

# Az értékalapú egészségügy szerepe a társadalmi értékteremtésben: kihívások és lehetőségek az egészségpolitika és a nonprofit marketing tükrében

*The Role of Value-Based Healthcare in Social Value Creation: Challenges and Opportunities through the Lens of Health Policy and Nonprofit Marketing*

SZIGETI SZILÁRD

Tanársegéd, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar

[szigeti.szilard@semmelweis.hu](mailto:szigeti.szilard@semmelweis.hu)

## Hivatkozás

Szigeti Szilárd (2026), Az értékalapú egészségügy szerepe a társadalmi értékteremtésben: kihívások és lehetőségek az egészségpolitika és a nonprofit marketing tükrében. In: Szalkai Zsuzsanna – Bíró-Szigeti Szilvia – Iványi Tamás – Kelemen-Erdős Anikó (szerk.): Tudományágak kaleidoszkópja – a marketing, mint transzdiszciplináris terület – Egyesület a Marketing Oktatásért és Kutatásért XXXI. Nemzetközi Konferenciájának Absztrakt- és Tanulmánykötete. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar: Budapest. ISBN 978-615-112-035-4, pp. 232–246. DOI: 10.62561/EMOK-2025-18

## Absztrakt

Az értékalapú egészségügy koncepciója egyre hangsúlyosabb szerepet tölt be a modern egészségpolitikai diskurzusban, különösen akkor, amikor a rendszerek teljesítményének értékelésére és társadalmi értékteremtő képességére koncentrálnak. A tanulmány célja, hogy bemutassa, miként értelmezhetők és mérhetők az értékalapú ellátás eredményei a klasszikus közgazdaságtani megközelítés eszközeivel, különös tekintettel a hatékonyság, eredményesség és igazságosság dimenzióira. Emellett arra is rávilágítunk, hogy a nonprofit marketing hogyan járulhat hozzá az egészségügyi rendszerek társadalmi értékteremtő funkciójának erősítéséhez. A dolgozat rámutat a transzdiszciplináris szemlélet fontosságára, és arra, hogy az egészségpolitika, az egészségügyi közgazdaságtan és a marketing tudományterületei miként működhetnek együtt az értékteremtés mérésének és kommunikációjának fejlesztésében. A vizsgálat alapján elmondható, hogy az értékalapú egészségügy nem csupán szakpolitikai, hanem társadalmi és kommunikációs kihívásokat is magában rejt, amelyek megértése és kezelése elengedhetetlen a fenntartható és igazságos ellátási rendszerek kialakításához.

*Kulcsszavak: értékalapú egészségügy, nonprofit marketing, egészségpolitika, társadalmi értékteremtés, teljesítménymérés*

## Abstract

The concept of value-based health care is becoming increasingly prominent in modern health policy discourse, especially when focusing on the evaluation of systems' performance and their capacity to create social value. The aim of this paper is to show how the outcomes of value-based care can be interpreted and measured using the tools of classical economics, with a particular focus on the dimensions of efficiency, effectiveness and equity. It will also highlight how non-profit marketing can contribute to strengthening the social value-creating function of health systems. The paper highlights the importance of a transdisciplinary approach and how the disciplines of health policy, health economics and marketing can work together to develop the measurement and communication of value creation. The study suggests that value-based health involves not only policy challenges, but also social and communication challenges, which need to be understood and addressed in order to develop sustainable and equitable care systems.

*Keywords: value-based healthcare, nonprofit marketing, health policy, social value creation, performance measurement*

## 1. Bevezetés

Az egészségügy fejlesztése, az egészségügyi rendszerek teljesítményének javítása minden országban folyamatosan napirenden lévő kérdés, amely lényegében két nagy tényezőre vezethető vissza. Egyrészt a környezet gyors és mélyreható változása alkalmazkodási kihívásokat támaszt az egészségügy szereplőivel szemben, másrészt a megváltozó feltételekhez való alkalmazkodás nem bízható kizárólagosan ezeknek a szereplőknek saját érdekei által vezérelt tevékenységére, mert szabadpiaci keretek között nem az elvárt társadalmi célokkal összhangban valósul meg sem az erőforrásallokáció, sem pedig a disztribúció. Ez a konstans változtatási kényszer számos esetben kap fel a teljesítményproblémák megoldási lehetőségeivel kecsegtető elképzeléseket, amelyek a kezdeti lelkesedés hullámain jelentős népszerűségre tudnak szert tenni annak ellenére, hogy magának az elképzelésnek a valós újdonságtartalma csekély, alkalmazhatósága pedig korlátozott. Az elmúlt évek egyik ilyen divatkifejezése (buzzword) az „érték alapú egészségügy” (Value Based Health Care=VBHC) lett (Colldén et al., 2017), amely az USA-ból indult hódító útjára és mostanra már az európai országok egészségpolitikájában is megjelent. Az elképzelés vitathatatlan népszerűsége indokoltá teszi azt, hogy részletesebben foglalkozzunk vele, különösen annak fényében, hogy sok esetben még az alapját adó fogalom, az „érték”, értelmezésére vonatkozóan sincs egységesen elfogadott álláspont. Hasonlóképp, a marketing elmélet is foglalkozik az érték fogalmával, ami kulcsfontosságú a sikeres marketingkonceptiók kialakításában és a fogyasztók szemléletében is. Az érték koncepcióját a szolgáltatásmenedzsment területén is felismerték, ahol egyre nagyobb az érdeklődés a vevői értékek közös létrehozásának folyamatai és az értékalapú stratégiai szemléletmódok irányában (Colldén et al., 2017; Galvagno-Dalli, 2014).

