

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

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

50. ÉVFOLYAM III. SZÁM, 2012. JÚLIUS

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉS II. RÉSZ



BESZÉLGETÉS PUSZTAI ZSÓFIÁVAL
ÉS BONCZ IMRÉVEL



Platformfüggetlen egészségügyi hálózat.

Hazai fejlesztésű intézményközi kommunikációs platform, Kelet-Európában egyedülálló IHE* minősítéssel.

Az egészségügyben régóta igény van arra, hogy az egyes betegellátó intézményeket (kórházak, szakrendelők, családorvosok) informatikai szempontból össze lehessen kapcsolni egymással. A **HISCOM** egy olyan informatikai rendszer, amely ezek között az intézmények között továbbít adatokat. Célja, hogy új lehetőségeket teremtsen az ellátórendszer optimalizálására, hatékonyabbá tételére. A rendszer a már meglévő helyi kórházi rendszer(ek)hez kapcsolódik és valós időben szolgáltat/továbbít adatokat, dokumentumokat többféle ICT eszközre, többek között tabletre is. A **HISCOM** használatával a felhasználók a saját, jól megszokott informatikai környezetükben tudják folytatni azt a szakmai munkát, amit eddig is végeztek, vagyis nincs szükség az informatikai rendszer lecserélésére!

* Integrating the Healthcare Enterprise

A HISCOM legfontosabb funkciói:

- Képes elérni és együttműködni bármilyen kórházi informatikai rendszerrel.
- Egyaránt képes dokumentumot és kódolt/kódolatlan adatot elérni és továbbítani az orvos/beteg számára.
- Nem tárol adatokat, megfelel a legmagasabb szintű hazai és EU adatbiztonsági követelményeknek.

Cégünkrol:

16 éve a hazai piacon | 80.000 felhasználó | 50 kórházi, 7 egyetemi klinikai partner | Nemzetközi referenciák 6 országban | ISO 9001, ISO/IEC 27001 minősítés

ISH Informatika Kft.

H-1117 Budapest, Budafoki út 56. | Tel.: +36 (1) 470-6770 | Fax: +36 (1) 432-8570

www.ish.hu



A Magyar Kórházszövetség Pártoló Tagja

A Magyar Telekom Csoport tagja.

Tartalom

KÖLTSÉGTEHER ELLENI VÉDELEM

A forrásteremtés igazságosságának vizsgálata a betegségek költségterhe elleni védelem indikátorainak segítségével (Gaál Péter, Evetovits Tamás, Lindeisz Ferenc, Szigeti Szabolcs) 2

MINŐSÉG

Az egészségügyi reformok hatása az ellátás eredményességére, megfelelőségére, időszerűségére és a hozzáférésre (Mihalicza Péter, dr. Belicza Éva, Elek Péter, dr. Harangozó Judit, dr. Adamovich Károly, dr. Szádóczky Erika) 13

HATÉKONYSÁG

A hatékonyság alakulása a magyar egészségügyi rendszerben (Gaál Péter, Szigeti Szabolcs, Evetovits Tamás, Lindeisz Ferenc) 21

INTÉZMÉNYESÍTÉS

Javaslatok a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésére a magyar egészségpolitika intézményrendszerében (Szigeti Szabolcs, Gaál Péter, Mihalicza Péter, Evetovits Tamás, Pusztai Zsófia) 31

Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai (Kiss Norbert) 35

INTERJÚ

Az igazságosság szempontjai is épüljenek be a teljesítményértékelési rendszerbe (Bene Zsolt, Szigeti Szabolcs) 39

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 engedélye szükséges.
 A hirdetések tartalmaért a hirdető vállalkozás felelőséget.

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

A forrásteremtés igazságosságának vizsgálata a betegségek költségterhe elleni védelem indikátorainak segítségével

Az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelési kritériumai között az Egészségügyi Világszervezet (WHO) javaslata alapján kiemelt helye van az igazságosságnak (equity), amely a végső célként definiált egészség (health), készségesség (responsiveness), illetve betegségek költségterhe elleni védelem (financial protection) a társadalom tagja közötti igazságos elosztást jelenti, szemben a hatékonysággal és a minőséggel, amely ezek aggregált, illetve átlagos szintjét vizsgálja (1).

■ Gaál Péter¹, Evetovits Tamás², Lindeisz Ferenc³, Szigeti Szabolcs⁴

A WHO teljesítményértékelési keretrendszere nem foglalkozik részletesen azzal a koncepcionális kérdéssel, hogy az egészségügyi rendszerek célkitűzéseinek meghatározása értékválasztási döntés, így arra a kérdésre, hogy mi tekinthető igazságos elosztásnak, egymástól eltérő választ is adhatnak a különböző társadalmak (2). Ehelyett magától értetődőnek tekinti azt a feltételezést, hogy az egészségügyben az az igazságos, ha mindenki szükségleteinek megfelelően fér hozzá az egészségügyi ellátáshoz, függetlenül attól, hogy ezt az egyén, illetve a háztartás jövedelmi helyzete lehetővé teszi-e. Kétségtelenül igaz ugyanakkor, hogy a WHO Tallinni Kartájának aláírásával az európai tagállamok egyetértettek abban, hogy az egészségügyi ellátás költségterheinek igazságos elosztása az, ha mindenki fizetési képességének (azaz jövedelmi és vagyoni helyzetének) megfelelően járul hozzá az egészségügyi rendszer finanszírozásához, annak érdekében, hogy egészségügyi kiadások miatt senki ne szegényedjen el (3, 4). Így az igazságos egészségügyi rendszer az európai országok, köztük Magyarország számára is a szolidaritás alapelveire épülő egészségügyi rendszert jelenti. Ezt a megállapítást az 1997-es egészségügyi törvény is megerősíti, amely az egészségügyi rendszer céljai között említi az ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségét (5, 6).

Jelen tanulmányunkban azt vizsgáljuk, hogy a magyar egészségügyi rendszer hogyan teljesített ebben a tekintetben, a 2003. és 2010. közötti időszakban. Elemzésünket a forrásteremtési módzatok hagyományos beosztása mellett, a WHO által kidolgozott indikátor-számításra építettük, amelyhez a WHO szakértői részletes módszertani ajánlást dolgoztak ki (7). Bár ez utóbbi indikátorok (többek között a tanulmányunkban használt katasztrofális egészségügyi kiadások és elszegényítő egészségügyi kiadások) a forrásteremtés igazságosságának

csak egy szeletét, a betegségek költségterhe elleni védelem szintjét mérik, magyarországi vizsgálatuk módszertani szempontból is érdekes. A WHO ezeket az indikátorokat ugyanis elsősorban egyes nagyon szegény afrikai országok egészségügyi rendszerének teljesítménymérésére használta, így külön érdemes volt vizsgálni a módszertan-ban használt feltételezések magyar viszonyok közötti helytállóságát, azaz a módszertan változtatás nélküli alkalmazhatóságának kérdését.

A forrásteremtés igazságossága, és a betegségek költségterhe elleni védelem koncepcionális alapjai

A WHO teljesítményértékelési keretrendszerében az igazságosság köztes, a betegségek költségterhe elleni védelem pedig végső célként szerepel (1). A Tallinni Karta érdekesen köti össze ezt a két célkitűzést: azért van szükség arra, hogy mindenki fizetési képességének megfelelően járuljon hozzá az egészségügyi ellátás költségterheinek viseléséhez (forrásteremtés igazságossága), mert így érhető el az, hogy senki nem szegényedik el amiatt, hogy egészségügyi ellátást kell igénybe vennie (betegségek költségterhe elleni védelem) (3). Koncepcionálisan azonban az igazságosság érvényesítése ennél jóval többet kíván meg, így nem logikus a forrásteremtés igazságosságának a betegségek költségterhe elleni védelemre való leszűkítése. A WHO korábbi teljesítményértékelési keretrendszere szerinti célbesorolás nem is említi külön a betegségek költségterhe elleni védelmet, mint az egészségügyi rendszer jó működésének egyik eredményét, hanem az egészségügyi rendszer költségterheihez való igazságos hozzájárulást (fairness of financial contribution) tekinti végső célnak (2). A koncepcionális problémát ebben az esetben viszont az okozza, hogy míg a két másik végső

cél esetében (egészség és készségesség) értelmezhető mind az elért eredmény átlagos szintje, mind pedig annak a társadalom tagjai közötti elosztása, az egészségügyi rendszer költségterheire való igazságos hozzájárulás definíció szerint csak elosztási kérdés.

Ha az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó koncepcionális keretrendszereket vizsgáljuk, akkor látható, hogy az igazságosság mindenütt kiemelt célként van definiálva (8-12). Az igazságosságot, mint a társadalom számára szűkösen rendelkezésre álló erőforrások felhasználásával megtermelt javaknak (termékeknek, illetve szolgáltatásoknak) és az erőforrás felhasználásból következő költségterheknek az adott társadalom tagjai közötti kívánatos elosztását, általában e két tényező (a javak fogyasztásából származó hasznok és a javak előállításához szükséges erőforrások költségterhe) mentén két részre szokták bontani. Ily módon beszélhetünk a forrásteremtés igazságosságáról és az egészség/egészségügyi ellátás elosztásának igazságosságáról. Bár a költségterhek elosztásának igazságossága nem választható el élesen az egészségügyi ellátás fogyasztásának igazságosságától, ugyanúgy, ahogy az egészségügyi ellátás fogyasztásának igazságossága sem vizsgálható az egyéb, élethez nélkülözhetetlen javak fogyasztásától elválasztva, hiszen a teherelosztásnak elsősorban a társadalom által kívánatosnak tartott fogyasztási „részesedést” kell elősegítenie, a teherelosztás igazságossága önálló célként is értelmezhető.

Először is, a szolidaritási alapú (tehát fizetőképességnek megfelelő) forrásteremtés nem pusztán a közvetlen lakossági hozzájárulásnak a szükséges egészségügyi szolgáltatás igénybevitelét akadályozó hatása miatt fontos. Ez a nemkívánatos hatás ugyanis egy közösségi díjszabásra épített magánbiztosítási konstrukcióval is kiküszöbölhető lenne. Nyilvánvalóan nem oldja meg azonban megnyugtató módon a szegények hozzáférést az egészségügyi ellátáshoz egy olyan forrásteremtési séma, amely aránytalanul nagy terhet ró az alacsony jövedelműekre, és így akadályozza az egyéb, az élethez elengedhetetlenül szükséges javakhoz (pl. táplálkozás, ruházat, lakhatás) való hozzáférésüket (13). Másodszor, a tény, hogy egy gazdag ember elkerüli a jövedelmével arányos hozzájárulást az egészségügyi ellátás költségterheinek viseléséhez, akkor is igazságtalan, ha egyébként a többi gazdag és szegény jövedelmével arányosan járul hozzá a költségterhek viseléséhez (vertikális igazságosság), és a gazdagoktól befolyó többletből megfelelő színvonalon finanszírozni lehet a rászorulókat. Az igazságtalanság ebben az esetben azokkal szemben értelmezhető, akik ugyanolyan jövedelmi helyzetben ténylegesen megfizették a rájuk eső költségterhet (horizontális igazságtalanság). Harmadszor, ez utóbbi megfontolásból adódóan is, el kell különíteni egymástól a forrásteremtési módszerek jogszabály szerinti tehermegosztását (legal incidence) a tényleges teherviseléstől (economic incidence) (14). A jogalkotó szándéka szerinti tehermegosztás érvényesülése nemcsak az adó-, és járulékelkerülési technikák alkalmazása miatt torzulhat a gyakorlatban. Egyes gazdasági szereplők bizonyos esetekben tovább tudják hárítani a terheket más gazdasági szereplőre, így a tényleges terhet nem a jogszabályban meghatározott szereplő viseli. A forrásteremtés igazságosságával kapcsolatos bármilyen elemzés során célszerű figyelembe venni ezeket a megfontolásokat, mert alapvetően befolyásolják azt, hogy egy empirikus vizsgálatból milyen következtetések vonhatóak le.

Kutatási módszerek és módszertani kutatási kérdések

A forrásteremtés igazságosságának vizsgálatához először a magyar egészségügyi rendszerben alkalmazott különböző forrásteremtési módszereket tekintettük át, és helyeztük el a hagyományos progresszív-lineáris(arányos)-regresszív skálán. Ez a leíró kategorizálási eszköz árnyaltabb megközelítést tesz lehetővé, mint a legegyszerűbb és leggyakrabban alkalmazott „köz- versus magánforrás” dichotóm csoportosítás. Annál is inkább, mert a klasszikus forrásteremtési módszerek alkalmazása mellett egyre nagyobb teret nyernek olyan új forrásteremtési konstrukciók (pl. kötelező magánbiztosítás, közösségi díjszabással és kötelező minimum csomaggal), amelyek a köz, illetve magán határmezsgyéjén helyezkednek el, így besorolásuk az egyik vagy a másik csoportba nem kézenfekvő. Ez a kérdéskör módszertani szempontból vitatott, és a nemzetközi szervezetek által kidolgozott Egészségügyi Számlák Rendszerének (System of Health Accounts, SHA) legújabb verziója sem tartalmaz egyértelmű állásfoglalást ebben a tekintetben (15). A rendszert kidolgozó szakértők azt javasolják, hogy az átmeneti forrásteremtési konstrukciókat külön tüntessék fel a kutatók, és a vizsgálat céljával összhangban helyezték el az egyik vagy a másik kategóriában.

A progresszivitás szerinti beosztás alapján azok a forrásteremtési konstrukciók felelnek meg egyértelműen a fizetési képesség alapelveinek, azaz a forrásteremtés szempontjából azok tekinthetők európai szemmel igazságosnak, amelyek az arányosságot (linearitást) képviselő középponttól kezdődően a skála progresszív térfelén helyezkednek el, míg a regresszív végponthoz a középponttól mérve közelebb eső forrásteremtési konstrukciók egyértelműen nem felelnek meg annak, tehát igazságtalanok. A határvonal (amely tulajdonképpen a köz és magán közötti határt is kijelöli) pedig az arányosságot képviselő középpont és az erősen regresszív ténegyed határa, tehát a regresszív térfél felezőpontja között húzódik valahol. A pontos határvonalat éppen azért nehéz egyértelműen meghúzni, mert vitatott, hogy mi az a legregresszívebb forrásteremtési mód, amely a szegények ellátása szempontjából még érdemi méretű transzferelemet tartalmaz.

A magyar egészségügyi rendszer forrásteremtési módszereinek progresszivitás szerinti beosztását a forrásteremtési konstrukciókról szóló jogszabályi rendelkezések alapján állapítottuk meg. A jogszabály szerinti teherviselés elemzése azonban nem veszi figyelembe azt, hogy a gyakorlatban ténylegesen megvalósuló teherviselés, az előzőekben elmondottak alapján, jelentősen eltérhet attól, ami a jogalkotói szándék volt. Ennek vizsgálatához azonban háztartás-statisztikai felmérésekre van szükség, amelyekben a jövedelmi és kiadási adatok segítségével határozható meg az, hogy egy adott jövedelemszinttel rendelkező háztartás jövedelmének mekkora részével járult hozzá valójában az egészségügyi ellátás költségterheinek viseléséhez. A megfelelő adatok birtokában minden egyes forrásteremtési módszer (és az összes forrásteremtési módszer együttes) progresszivitása számszerűsíthető a Kakwani-index felhasználásával (16). A háztartás-statisztikai felmérések adataira támaszkodva sem állapítható meg azonban teljesen pontosan a háztartások által befizetett források mértéke. Az emberek ugyanis nem minden esetben vannak tisztában az általuk befizetett adók és járulékok pontos összegével (például a fogyasztási adókat a legritkább esetben kell a végfogyasztóknak bevallani és megfizetni), így ezeket

Költségteher elleni védelem

1. táblázat. Az egészségügy finanszírozásának fő forrásai Magyarországon és azok progresszivitása 1-től (erősen regresszív) 15-ig (erősen progresszív) terjedő skálán

Forrásteremtési csatorna	Regresszív					Arányos					Progresszív				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Közösségi forrásteremtési módszerek															
1. Egészségbiztosítási járulék						•									
2. Egyszerűsített járulékfizetés (egyének/kisvállalkozások művészeti területen)					•										
3. Egészségügyi hozzájárulás – fix összegű				•											
4. Egészségügyi hozzájárulás – százalékos (járulékalapba nem tartozó – pl. tőke – jövedelmekre)									•						
5. Általános adók (központi költségvetési transzferek)									•						
a. Többkulcsos jövedelemadó															•
b. Luxuscikkek fogyasztási adója															•
c. Létfenntartáshoz szükséges cikkek fogyasztási adója			•												
d. Alkohol- és dohánytermékek fogyasztási és jövedéki adója			•												
6. Helyi adók (IPA, ingatlan-adó, gépjárműadó)														•	
Magánforrások															
7. Magán egészségbiztosítás			•												
8. Önkéntes kölcsönös egészségpénztárak (adókedvezménnyel)		•													
9. Közvetlen lakossági hozzájárulás		•													
a. Igénybevételi díjak		•													
b. Hálapénz		•													

a bevallott jövedelmi és fogyasztási adatok segítségével lehet becsülni. A jövedelmi és fogyasztási adatokat, és ebből adódóan az erre épülő közterhek becslését azonban jelentős mértékben torzíthatja az informális tételek bevallása, vagy éppen eltitkolása.

Mindezek alapján ennek a kutatásunknak a keretében csak egy kicsi, de jelentős szeletét vizsgáltuk a forrásteremtés igazságosságának: a betegségek költségterhe elleni védelem két indikátorának alakulását elemeztük a Központi Statisztikai Hivatal háztartás-statisztikai felmérése (HKF) adatainak másodelemzése alapján, a 2003–2010. közötti időszakra vonatkozóan.

A WHO szakértői által kidolgozott és nemzetközileg széles körben alkalmazott két indikátor a (1) katasztrofális egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások aránya az összes háztartáshoz viszonyítva, és (2) az elszegényítő egészségügyi kiadásokat elszenvedő háztartások aránya az összes háztartáshoz viszonyítva (7). Katasztrófális egészségügyi kiadásnak nevezték el az olyan mértékű kiadást, amely eléri vagy meghaladja a háztartás diszkrecionális jövedelmének 40%-át. Az elszegényítő egészségügyi kiadás pedig azt jelenti, hogy a háztartás az egészségügyi kiadások következtében a szegénységi küszöb alá kerül.

Mindkét indikátor aktuális értéke alapvetően függ számos tényezőtől, többek között az egészségügyi magánkiadások mértékétől és a küszöbérték megválasztásától, a háztartások jövedelmének számítási módszerétől, valamint a létminimum számítása során alkalmazott módszertantól, hiszen e két utóbbi változó különbsége adja az adott háztartások diszkrecionális (tehát a létfenntartási kiadások után megmaradó) jövedelmét. Az indikátor-számítás részletes módszertani leírása elolvasható a WHO által kiadott módszertani segédletben (7). Ebben a tanulmányban módszertani szempontból vizsgáltuk az egészségügyi magánkiadások meghatározását

és a tulajdonképpen önkényesen megállapított 40%-os küszöbérték változtatásának hatását az indikátorértékekre, valamint górcső alá vettük az élelmiszer-fogyasztáson alapuló szegénységiküszöb-számítás magyar viszonyok közötti alkalmazhatóságát – azzal az igénnyel, hogy javaslatot tegyünk az indikátorszámítás magyar (illetve közép-kelet-európai) helyzet specialitásait is figyelembe vevő módosítására.

A közvetlen lakossági egészségügyi kiadásokra építő indikátorok egyik hátránya, hogy nem fedik le a közvetlen kiadásoknak a szegényekre gyakorolt összes hatását. Az alacsony jövedelmű háztartások egy része ugyanis lehet, hogy azért nem szenved el katasztrofális, vagy elszegényítő kiadást, mert annak érdekében, hogy ne kelljen igénybevételi díjat (önrészt) fizetniük, egyáltalán nem, vagy halogatás után, csak igen súlyos esetben veszik igénybe az egészségügyi ellátást (ez tulajdonképpen a magas közvetlen lakossági hozzájárulás elrettentő hatása). Ebből adódóan az elemzést az egészségügyi ellátás igénybevételével is ki szokták egészíteni. Sajnos a HKF nem tartalmaz egészségügyi igénybevételi adatokat, és számos módszertani lehetőség részletes megvizsgálása után sem találtunk olyan megoldást, amellyel ezt az elemzést el tudtuk volna végezni. A háztartás-statisztikában szereplő egyének adatai ugyanis nem kapcsolhatóak össze a TAJ-szám alapján az OEP igénybevételi adataival, így jövedelmi helyzet alapján az igénybevétel egyelőre nem elemezhető. Érdemes azonban megemlíteni, hogy a nemzetközi tapasztalatok egyértelmű összefüggésre utalnak ebben a tekintetben: minél nagyobb az igénybevétel közvetlen költsége, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a betegek jelentős hányada nem veszi igénybe az orvosilag szükséges ellátásokat vagy nem váltja ki a felírt gyógyszereket (17, 18), tehát mind a katasztrofális kiadások előfordulása, mind pedig az igénybevétel elhalasztása elsősorban a szegényebb háztartásokat sújtja. A teljesség igénye nélkül kiegészítettük vizsgálatunkat olyan

felmérések eredményeinek áttekintésével, amelyek a vizsgált időszakban foglalkoztak a jövedelmi helyzet és az egészségügyi ellátás igénybevételének összefüggésével.

A magyar egészségügyi rendszer különböző forrásteremtési módszereinek jellemzése

A magyar egészségügyi rendszer számos forrásteremtési csatornát alkalmaz. Ha önmagában csak az Egészségbiztosítási Alap bevételi tételeit tekintjük, akkor megállapítható, hogy több mint 25 jogcímen érkezik több-kevesebb pénz a társadalmi egészségbiztosítás szolgáltatásainak fedezésére (19), és ehhez adódnak hozzá a központi költségvetés és a helyi önkormányzatok által a tőkeköltések (amortizáció, beruházások) fedezésére rendelkezésre bocsájtott összegek. Magyarország uniós integrációjának eredményeként ez utóbbi tételek esetében nagyon jelentős szerepet töltenek be a 2007-2013-as időszakban az EU-ból érkező külső támogatások is. A deklaráltan szolidaritási alapú magyar egészségügyi rendszer nagyjából közösségi forrásteremtési módszerek alkalmazásával teremti elő az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges bevételeket, de Magyarországon európai összehasonlításban kirívóan magas a magánforrások aránya is, amely a teljes egészségügyi kiadás közel egyharmadát teszi ki (20).

A közösségi forrásteremtési módszerek alkalmazása általánosságban megfelel a fizetési képesség alapelveinek, de a forrásteremtés igazságossága szempontjából a közösségi forrásteremtési technikák között is jelentős különbségek vannak (1. táblázat).

Bár már nincs járulékplafon, a társadalmi egészségbiztosítási járulék (1) enyhén regresszív maradt, mert egyrészt a bruttó bérekre van kivetve (s a tőkejövedelmekre nem), másrészt pedig van egy minimális járulékalap. Az egészségbiztosítási járulék mellett bevezetett egészségügyi hozzájárulást, amely címkézett adónak felel meg, nehezebb elhelyezni a regresszivitás-progresszivitás skálán, és bizonyos tekintetben a társadalmi egészségbiztosítási járulékkal együtt érdemes vizsgálni. Amíg a 2010. januárig érvényben levő fix komponens (3) nyilvánvalóan regresszív, és a járulék-adó befizetés elkerülésének az esélyét csökkentette, addig a százalékos (lineáris vagy proporcionális) komponensét (4) olyan jövedelemfajtákra vetették ki, amelyek korábban nem képeztek járulékalapot, így tulajdonképpen járulékalap-szélesítő intézkedésnek lehet tekinteni. Ilyen jövedelemfajta a tőkejövedelem, pl. az osztalék, amelyet jellemzően a magasabb jövedelműek szoktak szerezni, így ez a közteher progresszívnek lenne tekinthető. Ezt a progresszivitást azonban jelentősen csökkenti a járulékfizetésre és az egészségügyi hozzájárulásra együttesen érvényes fizetési plafon, amely felett nem kell a százalékos egészségügyi hozzájárulást megfizetni. Szintén a járulérendszer részeleme még az „egyszerűsített közteherviselési hozzájárulás” (EKHO), amely inkább regresszívnek tekinthető, mivel csak bizonyos foglalkozásúak – jellemzően művészek, élsportolók és médiában dolgozók – élhetnek vele, akik sok esetben a népesség jobb keresetű feléhez tartoznak, ugyanakkor a hibrid járulék-adó kulcs jóval kedvezőbb, mint annak a társadalmi egészségbiztosítási járuléknak a kulcsa, amelyet az átlagpolgár fizet (2). Ha tehát minden adót és járulékot figyelembe veszünk, összességében végül is lényegesen kevesebbet fizetnek az EKHO keretében közterheket fizetők, mint

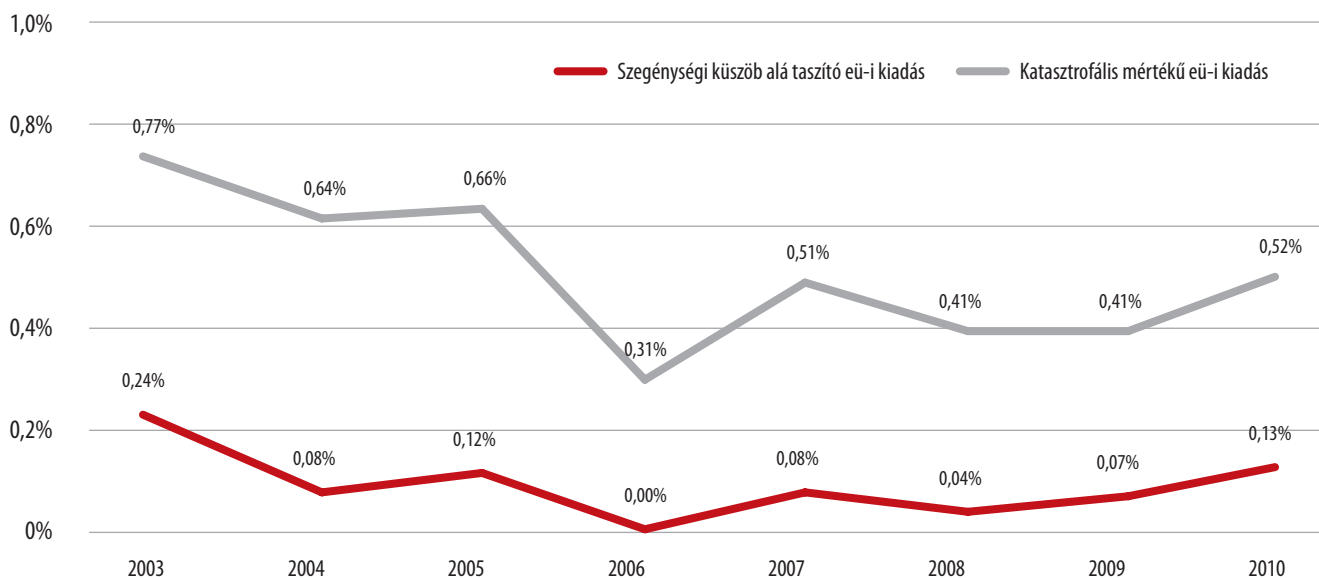
a társadalom többi tagja. Az ebből a forrásból származó bevétel amúgy csak elenyésző hányadát adja a teljes Egészségbiztosítási Alap (EA) bevételnek.

Az EA felé irányuló központi költségvetési transfereket (5) egyszerűség kedvéért progresszívnek soroltuk be (ilyen a személyi jövedelemadó, a luxuscikkek fogyasztási adója, a különböző vagyontárgyakra kivetett adó), de ezeknek a transfereknek van egy regresszív (a teljes adóbevételben belül képviselt aránynak megfelelő) része is (a szegények által nagyobb mennyiségben fogyasztott cikkek fogyasztási adója, jövedéki adó, pl. dohánytermékek, alkohol). Említésre méltó trend, hogy erős eltolódás figyelhető meg a kilencvenes évek második felétől az egészségügyi rendszer általános adókból való finanszírozása felé. Becsléseink szerint 2010-ben az adóból származó bevételek meghaladták az EA összes forrásának 50%-át. Az adóbevételek felé való eltolódás összhangban van a közelmúltbeli európai trendekkel, amelyek a kizárólag munkához kötődő társadalombiztosítási járulékoktól egy vegyes forrásteremtési rendszer felé mutatnak elmozdulást. Ettől az elmozdulástól a WHO ajánlásai is azt remélik, hogy az egészségügyi rendszerek finanszírozása javulhat, illetve stabilabbá válhat (21). Magyarországon az adóforrások felé való markáns elmozdulás ellenére láthatóan ennek az ellenkezője valósult meg, ami annak tulajdonítható, hogy az egészségügy nem kapott prioritást a költségvetési erőforrás-allokáció során. A társadalmi egészségbiztosítási rendszerek általános és célzott adóbevételekből való finanszírozása tehát csak abban az esetben stabilizálja, illetve javítja az egészségügyi ellátórendszer finanszírozhatóságát és hosszú távú fenntarthatóságát, ha ez az elmozdulás együtt jár egy erős kormányzati elköteleződéssel, amelyet egy transzparens és következetes hosszú távú finanszírozási stratégiában fogalmaznak meg (22).

A forrásteremtés magyar egészségügyben érvényesülő igazságosságának értékelésekor fontos különbséget tenni elmélet és gyakorlat között. A gyakorlatban lényeges figyelembe venni a társadalom tagjainak adó- és járulékfizetési képességét, illetve hajlandóságát, ugyanis egy papíron progresszív forrásteremtési technika a gyakorlatban akár jelentősen is regresszívvá válhat, ha a tehetősebbeknek sikerül elkerülni (kijátszani) a rájuk háruló közterhek megfizetését. Az adó- és járulék-elkerülés, illetve csalás visszatérő problémák Magyarországon, különösen az egészségügyi rendszerben. A befizetetlen egészség-, és nyugdíj-biztosítási járulékok összességében a GDP 4,3%-ával tetőztek 1994-ben, de még 2010-ben is a GDP több mint 1%-át tették ki, amelynek 37%-a Egészségbiztosítási Alappal kapcsolatos fizetési elmaradás, illetve követelés volt (19).

Korábban a magas társadalombiztosítási járulékkulcs nagy valószínűséggel valóban hozzájárult a befizetések elmaradásához és a jövedelmek eltitkolásához. Arra hivatkozva, hogy a magas járulékszint rontja a foglalkoztatást és a magyar gazdaság versenyképességét, az egymást követő kormányok a problémát azzal próbálták megoldani, hogy csökkentették a járulékkulcsot, bővítették a járulékalapot, és olyan egyéb bevételi forrásokat és formákat igyekeztek keresni, amelyeket nehezebb kijátszani. Legutoljára a betegek társadalombiztosítási jogviszonyát rögzítő adatokat tisztították és bevezették a jogviszony-ellenőrzést az ellátás igénybevételekor. Így azok, akik nem rendelkeztek jogviszonnyal, az ellátás igénybevétele után kötelesek voltak rendezni azt, az elmaradt járulékok visszamenőleges befizetésével. Kormányzati becslések szerint

1. ábra. A katasztrofális és elszegényítő egészségügyi kiadást elszenvedő háztartások százalékos aránya Magyarországon, 2003–2010.



az első beavatkozás 150 000 úgynevezett „potyautast” derített fel. Az ebből a forrásból származó bevétel közel 70%-kal nőtt 2007. és 2008. között (azaz további 1,75 milliárd Ft-tal). A munkaadói járulékszint csökkentését részben a munkavállalói járulékos emelésével, részben az adófinanszírozás emelésével kompenzálták, továbbá az egészségügyi közkiadások GDP-arányos, illetve reálértékben történő csökkentésén keresztül. A foglalkoztatás ennek ellenére nem növekedett lényegesen a kilencvenes évek végéhez képest (23).

A közösségi forrásteremtés mellett Magyarországon az egészségügyi rendszer finanszírozásának jelentős részét teszik ki a magánforrások is, amelyek definíció szerint erősen regresszívnak tekinthetők. A különböző magánforrások közül is elsősorban a közvetlen lakossági hozzájárulás, mint a betegeket, illetve a betegek háztartásait igénybevétele arányosan terhelő, zsebből fizetett kiadás okozza a legnagyobb teherviselési igazságtalansági problémát (9). Az egymást követő kormányzatok a közkiadások csökkentése során rendszeresen igyekeztek a kiadások egy részét áthárítani a betegekre a közvetlen lakossági hozzájárulás emelésével, vagy az önrész növelésével, vagy pedig a szolgáltatáscsomag szűkítésével. Az esetek egy részében ezek az intézkedések együtt jártak az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítások ösztönzésével, de Magyarországon a szolgáltatásfinanszírozó egészségügyi magánbiztosítás (7) csak töredékét adja az összes egészségügybe áramló magánforrásnak. Az önkéntes kölcsönös egészségbiztosítási pénztárak rendszere (8) az 1993-as induláskor egy igazi non-profit magán egészségbiztosítási konstrukció volt, amelyben közösségi díjszabást alkalmaztak és tilos volt a belépés előtti kockázatfelmérés. A kockázatmegosztó komponens 1996-ban lecsökkentették a biztosítási díj 40%-ára, 2003-ban pedig teljesen eltörölték. Ettől kezdve az egész rendszer tulajdonképpen egészségügyi megtakarítási számlává (Medical Savings Account) alakult át, amely a klasszikus magán egészségbiztosításnál is regresszívebb formája a magánfinanszírozásnak, mert kikerült belőle az egészségesek és betegek közötti kockázatmegosztás. Mindenki saját magának takarít meg. Ráadásul a konstrukciót adókedvezményrel is támogatták, amely tovább növeli ennek a forrásteremtési módszernek a regresszivitását ab-

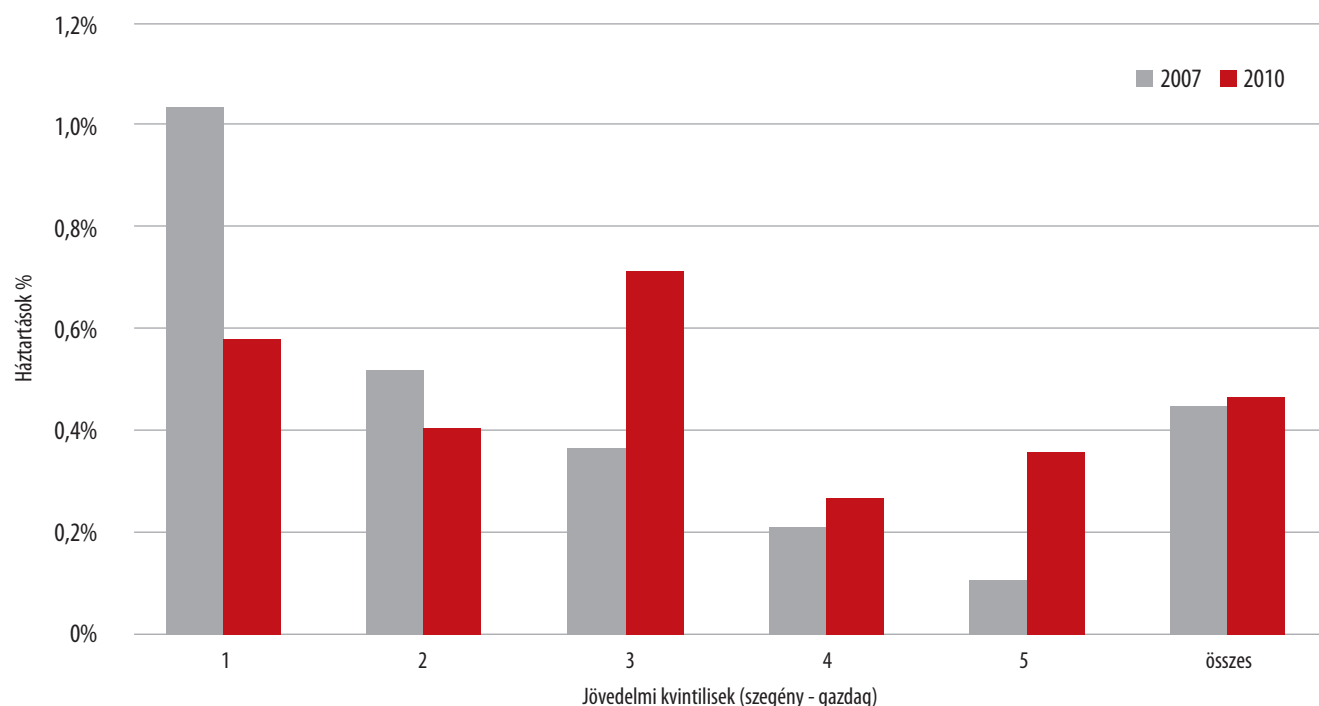
ból adódóan, hogy a közfinanszírozáson keresztül megvalósuló transzfer ebben az esetben a megtakarítani képes, tehetősebb társadalmi rétegeket támogatja.

A közvetlen lakossági hozzájárulás erősen regresszív és így a forrásteremtés szempontjából igazságtalan volta két összefüggésből következik. Az igénybevételei díjak mértéke mindenki számára, jövedelmi helyzetétől függetlenül egyforma, ebből adódóan pedig a befizetett összeg a szegények jövedelmének nagyobb százalékát teszi ki abban az esetben is, ha a szegények és a gazdagok azonos gyakorisággal vennék igénybe az egészségügyi ellátást. A különböző nemzetközi kutatások egyértelműen azt mutatják, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot összefügg – mégpedig a szegényebbek általában betegebbek is, tehát az egészségügyi ellátás iránti szükségleteik nagyobbak, mint a gazdagoké. Ennek megfelelően a háztartások jövedelmi helyzetének és egészségügyi kiadásainak elemzésekor azt vártuk, hogy a jelentős zsebből fizetett magánkiadási arány miatt jelentős mértékű lesz a katasztrofális egészségügyi kiadást elszenvedő háztartások aránya, ráadásul ezek a háztartások az alacsonyabb jövedelmű kvintilisekben koncentrálnak. Az is igaz ugyanakkor, hogy a közvetlen lakossági hozzájárulás regresszivitását valamennyire tompítja az alacsony jövedelműek számára biztosított mentesség (közismert nevén közgyógyellátás). A közgyógyellátás rendszerét szintén a vizsgált időszakban alakították át, aminek lényege, hogy a kiadásokra vonatkozóan havi maximumot állapítottak meg és e fölött további támogatás nem jár. Ezek a tényezők együttesen határozzák meg végül is azt, hogy egy adott háztartás jövedelmének mekkora részét fordítja ténylegesen egészségügyi ellátásra.

Katasztrofális és elszegényítő egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon az eredeti WHO módszertan alapján számítva

A KSH háztartás-statisztikai adatainak másodelemzése alapján, és az eredeti WHO-módszertan szerint elvégzett számításaink eredménye azt mutatja, hogy a magyar háztartások

2. ábra: A katasztrofális mértékű egészségügyi kiadások előfordulási aránya Magyarországon jövedelmi kvintilisek szerint, 2007 és 2010.



kevesebb, mint 1%-a szenvedett katasztrofális (0,31%–0,77%) vagy elszegényítő (0,004%–0,24%) egészségügyi kiadást 2003. és 2010. között. Ez azt jelenti, hogy Magyarországon ebben az időszakban 12 000–30 000 között volt a katasztrofális mértékű egészségügyi kiadást elszenvedő háztartások száma, emellett 150–9000 között volt azon háztartások száma, amelyek az egészségügyi kiadások következtében kerültek a szegénységi küszöb alá (2. ábra). A várakozásoknak megfelelően a katasztrofális és elszegényítő kiadásokat elszenvedő háztartások aránya a háztartások legszegényebb egyötödében több mint kétszerese volt az összes háztartásra vonatkozó átlagos arálynak (3-4. ábra).

Az indikátorok időbeli alakulását tekintve az látható, hogy 2003. és 2006. között csökkenés mutatkozott a katasztrofális és elszegényítő kiadások százalékos arányában, amit jelentős növekedés követett 2007-ben. Ez a növekedés időben egybeesik több egészségpolitikai intézkedés bevezetésével, amelyek között van például a járóbeteg-ellátási vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetése, valamint a gyógyszer-önrész növekedése és átstrukturálása. A növekedés ugyanakkor nem haladta meg a 2006. előtti időszakban tapasztalt szinteket. A 2009-2010. évi adatok alapján azonban megállapítható, hogy egy átmeneti csökkenés után a trend ismét megfordult, amire mindenképpen figyelmet kell fordítani a finanszírozás-politikai döntések meghozatalakor.

A korábban említetteknek megfelelően a betegségek költségterhe elleni védelem ezen indikátorainak a magas magyar magánkiadási arány ellenére tapasztalt meglepően alacsony értéke adódhat abból is, hogy a szegények, éppen a közvetlen lakossági hozzájárulás elrettentő hatása miatt, nem veszik igénybe még a ténylegesen szükséges egészségügyi ellátásokat sem. A 2007 februárjában bevezetett és 2008 áprilisában eltörölt önrészfizetések (vizitdíj, kórházi napidíj) hatásaival kapcsolatban több felmérés is készült. Általánosságban elmondható, hogy a csekély összegnek tűnő 300 Ft-ot/alkalom,

illetve kórházi ápolási nap, szegényekre gyakorolt elrettentő hatása váratlanul nagy volt. Egy 2007 áprilisában végzett vizsgálat szerint például a válaszadók 15%-a nyilatkozott úgy, hogy a vizitdíj miatt nem fordult orvoshoz. A csak általános iskolát végzettek között ez a szám 25% volt, míg 10% volt a magasabb iskolai végzettségűek között. Hasonló különbségeket találtak a különböző jövedelmi csoportok között (24).

A vizitdíj bevezetésétől azt is várták, hogy megoldja a paraszolvencia problémáját. Egy másik vizsgálat szerint azonban, míg a résztvevő orvosok 30%-a úgy nyilatkozott, hogy a vizitdíj átlagosan 14%-kal csökkentette a paraszolvenciát, 47%-uk nem érzékelt változást és 1%-uk növekedést figyelt meg. A betegeknek csak 6,6%-a állította, hogy egyáltalán nem fizetett paraszolvenciát, vagy, hogy kevesebbet fizetett a vizitdíj bevezetése óta (25). Egy további vizsgálat a paraszolvencia általános csökkenését 25%-ra becsülte (26), viszont a paraszolvenciára és az újonnan bevezetett vizitdíjra együttesen fordított kiadások nominálisan kb. 20%-kal nőttek 2007-ben. Ez arra utal, hogy a betegekre háruló terhek összességében nőttek, veszélyeztetve a betegségek költségterhe elleni védelmet, a forrásteremtés igazságosságát és a hozzáférést (1. ábra).

Módszertani eredmények és javaslatok

A köz- és magánforrások egymástól való elkülönítése

A forrásteremtés igazságosságának értékelésében alapvető kutatás-módszertani kérdésként fogalmazódott meg, hogy hol húzódik a magán- és a közösségi forrásteremtés határa. Ahogy azt korábban említettük, ebben a tekintetben az OECD, a WHO és az Eurostat által közösen kiadott Egészségügyi Számlák Rendszerének (System of Health Accounts, SHA) legújabb verziója sem tartalmaz egyértelmű állásfoglalást (15), minden bizonnyal azért, mert a befizetés kötelezősége mint jól meghatározható kritérium önmagában nem ad lehetőséget az értelmes elkülönítésre. Nem egészségügyi

Költségteher elleni védelem

példaként gondoljunk csak a gépkocsikba kötelezően vásárolandó biztonsági övre, vagy a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításra, amelyekről pusztán azért, mert az állam előírja ezek kötelező megvásárlását, még senki sem gondolja, hogy közösségi forrásteremtéssé alakultak át.

Az egészségügyben alkalmazott átmeneti forrásteremtési módszerekre jó példa az a Chilében alkalmazott megoldás, hogy a társadalombiztosítóból (FONASA) kilépő állampolgárok társadalombiztosítási járulékukért cserébe magánbiztosítóknál (ISAPRE) vásárolhatnak maguknak szolgáltatáscsomagot. Ebben az esetben kötelezően fizetendő, ráadásul „társadalombiztosítási járulék” nevezett forrásról van szó, meggyőződésünk szerint azonban ez az ISAPRE-rendszerében elköltött pénz mégis magánbiztosítási díjnak, tehát magán forrásteremtési csatornának tekintendő. Miért van ez?

Érvelésünk szerint a közösségi és a magán forrásteremtési módszereket nem elsősorban a kötelezőség, hanem a befizetett pénz és a pénzért cserébe nyújtott szolgáltatás közötti arányosság megléte mint kritérium különíti el egymástól. Magán forrásteremtési módszerről alapesetben akkor beszélhetünk, ha ez az arányosság fennáll, közösségi forrásteremtésről pedig akkor, ha ez az arányosság nem áll fenn. Ennek alapján válik érthetővé, hogy miért gondoljuk az előzőekben példaként említett chilei forrásteremtési konstrukciót egyértelműen magánbiztosításnak. A társadalombiztosítási rendszerből kilépő chilei ugyanis pontosan akkora szolgáltatáscsomag igénybevételére válik jogosulttá, amekkora szolgáltatáscsomag megvásárlását a kivitt járulék összege lehetővé teszi számára. Több pénzért nagyobb, kevesebb pénzért kisebb

2. táblázat. A közösségi és a magán forrásteremtési módszerek elkülönítése

Kötelező?	A befizetés és a nyújtott szolgáltatás arányos?		
	igen nem	igen magán klasszikus magán	nem (klasszikus) közösségi magán

szolgáltatáscsomagot lehet vásárolni Chilében. A társadalombiztosítási rendszerben maradók ugyanakkor mind egyformán nagy szolgáltatáscsomagra jogosultak, függetlenül attól, hogy mekkora járulékot fizettek be, (illetve fizettek-e egyáltalán járulékot). A bennmaradó járulék, tehát közösségi forrásteremtési módszer, a kivitt járulék pedig magán. Vegyük észre, hogy tulajdonképpen az arányosság e hiánya teszi lehetővé az állam számára azt, hogy, egészségbiztosítás (biztonság), illetve egészségügyi szolgáltatások (egészségnyereség) formájában, a szegények javára újraossza a begyűjtött forrásokat (transzferelem).

Ezt az alapvető összefüggést tovább árnyalja azonban az önkéntesség vs. kötelezőség kérdésköre. A nem egyértelműen besorolható forrásteremtési konstrukciók között elképzelhető olyan, önkéntes alapon működtetett rendszer, amelyben van a gazdagok és a szegények közötti transzferelem. Ilyen esetekben, az önkéntesség miatt logikusabb magán forrásteremtési módszerről beszélni, mivel az állam számára kívánatos transzfer az állam beavatkozása nélkül jön létre. Más a helyzet azonban akkor, ha az állam a szabályozás eszközével kényszeríti ki egy magán (önkéntes) alapon működő rendszerből a szegények és gazdagok közötti transzfert például úgy, hogy előírja, hogy mindenkinek kötelező biztosítást

3. táblázat. A KSH Nemzeti Számlák és a háztartás-statisztikai felmérés közvetlen lakossági hozzájárulásra vonatkozó becsléseinek összehasonlítása (Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, részben saját számítás)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nemzeti Számlák (milliárd Ft folyó áron)	376,02	401,81	448,57	460,88	483,21	567,78
gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és egyéb egészségügyi termékek	184,40	199,30	228,69	232,52	276,45	310,81
járóbeteg-ellátás	143,19	153,59	168,17	179,64	167,42	207,16
fekvőbeteg-ellátás	48,43	48,91	51,71	48,73	39,34	49,81
háztartás-statisztikai felmérés (milliárd Ft folyó áron)	224,34	244,82	263,22	263,67	309,76	329,36
gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és egyéb egészségügyi termékek	185,59	200,14	201,40	203,21	242,17	270,10
járóbeteg-ellátás	28,13	33,76	50,26	49,57	53,61	47,33
fekvőbeteg-ellátás	10,62	10,92	11,56	10,89	13,97	11,93
Az eltérés mértéke (milliárd Ft)	151,68	156,99	185,35	197,21	173,45	238,42
Eltérés mértéke (a Nemzeti Számlák adatának %-ában)	40,3%	39,1%	41,3%	42,1%	35,9%	42,0%
gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és egyéb egészségügyi termékek	-0,6%	-0,4%	11,9%	12,6%	12,4%	13,1%
járóbeteg-ellátás	80,4%	78,0%	70,1%	70,7%	68,0%	77,2%
fekvőbeteg-ellátás	78,1%	77,7%	77,6%	77,7%	64,5%	76,1%

4. táblázat. A KSH háztartás-statisztikai felmérése és a Nemzeti Számlák közvetlen lakossági hozzájárulása adott becslése közötti eltérés magyarázata, 2006-ra és 2008-ra (Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, részben saját számítás)

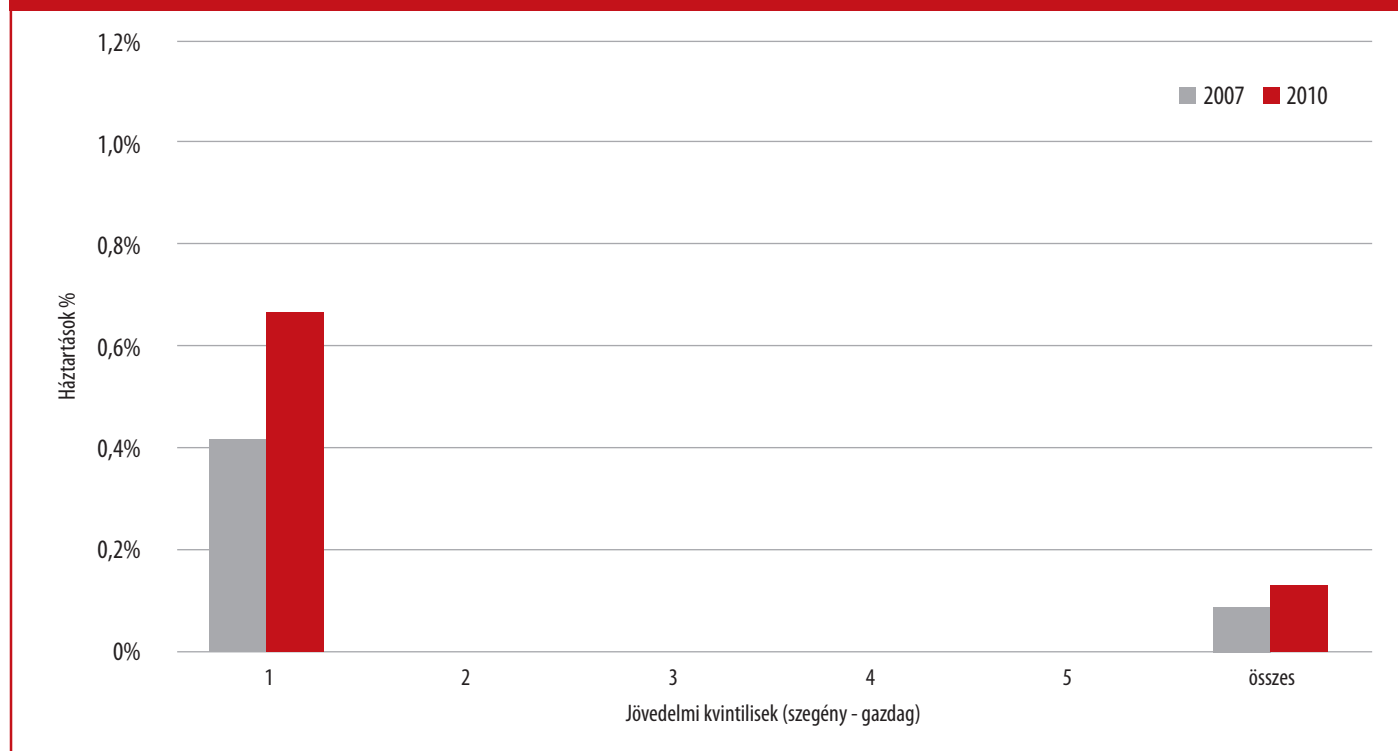
Tétel (milliárd Ft)	2006.				2008.			
	gyógyszer, gyse	járóbeteg- ellátás	fekvő- ellátás	összesen	gyógyszer, gyse	járóbeteg- ellátás	fekvő- ellátás	összesen
HKF-becslés	203,214	49,569	10,890	263,674	270,099	47,326	11,935	329,360
Hálapénz+	0	30,500	31,000	61,500	0	27,570	23,750	51,320
Turizmus	4,167	30,097	4,886	39,150				80,799
Egyéb eltérés	25,133	66,356	1,951	93,440				103,105
Vásárolt fogyasztás összesen	232,515	176,522	48,727	457,764	310,809	203,961	49,814	564,584
Természetbeni fogyasztás	0	3,118	0	3,118	0	3,197	0	3,197
Összesen	232,515	179,640	48,727	460,882	310,809	207,158	49,814	567,781

kötnie, a biztosítónak kötelessége mindenkit fogadnia, egy közösségi díjszabás szerint megállapított biztosítási díjért cserébe garantált méretű szolgáltatáscsomagot nyújtva. Egy ilyen konstrukció már sokkal inkább tekinthető egy magánbiztosítókkal működtetett társadalombiztosítási rendszernek, mint (a kötelező gépjármű felelősségbiztosításhoz hasonló)

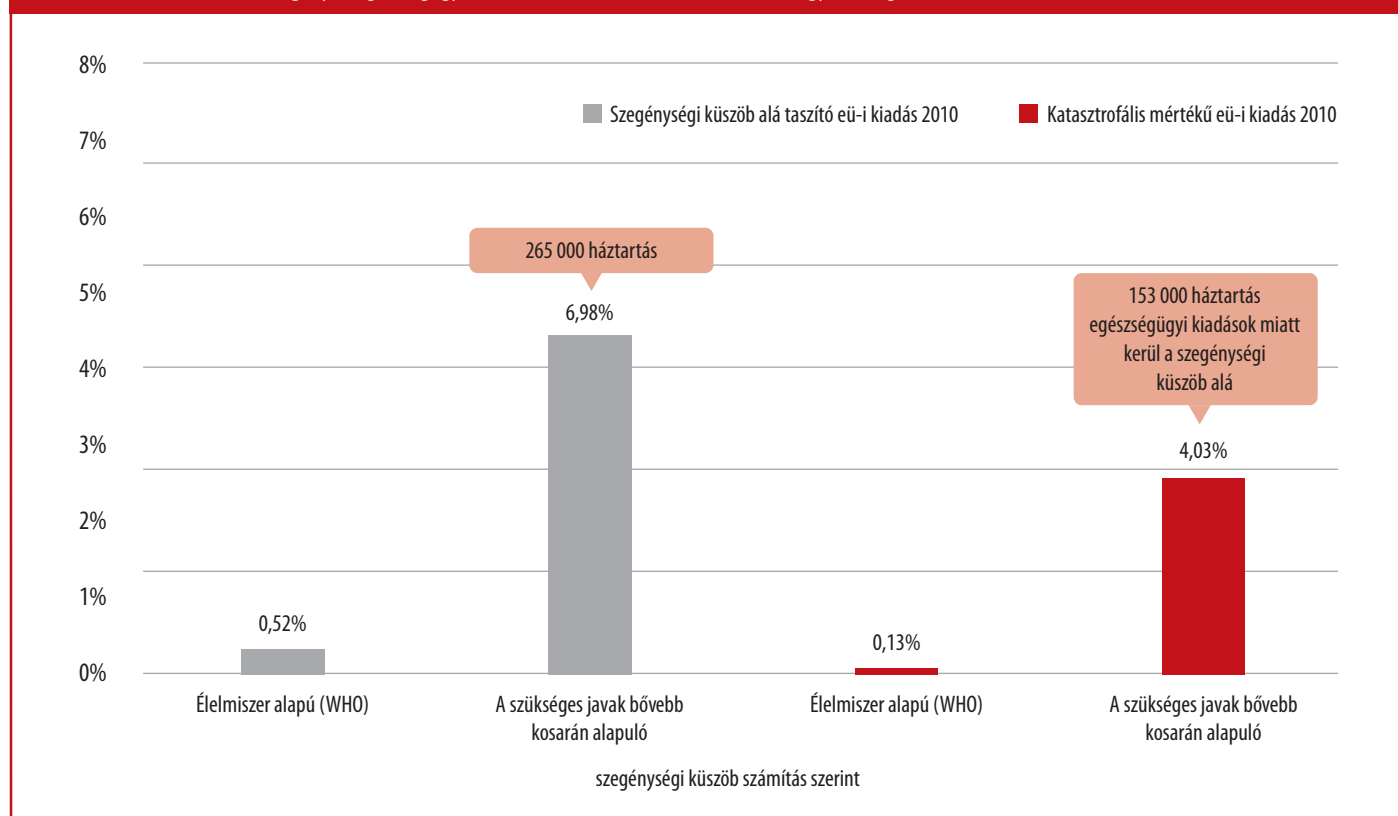
kötelező magánbiztosítási rendszernek. Az ezeknek a megfontolásoknak az alapján javasolt beosztást a 2. táblázatban foglaltuk össze.

A befizetések és a nyújtott szolgáltatás közötti kapcsolatnak a forrásteremtési módszerek elkülönítését definiáló jelentőségét húzza alá többek között a közjóság és magánjóság

3. ábra: A szegénységi küszöb alá taszító egészségügyi kiadások előfordulási aránya Magyarországon jövedelmi kvintilisek szerint, 2007 és 2010.



4. ábra: A katasztrofális és elszegényítő egészségügyi kiadást elszenvedő háztartások száma Magyarországon, 2010.



megkülönböztetése, a közterhek megfizetésének módja, valamint az adók, a címkézett adók és a járulékok egymástól való megkülönböztetése is. A közjóság definíció szerint olyan szolgáltatást jelent, amelynek mennyisége nem csökken azáltal, hogy valaki azt fogyasztja, ráadásul a fogyasztásából nem zárható ki az, aki nem fizet érte (ilyen szolgáltatás például a közbiztonság). Közjóságok előállítására magán forrásteremtési konstrukciók nemcsak azért nem használhatóak, mert a potyautasoktól nem lehet megvonni a közjóság fogyasztásának élvezetét, hanem azért sem, mert a befizetés mértékével nem arányosítható a nyújtott szolgáltatás mennyisége. Egy adott területen élő közösség számára a közjóság egy adott szintjét lehet előállítani, és ebből a mennyiségből nem lehet elvenni és egyesek számára kevesebbet adni, vagy ehhez a mennyiséghez differenciáltan hozzátenni és mások számára többet adni ugyanazon közösségen belül. Ugyanezen arányosság hiánya figyelhető meg abban is, hogy a közterheket mindig csak „előre” tudjuk megfizetni (prepayment), mint ahogy az a biztosítási konstrukciók esetében működik. A befizetés tehát a közösségi forrásteremtési módszerek esetében általában térben és időben is elválik a szolgáltatás nyújtásától. Sőt, a befizetés összege (mértéke) is elválik a nyújtott szolgáltatás mennyiségétől és minőségétől. Ez a teljes elkülönülés az általános adóbevételek, mint közösségi forrásteremtési módszerek esetében figyelhető meg a legjobban. A társadalombiztosítási járulékok esetében ez annyiban módosul, hogy a járulékbefizetés jogosultságot teremt a szolgáltatás igénybevételére: az SHA is ezt a megkülönböztető jellemzőt használja az adó, illetve a járulék típusú forrásteremtés elkülönítésére (15). A társadalombiztosítási járulékok esetében is igaz azonban az a kitétel, hogy a tb-rendszerben nyújtott szolgáltatáscsomag mérete nem függ a befizetett járulék nagyságától – így a keveset, vagy egyáltalán nem fizetők is ugyanahhoz az ellátási körhöz férhetnek hozzá. A címkézett adók viszont csak annyiban különböznek az általános adóktól, hogy a bevételt az államnak az adott célra kell felhasználnia. Itt sem keletkezik azonban semmilyen ellátási jogosultság, és ebből adódóan az államnak tág mozgástere van, hogy ebből a pénzből pontosan kinek, mennyi és milyen szolgáltatást nyújt.

Végezetül továbbra sem eldöntött kérdés, hogy mennyire kell arányosnak lennie, illetve mekkora transzferelemet kell tartalmaznia egy forrásteremtési módszernek ahhoz, hogy magánnak, illetve közösséginek lehessen nevezni. Javaslatunk ebben a tekintetben az, hogy a fix összegű „prepayment” legyen az a határvonal, amely alatt már nem beszélhetünk közösségi forrásteremtési módszerről.

A HKF és a Nemzeti Számlák kiadási becslései közötti különbség vizsgálata

A betegségek költségterhe elleni védelemnek a WHO-indikátorok alapján mért nagyon kedvező szintje abból is adódhat, hogy a HKF által becsült magán egészségügyi kiadások és a KSH nemzeti jövedelem becslésére használt Nemzeti Számlák rendszerében kimutatott értékek között nagyon jelentős eltérés mutatkozik (3. táblázat), annak ellenére, hogy a Nemzeti Számlák becslése tulajdonképpen a HKF-re épül. A kapott eredmények értékelése szempontjából tehát egyáltalán nem közömbös, hogy mi az eltérés oka. Amennyiben ugyanis a Nemzeti Számlák ad pontosabb becslést a zsebből fizetett egészségügyi kiadásokra vonatkozóan, akkor a HKF-re épített indikátorszámítás alulbecsli a katasztrofális és elszegényítő

kiadásokat elszenvedő háztartások tényleges arányát. Az összehasonlításhoz szükséges adatokat a KSH bocsájtotta rendelkezésünkre (4. táblázat).

A különbség lényegében hat tényezőre vezethető vissza. Először is a Nemzeti Számlák saját becslést alkalmaz a hálapénz mértékére vonatkozóan, s ez az eltérés 20–35%-át adja. A becslés az OEP betegforgalmi adataira, az átlagos hálapénzadási gyakoriságra, valamint összegre épül, és hozzáadódik a HKF által mért hálapénz-kiadáshoz. Az ebből a forrásból származó különbség nem feltétlenül csökkenti a HKF használhatóságát. Ugyan valóban szólnak érvek amellett, hogy a HKF alulbecsli a hálapénz nagyságát (27), az OEP betegforgalmi adatai alapján végzett korrekció viszont túlbecsülheti a hálapénz nagyságát, mivel az egészségügyi szolgáltatók finanszírozása a szakellátásban kibocsájtás-alapú.

Másodszor, az eltérés további 20–35%-át a Magyarországra látogató külföldiek egészségügyi kiadásai jelentik, amely a nemzeti jövedelem mérése szempontjából valóban fontos tényező, azonban a betegségek költségterhe elleni védelem értékelése szempontjából a külföldiek fogyasztása értelemszerűen nem releváns.

Harmadszor, az egyéb eltérés kategória alatt szerepel a tartósan Magyarországon élő külföldi háztartások egészségügyi fogyasztása, amelyek a vizsgálatunk szempontjából szintén nem számítanak. Negyedszer, szintén ebbe kategóriába tartozik az intézményben élő háztartások (pl. idősök otthona, pszichiátriai betegek otthona, gyermekotthonok stb.) fogyasztása, akik nem képezik részét a HKF-mintának. Bár ez a populáció a betegségek költségterhe elleni védelem vizsgálata szempontjából releváns, nem teljesen egyértelmű, hogy ezeknek a kiadásoknak a figyelmen kívül hagyása milyen mértékben torzítja az indikátorok értékét. Az intézményben élők körében kérdéses, hogy értelmezhető-e például az elszegényedés fogalma, hiszen az intézmény gondoskodik a bentlakók alapvető ellátásáról, ideértve az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés megszervezését is. Ötödször, szintén az egyéb korrekciók kategóriájába tartozik azoknak a kiadásoknak a korrekciója, amelyre vonatkozóan a HKF-en kívül más, pontosabb, adatforrások is rendelkezésre állnak. Ilyen például a gyógyszer-, illetve gyógyászati segédeszköz forgalom volumenének meghatározása a kiskereskedelmi adatok alapján. Ide tartozik a fogyasztási adatok korrekciója a termelési adatok alapján, amennyiben a termelés és a fogyasztás adatai között más tényezővel nem magyarázható eltérés mutatkozik. Tekintettel arra, hogy az egyéb korrekciók kategóriájába tartozó módosítások részletes tartalmáról és méretéről nem sikerült információt szereznünk, nem határozható meg pontosan az ebből eredő torzításnak a számított WHO-indikátorok értékére vonatkozó hatása. Annyi azonban megállapítható, hogy a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök (gyse) és egyéb egészségügyi termékekkel kapcsolatos HKF-kiadási becslések egyik évben sem térnek el 14%-nál nagyobb mértékben a Nemzeti Számlák adataitól, és ebben benne vannak azok az előzőekben részletezett kiadási tételek is, amelyek vizsgálatunk szempontjából nem relevánsak.

Végezetül, a különbség egy elhanyagolhatóan kis részét a természetben nyújtott fogyasztások teszik ki. Összességében megállapítható, hogy a HKF és a Nemzeti Számlák adatai közötti eltérések nagyobbik része a kutatás szempontjából nem releváns tételekre vezethető vissza, a releváns tételek eseté-

ben pedig a vélelmezhető torzítás nagyságrendekkel kisebb, mint amekkora az eredeti nagy különbségből látszólag következne. Ennek alapján a HKF használata a betegségek költségterhe elleni védelem indikátorainak számításához nem tűnik megalapozatlannak.

A betegségek költségterhe elleni védelem indikátorainak adaptálhatósága és paramétereinek módszertani szempontú vizsgálata

A kutatás során azt is vizsgáltuk, hogy az indikátorok módszertani alapjait adó küszöbértékek megváltoztatása (szegénységi küszöb meghatározása, illetve a katasztrofális kiadások küszöbértéke) hogyan befolyásolja az indikátorok értékeit.

Ha a katasztrofális kiadások mértékét nem 40%-ban, hanem 20%-ban vagy esetleg 10%-ban határozzuk meg, akkor az érintett háztartások aránya 1%-ról megnő 6, illetve 17%-ra. Ha a szegénységi küszöb, illetve a diszkrecionális jövedelem számításánál nem csak az élelmiszer-kiadásokat, hanem a magyarországi helyzetet jobban tükröző módon a lakásfenntartási és ruházkodási kiadásokat (mivel a létfenntartáshoz a közép-kelet-európai országokban ezekre ugyanúgy szükség van, mint az élelmiszerre) is figyelembe vesszük, akkor a szegénységi küszöb közel megkétszereződése mellett már jelentős százalékban találunk elszegényedő háztartásokat, és a katasztrofális egészségügyi kiadások által érintett háztartások száma megtízszereződik (7. ábra). Továbbá, ha a szegénységi küszöb számításához azt az EU-standardot használjuk, amely szerint a szegénységi küszöb a medián jövedelem 60%-a, akkor háromszoros a növekedés a szegénységi küszöbben, és hússzor több lesz az érintett háztartások száma.

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az eredmények magyarországi összefüggésben történő értelmezése nagy körültekintést igényel. A WHO által alkalmazott módszertan csak a legrosszabb helyzetbe kerülő háztartásokat veszi figyelembe, amivel egészségpolitikai szempontból releváns hatásokat hagy észrevétlenül, ezért indokolt az alacsonyabb küszöbértékek kiegészítő alkalmazása, és ezzel az élelmiszerkiadások mellett más alapvető szükségletek kielégítését szolgáló kiadások figyelembe vétele.

Összegzés

Az egészségügyi közkiadások szintje alapvetően befolyásolja a betegség költségterhe elleni védelmet. Ahol magasabb a közkiadás és annak aránya a teljes egészségügyi kiadásban, ott jellemzően alacsonyabb a katasztrofális vagy elszegényítő egészségügyi kiadások előfordulása. A magánfinanszírozás mellett azonban a közfinanszírozás regresszív formái is csökkenthetik a költségterher elleni védelmi képességet a forrásteremtés oldalán, a magasabb és alacsonyabb jövedelműek közötti redisztribúció csökkenése révén.

Magyarországon a kirívóan magas egészségügyi magánkiadási arány ellenére (amelynek azonban egy jelentős része nem a magyar háztartásokat terheli, hanem például az egészségturizmus keretében hozzánk érkező külföldieket) kifejezetten alacsony az eredeti WHO-módszertan alapján számolt katasztrofális egészségügyi kiadást elszegényedő, illetve az egészségügyi kiadások miatt elszegényedő háztartások száma és aránya. Az is látható, hogy a 2007-es intézkedések nem növelték lényegesen a betegek költségterheit. A kataszt-

rofális kiadások terheinek megszüntetése ennek alapján nem jelentene jelentős megterhelést az államháztartás számára, s ezt a globális pénzügyi válság kezelésével kapcsolatban meghozandó kormányzati intézkedések során mindenképpen érdemes lenne figyelembe venni.

Nem szabad azonban azt sem figyelmen kívül hagyni, hogy egy Magyarország, és általában a közép és kelet európai térség országai számára jóval relevánsabb szegénységiküszöbszámítást alkalmazva (amely a létfenntartáshoz szükséges kiadások mellé a lakhatási és ruházkodási kiadásokat is figyelembe veszi) már jóval kevésbé kedvező a kép. A katasztrofális egészségügyi kiadásokat elszegényedő háztartások száma közel megtízszereződik, aminek egészség-, és társadalompolitikai jelentősége nem kérdéses.

Az egyenlőtlenségek és az elszegényítő kiadások összefüggésének vizsgálata olyan nagy jelentőséggel bír, hogy mindenképpen szükségesnek látunk egy reprezentatív vizsgálatot, amely biztosítaná a jövedelmi és igénybevételi adatok együttes rendelkezésre állását. Az adatfelvételbe történő befektetés óriási egészségpolitikai hasznot jelentene a döntéshozatal számára, hiszen az igénybevétel és a jövedelmi helyzet viszonya pontosan elemezhetővé válna.

Összességében úgy látjuk, hogy a WHO által kidolgozott, a betegségek költségterhe elleni védelmet jellemző indikátorok a rendelkezésre álló adatok mellett kis módszertani változtatásokkal jól számíthatóak, és publikálásuk is könnyen megoldható lehet a KSH megfelelő évkönyveiben, illetve egyéb internetes felületeken.

Irodalomjegyzék

1. World Health Organization (2005): *Strengthened health systems save more lives. An insight into WHO's European Health Systems' Strategy: WHO Regional Office for Europe.*
2. World Health Organization (2000): *The world health report 2000. Health systems: improving performance.* WHO: Geneva.
3. World Health Organization (2008): *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth.* World Health Organization, Regional Office for Europe.
4. World Health Organization (2008): *Resolution No. EUR/RC58/R4 Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region* WHO Regional Office for Europe, Editor. WHO: Tbilisi, Georgia.
5. Magyar Köztársaság Országgyűlése (1997): *1997. évi CLIV törvény az Egészségügyről.* Budapest.
6. Gaál P (2005): *Értékkonszenzus a magyar egészségügyben. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben.* 4(4): p. 11–15.
7. Xu K (2005): *Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology, in Discussion paper Number 2 – 2005; EIP/HSF/DP.05.2.* WHO: Geneva.
8. LeGrand J (1982): *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services.* London, Allen & Unwin.
9. LeGrand J, Propper C és Robinson R (1992): *The Economics of Social Problems.* Basingstoke: Macmillan.
10. Stiglitz J E (1988): *Economics of the Public Sector.* New York: WW Norton & Company.

11. Aday L A, Begley C E, Lairson D R és Slater C H (1993): *Evaluating the Medical Care System, Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
12. Roberts M J, Hsiao W, Berman P és Reich M R (2004): *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press.
13. Wagstaff A és van Doorslaer E (2001): Chapter 34: Equity in Health Care Finance and Delivery, in *Handbook of Health Economics*, A J Culyer and J P Newhouse, Editors. Elsevier: Amsterdam.
14. Hurley J, Feeny D, Giacomini M, Grootendorst P, Lavis J, Stoddart G L és Torrance G (1998): *Introduction to the concepts and analytical tools of health sector reform and sustainable financing*. Washington, DC: Centre for Health Economics and Policy Analysis McMaster University, Economic Development Institute of the World Bank.
15. OECD, Eurostat és WHO (2011): *A System of Health Accounts*: OECD Publishing.
16. Kakwani N C (1977): Measurement of tax progressivity: an international comparison. *The Economic Journal*. 87(345): p. 71–80.
17. World Bank (2010): *Latvia from exuberance to prudence : a public expenditure review of government administration and the social sectors (Vol. 2 of 2)*. Analytical report, in Report No. 56747-LV. World Bank.
18. Lusardi A, Schneider D és Tufano P (2010): *The Economic Crisis and Medical Care Usage*, in *Harvard Business School Finance Working Paper No. 10-079*.: Letölthető a <http://ssrn.com/abstract=1574271> vagy a <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1574271> címeiről.
19. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2011): *Statisztikai Évkönyv, 2010*. Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Budapest.
20. Organisation for Economic Cooperation and Development (2010): *OECD Health Data, 2010*. OECD Paris.
21. World Health Organization (2010): *World Health Report - Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Copenhagen: World Health Organization.
22. Szigeti Sz és Evetovits T (2011): *Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 49(4): p. 6–13.
23. Gaal P, Szigeti Sz, Csere M, Gaskins M és Panteli D (2011): *Hungary health system review*. *Health System in Transition*. 13(5): p. 1–266.
24. GfK Hungaria (2007): *Lakossági egészségfelmérés és gyógyszerhasználat 2007*. GfK Hungaria Market Research Institute: Budapest.
25. Szinapszis Kft (2007): *Átfogó egészségpolitikai kutatás Magyarországon a 2007-es törvényi változások tükrében*. Szinapszis Kft., Debrecen.
26. Medián (2008): *Zsebből menő egészség* <http://www.median.hu/object.5f0ad37d-6ea6-4483-8e8c-fd851cabf721.ivy>
27. Gaal P, Evetovits T és McKee M (2006): *Informal payments for health care: Evidence from Hungary*. *Health Policy*. 77(1) p. 86–102.

-
1. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának megbízott igazgatója
 2. A WHO Európai Regionális Iroda egészségügyi finanszírozási részlegének vezetője
 3. Biztosításmatematikuss, független szakértő
 4. Egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa

Az egészségügyi reformok hatása az ellátás eredményességére, megfelelőségére, időszerűségére és a hozzáférésre

Az Egészségügyi Minisztérium, illetve a Nemzeti Erőforrás Minisztérium és az Egészségügyi Világszervezet között 2008-2009, valamint 2010-2011 között, két együttműködési megállapodás keretében olyan „monitoring- eszköz” került kifejlesztésre, amely általános módszertani megalapozásként szolgál az egészségpolitikai intézkedések hatásainak nyomon követéséhez és értékeléséhez. További cél volt egy olyan indikátorkészlet kialakítása és elemzése az előbbi módszertan szerint, amely alkalmas a 2006–2008 közötti magyarországi egészségpolitikai intézkedések, de kiemelten a 2007-es struktúra-átalakítás hatásainak elemzésére. Jelen dolgozatban az indikátorkészlet kialakítását és elemzését foglaltuk össze röviden.

■ **Mihalicza Péter¹, dr. Belicza Éva^{1,2}, Elek Péter³, dr. Harangozó Judit⁴, dr. Adamovich Károly⁵, dr. Szádóczy Erika⁶**

Módszertan

Az egészségpolitikai intézkedések minőségre gyakorolt hatásainak elemzése egyrészt vizsgálhatja az ellátás eredményét, másrészt az eredményességet befolyásoló, azt meghatározó folyamatjellemzőket, mint például az időszerűség, a hozzáférés, a folytonosság, a megfelelőség vagy a biztonságosság.

Aktuális modellünkben az ellátás értékelése – az adatok elérhetőségét figyelembe véve – négy meghatározott komponens mentén történik:

1. hozzáférés (access): valamely megkezdett ellátási eseményen belül az ellátás egyik elemének a szükségletek szerinti igénybevételét vizsgálja (a szükséglet kritériuma a szakmai evidencia a nyújtandó ellátásra)
2. időszerűség (timeliness) vagy időben történő ellátás: annak mértéke, hogy a nyújtott szolgáltatás olyan időkereten belül valósul meg, amely valószínűsíti a beavatkozás elvárható egészségi eredményének teljesülését
3. megfelelőség (appropriateness): a szakmai ajánlások, irányelvek, legjobb gyakorlat szerinti ellátás mértéke
4. eredményesség (effectiveness): az elért egészségnyereség mértéke.

Az intézkedések hatásának értékelésére olyan szakterületeket választottunk ki, ahol olyan egészségpolitikai intézkedések történtek, amelyeknek valószínűsíthető hatása van legalább egy vizsgált komponensre; megfelelő reguláris adatgyűjtés történt az indikátorok meghatározására mind

az intézkedések előtti, mind az azt követő időszakra; az intézkedések megtétele óta eltelt rövid idő alatt várható, hogy mérhető hatások jelennek meg; végül ahol volumenében jelentős betegszámot érintettek az intézkedések. Ezek alapján a következő szakterületek kerültek kiválasztásra és elemzésre: (1) kardiológia és stroke (keringésrendszer); (2) onkológia; (3) pszichiátria és addiktológia; (4) szülészeti és neonatológia.

A négy szakterületre összesen 16 indikátort definiáltunk, majd – a validitási problémák kiszűrése után – tizenkettő felhasználásával elemeztük az egészségügyi szerkezetátalakítás hatásait.

Az elemzési időszak a 2004–2009 közötti éveket jelentette, adatforrásként az OEP-finanszírozás alapját képező kórházi- és járóbeteg-szakellátás egyedi, deperszonalizált azonosítóval ellátott, így összekapcsolható igénybevételi adatai, a szülészeti eseményeket tartalmazó Tauffer-statisztika, illetve az érintett betegek hivatalos halálozási dátumai szolgáltak.

Az indikátorok több lépcsőben, az érintett szakmák felkért képviselőivel folytatott konzultációk során alakultak ki. A klinikus szakértők az első megközelítésben kialakított indikátorok nyers elemzéseinek eredményét megkapva, strukturált kérdések segítségével, az elemzést végzőkkel közösen határozták meg a definíciókkal vagy az elemzés módszertanával kapcsolatban szükséges módosításokat.

Módszertanát tekintve a hatásvizsgálat idősoros trendelemzésen alapul, kivéve a pszichiátria-addiktológia eredményességi indikátorát, ahol a trendelemzés mellett egy többváltozós regressziós elemzést is elvégeztünk. A statisztikai próbák között a gyakoriságok közötti szignifikancia vizsgálá-

Minőség

tot khi négyzet próbával, az indirekt standardizálást logisztikus regresszióval, az erre vonatkozó szignifikancia-vizsgálatot z-próbával végeztük. A többváltozós elemzés alapját logit regresszió képezte.

Az idősoros trendelemzések nem alkalmasak sommás ítéletek megfogalmazására az egészségpolitikai intézkedések helyes vagy helytelen voltára vonatkozóan. Ez részben abból fakad, hogy a szakpolitikai intézkedések értékelése egy állandóan változó körülmények között zajló soktényezős folyamat, ahol ráadásul az összes létező befolyásoló tényező azonosítása vagy operacionalizálhatósága lehetetlen, azaz sok a nem megfigyelt, és így nem kontrollált változó. Arra van csupán lehetőség, hogy rávilágítsunk, mely területek igényelnek fokozott figyelmet, és milyen irányokban kell az oki kutatást tovább folytatni a pozitív hatások maximalizálása és a veszteség minimalizálása érdekében.

Az onkológiai és keringésrendszeri indikátoroknál SPSS 15.0 statisztikai és Mapinfo 8.0 térinformatikai szoftvereket használtunk. A pszichiátriai-addiktológiai és a szülészet-neonológiai indikátorok elemzése során a nyílt forráskódú R statisztikai programcsomagot használtuk. A programozás során az alábbi R csomagokkal dolgoztunk: Hmisc, ggplot2, colorspace, mapproj és xtable.

Az adott szakterületet potenciálisan leginkább befolyásoló intézkedéseket az adott szakterület eredményeinek kifejtésekor említjük meg.

Eredmények

Keringésrendszer – Akut miokardiális infarktus (AMI)

Az AMI-ellátás értékelése kiemelt jelentőségű a nemzetközi programokban, hiszen ismertek evidencián alapuló szakmai

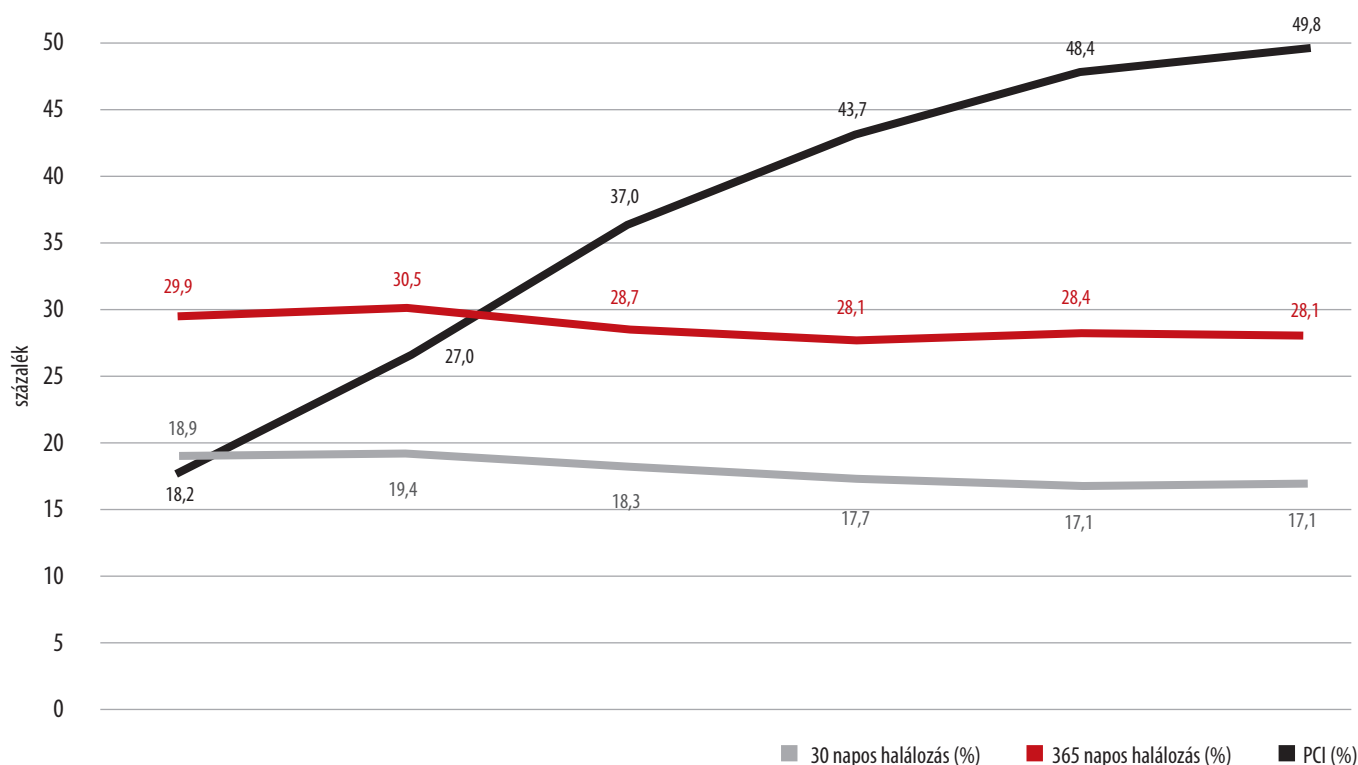
ajánlások, amelyek alkalmazásával az érintett betegek túlélése, életminősége javítható. Az ajánlások egyik köre a percutan coronaria intervenció (PCI) alkalmazására, illetve a hatékonyság szempontjából fontos időkeretekre vonatkozik. A 30 napos halálozás ezek mentén visszajelzést ad a szakmai munka minőségéről, beleértve a hozzáférést, időszerűséget és az ellátás megfelelőségét is. Az egy éves halálozás alakulásából következtetni lehet az elsődleges ellátás megfelelőségére, és az azt követő gondozási tevékenységekre. Ez utóbbi kiterjed a rehabilitációra, a kockázati tényezők visszaszorítására és a gyógyszeres terápiára. Ezek alapján az elemzéshez választott indikátorok: az AMI-betegek PCI-kezelési aránya (hozzáférés), a felvétel napján végzett PCI-k aránya (időszerűség), a 30 napos és 365 napos halálozás (eredményesség).

PCI hemodinamikai centrumokban végezhető, amelyek száma évről-évre növekszik Magyarországon, javítva az érintett betegek hozzáférést az ellátáshoz. Az AMI-betegek ellátását a hemodinamikai kapacitások növekedése mellett egyéb hatások is érhették: 2007 első félévében megváltozott a területi ellátási kötelezettség és átalakultak a kórházi kapacitások, bevezették, majd megszüntették a vizitdíjat.

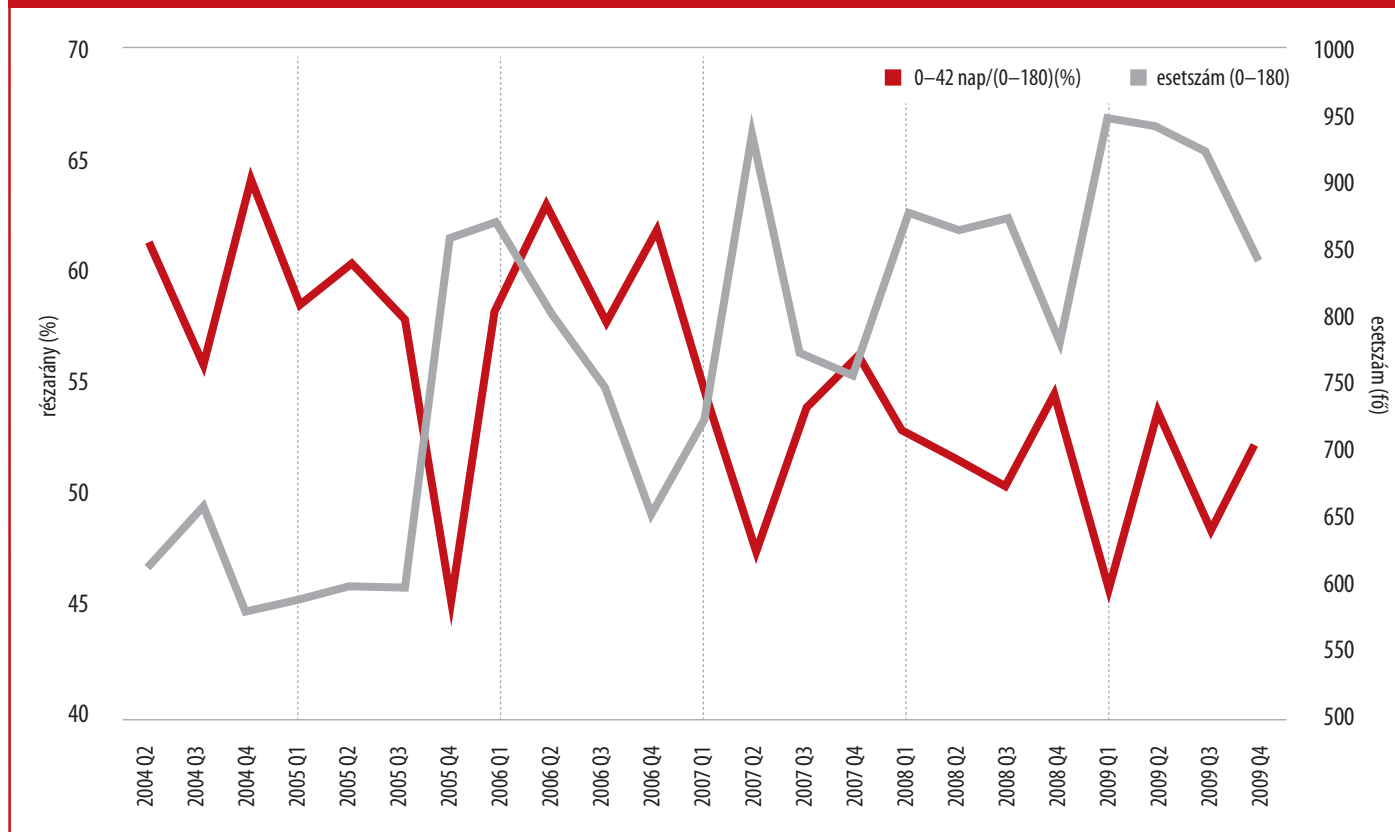
Adataink szerint az AMI-esetek száma az elemzett időszakban viszonylag stabil (évente közel 17 ezer eset). Említést érdemel azonban, hogy 2007-ben az előző és következő évekhez képest az esetszám mintegy 5%-kal lecsökkent, amely jelenség az akkoriban hozott jelentős kórházi szerkezetátalakítás ismeretében figyelmet érdemel. (Megemlítendő, hogy az esetszám ezen változása a többi elemzett betegségcsoportot is érintette.)

Eredményeink szerint a PCI-hez való hozzáférés dinamikusan javul, az időszak során megháromszorozódott a PCI-kezelésben részesült AMI-betegek számaránya (1. ábra). Ez a növekedés ugyanakkor csak kevésbé tükröződik a halálozási

1. ábra. Az AMI-esetek körében végzett PCI-kezelések aránya és a 30 napos és 365 napos halálozás alakulása 2004–2009 között évente



2. ábra. Colorectális daganatos műtétet követően 180 napon belül kemoterápiás kezelésben részesültek száma és a 42 napon belül megkezdett kezelések aránya 2004–2009 között, negyedévente



mutatók alakulásában. A 40–69 éves AMI betegek 30 napos és 365 napos halálozása nem változott 2006 és 2009 között, mialatt a PCI-kezeltek aránya 15 százalékponttal emelkedett. Az összes AMI beteg esetén 2004-ben a PCI-kezelések aránya 18,2% volt és a 30 napos halálozás 18,9%, 2009-ben a kezeltek aránya 49,8% volt 17,1%-os halálozással. Az egy éves halálozás változása hasonló a 30 naposéhoz.

Az időszűrőre vonatkozó indikátor, a felvétel napján végzett PCI-k végzése nem mutat lényeges változást az időben. Az eredmények értelmezését, így az indikátor alkalmazhatóságát korlátozza, hogy az adatállományban a BNO nem különíti el az ún. STEMI- és NSTEMI-kórformát, így a STEMI-re vonatkozó időkorlátok megfelelése nem vizsgálható, illetve az órakeretek nem ismertek, ugyanakkor a két kórforma eltérő kezelési irányelvet igényel.

Az AMI-betegek hozzáférési, túlélési esélye jelentősen függ lakóhelyüktől. A megyék közötti különbségek jelentősek, különösen a PCI-kezeltek arányában. Időben a megyék közötti különbségek nőttek, növelve ezzel a betegek esélyegyenlőtlenségét.

Keringésrendszer – Stroke

A keringésrendszeri témakör megfeleléségi indikátora a stroke betegek képalkotó vizsgálata a kórházi felvételnél. A stroke elkülönítő diagnosztikájához elengedhetetlen az agy képalkotó vizsgálata, mivel ez képezi az alapot a kezelési eljárás kiválasztásához. Jelen elemzés a CT-vizsgálatokra terjed ki, de mivel az MRI-vizsgálatok volumene a stroke diagnosztikájában nem jelentős, ez megállapításainkat nem befolyásolja.

