

# Új mutató a hazai egészségügy eredményességének mérésére: az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége index

New indicator for measuring the performance of the Hungarian health system: Healthcare Access and Quality Index

Szerzők: Vitrai József<sup>a</sup>, Bakacs Márta<sup>b</sup>

*a: Emberi Erőforrások Minisztériuma, b: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet*

Beküldve: 2018. 08. 26.

doi: 10.24365/ef.v59i4.349

**Összefoglaló:** A *Global Burden of Disease Study* (Globális Betegségteher Vizsgálat) nemrég hozta nyilvánosságra azt a tanulmányát, melyben a világ országai, így hazánk egészségügyi ellátásának hozzáférhetőségét és minőségét elemezte. Az egészségügy eredményességének vizsgálatára a – többféle szempontból korrigált – megelőzhető és elkerülhető halálozás alapján készített új indexet alkalmaztak. Ennek eredményeként a magyar egészségügy a világrangsor 40. helyére került. Leginkább a keringési és a rosszindulatú daganatos betegségek megelőzése és gyógyítása területén lenne Magyarországnak javítanivalója. Az elemzések rávilágítottak arra is, hogy a magyar egészségügy teljesítményének növeléséhez a rendszer elsődleges megelőzést előtérbe helyező átstrukturálása mellett, az egészségügyi kiadások növelése, illetve a magánkiadások részarányának csökkentése is hozzájárulna.

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer; teljesítmény

**Summary:** The Global Burden of Disease Study recently published the results of its performance analysis on the health care access and quality in 195 countries including Hungary. To assess the performance of the health systems a new index based on preventable and amenable mortality corrected to different factors was applied. The Hungarian health system is on the 40th place in the global list developed on the basis of this index. There is a great space to improve the performance in prevention and care of diseases of the cardiovascular system and cancers in Hungary. Beyond restructuring the health system in Hungary with the main focus on primary prevention, the analysis provided additional pieces of evidences, namely the increase of the health expenditure and the decrease of the portion of the out-of-pocket expenditure would also help to improve the performance of the health system.

**Keywords:** health system; performance

## BEVEZETÉS

A Globális Betegségteher Vizsgálat (GBV) évről-évre újabb és újabb eredményekkel váltja ki az egészség monitorozásával foglalkozó szakemberek elismerését.<sup>1</sup> A ma már világszerte 3000-nél több kutatót foglalkoztató projekt 2015-től évente nemcsak

195 országra, hanem egyre bővülő számban országrészekre is közöl becsléseket: 315 betegségre és 79 kockázati tényezőre vonatkozóan a halandóság mellett az elvesztett egészséges életévekre is (ELÉV, angolul: DALY), ami az „idő előtti” halálozás és a megromlott egészséggel leélt évek súlyozott összege.<sup>2</sup> 2017 elején az egészségügyi szakpolitika

értékeléséhez újabb mutatót vezettek be: az ellátás hozzáférhetősége és minősége indexet (*Healthcare Access and Quality Index*; magyar fordítás rövidítésével: EHMI).<sup>3</sup> Az alábbiakban röviden bemutatjuk az EHMI számításának módszertanát, és már a 2018-as újabb tanulmány alapján a Magyarországra vonatkozó eredményeket, valamint kitérünk az ellátás minőségének értékelését célzó hazai és külföldi hasonló kezdeményezésekre is.<sup>4</sup>

## AZ EHMI MÓDSZERTANA

Nolte és McKee 2003-as közleménye nyomán szakmai körökben elfogadottá vált, hogy bizonyos betegségek okozta halálozások megfelelő népegészségügyi intézkedésekkel megelőzhetők, illetve időben nyújtott, adekvát orvosi ellátás igénybevételével elkerülhetők lennének.<sup>5</sup> Például a tüdőrák okozta halálozás jórészt megelőzhető lenne, ha megfelelő népegészségügyi intézkedésekkel a dohányzást jelentősen visszaszorítanák, vagy a vakbélgyulladás következtében bekövetkező halálozás elkerülhető lenne, ha a beteg időben megfelelő operációban részesülne. Az Európai Unió egészségügyi rendszereinek eredményességét, működtetésének hatásosságát az Eurostat is a két kutató vizsgálataira alapozva minősíti a megelőzhető és elkerülhető halálozás mutatóival.<sup>6</sup> A GBV projektben, az újabb kutatások eredményei alapján némileg módosítva a Nolte és McKee által összeállított betegségi listát, minden vizsgált országra és országrészre, összesen 32 halálok figyelembe vételével becsülték meg a megelőzhető, illetve elkerülhető halálozást.<sup>i</sup>

A megelőzhető és elkerülhető halálozás ugyanakkor nem független a lakosság egészségi állapotát befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezőktől. Közismert, hogy az alacsony jövedelműek gyakrabban dohányoznak, fogyasztanak túlzott mértékben alkoholt, és élnek egészségkárosító életkörülmények között. Így ha tisztán az egészségügyi rendszer eredményességét kívánjuk jellemezni, akkor célszerű a rajta kívüli hatásokat kiszűrni.