## 2. Szakirodalmi áttekintés és módszertan

Jelen publikáció célja összegyűjteni és összefoglalni az érték alapú egészségügy (Value-Based Healthcare, VBHC) témakörét érintő cikkekben megfogalmazott elméleti alapokat, valamint elemezni és összegezni az érték alapú megközelítés előnyeit és hátrányait az egészségpolitika klasszikus közgazdaságtani értelmezésének keretrendszerében és a marketing szempontrendszerek figyelembevételével, kitekintve a magyar egészségügy rendszerére is. Alcél, hogy a különböző tudományterületek – egészségpolitika, közgazdaságtan és marketing – fogalmi rendszereit összekapcsolva értelmezze az „érték” definícióját, mérhetőségét és kommunikálhatóságát a modern egészségügyi rendszerek kontextusában.

A szakirodalmi áttekintés során az alábbi kutatási kérdésekre keresem a válaszokat:

*Q1: Hogyan alkalmazták különböző országok az értékalapú egészségügy elveit és ehhez kapcsolódóan milyen eredményeket mértek?*

*Q2: Milyen definíciói vannak az „értéknek” az egészségügyben és milyen mérési módszerek kerültek definiálásra?*

*Q3: Milyen eszközökkel tud hozzájárulni a nonprofit marketing az értékalapú reformok elfogadásához és megvalósításához? Ennek milyen lehetőségei vannak Magyarországon?*

A tanulmány kvalitatív, leíró jellegű szekunder kutatásra épül. A vizsgálat során szisztematikus szakirodalmi áttekintést végeztem, amelynek során releváns angol és magyar nyelvű tudományos publikációkat, politikai dokumentumokat és szakmai jelentéseket elemeztem, mivel számos tájékoztató anyag, report látott napvilágot, mely a témakört taglalja és hasznos eredményeket, gondolatokat ismertet. A kutatás nem törekedett empirikus mérésre, hanem célja az elméleti összefüggések feltárása és a különböző értékmegközelítések összevetése volt.

A feldolgozott irodalom alapján összehasonlító táblázatokat és elemző keretrendszert állítottam össze, amelyek a különböző értékfelfogások jellemzőit, a nemzeti implementációs stratégiákat és a nonprofit marketing kommunikációs eszköztárát foglalják össze.

A szakirodalmi áttekintés során tematikus kvalitatív tartalomelemzést alkalmaztam. Az elemzés célja az volt, hogy a kiválasztott tanulmányok alapján rendszerezem az érték definícióit, alkalmazási példáit és a nonprofit marketing lehetséges kapcsolódási pontjait. A bevont szakirodalmak relevanciáját és frissességét (többségében 2010 utáni) figyelembe vettem. A kiegészítő dokumentumelemzés – például az OECD és EXPH jelentések – a nemzetközi egészségpolitikai megközelítések értelmezését szolgálták.

## *2.1. Áttekintés*

Magyarország a 2021-es adatok alapján az egészségügyi kiadások aránya a GDP 7,4%-a, ami elmarad az Európa Unió átlagától (11,0%) és a kiadások 50,0%-a kerül elköltésre járóbeteg, vagy fekvőbeteg ellátásra (OECD, 2023a). Fontos tény, hogy előregedő társadalomban élünk, melynek következtében az egészségügyi ellátást igénylő egyének száma egyre növekszik (OECD, 2023b). Ezen két tény alapján megállapítható: a keresleti oldalon az igény növekszik, míg a rendelkezésre álló erőforrások szűkösben állnak rendelkezésre.

Az értékalapú egészségügy szakirodalmi tartalmi szempontból az egészségpolitika és az egészségügyi rendszerek klasszikus közgazdaságtani közelítésének keretrendszerében került feldolgozásra (Morris et al., 2012; McPake-Normand, 2013). