgált változók alapján felállított VRS- és CRS-modellben elérik a 20–25%-os mértéket. A csoportokon belüli szórások mértéke ugyanakkor a későbbiekben további alcsoportos vizsgálatokat tesz majd szükségessé.

Ha részletesebben vizsgáljuk meg az eredményeket, akkor azt mondhatjuk, hogy a hatékonysági értékek több év között stagnálást mutatnak. Lényeges különbséget a vizsgált változók tekintetében az Eftv. végrehajtása után 2007-től tapasztalhatunk. Az Eftv. hatása a hatékonyságra világosan kivehető. Kisebb mértékű, de szignifikáns hatékonyság-különbség tapasztalható a súlyponti és nem súlyponti kórházak között az előbbiek javára, amelynek egyik magyarázata a nagyobb méretből és nagyobb esetszámból adódó méretgazdaságosság lehet.

Az empirikus adatok szerint kisebb vagy nagyobb mértékben, de mind a három összefüggésben találtunk szignifikáns összefüggést a kórházak jellege és hatékonysági értékei között. Tehát a fővárosi, majd az egyetemi és végül a súlyponti kórházak kedvezőbb hatékonysági értékeket mutattak, a 100%-os értékkel rendelkező „best practice” kórházak közülük kerültek ki, szemben a vidéki, városi, megyei és nem súlyponti kórházakkal. Az adatok minden esetben nagy szórást mutatnak, így a későbbiekben érdemes többféle intézményi alcsoportot is külön-külön megvizsgálni, valamint további input- és output-változók bevonásával a DEA-elemzést ismételtelen elvégezni.

Elemzésünk összességében tehát útmutatónak tekinthető az egészségpolitikai döntéshozók, elemzők és az egyes

kórházak vezetői számára. Valós szükség van a hatékonyság mérhetővé tételére a jobb hatékonyságú intézmények, illetve összességében egy jobb hatékonyságú egészségügyi ellátórendszer kialakítása érdekében. A DEA-alapú hatékonysági elemzési módszert javasolt kiterjeszteni a járóbeteg-szakrendőkre és szakambulanciákra is.

További kutatások keretében javasolt olyan DEA-elemzést is végezni, amelybe input-változóként bevonásra kerül az orvosok száma (szakdolgozók száma), valamint az elemzést koncentrálni egy-egy kiemelt orvos-szakmai területre, mint az onkológiai ellátás, sebészet, kardiológia. A DEA-elemzések validitásának növelése érdekében a későbbi elemzésekben el kell végezni az egyes kórházi jellemzők, változók standardizálását, ki kell tudni szűrni az eltérő profilból (esetösszetételből), az alkalmazott technológia és terápia különbségéből, az ellátás jellegéből (sürgősségi/nem sürgősségi esetek arányából) eredő torzító tényezőket. Ezek a további elemzések azonban feltételezik, hogy az input-változókat azonos módszerrel dolgozó kontrolling-rendszerekből származó adatokból hozzuk létre.

Az elemzés korlátai

A DEA egyik korlátja, hogy a rendelkezésre álló adatok alapján igen kevés változó bevonására van lehetőség. Fontos mutató lenne a pontos nővér-, orvos-, valamint egyéb kórházi alkalmazottak létszámának, valamint valid pénzügyi mutatóknak az ismerete, hiszen ezen input-változók nélkül az általunk leírt „termelési struktúra” csupán elsődleges eredménynek tekinthető. További problémát jelent a standardizálás hiánya (pl.: bizonyos szakmákra való szűkítés), csak a nyers intézményi ágy-számokat, súlyszámokat és esetszámokat vettük figyelembe. A későbbi elemzésekben ezeket a hiányosságokat korrigálni szükséges. A külső szabályozási és finanszírozási környezet to-