A GBV projektben az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők hatásának kiszűréséhez több lépésben

végeztek standardizálást a szakértők. Először a megelőzhető és elkerülhető halálozás betegségi listáján szereplő – nem rákbetegség okozta – halálozásokat az adott területre becsült egészségmagatartási és környezeti kockázatokra standardizálták. Ezzel az eljárással elérték, hogy az egyes területeken megfigyelt megelőzhető és elkerülhető halálozás közti eltérések függetlenek lettek például az ott élők étkezési, dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaitól, környezetük szennyezettségétől.

Másodszor, a rákbetegség-gyógyítás eredményességének jellemzésére a rákhalálozást az adott évben regisztrált új rákbetegek számához, azaz az incidenciához viszonyították. Ezzel tulajdonképpen egyfajta túlélési arányt számoltak (pontosabban: az adott évben a rákbetegek milyen arányban nem élnek túl a betegséget), így minősítve a rákbetegségek orvosi ellátásának eredményességét.

Harmadszor, annak érdekében, hogy az egészségügyi rendszerek eredményessége összehasonlítható legyen, életkorra és nemre is standardizálták a kockázatra, illetve a rákbetegségek esetében az incidenciára már standardizált halálozásokat. Erre a lépésre nyilvánvalóan azért volt szükség, mert a halálozás valószínűsége a nők és a férfiak különböző életkori csoportjaiban jelentősen eltérő.

A megelőzhető és elkerülhető halálokokra kapott standardizált adatokból főkomponens-analízissel meghatározták az egyes halálokoknak az egészségügy eredményességében játszott súlyát. E súlyok figyelembevételével számították ki minden vizsgált országra és országrészre az EHMI-t 1990-től kezdődően 5 évente, illetve 2016-ra. Az EHMI-t úgy skálázták, hogy a 0 a legrosszabb, míg a legmagasabb 100-as érték a leginkább eredményes egészségügyi rendszert jelentette. A könnyebb értelmezhetőséget segíti az is, hogy az eredményeket az országok fejlettsége alapján képzett csoportonként is megadták.<sup>ii</sup>

Az EHMI használhatóságának ellenőrzésére Pearson-féle korrelációs együtthatót számítottak az adott ország, terület EHMI-je és az egészségügyi rendszer hagyományos input és output jellemzői között. Így mérték a kapcsolatot a teljes egészségügyi kiadás, a kormányzati kiadások részaránya, az egészségügyi szakdolgozók száma, a kórházi ágyak

<sup>i</sup> Meg kell jegyezni, az Eurostat Nolte és McKee listáját ugyancsak módosította, így a megelőzhető és elkerülhető halálozás adatai számszerűleg nem összevethetőek a GBV projektben számoltakkal.

<sup>ii</sup> A csoportosításhoz az ún. társadalmi-gazdasági indexet (*Socio-demographic Index, SDI*) használták, melyet az egy főre jutó átlagos jövedelem, az átlagos iskolázottsági szint és a teljes termékenységi arányszám alapján számítanak ki.

1000 lakosra számított száma, a járóbeteg- és a kórházi ellátás igénybevétele és az EHMI között.

## EREDMÉNYEK

### Az EHMI a világban és Magyarországon

2016-ban a vizsgált 195 ország közül az európaiak, valamint Kanada, Japán, Ausztrália és Új-Zéland egészségügyi ellátása a legjobb 10%-ba estek az EHMI-vel mérve. A legrosszabbak a Szaharától délre eső országok voltak. Magyarország a 40. helyen 82-es EHMI-t ért el, míg a Visegrádi országok EHMI értékei a következők voltak: Csehország 89, Szlovákia 83, Lengyelország 82. [1. táblázat] 1990-től 2016-ig 186 országban nőtt az EHMI, átlagosan 16,8 ponttal. Magyarországon az egészségügy eredményessége az 1990-es 66,4-ről 15,7 ponttal javult.

