

ÉRSEK KATALIN–GULÁCSI L. ÁDÁM–MIKUDINA BOGLÁRKA

HOGYAN FIZESSÜK A SZÁMLÁT? EGÉSZSÉGÜGYI REFORM HOLLANDIÁBAN

2006-ban Hollandiában egészségügyi reformot hajtottak végre, amely kínálatvezérelt helyett keresletvezérelt rendszerré alakította a holland egészségügyet. Az egészségügyi ellátást magánellátók végzik, magánbiztosítókkal kötött szerződés alapján. Mindannyian a szabályozott piac keretein belül működnek, ami biztosítja az egészségügyi alapellátást az állampolgárok számára. A Magyar–Holland Egészség-gazdaságtani Konferencián Niek Klazinga professzor bemutatta a reform elemeit és első tapasztalatait, a szolidaritás és egyenlő hozzáférés témakörét is érintve. Az egészségügyi ellátók és kórházak finanszírozásán túl a minőség előtérbe helyezése is az előadás témája volt – továbbá az, hogy Magyarország mit tanulhatna a holland példából.

1. HÁTTÉR

A hazai egészségügyi reformtervezetek kidolgozása során, 2007–2008 folyamán az egészségügyi kormányzat a hollandiai egészségügyi reform lépéseit tekintette követendő példának, és a hollandiai egészségügyi reform alapvető elemeit készült hazánkban is bevezetni. Ezek közül a legfontosabb volt a versengő profitorientált egészségügyi biztosítás bevezetése hazánkban, 24 egészségbiztosító részvételével. Abban az időszakban a holland reformról is kevés tapasztalat állt rendelkezésre, hiszen a reform bevezetésére 2006. január 1-jén került sor, illetve a hazai körülmények sem tettek lehetővé a tárgyyszerű szakmai vitát. Most, néhány év elteltével *Klazinga* és *Boncz* professzorok, mindketten a Budapesti Corvinus Egyetem címzetes tanárai, valamint *Mihályi* és *Dózsa* professzorok tekintették át a hollandiai egészségügyi reform eddigi történéseit, eredményeit és fogalmaztak meg tanulságokat a jövőbeni hazai egészségügyi reformok számára.

2. A HOLLANDIAI EGÉSZSÉGÜGY ÉS A REFORM BEMUTATÁSA

Az 1980-as évek vége óta tervezett reform bevezetésével Hollandia elmozdult a dereguláció és a betegbiztosítók piaca felé. 1995-ig az összes biztosító ugyanakkora bizto-

A tanulmány *Niek S. Klazinga* (a Budapesti Corvinus Egyetem vendégprofesszora) „Health Care Reforms in The Netherlands – should Hungary go Dutch?” című előadása, *Boncz Imre* (a Pécsi Tudományegyetem tanszékvezető egyetemi docense, a Budapesti Corvinus Egyetem címzetes docense) „Dutch and Hungarian health care system and health policy: similarities and differences” című előadása, illetve *Mihályi Péter* (a CEU professzora) „Towards competitive health insurance markets – Reforms in the Netherlands and Hungary” és *Dózsa Csaba* (a BCE docense) „What could be learned from the »Classics«?” című hozzászólása alapján készült. Az előadások és hozzászólások a Budapesti Corvinus Egyetemen 2009. március 5-én tartott minikonferencián hangzottak el. A szerzők az elhangzottakhoz saját véleményüket is hozzáfűzték a magyarországi tanulságok bemutatása során.

sítási díjat szedett, 1996 után a biztosítási díj szintje valamelyest csökkent, de a biztosítók által szedett díjak nagyságában különbség keletkezett. Ez azt jelentette, hogy ha egy átlagos bruttó jövedelmű biztosított a legdrágább megbiztosítóról a legolcsóbbra váltott, akkor évente kevesebb, mint 44 euró megtakarítást érhetett el [Gref 2002]. 1995–1999 között a biztosítók taglétszámában 10–20 ezer főnyi növekedés vagy csökkenés következett be, ennek a jelentősége minimális.

A holland rendszerben az elmúlt évekig két eleme volt az egészségbiztosítási díjaknak: a magyar fogalmak szerinti, az állam által központilag megállapított és beszedett százalékos egészségbiztosítási járulék és egy, az egészségbiztosítók által megállapított és beszedett fix díj. A holland rendszer első pillérében (AWBZ séma) a százalékos egészségbiztosítási járulékot a munkavállalók fizették (13,25 százalék) egy központi alapba és nem az egészségbiztosítóknak. A második pillérben (ZFW) a munkavállalók (1,25 százalék) és a munkáltatók (6,75 százalék) közösen fizették a százalékos járulékot, szintén egy központi alapba. Itt azonban volt egy fix összegű (239–390 euró/év) díj is, amit a biztosítók állapítottak meg és ők szedték be közvetlenül, ebben volt lehetőségük versenyezni is.