3. táblázat. A VRS-modell eredményei (2008)

	elemszám	VRS-hatékonyság			
		Átlag	Szórás	Min	Max
Kisvárosi alapszakmák	20	78,68%	14,99%	56,02%	100%
Városi	38	72,82%	11,84%	51,65%	100%
Megyei-regionális	20	81,69%	9,64%	66,72%	100%
Egyetem	4	98,69%	2,27%	94,76%	100%
Nem súlyponti	45	75,31%	13,06%	55,82%	100%
Súlyponti	37	80,55%	13,22%	51,65%	100%
Vidéki	65	76,44%	12,79%	51,65%	100%
Fővárosi	17	85,65%	14,42%	55,82%	100%
Total	82	77,67%	13,39%	51,65%	100,00%

4. táblázat. A CRS-modell eredményei (2008)

	elemszám	CRS-hatékonyság			
		Átlag	Szórás	Min	Max
Kisvárosi alapszakmák	20	71,01%	16,04%	50,14%	100%
Városi	38	63,98%	11,14%	44,75%	95,91%
Megyei-regionális	20	73,08%	7,93%	59,17%	85,94%
Egyetem	4	95,91%	3,17%	91,14%	100%
Nem súlyponti	45	66,73%	13,03%	47,48%	100%
Súlyponti	37	72,81%	13,77%	44,75%	100%
Vidéki	65	68,21%	13,13%	44,75%	100%
Fővárosi	17	77,63%	14,51%	47,48%	95,91%
Total	82	69,47%	13,71%	44,75%	100%

vábi korlátokat jelent a DEA-típusú elemzések eredményeinek évek közötti értékelésénél. A 2004. évtől bevezetett teljesítményvolumen-korlát (TVK) részben megakadályozza, hogy az egyes kórházak – rögzített kapacitásnagyság mellett – elérjék a méretgazdaságos működés (kibocsátás), teljesítményszintjét. Hiába ismeri fel a menedzsment, hogy nagyobb teljesítménnyel jobb hatékonyságot érnének el: kötött, merev kapacitásmennyiséggel, az adminisztratív korlát miatt (rövidtávon) nem tudják növelni az elszámolható teljesítményt.

Végezetül a tulajdonviszonyok szerinti elemzés a hazai kórházszektorban véleményünk szerint jelenleg nem releváns, az eltérő tulajdonú/fenntartóú kórházak alapvetően más feladatot látnak el, a progresszivitás más szintjén helyezkednek el, így az „almát” a „körtével” kellene összehasonlítani (az egyetemek tercier ellátók, az állami intézetek nagyobb része szak-kórház specializált profillal, egyházi és magánműködtetésű kórház alig van, de azok is alapvetően néhány szakmák kisebb kórházként vagy szakkórházként működnek). 2006-tól kezdve beszélhetünk már több magánműködtetésű, magánfenntartású kórházról, de ezek alapvetően kisebb városi kórházak, és ebben az esetben még hiányoznak a többéves idősoros adatok. Az átalakulások és a működés első évét nem tekinthetjük reprezentatívnak a magántulajdon működtetése szempontjából. A 2009. esztendő pedig több, kórházat működtető magáncég csődjét is hozta, így a különböző tulajdonú kórházakról az elemzésekhez szükséges több éves konszolidált működési adatsor a későbbiekben sem áll rendelkezésre.

Következtetések

A DEA-elemzés a fenti példa alapján is jól mutatja: megfelelően gondos adatgyűjtést, adattisztítást követően céllal hasz-

nálva praktikus elemzési eszköznek tekinthető az intézményrendszeren belüli hatékonyságkülönbségek feltárásában. Az eddig elvégzett elemzések azonban a változók számát tekintve nagyon korlátozottak voltak – a nemzetközi szakirodalomban is ismert széleskörű elemzésekhez képest. További kiterjesztési irányt jelenthetne a kórházaktól független szakrendelők technikai hatékonyságának vizsgálata. Annak azonban nagy figyelmet kell szentelni, hogy minél több adatsor, változó álljon rendelkezésre, amely alapján a DEA-elemzés – megfelelő számítógépes, szoftveres támogatással – rendszeresen elvégezhető lesz. Különösen jól használható eszköznek tekinthető a szakellátó intézmények fenntartói és irányítási feladatait ellátó GYEMSZI számára, hogy rendszeresen (akár éves rendszerességgel) vizsgálja meg intézményei között a hatékonysági különbségeket. A DEA alapján leghatékonyabbnak (VRS-, CRS-érték 100%) minősített intézmények pedig pozitív benchmarkot jelenthetnek a többi intézmény számára.