A stroke betegek száma 2007-re az előző években jelentett 64–67 ezer beteghez képest jelentősen, 57 ezer főre

visszaesett, majd a jelentett esetek száma ismét emelkedett. A CT-vel diagnosztizált stroke betegek aránya alacsony, 44–48% körül változik, a nők esetében rosszabb értékű. A magasabb értékeket az időszak második felében mértük. Az alacsony arányt részben magyarázhatja a kódok között szereplő agyi infarktus (I63), ami nemcsak akut történéseket jelent, és így nem biztosan van szükség képalkotó diagnosztikára.

Az ellátás helye szerint a megyék közötti különbségek igen jelentősek. A betegek esélyegyenlősége az időszakban nem javult, a CT-vizsgálat elvégzése elsősorban attól függött, a beteg hol kapta meg az ellátást. A különbség 3-szoros a szélsőértéket mutató megyék között.

Onkológia

Az onkológiai betegek ellátását érintő, legfontosabbnak tartott egészségpolitikai intézkedések között említést érdemel, hogy 2005-től kemoterápiás kezelést csak arra kijelölt intézmény végezhet és ezzel egyidejűleg a kezelésekre vonatkozó finanszírozói kontrollt vezettek be; 2007-ben az akut fekvőbeteg ágyak 25,4%-kal csökkentek, és a kötelező ellátási területek is módosultak. 2007-ben bevezették, majd egy évvel később megszüntették a vizitdíjat, de nem kellett fizetni az onkológiai gondozásért és a kúraszerű kemoterápiás kezeléssért.

Az elemzések alapján megállapítható, hogy az onkológiai szakellátás helyzete a kemoterápiás kezelésen átesettek körében hozzáférés szempontjából jó, az indikátor értéke országosan javul, és 2009-ben már annak ellenére 95,4% volt, hogy a kezeltek száma az időszakban megkétszereződött: 2004-ben 36 ezer, 2009-ben 73 ezer kemoterápiás kezelési sorozatot je-

1. táblázat: Főbb befolyásoló tényezők, várt hatásuk, és a köthető egészségpolitikai intézkedések

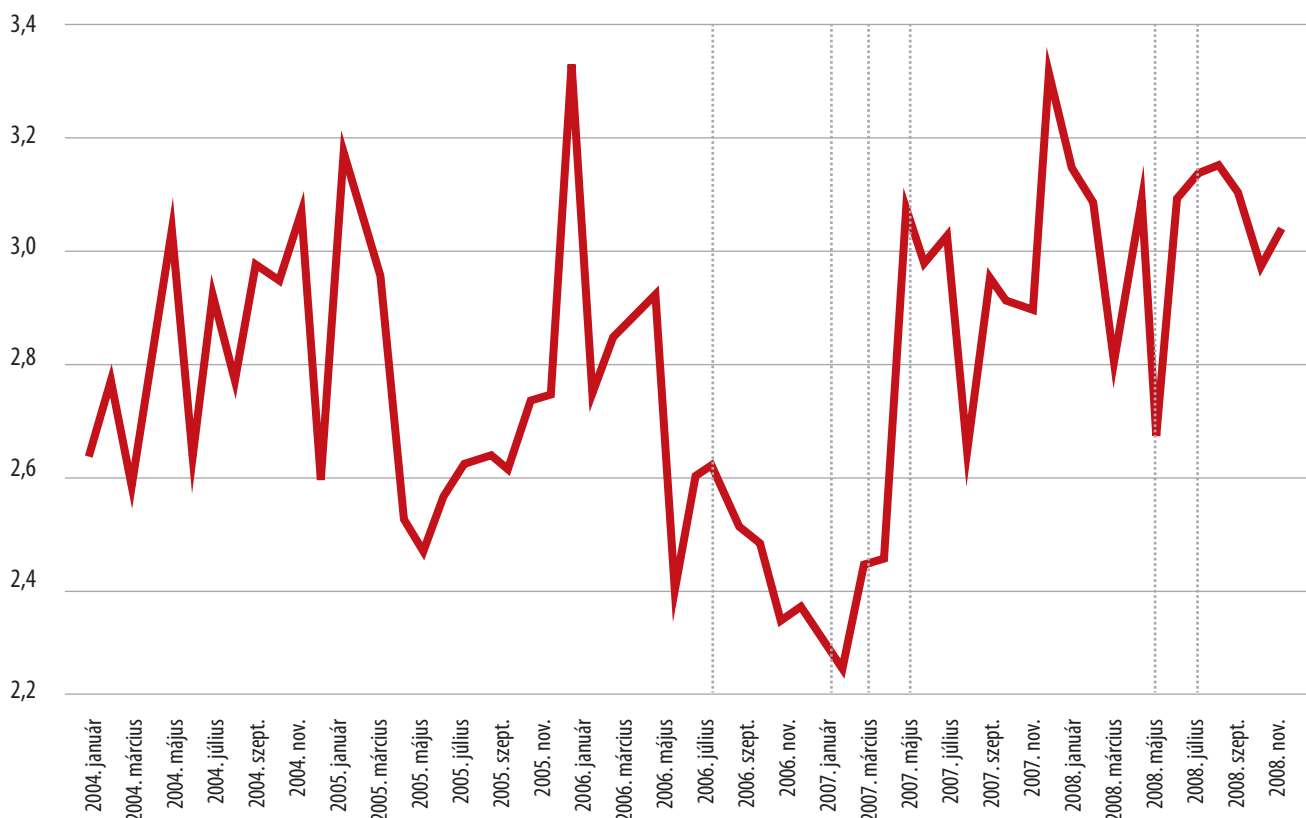
Befolyásoló tényező	Várt hatás	Köthető intézkedések
A beteg folyamatos monitorozása az aktív epizód előtt és után, akár rehabilitációs, járóbeteg- vagy gondozói ellátásban, illetve szociális gondozásban	Az eredményesség javul	A folyamatos monitorozás esélyeit rontja: a pszichiátriai és addiktológiai rehabilitációs ágyszámok csökkenése; az addiktológiai rehabilitáció kiemelt finanszírozásának eltörlése; járó beteg és fekvő beteg TVK-szintjének csökkenése, illetve a depressziós sáv eltörlése; a gondozók finanszírozásának részlegesen teljesítményalapúvá tétele (így már a TVK is hat); vizitdíj és kórházi napidíj bevezetése
Rövid aktív ápolási idő	Az eredményesség romlik	Az aktív ápolási időt rövidíti: fekvő beteg TVK-szintjének csökkenése, illetve a depressziós sáv eltörlése, valamint az aktív ágyszám csökkentése, mert teljesítmény-pörgetésre, azaz az alacsony ápolási idejű esetek arányának növelésére ösztönöz
Hosszú távú, személyes orvos-beteg kapcsolat	Az eredményesség javul	A hosszú távú kapcsolat kialakulását akadályozza, vagy a meglévő kapcsolatot felbontja: az OPNI bezárása (főleg Budapesten és Pest megyében); a kötelező ellátási területek átalakítása és a beutalási rendtől való eltérés esetén részleges térítési díj bevezetése; a struktúraváltás

lentettek. A szakellátáshoz való hozzáférés néhány megyében fejlesztést igényel, az indikátor értéke ezeken a területeken 90% körül van.

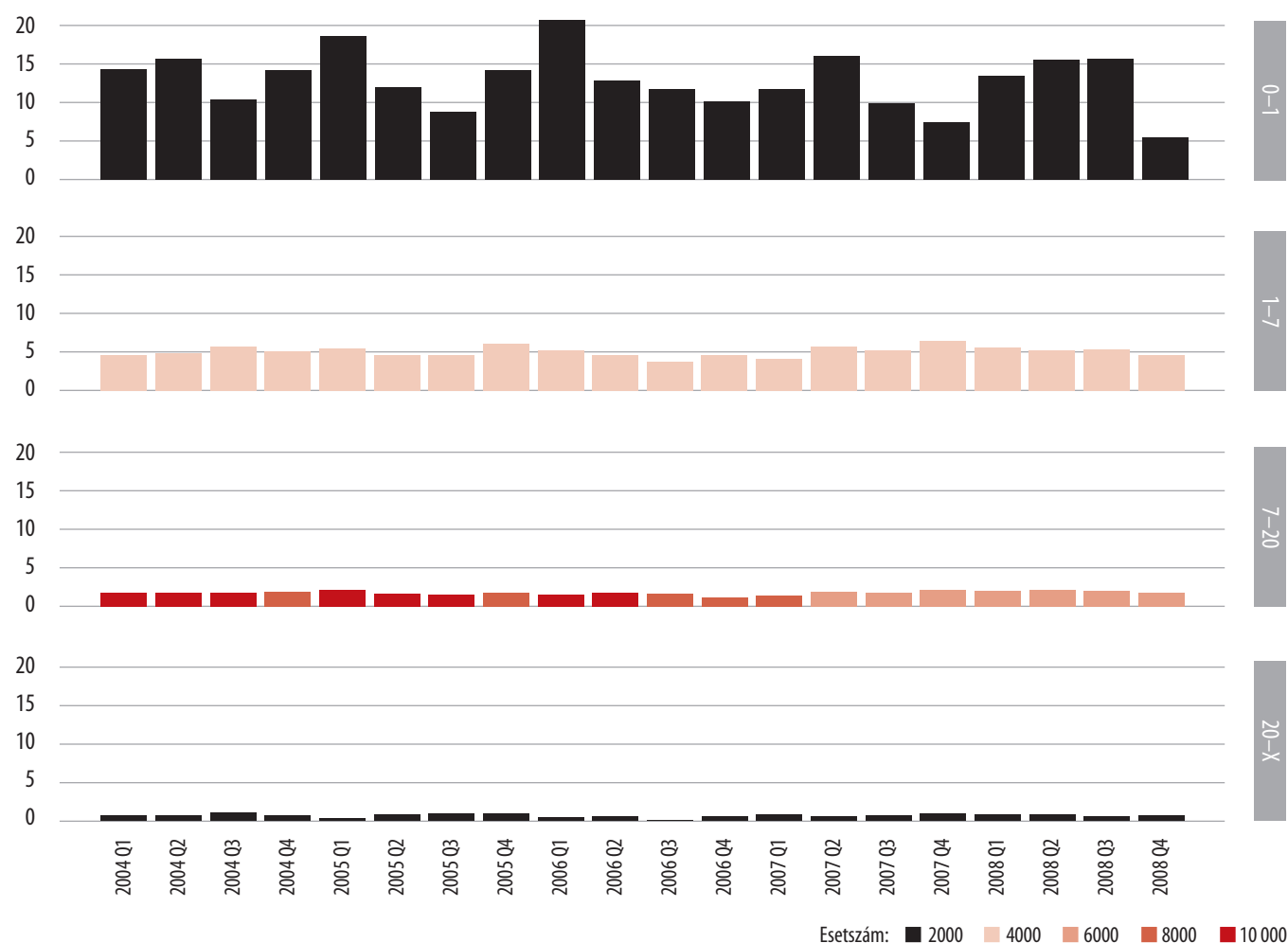
A kemoterápiás kezelések időszerűségének vizsgálata alapján feltételezhető, hogy a kapacitás-átalakítások és egyéb meghozott intézkedések (kezelés nyújthatósága, indikációs kör, finanszírozási protokollok) rövid távon jelentősen befolyásolták az ellátási gyakorlatot, és ez több beteg esetén késleltette a kezelések megkezdését. Az időszerűségi mutató hirtelen csökkenése mellett egy jelentősen megnövekedett betegszám szerepel, amely – a megelőző időszak betegszámának visszaesése alapján – több késve megkezdett kezelésre utal (2. ábra). Az indikátor értéke kedvezőtlen és az értékek trendje emellett romló: 2004-ben 64% volt, ez 2009-re 50%-ra esett vissza, ami az ellátórendszer működésének romlására hívja fel a figyelmet.

Az onkológiai ellátás eredményességének egyik mutatója a túlélés. Ahhoz, hogy az egészségpolitikai intézkedések hatásait értékelni tudjuk, olyan lokalizációt kellett kiválasztanunk, amely viszonylag rövid túlélésű és nagy betegszámot érint, ezért az eredményesség elemzéséhez a tüdődaganatot választottuk. Az ellátás során szövettani vizsgálatok eredményeire támaszkodva lehetséges a jó prognózisú betegek kiválasztása és adekvát kezelése, növelve ezzel körükben a túlélési esélyeket. Feldolgozásunkba 2005–2009 között évente 9000–9600 beteg került, 2007-től stabil, 9000 körüli esetszámmal. Az egy éves halálozás vizsgálata azt mutatja, hogy 2005-től kezdődően mérsékelten, de határozottan romlik a halálozási tendencia (2005: 58,4%; 2009: 60,2%). Mivel a romló halálozás a korcsoportos adatokban még inkább tetten érhető, nem magyarázható az esetleges kockázati összetétel változással.

3. ábra. Az aktív pszichiátriai és addiktológiai osztályokról hazabocsátottak 30 napon belüli újrafelvétele arányának szezonálisan kiigazított idősora és az egészségpolitikai intézkedések időpontjai



4. ábra: Az aktív pszichiátriai és addiktológiai osztályokról hazabocsátottak 30 napon belüli visszavételi arányának negyedéves alakulása ápolási nap csoportok szerint



Pszichiátria-addiktológia

A szakértőkkel folytatott fókuszcsoportos megbeszélések során körvonalazódott, hogy a pszichiátriai-addiktológiai ellátás eredményességét általánosságban milyen főbb, ellátással összefüggő folyamatok határozzák meg. Az 1. táblázatban leírtak az ok-okozati összefüggések hipotéziseként szolgáltak, amelyeket a későbbiekben leíró statisztikai, valamint többváltozós elemzéseken keresztül is megvizsgáltunk.

Az eredményesség indikátorának az aktív pszichiátria vagy addiktológiai fekvőbeteg osztályról történő hazabocsátást követő 30 napon belüli visszavételi arányt választottuk, míg a megfelelőség mérésére az aktív pszichiátriai vagy addiktológiai osztályokon F20-F33* diagnózissal kezelttek körében az egy héten belül otthonukba bocsátottak arányát. A hosszú távú, személyes orvos-beteg kapcsolat számszerűsítésére az intézményváltások gyakoriságát használtuk. Megnéztük, hogy a fekvőbeteg-ellátásban viszonylag gyakran megjelenő betegek közül kinél nem található „domináns” ellátóhely, azaz ki fordult meg rövid időn belül több intézményben is. Ezen betegeket neveztük „intézményváltónak”.

Azt találtuk, hogy 2007 első negyedévéig az aktív osztályokra történő 30 napon belül visszavételek aránya csökkenő tendenciát mutat (a 2004-es 2,6-2,8 százalékról 2,2 százalékra esett vissza), majd a 2007 második negyedévében megfigyel-

hető jelentős ugrást követően 3 százalék körül stagnált (3. ábra). Ezzel párhuzamosan a negyedéves esetszám 15 000 körüli szintről 2006 második negyedévéig esésnek indul, majd a 2007-ben kialakult 11 000-es szinten stabilizálódik.

A 4. ábrán azt látjuk, hogy az aktív ápolási epizód során a kórházban töltött napok száma jelentősen befolyásolja a későbbi visszavétel valószínűségét. Nevezetesen, a hét nap alatti ápolási időt követően hazabocsátott betegek lényegesen nagyobb arányban kerülnek 30 napon belül újrafelvételre, mint a hét napon túl kezelték. Hasonló összefüggés mutatható ki az „intézményváltó” és nem „intézményváltó” betegek között is.

A fenti, leíró statisztikák segítségével tett megállapításokat többváltozós regresszió alkalmazásával is megvizsgáltuk. A többváltozós regressziós elemzés alapján az azonosított ellátási változók modell szerinti szorzó-hatása a 30 napon belüli visszavétel valószínűségére (legalább 10 százalékos konfidenciaszinten) az alábbi:

- Hét napon belüli aktív ápolási idő: 2.84-szoros
- Intézményváltás: 3.27-szoros
- OPNI-s jellegű diagnózissal** felvett közép-magyarországi beteg 2007 októberétől: 1.2-szeres

A diagnózis-csoportok között az F0-ás csoport visszavételi arányához képest 1 százalékos szinten szignifikánsan na-

gyobb az arány az F10-es, 20-as és 60-as csoportokban, míg szignifikánsan kisebb a 30-as, 40-es, 80-as, 90-es és egyéb csoportokban. A megyék közül a legrosszabbak a visszavételi arányok Budapesten, míg Békés, Győr-Moson-Sopron megye mellett Fejérben és Tolnában a legjobb a helyzet. A fentiekén kívül további kontroll-változóként használtuk, a kort, a nemet, a felvételi dátum alapján számolt időbeli trendet, a munkanélküliségi rátát, az egy főre jutó SZJA-befizetést, valamint a lakónépséget.

A megfelelőségi indikátor (aktív pszichiátriai és addiktológiai osztályokról egy héten belül otthonukba bocsátottak aránya) 2004-től 2006 végéig lényegében nyolc százalék körül stagnált, majd fokozatos és folyamatos emelkedésbe kezdett, és 2008 végére a 2006 eleji érték több mint másfélszeresére nőtt (12,1 százalékra). Mindeközben a megfigyelt diagnózisokkal kezelt betegek száma enyhe emelkedést mutat a 4200 körüli negyedéves szintről 4500 körülire változva.

Szülészet-neonatalógia

A szülészet-neonatalógia szakmacsoportban a hozzáférési és eredményességi indikátorokat dolgoztunk ki és elemeztük. Az eredményességet az alacsony súlyú koraszülöttek 30 napon belüli halálozási arányával mértük. Alacsony súlyú koraszülöttnak tekintettük az 1500 gramm alatti vagy 32. gesztációs hét előtt megszülető élveszületetteket. A hozzáférést a perinatális intenzív centrumba (PIC) egy napon túl került alacsony súlyú koraszülöttek arányával mértük.

Az alacsony súlyú koraszülöttek 30 napon belüli halálozási aránya 2005 végéig lényegében négy-öt százalék között stagnált, majd 2006 folyamán egy-két százalékra csökkent, és ezt követően ezen az alacsonyabb szinten stagnált. A ne-

gyedéves esetszám 200-300 körül alakul, 2008-tól kezdődően enyhe csökkenő tendenciával.

A szakmai konzultációk során az alacsony súlyú koraszülöttek ellátásának egyik lényeges tényezőjeként került azonosításra az, hogy a szülészeti osztállyal rendelkező intézményben van-e PIC/NIC vagy nincs. Ha nincs, akkor a PIC/NIC-hez való hozzáférés sérülhet. Ez jelenthet időbeni késedelmet vagy teljes hiányt is. Országosan a 2004 és 2009 közötti időszakban PIC/NIC mellett működő szülészeti osztályokon látták el a vizsgált, alacsony súlyú koraszülöttek 85–88 százalékát, bár ez az átlag a megyék között elég nagy szórást mutat.

A nyers arányszámok igazolják azt a szakmai feltételezést, hogy a PIC/NIC osztállyal nem rendelkező intézményben született alacsony súlyú koraszülöttek túlélési esélye kisebb az ilyen osztállyal rendelkező intézményekben születetteknél (5. ábra).

A hozzáférési indikátor 2005-2006 között jelentős ingadozások mellett, de trendjében nagyjából felére csökkent, és így 2-3 százalékra „állt be”, kivéve a 2007 második és harmadik negyedét, amikor az egy napon túl ellátottak aránya ideiglenesen megnőtt.

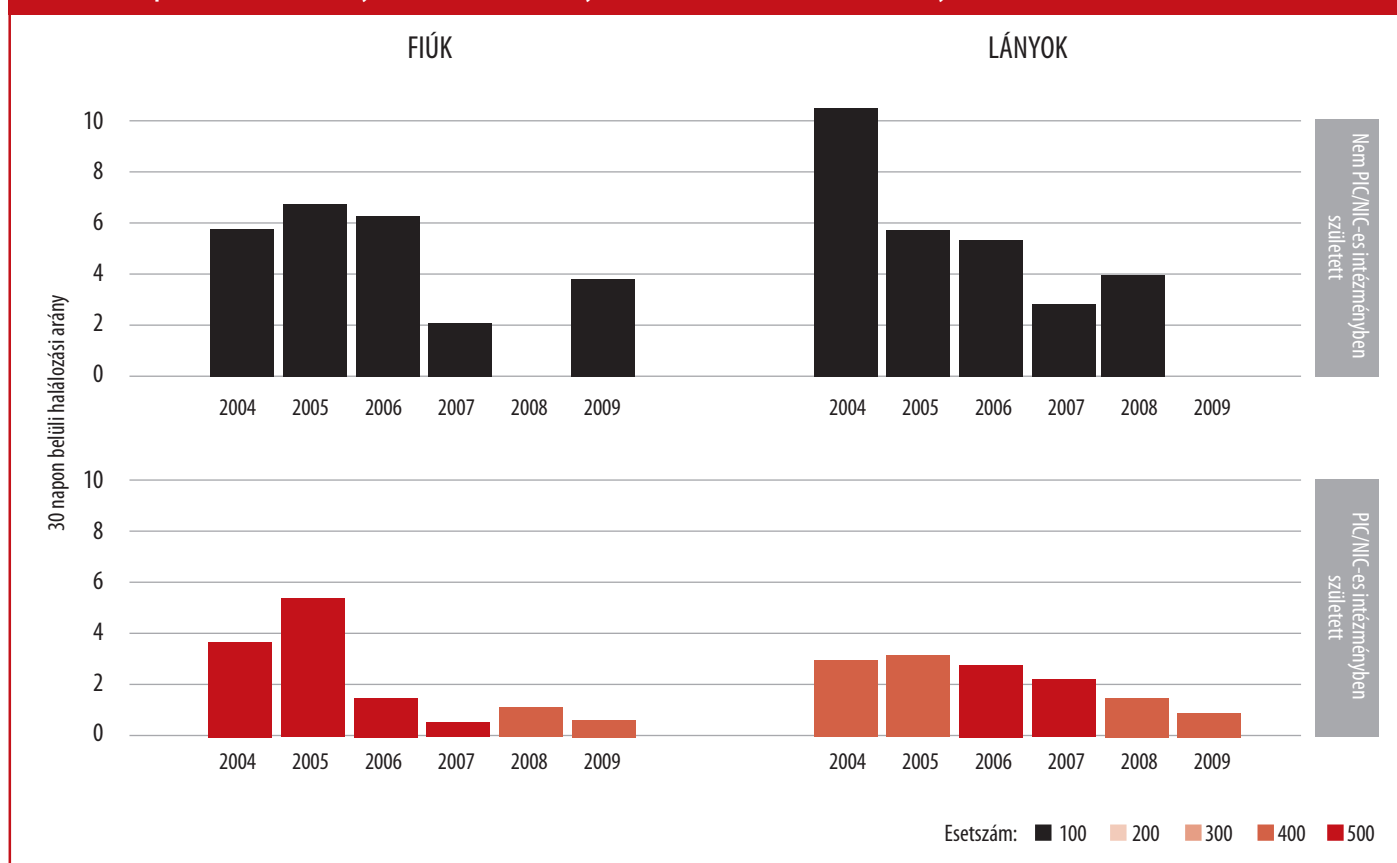
Következtetések

Akut miokardiális infarktus

A 2007-ben hozott egészségpolitikai intézkedéseknek közvetlen hatása nem észlelhető az AMI-ellátás most elemzett indikátorai alapján.

A nagymértékben javuló PCI-hozzáférés ellenére stagnáló túlélés hátterében a következő főbb tényezők húzódnak meg.

5. ábra. A 30 napon belüli halálozási arány alakulása a PIC/NIC osztállyal rendelkező és nem rendelkező intézményekben



1. Néhány intézményben feltételezhető az AMI-esetek szisztematikus túlkódolása, ekkor az AMI-csoportba került betegek túlélési prognózisa kedvezőbb és PCI szükséglete alacsonyabb.
2. Az AMI-betegek észlelése késik, és emiatt, vagy a betegirányítási rend hiányosságai miatt nem a megfelelő ellátást biztosítani képes intézménybe kerülnek.
3. A PCI elvégzése időablakon túl is megtörténik, így alkalmazása nem hatásos, vagy indokolatlan.
4. A késői PCI az első órákat túlélő, alacsonyabb kockázatú betegek körében történik, így ha a PCI-t kapottak körében végzünk eredményességi elemzést, az időablak pontos ismerete különösen fontos lenne.
5. Az ellátott betegek kockázatok szerinti összetétele (további betegségek, szociális háttér) megyéknként eltérő lehet, ez az eredményességet befolyásolja.
6. A kórházi ellátást követően az AMI-betegek gondozási gyakorlata az eredmények szerint az időszakban nem változott.

Az ellátás elemezhetőségének javítása érdekében javasolt, hogy az időszerűség és eredményesség pontosabb elemezhetőségéhez az OEP-jelentésekben rögzítésre kerüljön a PCI-k végzésének pontos időpontja, és kerüljön kialakításra az STEMI- és NSTEMI-kórformák elkülönítését lehetővé tevő diagnóziskód.

Stroke

Az indikátor eredményei az egészségpolitikai intézkedésektől függetlenül kedvezőtlen értéket adnak, az időszak második felében észlelt jobb értékek feltételezhetően látszólagosak és adminisztratív eredetűek.

Az eredmények hátterében a következő lehetséges tényezők említhetők:

1. Visszaszorult azon stroke-betegek száma, akiknél a stroke-betegség már korábban kialakult, és csak utókezelés céljából kaptak kórházi ellátást.
2. Csak a súlyosabb, határozott tüneteket mutató betegek kerültek kórházi felvételre.
3. Változott, és nem megfelelő az adatszolgáltatás gyakorlata, minősége.

Onkológia

A kemoterápiás kezelések arányának változása arra utal, hogy az egészségpolitikai intézkedések – még ha rövid távon is – súlyos következményekkel járhatnak egyes betegcsoportok számára. A halálozás nem mutat logikai összefüggést az egyes egészségpolitikai intézkedésekkel, de mivel a nemzetközi trendek javulnak, feltételezhető, hogy a népegészségügyi helyzet romlása és/vagy a helyi ellátórendszer működési anomáliái járulnak hozzá a hazai romló értékekhez.

Pszichiátria-addiktológia

A hét napon belüli aktív ápolás egyértelműen és jelentős mértékben növeli a 30 napon belüli aktív visszavétel arányát. Az azonosított intézkedések közül egyik sem hatott egyértelműen az ápolási időre, bár a TVK-szintek, illetve a depressziós finanszírozás megszüntetése befolyásolhatja ezt a tényezőt.

Az intézményváltások is egyértelműen és jelentős mértékben rontják az eredményességet. A 2007. áprilisi struktúraváltás növelte az intézményváltások gyakoriságát, azaz a

struktúraváltás kedvezőtlen hatást gyakorolt az eredményességi indikátorra. Általánosságban, minden olyan intézkedés, amely arra kényszeríti a pszichiátria-addiktológiai beteget, hogy addigi intézményét – és így az esetek jelentős részében az orvosát és az őt kezelő, gondozó más szakembereket is – otthagyja (pl.: osztálybezárás, kapacitás-csökkentés, betegutak változása), rontja a visszavételi arányt.

Egyértelműen és szignifikánsan kimutatható, hogy az OPNI bezárásának időpontja körül az OPNI-ban relatíve gyakrabban előforduló betegséggel kezelt betegek visszavételi aránya megnő. Nagy valószínűséggel kijelenthető tehát, hogy az OPNI bezárása negatívan érintette az ellátás eredményességét mérő indikátort.

A kiinduló hipotézissel szemben az aktív ellátást 30 napon belül követő kórházi rehabilitációs tevékenység nem hogy nem javítja, de egyenesen rontja a visszavételi arányt. Ez arra utalhat, hogy egyrészt az esetek nagy részében nem valódi rehabilitációs tevékenység folyik a pszichiátria-addiktológia területén, másrészt, hogy a rehabilitációs osztályok az aktív ellátásban folyó finanszírozási indíttatású tevékenységeket „segítik”.

Szülészeti-neonatológia

A komplex szülészeti-neonatológiai ellátás a vizsgált időszak alatt javuláson ment keresztül. Az azonosított intézkedéseknek nem volt jelentős hatásuk az indikátorok alakulására, bár 2007 második és harmadik negyedévében időszakosan romlott a 30 napos halálozási arány, és a második negyedévében az egy napon túl PIC-be kerültek aránya is. Az általános javulás azonosított okai:

- A magas szintű újszülött-koraszülött szállítás megerősödése országosan
- A meglévő terápiás arzenál (gyógyszer, eszközök) alkalmazásában szerzett rutin nő
- Néhány kis forgalmú szülészeti megszüntetése, ahol a minőségi követelményeknek való megfelelés alacsonyabb volt

A szülészeti osztály mellett PIC/NIC-kel is rendelkező intézményekben születettek körében a 30 napon belüli halálozási ráta alacsonyabb, mint a PIC/NIC-kel nem rendelkező intézményekben születettek esetében. Ez ugyan adódhat abból, hogy az utóbbiakban súlyosabb esetek jelennek meg, ám ez szintén komoly szakmai problémát vet fel, elsősorban a betegirányításban.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük az indikátorok definiálásához nyújtott segítséget dr. Becker Dávidnak, dr. Burány Bélának, prof. Egyed Jenőnek, dr. Kassai-Farkas Ákosnak, dr. Koós Tamásnak, dr. Kósa Istvánnak, dr. Machay Tamásnak, prof. Merkely Bélának, prof. Mészáros Józsefnek, dr. Németh Attilának, prof. Paulin Ferencnek, dr. Szűcs Miklósnak, prof. dr. Ottó Szabolcsnak, dr. Pikó Károlynak, prof. Rihmer Zoltánnak, dr. Sweigl Ottónak és dr. Vandlik Erikának.

Szeretnénk köszönetet mondani dr. Csákány Györgynek a Tauffer statisztika rendelkezésre bocsátásáért és az ezzel kapcsolatos kérdések megválaszolásáért.

Az eredmények értelmezésében nyújtott segítségért köszönetet mondunk dr. Bittner Nórának, dr. Kósa Istvánnak, prof. Bereczki Dánielnek, prof. Jánosi Andrásnak, dr. Németh Attilának, prof. Papp Zoltánnak és dr. Telekes Andrásnak.

Köszönjük a WHO Magyarországi Iroda munkatársai, dr. Pusztai Zsófia és Szigeti Szabolcs, valamint a barcelonai iroda munkatársa, dr. Evetovits Tamás buzdítását és támogatását a munka készítése során.

Köszönjük az adatok leválogatásában nyújtott segítséget Surján Ceciliának, Merth Gabriellának és Untenberger Zsoltnak.