A rendszer fenntartható finanszírozhatósága érdekében jelentős lépések történtek 2000 óta, amelynek során új rizikófaktorokat vettek figyelembe: 2002-ben bevezették a *Pharmacy-based Cost Groups* (PCGs – Gyógyszeralapú költségcsoportok) 2004-ben a *Diagnostic Cost Group* (DCGs – Diagnózisalapú költségcsoportok, magyar fogalmak szerinti HBC-k) fogalmait, illetve figyelembe vették azt is, hogy a biztosított alkalmazottként dolgozik-e. Az egészségbiztosítási modell magyarázó értékének növekedése miatt a kormányzat az „*outlier risk sharing threshold*”-ot azaz a megbiztosító biztosítási küszöbértékét 4 545 euróról 12 500 euróra emelte a 2006-os reformok során. Minél magasabb ez a küszöbérték, annál több biztosított kerül a biztosított körbe, illetve annál biztonságosabb a biztosító működése.

A rizikószelekció csökkentése érdekében 2006-ban *rizikókiegyenlítési rendszert* vezettek be. A rizikókiegyenlítő alap bevételei kötelezően fizetendő jövedelemarányos hozzájárulásokból származnak. 2006-ban ez az összeg a biztosítók bevételeinek 50 százalékát tette ki. A megelőző években a megbiztosítók korábbi jövedelemarányos bevétele 90 százalékról (2000) 78 százalékra csökkent. Ezzel párhuzamosan, a fejenként fizetett járulék (18 év felett) növekedett, 188 euró volt 2000-ben, 350 euró volt 2003-ban és 1050 euró lett 2006-ra [van de Ven 2007]. 2006 januárjában jelentős piaci reformot vezettek be az egészségügyben, amelynek egyértelműen az a célja, hogy erősítsék a finanszírozók vásárlási pozícióját [Custers et al 2006].

Ezzel párhuzamosan változott az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának a mechanizmusa is. A változások röviden úgy foglalhatók össze, hogy a korábbi, egy bizonyos jövedelemhatár alatt kötelező, akut ellátásra kiterjedő egészségbiztosítás és a bizonyos jövedelemszint felett önkéntesen választható magánbiztosítás összeolvadt egy új, kötelező és magánbiztosítók által kínált, akut ellátást fedező alapszolgáltatássá. Ez az új biztosítás nagyjából ugyanaz, mint a korábbi kötelező biztosítás volt. Minden biztosító mindenki jelentkezését köteles elfogadni, és mindenki a biztosító által kalkulált díjat fizeti. Emellett minden jövedelemmel rendelkező biztosított után jövedelemtől függő hozzájárulást fizet a munkaadó, amely a jövedelem 6,5 százaléka.

Verseny a biztosítási járulék területén van a biztosítók között, mert a biztosítók adhatnak 10 százalékos árengedményt. 2005 végén az emberek 18 százaléka váltott biztosítót, főleg egyedülálló, jó keresetű fiatalok [van de Ven 2007].

A biztosítók egyeznek meg a szolgáltatóval az ellátások, kezelések áráról és minőségéről. A kockázati szelekció, azaz a rossz kockázatú ügyfelek nagy aránya által okozott problémák elkerülése végett egy biztosítási kockázatot kiegyenlítő alapot hoztak létre. A hosszú távú ápolást és a költséges ellátásokat továbbra is az *Exceptional Medical Expense Act (AWBZ)* finanszírozza. Minimális kivétellel mindenki, aki legálisan Hollandiában él és dolgozik, ide tartozik, és az AWBZ fedezi a költségek kb. 40 százalékát. Ennek a forrását jövedelemarányos hozzájárulások, jövedelemadó, és más hozzájárulások fedezik. Az AWBZ hatálya alá tartozó szolgáltatásokat ugyanazok a magánbiztosítók kínálják, amelyek az alapsomagot is.

A reform bevezetését széles körű és hosszú – két évtizedes – társadalmi vita előzte meg, hiszen a jelenlegi egészségbiztosítási reformról szóló *Decker-jelentés* 1987-ben jelent meg. A legfontosabb sajátossága ennek a reformnak az, hogy a költségenőrzéssel kapcsolatos feladatokat a kormányzat részben átadta a finanszírozóknak, a szolgáltatóknak és a fogyasztóknak. Az ellenőrzés megvalósításának eszköze a piaci verseny [Paulus 2003].

A változások négy legfontosabb eleme:

- kevésbé hierarchikus és megegyezésen alapuló rendszer létrehozása a központi kormányzat és a kulcsszereplők között, továbbá a kulcsszereplők közötti kapcsolatok újradefiniálása;
- a kormányzat a szabályozásra, tervezésre és az egészségügyi források árazására koncentrált;
- olyan kormányzati mérési módszerek kialakítása (költség és minőség stb. mérésére), amelyek a versenyt stimulálják;
- a döntés szabadságának a hangsúlyozása.

Már a reform bevezetésének ideje alatt jelentős szabadságra tettek szert a szolgáltatók és a finanszírozók, a központi kormányzattól való függés csökkenése miatt elkezdtek kváziüzleti vállalkozásként működni a piaci nyitás érdekében. A betegek is kedvezőbb helyzetbe kerültek, hiszen ebben a rendszerben már kevésbé kell elfogadniuk a számukra kedvezőtlen döntéseket, biztosítót válhatnak, a túlságosan hosszú várólisták esetén pedig térítés mellett külföldön vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat [Paulus 2002].