Irodalomjegyzék

1. Banker R, Charnes A, Cooper W. (1984) Some models for estimating technical and scale inefficiencies in Data Envelopment Analysis. *Management Science* 30:1078–92.
2. Banker R. (1984) Estimating the most productive scale size using Data Envelopment Analysis. *European Journal of Operational Research* 7:34–44.
3. Benneyan, J., Ceyhan, M. E., Sunnetci, A. (2007): *Data Envelopment Analysis of National Healthcare systems and their relative efficiencies WHO*.
4. Charnes, A., Cooper, W. W. and Rhodes, E. L. (1978) *Measuring the efficiency of decision making units*,

- European Journal of Operational Research*, 2(6), 429–44.
5. Dózsa Csaba, Ecseki Adrienn (2011) *A hazai kórházak hatékonyságának elemzése a Data Envelopment Analysis (DEA) módszerének alkalmazásával*, IME X. Egészség-gazdaságtani különszám.
 6. Dózsa Csaba (2011) *A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es években – Doktori disszertáció.*
 7. Farrell, M. J. (1957) *The measurement of productive efficiency*, *Journal of The Royal Statistical Society, series A*, 120, 253–281.
 8. Ferrier, G. D., Rosko, M. D., Valdmanis, V. G. (2006). *Analysis of Uncompensated Hospital Care Using a DEA Model of Output Congestion*. *Health Care Management Science*, 9, 181–188.
 9. *Kórházak Évkönyve*. OEP kiadvány 2004–2009.
 10. *Kórházi Almanach* 2006. *Kórházszövetség kiadványa.*
 11. Linna, M., Häkkinen, U., Magnussen, J. (2006). *Comparing Hospital Cost Efficiency Between Norway and Finland*. *Health Policy*, 77, 268–278.
 12. *OEP Statisztikai Évkönyv*, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.
 13. Prior, D. (1996). *Technical Efficiency and Scope Economies in Hospitals*. *Applied Economics*, 28, 1295–1301.
 14. Prior, D., Sol, M. (2000). *Technical Efficiency and Economies of Diversification in Health Care*. *Health Care Management Science*, 3, 299–307.
-

A szerzők: 1 Miskolci Egyetem, 2 MediConcept Kft.

A hazai egészségmonitorozás lehetséges szerepe az egészségügyi rendszer teljesítményének mérésében és alkalmazásának aktuális problémái

A lakosság egészsége még a hasonló jövedelmi és oktatási fejlettségű országokban is nagymértékben eltérhet.^I Az eltérések egy része az egészségügyi rendszerek teljesítményében kimutatható különbségekkel magyarázható. Egészségügyi rendszeren értünk minden olyan szervezetet és tevékenységet, amelyeknek célja elsődlegesen a lakosság egészségének megőrzése, javítása, fejlesztése.^{II} Megfelelő és összehasonlítható adatok elemzése alapján feltárhatók az egészségügyi rendszer teljesítményében jelentkező különbségek okai, és így lehetőség nyílik hatékonyságot növelő egészségpolitika megvalósítására.^{III} Az alábbi tanulmányban a teljesítményt célzó egészségmonitorozás alapvető feltételeit és azok hazai érvényesülésének problémáit vizsgáljuk meg.