Az egyes halálokokra külön-külön vizsgálva a hazai egészségügyi rendszer 2016-os eredményességét, komoly eltérések figyelhetők meg. A fertőző betegségek ellátása kiválóan, többségükben 100 pontosnak adódott, a legalacsonyabb, 91 pont a hasmenéssel járó fertőző betegségek (a GBV projektben: *Diarrhoeal diseases*) esetében volt. Jóval alacsonyabb, 72 pontos volt csupán az újszülötteket érintő betegségek (*Neonatal disorders*) ellátása.

A magyar egészségügyi rendszer teljesítménye a legrosszabbnak a keringési rendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok megelőzése és gyógyítása területén bizonyult. A keringési betegségek esetében legkevesebb pontot, 40-et a magas vérnyomásos szívbetegségek (*Hypertensive heart disease*), 52-öt az iszkémiás szívbetegség (*Ischaemic heart disease*), legtöbbször, 61-et a reumás szívbetegségek (*Rheumatic heart disease*) ellátása kapta.

A rosszindulatú daganatos betegségek közül legalacsonyabbra, 55-re a nem-melanoma típusú bőrrák (*Non-Melanoma skin cancer, SCC*), 60-ra a méhnyakrák (*Cervical cancer*), 62-re a Hodgkin-limfóma (*Hodgkin's lymphoma*), legmagasabbra, 74-re a leukémia (*Leukaemia*), 80-ra a méhtestrák (*Uterine cancer*) ellátását értékelték.

Alacsonyra értékelték továbbá a gyomor és nyombél gyulladással járó betegségei (*Peptic ulcer disease*; 55), a veleszületett keringési rendszer betegségei (*Congenital heart anomalies*; 63), és magasra a krónikus légzőrendszeri betegségek (*Chronic respiratory diseases*; 94) valamint a vakbélgyulladás (*Appendicitis*; 97) ellátását.

### Az EHMI és az egészségügy más jellemzői közötti összefüggések

Az EHMI értékeinek az egészségügyi input, illetve output mutatókkal való összefüggését vizsgálva kitűnt, hogy az egy főre jutó egészségügyi kiadás igen jól korrelált az EHMI-vel ( $r=0,94$ ). Nagy hatékonysági (ráfordítás/eredményesség) különbségek voltak azonban megfigyelhetők az országok között még a magas EHMI tartományban is. [1. ábra]

Bár az USA, például Csehországgal azonos, 89-es EHMI-t ért el, annál közel 4-szer többet fordított az egészségügyre. A magyar egészségügy hatékonyságának javítási lehetőségét jelzi, hogy Lengyelország hazánknál 10%-kal kevesebbet költött egészségügyre 2016-ban, mégis Magyarországgal megegyező EHMI értéket kapott.<sup>iii</sup>

Az egészségügyi kiadásoknak a kormányzati költségvetésben való részaránya ( $r=0,93$ ) és az egy főre jutó magánkiadások ( $r=0,85$ ) is erős összefüggést mutattak az EHMI-vel. Igaz, a magánkiadásoknak a teljes egészségügyi kiadásokon belüli részaránya gyenge negatív korrelációt ( $r=-0,31$ ) mutatott, azaz a nagyobb arányú „zsebből” fizetett kiadás inkább csökkentette az EHMI értékét. Az országok társadalmi-gazdasági fejlettségét jelző SDI korrelációja ugyancsak magas volt ( $r=0,94$ ).

Az egészségügy teljesítményét jelző inputok közül az orvosok, nővérek és szülészek 1000 lakosra vetített száma jelentősebb ( $r=0,79$ ), míg a kórházi ágyak száma ennél gyengébb ( $r=0,63$ ) összefüggést mutatott az EHMI-vel. Az outputok, azaz a járó-, illetve fekvőbeteg-ellátás közepes erősségű korrelációt mutattak ( $r=0,56$  és  $r=0,64$ ) az index-szel.