A Decker-jelentést követő vita jelentős minőségfejlesztési lépésekhez vezetett. Ezek során épült ki az egészségügyben az akkreditációs rendszer, a tanúsítás, az irányelvek megfogalmazása, a kollegiális tanácsadás, a minőségi rendszerek, a betegrészvétel, és ezek mind illeszkedtek a folyamatosan fejlődő egészségpolitikába. Más országokhoz hasonlóan Hollandiában is áttevődtek az ellátás minőségével kapcsolatos viták és teendők a szolgáltatók oldaláról a szolgáltatásvásárlók oldalára. Történik mindez azért, mert a szolgáltatásvásárlók számára egyre világosabb, hogy rengeteg pénzt költenek egy olyan egészségügyi rendszerre, amely rossz minőséget produkál [Custers et al 2006]. Ezért más országokhoz (például az Egyesült Királysághoz vagy az Egyesült Államokhoz) hasonlóan Hollandiában is olyan finanszírozást vezettek be az alapellátás és a fekvőbeteg-ellátás területén, ami a minőség fejlesztését tűzi ki elsődleges célul (minőség alapú szolgáltatásvásárlás).

A biztosítók közötti verseny alapja lehet a költség és a minőség. Az egészségpolitikának elvben a következő lehetőségei vannak Hollandiában:

1. A kormányzat országos szinten megszabja az árakat, ezután a szolgáltatók nem folytathatnak árversenyt, csak a minőség terén versenyezhetnek. Ez jellemzi az Egyesült Királyság NHS-ét (*National Health Service*), ahol egy úgynevezett case-mix alapú rendszert vezettek be, amelynek célja a minőség fejlesztése.
2. A verseny lehet költségalapú is. Ebben az esetben a kormányzatnak illetve a különböző érintetteknek kell egy mindenki számára érvényes minőségi kritériumrendszert, valamint egységes mérési és jelentési rendszert kidolgozniuk. Így a szolgáltatók azonos követelményekkel találják magukat szembe, megszűnhetnek az átfedések. Példaként említhető az *Integrated Healthcare Association (IHA)*, a *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration of the Federal Centers for Medicare and Medicaid (CMS)* [Custers et al 2006]. Az eredményeket közzéteszik, így a lakosság, a fogyasztó viszonylag könnyen megismeri a szolgáltatás minőségét.
3. A harmadik lehetőség az lehetne, hogy a teljesen informált fogyasztók a döntésekkel segítik elő a minőség fejlődését, azaz annál a szolgáltatónál veszik igénybe a szolgáltatásokat ahol jó a minőség. Ennek eredményeképpen a fogyasztó elsődlegesen szolgáltatót választ és csak ezután biztosítót. Annak érdekében, hogy a minőség-alapú verseny kialakulhasson, a fogyasztó választási lehetőségét semmilyen mértékben nem szabad korlátozni sem intézményhasználati korlátozással, sem a beutalási rendszerrel. A biztosító feladata ebben a rendszerben a biztosítottak információval való ellátása.

2.1 A HOLLAND REFORM

A hollandiai reform eddigi eredményeképpen, a jelenlegi egészségügyi rendszer a következőképpen jellemezhető:

- az államilag felügyelt és irányított betegbiztosítók (*sick funds*) megszűntek;
- magánbiztosítók jöttek létre az egészségügyben központilag előírt tartalékokkal (*reserves*);
- kötelező alap-biztosítási csomagot (*compulsory basic insurance*) hoztak létre;
- a magánbiztosítók minden jelentkezőt el kell hogy fogadjanak és velük szerződést kell hogy kössenek (*compulsory acceptance*);
- a prémiumok alapszintje államilag meghatározott (*nominal premiums*);
- a hozzájárulást a munkaadók fizetik (*contribution via employer*);
- az ellátás hozzájáruláson felüli támogatása adókból történik (*care suppletion via taxes*);
- nemzeti rizikókiegyenlítő rendszert hoztak létre (*national risk-equalization scheme*);
- az új rendszer működését új ellenőrző intézmények kontrollálják (*new control agencies*).

A holland reform az egészségügy egy részét, a kórházi és a háziiorvosi ellátást érintette, ezen a területen alakulták át a korábbi betegbiztosítók egymással versengő magánbiztosítókká. A rendszer igen költséges és nehezen menedzselhető további részei változatlanok maradtak, ezekkel a tervezett további reformok foglalkoznak (1. ábra).