■ Vitrai József, Vokó Zoltán

Az egészségügyi rendszer teljesítménymérésnek céljai

Az egészségügyi rendszerek működtetésének alapvető célja (1) a lakosság egészségének megőrzése és javítása, (2) az egészség megromlásából fakadó anyagi terheknek az adott társadalomban igazságosnak tartott megosztása, illetve (3) a lakosok elvárásainak való megfelelés.^{IV} Ez utóbbi egyrészt az egyén méltóságának, autonómiájának elismerését, személyes információinak védelmét, másrészt a szükséges azonnali ellátást, az ellátás megfelelő körülményeinek és az egyénnek a környezetével való kapcsolattartásának biztosítását, valamint a szolgáltatás igénybevételével kapcsolatos döntési lehetőségek biztosítását jelenti. Az egészségügyi rendszer teljesítménye célszerűen e célok teljesítésének mértéke – figyelembe véve az e célra rendelkezésre álló erőforrásokat. Mivel a három alapvető cél elérését más szektorok (pl. oktatás, gazdaság) is befolyásolják, az egészségügyi rendszer teljesítményének megítélésekor e külső tényezők szerepét is figyelembe véve három megközelítés alkalmazható.

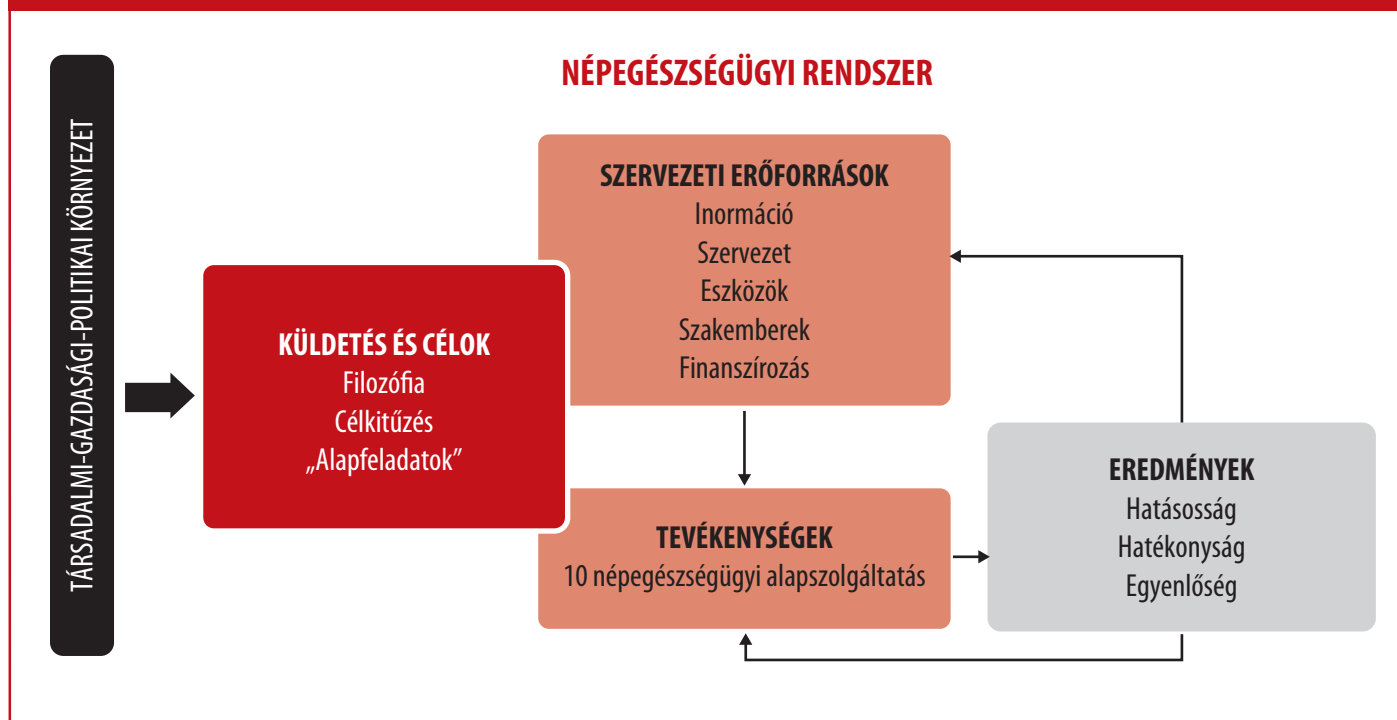
Az első esetben figyelmen kívül hagyva más szektorok érintettségét azt vizsgáljuk, hogy az egészségügyi rendszer

