

## Hatékonyág és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során I. rész

Szigeti Szabolcs, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

A tanulmány azt a kérdést vizsgálja egészségpolitikai dokumentumok tartalomelemzésével, hogy Magyarországon a rendszerváltozás óta mekkora utat tettünk meg a véleményalapú egészségpolitikából a bizonyítékon alapuló felé. A szerző először a hatékonyság fogalmát és annak alakulását mutatja be az egészségbiztosítási rendszerünkre vonatkoztatva, majd a hatékonysággal kapcsolatos megállapításokat elemzi az egyes kormányzati reformkoncepciókban és más fontosabb egészségpolitikai dokumentumban. Úgy véli, hogy a kormányzati egészségpolitikai dokumentumok döntő többsége minimális bizonyítékot használ a hatékonyságot megcélzó rendszerszintű egészségpolitikai reformokhoz. Javaslat szerint az egészségbiztosítási, illetve az egészségügyi reform legköltséghatékonyabb folytatása az lehetne, ha a kormányzati döntés-előkészítő rendszer reformja a bizonyítékokon alapuló szervezeti struktúra és kultúra megteremtését kiemelten kezelné. A cikk alapját képező előadás elhangzott az IME – META II. Országos Egészség-gazdaságtani konferencián hangzott el.

*This article attempts to analyze several health policy documents from the point of view how far the public policy went on the long way from the opinion based health policy to the evidence based one in Hungary. First, the author studies the concept and trends of the efficiency in the Hungarian health care system, and then he demonstrates how the various health policies and important public documents use the available evidences on efficiency. He uses the methods of content analysis and descriptive statistics in the study. The conclusion of the paper is that although since the political transformation of the nineties most of the policy makers focus on the possible efficiency gains in the health sector, they built their health policy strategy on such documents that use the available evidences in unacceptable low level, and therefore this way of policy making means high risk for unintentional malpractice by health politicians during health reforms. He suggests that the most cost-effective way of the further reforms should be if the government prioritized and pushed the capacity building of evidence based organizational culture at the public policy level.*

### BEVEZETÉS

Az 1940-es évek elején amerikai szociológusok azt az első hallásra meglepő állítást tették, hogy az a társadalmi

probléma, amely nem kerül meghatározásra a szélesebb társadalmi nyilvánosság közegében, az tulajdonképpen nem létezőnek tekinthető függetlenül annak objektív létezésétől [1]. A társadalmi problémák meghatározásában megkülönböztettek egy objektív és egy szubjektív vonást a szociális problémák elméletének alapvetését elvégző szociológusok. Az objektív meghatározáson azt értették, hogy szakértők megállapítják: valamilyen állapot eltér a társadalmi normák alapján kívánatosnak tartottól; a szubjektív meghatározás pedig azt jelenti, hogy a szakértők meghatározásával megfelelő számú ember egyetért [1]. Az elmélet szerint csak a két feltétel együttes fennállása esetén beszélhetünk társadalmi problémáról. A szakértői csoportok problémamdefiníciója önmagában elégtelen társadalmi támogatás nélkül.

Ebből adódóan az olyan társadalmakban, ahol a civil szerveződések gyengék, a mindenkori kormányzati erőknél kiemelkedő jelentősége van a társadalmi problémák meghatározásában. A kormányzat számára rendelkezésre álló politikai legitimitáció, intézményi, anyagi, információs és szakértői bázis összehasonlíthatatlanul nagyobb lehetőségeket biztosít más társadalmi csoportokhoz képest a társadalmi problémák felvetésére, elfogadtatására és a megoldásukhoz igénybe vehető eszközök kijelölésére. Ezzel a helyzettel találkozunk a gazdasági és társadalmi intézményváltással küszködő kelet és közép-európai országokban.