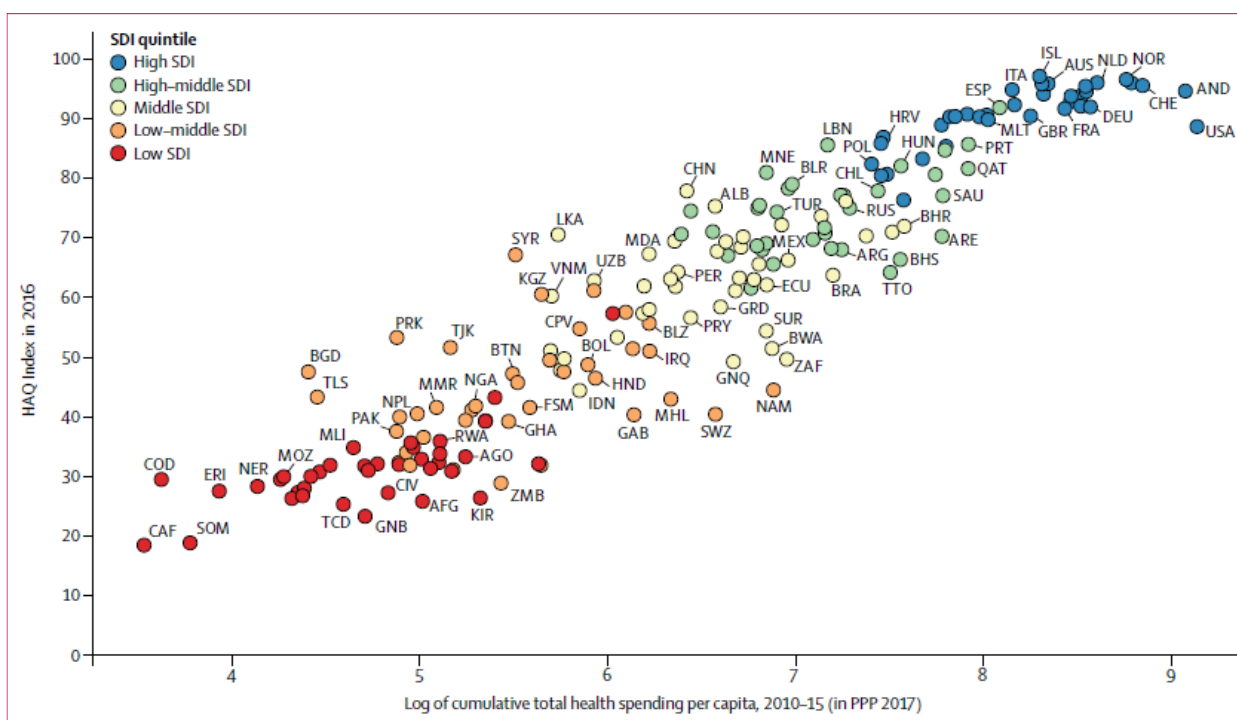
<sup>iii</sup> 2016-ban a teljes egészségügyi kiadás egy főre USD PPP-ben mérve az USA-ban 9823, Csehországban 2482, Lengyelországban 1784, Magyarországon 1967 volt. Forrás: OECD.Stat <https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SHA&lang=en#> (elérve: 2018. 08. 16.)

1. táblázat: A legjobban teljesítő országok az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége index (EHMI) alapján