milyen mértékben teljesíti a három alapvető célkitűzését. Ekkor, bár valójában az összkormányzati teljesítményre vonatkozóan vonhatunk le megállapítást, a jó teljesítményt csak jól működő, azaz komoly érdekérvényesítő és koordinatív képességű egészségügy képes elérni.

A második megközelítésben az alapvető célok mellett a többi szektor által kontrollált egészség-meghatározókat is bevonjuk a vizsgálatba. Ilyenkor az egészségügyi rendszer teljesítményének értékelése magába foglalja például a dohányzást, a táplálkozást, azaz olyan egészséget befolyásoló tényezőket, melyekre vonatkozóan csakis szektorközi együttműködéssel lehet egészségügyi szempontból sikereket elérni. Ez esetben pontosabban tudjuk figyelembe venni, hogy az egészségügynek – más szektorok, mint például az oktatás, a gazdaság mellett – viszonylag csekély a lehetősége e tényezők befolyásolására.

A harmadik esetben az egészségügyi rendszer alrendszereinek, intézményeinek teljesítményét értékeljük, amihez azoknak a rendszerben betöltött feladatukból levezethető célkitűzéseit tudjuk felhasználni. Ilyen módon gyakorlatilag figyelmen kívül hagyjuk más szektoroknak a három alapvető cél teljesülésében

1. ábra. A népegészségügyi rendszer teljesítményének mérését megalapozó modell (Handler, Issel, Turnock [2001] nyomán)



játszott potenciális szerepét. A három eltérő szinten elvégzett értékelés kellő mélységű és részletezettségű tudást kínál egy ország egészségügyi rendszere teljesítményének megítéléséhez, hatékony egészségpolitika kialakításához.

Az egészségügyi rendszer teljesítményének méréséhez szükséges adatokat az adott országban működő egészségmonitorozási rendszer hivatott biztosítani. Egészségmonitorozási tevékenységeken – ahogy azt már közel másfél évtizede megfogalmaztuk – „a népegészségügyi szempontból jelentős adatok folyamatos és szisztematikus gyűjtését, feldolgozását, értékelését valamint az eredményeknek a döntéshozók felé történő továbbítását értjük. Az egészségmonitorozás célja, hogy a döntéshozók, az egészségügyi szakma és a lakosság számára megbízható információt szolgáltatson a legfontosabb egészségproblémák és meghatározó tényezők gyakoriságáról, illetve az ezekkel kapcsolatos egészségügyi szolgáltatásokról.”^{vi} A célokból következően az egészségmonitorozás három alapvető tevékenységre bontható, ezek: az adatgyűjtés, az elemzés, a kommunikáció. Az alábbiakban mindhárom tevékenységre vonatkozóan áttekintjük, milyen a hazai helyzet jelenleg, milyen fejlesztések szükségesek és várhatóak Magyarországon az elkövetkező években.

Adatgyűjtés

Az egészségügyi rendszer teljesítményének körültekintő értékelése megköveteli, hogy az adatgyűjtés egyaránt kiterjedjen egyfelől az egészségi állapotra és az azt meghatározó tényezőkre, másfelől az egészségügyi rendszer tevékenységére, a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre, a kapacitásokra, és a szervezeti együttműködésre. Mindkét vizsgálati területen nagy hiányosságok mutathatók ki az adatgyűjtéssel történő lefedettségében. Adatok hiányában például nem ítélt meg az egészségügy ellátáshoz való hozzáférés társadalmi egyenlőtlensége, vagy a népegészségügyi beavatkozások eredményessége.^{vi, vii}