Irodalomjegyzék

1. Belicza É., Takács E.: A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? *Orvosi Hetilap*, 2007, 148: 2033–2041.
2. Bowen, S. & Zwi, A. B.: Pathways to "Evidence-Informed" Policy and Practice: A Framework for Action. *PLoS Medicine*, 2(7), p.e166., 2005
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA: Defining quality of care. *Soc Sci Med.* 2000, 11:1611–25.
4. Dahl D. B. *xtable: Export tables to LaTeX or HTML.* R package version 1.5–5, 2009. Web: <http://CRAN.R-project.org/package=xtable>
5. Goddard, M. Overcoming the Challenges of Policy Evaluation: Health Economics Research and UK System Reform. Centre for Health Economics. University of York. Poster at the Working Conference Health Services Research in Europe in The Hague, the Netherlands, 8-9 April 2010
6. The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators., NHS Institute for Innovation and Improvement, 2008 Available at: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584> [Accessed November 16, 2011].
7. Grun, R.: Monitoring and evaluating projects, a step-by-step primer on monitoring, benchmarking and impact evaluation. HNP Discussion Paper, World Bank., 2006
8. Haddad, W. D.: Education policy-planning process: an applied framework. UNESCO: International Institute for Educational Planning. Paris 1995
9. Harrell Jr, F. E. with contributions from many other users. *Hmisc: Harrell Miscellaneous.* R package version 3.6–0, 2009. Web: <http://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>
10. Head, B.W.: Three Lenses of Evidence-Based Policy. *Australian Journal of Public Administration*, 67(1), pp.1–11., 2008
11. Ihaka R., Paul Murrell, Kurt Hornik, Achim Zeileis. *colorspace: Color Space Manipulation.* R package version 1.0–1, 2009. Web: <http://CRAN.R-project.org/package=colorspace>
12. Kalmár, S.: A magyarországi pszichiátriai ellátás helyzete és jövője népegészségügyi szempontból; *Psychiatria Hungarica*, ISSN 0237-7896, 2010. (25. évf.) 2. sz. 164–175. old.
13. Khandker, S. R., Koolwal, G. B., Samad, H. A. (2010): *Handbook on impact evaluation, quantitative methods and practices.* World Bank.
14. Lewin-Koh N. J., Roger Bivand, contributions by Edzer J. Pebesma, Eric Archer, Adrian Baddeley, Hans-Jorg Bibiko, Stephane Dray, David Forrest, Patrick Giraudoux, Duncan Golicher, Virgilio Gomez Rubio, Patrick Hausmann, Thomas Jagger, Sebastian P. Luque, Don MacQueen, Andrew Niccolai and Tom Short. *maptools: Tools for reading and handling spatial objects.* R package version 0.7–26, 2009. Web: <http://CRAN.R-project.org/package=maptools>
15. OECD Health Working Papers No. 23. *Health Care Quality Indicators Project, Conceptual Framework Paper*, 2006.
16. Ottó Sz., Kásler M.: A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása. A népegészségügyi programok jellegzetességei és várható eredményei; *Magyar Onkológia* 2005, 49:99–107, 2005.
17. Papanicolas, I., Smith, P.C. and Mossialos, E.: Principles of performance measurement. *Euro Observer*, 10. évf. 1. sz., 2008, Available at: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/euro-observer/principles-of-performance-measurement> [Accessed November 16, 2011].
18. R Development Core Team, 2008. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*, Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Web: <http://www.R-project.org>
19. Ramanathan, R.: Bevezetés az ökonometriába alkalmazásokkal. Panem., 2003
20. Segone, M, ed.: Bridging the gap: The role of monitoring and evaluation in evidence-based policy making. UNICEF, the World Bank and the International Development Evaluation Association, 2008.
21. Sutcliffe, S. and Court, J.: Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries?. Overseas Development Institute Report, November 2005
22. Tallin Charter, WHO European Region, 2008.
23. Wickham, H. *ggplot2: An implementation of the Grammar of Graphics.* R package version 0.8.3, 2009. Web: <http://CRAN.R-project.org/package=ggplot2>
24. Wooldridge, J. M.: *Introductory econometrics, a modern approach.* South Western Publishing., 2009

Hivatkozások

- * kivéve az alábbiakat: F30, F31.0, F31.3, F31.7, F31.8, F32.0, F32.8, F32.9, F33.0, F33.1, F33.4, F33.8, F33.9
- ** Azon diagnózisok, amelyek az OPNI-ban relatíve gyakrabban fordultak elő, mint a többi pszichiátriai-addiktológiai ellátóhelyen és viszonylag jelentős esetszámmal rendelkeznek

1. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest
2. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest
3. Eötvös Loránd Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Tanszék, Budapest
4. Semmelweis Egyetem, Közösségi Pszichiátriai Centrum, Ébredések Alapítvány, Budapest
5. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Gyermekgyógyászati Klinika, Pécs
6. ClinExpert Kft. tudományos igazgató

A hatékonyság alakulása a magyar egészségügyi rendszerben

Számos kormányzati dokumentum, illetve meghatározó szakértő jellemzően nem hatékonynak, pazarlónak írja le a magyar egészségügyi rendszert (1, 2), pedig ez több szempontból is túlzottan leegyszerűsítő, illetve félrevezető állítás. A hatékonyság rendszerszinten történő mérése egyelőre mind fogalmilag, mind módszertanilag kialakulatlan Magyarországon. A téma fontossága ellenére a magyar egészségügyi rendszerről kevés használható tanulmány született a rendszerváltás óta eltelt időszakban, a nemzetközi összehasonlító tanulmányokban pedig rengeteg a tisztázatlan kérdés és az ellentmondásos megállapítás (3). Ebben a tanulmányban éppen ezért arra vállalkozunk, hogy konzisztens értékelési keretrendszerbe illeszkedő mérőszámok segítségével értékeljük az allokációs és technikai hatékonyság alakulását, amely így jóval árnyaltabb képet fest a magyar egészségügyi rendszer teljesítményéről. Ezután pedig górcső alá vesszünk olyan tanulmányokat, amelyek komplex modelleket alkalmaztak a magyar egészségügyi rendszer hatékonyságának mérésére, és rámutatunk az ezekkel a mérőszámokkal kapcsolatos módszertani problémákra.

■ Gaál Péter¹, Szigeti Szabolcs², Evetovits Tamás³, Lindeisz Ferenc⁴

A hatékonyság mérésének koncepcionális keretei

A hatékonyság fogalmának és a hatékonyság mérőszámainak értelmezését egy másik tanulmányban részletesen kifejtettük (4). A hatékonyság fogalmának meghatározásakor a klasszikus közgazdaságtani megközelítésből indultunk ki, amely a hatékonyságot mindig az erőforrások felhasználásá-

nak (ráfordítás, input) és az erőforrásokból előállított termékek és szolgáltatások mennyiségének és minőségének (kibocsájtás, output) összevetésével értelmezi. Ha a ráfordításokat naturáliákban mérjük, akkor technikai hatékonyságról, ha viszont pénzben adjuk meg, akkor termelési hatékonyságról beszélünk. Ha pedig a ráfordításokat a termékek elfogyasztásából származó haszonnal próbáljuk meg összevetni, akkor

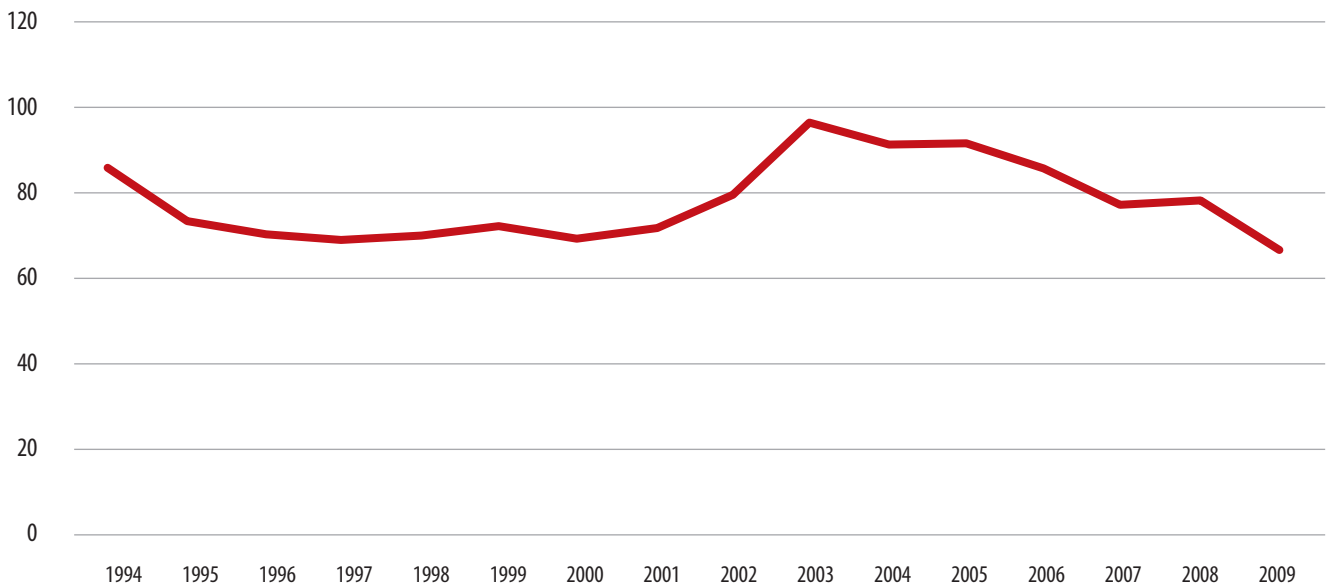
1. táblázat. A hatékonyság mérőszámainak típusai

	Igen	Nem
A mérőszám méri-e legalább a ráfordítást vagy a kibocsájtást?	Direkt	Indirekt
A ráfordítás és a kibocsájtás is része a mérőszámnak?	Teljes	Részleges
A ráfordítás és/vagy a kibocsájtás mérése teljes körű (azaz a mérésre nem közvetett mutatót – proxy-t – használ)?	Összetett	Egyszerű

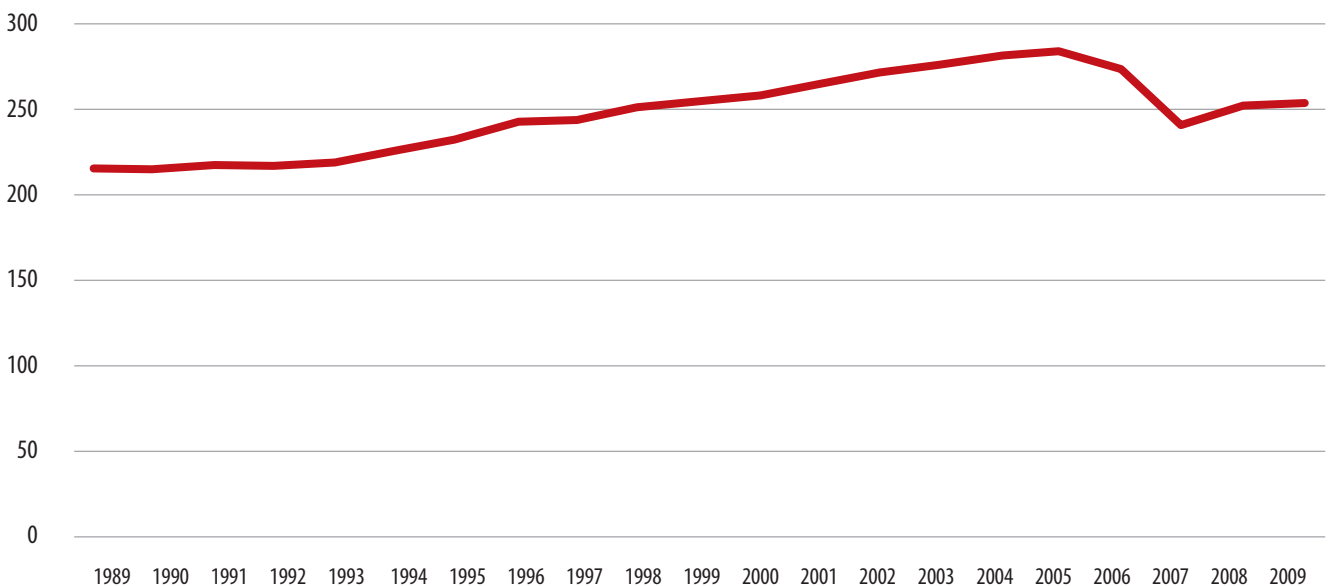
2. táblázat. A HBCS-alapdíj különbségei, 1993. (Forrás: Gyógyinfok)

	HUF	Átlagtól való eltérés (átlag=100%)	Eltérés (%)
Orvosegyetemek átlaga	30 900	100.0%	
minimum	26 320	85.2%	200,2%
maximum	52 680	170.5%	
Megyei kórházak átlaga	29 210	100.0%	
minimum	20 860	71.4%	186,9%
maximum	38 990	133.5%	
Megyei kórházak - kelet-magyarországi átlag	26 450	90.6%	113,3%
Megyei kórházak - nyugat-magyarországi átlag	29 980	102.6%	
Városi kórházak átlaga	25 200	100.0%	
minimum	17 000	67.5%	237,5%
maximum	40 380	160.2%	
Városi kórházak - kelet-magyarországi átlag	23 820	94.5%	109,1%
Városi kórházak - nyugat-magyarországi átlag	25 980	103.1%	

1. ábra. Az OEP aktív fekvőbeteg-ellátásra fordított kiadásainak változása 1994–2009. (milliárd Ft, 1994-es árakon)



2. ábra. A kórházi elbocsátások számának alakulása 1000 lakosra vetítve, 1989–2009.



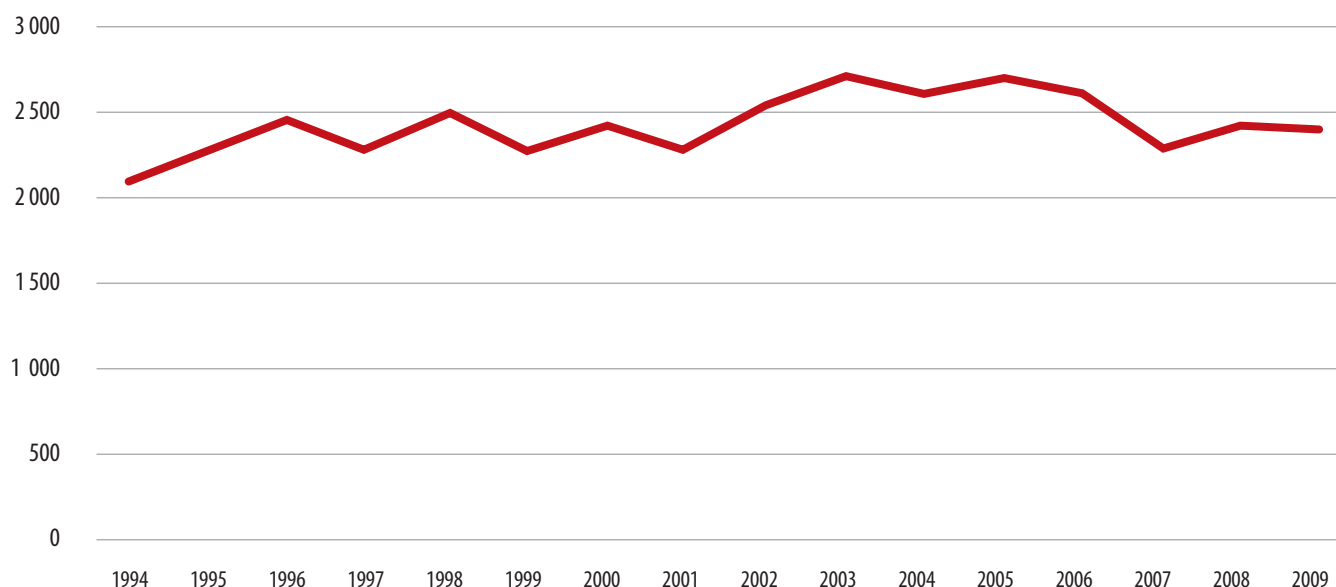
allokációs hatékonyságról beszélünk. Egy rendszerben az allokációs hatékonyság akkor a legnagyobb, ha már nem tudjuk a rendszer működését úgy megváltoztatni, hogy a ráfordítások adta keretek között nőjön az előállított termékek és szolgáltatások fogyasztásából származó össztársadalmi haszon. A hatékonyság, mint viszonyszám relatív, tehát mindig csak összehasonlításban értelmezhető.

A hatékonyság mérése során arra törekszünk, hogy mind a ráfordításokat, mind pedig a kibocsájtást/hasznot/eredményt mérni tudjuk, de annak függvényében, hogy mennyire átfogó ez a mérés, különböző típusú hatékonyság-mérőszámokról beszélhetünk (1. táblázat). Direkt, teljes hatékonyság-mérőszám használata esetén egyértelműen azt tekintjük hatékonyabbnak, ha ugyanazt az egységnyi kibocsájtást a legolcsóbban tudjuk előállítani.

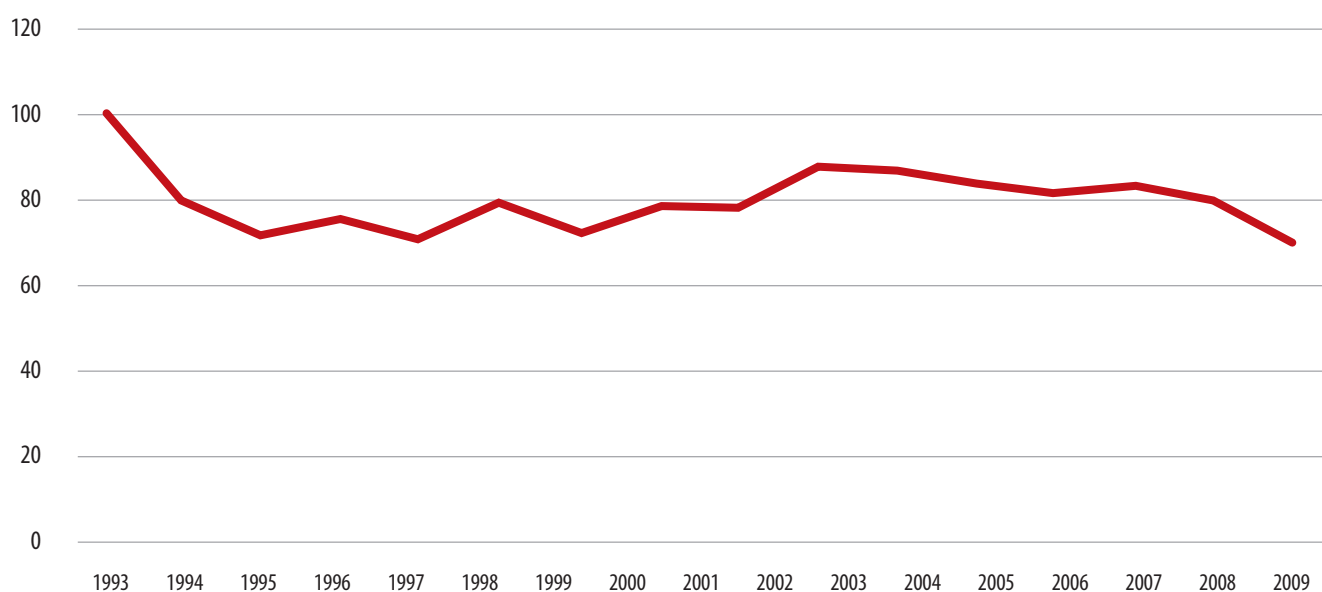
Technikai (termelési) hatékonyság

A rendszerváltáskor a kommunista korszak öröksége volt az akkori finanszírozási rendszer eredményeként létrejött rossz technikai és allokációs hatékonyságú rendszer, amelyhez alacsony szolgáltatási minőség is kapcsolódott. Ugyanakkor az is igaz, hogy a rendszerváltás után sem szűnt meg a politika költségvetési alkufolyamatokra gyakorolt befolyása, amely nagy területi egyenlőtlenségekhez, és a szakterületek egyenlőtlen fejlődéséhez vezetett. A HBCS bevezetését a kórház-finanszírozásban úgy tekintették mint e problémák megoldásának egy módját, azáltal, hogy ösztönzőket teremt a termelékenység és a hatékonyság növelésére, fejleszti a kórházi menedzsmentek költség-tudatosságát, és valamelyest csökkenti a szolgáltatásnyújtásban meglevő területi

3. ábra. A HBCS-pontok (súlyszámok) összegének változása, 1994–2009. (ezer súlyszámban)



4. ábra. Egy HBCS-súlyszámra (pontra) jutó OEP-ráfordítás az 1994-es adat %-ában (1994 = 100%), 1994–2009.



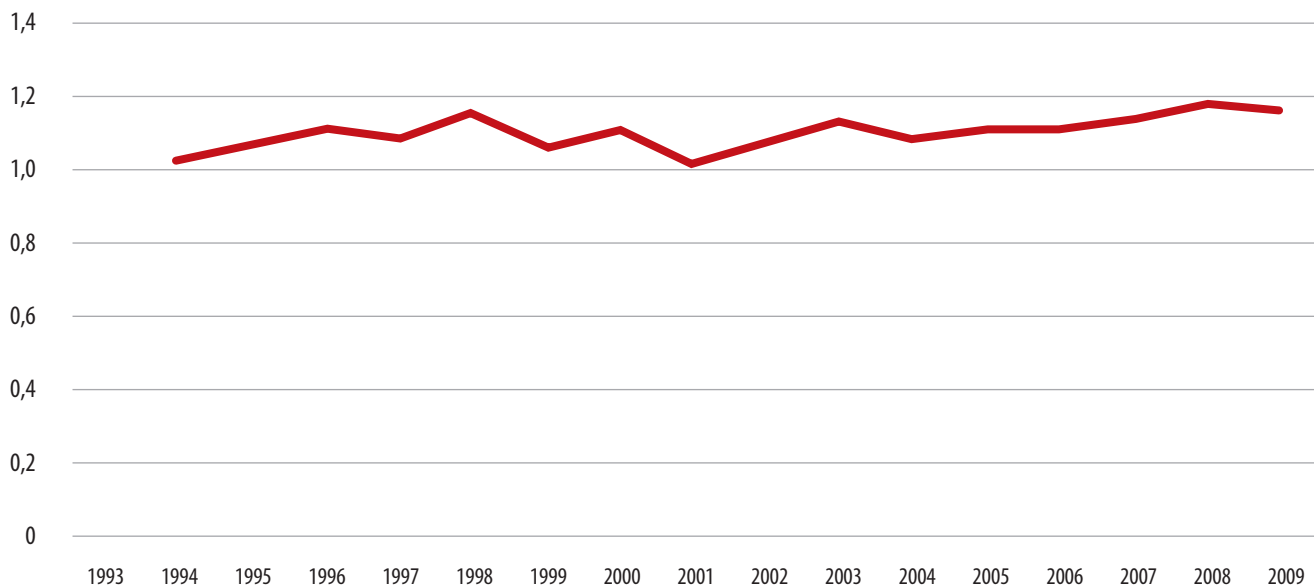
különbségeket. A kezdeti időszakban még az örökölt területi egyenlőtlenségek tükröződtek a HBCS-alapdíjakban (2. táblázat), amely az azonos típusú intézmények közötti jelentős hatékonyságbeli különbségre utal.

A HBCS-rendszer bevezetésének a fekvőbeteg-ellátás technikai, illetve termelési hatékonyságára gyakorolt hatásait a hatékonysági mérőszámok időbeli alakulásának vizsgálatával mérhetjük. A hatékonyság mérésére a fekvőbeteg-ellátásban leggyakrabban használt két indikátor az ágykihasználtság és az ápolás átlagos időtartama. Ezek a mérőszámok azonban hatékonyság-elemzésre nem jól használhatóak, mert értelmezésükhöz számos olyan feltételezéssel kell élnünk, amelyek a gyakorlatban ritkán érvényesülnek. Az ágykihasználtság esetében a ráfordítás proxyja az ágyak száma, ami azonban önmagában csak laza kapcsolatban van az ellátás tényleges

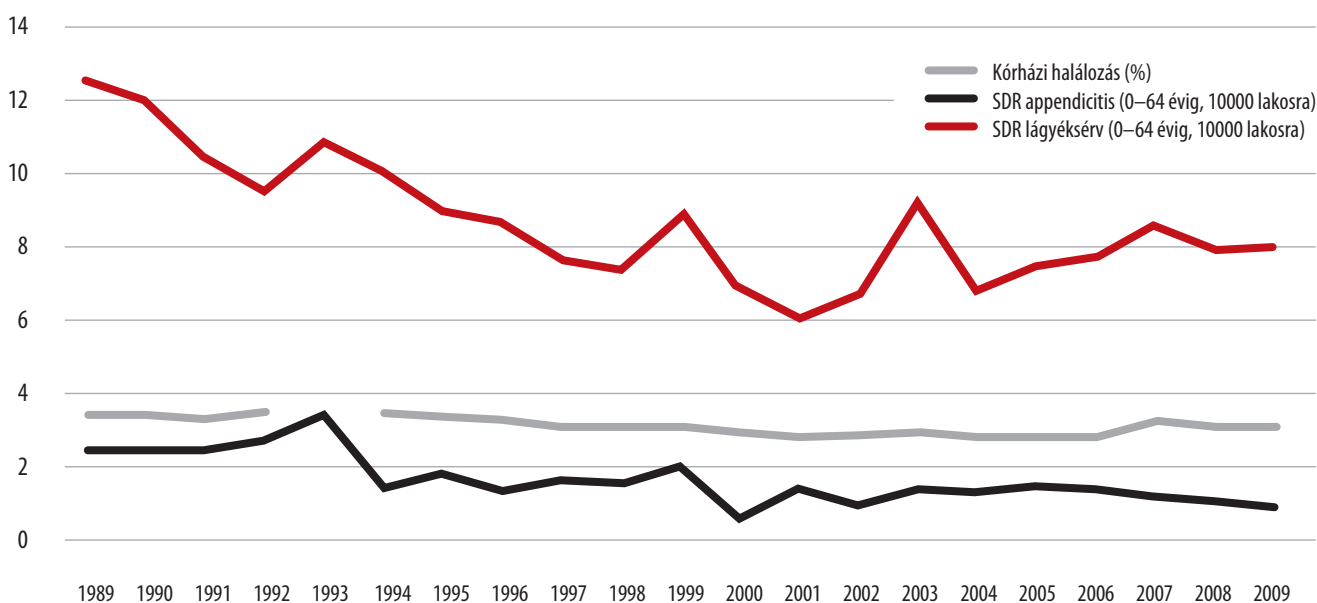
költségeivel. Ugyanez áll az ápolás átlagos időtartamára is: a kórházi ápolási napok és az ellátás költsége közötti összefüggés nem lineáris, a költségek zöme a fekvőbeteg-ellátás első néhány napjára koncentrálódik (5).

A termelési hatékonyság megállapításához az inputok teljes (pénzben megfogalmazott) költségének az ezen inputokat felhasználó kórház által előállított outputok mennyiségével és minőségével való összevetésére van szükség, és a hatékonyság mértéke az előállított output egységére jutó költség. Az inputokra vonatkozóan az ápolási napoknál jobb áttekintést nyújt az OEP aktív fekvőbeteg-ellátásra költött ráfordítása (1. ábra). Az OEP aktív fekvőbeteg-ellátási ráfordításai reálértékben 16%-kal csökkentek 1994 és 1997 között, stagnáltak 1998 és 2001 között, és ismét növekedni kezdtek 2002 és 2003 között a közkiadások növekedésének következtében (pl. az

5. ábra. Az esetösszetételi index (case-mix index, vagy CMI) változása Magyarországon, 1994–2009.



6. ábra. Néhány minőség indikátor változása az aktív fekvőbeteg-ellátásban Magyarországon, 1989–2009.



egészségügyi dolgozók 50%-os béremelése). Ezt egy másik stagnálási időszak követte, majd pedig egy csökkenés 2007-ben. 2008-ban az OEP aktív fekvőbeteg-ellátásra való ráfordítása lényegében ugyanakkora volt, mint 1994-ben.

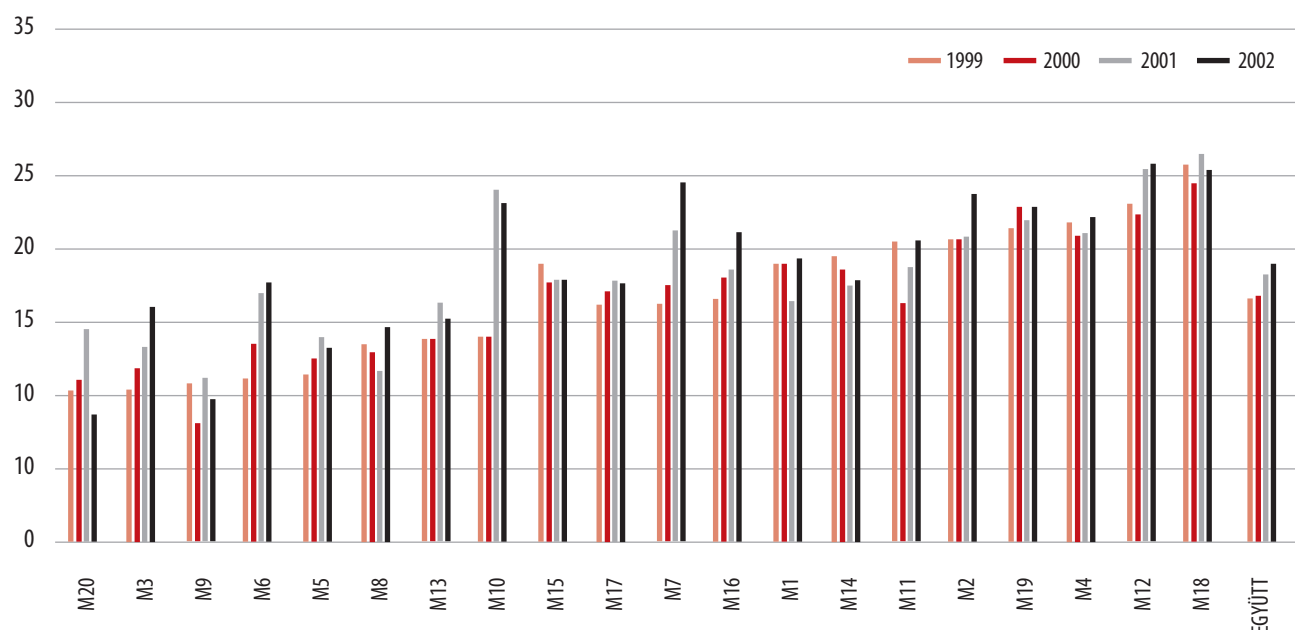
A kibocsájtásra vonatkozóan a kórházi elbocsátások száma az egyik lehetséges mérőszám. 1994 és 2005 között a kórházi elbocsátások száma 20%-kal növekedett; a 11%-os csökkenés 2007-ben a számlázható szolgáltatási volumenre bevezetett szigorú korlátnak (abszolút teljesítményvolumen-korlát = TVK) tudható be (2. ábra).