	HAQ Index	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	LRIs	URIs	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	MMs lin cancer (SCC)	Breast cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Colon cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukemia	Rheumatoid HD	Ischaemic HD	Stroke	Hypertensive HD	Chronic respiratory	Peptic ulcer	Appendicitis	Hernia	Gallbladder	Epilepsy	Diabetes	Chronic kidney	Congenital heart	Adverse med treat	
Iceland [1]	97	100	98	76	100	100	100	100	100	100	100	72	100	95	99	96	100	100	98	100	87	96	94	100	100	100	100	98	85	100	100	94	93	
Norway [2]	97	100	99	90	100	100	100	100	100	100	100	95	75	97	95	95	100	100	95	100	91	90	100	100	87	100	100	99	78	85	100	88	100	
Netherlands [3]	96	100	97	81	100	100	100	100	100	100	80	74	97	86	97	97	100	99	97	100	95	100	100	100	100	99	92	84	94	97	89	100		
Luxembourg [4]	96	100	90	99	100	100	99	100	100	100	99	67	99	82	100	99	100	100	97	89	99	97	92	100	100	100	98	96	84	100	88	100	77	
Australia [5]	96	100	96	93	100	100	100	100	100	100	83	100	99	69	86	100	100	100	99	97	96	100	100	91	100	100	99	88	89	87	87	88		
Finland [6]	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	71	100	100	91	92	95	98	90	100	78	84	77	100	81	100	99	96	84	85	100	88	100	
Switzerland [7]	96	100	90	98	100	100	100	100	100	100	81	77	93	78	94	99	82	95	97	100	98	100	92	100	100	100	99	95	100	99	86	100		
Sweden [8]	95	100	99	86	100	100	100	100	100	100	95	73	98	86	96	88	100	94	79	100	81	90	96	100	83	100	100	98	90	86	97	92	99	
Italy [9]	95	100	99	100	100	100	100	100	100	100	86	67	98	74	100	99	96	88	67	86	99	98	70	100	100	99	92	100	99	89	86	94		
Andorra [10]	95	100	96	81	100	100	97	100	100	100	98	58	97	94	97	95	99	99	98	99	85	98	91	74	87	100	99	95	85	94	100	81	92	
Ireland [11]	95	97	97	85	100	100	100	100	100	100	88	73	92	89	92	89	95	95	83	97	83	99	97	95	90	100	99	94	86	100	91	80	98	
Japan [12]	94	95	90	71	100	100	100	100	100	100	100	27	100	100	92	100	92	92	95	100	99	76	99	93	98	100	100	90	100	100	79	84	99	
Austria [13]	94	100	99	100	100	100	100	100	100	100	89	42	89	84	96	91	95	83	95	98	87	100	74	100	99	100	99	97	95	80	90	73		
Canada [14]	94	100	95	81	100	100	100	100	100	100	70	57	94	79	94	92	97	100	97	91	76	93	100	93	98	100	99	97	82	84	79	93		
Belgium [15]	93	100	91	74	100	100	100	100	100	100	86	60	94	79	94	93	97	95	88	93	91	92	99	96	94	100	98	94	78	99	92	93	74	
New Zealand [16]	92	100	91	100	100	100	100	100	100	96	76	95	89	84	78	88	86	89	90	74	83	93	98	85	100	100	97	82	91	70	78	100		
Denmark [17]	92	100	90	84	100	100	100	100	100	100	79	53	87	86	91	88	98	85	99	100	97	89	100	98	75	100	98	90	84	78	86	83	95	
Germany [18]	92	100	96	83	100	100	100	100	100	100	86	66	92	83	98	94	96	96	37	89	87	97	71	100	86	100	95	75	91	82	88	79		
Spain [19]	92	99	98	98	100	100	100	100	100	100	88	57	84	60	87	87	79	78	83	82	100	99	96	100	100	98	89	100	100	90	90	84		
France [20]	92	99	89	89	100	100	100	100	100	100	84	62	89	79	87	86	90	86	69	91	100	100	98	100	100	99	97	79	96	99	83	63		
Slovenia [21]	91	99	100	98	100	100	100	100	100	100	97	56	83	88	93	78	84	73	94	81	95	87	68	100	88	100	95	88	93	100	92	51		
Singapore [22]	91	85	99	41	100	100	100	100	100	100	100	30	93	79	89	95	87	90	96	100	67	74	56	100	96	100	100	86	100	100	57	88	100	
UK [23]	90	100	94	68	100	100	100	100	100	100	78	80	85	77	93	87	99	94	96	97	85	90	84	80	76	100	87	81	71	93	100	72	84	
Greece [24]	90	96	100	90	100	100	100	100	100	100	86	64	85	78	83	81	85	72	58	100	68	77	80	100	91	100	100	100	100	76	74	66		
South Korea [25]	90	69	96	86	100	100	98	100	100	100	90	20	96	91	88	95	88	87	89	100	100	62	90	100	99	100	100	74	82	74	73	91	97	
Cyprus [26]	90	100	83	98	100	100	100	100	100	100	89	52	92	71	85	98	91	86	83	70	74	93	76	98	100	100	100	74	97	72	66	94	72	
Malta [27]	90	100	100	79	100	100	100	100	100	100	69	63	84	72	81	94	83	75	56	87	69	89	81	99	94	100	97	98	83	84	75	93	90	
Czech Republic [28]	89	100	96	77	100	100	100	100	100	100	92	67	85	67	87	72	83	84	95	86	68	84	70	100	71	100	97	78	86	90	83	94	79	
USA [29]	89	100	82	58	100	100	100	100	100	100	81	67	92	100	86	99	93	96	100	79	80	66	78	55	76	95	100	99	94	100	62	54	71	70
Croatia [30]	87	86	98	97	100	100	100	100	100	100	76	38	77	92	97	71	77	86	96	86	65	58	53	100	71	100	86	82	72	93	73	76	80	
Estonia [31]	86	74	100	76	100	100	100	100	100	100	98	47	75	76	96	80	75	88	89	73	61	72	26	100	65	100	100	96	63	75	73	82	77	
Portugal [32]	86	83	91	71	100	100	100	100	100	100	92	54	80	66	79	76	72	63	34	87	100	74	92	98	95	100	96	82	94	91	76	88	75	
Lebanon [33]	86	90	75	97	100	100	90	100	100	98	60	60	85	73	77	80	72	61	46	100	57	97	78	91	100	100	99	89	80	66	43	73		
Taiwan (Province of China) [34]	85	78	91	67	100	100	93	100	88	100	80	20	91	82	86	94	87	95	100	93	87	63	61	100	77	97	100	64	75	60	55	69	83	
Israel [35]	85	100	90	73	100	100	100	100	100	99	91	62	75	73	72	68	71	58	29	79	86	82	98	91	100	100	99	89	76	84	56	88	62	
Slovakia [36]	83	97	89	61	100	100	95	100	100	100	76	48	74	73	80	74	81	77	98	83	51	61	56	98	62	100	88	73	65	88	69	65	76	
Bermuda [37]	83	100	95	69	100	100	100	100	100	100	86	52	77	61	95	87	71	60	54	98	59	60	67	84	69	73	74	99	89	73	50	77	63	
Puerto Rico [38]	83	95	81	44	100	100	100	100	100	93	63	40	83	66	100	99	86	82	79	91	61	68	50	86	96	87	97	74	74	46	36	71	54	
Poland [39]	82	80	100	74	100	100	100	100	100	100	80	53	78	33	83	50	73	68	96	72	64	69	66	100	63	99	91	92	74	81	75	68	70	
Hungary [40]	82	96	91	95	100	100	100	100	100	100	73	55	72	60	80	64	71	62	74	81	52	61	40	94	55	97	81	66	88	82	76	63	87	
Qatar [41]	82	86	89	88	100	100	98	100	99	97	66	53	68	50	64	59	63	41	32	100	50	87	94	82	100	100	100	91	71	48	46	76		
Montenegro [42]	81	91	96	99	100	100	75	100	100	100	67	46	69	63	73	58	62	51	46	77	58	38	98	100	82	100	100	85	98	68	55	94	63	
Latvia [43]	81	69	99	69	100	100	100	100	100	99	88	36	67	56	92	63	64	71	75	69	45	46	51	100	60	100	100	87	67	69	77	74	65	
Kuwait [44]	81	83	85	56	100	100	100	100	100	100	70	33	73	49	78	69	72	59	66	99	48	68	33	85	97	88	100	100	83	92	50	39	60	
Lithuania [45]	80	58	97	66	100	100	100	100	100	100	89	38	70	50	95	67	70	81	95	64	42	56	56	100	51	92	91	72	67	76	84	64	68	
Belarus [46]	79	61	100	83	100	100	100	100	100	100	82	35	66	59	79	63	60	58	69	58	18	41	53	100	76	94	98	83	78	93	83	52	40	
Romania [47]	78	60	73	50	100	100	100	100	100	100	92	69	43	66	61	79	72	67	63	69	79	52	38	36	100	75	98	88	96	81	90	67		