A hiányosságokon túlmenően az elérhető adatok minősége is gyakran alacsony. Az elemzéseket rendkívül megnehezíti az adattartalom megbízhatatlansága (például a finanszírozás célú adatgyűjtés vagy az adatszolgáltatási kapacitás szűkössége miatt), vagy a hiányzó adatok magas aránya.^{viii}

Az összegyűjtött adatokhoz elemzési céllal történő hozzáférést megnehezítő okok közül első helyen kell említeni az adatvédelem jelenlegi korlátozó szabályozását. Az egészségügyi rendszer teljesítményének értékelésekor a feltételezhetően összetett hatásrendszer miatt a rendelkezésre álló adatok összefüggéseit célszerű elemezni. Ennek megvalósítását azonban az adat-összekapcsolás Magyarországon érvényben lévő szigorú korlátozása szinte lehetetlenné teszi. Tovább nehezíti az elemzést, hogy időnként az adatgazdák a hatályos jogszabályoknál is szigorúbb szabályokat követnek az adatszolgáltatás során. Az adatokhoz való hozzáférést a leválogatásért elkért magas térítési díjak és a teljesítés hosszú időtartama tovább nehezítik.

Mivel a hazai statisztikai adatgyűjtések adattartalma és a hozzáférés témájában megindult egy egyeztetés^x a nagy állami adatgyűjtő szervezetek, adatgazdák, valamint az adatfelhasználókat képviselő tudományos társaságok szakértői részvételével, így mind az elemzési szükségleteknek való megfelelésben, mind a hozzáférésben javulás várható az elkövetkező években. Az adatgyűjtők és felhasználók együttműködése ezen túlmenően az adatminőség fokozatos javulásához vezet majd, hiszen a problémák visszajelzése alapján minőségbiztosítási lépések vezethetők be mind az adatfelvételt, mind az adatkezelés folyamatában.

Elemzés

Még az adatgyűjtésben tapasztalható problémáknál is nagyobbak tűnik, amit az elérhető adatok elemzésében találunk. Az elemzések legtöbbször egyszerű leíró statisztikai

módszerek alkalmazásával, kereszttáblák, ritkábban térképek megadásával történnek. Magasabb statisztikai felkészültséget igénylő mutatókat, módszereket csak ritkán használnak (pl. az egészség-egyenlőtlenségek elemzésére) a hazai egészségmonitorozásban résztvevő szakemberek.

Ennek egyik vezető oka a hazai szakemberek (bio)statisztikai, epidemiológiai képzésének elmaradottsága. A fejlett egészségüggyel rendelkező országokban az említett szakterületeken régóta folyik magas szintű oktatás, kutatás, míg Magyarországon ugyan évekkel ezelőtt megkezdődött a Debreceni Egyetemen az epidemiológus-képzés szakirányú továbbképzés formájában, illetve később a népegészségügyi mesterszak szakirányaként, az e képzésen végzettek száma messze alatta marad a szükségletnek. A teljes képhez hozzátartozik, hogy az epidemiológusok iránti igény lényegesen kisebb, mint a szükséglet, mert a népegészségügyi elemzésekkel, illetve egyéb alkalmazott orvosi kutatással foglalkozó intézmények többségében nem ismerik fel, hogy ilyen szakemberekre lenne szükség. Az elemzési kapacitás hiányát tovább növeli, hogy nemritkán még az is előfordul, hogy ugyan alkalmaznak epidemiológust, de ez különböző okok miatt más szakmai feladatokat lát el.

A fentiekből következően kevés magas színvonalú hasznosítható elemzés készül, emiatt kevés az egészségügyi rendszer teljesítményére vonatkozó, döntésekhez felhasználható adat, információ és tudás.

