

A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése

Értékelési terv

Első értékelési időszak (2013–2015)

Felelős szerv: GYEMSZI

Az Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési
Munkacsoportja által jóváhagyva:

2014. szeptember

I. Bevezetés

A 36/2013 (V.24.) EMMI rendeletben foglaltaknak megfelelően, a GYEMSZI javaslatot tesz az egészségügyi teljesítményértékelés 2013–2015-ös évekre vonatkozó első időszakának értékelési tervére. A teljesítményértékelés célja, hogy képet adjon az egészségpolitika értékelési időszakban lezajlott fontosabb eseményeiről, illetve hogy az adatok oldaláról megközelítve képet adjon a magyar egészségügyi rendszert érő kihívásokról, valamint – egy-egy területet kiemelve – arról, hogy ezek a kihívások és a rá adott szakpolitikai válaszok hogyan viszonyulnak egymáshoz.

A WHO definícióját (I. Tandon, A. et al., 2000) követve az egészségügyi rendszerek három végső célja azonosítható: a lakosság egészségi állapotának javítása, a felhasználók nem egészségügyi vonatkozású igényeinek való megfelelés és az egyenlő hozzáférést biztosító finanszírozás kialakítása. Az ezekhez kapcsolódó köztes célok a WHO megközelítésében és az értékelési tervben: az ellátáshoz való hozzáférés (elérés), az ellátás minősége (megfelelősége, biztonsága, időszerűsége és eredményessége) és az ellátás hatékonysága. Az igazságosság (equity) horizontális célként mind a végső, mind a köztes célok esetében vizsgálható és vizsgálendő. Az elemzés és értékelés során vizsgálni kell a területi, nemek közötti, intergenerációs egyenlőtlenségeket.

Az értékelési terv a teljesítményértékelés tárgyaként az egészségügyi ellátórendszert, a népegészségügyet és az általuk közvetlenül befolyásolható kimeneteket veszi tekintetbe. Az ezen kívül eső egyes területek, pl. a társadalombiztosítás pénzbeli ellátásai és a szociális ellátás, szoros kapcsolatban vannak ugyan az egészségügyi rendszer teljesítményével, közvetett jellegük miatt mégsem kívánjuk bevonni az értékelésbe. A magánfinanszírozású ellátókkal kapcsolatban rendelkezésre álló adatok köre nagyon szűk. Egyes folyamatban lévő projekteknek köszönhetően ez a közeljövőben várhatóan bővülni fog, azonban ezen túlmenően szükséges megkezdni az átfogó adatgyűjtést is. Az értékelési időszakra vonatkozóan természetesen csak a már hozzáférhető adatok képezik majd részét a jelentésnek, mivel egy bevezetésre kerülő új, átfogó adatgyűjtés eredményei várhatóan csak később állnak majd rendelkezésre.

Az értékelés a következő kérdésekre keresi a választ:

1. Milyen a magyar lakosság egészségi állapota?
2. Az egészségügyön kívül milyen egyéb tényezők befolyásolják a lakosság egészségét?
3. Biztonságos és jó minőségű ellátást kap-e a lakosság?
4. Mennyire elégíti ki az egészségügy a lakosság elvárásait?
5. Mennyire igazságos az egészségügy finanszírozása?
6. Mennyire igazságos az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés?
7. Az egészségügy működése mennyire hatékony és fenntartható?
8. Milyen humán erőforrás áll az egészségügy rendelkezésére?

+1 Milyen az infarktus-ellátás minősége és eredményessége?

+2. Milyen a tbc-ellátás minősége és eredményessége?

A tervezett értékelés részét képezi a vizsgált időszak egészségügyi reformjainak, legfontosabb intézkedéseinek ismertetése. Ezt követi a jelen tervben részletezett indikátorok értékeinek táblázatos és grafikus megjelenítése, rövid szöveges értékeléssel. Az indikátorokban bekövetkezett változások okainak részletes, komplex statisztikai módszertannal (pl.: többváltozós regresszió) történő feltárását jelen terv nem tekinti az értékelés feladatának. Kiemelt intézkedések esetében előtte-utána típusú elemzések készíthetők.

Az értékelési terv tartalmazza az értékelési ciklusra kijelölt két fókuszterületet: a szívinfarktus és a TBC ellátását. Előbbi rendkívüli betegségterhe miatt érdemel kiemelt figyelmet, utóbbi pedig a területen kialakult értékelési gyakorlat és szakmai konszenzus révén jó lehetőséget biztosít arra, hogy mintául szolgáljon programértékelések elvégzéséhez. A fókuszterületeket az értékelési terv utolsó fejezetében található külön indikátorok is értékelik, ugyanakkor az általános indikátorok vizsgálatakor is külön figyelmet kapnak majd.