Forrás: Niek Klazinga előadása [2009]

1. ábra: A holland egészségügyi rendszer felépítése

2.2 ELSŐ TAPASZTALATOK

A holland biztosítási reform első tapasztalatai a következők voltak:

- a biztosítási piac nagyfokú koncentrálódása következett be, az egyes cégek összeolvadtak, a kezdeti 100 biztosítóból először 20, majd 5 társaság lett (további csökkenés várható);
- a verseny az 2005 és 2007 közötti években nagyrészt a biztosítási prémium és a kollektív szerződések területén zajlott;
- igen jelentősen megnőtt a biztosítók marketingtevékenysége és ez irányú kiadásai;
- a szabad biztosítóválasztás fontosabbnak bizonyult, mint a szelektív szerződések;
- a minőség kérdése marketingfontosságúvá vált;
- a kórházpiac erős koncentrációja következett be (kórházláncok);
- jelentősen több információ áll a fogyasztók rendelkezésére;
- a kollektív szerződések fontosságának növekedése;
- kiegészítő biztosítások fontosságának növekedése;
- a biztosítót váltó biztosítottak aránya lényegesen nem változott: 2001-ben 4, 2003-ban 4,9, 2005-ben 5,8, 2006-ban 18, 2007-ben 4,4 százalék volt;
- az egészségbiztosítók veszteségesek voltak, a negatív eredmény 560 millió euró volt 2006-ban és 600 millió 2007-ben;
- körülbelül a lakosság 1,5 százalékának nincs biztosítása;
- a biztosítottak többsége az egészségügy hozzáférhetőségét és a szolgáltatások árának a megfizethetőségét jobbnak ítélte mint az a reform előtt volt;
- nőtt azoknak a betegeknek a száma, akik úgy gondolják, hogy a várakozási idő túlságosan hosszú;
- csökkent azoknak az osztályoknak a száma, amelyek hosszú várakozási időről számoltak be;
- 2007 elején 75 000 ezer ember várt *long-term care* elhelyezésre.

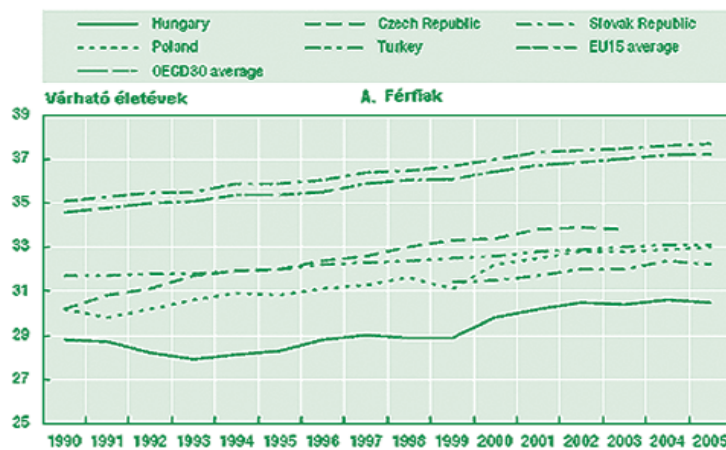
A reform hatása a termelékenységre, az ellátás minőségére és az innovációra ismeretlen.

3. MAGYARORSZÁGI TANULSÁGOK

Hazánkban valamennyi fontos tényező jelentősen különbözik a hollandiai viszonyoktól.

3.1. ELTÉRŐ A LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Míg Hollandiában a lakosság egészségi állapota az egyik legjobb Európában, hazánkban a várható élettartam mára nem csak a fejlett országokénál, hanem a környező országokhoz viszonyítva is nagyon kedvezőtlen. A várható élettartam a régió országai közül hazánkban a legalacsonyabb, ma már nem csak úgynevezett Kelet–Nyugat közötti élettartam-szakadékról beszélhetünk, hanem a Magyarország–Közép-Európa várható élettartam-szakadék is megjelent az elmúlt 20 évben. Népegészségügyi szempontból leszakadóban vagyunk az új európai uniós tagországoktól is. (2. ábra)



Forrás: OECD

2. ábra: A 40 éves korban várható élettartam alakulása Magyarországon és más OECD-országokban, férfiak esetén, 1990–2005 között

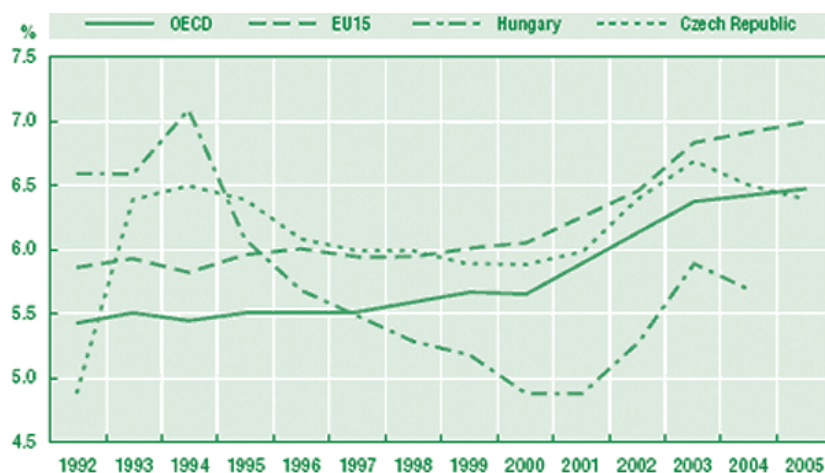
3.2. ELTÉRŐ A SZOLGÁLTATÓK ÉS A BIZTOSÍTÓK HELYZETE ÉS FELADATAI

Hollandiában a kórházak mindig is magánkórházak voltak, azokat alapítványok, egyházak működtették. Mindig is sokbiztosítós rendszer volt, a biztosítók száma évtizedekkel ezelőtt meghaladta az ezret.