Az elmúlt években az egészségügyi szektorban megkezdett szervezeti változások eredményeképpen az elemzésekhez szükséges kapacitások koncentráálódtak. Az ellátási rendszerre vonatkozóan a GYEMSZI válik az adatgyűjtés és az elemzés, a szakpolitikai döntéshozatal támogató intézményévé. A népegészségügy területén a jelenleg szétaprózott hazai monitorozási/elemzési kapacitás a tervezett Országos Népegészségügyi Intézetben (ONI) fog koncentrálni. A kutatási kapacitások összevonása, fejlesztése valamint az országban főként az egyetemeken található elemzői műhelyek tevékenységének összehangolása mellett egy népegészségügyi szakemberekből álló szakmai hálózat kiépítése is megindul. A hálózat a működésébe épített tudástranszfer és multiplikátorhatás következtében komolyan csökkentheti a jelenlegi elemzési kapacitáshiányt. Az ONI feladata lesz majd továbbá az egészségmonitorozási tevékenységet végző szervezetek munkájának harmonizálása is, ami ugyancsak az erőforrások jobb kihasználásához vezethet.

Szakpolitikai szándékok szerint a rendelkezésre álló fejlesztési források egy részét az oktatás színvonalának emelésére fogják fordítani. A képzés fejlesztése ugyanakkor nem csupán az egészségtudomány területére fog korlátozódni, hanem az egészségügyi rendszer teljesítményét befolyásoló társtudományokra is kiterjed. Ennek eredményeképpen a felgyülemlett képzési és kutatási elmaradás várhatóan csökkenni fog a következő években.

Kommunikáció

Az egészségmonitorozás céljainak teljesülését az előzőekben felvázolt problémákon kívül az is hátráltatta, hogy az üzenetek eljuttatásakor rendszerint nem vették figyelembe a célcsoportok kommunikáció szempontjából lényeges sajátosságait. Nyilvánvaló ugyanis, hogy eltérő tartalom és forma illeszkedik a döntéshozók, a szakemberek, a lakos-

ság és a gazdasági-társadalmi partnerek csoportjához. A hatékony kommunikáció feltétele továbbá, hogy az említett célcsoportok heterogenitását is figyelembe vegyék. Természetesen mást és másképpen szükséges kommunikálni a lakosság eltérő életkori csoportjai vagy a különböző termékeket előállító és forgalmazó gazdasági szereplők számára.

Az egészségkommunikáció kiemelkedő jelentőségét felismerve az egészségügyi vezetés a fejlesztési források egy részét egészségkommunikációs központ felállítására, munkatársainak képzésre, hatékonyságot növelő kutatásokra tervezi fordítani. A korszerű kommunikációs módszertan hazai adaptálása, az erőforrások koncentrációja várhatóan jelentősen megnöveli az egészségkommunikáció hatékonyságát, és ezzel hozzájárul majd az egészségügyi rendszer teljesítményének növeléséhez is.

Példa a rendszermonitorozási elméletek alkalmazásának lehetőségeire

Az alábbiakban – mintegy esettanulmányként – röviden bemutatunk egy tanulságos megközelítést a népegészségügy teljesítményének értékelésére. A modell Donabedian rendszermonitorozási elméletén alapszik, amely kapcsolatokat állapít meg egy rendszer szerkezete, folyamatai, eredményei és hatásai között.^x Turnock és Handler e megközelítést fejlesztette tovább a népegészségügy teljesítményének mérésére.^{xi} (1. ábra)

A szerzők, reagálva a bevezetőben felvezetett problémákra, nevezetesen, hogy az egészségügyi rendszer teljesítményét más szektorok tevékenysége is befolyásolja, modelljükben ezt a hatást a társadalmi-gazdasági-politikai környezet fogalmával jelölik. A többi elem, valamint kapcsolataik magától értetődőek, és itt nem igényelnek bővebb kifejtést. A teljesítmény értékeléséhez e modell alapján lehet megfelelő stratégiát, módszertant választani, melyek alapján elvégezhető a mérés, az elemzés. Például a kitűzött célokkal összevetve vizsgálhatjuk a felhasznált erőforrásokat, a tevékenységeket, azok eredményeit, valamint az elért hatást. Egy erre alkalmasnak látszó megközelítést (integrated dashboard) javasolnak Turabi és munkatársai (2011) a népegészségügyi kutatási rendszer teljesítményének mérésére.^{xii} Turnock és Handler modelljére építve elemezte May és Smith (2009) a népegészségügyi kiadások térségi egyenlőtlenségeit, megállapítva, hogy az ilyen célra felhasználható források elosztásának módja maga is hozzájárul az egyenlőtlenségek kialakulásához.^{xiii} May-nek és munkatársainak a modell alapján elvégzett elemzése azzal a következtetéssel zárult, hogy a helyi népegészségügyi szolgálatok teljesítményében tapasztalható változékonyságot átszervezéssel, a finanszírozás módosításával illetve ágazatközi harmonizációval eredményesen lehet csökkenteni.^{xiv}