1. ábra: Az EHMI és a teljes egészségügyi kiadás összefüggése, 2016



Forrás: GBD 2016

## MEGBESZÉLÉS

Magyarországon az egészségügyi rendszer eredményességét főként halandósági adatokkal, kiemelten a várható élettartammal szokás jellemezni. Új szakaszt nyitott azonban egy 2013-as miniszteri rendelet a hazai egészségügyi rendszer teljesítményértékeléséről.<sup>7</sup> A 2016-ban megjelent első, nemzetközi gyakorlat szerint elkészített jelentésben ugyanis közel 100, az egészségügyet különböző szempontból jellemző mutató szerepelt.<sup>8,9</sup> Ezek között megjelent az EHMI alapját képező megelőzhető és elkerülhető halálozás is. Érdeemes megjegyezni, hogy a megfelelő orvosi ellátással elkerülhető halálozást - mint az ellátás minőségi indikátorát - több mint 40 éve, már 1976-ban ajánlották, és az első magyarországi elemzés eredményeit már 1991-ben közreadták, de Magyarországon hivatalos dokumentumban több mint 25 évvel később, a 2016-os jelentésben közölték először ezt a mutatót.<sup>10,11</sup>

Az egészségügy eredményességének a megelőzhető és elkerülhető halálozással történő mérésében a GBV projekt nagy „újítása” az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők hatásának kiszűrése.