3.3. NAGYMÉRTÉKBEN ELTÉRŐ A GAZDASÁGI HELYZET

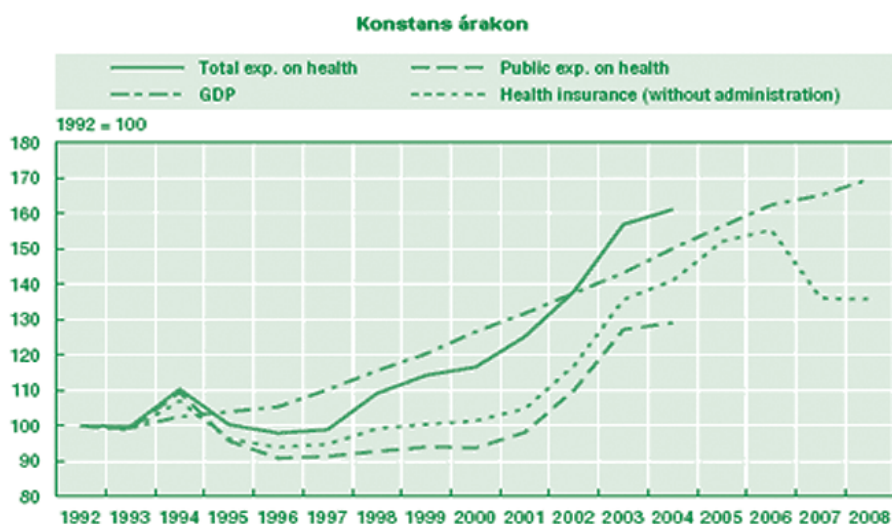
A két ország gazdasági helyzetét, a GDP szintjét igen jelentősen eltér. Jól látható ez a 3. ábrán, amelyen az OECD, az EU15, Magyarország és a Cseh Köztársaság GDP-arányos egészségügyi kiadásait mutatjuk be. Az egészségügyi és a szociális kiadások megoszlása és növekedési üteme látható a 4. ábrán, amelyen jól megfigyelhetők a

politikai ciklusok által keltett hatalmas ingadozások. Az 5. ábrán látható, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár bevételei hosszabb távon is elszakadtak a kiadásoktól, ezen két oldal az elmúlt években került ismét egyensúlyba.



Forrás: OECD

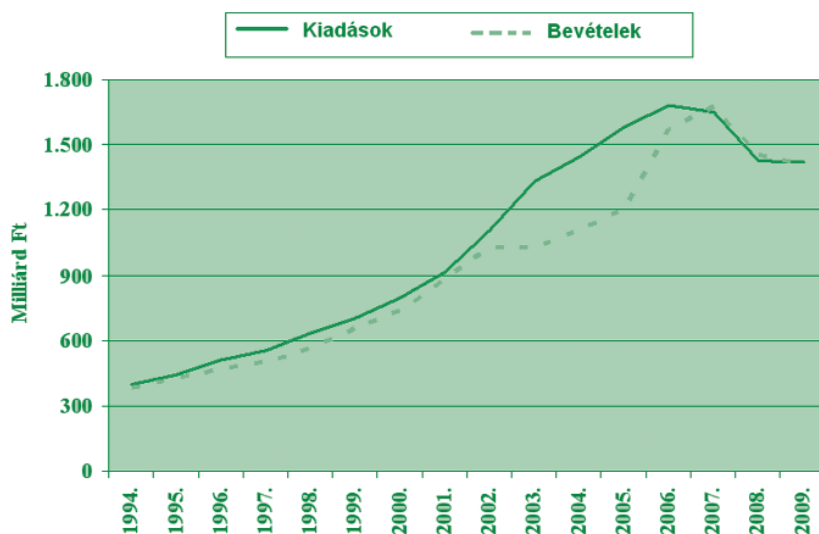
3. ábra: GDP-arányos egészségügyi közkiadások, 1992–2005



Forrás: OECD

4. ábra: GDP-arányos szociális egészségügyi közkiadások és teljes egészségügyi kiadások, 1992–2008

A két ország közötti gazdasági helyzet eltérését az 1. táblázat mutatószámai mutatják. Az euróban számított egy főre eső GDP és egészségügyi kiadások hazánkban alacsonyabbak, százalékos értékben azonban hazánkban az egészségügyi kiadások magasabbak. Ezen számok interpretációja különböző lehet, a szakemberek egy része ebből arra következtet, hogy a magyarországi egészségügy „túlkölt”, más részüknek az a véleménye, hogy egy kisebb jövedelmű, és rosszabb népegészségügyi mutatókkal



Forrás: Boncz Imre előadása [2009]

5. ábra: Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár bevételeinek és kiadásainak alakulása

rendelkező ország esetén egy ilyen egészségügyi részesedés megfelelőnek tekinthető, sőt alacsonynak mondható.