Következtetés

A hazai egészségmonitorozás előzőekben felvázolt fejlesztése a jelenleginél jobban és szélesebb körben felhasználható, megbízhatóbb információt fog eredményezni, és ez minden bizonnyal hozzájárul majd az egészségügy teljesítményének jobb értékeléséhez és magának a teljesítménynek a növekedéséhez is.

Irodalom

- I. World development report 1993: investing in health. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
- II. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6):717–731.
- III. Adair CE, Simpson E, Casebeer AL, Birdsell JM, Hayden KA, Lewis S. Performance measurement in healthcare: part II--state of the science findings by stage of the performance measurement process. *Healthc Policy*. 2006;2(1):56–78.
- IV. Health Systems: Improving Performance, World Health Report, WHO. 2000.
- V. Vokó Z, Vitrai J, Ursicz G, Lépes P. Egészségmonitorozás Magyarországon a XXI. században. *Népegészségügy* 1999;1:28–33.
- VI. Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Uzzoli A. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 2011;2:12–16.
- VII. Vokó Z. A nemzeti népegészségügyi program menedzsment problémái. *Népegészségügy* 2009;87:341–8.
- VIII. Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. *EgészségMonitor*, Budapest, 2009.
- IX. A 2011-ben megalakult Fényes Elek Társadalomstatistikai Egyesület szervezi az egyeztetést. <http://fenyeselekegyesulet.wordpress.com/>
- X. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1980.
- XI. Handle A, Issel M, Turnock B. A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *A J Pub Health*, 2001;8:1235–9.
- XII. Turabi AE, Hallsworth M, Ling T, Grant J. A novel performance monitoring framework for health research systems: experiences of the National Institute for Health Research in England. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9:13.
- XIII. Mays GP, Smith SA. Geographic variation in public health spending: correlates and consequences. *Health Serv Res*. 2009 Oct;44(5 Pt 2):1796–817.
- XIV. Mays GP, McHugh MC, Shim K, Perry N, Lenaway D, Halverson PK, Moonesinghe R. Institutional and economic determinants of public health system performance. *Am J Public Health*. 2006;96(3):523–31.

A szerzők az Országos Egészségfejlesztési Intézet munkatársai

Nem kell, hogy a kis sejtek nagy problémákat okozzanak.

A Siemens válaszai segítik az orvosokat a betegségek korábbi felismerésében, ezzel költségeket takarítva meg és meghosszabbítva az életet.

Ha a betegségeket idejében felfedjük, kevésbé hatnak mindenkire. Ez azért van, mert a mai egészségügyi költségek nagy többségét a betegségek utolsó szakaszának kezelésére fordítják, mint például a daganatos és szívbetegségek esetén. A Siemens fejlett diagnosztikai technológiája által az orvosok

már korábban pontosan tudják azonosítani ezeket a gyilkos kórokat. Azaz a betegek hamarabb megkaphatnak minden szükséges kezelést. Ez segít az életek megmentésében és a költségek csökkentésében is. Bárhol is merüljenek fel kemény kérdések az egészségügyben, mi választ adunk azokra.



*Te
vagy
a legfontosabb!*

**Válaszd a Teva
minőségi készítményeit!**

TEVA

Magyar gyógyszergyártás
világszínvonalon