Az elmúlt húsz év egészségpolitikai gondolkodásának stabil és meghatározó kormányzati törekvése volt a hatékonyság szintjének növelése az egészségügyi rendszerben, ez egyre erősebben foglalkoztatta a különböző elemzőket és a reformkoncepciók szerzőit. Ennek ellenére, hogy a gazdasági élet szereplői és a kormányzat képviselői rendszeresen alacsony hatékonyságúnak nevezik egészségbiztosítási rendszerünket, kevés szakértői tanulmány készült teljesítményének elemzésére a hatékonyság szempontjából. Arról pedig még egyáltalán nem készült alaposabb elemzés, hogy a kormányzati dokumentumok milyen objektív kritériumrendszert használnak a hatékonysági probléma meghatározásához. Utóbbi szempont vizsgálata azért is fontos lenne, mert a kilencvenes évek eleje óta a bizonyítékokon alapuló döntéshozatal követelménye széles körben elterjedt a nemzetközi szakirodalomban mind az egészségpolitikai döntéshozattal, mind az egészségügyi technológiák alkalmazásával, támogatásával kapcsolatban [2]. A sikeres egészségügyi reformokat megalapozó egészségpolitikai programalkotás említett szempontjait közös keretrendszerbe is foglalták. A probléma-alapú egészségpolitikai programalkotás elméletének három alappillére a világos értékvalasztáson alapuló probléma-meghatározás, a bizonyítékokon alapuló

helyzetértékelés és megoldáskeresés, valamint a társadalmi probléma definíciójának említett kritériumaiból és a kormányzati intézkedések, változtatások sikerét meghatározó tényezőkből származtatható, széles értelemben vett megvalósíthatóság.

Az Európai Unió szakpolitikáinak hatásvizsgálatát megalapozó alapidokumentum is arra hívja fel a figyelmet, hogy a kormányzati programok nélkülözhetetlen tartozékai az objektíven meghatározott célok, a programok jövőbeni hatása-inak felmérése és a helyzetértékelést megalapozó múltbeli tendenciák számbavétele [13]. A hatásvizsgálatokat úgy is felfoghatjuk, mint a bizonyítékokon alapuló kormányzati döntés-előkészítés és döntéshozatal folyamatát [14], amelynek gyakorlata Európában széles körben meghonosodott az elmúlt évtizedekben kormányzati programok kiértékelése néven, s így annak alkalmazása ma már nem választás kérdése, hanem alapvető elvárás a kormányzati munkával szemben [14].

Hazai viszonylatban a jogalkotásról szóló törvény [3] és a szorosan kapcsolódó minisztériumi útmutató [4] ír elő kötelezettségeket a kormányzat számára a jogszabályok hatásvizsgálatának módszertanáról, továbbá a bizonyítékok használatára vonatkozóan a szabályozási folyamat során. Érdemes azonban alaposabban is megvizsgálni, hogy Magyarországon a rendszerváltozás óta mekkora utat tettünk meg a véleményalapú [2] egészségpolitikából a bizonyítékon alapuló felé.

## CÉLOK ÉS MÓDSZEREK

Ez a tanulmány, ennek megfelelően, két kérdésre keresi a választ:

- Hogyan alakult az egészségügyi ellátórendszer hatékonysága az egészségbiztosítás reformja során?
- Hogyan észlelték a kormányzati dokumentumok helyzetértékelő részei a hatékonyság szintjének változását az egészségbiztosítás reform folyamatában?

Az elemzés leíró, felderítő jellegű, amelynek során leíró statisztikai adatelemzést és tartalomlemzést alkalmaztam. Adatforrásként az OECD Health Data 2004-2006, OEP statisztikai évkönyvek, költségvetési beszámolók, ESKI, OEP Finanszírozási Informatikai Főosztály (korábban Gyógyinfok) adatait használtam fel. A magyar egészségügyi rendszer működésével kapcsolatban ezek tekinthetők a legfontosabb, a téma szempontjából releváns és kutatási munkák számára viszonylag könnyen hozzáférhető adatforrásoknak.

A tartalomlemzést nyilvános, elérhető egészségpolitikai dokumentumokra építettem fel. A mindenkorai kormányzat számos döntés-előkészítő egészségpolitikai dokumentumban összegezte helyzetértékelését és célkitűzéseit a hatékonyság növelésére az egészségbiztosítási és az egészségügyi ellátó rendszerben. A dokumentumok között volt törvényjavaslat indoklása, helyzetértékelés, jelentés, vitaa-

nyag és stratégiai irányokat meghatározó koncepció. A vizsgált – 1988-2007 – időszakban összesen 32 dokumentumot sikerült beazonosítani, ebből 26 feldolgozása történt meg. A dokumentumokat típusonként is bemutatom a későbbiekben. Úgy gondolom, hogy azok száma és jellege jól reprezentálja az aktuális kormányzat egészségpolitikai gondolkodásmódját. A dokumentumokat három szempontból vizsgáltam:

- tartalmaz-e a dokumentum a hatékonysággal kapcsolatban egészségpolitikai célkitűzést;
- használtak-e a szerzők bármilyen operacionalizált indikátort a hatékonyság elemzésére;
- van-e valamilyen állítás vagy következtetés a hatékonyság alakulására vonatkozóan a vizsgált időszakban.