Az elbocsájtott betegek száma azonban több szempontból sem a legjobb kibocsájtás-mérőszám. Egyrészt magában foglalja nem csak az aktív, hanem a krónikus ellátási eseteket is. Másrészt nem veszi figyelembe azt, hogy a kórház milyen összetettséggű, mennyire erőforrás-igényes betegeket lát el:

azaz nem méri az esetösszetételt. A HBCS mint betegosztályozási rendszer, éppen ennek a mérésére szolgál. A HBCS-rendszerben a kórházi esetek bonyolultságát a nagyobb súlyszám jelzi, és ezek a bonyolultságtól és a költségektől függő súlyszámok (s nem csupán az esetek száma) összesíthetők. A HBCS-rendszer bevezetése óta tehát az aktív fekvőbeteg-ellátásban a kibocsájtásnak jobb mérőszáma a kórház által teljesített HBCS súlyszámok összege (3. ábra). A súlyszám-összeg idősoros vizsgálatánál figyelembe kell azonban venni azt is, hogy az évek során ugyanannak a HBCS-nek a súlyszámértéke is változhat (változott).

A költségeket (azaz az OEP aktív fekvőbeteg-ellátásra fordított költségeit reálértékben) és a kibocsájtást (azaz az aktív fekvőbeteg-ellátás által teljesített HBCS-pontokat) összehasonlítva az aktív fekvőbeteg-ellátás HBCS-pontokban több

7. ábra. Császármetszések aránya a megyei kórházakban, éves adatok, 1999–2002.



outputot produkált ugyanabból a költségvetésből 2008-ban, mint 1994-ben (4. ábra). Ez arra is utal, hogy az output egységeire jutó költség több mint 30%-os csökkenésével az aktív kórházi ellátásban a hatékonyság jelentősen növekedett a kérdéses időszakban.

Fontos megjegyezni, hogy az output e növekedése még lényegesebb lett volna, ha az összes HBCS-költség súlyát nem csökkentették volna rendszeresen, kiegyensúlyozandó az esetek átlagos súlyosságában, a case-mix indexben (CMI) jelentkező folyamatos emelkedést (5. ábra). Ezt a folyamatot „visszaformálás”-nak nevezik, s azt feltételezi, hogy az adott évben elért összpontszám-beli növekedés a szolgáltatók OEP felé való jelentésében alkalmazott felülkódolás, s nem az esetek súlyosságában történt valós emelkedés eredménye. Jól ismert, hogy a HBCS-rendszer arra ösztönzi a kórházakat, hogy az eseteket a lehető legsúlyosabb kategóriába sorolják azért, hogy több bevételre tegyenek szert („DRG-creep”), növelve így a CMI-t (6, 7). A magyar egészségügyi rendszerben „DRG creep”-re utal, hogy a CMI növekedését nem kísérte a kórházi mortalitás növekedése. A hatékonysági indikátorok értelmezésekor ezért figyelembe kell venni, hogy az output növekedése inkább manipulált jelentést tükrözhet, mint valós növekedést, vagy jobb kódolási gyakorlatot.

Ahhoz, hogy megalapozott megállapításokat tehesünk a magyar aktív fekvőbeteg-ellátási szektor termelési hatékonyságára vonatkozóan, számos más dolgot is számításba kell vennünk. Először is, az OEP ráfordítások nem az egyedüli forrásai az akut fekvőbeteg-ellátás ráfordításainak. Vannak elkülönített csatornán érkező beruházási költségek is, amelyek

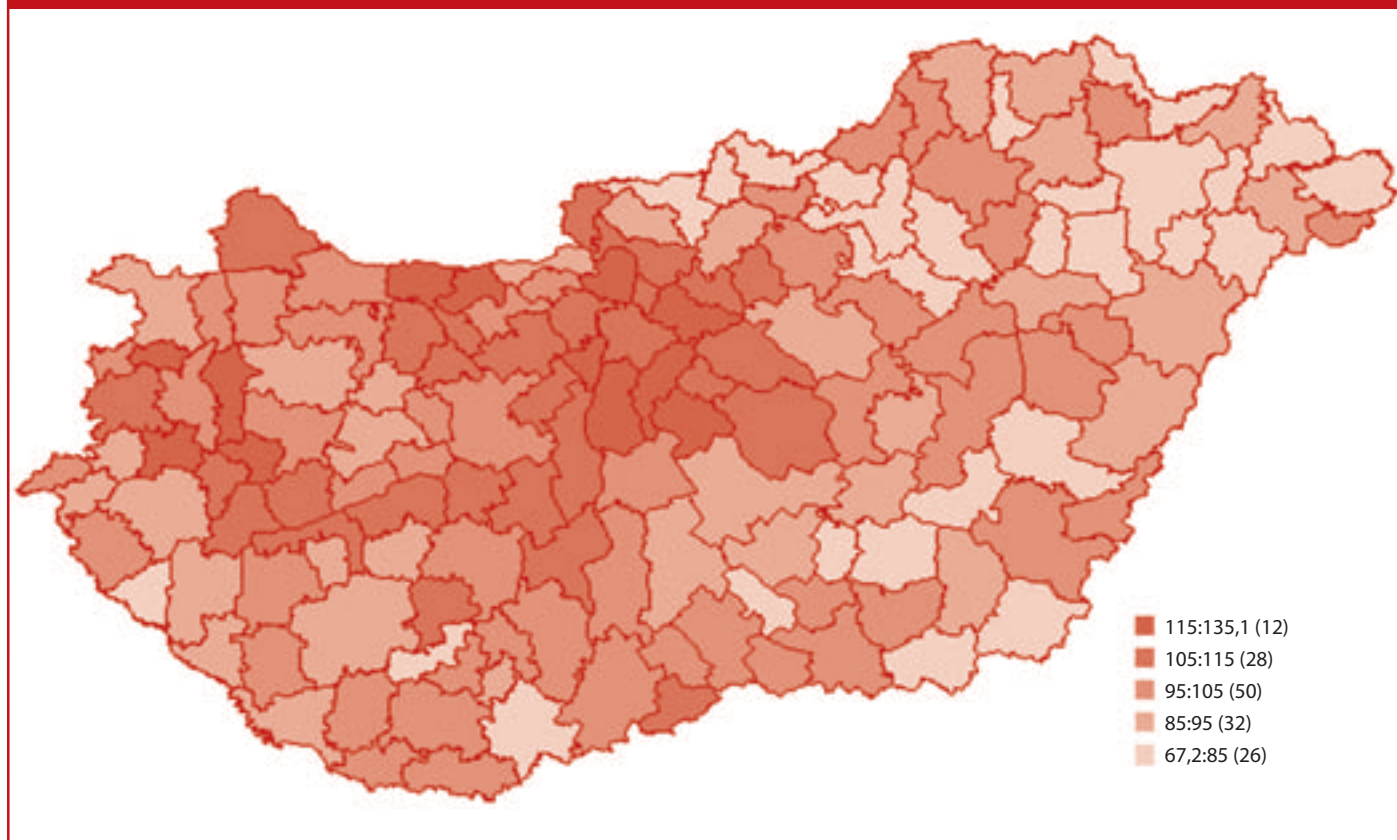
mögött az egészségügyi szolgáltató intézmények tulajdonosai állnak. Ezen túl a betegek gyakran informálisan is fizetnek az orvosoknak, és – kisebb mértékben – egyéb egészségügyi dolgozóknak. Egy másik része a többletforrásoknak, hogy a beszállítók extra hosszú fizetési határidőt szabnak az ellátó intézményeknek. Emellett vannak még egyéb külső források is, mint például a jótékonyági adományok. Ezeknek az egyéb finanszírozási forrásoknak a részesedése azonban lényegesen kisebb, mint az OEP-é, és időben nagyjából olyan tendenciát követnek, mint az OEP akut fekvőbeteg-ellátási ráfordításai. Kivételt képeznek természetesen ez alól az EU beruházási támogatásai, a strukturális és kohéziós alapok keretében, amelyek 2007-től kezdődően lényegében teljesen kiváltották a korábbi címzett, és céltámogatási rendszert, és jelentős, érdemi többletet jelentenek az egészségügyi beruházás-finanszírozás területén.

Másodszor, az output növekedése és a költségek csökkenése csak akkor eredményez hatékonyságjavulást, ha a folyamat során az ellátás minősége vagy az eredményesség egyéb mutatói nem csökkennek, optimális esetben pedig inkább nőnek. A kórházi halálozás, az elkerülhető halálozás (6. ábra), vagy a gyermek- és az anyai halandóság (3. táblázat) trendjei nem voltak kedvezőtlenek Magyarországon, egyes esetekben pedig kifejezetten javultak. Ez legalábbis arról tanúskodik, hogy az aktív fekvőbeteg-ellátás minősége nem romlott lényegesen. Emellett a magyar HBCS-rendszerben vannak beépített mechanizmusok annak megakadályozására, hogy a szolgáltatók az ellátás minőségének rovására csökkentsék a költségeket. Ilyen például a homogén betegcsoportok ápolási

3. táblázat. Csecsemő- és anyai halandóság indikátorok 1980–2009. (válogatott évek, forrás: WHO Regional Office for Europe, 2010.)

	1980	1990	1995	2000	2005	2009
Csecsemő-halandóság 1 000 élveszületésre	23.2	14.8	10.7	9.2	6.2	5.1
Újszülött halálozás 1 000 élveszületésre	17.8	10.8	7.3	6.2	4.1	3.4
Perinatális halálozás 1 000 élveszületésre	23.1	14.2	6.7	5.7	5.0	4.7
Posztneonatalis halálozás 1 000 élveszületésre	5.3	4.0	3.4	3.1	2.2	1.7
Anyai halálozás 100 000 szülésre	20.9	20.7	15.2	10.3	5.1	18.7

8. ábra. Gyógyszerrel kezelt cukorbeteg aránya az országos szinthez képest (2002–2003), kor és nem szerinti direkt standardizálással (Forrás: [8])



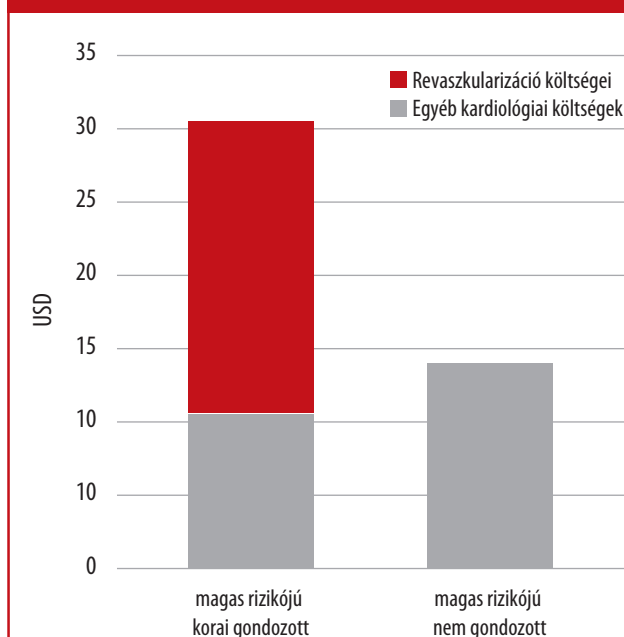
időtartamának alsó határnapja, vagy a csillagos (csak meghatározott intézményekből jelenthető) HBCS-k.

Mindezek alapján nagyon valószínű, hogy az új finanszírozási módszerek szisztematikus bevezetésének eredményeként javult a magyar egészségügyi rendszer termelési hatékonysága, legalábbis az egyes ellátási szinteken belül. A hatékonyság növekedése egy adott ellátási szinten, mint például az aktív fekvőbeteg-ellátási szektorban, nem mond semmit az ellátási szintek közötti feladatmegosztás hatékonyságáról, azaz hogy minden beteget valóban azon az ellátási szinten kezeltek-e, amelyet állapota indokolt.

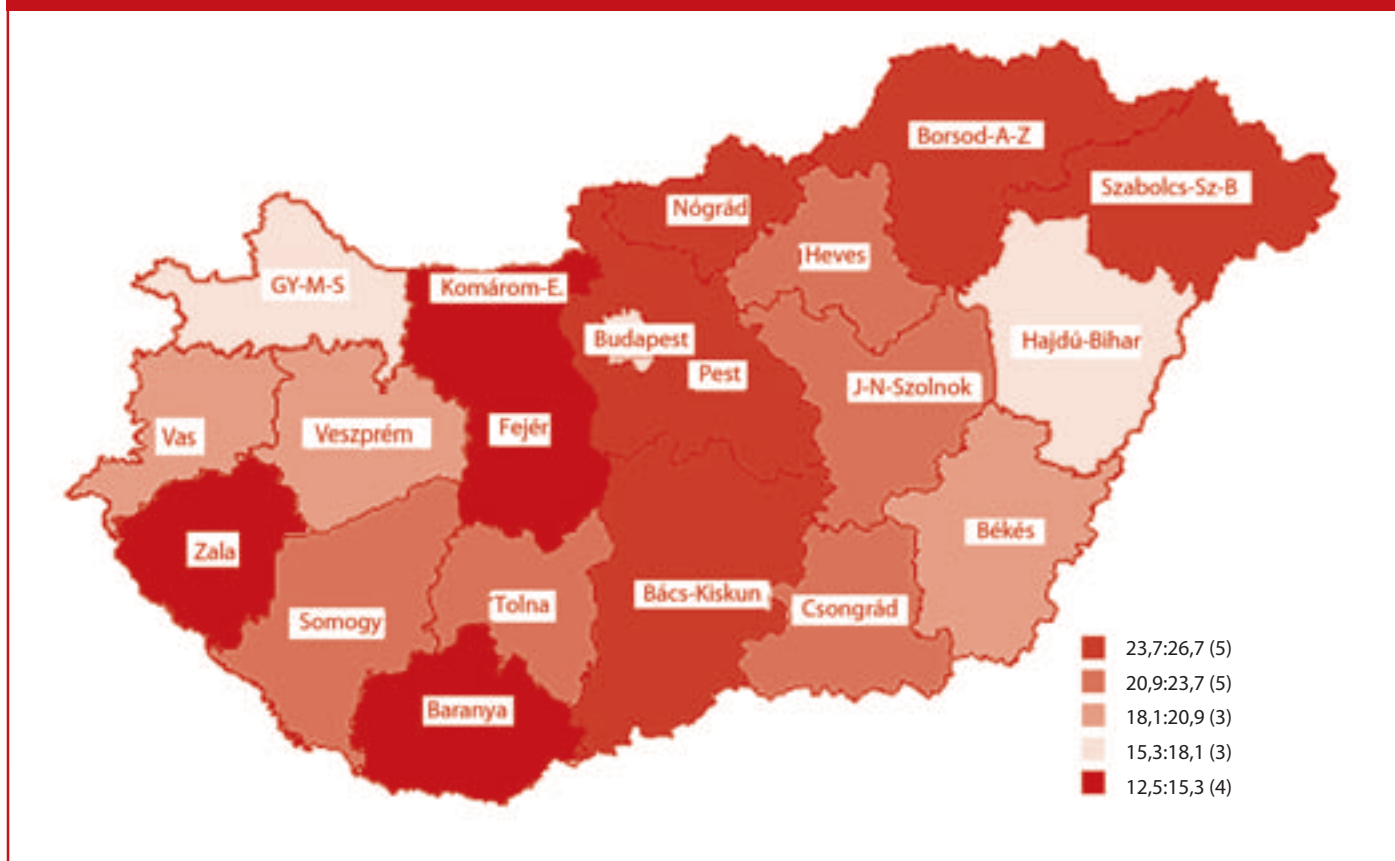
1993 és 2005 között az 1000 lakosra jutó kórházi elbocsátások száma folyamatos, több mint 25%-os növekedést mutat. Ezt biztos, hogy nem lehet csupán a népesség egészségi állapotának változásával magyarázni. A jelenlegi finanszírozási rendszer ösztönzői valóban nem a lehetséges legalacsonyabb ellátási szinten történő definitív ellátás nyújtásának kedveznek. Ellenkezőleg, míg a korábbi soronkénti költségvetés, mint finanszírozási technika nem ösztönözte a nagyobb teljesítményt, a jelenlegi rendszer túlkezelést, DRG creep-et és pontinflációt idéz elő. A kórházakat a finanszírozási technikák nem ösztönözték arra, hogy a betegeket inkább járóbeteg-ellátásban, mint fekvőbeteg-ellátásban kezeljék, és egészen 2004 elejéig nem működtek hatékony ellenőrzési mechanizmusok, amelyek megakadályozták volna a szükségtelen kórházi betegfelvételeket. Ekkor vezették be a depresszív volumenszabályozás rendszerét a kibocsátás folyamatos növekedésének a megfékezésére. Ezt vitte tovább a depresszív finanszírozás megszüntetése és az intézményi fix TVK bevezetése 2007-ben. Eredetileg azt is feltételezték, hogy a családorvosok a magasabb szintű (költségesebb) ellátások „kapuőreivé” válnak, de sem a pénzügyi ösztönzők, sem a sz-

bályozási keretek nem támogatták ezt a funkciót. Az ellátási szintnek a szükségesnél feljebb csúszását az is előmozdította, hogy az egyes ellátási szinteken alkalmazott finanszírozási ösztönzők nem illeszkedtek egymáshoz a kapuőri funkció

9. ábra. Fekvőbeteg-ellátás egy főre számított kardiológiai átlagköltségei kardiovaszkuláris rizikósűrését követően a gondozott (N1) és a gondozásba nem vett (N2) csoportban, 2002. (Jegyzetek: N1=385, N2=800; Forrás: Misszió Központ Kht.)



10. ábra. Akut miokardiális infarktusos betegek 30 napos halálozása (%) az első kórházba kerülés szerint megyénként, 2008. (Forrás: [9])



megegerősítésére, azaz míg a háziiorvosi finanszírozás a továbbküldést ösztönözi, addig a szakellátás finanszírozása a minél nagyobb eset-, illetve beavatkozásszámot.

További hatékonysági problémák közé tartoznak a hatástalan, vagy elavult technológiák (olyan egészségügyi technológia, amelyeknek van hatásosabb alternatívája azonos áron, vagy olcsóbban, vagy pedig van ugyanolyan hatásosságú, de kisebb költségű alternatívája). Ilyenek még a támogatások felülvizsgálatának hiánya, a nem megfelelő gyógymódok, a feleslegesen nyújtott szolgáltatások (pl. párhuzamosan nyújtott szolgáltatások) és a szociális problémák medikalizációja („szociális okból történő betegfelvétel”). Nem szokatlan jelenség az, hogy a betegek egyik helyről a másikra vándorolnak a rendszerben, mielőtt a helyes diagnózis felállításra kerülne, s megkapnák a megfelelő terápiát. Nyilvánvaló problémák vannak az akut, a krónikus és a szociális ellátások határterületein, amikor tartós szociális ápolást nyújtanak időseknek aktív kórházi osztályokon az ápolási otthonok helyhiánya miatt.

A gyógyítási gyakorlatban és eredményekben meglévő földrajzi különbségek számottevőek, és nem csupán a népesség eltérő szükségleteinek tudhatók be (7-8. ábra).

Az ellátási szintek közötti koordináció hiányából eredő hatékonysági problémák

Az 1990-es évek végétől kezdődően voltak kezdeményezések a problémák átfogó kezelésére. Ezeknek a lényege abban állt, hogy megpróbálták a hiányzó ellátásszervezési funkciót a rendszer valamelyik szereplőjére bízni. A legelső ezek közül, a világviszonylatban is innovatívnak tekinthető Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) volt, amely kísérleti programként in-

dult 1999-ben, és amelyet anélkül szüntettek meg 2008-ban, hogy részletesen értékelték volna az egészségügyi rendszer teljesítményére gyakorolt hatását. Az IBR az ország lakosságának több mint 20%-át (kb. 2,2 millió lakos) fedte le 2005-ben. A projektet főként a transzparencia hiánya és az igazságtalan elosztás miatt érte kritika (10).

Az egyik legfontosabb, IBR által azonosított, a hatékonyság javítása és a hatékony működés ösztönzése szempontjából fontos jelenség a korábban nem ellátott szükségletek megjelenése és kielégítése az ellátásszervezők betegút-szervező tevékenysége következtében. Az adatok arra utalnak, hogy a krónikus betegségben szenvedő betegek kiszűrése és megfelelő ellátása rövid távon nem eredményez megtakarítást (9. ábra).

A szűrési programok által azonosított kardiovaszkuláris betegek ellátási költsége átlagosan alacsonyabb volt ugyan, de az összköltség magasabb volt, mert ezek a betegek időben hozzájutottak költséges revaszkularizációs beavatkozásokhoz (pl. PCI). A ki nem szűrt, nem diagnosztizált és nem megfelelően ellátott betegek viszont nem jutottak hozzá ezekhez, vagy azért, mert belehaltak betegségükbe, vagy azért, mert már túl voltak a beavatkozás indikációjának kritikus időablakán (10. ábra).

Ez a tény azt is sejteti, hogy a potenciális hatékonysági megtakarítások pénzügyi ösztönzőin alapuló modellek fenntarthatósága nagyban függ az indokolatlan beavatkozások kiküszöböléséből származó potenciális megtakarítások és a korábban nem ellátott szükségletek ellátása miatt jelentkező többletköltségek viszonyától.

A hatékonyság javítása szempontjából rendszerszinten mindenképpen az ellátásszervezésnek van a legtöbb értelme,

Hatékonyság

mert szelektíven kezeli a problémákat. Egyszerre szorítja vissza a szükségtelenül nyújtott szolgáltatásokat, és nyújtja azokat a valóban szükséges szolgáltatásokat, amelyekhez a betegek valamilyen oknál fogva korábban nem jutottak hozzá. Ezzel szemben a nem szelektív megoldások, mint a beteg által fizetendő önrész, a költségeket úgy csökkentik, hogy visszafogják mind az indokolatlanul nyújtott, mind pedig a szükséges szolgáltatásokat azáltal, hogy visszatartják a betegeket az egészségügyi ellátások igénybevételétől. Ez utóbbi pedig nem kívánatos sem a hatékonyság, sem az igazságosság szempontjából.

Szektorok közötti allokációs hatékonyság és forrásallokáció az egészségügyben

Ami a gazdaság különböző szektorai közötti forrásallokációt illeti, Magyarországon az egészségügyre fordított jelenlegi teljes közkiadás alacsony, mind a környező hasonló gazdasági fejlettségű országokhoz, mind pedig a korábbi ráfordításhoz viszonyítva. A WHO Nemzeti Egészségügyi Számláinak adatai alapján látható, hogy Magyarország azon kivételes országok közé tartozik, ahol nemcsak a GDP-arányos közkiadások csökkentek, hanem a kormányzati kiadásokon belül is egyre kisebb prioritást kapott az egészségügy 1995. és 2009. között (11).

Ráadásul az OEP ráfordítás a gyógyító-megelőző ellátásokra közel 25%-kal (225 milliárd Ft-tal, vagyis a GDP 0,9%-ával) alacsonyabb reálértékben 2009-ben, mint 1990-ben, pedig ez az összehasonlítás nem veszi figyelembe a technológiai fejlődést az eltelt 20 évben.

Mindez arra utal, hogy az egymást követő kormányok egészségügyi közkiadások csökkentésére irányuló törekvései eredményesek voltak. A költségcsökkentés önmagában azonban nem biztosít hatékony forrásallokációt az egészségügyön belül. Nehéz aggregált ráfordítási adatokból megbecsülni az ellátás különböző szintjei és területei közötti rossz forrásallokáció miatti hatékonysági veszteségeket, de az Egészségbiztosítási Alap költségvetésének szerkezete durva mutatóként használható (4. táblázat). Ez azt mutatja, hogy a pénzeszközök allokációja nem változott lényegesen 1994 óta: volt egy kis csökkenés a fekvőbeteg-ellátás és egy kis emelkedés a járóbeteg-ellátás részesedésében a 2007-es strukturális átalakítások időszakában, de ezek a változások 5 százalékpontnyi sávban maradtak anélkül, hogy olyan világos vagy tartós trendről ta-

núskodnának, amely az ellátási szintek közötti tervszerű forrásátcsoportosítás jeleként lenne értelmezhető.

Ezzel szemben a gyógyszerkassza általánosan emelkedő trendet mutat 1993-tól. Kétszer csúcsosodott, 1998-ban és 2006-ban a gyógyszerkiadások csökkentésére irányuló kormányzati erőfeszítéseket ösztönözve. A 2007-ben bevezetett költségcsökkentési intézkedések konkrét és mérhető eredményeket hoztak az OEP gyógyszerkassza túlköltekezésének csökkentésére, bár ezt főleg a betegek önrészenek növelésével érték el.

Komplex hatékonyságszámítási modellek a magyar egészségügyi rendszer teljesítményének értékelésére

Az OECD 2010-ben tanulmányt tett közzé, amelyben összetett mérőszámot használva hasonlította össze az egyes OECD-tagországok egészségügyi rendszereinek teljesítményét hatékonyság szempontjából (3). A módszertan alapját a Data Envelopment Analysis képezte, amelyet hasonló kibocsátást és termelési folyamatot végző szervezetek összehasonlítására találtak ki, és amelynek segítségével megpróbálták meghatározni az egyes országokhoz igazodva elérhető maximális eredményességet az egészségi állapot javításában. Amennyiben az adott ország a saját lehetőségeihez képest gyengébb teljesítményt ért el, akkor a hatékonysági pontszáma ennek megfelelően gyengébb lett. Eredményességi mutatónak a születéskor várható élettartamot választották az elemzés készítői. A tanulmány egyik fontos következtetése – azon túl, hogy magyar egészségügyi rendszer teljesítményét hatékonyság szempontjából az egyik legrosszabbnak minősítették az OECD-tagországai között –, hogy a kiadások szinten tartásával is jelentősen lehetne a hatékonyságot javítani Magyarországon.

Úgy látjuk, hogy a tanulmány eredményeinek értelmezése nagy körültekintést és alapos szakmai felkészültséget igényel. A legfontosabb azzal tisztában lenni, hogy a tanulmány megállapításai nem szűkíthetők le az egészségügyi ellátó rendszerre; tekintettel arra, hogy a kutatás értelmezési kerete valójában még a tágabb értelemben vett egészségügyi rendszeren is túlmutatóan a teljes kormányzati politika. Az egyes magyarázó változók hatása nem jól elkülöníthető, azaz nem tudjuk pontosan megmondani, hogy a rossz egészségi állapotban milyen szerepet játszik az egészségügyi ellátó rendszer, milyen szerepet játszik a tágabb értelemben vett

4. táblázat: Az OEP kiadásainak alakulása a teljes kiadás százalékában

Forrás: ESKI (http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablazarok.php, letöltve: 2011.05.05), (e): előirányzat

	1995	1998	2001	2004	2007	2010 (e)	2011 (e)
Gyógyító-megelőző ellátások (folyó áron, mFt), amiből:	190 683	298 870	410 036	654 622	718 717	757 632	770 120
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	10,67%	10,98%	10,03%	9,20%	10,07%	10,28%	10,53%
Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	2,32%	2,25%	2,25%	2,16%	2,57%	2,37%	2,33%
Fogászati ellátás	2,73%	2,80%	2,95%	3,20%	3,14%	2,94%	3,05%
Gondozóintézeti gondozás:	1,89%	2,01%	2,32%	1,57%	0,82%	0,30%	0,30%
Betegszállítás			1,02%	0,93%	0,87%	0,76%	0,75%
Országos Mentőszolgálat				2,71%	2,90%	2,97%	3,19%
Művekezelés		2,50%	2,83%	2,46%	2,87%	3,03%	3,01%
Házi szakápolás		0,33%	0,36%	0,42%	0,46%	0,49%	0,57%
Járóbeteg szakellátás+CT, MRI (laborkasszával)	15,56%	16,12%	16,85%	17,44%	17,03%	18,11%	18,11%
Aktív fekvőbeteg szakellátás	51,19%	53,36%	52,40%	50,81%	46,77%	46,02%	45,01%
Krónikus fekvőbeteg ellátás	6,04%	6,28%	6,28%	5,82%	6,49%	7,49%	8,14%

egészségügyi rendszer, illetve az egyéb kormányzati szektorok, területek, programok. A bevont magyarázó változók a következők voltak: a teljes egészségügyi kiadás; a társadalmi-gazdasági környezet leírására szánt egy főre jutó GDP; életmód-tényezők, mint a levegőszennyezés, a zöldség- és alkoholfogyasztás, valamint a dohányzás. A vizsgálat arra irányult, hogy nemzetközi összehasonlításban felmérje az OECD azt, hogy az egyes országok milyen mértékben maradnak el a születéskor várható élettartam lehetséges szintjétől a tágabb értelemben vett egészségügyi rendszerük erőforrásaihoz képest.

Az egészségügyi rendszer hozzájárulása a magyarázó változók között a teljes egészségügyi kiadások szintjével szerepel. Ez nem csak az egészségi állapotra hatást gyakoroló egyéb tényezők egymáshoz viszonyított szerepének elkülönítése szempontjából vitatható, hanem az egészségügyi szektor különböző részeinek hatékonysági többletét vagy veszteségét is összevonja. Például a gyógyító-megelőző ellátásokra fordított csökkenő és alacsony egészségügyi GDP-arányos kiadások a modell szerint növelték, míg a korábban jelentősen növekvő és arányaiban magas gyógyszerkiadások csökkentették a magyar egészségügyi rendszer összetett mutatóval kimutatható hatékonyságát. A két ellátási szektor teljesítményének összevonása ezért torzítja az ellátórendszer jelentős részének a megítélését a hatékonyság szempontjából. A tanulmány szerzői ugyan jelezték, hogy akár mélyebben bontott kiadási adatokat is lehetett volna használni a modellben, de ezt végül nem tették az egyes kiadástípusok közötti elmosódó intézményes határok miatt. Hasonló problémát jelent a magán- és a közkiadások összevonása, hiszen az egyik fontos konklúzió, hogy a kiadások szinten tartásával is jelentősen lehetne javítani a lakosság egészségi állapotát. Ennek kapcsán a szerzők becsléseket is készítettek a közkiadások – amely az egészségügyi kiadások várható 50%-os növekedése miatt szintén jelentősen nőnének 2017-ig – potenciális megtakaríthatóságával kapcsolatban. Számításaik során két olyan leegyszerűsítő feltétellel is éltek a tanulmány szerzői, amelyek Magyarország esetében egész biztosan nem tarthatóak. A két feltétel a következő volt: (1) 1997 és 2007 között nem változott jelentősen az egészségügyi rendszer hatékonysága; (2) a köz-, és magánkiadások aránya konstans marad az idők során, hiszen ez volt a helyzet az elmúlt évtizedekben. Korábban kimutattuk, hogy jelentősen növekedett a magyar egészségügyi rendszer számos területén a hatékonyság az elmúlt két évtizedben, és emellett a magánkiadások aránya is jelentősen nőtt a közkiadásokhoz képest.