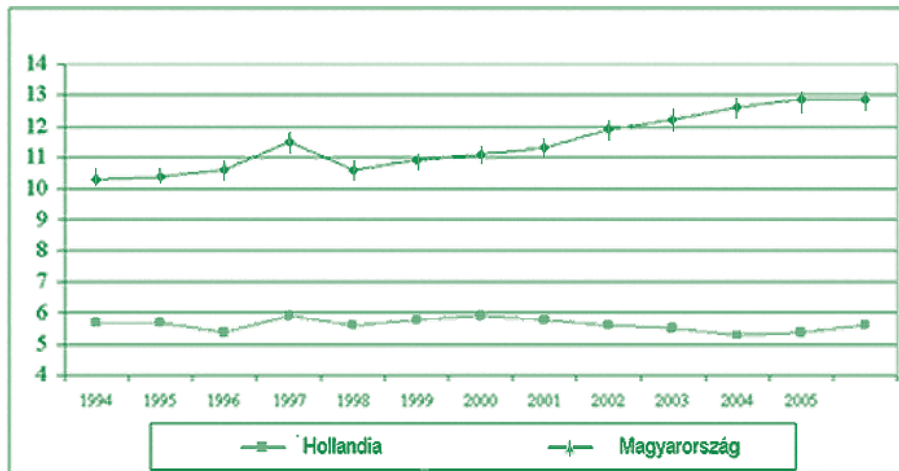
1. táblázat: Egy főre jutó kiadások 2005-ben, 2005. évi átlagos OECD-árakon

	GDP	Egészségügyi kiadások	Alkohol	Dohányárak
Hollandia	35 710	2 949	251	255
Magyarország	17 498	1 950	377	262
A magyarországi a holland százalékában	49	66	150	103

Forrás: Mihályi Péter előadása [2009]

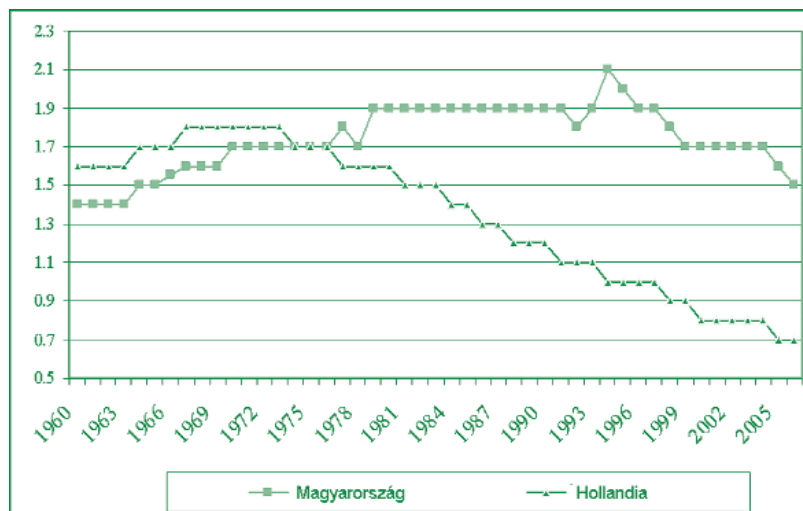
Mihályi professzor kifejtette, hogy jelentős eltérések vannak az egészségügy igénybevételi mutatói között is (6. ábra). Az egy főre jutó orvoslátogatások száma Magyarországon sokkal magasabb, mint Hollandiában. Ennek az okai pontosan nem ismertek. Okozhatják ezt eltérő szervezési és menedzsmentkonceptiók, például hazánkban jelentős duplikációk vannak, említhető például a munkaegészségügy, amely mintegy párhuzamos egészségügyként működik. Okozhatják a rendszeren belül gerjesztett orvos-beteg találkozások, például a gyógyszerfelíratás és beutalás miatti látogatások. Lehetséges, hogy feleslegesnek mondható orvos-beteg találkozás is előfordul. Le kell azonban szögezni, hogy az okok nem ismertek, és azt sem tudjuk hogy a különbség mennyiben lenne magyarázható a két ország eltérő adatfelvételi és dokumentációs rendszerével. A 7. ábrán látható egy szintén jelentős eltérés, az akut ágyakon eltöltött napok számában. Az okok ebben az esetben sem ismertek, mindössze feltételezések vannak, amelyek szerint a hazai kórház-finanszírozási rendszer az oka ennek,

és sok kórházi betegnap mögött nincs is valós teljesítés, azonban kutatáson alapuló tanulmány ezen a területen sem született. Mihályi Péter elmondta továbbá, hogy a két ország gyógyszerforgalmának alakulását vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy az mindkét országban meredeken emelkedik.



Forrás: Mihályi Péter előadása [2009]

6. ábra: Az egészségügyi források hasznosítása – egy főre jutó orvoslátogatások száma



Forrás: Mihályi Péter előadása [2009]

7. ábra: Fekvőbeteg-ellátás – akut ellátáshoz rendelt ágyakon töltött napok (1 betegre)

4. HOLLANDIA-MAGYARORSZÁG – ÖSSZEHASONLÍTÁS ÉS TANULSÁGOK

1. Hollandiában egyre inkább az egészségügy „keresleti modellje” érvényesül, míg Magyarországon egyértelműen a kínálati modell működik.