## FOGALMI TISZTÁZÁS

Az Egészségügyi Minisztérium irányelve az egészséggazdaságtani elemzések készítéséről [5] és neves hazai szakemberek [6, 7] részletesen foglalkoztak az egészséggazdaságtani elemzések során használható hatékonysági fogalmak definíciójával. Amikor valamilyen hatékonysági fogalmat használunk, akkor a ráfordításokat és az elért eredményeket viszonyítjuk egymáshoz. Elméleti nézőpontból hatékony az erőforrások felhasználása, ha egyidejűleg teljesül a technikai és az allokációs hatékonyság követelménye. Az első, technikai hatékonysággal kapcsolatos követelmény azt jelenti, hogy a rendelkezésre álló erőforrásokból meghatározott kibocsátáshoz a lehető legkevesebb és legolcsóbb termelési tényezőt használjuk fel. A második követelmény azt garantálja, hogy azokat a szolgáltatásokat vagy termékeket állítjuk elő, amelyeket a társadalom a legtöbbre értékel [8]. Versenyző piaci helyzetben a hatékonyság úgy értelmezhető, hogy a piacon nincs további kívánatos csere, amely az önkéntesen cserélő felek helyzetét javítani tudná [9]: ezt nevezzük Pareto optimális allokációnak. Saltman és szerzői társai megközelítése szerint azonban közfinanszírozott javak esetén az allokációs hatékonyság normatív kategória is, amelyben más társadalmi célok és értékek is tükröződnek [10], például az adott társadalomban meghatározó igazságossági koncepció. Éppen ezért a nyugat-európai társadalombiztosítási rendszerek teljesítményének hatékonysági elemzésénél csak a technikai hatékonyság mutatóit alkalmazták, az allokációs hatékonysági mutatókat tudatosan elhagyták [10]. Fontos azonban megjegyezni, hogy az allokációs hatékonyság fogalma az alkalmazott értékválasztási, erőforrás-allokációs, illetve disztribúciós mechanizmustól (azaz a piac és/vagy az állam jelenlététől) függetlenül normatív kategória. Azokon a területeken ugyanis, ahol elsősorban a piac működik, a társadalom és a döntéshozók, legalábbis hallgatólagosan, elfogadják, hogy a piac által létrehozott elosztás igazságos. A közfinanszírozás pedig egyik legfontosabb eszköze annak, hogy a hozzáférést ne a jövedelmi helyzet, hanem a szükségletek határozzák meg.

A jóléti közgazdaságtan allokációs hatékonysági fogalma éppen ezért nem alkalmazható minden megszorítás nélkül a közfinanszírozott javakat biztosító elosztó rendszerekre. A közgazdaságtan allokációs felfogása a Pareto hatékonyság elérését a fizetési hajlandósághoz (és az azt abszolút értelemben korlátozó fizetési képességhez) köti, továbbá a piaci egyensúlyi állapot meghatározásában nem az egyén fizikai szükségletének, hanem az egyén rezervációs árának van döntő jelentősége. Így azt mondhatjuk, hogy a közfinanszírozott javak elosztását bonyolító rendszerekkel szemben támasztott allokációs hatékonysági elvárás (a fizikai szükséglet és nem a fizetési hajlandóság alapján) tulajdonképpen (részben) igazságossági kérdésként is felmerül. A közfinanszírozásra épülő egészségügyi rendszerek kijelölt szereplői olyan mértékben tudják alakítani a rendszer allokációs hatékonyságát, amilyen mértékben arra felhatalmazással és jogosultsággal rendelkeznek. Ez a helyzet Magyarországon is, ahol az egészségbiztosítási rendszerünk az egészségügyi szolgáltatásokat közfinanszírozott szolgáltatásként biztosítja, és a vásárlói döntéseket az OEP piaci monopozóniaként érvényesíti.