További sajátosság a vizsgálatban, hogy egyetlen év – a 2007-es – adatait tartalmazza, s így a hatékonyság dinamikus változásáról tulajdonképpen semmit nem tudunk meg a tanulmányból, csak azt, hogy ebben az évben teljes egészségügyi rendszer relatív helyzete milyen volt más országokhoz képest. Márpedig a ráfordításokban jelentős változás volt 2007 és 2009 között. A felhasznált modell szerint éppen az egészségügyi kiadásoknak van a legjelentősebb szerepe a hatékonyság javításában. Ha az egészségügyi kiadásokat növeljük, akkor ez jelentősen növelheti a születéskor várható élettartamot, de a kiadások csökkenése (adott szintű születéskor várható élettartam mellett) jelentősen növeli a hatékonyságot. Magyarországon ez utóbbi történt 2007 után, amely időszakban a teljes egészségügyi kiadás csökkent – miközben a vizsgálatba bevont többi országok döntő többségében je-

lentősen nőtt –, és ezzel párhuzamosan a születéskor várható élettartam jelentősen nőtt. Mivel a 2007 utáni időszakban az európai országokban a születéskor várható élettartam nem nőtt nagyobb mértékben, mint Magyarországon (13), Magyarország relatív pozíciója jelentősen javulhatott a hatékonyság szempontjából, ha a többi életmódtényezőt nem vesszük figyelembe. Ezt a pozíciót erősíti, hogy a magyar GDP jelentősen csökkent a többi országhoz képest a gazdasági válság következtében.

Mivel a bevont magyarázó változók között olyan külső tényezők is voltak, mint az életmód, vagy a társadalmi-gazdasági környezet leírására szánt egy főre jutó GDP, vagy az iskolázottság, adódik a kérdés, hogy a modell szerinti gyenge rendszerszintű teljesítmény nem inkább az egyéb szektorális szakpolitikák gyenge teljesítményének köszönhető-e. Például Magyarországon a relatíve magas GDP mellett nagyon alacsony a foglalkoztatási szint, amely kihatással van a szociális-gazdasági helyzeten keresztül az egyén egészségi állapotára. Ugyanazt el lehet mondani a képzettségről is, azaz, hogy relatíve magas képzettségi szint mellett „gyengébb” az egészségtudatos életmód.

Egy másik, Magyarországon készült tanulmány a megyei, a városi kórházak, illetve az egyetemi intézmények relatív termelési hatékonyságát hasonlította össze szintén a Data Envelopment Analysis módszertant használva (14). A tanulmány – amely hatékonysági rangsort állít fel az intézmények között olyan erőforrás-mérőszám bevonásával, mint az ágyszám – egyelőre inkább úttörő kísérletnek tekinthető az elemzési módszertan alkalmazására, hiszen számos módszertani és adattisztítási problémát kell még megoldani, amíg torzítatlan állításokat lehet megfogalmazni a módszertan használatával. A szerzők a kibocsájtást az HBCS-esetszámmal és a HBCS-súlyszámmal mérték. A fő probléma a tanulmány eredményeivel kapcsolatban részben abban áll, hogy az ágyszám nem igazán jó mérőszáma a ráfordításoknak, hiszen az aktív ellátás jelentős részben elmozdult az átmeneti ellátások felé (12). A tanulmány szerzői javasolták a létszám bevonását a magyarázó változók közé, de a létszámadatokkal az alapvető gond az, hogy nincsenek megfelelő intézményi létszámadatok, mert egyre nagyobb a vállalkozói státuszban dolgozó orvosok száma, akik egyáltalán nincsenek benne a Magyar Államkincstár béradatai alapján számított létszámadatokban. Az ország egyes településein – például a fővárosban – jóval nagyobb lehet a vállalkozó orvosok száma, mint más kisebb településeken. Ez a módszertani probléma más hasonló kutatásokban is felmerült, és a hasonló jellegű létszámadatok felhasználása egyértelműen torzított eredményekhez vezet (3). Ezért ezek a ráfordításadatok alulbecsülhetik az egyes intézmények által ténylegesen teljesíthető hatékonysági szintet. Végül a szerzők is jelzik tanulmányukban, hogy további módszertani finomítást igényel az intézmények eltérő szakmai profiljának és betegösszetételének figyelembe vétele, hiszen elvileg a módszertan alkalmazásának alapvető feltétele, hogy hasonló termelési folyamatot végző intézményeket hasonlítsanak össze (12).

A fentiek alapján azt mondhatjuk, hogy a komplex hatékonysági modellek nehezen kezelhető módszertani és értelmezési problémákat vetnek fel. Ezek közül talán a legnehezebb, hogy miképpen lehet az egészségügyi rendszer különböző funkcionális elemeinek a végső eredményekre való hatását mérni úgy, hogy a külső változókat sikeresen

kontrollálni tudjuk. További nehézséget jelent a nemzetközi relatív hatékonysági mérések időigényessége, amely ahhoz vezet, hogy a megjelentetett eredmények csak több év távlatából képesek a hatékonyság alakulásáról következtetéseket megfogalmazni. Mint ahogy azt az előzőekben bemutattuk, Magyarországon és más országokban is jelentős elmozdulás volt például a teljes egészségügyi kiadásokban és a környezeti feltételekben, amely Magyarország relatív hatékonysági pozícióját azóta jelentősen módosította.

Következtetések

Összességében úgy látjuk, hogy a finanszírozási reformok éremben növelték az egészségügyi rendszer teljesítményét. Először is, a teljesítményalapú finanszírozási módszerek javították a rendszer termelési hatékonyságát és potenciálisan utat törtek az allokációs hatékonyság közvetlen növelésének, lehetővé téve, hogy több forrást biztosítsanak a korábban alulfinanszírozott, rászoruló területekre. Másodszor, a reformot hosszabb, a választási ciklusokon túl terjedő időszak alatt hajtották végre, azaz politikai – noha kimondatlan – konszenzus tette lehetővé a reformok megvalósítását. Harmadszor, a finanszírozási reformok köré kiépült információs rendszer nem mellékesen az egész rendszert transzparenssebbé, elszámoltathatóbbá tette (pl. a jelentett forgalmi adatokból minőségindikátorokat lehetett készíteni a szolgáltatók összehasonlítására). Mindemellett az allokációs hatékonyság még mindig problematikus területe a magyar egészségügyi rendszernek, és ezeket a problémákat nem lehet pusztán a finanszírozási rendszer kiigazításával megoldani.

Irodalomjegyzék

1. Miniszterelnöki Hivatal (2006): Többen, jobban, tovább. Zöld könyv az egészségügyről. Miniszterelnöki Hivatal: Budapest.
2. OECD (2012): OECD Economic Surveys: Hungary 2012. OECD Publishing.
3. Organisation for Economic Cooperation and Development (2010): Health Care Systems - Efficiency and Policy Settings, I Joumard, P Hoeller, C André, and C Nicq, Editors. OECD Development Publishing.
4. Gaál P, Szigeti S, Evetovits T és Lindeisz F (2012): Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 50(2): p. 7–15.
5. Carey K (2000): Hospital Cost Containment and Length of Stay: an Econometric Analysis. Southern Economic Journal. 67(2): p. 363–380.
6. Hsia D C, Ahern C A, Ritchie B P, Moscoe L M és Krushat W M (1992): Medicare reimbursement accuracy under the prospective payment system, 1985 to 1988. Journal of the American Medical Association. 268(7): p. 896–899.
7. Rosenberg M A és Browne M J (2001): The impact of the inpatient prospective payment system and diagnosis related groups: a survey of the literature. North American Actuarial Journal. 5(4): p. 84–94.
8. Belicza É (2004): Népegészségügyi Jelentés 2004. - Szakértői változat: Egészségügyi ellátórendszer. Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ: Budapest.
9. Belicza É (2008): Minőségbiztosítási kérdések az onkológiában. Egészségügyi Menedzserképző Központ.
10. Állami Számvevőszék (2005): Jelentés az irányított betegellátási modellkísérlet ellenőrzéséről: Budapest.
11. World Health Organization (2012): National Health Accounts, Hungary. Elérhető: <http://www.who.int/nha/country/hun/en/> <http://www.who.int/nha/country/hun/en/>
12. Street A és Häkkinen U (2009): Chapter 2.7: Health System Productivity and Efficiency, in Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects, P C Smith, E Mossialos, S Leatherman, and I Papanicolas, Editors. Cambridge University Press: New York. p. 222–248.
13. World Health Organization (2011): European Health for All Database. WHO Regional Office for Europe.
14. Dózsa C, Ecseki A, Lipták M és Mihalicza P (2010): A Kórházak technikai hatékonyságának elemzése és hazai alkalmazása, in ESKI Füzetek. Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet: Budapest.
1. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának megbízott igazgatója
2. Egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa
3. A WHO Európai Regionális Iroda egészségügyi finanszírozási részlegének vezetője
4. Biztosításmatematikai, független szakértő

Javaslatok a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésére a magyar egészségpolitika intézményrendszerében

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EEMI) Egészségügyért Felelős Államtitkársága (korábban Egészségügyi Minisztérium) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2008 és 2011 között egy olyan egészségügyi rendszerszintű teljesítményértékelést támogató monitoring-rendszer koncepcióját dolgozta ki, amely jól illeszkedik a magyarországi egészségpolitikai környezethez, és figyelembe veszi a nemzetközi tapasztalatokat. Magyarország 2008 júniusában írta alá a WHO Európai Régiójának Miniszteri Konferenciáján az egészségügyi rendszerek megerősítését célzó kartát Tallinnban. A karta az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelését és elszámoltathatóságát állította középpontba, és a WHO Európai Régiójának mind az 53 tagállama aláírta.

■ Szigeti Szabolcs¹, Gaál Péter², Mihalicza Péter³, Evetovits Tamás⁴, Pusztai Zsófia⁵

Az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelése kapcsán az egyik legfontosabb kérdés, hogy miképpen lehetne az értékelési folyamatot intézményesíteni. A rendszeres és intézményesített teljesítményértékelés jelentősen segítené az egészségpolitikai döntéshozókat abban, hogy az egészségügyi rendszer egyes részeinek teljesítményéről átfogó és megalapozott tudással rendelkezzenek, és így bizonyítékokon alapuló, a kívánt eredménnyel járó döntéseket hozhassanak. A teljesítményértékelés során kapott információk ezen kívül olyan más közpolitikai szektorok, meghatározó gazdaságpolitikai szereplők és nemzetközi szervezetek felé is közvetíthetők, amelyek befolyással bírnak az egészségügyi ágazat forrásigényének elbírálására vagy a célszerű egészségpolitikai szervezeti keretrendszer meghatározására. Az alábbiakban a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésének javasolt koncepciója olvasható.

1. A teljesítményértékelés intézményes folyamata

A teljesítményértékelést három szakmai területen négy szempontból végeznék. (1. táblázat). Az egészségügyi ellátások és a népegészségügyi szolgáltatások mellett a forrásteremtés területén az elemzések a hatékonyság, fenntarthatóság, igazságosság és minőség szempontjait vizsgálhatnák, különös tekintettel az egészségügyi rendszer olyan általános célkitűzéseire, mint a lakosság egészségi állapotának javítása; az egészségügyi rendszer fogékonysága az ellátottak igényeire; védelem az egészségügyi ellátások költségeinek elszegényítő

hatása ellen. A forrásteremtés területe értelemszerűen csak a hatékonyság, fenntarthatóság és igazságosság szempontjai alapján kerül elemzésre.

Azt javasoljuk, hogy a teljesítményértékelés öt (ciklikusan ismétlődő) szakaszban valósuljon meg:

1. Az értékelés tervének és módszertanának kialakítása és véleményezése.
2. Indikátorképzés és értékelés.
3. Az értékelés alapján szakmai ajánlások megfogalmazása.
4. Az értékelések megállapításai, ajánlások és módszertan szakmai véleményezése.
5. Az elkészített jelentések és ajánlások véglegesítése, jóváhagyása és publikálása.

Az összefoglaló teljesítményértékelés, amely a legutóbbi értékelést követő éveket értékeli, egy-, illetve kétévente készülne el és jelenne meg. További lehetőség, hogy az ágazati akciótervek egyes prioritásaira fókuszáló, specifikusabb kérdéseket tárgyaló jelentések igény szerint készüljenek. Ez a jelentés az akcióterv megvalósulását követő 6. hónapban jelenne meg.

A teljesítményértékelés kivitelezését egy módszertani irányelvben jóváhagyott indikátorlista és a módszertani irányelvben jóváhagyott intézkedés-követési adatbázis (összefoglalóan: monitoring-eszköztár) támogatná a Szakpolitikai Egyeztető Tanács és a Tudományos Egyeztető Tanács az egészségpolitikában jelentős szerepet játszó kormányzati és nem kormányzati szervek közötti egyeztetést, illetve a folyamat politikai támogatásának biztosítását szolgálva.

1. táblázat. A teljesítményértékelési rendszer intézményesítésének szakmai területei, az elemzés szempontjai, szereplői, feladatai

FELADATOK	SZAKMAI TERÜLETEK				
	Népegészségügyi szolgáltatások	Egészségügyi ellátások	Forrásteremtés	Finanszírozás	
Indikátorképzés, értékelés	Hatékonyág	ONI (OEFI)	GYEMSZI	GYEMSZI, OEP	GYEMSZI, OEP
	Fenntarthatóság	ONI (OEFI)	GYEMSZI	GYEMSZI, OEP	GYEMSZI, OEP
	Igazságosság	ONI (OEFI)	GYEMSZI	GYEMSZI, OEP	GYEMSZI, OEP
	Minőség	ONI (OEFI)	GYEMSZI		
Ajánlások megfogalmazása		ONI (OEFI)	GYEMSZI	GYEMSZI, OEP	GYEMSZI, OEP
Módszertan, eredmények, értékelés és ajánlások véleményezése, jóváhagyása		Szakpolitikai Egyeztető Tanács, Tudományos Egyeztető Tanács	Szakpolitikai Egyeztető Tanács, Tudományos Egyeztető Tanács	Szakpolitikai Egyeztető Tanács, Tudományos Egyeztető Tanács	Szakpolitikai Egyeztető Tanács, Tudományos Egyeztető Tanács
A jelentés és az ajánlások publikálása		EEMI	EEMI	EEMI	EEMI

ONI/OEFI: Országos Népegészségügyi Intézet/Országos Egészségfejlesztési Intézet

GYEMSZI: Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

OEP: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

A teljesítményértékelési folyamatot az egészségpolitikáért felelős államigazgatási szerv koordinálná. A teljesítményértékelés szervezeti viszonyrendszere a 1. ábrán látható.

2. A teljesítményértékelés eszköz- és intézményrendszere

2.1 Intézkedés-követési eszköz

Intézkedés-követési csoport gondoskodik a monitoring eszköztár naprakész frissítéséről. A követési eszköztár meghatározott adattartalommal rögzít minden fontosabb egészségpolitikai intézkedést, amely a népegészségügy, az egészségügyi ellátások, finanszírozás vagy az egészségügyi rendszer szervezeti keretrendszerében történik. A csoportban csak elismert hazai szakértők dolgozhatnak a népegészségügy, az egészségügyi szolgáltatások, az egészségügyi finanszírozás és az egészségügyi jog területéről, összesen maximálisan 4 fő. A csoport tagjai összeférhetetlenségi és érdekeltségi nyilatkozatot tesznek. Biztosítani kell az eszköztár nyilvános lekérdezhetőségét is, illetve esetleges szakmai vita lehetőségét biztosító fórumot. A rendszer vázlatos működését az 5. ábra mutatja be.

Fontosabb elvárások az intézkedés-követési eszköz funkcióival kapcsolatban:

- A rendszerváltás óta eltelt időszakban a szakpolitikai döntések idősoros monitorozása az olyan, főbb rendszerterületeken, mint az irányítás, forrásteremtés, finanszírozás, szolgáltatások nyújtása, népegészségügy.
- Lehetőséget nyújt az egyes nagyobb rendszereken belül fontosabb szakpolitikai alterületek képzésére, az/egy adott szakpolitikai döntés elemzése.
- A szakpolitikai döntések a pontos jogszabályi forrásokkal együtt ismertethetők legyenek. A jogszabályi hivatkozások tartalmazzák mind a szakpolitikai döntéseket elsőként meghatározó jogszabályokat, mind a későbbi módosító jogszabályokat.
- A szakpolitikai intézkedések könnyen és gyorsan frissíthető formában legyenek tárolhatóak.
- Rendszeresen, legalább negyedévente frissítsék az intézkedéseket minden területen. Az adatbázis karbantartását csak előre felkért szakértők végzik, ezzel biztosítva, hogy csak megfelelően ellenőrzött információk kerüljenek be a rendszerbe.
- Nyíljon arra lehetőség, hogy maguk a monitoring-eszköz felhasználói is pontosító és javító megjegyzéseket

tegyenek a szakpolitikai intézkedések és a jogszabályi háttérük pontosítására. Ezáltal egy közösségi alapon történő tudásfejlesztés is megvalósulhat. Szándékaink szerint a monitoring-eszközhöz fórumok is kapcsolódnának, amelyek lehetővé tennék, hogy egy-egy szakpolitikai intézkedést a felhasználók alaposabban is megvitassanak.

- Nem csak az intézkedések elérhetőek, hanem az intézkedéseket értelmező szövegek vagy éppen az eredeti szakpolitikai dokumentumok is.

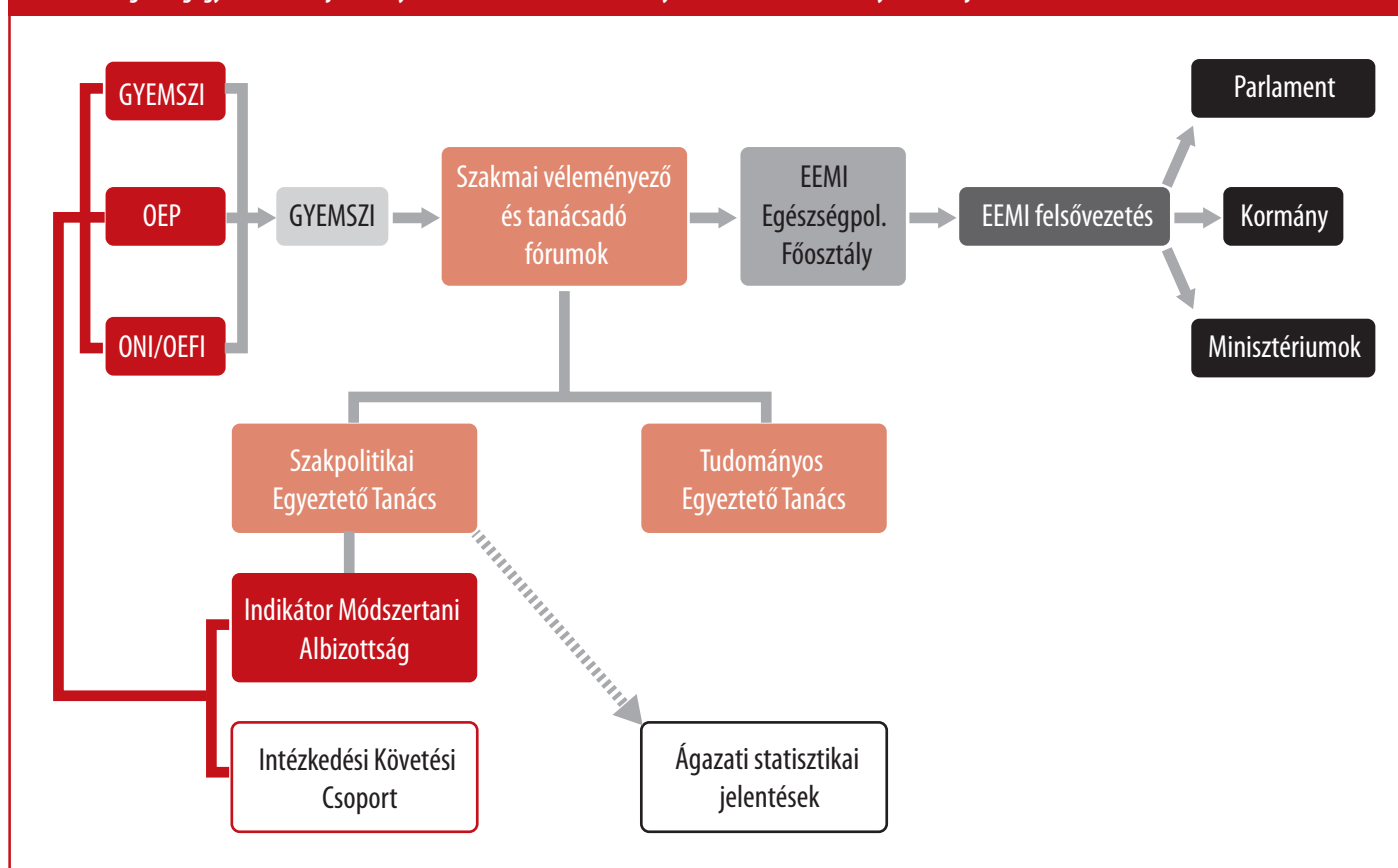
- Legyen arra lehetőség, hogy megfelelő nemzetközi támogatás esetén a monitoring-eszköztár akár a nemzetközi gyakorlatot is segítse a szakpolitikai döntések összehasonlítására.

Az intézkedés-követési eszköz működését részletesen egy külön tanulmány mutatja be (Szigeti-Gaál-Százados, 2012).

2.2 Kapcsolódó információs rendszerek és indikátorok

- Adatgyűjtés: a teljesítményértékelési rendszer működtetéséhez szükséges adatokat a rendszer minden szereplőjének kötelessége online módon, a teljesítményértékelésért felelős államigazgatási szerv által megadott formátumban biztosítani. Az adatgyűjtést az adminisztrációs terhek minimalizálásával, a redundáns adatszolgáltatások kiszűrésével kell megvalósítani. Egyéb felhasználható adatforrások: (1) Adminisztratív adatok (finanszírozás, felügyelet, surveillance, stb.); (2) Szakmai adatgyűjtések, regiszterek; (3) Célzott adatgyűjtések; (4) Kérdőíves felmérések
- Visszajelzés: a teljesítményértékelésért felelős államigazgatási szervnek gondoskodnia kell a felhasznált módszertan, az adatok, illetve az eredmények érdekelt szereplők felé való visszajelzéséről. Ez elősegíti az adatszolgáltatók adatszolgáltatási hajlandóságát, javíthatja az adatok validitását, és biztosítja a szakma, a döntéshozók, valamint a nyilvánosság tájékoztatását is.
- Indikátorlista: a következő jelentési időszak indikátorlistáját a GYEMSZI, az ONK és az OEP készíti elő, a Szakpolitikai Egyeztető Tanács hagyja jóvá, és az Indikátor Módszertani Albizottság dolgozza ki részletesen. Két részből áll: alapindikátorok és fókuszindikátorok. A magindikátor-lista egy-egy jelentési időszak között maximum 10%-os mértékben változhat meg, míg a fókuszindikátorok szabadon választhatók, de a számuk nem haladhatja meg a tízet.

1. ábra: Az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének szervezeti viszonyrendszere és áttekintő folyamatábrája



2.3 Az értékelési folyamatban részt vevő intézmények és kiemelt jelentőségű egészségpolitikai dokumentumok

2.3.1 Az értékelési folyamatban részt vevő intézmények

- Szakpolitikai Egyeztető Tanács:** Az ajánlások, a kiemelt kutatási területek, valamint a következő Jelentés fókuszának politikai jóváhagyását végző szerv. EEMI, GYEMSZI, NGM, OEP, ONI/OEFI, szakmai szövetségek, más minisztériumok és országos szakigazgatási szervezetek képviselője külön meghívással. Az EEMI-nek vétőjoga van.
- Szakmai (Tudományos) Egyeztető Tanács:** A jelentés előzetes, tudományos szempontú véleményezését végző szerv. Állami Számvevőszék, egyetemek és elismert egészségpolitikai kutatóközpontok szakértői, EEMI, GYEMSZI, KSH, OEP, ONI/OEFI, meghívott szakértők.
- Indikátor Módszertani Albizottság:** A Szakpolitikai Egyeztető Tanács által meghatározott prioritásoknak megfelelő indikátorok kialakítása, a részletes módszertan egyeztetésére szolgáló testület.

2.3.2 A teljesítményértékelés kiemelt dokumentumai

- Átfogó Jelentés az Egészségügyi Rendszer Teljesítményéről:** 2 évente az egészségügyi rendszer átfogó céljainak (egészségi állapot, költségteher elleni védelem, fogékonyság) és közbülső teljesítmény-kritériumainak (minőség, hatékonyság), valamint a vertikális célok (igazságosság, fenntarthatóság) alakulását monitorozó

és értékelő jelentés, amelyben az alapindikátorok mellett, az aktuális egészségpolitikai célokat mérő átmeneti, fókuszindikátorokat is értékelik, és a problémás pontokra adott lehetséges szakpolitikai válaszok is megjelennek. Tartalmaz nemzetközi összehasonlítást és a jövőre vonatkozó kitekintést is, az elérhető célok behatárolásával. Ez a jelentés az EEMI stratégiai tervezési dokumentumait is jól megalapozhatná.

- Időközi Jelentés az Egészségügyi Rendszer Teljesítményéről:** évente a két fenti jelentésben megjelenő összes vizsgált dimenzió alakulását monitorozó jelentés, amely rövid interpretációt is magában foglal. A kétévenkénti Egészségügyi Rendszer Teljesítményét bemutató jelentés része az éves jelentés is, azaz ebben az évben nem készül külön éves jelentés.
- Egészségpolitikai Stratégia és Akcióterv:** a fenti jelentések, illetve az egészségpolitika aktuális prioritásainak megfelelően folyamatosan frissülő dokumentum, amely az egészségpolitika alapvető irányát meghatározza. Az akciótervekben nevesíteni kell, hogy az egészségügyi rendszer milyen specifikus céljának teljesülését segíti az intézkedés-sorozat, illetve meg kell határozni, hogy az egyes intézkedésektől milyen specifikus egészségpolitikai hatásokat várnak. A dokumentumot az EEMI egészségpolitikai tervezésért és értékeléséért felelős szervezeti egysége állítaná össze.
- Jelentés a külön meghatározott egészségpolitikai célok és prioritások teljesüléséről:** a stratégiában megfogalmazott valamely akcióterv megvalósulásáról, céljai teljesüléséről készített elemző anyag, amely az akcióterv lezárását követő 6. hónapban jelenik meg.

Intézményesítés

h. Egyedi kutatások: A Jelentésekben azonosított azon problémák okainak feltárása, amelyek túl komplexek ahhoz, hogy a rájuk adható megoldásokat a Jelentések elkészítése során meg lehetne határozni.

Következtetések

A tanulmányban bemutattuk a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésének egy alternatíváját. A magyarországi közigazgatási és politikai kultúra elsősorban a jogszabályok által pontosan leírt folyamatokat helyezi előtérbe, ezért fontos, hogy a fenti folyamatot egy miniszteri rendelet szabályozza. A kialakítás során elengedhetetlen az érdekeltek bevonása és a folyamatok együttes kialakítása, ami a fenntarthatóságot jelentősen növeli.

Irodalomjegyzék

1. Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas, Shelia Leatherman (editors) (2009): *Performance Measurement for Health System Improvement*, Cambridge University Press

2. WHO (2012): *Pathways to health system performance assessment, A practical guide to conducting health system performance assessment at national or sub-national level*, WHO Regional Office for Europe
3. WHO (2012): *Health systems performance assessment, A tool for health governance in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe
4. Szigeti Szabolcs – Gaál Péter – Százados Tibor (2012): *Javaslatok egy egészségpolitikai intézkedéskövető eszköz kialakítására*, IME (Kézirat)

-
1. Egészségügyi közgazdász, a WHO Magyarországi Iroda egészségpolitikai rendszerelemző munkatársa
 2. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának megbízott igazgatója
 3. A WHO Európai Regionális Iroda egészségügyi finanszírozási részlegének vezetője
 4. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest
 5. A WHO Magyarországi Irodájának vezetője

Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai

A 2007 és 2010 között működő Egészségbiztosítási Felügyelet egyik kiemelt feladata volt az egészségügyi minőségi információk nyilvánosságának megteremtése. A cikk a kórházakra és járóbeteg-ellátókra kiterjedő minőségi indikátorrendszer tapasztalatait foglalja össze, elsősorban azokra az elemekre koncentrálva, amelyek a nyilvános publikálás kapcsán a jövőbeli fejlesztésekhez is felhasználhatók.

■ Kiss Norbert

A minőségmérés kontextusa

Az utóbbi egy-két évtized jelentős változásokat hozott az egészségügyi rendszerre és az egészségügy szereplőire vonatkozó minőségmérés és -fejlesztés területén. A technológia fejlődése és az ezzel egyre drágábbá váló gyógyítási folyamat finanszírozói és szolgáltatásvásárlói oldalról erősítette azt az igényt, hogy a szolgáltatások eredményességéről megbízható információk álljanak rendelkezésre. Az állampolgárok részéről nőtt a nyomás a közszolgáltatások minél magasabb fokú átláthatóságának a megteremtésére, amelynek a szolgáltatásminőség mérése elengedhetetlen része. Számos országban ezek a törekvések a fogyasztóvédelem erősödésével (és sokszor a műhibaperek számának növekedésével) is együtt jártak, aminek erőteljes hatása volt a betegbiztonság javítására. A modern orvostudomány elfogadott – sőt megkövetelt – részévé vált a bizonyítékokon alapuló orvoslás szemlélete, amely a minőségfejlesztéshez széles körben elfogadott tudományos módszertannal és (többek között a klinikai irányelvek kialakításán keresztül) magas szintű intézményesítéssel járul hozzá. Az információtechnológia fejlődése megsokszorozta a rendszer szereplőinek információgyűjtési és -feldolgozási képességét, az internet pedig olcsó és hatékony terepe az információ megosztásának.

Az egészségügyi minőségmérés és -fejlesztés kontextusát világszerte a fenti tényezők határozzák meg, és a közpolitikai célkitűzések szintjén mindenhol jelentős célok határozódnak meg; a programok megvalósításában azonban már komoly különbségek vannak. Az egészségügyi rendszerek sokszínűsége miatt elengedhetetlen ezért, hogy az egyedi megoldások tapasztalatai feldolgozásra és visszacsatolásra kerüljenek. Ennek az elvnek a szellemében tekint vissza ez a cikk a 2007 és 2010 között működő Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) által kidolgozott és működtetett, a kórházak és járóbeteg-ellátók szolgáltatásminőségét mérő minőségi indikátorrendszerre, és mutat rá olyan tapasztalatokra, amelyek a jövőbeli

magyarországi rendszerek működtetése során is felhasználhatók. A rendszer működéséről jelent már meg értékelés a közelmúltban (1), ezért jelen írás a legfontosabb tanulságok megjelenítése mellett elsősorban a rendszer nyilvános jellegéből következő tényezőkre tér ki részletesebben.