A kockázati tényezők, illetve a rákhalálozás esetében az új esetek figyelembevételével tulajdonképpen azt érik el, hogy az egészségügy teljesítményét a megelőzési és ellátási szükségletekhez viszonyítják. Az egészségügyi ellátás igénybevételének szükségletre történő korrigálása már a 2000-es évek közepétől ismert eljárás, és Magyarországon is történtek ilyen vizsgálatok.<sup>12,13</sup> A szükséglet jövedelmi különbségeit kiszűrve például ki lehetett mutatni, hogy Magyarországon a kórházi ellátást inkább a magasabb jövedelműek, míg az alapellátást az alacsonyabb jövedelműek veszik igénybe – azonos ellátási szükséglet esetén.<sup>14</sup> Az EHMI a szükségletre korrigálás miatt az egészségügyi rendszerek eredményességére vonatkozóan az eddigieknél megbízhatóbb összetvetési lehetőséget biztosít.

Az EHMI 2016-os értékei összességében megbízhatóknak tűnnek, hiszen az országok és országrészek egymáshoz viszonyított helyzete összhangban van a korábban más módszerrel végzett értékelésekkel, az azokra épülő szakmai elvárásokkal. Így például a hazai egészségügy teljesítményét az élenjáró európai országokéhoz viszonyítva jelentősen javíthatónak értékelte az EU Gazdasági-pénzügyi

Főigazgatóságának egy 2015-ös elemzése.<sup>15</sup> „Kifejezetten Csehország, Litvánia és Szlovákia mutatja a legalacsonyabb hatékonyságot a legtöbb vizsgált modell alapján. Magyarország, Lettország, Lengyelország és Észtország csak kicsivel jobbak, mint az előző csoport, de ugyancsak alacsony hatékonyságúak.” – írják e tanulmányban a szerzők. Számításaik szerint Magyarországon az elkerülhető halálozás több mint 60%-kal kisebb, a születéskor várható élettartam közel 4 évvel hosszabb lenne, ha a magyar egészségügyi rendszer hatékonysága az élenjárókéval megegyezne.

Talán a szakembereknek nem okozott meglepetést, hogy a GBV projekt elemzése is kimutatta, a magyarországi egészségügynek két területen igen rossz a teljesítménye: a keringési betegségek valamint a rosszindulatú daganatok megelőzése és gyógyítása területén. Hasonló következtetésre jut a hazai teljesítményértékelési jelentés „Kiemelt területek” című melléklete, amely szerint az egészségügyi rendszer céljainak elérése érdekében részletes vizsgálatot, esetleges beavatkozást indokol „...a megelőzhető és elkerülhető halálozás magas értéke – különös tekintettel a korai halálozásra, a keringési rendszer betegségeire és a daganatokra”.<sup>16</sup>

A magyar egészségügyi rendszer kedvezőtlen minősítéséhez minden bizonnyal hozzájárulnak a nem kielégítő inputjai is. A GBV projekt összefüggés-elemzésének eredményei szerint az alacsonyabb egészségügyi kiadások, valamint a magánkiadások magasabb részaránya az egészségügyi költségvetésben az ellátás rosszabb hozzáféréssel és minőségével jár együtt. Valószínűsíthető, hogy ezek az összefüggések szerepet játszhatnak a hazai egészségügy gyengébb teljesítményében is. Ezt támasztja alá a Magyar Nemzeti Bank egyik elemzőjének a 2017-es tanulmányában tett megállapítása, miszerint: „...Magyarországon a közkiadások szintje elmarad, miközben a háztartások közvetlen egészségügyi kiadása meghaladja a nemzetközi és régiós átlagot.”<sup>17</sup>

Végezetül érdemes végiggondolni, hogy a magyar egészségügyi rendszer teljesítményére vonatkozó

adatok alapján milyen intézkedések vezethetnek eredményességének jelentős javításához. Célszerűnek látszik az egészségre fordítható kormányzati költségvetést legalább a régiós átlag szintjéig növelni. Ez egyúttal a magánkiadások részarányának csökkenését is eredményezné, és e két változás önmagában is az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférést és az ellátás minőségének javulását hozná magával.