Egészségpolitikai elemzések során gondot okoz a technikai és allokációs hatékonyság egymáshoz való viszonya. Allokációs vagy technikai hatékonysági probléma-e az, ha a beteget a tényleges állapota által indokolthoz képest magasabb ellátási szintek felé terelik? Mindkettő. A finanszírozási rendszer hatékonyságával szemben elvárásunk, hogy minél kisebb egységköltség mellett minél nagyobb egészségnyereséget nyújtó szolgáltatást biztosítson a jogosultak számára. Természetesen téves az a feltevés, amely a legkisebb szintű ráfordítástól várja a leghatékonyabb vásárlási pont elérését adott szolgáltatások vásárlása esetében, hiszen ez automatikusan kizárná a hatáson, jó klinikai minőségű beavatkozások jelentős részét, így a nagyobb hatékonyságot biztosító vásárlásokat. Rendszerszinten a technikai hatékonyság növelésének elméletileg logikus korlátot szabnak a fenntarthatóság és a minőség követelményei. A technikai hatékonyság elsősorban a termelékenység – az eredmények és a ráfordítások közötti kapcsolat – leírására megalkotott közgazdasági fogalom, amelynek koncepcionálisan ugyan része nemcsak a termék, illetve szolgáltatás mennyisége, hanem annak minősége is, de a gyakorlatban legtöbbször a kibocsátásnak csak az egyik, mennyiségi dimenzióját szokták figyelembe venni a technikai hatékonyság mérésére kidolgozott mutatószámok. Az ezen szűk értelmezés szerinti technikai hatékonyság bizonyos határokon átlépő növelése viszont egészen bizonyosan minőségi problémák halmozódását eredményezi. A minőségi szempontok érvényesülését piaci körülmények között a vásárló kényszeríti ki, a közösségi újraosztáson alapuló szolgáltatási rendszerekben elméletileg az arra felhatalmazott szakértőknek kellene garantálni a minőség érvényesülését.

Az eltolódás az indokoltnál magasabb ellátási szintek felé, illetve a felesleges kezelések társadalmi szinten mindenképpen allokációs hatékonysági problémát is jelentenek, hi-

szen máshol elkölthető források kerülnek elköltésre. Egyes szerzők ugyanakkor jogosan mutatnak rá, hogy az allokációs hatékonyság maximumának eléréséhez természetszerű gátat szab a szükséges tökéletes informáltság költsége [7]. Ugyanakkor hogyan vélekedjünk egy olyan rendszerről a hatékonyság szempontjából, amelyben a technikai hatékonyság folyamatosan nő, az ellátásokat olcsón állítja elő – talán sokkal olcsóbban, mint a közösségi rezervációs ár – és amelyben mégis allokációs hatékonysági problémák mutatkoznak?

## TRENDEK A HATÉKONYSÁG ALAKULÁSÁVAL KAPCSOLATBAN

A technikai hatékonyság alakulását az egészségbiztosítás reformjában két másik tanulmányban már részletesen elemeztem [11, 15]. Az itt tett megállapításaimat továbbra is érvényesnek tartom, ezért a jelenlegi tanulmányban a legújabb adatokkal kiegészítettem (1. táblázat) a korábban közölt idősorokat, és összefoglalom a korábbi megállapításaim lényegét. Figyelembe vettem azt a tényt, hogy az egészségügyi kiadások GDP arányosan 1994-ben az elmúlt húsz évben kiugróan a legmagasabbak voltak, ezért az összehasonlítás alapjául a rákövetkező évet választottam, amikor már lényegesen kisebbek voltak az egészségügyi kiadások. A táblázatból levonható következtetéseket így még jobban alátámasztják a szélső értékeket nélkülöző trendértékek.