2. Magyarországon a biztosító/biztosítók jelenlegi feladatait és működését, valamint a társadalmi és a magánfinanszírozás eloszlását és megoszlását tekintve nem világos, hogy mi is lenne a versengő biztosítós modell segítségével elérhető többleteredmény/többletérték.
3. A magyarországi biztosítók vásárlóerejét célszerű erőteljesen növelni, ebből a szempontból a holland példa igen érdekes lehet Magyarország számára.
4. Hollandiában az egészségügyi irányítás és az érdekeltségi rendszer változtatásának – mind a kórházi, mind a háziiorvosi szektorban – iránya azt célozza, hogy átalakuljanak illetve kialakuljanak a kórházi rendszerek (network) és egyértelműen, mérhetően javuljon az egészségügyi ellátás minősége és hatékonysága.
5. Az a hollandiai tapasztalat, hogy célszerű a specialistákat és a házi orvosokat vállalkozói pozícióba juttatni, szintén érdekes lehet Magyarország számára.
6. Érdemes fejleszteni az informatikai infrastruktúrát és informatikai stratégiát, amelynek segítségével hatékonyabban lehet az egészségügyet kormányozni, és a népegészségügyi célokat megvalósítani.
7. A jelenlegi recesszió és gazdasági krízis miatt célszerű átgondolni hogy egy egészségügyi reformnak milyen hatása lehet az egészségügy finanszírozására, a lakosság egészségi állapotára és az esetleges befektetésekre.

5. GONDOLATOK A JÖVŐRE NÉZVE

Hazánkban a rendszerváltás utáni egészségügyi reformokkal, finanszírozással, minőségfejlesztéssel több szerző is foglalkozott. [Gulácsi 2000; 2001; 2004; 2005; Jenei 2004; Österle 2007a; b] A szerzők, egyebek mellett, hazai kutatásokból származó adatok alapján felhívták a figyelmet arra, hogy hazánkban az egészségügy minősége nagyon alacsony szintű, rossz az egészségügy biztonsága, megoldatlan a kórházi fertőzések ügye, feltétlenül szükség van a fejlett európai országokhoz hasonlóan fejlett minőségügyi rendszer kialakítására, szakmai indikátorok képzésére és bevezetésére. Erre azonban nem került sor [Gulácsi 2002a; b; Wagner 2006; Makai 2008].

A hazai betegek betegségének súlyossága a fejlett országok betegeivel történő összehasonlítás után azt mutatja, hogy hazánkban az azonos diagnózisú betegek betegberek [Boncz 2006; Akkazieva 2006; Gulácsi 2007; Péntek 2007; 2008; Brodszky 2008]. A legtöbb esetben azonban alapvető adataink sincsenek az egészségügyi ellátás kimenetéről és eredményéről. Nem ismert az egyes nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek esetén (például szélütés, szívinfarktus, rákbetegségek), hogy a betegek hány százaléka éli túl és mennyi idővel a betegséget, illetve aki túléli, annak milyen lesz az életminősége, képes-e munkáját folytatni. Ezeket az adatokat hazánkban – szemben a közép-európai új tagországokkal és természetesen a fejlett országokkal – hazánkban az egészségügy nem gyűjti. Nem ismertek az egyes megbetegedésekre jutó költségadatok sem.

Ennek az a következménye, hogy sem az egészségpolitika, sem a finanszírozó számára nem állnak rendelkezésre a jelenlegi helyzet pontos felméréshez, vagy a megfelelő döntésekhez szükséges adatok. Ezen adatok elemzésekből, kutatásokból származhatnak, és ezek alapozhatnak meg bármely sikeres reformot – és ez az, ami talán a holland siker legfontosabb tanulsága számunkra.