További pozitív előrelépés várható a hazai egészségügy erőforrásainak az elsődleges megelőzést előtérbe helyező átstrukturálásától, mert ahogy a GBV tanulmánya figyelmeztet, „az egészségügy kihívásai elviselhetetlenné válnak, ha a jelenlegi reaktív modelljét nem módosítja a proaktív működés irányába”.<sup>4(2257.o.)</sup> Másképpen, „a hazai egészségügyi rendszer hatékonyságának növeléséhez a gyógyításról a megelőzésre szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni, és ennek megfelelően a korábbinál több erőforrást biztosítani”.<sup>18(11.o.),iv</sup> A megelőzhető és elkerülhető halálozási elemzések szerint a magyar egészségügyi rendszer optimális működésével a 2015-ben elhunytak több mint harmada, a 65 évnél fiatalabbak háromnegyede maradt volna életben.<sup>19</sup> Az eredmények azt mutatják, hogy népegészségügyi beavatkozásokkal az orvosi ellátáshoz viszonyítva egyértelműen több életet lehetne megmenteni Magyarországon. A betegségekhez, illetve kockázati tényezőkhöz köthető egészségvesztések, valamint a halandósági elemzések arra mutatnak, hogy az egészségügyi rendszer erőforrásainak célszerű átrendezése, különösen a népegészségügy megerősítése szükséges ahhoz, hogy a lakosság egészsége az ország társadalmi-gazdasági szintjén elvárhatót mielőbb elérje.

A nemzetközi tapasztalatok egyértelműen bizonyítják, hogy a hazai egészségügyi rendszer népegészségügyi szemléletű megújítása szükséges az eredményességhez, különösképpen a keringési rendszer és a rosszindulatú betegségek területén történő javításához, és ahhoz, hogy országunk az évente felállított EHMI világrangsorban előre léphessen.

<sup>iii</sup> A hazai egészségügyi rendszer megváltoztatásának szükségességéről és a lehetséges megoldásokról részletesebben lásd az Egészségjelentés 2016 Vezetői összefoglalóját!

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Global Burden of Disease (GBD) <http://www.healthdata.org/gbd> (Elérve: 2018. 08. 16.)
- <sup>2</sup> Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M. Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére. LAM, 2015;25:283–290.
- <sup>3</sup> GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2017;390(10091):231-266. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8.
- <sup>4</sup> GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;391(10136):2236-2271. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2
- <sup>5</sup> Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. BMJ, 2003;327:1129-32. doi: 10.1136/bmj.327.7424.1129
- <sup>6</sup> Amenable and preventable deaths statistics. Statistics Explained, Eurostat. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics) (Elérve: 2018. 08. 16.)
- <sup>7</sup> Az emberi erőforrások minisztere 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelete az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésének eljárásrendjére vonatkozó szabályokról
- <sup>8</sup> Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. (szerk.) Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. World Health Organization, 2016.
- <sup>9</sup> Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest, 2016. <https://mertek.aeek.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekese/jelentes-2013-15> (Elérve: 2018. 08. 18.)
- <sup>10</sup> Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care. N Engl J Med 1976;294:582-8. doi: 10.1056/NEJM197603112941104
- <sup>11</sup> Boján F, Vargáné Hajdú P, Belicza É. Avoidable mortality is it an indicator of quality of medical care in Eastern European countries? International Journal for Quality in Health Care, 1991;3:191-203. doi: 10.1093/intqhc/3.3.191
- <sup>12</sup> van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ, 2006;174,177-183. doi: 10.1503/cmaj.050584
- <sup>13</sup> Vitrai J, Bakacs M, Kaposvári Cs, Németh R. Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. LAM, 2010;20:527–532.
- <sup>14</sup> Vitrai J. Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF adatai alapján. In: Európai lakossági egészségfelmérés – Tanulmányok III. Az egészségi állapot és az egészségügyi ellátórendszer. KSH, 2013, Budapest. 21-40.
- <sup>15</sup> Medeiros J, Schwierz C. Efficiency estimates of health care systems in the EU. Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission. 2015 Brüsszel.
- <sup>16</sup> Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja 2016. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Melléklet: Kiemelt területek. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest <https://mertek.aeek.hu/documents/68031/186704/17.Kiemelt+teruletek.pdf/f7b9e65c-a0f8-5aaf-1b9d-08c0860bab08> (Elérve 2018. 08. 18.)
- <sup>17</sup> Asztalos P. A háztartások közvetlen hozzájárulása az egészségügyi kiadásokhoz Magyarországon. Statisztikai Szemle, 2017;95(8–9):873-900. doi: 10.20311/stat2017.08-09.hu0873
- <sup>18</sup> Bakacs M et al. Egészségjelentés 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. Szerk. Varsányi P, Vitrai J. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017.
- <sup>19</sup> Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P. Hazai egészség-pillanatkép, 2017. Egészségfejlesztés. 2017;58(4):59-75. doi: 10.24365/ef.v58i4.205