A társadalombiztosítás adminisztrációs költségeit tekintve, továbbá a finanszírozott aktív fekvő- és járóbeteg szakellátásoknál a technikai hatékonyság jelentős mértékben javult a kilencvenes évek során a bevezetett reformok hatására (1. táblázat 13., 17., 18., 19. sor). A vizsgált időszakban a szolgáltatások mennyisége jelentősen emelkedett (1. táblázat 3., 4., 16. sor), miközben a ráfordítás is jelentősen csökkent reálértékben a kilencvenes évek második felében (1. táblázat 11., 12. sor). A szolgáltatásmennyiség növekvő trendjén a 2004-től folyamatosan bevezetett teljesítményvolumen korlát sem változtatott érdemben, csak a 2007-ben életbe léptetett radikális kormányzati kapacitáscsökkentési intézkedések szorították vissza az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítményét az 1994-es szintre. A ráfordítások reálértékben a 2002. évi általános közalkalmazotti béremeléstől eltekintve 1995 és 2007 között jelentős csökkenés után, csekély mértékben emelkedtek 2007-re (1. táblázat 11., 12. sor). A 2006-os kapacitásszabályozást követő reformok lényegesen az 1995-ös szint közelébe szorították a ráfordításokat reálértékben az aktív fekvőbeteg szakellátásban, miközben az egészségbiztosítási alap működési költségnyada a felére csökkent [1. táblázat 13. sor]. A ráfordítások vizsgálatánál figyelembe kell venni, hogy az Egészségbiztosítási Alap kiadásai az egészségügyi ellátók által felhasznált forrásoknak csak egy (bár kétségtelenül messze legnagyobb) részét teszik ki. Ide tartoznak a fenntartói (önkormányzati/kormányzati, egyházi/alapítványi) hozzájárulások,

a pályázati pénzek, a jótékonyági (alapítványi), illetve beszállítói adományok, a tágabb értelemben vett hálapénz, valamint az egészségügyi intézmények adósságállományának egy része is. Bár ezekre a forrásokra vonatkozóan általában nem rendelkezünk megbízható adatokkal, a KSH becslése szerint az egyéb kormányzati és önkormányzati kiadások részaránya kb. a teljes kiadás 12%-át teszik ki, így a technikai hatékonyság alakulásának trendjét érdemben nem befolyásolnák akkor sem, ha a vizsgált időszakban reálértékben jelentősen emelkedtek volna. Ezt erősíti az is, hogy nem történtek olyan események, amelyek ezen kiegészítő források jelentős emelkedésére utalnának.

Egyes szakértői vélekedések a technikai hatékonyság növekedését azért nem fogadják el, mert álláspontjuk szerint a megnövekedett szolgáltatásmennyiség mögött adatmanipuláció van a szolgáltatók részéről. A fekvő- és járóbeteg ellátással kapcsolatos jelentésekben előforduló helytelen besorolások, illetve a szükségtelen kórházi kezelések nagyságrendjét ugyanakkor pontosan nem ismerjük, átfogó szakmai tanulmány ebben a kérdésben még nem jelent meg az OEP részéről.

A felfutott teljesítmények mögött számos esetben nem valós, vagy nem megfelelő ellátási szinten keletkező teljesítmény áll. A teljesítményalapú finanszírozási technikák alkalmazása megfelelő ellenőrzési rendszer kialakítása nélkül a szakellátás területén jelentősen hozzájárult a kínálat indukálta kereslet növekedéséhez, az indokolatlanul végzett diagnosztikai vizsgálatok, műtéti beavatkozások, kórházi felvételek nagy számához. Több eset napvilágra került, ahol komoly visszaélés gyanúja merült fel, de a rendszer egészét tekintve nem világos, hogy a kórházi eset számok nagyrányú növekedése mögötti lehetséges faktoroknak – adatmanipuláció, jobb adminisztráció, az egészségi állapot tényleges alakulása, igénybevételi szokások változása – milyen súlyuk van az esetszámok és a case-mix index alakulásában. A torzítások egyébként valószínűleg ma már sokkal kevésbé az esetszámokat, mint inkább az esetek besorolását érintik. Egyes üzleti tanácsadók azon a véleményen vannak, hogy az adatmanipuláció nagyságát eltúlozzák, és annak mértéke csökkenő tendenciájú [16].

Azonban ha feltételezzük azt a szélsőséges esetet, hogy minden többlet finanszírozott eset kódolási csalás eredménye 1994 után, akkor is azt láthatjuk, hogy a ráfordítások meredeken csökkentek 1994 és 2002 között [1. táblázat 11., 12. sor], majd a bérbeépítést követően 2004-től hasonló a trend. A ráfordítások reálértékben 2007-ben már mélyen az 1994-es szint alatt, és az 1995-ös szintet nem sokkal meghaladóak voltak az aktív fekvőbeteg szakellátásban. Ez azt jelenti, hogy a technikai hatékonyság mindenképpen jelentősen javult egészségbiztosítási rendszerünkben, függetlenül a kódolási manipulációtól.