A nyilvánosság hatása a minőség javulására

Az Egészségbiztosítási Felügyeletet létrehozó 2006. évi CXVI. törvény rendelkezett a nyilvános minőségértékelési rendszer felállításáról: ennek értelmében a Felügyelet „az egészség-biztosítókkal szerződéses jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltatók minőségének mérésére és értékelésére alkalmas indikátorrendszert alakít ki, működtet”, és ennek eredményét évente nyilvánosságra hozza a honlapján. E törvényi felhatalmazásból is következően választotta a Felügyelet azt a modellt, hogy az adatgyűjtés és értékelés keretében előállított teljes adattartalmat korlátlanul elérhetővé teszi. Fontos leszögezni ugyanakkor azt, hogy ez egyáltalán nem zárja ki az elsősorban minőségfejlesztési (és nem tájékoztatási) céllal létrehozott más ágazati rendszerek működését – sőt a minőségértékelési rendszer nyilvános szelete egészen biztosan nem képes a minőségfejlesztés minden aspektusát kiszolgálni, így ezekre a megoldásokra (regiszterek működtetésére vagy ad-hoc felmérésekre, benchmarking klubra, külső klinikai auditokra) kifejezetten szükség van.

A nyilvánosan megjelenített minőségi információk két úton hathatnak az ellátásminőség javulására: a betegek a jobb minőségű ellátókat nagyobb arányban választják (szelekciós hatás vagy „selection pathway”), illetve a teljesítményinformáció alapján a szolgáltatók a javítandó pontokat azonosítani tudják, és az információ nyilvánossága egyben erős ösztönzőként hat a minőség javítására (változtatási hatás vagy „change pathway”). (2) Az idézett kutatás azt találta, hogy a szelekciós hatás – az eddigi kisszámú vizsgálatok alapján legalább is – meglehetősen limitált, de arra jó bizonyíték van, hogy

az eredmények nyilvános megjelenítése (public reporting) ösztönzőleg hat a kórházi minőségfejlesztésre. Mint minden közpolitikai beavatkozásnak, ennek is vannak nem kívánt következményei, így például nem megfelelően megválasztott vagy nem elég alapos kockázatkiegyenlítésrel számított outcome-mutatók potenciális hatása lehet a kockázatosabb betegek ellátásának elhárítása (3). Éppen az outcome-alapú értékelés kockázatai (nem megfelelő kockázatkiegyenlítés, hiányzó mérések a befolyásoló tényezőkről, alacsony elemszám miatt szignifikánsan ki nem mutatható eltérések) vezettek el oda, hogy a mérési rendszerek középpontjába az ellátási folyamatok megfelelősége került, ami jelentős mértékben javította az ellátás minőségét (4). Ez tulajdonképpen logikus következmény: egy outcome-alapú mutató szerint alulteljesítő intézménynek a teljesítmény javítására csak azok a lehetőségei vannak, hogy a tudományos bizonyítékok alapján felülvizsgálja ellátási folyamatait, és ennek alapján megváltoztatja a kezelési rutinokat, helyi protokolljait, információgyűjtési gyakorlatát. Ez az elv áll a terjedő akkreditációs rendszerek mögött is (5). Hosszabb távon mindez kiegészülhet technológiai fejlesztésekkel is.

Az egészségügyi minőségi információk nyilvános megjelenítésével kapcsolatban egyre kevésbé az a kérdés, hogy szükség van-e erre (a fejlett országok gyakorlata határozott elmozdulást mutat az információk közlése irányába), hanem sokkal inkább az, mi a közlés célravezető formája. Ezzel kapcsolatban a fő elvárások az érthetőségre, a könnyű felhasználhatóságra és a hasznosságra irányulnak, ami részleteiben minden érintett csoport felé más jellemzőkben testesül meg. Az általános publikum (és az információkat feléjük közvetítő sajtó) a kórházi működést jellemző nagy mennyiségű információ tömörítésében érdekelt, ezért körükben a különböző rangsorok népszerűek (azok tagadhatatlan módszertani problémái ellenére). A betegek elsősorban a saját problémájuk megoldásában keresnek személyre szabott információt. A kórházak és a minőségfejlesztésben érdekelt szakemberek olyan információt várnak, amely akár egy-egy részletkérdésben is támogathatja fejlesztési törekvéseiket. Ezekben a fejlesztésekben, illetve a költséghatékony működésben érdekelt fél még a finanszírozó is, és ez egyre inkább előtérbe kerül a teljesítményalapú finanszírozás (pay for performance) terjedésével; a Medicare például éppen ilyen lépésre készül (6), túllépve azon, hogy a szerződött szolgáltatóknak eddig is részt kellett venniük egy akkreditációs programban.

A cikk következő része a 2007 és 2010 között működő rendszert a fenti érintettek szemszögéből vizsgálja.

Adófizetők és a média

Amikor egy érintett konkrét egészségügyi igény nélkül érdeklődik, akkor elsődleges igénye az információ gyors áttekintése. Ennek során óhatatlanul olyan szempontok kerülnek előtérbe, hogy melyik kórház a jó (esetleg a legjobb) és a rossz (a legrosszabb), illetve általában a közszolgáltatás hatékonyan működik-e. A közszolgáltatások komplexitása miatt (és ez az egészségügyi szolgáltatások esetében a még nagyobb komplexitás miatt fokozottan igaz), nem lehetséges az, hogy ezt egyetlen szempont és az az alapján kialakított rangsor megvalósítsa. Ha ugyanakkor sok információt öntünk az érintettekbe, akkor nem fog nagy hatást gyakorolni, még akkor sem, ha egy-egy szempont szerint alakíthatók ki sorrendek. A média érdeklődésének

középpontjában (nyilván nem véletlenül, hanem fogyasztói nyomásra) a negatív hírek állnak: miközben „rendszerjobbító” hatásuk gyakorlatilag nincs, a média érdeklődése leginkább a halálozási mutatókra irányult, mint azt korábbi indikátorrendszere (7) kapcsán az OEP is megtapasztalta. Az EBF indikátorai közül ilyen szempontból a műhibaperekre, a császármetszési arányra és a daganatos emlőműtétek éves volumenére vonatkozó adatok kapcsán mutatkozott meg nagyobb érdeklődés. Bár önmagukban ezek a mutatók kifinomult értékelésre nem alkalmasak, egy fontos célt mégis képesek betölteni: egy-egy problémára ráirányítják a figyelmet.

Az információ tömörítésében és könnyű kommunikálhatóságában jut szerep a kompozit mutatóknak (8). Itt fontos alapkérdés a kompozit mutatóba bekerülő elemek meghatározása, azok számértékének értelmezése (vagy számértékké konvertálása), valamint a súlyok meghatározása a súlyozott átlag előállításánál. Egy moduláris rendszer lehetőséget ad arra, hogy a kompozit mutató akár részelemenként, résztemánként is értelmezhető legyen. Ez a European Health Consumer Index logikája is, (9), ahol többek között e-egészségügyben és betegjogokban is van külön „győztes”. Bár egy témában tett kísérletet az EBF arra, hogy szakértői egyeztetés útján kialakítson egy rögzített súlyokkal számított kompozit mutatót, de a jelentkező módszertani problémák miatt ez nem valósult meg. Ezzel együtt a nemzetközi gyakorlat azt mutatja, hogy megfelelő előkészítés és a kialakítás során tett módszertani választások világossá tételével a kompozit mutatók hasznosak lehetnek (8).

Adófizetőként a minőség mellett legalább ennyire fontos szempont a rendszer (és benne az egyes szolgáltatók) működési hatékonysága. Az EBF rendszere ezzel a területtel csak érintőlegesen foglalkozott, így komolyabb tapasztalat csak egy-egy területre készített piacelemzések kapcsán áll rendelkezésre. Az NHS példája alapján ugyanakkor javasolható, hogy a jövőbeli fejlesztések erre a területre külön szempontként térjenek ki. Az egységes pénzügyi monitoringnak különösen fontos szerepe lehet egy döntőrészen állami fenntartású intézményrendszer hatékony felügyeletében.

Betegek

A betegek, mint érintettek esetében az elsődleges elvárás az, hogy konkrét problémájuk megoldásában kapjanak segítséget. A nemzetközi gyakorlat alapján az információt szolgáltató oldalak a földrajzi hely és/vagy a betegség alapján előszűrést adnak a szóba jöhető egészségügyi szolgáltatókról, és a betegek ebből a listából hasonlíthatnak össze 3-5 intézményt (10, 11). Sok esetben az egyes intézmények és valamilyen átlag (pl. országos átlag vagy a legjobbak átlaga) is megjelenik a rendszerben. A betegtájékoztató első eleme tehát egy szolgáltató- és szolgáltató-katalógus. Egy ilyen rendszer a jövőben a betegirányítás fontos eszköze lehet, különösen akkor, ha a szolgáltatóválasztás gyakorlatban jelenleg is meglévő szabadsága megmarad. A betegségorientált megközelítés a rendszerek moduláris felépítésének kedvez: az EBF rendszere az ellátási minőséget általános, intézményi szinten (pl. betegbiztonság, minőségügy), egyes szakmák vagy ellátástípusok esetében pedig specializáltan is megközelítette (pl. szülészet, emlő-onkológia, kardiológia, SBO).

A kompozit mutatók a betegek tájékoztatásában is használhatók az információ tömörítésére. Mivel ez esetben egyéni

érdeklődőkről van szó, lehetőség nyílik arra, hogy a betegek saját preferenciájuk jelölésével, egyéni súlyokkal készítsenek személyre szabott kompozit rangsort. Ezzel a megoldással elkerülhető az, hogy egy szakértői csoport szubjektív értékelése befolyásolja a végeredményt, és egyben megoldható, hogy a beteg számára leghasznosabb formában, egyéni preferenciája figyelembe vételével jelenjenek meg a minőségi információk. (Megjegyzendő, hogy a rangsorba bekerülő elemek kiválasztása, illetve az „alapértékek” meghatározása – jelen esetben például a piros-sárga-zöld értékekhez 0–0,5–1 értékek rendelése – továbbra is magában hordoz szakértői értékelést.) Egy ilyen megoldás hátránya ugyanakkor, hogy az egészségügyi ellátás sok területére jellemző információs aszimmetriát alig csökkenti: egyes orvosszakmai tényezők jelentőségét a beteg – még megfelelő tájékoztatás mellett is – csak korlátozottan képes megítélni, bár a kompozit mutató készítéséhez a szakértői csapat által beválogatott résztvevők önmagukban is orientáló jellegűek. Ebből következően a megoldás alkalmazására elsősorban azokon a területeken van lehetőség, ahol az információs aszimmetria viszonylag kicsi (például hotelszolgáltatások vagy a szülészet esetében).

Egészségügyi intézmények és a finanszírozó

Az EBF által alkalmazott megoldás az intézmények önkéntes adatszolgáltatására épült. A válaszadási arány magas, a kapacitások arányában kifejezve 70–80%-os volt, de ebben minden bizonnyal közrejátszott az a tény is, hogy az adatokat egy erős felügyeleti felhatalmazással felruházott hivatal kérte.

A szolgáltatók adatszolgáltatási célú megkeresésének elsődleges oka a központi adatbázisokból kinyerhető minőségi információk (és főként folyamatra vonatkozó információk) korlátozott volta, másrészt pedig az adathozzáférési nehézségek voltak. Miközben a társadalombiztosítás által gyűjtött adatok kiemelten védendő személyes adatnak számítanak, ettől az adatbázistól távol meglehetősen nehéz minőségi indikátorokat fejleszteni. A fejlesztéshez így egy erre feljogosított központ részére adathozzáférési jogosultságot kell adni (ilyen célra deperszonalizált, azaz eredeti TAJ-számától megfosztott rekordok is megfelelőek). A minőségfejlesztésben azonban elengedhetetlen a folyamatok mérése és fejlesztése, ami mindenképpen a jelenleginél komolyabb helyszíni adatgyűjtést igényel a jövőben (pl. a várakozási és ellátási idők mérését).

A felmérésben szereplő kérdések legnagyobb része standardnak volt tekinthető, valamilyen szabályozási elem, infrastruktúrális elem, szakmai képzettség meglétére, működési gyakorlat követésére kérdezett rá (adott esetben akár a szakmai minimumfeltételek között szereplő tényezőkre is, amelyek esetében néhány alkalommal bizony előfordult olyan válasz is, amely a minimumfeltétel alá esett). Kisebbségi képviseltek a volumen- és aránymutatók. Jellemzően a standardmutatók azok, amelyek további elemzés, értékelés nélkül is felhasználhatók az intézményi gyakorlat helytállóságának a jellemzésére (hiszen standardként a kívánatos cél megfogalmazható), míg a többi mutató pontos értékelésre csak mélyebb elemzést követően használható (bár sok esetben a nagyságrendi eltéréseknek már van jelzésértéke). Az EBF által végzett felmérés sok elemet tartalmazott, (a felmérés utolsó éveiben kb. 600 kérdést is), ugyanakkor az egyes kérdésekhez részletes leírások, értelmezések nem készültek. Ebben a formájában inkább volt tekinthető egy „nagy mintás

pilotnak”, amely egy későbbi, jobban standardizált felmérést előkészíthetett volna.

A minőségfejlesztési célú mérésnek kulcseleme a visszacsatolás. Ennek passzív formája az adatok rendelkezésre bocsátása: itt szempont volt, hogy minden begyűjtött adat adatbázis-formátumban is elérhető legyen. Az aktív visszacsatolás ugyanakkor az EBF rendszerében csak kis mértékben volt jelen. A szervezet helyszíni adategyeztetések keretében igyekezett meggyőződni az adott válaszok megfelelőségéről (amennyire ezt az alacsony mértékű standardizáltság mellett természetes módon előforduló értelmezési különbségek engedték) – ennek során az adott válaszok kb. 5%-a került korrigálásra. Az aktív visszacsatolás másik formája, az eredmények közös értelmezése és fejlesztési javaslatok megfogalmazása ugyanakkor csak távlati célként fogalmazódott meg, ehhez ugyanis megfelelő kapacitásra van szükség (mint pl. a német BQS-rendszerben). Egy ilyen rendszer a finanszírozó számára is hasznos, ugyanakkor a finanszírozási ösztönzőkbe való beépítés során óvatosan kell eljárnia: a fejlesztési pontokat nem alacsonyabb finanszírozással, hanem célzott fejlesztési forrás biztosításával, és a változások számonkérésével kell kezelni. Ez a felhasználásban közvetlen kapcsolatot jelent a fejlesztéspolitikára felé is.

Ahhoz, hogy egy minőségmérési és -fejlesztési rendszert a jövőben az intézmények, illetve a finanszírozó fontosnak és hasznosnak érezzék, elengedhetetlen a szakmai követelményekkel való összehangolás. Jelenleg Magyarországon egy ilyen rendszert a szakmai minimumfeltételek felmérésével célszerű indítani, és csak ezt követően érdemes a rendszert egyre inkább kiterjeszteni a szakmai protokollokból levezethető mérési pontokra. A minőségmérési rendszernek az orvosszakmai minőség mellett ki kell terjednie a szolgáltatásnyújtás körülményeire is, mivel ebben is jelentős elmaradások mutatkoznak hazánkban. Ez egyébként az intézmények érdeke is, hiszen a szolgáltatással kapcsolatos betegelégedettséget sok esetben ezek a tényezők (pl. elhelyezés, étkezés, várakozás) erőteljesen befolyásolják, és egyes pontok (pl. az „intézmények közötti várakozás” mint a betegút-menedzsment egyik eleme) a finanszírozó számára is könnyen hasznosíthatók.

Összefoglalás

Az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó minőségi információk nyilvános megjelenítése – jellemzően internetes adatbázis formájában – egyre inkább elfogadott és követett megoldás a fejlett országokban. Ilyen adatbázist működtetett 2007 és 2010 között az Egészségbiztosítási Felügyelet is. A cikk a rendszer működtetésével kapcsolatos tapasztalatokat három érintett csoport szempontjából értékelte: (a) adófizetők és a feléjük közvetítő csatornáként működő média, (b) betegek, (c) egészségügyi szolgáltatók. Az elvárások összegzése és a tapasztalatok feldolgozása alapján a jövőbeli fejlesztésnek elsőként egy online szolgáltató- és szolgáltató-katalógus kiépítését kellene célba vennie, azaz olyan weboldalt lenne érdemes létrehozni, amely a betegirányításban (milyen betegséget melyik beteg hol kezelte) játszana szerepet. Ezt a „vázat” célszerű lenne úgy kialakítani, hogy arra a jövőben további információs elemeket lehessen felűzni. Ilyen információs elemek lehetnek: a szolgáltató gazdálkodása, az általános és egyes ellátások esetében mért minőség, az aktuális várakozási idő egyes ellátásokra (később akár online

időpontfoglalással is), illetve a térítés ellenében igénybe vehető szolgáltatásokról szóló tájékoztatás.

Az EBF által működtetett rendszer – nemzetközi viszonylatban is – innovatívnak számító eleme az egyéni rangsorkészítési funkció volt. Ez nem a kórházak egészére, hanem egyes tématerületeken (pl. hotelszolgáltatások, szülészeti) biztosított lehetőséget arra, hogy a weboldalt felkereső látogatók egyéni preferenciájuknak megfelelő súlyozással személyre szabott rangsort készítsenek, azaz meghatározzák, hogy az ő elvárásaikhoz igazodva melyik kórházak számítanak a legjobbnak. Egy jól működő (sok „zöld” értékkel bíró) kórház pedig minden lehetséges súlyozás szerint jó helyen fog szerepelni az elkészített rangsorokban. Ez a módszer csökkenti a kompozit mutatók kialakítása kapcsán jelentkező szakértői szubjektivitás torzító hatását, ugyanakkor az orvosszakmai tartalom esetében csak korlátozottan alkalmas a beteg információs aszimmetriájának csökkentésére, hiszen az egyes tényezők fontosságának megítélése is szakmai ismereteket kíván.

Irodalomjegyzék

1. Gémes Katalin – Kiss Norbert – Kriston Vízi Gábor (2011): Az interneten elérhető minőségügyi információk szerepe a betegtájékoztatásban – Tanulságok a minőségi indikátorrendszer eddigi működése alapján. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. Vol. 10., Egészség-gazdaságtani különszám, 2011. január
2. Shekelle, Paul G. (2009): Public performance reporting on quality information. In: Smith, Peter C. – Mossialos, Elias – Papanicolas, Irene – Leatherman, Sheila (2009, szerk.): *Performance Measurement for Health System Improvement*, Cambridge University Press, pp. 537–551.
3. Belicza Éva – Takács Erika (2007): A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? *Orvosi Hetilap*. Vol. 148., No. 43., pp. 2033–2041.
4. Chassin, Mark R. – Jerod M. Loeb – Stephen P. Schmalz – Robert M. Wachter (2010): *Accountability Measures — Using Measurement to Promote Quality Improvement*. *New England Journal of Medicine*. Vol. 363., No. 7., pp. 683–688.
5. McGlynn, Elizabeth A. (2009): *Measuring clinical quality and appropriateness*. In: Smith et al. (2009), pp. 87–113.
6. DewBerry, Carla M. – Stephen Rose (2010): *Hospital Medicare Reimbursement: Moving to Reimbursement Based on Quality of Care*. *Washington Healthcare News*. Vol. 5., No. 7., pp. 1–7.
7. OEP (2005): *Minőségi indikátorok*. http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,36252&_dad=portal&_schema=PORTAL
8. Goddard, Maria – Rowena Jacobs (2009): *Using composite indicators to measure performance in health care*. In: Smith et al. (2009), pp. 537–551.
9. EHCI (2009): *Euro Health Consumer Index 2009*. <http://www.healthpowerhouse.com/>
10. <http://hospitalcompare.hhs.gov>
11. <http://www.nhs.uk>

A szerző közgazdász, a Budapesti Corvinus Egyetem Teljesítménymenedzsment Kutatóközpontjának munkatársa, 2007 és 2010 között az Egészségbiztosítási Felügyelet főosztályvezetőjeként a cikkben bemutatott minőségi indikátorrendszer szakmai irányítója és projektvezetője volt.

Az egyenlőség, igazságosság szempontjai is épüljenek be a teljesítményértékelési rendszerbe

Az elmúlt két évtizedben az egészségügyi rendszer teljesítményének javítása az egymást követő kormányzatok folyamatosan napirenden lévő célkitűzése maradt. Ennek megvalósítására számos intézkedést hoztak, különösen a finanszírozás területén, mégis visszatérő megállapítás vezető közpolitikai döntéshozók és szakértők részéről, hogy az ellátásokat az intézmények nem hatékonyan nyújtják és a szolgáltatások minőségével is problémák vannak. Dr. Pusztai Zsófiát, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Magyarországi Irodájának vezetőjét és prof. dr. Boncz Imrét, a Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ stratégiai igazgatóját kérdeztük.

■ Bene Zsolt, Szigeti Szabolcs

– Önök hogyan látják egészségügyi rendszerünk teljesítményét?

Pusztai Zsófia (P. Zs.): Általánosságban megállapítható, hogy a Magyarországon elérhető rutin adatgyűjtési rendszerek jóval szélesebb körű teljesítményértékelést tennének lehetővé, mint amivel jelenleg valamilyen formában foglalkoznak, illetve amit használnak. Megfelelő rendszerszintű teljesítményértékelés hiányában nem lehetséges megmondani, hogy mely egészségpolitikai reformok segítettek, és melyek inkább hátráltatták az egészségügyi rendszer működtetését. Miközben a magyar egészségügyi dolgozók számos szempontból igen magas színvonalú és eredményes munkát végeznek, nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték az egészségpolitikai döntések értékelésére, és nehéz megindokolni, hogy miért, és főleg hogyan kellene többet költeni az egészségügyre, néhány olyan példától eltekintve, mint a bérkérdés. Mindeközben Magyarország azon egész kivételes országok közé tartozik, ahol jelentősen csökkentek az egészségügyi közkiadások 1995 és 2009 között. Az utóbbi években a teljes egészségügyi kiadás is jelentősen csökkent, és visszaesett a kilencvenes évek közepén tapasztalt szintre, míg az európai országokban átlagosan jelentősen nőtt az egészségügyi közkiadások szintje.

Boncz Imre (B. I.): A magyar egészségügyi rendszer teljesítményének mérésére hazánkban nincs kidolgozott módszertan. Ennek megfelelően nehéz is összehasonlítani az egészségügynek az egymást követő kormányzati ciklusok alatti teljesítményét. Hasonló probléma van az ellátások minőségének mérésével is. Bár voltak törekvések az Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Fotó: Szász Marcell



Dr. Pusztai Zsófia

keretében ún. minőségi indikátorrendszer kialakítására, ma sincs olyan mérési rendszerünk, amivel kemény végpontra mérve össze tudnánk hasonlítani az egyes ellátók vagy ellátási események minőségét. Pedig hasznos lenne látni, hogyan alakul például a combnyaktörés, vagy a szívinfarktus miatt kezelt betegek túlélése az egyes centrumokban. A nemzetközi összehasonlítások alapján annyit talán megfogalmazhatunk, hogy a magyar egészségügyi rendszer teljesítménye az országok rangsorában változik, és ez a változás mintha a gazdaság aktuális állapotával mutatna összefüggést. Holott egy egészségügyi rendszer nem attól lesz jó teljesítményű, hogy kevés pénzt kell rá költeni.

– Mennyiben tartják képesnek a jelenlegi egészségpolitikai döntéshozatali rendszerünket arra, hogy reális képet alkosson és közvetítsen az egészségügyi rendszer teljesítményéről?

P. Zs.: A rendszerszintű, végső célokat és a közbenső operatív célokat értékelő szervezeti rendszer eddig nem, vagy csak töredékesen került kialakításra. Ennélfogva a teljesítménymenedzsment, azaz a változások okainak pontos megértése és a célok jobb elérését célzó akciók kezdeményezése, majd kivitelezése esetlegesen valósítható meg, miközben Magyarországon a teljesítmény méréséhez szükséges adatok széles tárháza áll rendelkezésre. A teljesítményértékelési rendszer nélkülözhetetlen lépés lenne a teljesítménymenedzsment irányába és az átlátható, elszámoltatható működés felé. Bevezetése egyrészt

a szakpolitikai működést összehangoltabbá, másrészt a szakpolitikai célokat pontosabban megfogalmazhatóbbá tenné. Továbbá a bizonyítékok szerepe a döntéshozatalban jelentősen nőhetne, és végül az érintettek bevonása a döntés-előkészítésbe hatékonyabb lehetne. Mindez végső soron hatékonyabb és hatásosabb döntések meghozatalát eredményezi, azaz a szakpolitika által kitűzött társadalompolitikai célok magasabb szintű megvalósulása várható.

B. I.: Az aktuális egészségpolitikai döntéshozatali rendszer elvileg alkalmas arra, hogy reális képet alkosson. A probléma ott van, hogy a rendszer egyes szereplőinek erőforrásait és energiáit lekötik az aktuális napi rutinteleadók: harc az ágyakért, a forrásokért, a TVK-ért, a gyógyszer ártámogatásért stb. És ebben a környezetben nem igazán jut idő és erőforrás azon stratégiai előkészítő munkákra, ami nem közvetlenül a napi feladatokhoz kapcsolódik.

– A nemzetközi szervezetek, szakértők és a politikai szereplők figyelmé is egyre növekvő mértékben fordul az elszámoltathatóság növelése irányába. Hogyan lehetne ezt értelmezni az egészségügy területén? Ezzel kapcsolatban látnak lehetőségeket hazai szinten?

P. Zs.: Magyarország 2008 júniusában írta alá a WHO Európai Régiójának Miniszteri Konferenciáján az egészségügyi rendszerek megerősítését célzó kártát Tallinnban. A karta az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelését és elszámoltathatóságát állította középpontba, és a WHO Európai Régiójának mind az 53 tagállama aláírta. A Tallinni Karta mindenekelőtt azt célozta, hogy az aláíró kormányok elkötelezzék magukat egészségügyi rendszereik teljesítményének transzparens és az elszámoltathatóságot lehetővé tévő mérésére. Az egészségpolitikai célkitűzések mérhető, specifikus célként való meghatározása, illetve a szakpolitikai intézkedések hatásának mérése szükségessé teszi a rendszerszintű teljesítményértékelés rendszerének kialakítását. Jelenleg a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésének részletes koncepciója WHO-támogatással előkészítés alatt van.

B. I.: Az elszámoltathatóság kérdése mindenhol kulcskérdés, hiszen a következmények nélküli működés komoly veszélyeket jelent. Az elszámoltathatóságnak öt szintjét különböztetném meg:

- gazdaságpolitikai
- egészségpolitikai
- közigazgatási (OEP, OTH/ÁNTSZ, GYEMSZI)
- menedzsment (intézmény, szervezeti egység)
- betegség melletti szakemberek

Ez idáig azt tapasztaltuk, hogy az alacsonyabb szinten egyre jobban megvalósul az elszámoltathatóság kérdése. Vagyis ha a betegség mellett dolgozó szakemberek (pl. beteghordó) hibáznak, akkor ez a hiba az esetek egyre nagyobb részében nem marad következmények nélkül. Ez önmagában öröndetes, azonban



Prof. dr. Boncz Imre

a felelősséget és elszámoltathatóságot a döntéshozatal magasabb szintjein is érvényesíteni kell. Ha a gazdaságpolitikai döntéshozatal eredményeként 1-2 év alatt például a gyógyszerkassza 350 milliárd Ft-ról 200 milliárd Ft alá csökken, akkor az ebből fakadó gyógyszerhez jutási nehézségeket nem a vényfelíró orvoson vagy a kórházigazgatón kell számon kérni.

– Miként tudnának segíteni az egyetemek és a WHO abban, hogy az egészségpolitika szintjén a döntés-előkészítési folyamatok javuljanak? Esetleg meg tudnának említeni néhány konkrét kezdeményezést is?

P. Zs.: A korábban említett Tallinni Karta aláírása után az Emberi Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága és az Egészségügyi Világszervezet 2008. óta egy olyan egészségügyi rendszerszintű teljesítményértékelést tá-

mogató monitoring rendszer fejlesztésén dolgozik, amely jól illeszkedik a magyarországi egészségpolitikai környezethez, és figyelembe veszi a nemzetközi tapasztalatokat. Az egészségpolitikai javaslatok helyi szintű kidolgozása során a WHO Európai Regionális Irodája mindenekelőtt a tudomány és az egészségpolitikai gyakorlat összekapcsolását kívánja biztosítani, miközben a helyi intézményi környezetet, lehetőségeket, elvárásokat és működési struktúrákat a lehető legteljesebb mértékben figyelembe veszi. Egy WHO-s projekt keretében kifejlesztésre került egy web-monitoring eszköz is az egészségpolitikai intézkedések transzparens számbavételére. Tekintettel az országok között és azokon belül egyre növekvő méltánytalan egyenlőtlenségekre, egy másik, az Egészségügyi Világszervezet által támogatott munka keretében egyetemek és népegészségügyi intézetek vezető szakértőinek bevonásával munkacsoport alakult, mely ajánlásokat fogalmaz meg az egészség-egyenlőtlenségek hatásosabb kezelése céljából, többek között a kormányzási folyamatok, az ágazatközi együttműködések és az egészségpolitikai kapacitások fejlesztéséhez. A Tallinni Kartával összhangban ennek a munkacsoportnak kiemelten fontos célja az is, hogy az egyenlőség, igazságosság szempontjai is beépüljenek a jelenleg előkészítés előtt álló, és várhatóan rendelettel szabályozott teljesítményértékelési rendszerbe.

B. I.: Az egyetemeket illetően a nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a napi „tűzoltómunkában” nem lehet, illetve nincs értelme részt venni. Az egyetemek helyét a koncepcionális elemző, értékelő és stratégiaalkotó munkában látnám. Ilyen munka lehet például egy átfogó teljesítményértékelő rendszer kialakítása, akár a magyar egészségügy, mint rendszer egészére, akár annak egyes szegmenseire. Jó példa a döntés-előkészítési folyamatok változására a szakmai kollégiumi rendszer átalakítása, hiszen ez a szervezet a döntés-előkészítés legfontosabb szakmai tanácsadó szerve. A szakmai kollégium új struktúrájának kialakítása megtörtént, mára a szereplők megtalálták az új helyüket, és készen állnak a döntés-előkészítési folyamatok markánsabb szakmai támogatására is.

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