IRODALOM

- Akkazieva, B.–Gulácsi L.–Brandtmüller Á.–Péntek M.–Bridges, J. (2006): „Patients' Preferences for Healthcare System Reforms in Hungary: A Conjoint Analysis” *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006; 5:3: 189–198.
- Boncz I.–Dózsa Cs.–Kaló Z.–Nagy L.–Borcsek B.–Brandtmüller Á.–Betlehem J.–Sebestyén A.–Gulácsi L.: „Development of health economics in Hungary between 1990–2006” *European Journal of Health Economics*, 2006 Supplement 1.
- Brodzsky V.–Péntek M.–Kárpáti K.–Orlewska, E.–Gulácsi L. (2008a): „Analiza ekonomiczna rituksymabu w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów na Węgrzech (Economic evaluation of rituximab in the treatment of rheumatoid arthritis in Hungary)” *Farmakoekonomika* 2008;12:1:10:16.
- Brodzsky V.–Péntek M.–Gulácsi M. (2008b): „Efficacy of adalimumab, etanercept and infliximab based on ACR50 response in psoriatic arthritis after 24 weeks treatment” *Scand J Rheumatol*, 2008; 37:399–400.
- Brodzsky V.–Nagy V.–Farsang Cs.–Kárpáti K.–Gulácsi L. (2008c): „The efficacy of indapamide in different cardiovascular outcomes; meta-analysis”. *Hungarian Medical Journal*, 2008; 2:2:181–191.
- Custers, T.–Arah, OA.–Klazinga, NS. (2006): „Is there a business case for quality in the Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system”. *Health Policy*, 2006; doi:10.1016/j.healthpol.2006.09.005.
- Gulácsi L. (2000): *Minőségfejlesztés az egészségügyben*, Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt
- Gulácsi L. (2003): „Health care in Central and Eastern Europe”. In: Potucek, M., Leloup, L., Jenei Gy. et al.: *Public policy in Central and Eastern Europe; Theories, methods, practices*. NISPAcee
- Gulácsi L.–Boncz I.–David T. (2003): „What are the lessons learned by the countries went through dramatic reductions of their hospital bed capacity as part of health care reforms from Hungarian perspective” WHO, Health Evidence Network. Copenhagen
- Gulácsi L. (2001): *Hungarian health care in transition; Studies on the improvement of the effectiveness of health care in Hungary by implementing quality assurance*. University of Amsterdam
- Gulácsi L. (2004): „L'impact de L' élargissement de l'Union Européenne sur les systèmes de santé des nouveaux États membres” *La Lettre du Collège, Collège de Économistes de la Santé*, 2004; 15:2:4–6.
- Gulácsi L. (2005): „The impact of the EU enlargement on the Hungarian Health care system” *Der Donauraum*, 2005; 2:32–42.
- Gulácsi L. (2005): „L'impatto dell'allargamento della UE sui nuovi Stati membri. Il caso dell'Ungheria” *Rapporto CEIS – Sanità, Sette parole chiave del SSN*, Rome, 2005, 334–347.
- Gulácsi L. (2002): „The indicators' role in the Hungarian health care system; risk adjusted nosocomial infection rates and pressure ulcer prevention” In: Kazandjian, VA: *Accountability Through Measurement; A Global Healthcare Imperative*, Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press

- Gulácsi L., Jenei Gy., Topár J., Nabitz, U., Moeller, J. (2003b): „EFQM Excellence Model in a Health Care Environment; general overview” *Business Briefing – Global Healthcare* Issue 3, CD-Rom Reference Section, Washington D.C.
- Gulácsi L. (2007): „The time for cost-effectiveness in the new European Union member states, The development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience” *European Journal of Health Economics*
- Greß, S.-Groenewegen, P.-Kerssens, J.-Braun, B.-Wasem, J. (2002): „Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands” *Health Policy*, 2002; 235–254.
- Jenei Gy.-Gulácsi L. (2004): „Do Western quality models work in CEE countries? Some insight from the Hungarian perspective” In: Löffler, E.-Vintar, M.: *Improving the Quality of East and West European Public Services*, Bratislava: Ashgate, NISPACEE
- Klazinga, N.: *The health system in the Netherlands* <http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No1/Klazinga.pdf>
- Makai P.-Wagner, C.-Klazinga, N.-Bonz I.-Gulácsi L. (2008): „Quality management and patient safety; survey results from 102 Hungarian hospitals” *Health Policy*, 2008;
- Österle, A.-Gulácsi L.-Pechová, M. (2007a): „Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern: Zwischen sozialen Rechen and Marktallokation” *Kurswechsel*, 2007;2.
- Österle, A.-Gulácsi A. (2007b): „Das Gesundheitssystem in Ungarn: Entwicklungen, Herausforderungen und Reformen” *Soziale Sicherheit*, September 2007; 418–429.
- Paulus, A.-van Raak, A.-van der Made, J.-Mur-Veeman, I. (2003): „Market competition: everybody is talking, but what do they say?” *Health Policy*, 2003; 64: 279–289.
- Péntek M.-Horváth Cs.-Bonz I.-Falusi Zs.-Toth E.-Sebestyén A.-Majer I.-Brodszky V.-Gulácsi L. (2008): „Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database, 1999–2003” *Osteoporosis International*, 2008: 19(2)
- Péntek M.-Brodszky V.-Gulácsi L. (2007a) Clinical characteristics of patients with rheumatoid arthritis in Hungary: comparison with the QUEST-RA study, *Annals of Rheumatic Diseases* <http://ard.bmj.com/cgi/eletters/66/11/1491#878> (Letöltés: 2008.10.09)
- Péntek M.-Kobelt M.-Czirják L.-Szekanecz Z.-Poór Gy.-Rojkovich B.-Polgár A.-Genti Gy.-György Kiss Cs.-Brodszky V.-Májer I.-Gulácsi L. (2007b): „Cost of rheumatoid arthritis in Hungary” *Journal of Rheumatology*, 2007; 34:14:37.
- van de Ven, WPMM.-Beck, K.-Buchner, F.-Chernichovsky, D.-Gardioli, L.-Holly, A. (2003): „Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries” *Health Policy* 2003. 65:1:75–98.
- Wagner, C.-Sluijs, EM.-Gulácsi L.-Takács E.-Outinen, M. (2006): „The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries” *Biomedcentral Health Services Research* 6:50