A technikai hatékonyság alakulásának értékeléséhez azonban figyelembe kell venni az ellátás minőségének alakulását. Felmerül ugyanis annak lehetősége is, hogy a csökkenő ráfordítások és/vagy a növekvő mennyiségi kibocsátás tulajdonképpen a kibocsátás, azaz az egészségügyi szol-

gáltatások minőségének romlásával párosult, tehát a tágabb értelemben vett technikai hatékonyság valójában nem (vagy nem olyan nagymértékben) javult. A minőség átfogó értékelése ugyan nem egyszerű feladat, de a nemzetközi gyakorlatban leggyakrabban használt halálozási, illetve elkerülhető halálozási mutatók (csecsemőhalandóság, anyai halálozás, kórházi halálozás, sérv és feregnyúlvány gyulladás halálózása stb.) inkább csökkenő, mint növekvő trendet mutatnak. Ez azt jelenti, hogy az ellátás klinikai minősége biztosan nem romlott jelentős mértékben, amely megerősíti a technikai hatékonyság javulásával kapcsolatos korábbi megállapításunkat.

A gyógyszerkiadások tekintetében is csökkentek reálértékben a ráfordítások 1994 és 2000 között, miközben a támogatott vényforgalom és a támogatással elérhető gyógyszerek száma folyamatosan nőtt. Ezután az OEP gyógyszerkiadásai egyre meredekebb növekedésének indultak, s 2006-os tetőzéssel érték el a maximális kiadást. A kormányzati intézkedések radikálisan csökkentették a kiadásokat 2007-ben. Az első időszakban (2000-ig) szintén növekvő hatékonyságról beszélhetünk, a második időszakban már jóval nehezebb megítélni a hatékonyság alakulását, hiszen a ráfordítások együtt növekedtek a nagyobb gyógyszerforgalommal (1. táblázat).

Technikai hatékonyság szempontjából a magyar egészségbiztosítási rendszer jól teljesített a vizsgált időszakban. A technikai hatékonyság növekedése valójában olyan mértékű volt a gyógyító ellátások esetében, hogy az anyagi és emberi tartalékok teljesen kimerültek, a ráfordítások alacsony szintje jelenleg már a minőséget veszélyeztető tényező. A technikai hatékonyság alakulása eltérő volt a gyógyító szolgáltatások és a gyógyszerkiadások esetében, de a vizsgált időszakban Magyarországon a GDP arányos egészségügyi közkiadások alakulása összességében nagyon jelentős hatékonyságbeli növekedésre utal [1. táblázat, 17. sor].

Egyes szerzők az allokációs hatékonysággal és az adatok értékelhetőségével kapcsolatban számos megoldatlan problémára mutatnak rá [7]. A betegellátás számos esetben szükségtelenül a magasabb ellátási szintek felé tolódott. Konszenzus uralkodik arra vonatkozóan, hogy allokációs hatékonyság szempontjából lehet javítani a rendszer teljesítményén. Ez a törekvés gyakorlatilag a rendszerváltozás óta dominálja az egészségpolitikai gondolkodást, és a két kapacitásszabályozási reformhullám (1996, 2006) az allokációs hatékonyság javítását célozta. Ugyanakkor igen keveset tudunk az egészségügyi szükségletek pontos területi egyenlőtlenségeiről. Számos tanulmány jelent meg, amelyek a kapacitások területi egyenlőtlenségének mértékét határozzák meg [12], de ezek – az egyébként alapos – tanulmányok továbbra sem adnak választ arra a kérdésre, hogy az ellátó rendszer teljesítmény adataiban, illetve kapacitásaiban jelentkező területi egyenlőtlenségek és az ellátatlan egészségügyi szükségletek milyen összefüggésben vannak egymással, és mi lehetne a kapacitásszabályozási intézkedések végső, kívánatos célja.