Az értékelési tervben szereplő indikátorok egy jelentős része előállítható a Magyarországon ma is gyűjtött adatokból. Mindazonáltal szükséges négy új adatgyűjtés elindítása is:

- egyrészt az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) módszertana szerinti, minimum kétéves rendszerességű és az egészségügyi térségeknek megfelelő felbontást lehetővé tévő kérdőíves felmérés,
- másrészt egy nagy mintájú, minden fekvőbeteg- és mentális betegséget ellátó intézményre kiterjedő, intézményszinten elemezhető betegelégedettségi felmérés,
- harmadrészt a leghátrányosabb helyzetű csoportok ellátáshoz való hozzáféréseinek mérése céljából egy különálló kérdőíves felmérés,
- negyedrészt pedig a magánfinanszírozott ellátásokkal kapcsolatos alapvető forgalmi, minőségi adatokat tartalmazó felmérés.

Ezen túlmenően szükség lehet olyan módszertani változtatásokra, mint pl. az infarktus fókuszterület mérésénél a különböző kórformák elkülönítésére a BNO-osztályozásban. Hosszú távon hasznosnak tartjuk egy külön adatgyűjtés létrehozatalát az intézetben (szociális- vagy időszotthonban, büntetés-végrehajtási intézetben, stb.) élők egészségi állapotát illetően is.

Módszertani szempontból egy-egy indikátor képzésénél az a célunk, hogy nagyszámú földrajzi, szakmai, ellátási forma szerinti, stb. dimenzió mentén megbontott indikátorok részletes adatainak háttérben folyó elemzése vezessen végül a legrelevánsabb eredmények megjelenítéséhez. Mindemellett az országos, illetve a legtöbb esetben a térségi, megyei bontást minden indikátor esetében publikálni fogjuk. Az eredményeket a korábbi időszakok rendelkezésre álló adataival, és nemzetközi mutatókkal is össze kívánjuk vetni.

A jelentés célcsoportját elsősorban az egészségpolitikai döntéshozók és döntéselőkészítők képezik. A célcsoport kiterjesztése, esetleg többféle kiadvány elkészítése a következő értékelési időszakban megfontolható.

Az értékelési terv készítésekor felhasználtuk a holland (Westert et al., 2010), a belga (Vrijens et al., 2012) és az észt (Veillard et al., 2010) teljesítményértékelési jelentéseket.

II. Módszertan

Az egészségügyi rendszer funkcióinak és céljainak tekintetében a WHO által kidolgozott, az ábrán is látható koncepcióra alapoztuk az elemzés struktúráját. A mutatók kiválasztása szintén nemzetközi példák, elsősorban az Észtországban, Belgiumban és Hollandiában már létező teljesítményértékelési jelentések figyelembe vételével, valamint a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében a WHO és az OECD által publikált indikátorok körének áttekintésével történt meg. Mindemellett a magyar rendszer és egészségpolitikai igények sajátosságainak való megfelelés is hangsúlyt kapott a jelentés szerkezetének kialakítása során. E specifikumot például az egészségügyért felelős Miniszter által kijelölt fókuszterületek vizsgálata jeleníti meg, miközben más országokban előtérben lévő területek – pl. a pszichiátriai vagy a palliatív ellátás – nem kapnak kiemelt figyelmet.



Forrás: Gaál et al., 2012 alapján

A teljesítményértékelési jelentés egészségpolitikai eseményeket és stratégiákat bemutató első két fejezetében kerülnek elsősorban megemlítésre a WHO koncepciójában az egészségügyi rendszer funkciói alá tartozó témák, míg a negyediktől a nyolcadik fejezetig terjedő szakasz kvantitatív mérőszámok mentén járja körül a koncepcióban nevesített közbülső és végső célokat. A harmadik fejezet az egészségi állapot egészségügyi rendszeren kívüli – tehát a WHO-keretrendszerben inputként szereplő – egyes befolyásoló tényezőivel foglalkozik.

A közbülső célok közül az ábrán látható hozzáférési igazságosság esetében a hozzáférés helyett az elérés kifejezést használjuk, melyet a vele szorosan összefüggő infrastruktúrára vonatkozó mutatókkal közösen tárgyalunk. Az igazságosság nem kerül külön említésre a vizsgált területek között, mivel horizontális dimenzióknak tekintjük, melyet minden egyéb dimenzió vizsgálatakor figyelemmel kísérünk.

A végső célok közül az egészségre vonatkozó mutatók a demográfiai, mortalitási és morbiditási adatokra vonatkozó fejezetben találhatóak, míg a koncepció szerint rugalmasságnak nevezett cél értékelése a Betegközpontúság című alfejezetben található.

A mutatók vizsgálata során magas szinten aggregált adatok térben és időben való eltéréseit, változásait követjük nyomon. Előbbi egyfelől egyes országos adatok nemzetközi referenciákkal való összehasonlítását, másrészt az egészségügyi régiók egymással való összevetését jelentheti, míg utóbbi a mutatók idősoros vizsgálatára utal.

Egyes dimenziók mentén részletesebb bontásban ismertetünk adatokat, ha jelentősen eltérnek a makró szinten bemutatott értékektől, a magasabb szinten aggregált adatokat jelentősen befolyásolják, vagy az egészségügyi rendszer teljesítménye, esetleg az egészségpolitikai döntéshozatal szempontjából kiemelten lényegesnek tűnnek. Példa erre egyes szélsőségesen előregedő szakmák korfája, az egészségügyi régió átlagánál jelentősen alacsonyabb, azt számottevően csökkentő ágykihasználtsággal rendelkező intézmény mutatói, valamint az országosan vagy adott intézményben kiugróan magas értékben felírt gyógyszerek forgalmi és költségei adatai a top listák szerint, és így tovább.

A következő dimenziók mentén vizsgálunk – és a fent említett esetekben közlünk – részletesebb adatokat:

- **Lakosságra vonatkozó adatok körében:** Nem, kor, lakhely, település mérete, település típusa, szocioökonómiai státusszal összefüggésben lévő mutatók, TEK szerinti hovatartozás
- **Egészségügyi struktúrára vonatkozó adatok körében:** Szolgáltató földrajzi helyzete, érintett szakma (lásd: 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2.sz. melléklet), ellátási forma (lásd: 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2.sz. melléklet) és progresszivitási szint (lásd: 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet), ellátó típusa, tulajdonos/fenntartó
- **Egészségügyi ellátásra vonatkozó adatok körében:** HBCS, HBCS súly, BNO, OENO, ápolási idő, időszak, beteg attribútumai (lásd: lakosságra vonatkozó adatok), ellátó attribútumai (lásd: egészségügyi infrastruktúrára vonatkozó adatok)
- **Gyógyszerre vonatkozó adatok körében:** TTT, ATC, hatóanyag, gyártó, brand, támogatási jogcím, támogatási forma és támogatási összeg (top listák szerint is)
- **Az E. Alapra vonatkozó adatok körében:** Költségvetési sorok szerint (külön kitérve a gyógyászati segédeszköz javítás és kölcsönzés tételeire)

A mortalitási adatok elemzése során a teljesítményértékelési jelentés vizsgál két speciális csoportosítást: a megelőzhető és az elkerülhető halálozások körét. Ezeknek pontos meghatározását a vonatkozó melléklet tartalmazza.

Az alkalmazott elemzési módszerek terén az első teljesítményértékelési jelentés során elsősorban a deskriptív statisztika eszköztárából egyes időben vagy térben eltérő állapotok összehasonlítására szolgáló módszerekre fókuszálunk. Ezek a módszerek alkalmasak adott intézkedések, komplex intézkedés-csomagok bevezetése előtti és utáni állapot összehasonlítására, időbeli változások nyomon követésére, azonban ok-okozati kapcsolatok kimutatására nem képesek. Az első jelentés esetében azonban a túlzottan bonyolult statisztikai módszerek elkerülése mellett szóló érv a jelentés készítésének folyamatával,

erőforrásokkal, rendelkezésre álló adatokkal kapcsolatban fennálló bizonytalanság, valamint a megvalósíthatóság biztonságának kiemelt fontossága. (Erről a problémakörrel, illetve a későbbiekben felhasználható módszerekről lásd még Mihalicza et al., 2014)

III. Irodalomjegyzék

- Gaál P.; Szigeti Sz.; Evetovits T.; Lindeisz, F.: Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései. Egészségügyi Gazdasági Szemle 50(1): 7–15.; 2012. http://www.weborvos.hu/adat/files/2012_szeptember/egsz21.pdf, letöltve 2014. júl. 14.
- Mihalicza P.; Gyenes P.; Babarczy B.: A rendszerszintű egészségügyi teljesítményértékelés bevezetésének első lépései Magyarországon. Egészségügyi Gazdasági Szemle 52(1): 7-12.; 2014. http://www.weborvos.hu/adat/files/2014_aprilis/egsz.pdf, letöltve 2014. júl. 14.
- Page, A.; Tobias, M.; Glover, J.; Wright, C.; Hetzel, D.; Fisher, E.: Australian and New Zealand atlas of avoidable mortality. Adelaide: Population Health Information Development Unit, University of Adelaide; 2006. <http://www.adelaide.edu.au/phidu/publications/2005-2009/avoidable-mortality-aust-nz.html>, letöltve 2014. júl. 14.
- Tandon, A.; Murray, C.; Lauer, J.; Evans, D.: Measuring overall health system performance for 191 countries. (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 30.) Geneva: World Health Organization; 2000. <http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>, letöltve 2014. júl. 14.
- Veillard, J.; Lai, T.; Bevan, G.: Estonia Health System Performance Assessment 2009 Snapshot. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2010. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/publications/2010/estonia-health-system-performance-assessment.-2009-snapshot>, letöltve 2014. júl. 14.
- Vrijens, F.; Renard, F.; Jonckheer, P.; Van den Heede, K.; Desomer, A.; Van de Voorde, C.; Walckiers, D.; Dubois, C.; Camberlin, C.; Vlayen, J.; Van Oyen, H.; Léonard, C.; Meeus, P.: Performance of the Belgian Health System, Report 2012. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. <https://kce.fgov.be/publication/report/performance-of-the-belgian-health-system-report-2012#.U84Nr7HI2So>, letöltve 2014. júl. 14.

Westert, G.P.; Van den Berg, M.; Zwakhals, S.; Heijink, R.; de Jong, J.; Verkleij, H.: Dutch health care performance report 2010. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment; 2010.

http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf, letöltve 2014. júl. 14.