	Évek	Adatforrás a bázisindexsor számításához	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
<b>Részleges mutatók</b>																
1	Születéskor várható átlagos élettartam, nő, százalékos változás, 1995=100	OECD Health Data 2007, KSH	100%	100%	101%	101%	101%	101%	103%	103%	103%	103%	103%	103%	104%	104%
2	Születéskor várható átlagos élettartam, férfi, százalékos változás, 1995=100	OECD Health Data 2007, KSH	100%	101%	102%	101%	102%	103%	104%	105%	105%	105%	105%	105%	106%	106%
3	Aktív tekvőbeteg-szakellátásban finanszírozott esetek száma százalékosan 1995=100	OE	100%	103%	103%	105%	106%	108%	110%	112%	114%	115%	116%	116%	112%	97%
4	Járóbeteg beavatkozások száma, 1995=100%	OE	100%	120%	138%	146%	152%	149%	153%	175%	145%	147%	159%	154%	133%	133%
5	Kórházi ágyak számának változása, %, 1994=100	OE	100%	99%	90%	90%	91%	90%	87%	87%	86%	86%	86%	86%	86%	78%
6	Kórházi ágyak száma változása, aktív, %, 1995=100	OE	100%	99%	91%	91%	90%	89%	84%	83%	83%	82%	82%	82%	81%	61%
7	Ágykihansznltsági változása, aktív %, 1995=100	OE	100%	105%	110%	107%	104%	102%	108%	109%	108%	107%	106%	106%	96%	97%
8	Átlagos ápolási nap változása, aktív, 1995=100	OE	100%	97%	92%	88%	84%	80%	78%	77%	75%	73%	71%	68%	63%	63%
9	Krónikus átlagos ápolási nap változása, %, 1995=100	OE	100%	100%	94%	93%	91%	91%	90%	88%	90%	91%	92%	93%	93%	78%
11	Járóbeteg szakellátás finanszírozás 1995-ös áron eü árindexszel számítva 1995-ös kiadások százalékában, főkönyvi adatok, 1995=100	OE	100%	84%	84%	82%	82%	84%	91%	101%	126%	127%	125%	119%	113%	113%
12	Aktív tekvőbetegszakellátás finanszírozásának változása, százalék, főkönyvi adatok, 1995-ös áron eü árindexszel számítva, 1995=100	OE	100%	95%	94%	95%	98%	94%	97%	108%	130%	124%	123%	116%	105%	105%
13	Egészségbiztosítási alap működési költségvetés változása, egészségbiztosítási alap természetbeni kiadásainak százalékában, 1994=100	OE	100%	108%	111%	120%	97%	77%	70%	70%	63%	55%	53%	53%	50%	50%
14	Gyógyszerkiadásokra (lakossági térítési díjjal együtt) fordított ráfordítás az 1994-es kiadások százalékában, 1994-es egészségügyi deflátorral számítva, az 1994-es kiadások százalékában	OE	97%	97%	88%	93%	95%	98%	106%	117%	132%	141%	157%	164%	142%	142%
15	Lakossági térítési díj támogatott termékeknél az 1994-es kiadások százalékában, 1994-es egészségügyi árindexszel számolva	OE	96%	96%	99%	99%	124%	137%	147%	161%	179%	192%	206%	221%	246%	246%
16	Vényszámok a támogatott gyógyszerforgalomban, %, 1994=100	OE	94%	85%	89%	93%	111%	107%	111%	110%	113%	117%	123%	129%	145%	145%
17	GDP arányos közkiadás változása, %, 1994=100	OECD Health Data, 2007, 2003-04 OECD becslés; 2005, 2006, 2007 saját becslés	100%	93%	90%	87%	85%	80%	80%	87%	97%	93%	102%	100%	86%	86%
<b>Összetett mutatók</b>																
18	Egy aktív tekvőbeteg-szakellátási eset finanszírozásának változása, %, főkönyvi adatok, 1995-ös áron eü árindexszel számítva, 1995=100	OE	100%	93%	91%	90%	93%	87%	89%	96%	114%	108%	106%	103%	108%	108%
19	Egy járóbeteg beavatkozás finanszírozásának változása, %, főkönyvi adatok, 1995-ös áron eü árindexszel számítva, 1995=100, %	OE	100%	70%	61%	56%	54%	56%	59%	58%	87%	87%	79%	77%	85%	85%

1. táblázat

Fontosabb részleges és teljes (átfogó) indikátorok az egészségbiztosítási rendszerünk hatékonyságával kapcsolatban

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Richard C. Fuller, Richard R. Myers (1941): The natural history of a social problem, American Social Review No.6., 320. o., 322.o.
- [2] J. A. Muir Gray (1997): Evidence-based healthcare: How to make Health Policy and Management Decisions, Churchill Livingstone, XII; 153-157; 1.o.
- [3] 1987. évi XI. törvény a jogalkotásról
- [4] 8001/2006. (I. 30.) IM tájékoztató a szabályozási hatásvizsgálat elvégzésének módszertanáról
- [5] EüM irányelv az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről
- [6] Dr. Gaál Péter (2002): Egészségpolitika, jegyzet, Budapest, SE EMK, 38-43.o., 41.o., 57-69.o.; 50.o., 51.o.
- [7] Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félműltja és az egészségpolitika alternatívái
- [8] Evetovits Tamás-Gaál Péter (2002): A félreérthetőség káros az egészségre. Egy több éves vita ürügyén a hatásosság és hatékonyság értelmezéséről, Egészségügyi Menedzsment, 2002 szeptember-október 29.o.
- [9] Hal R. Varian (1991): Mikroökonómia középfokon, Közgazdasági és jogi könyvkiadó, 42.o., 414.o., 676.o.,
- [10] Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras (2004): Social Health Insurance System in western Europe, Open University Press, WHO European Observatory on Health System, 115. o., 116. o., 90. o.
- [11] Szigeti Szabolcs (2007): A magyar egészségügyi társadalombiztosítás teljesítményének rendszerszintű értékelése hatékonyság szempontjából, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 23. o.
- [12] Takács Erika, Szaszko Dóra, Dr. Belicza Éva, Dr. Boncz Imre (2006): Az OEP járóbeteg szakellátási kassza igénybevételeinek területi egyenlőtlenségei, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2006. szeptember, 15. o.
- [13] Commission of the European Communities: European Governance (AWHITE PAPER) Brussels, (25.7.2001) COM(2001) 428 final, 10.o.
- [14] Report of the Working Group: EVALUATION AND TRANSPARENCY » (Group 2b) Pilot : H. Schmitt von Sydow, Rapporteur » H. Summa, (July 2001)10. o.; 4.o.
- [15] Szigeti Szabolcs, Kóti Tamás (2006): A hatékonyság érvényesülése az Országos Egészségbiztosítási Pénztár működésében, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2006/6
- [16] Adatmanipuláció, optimalizálás vagy csalás? Interjú a Perfekt Rt tanácsadóival, Medical Tribune, 17. szám, 2003 szeptember 11.
- [17] Michael Wolfson-Richard Alvarez (2002): Towards integrated and coherent health information system for performance monitoring. The Canadian experience: OECD, Measuring up, 135.o; 139.o.
- [18] Orosz Éva, Guy Ellena, Jakab Mellita (1998): Reforming the Health Care System: The Unfinished Agenda, 237.o., in Public Finance Reform During the Transition edited by Lajos Bokros and Jean-Jacques Dethier, Worldbank Publication
- [19] Gaál Péter (2002): Egészségpolitika, jegyzet, Budapest, SE EMK, 38-43.o., 41.o., 57-69.o.; 50.o., 51.o.
- [20] Gaál Péter (2005): A probléma-orientált programalkotás koncepciója. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2005. május, IV. évf. 4. sz., p.8-10.

*A cikk folytatását lapunk következő számában olvashatják Tisztelt Olvasónk.*

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Szigeti Szabolcs** egészségügyi közgazdász 1994-ben szerezte diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen, majd 2002-ben végezte el a SE Egészségügyi Menedzszerképző Központ kétéves posztgraduális képzését. Jelenleg az ELTE Szociálpolitikai doktori iskolájában folytatja tanul-

mányait egészségpolitikai és éledegészségbiztosítási témakörben. Kutatásának fő területe az éledegészségbiztosítási rendszer kiemelt teljesítménykritériumainak (hatékonyság, igazságosság, pénzügyi stabilitás) mérése és azok kormányzati észlelése. Az éledegészségüggyel kapcsolatos munkatapasztalatát az Éledegészségügyi Minisztériumban és az Országos Éledegészségbiztosítási Pénztárnál szerezte 1998-tól kezdődően.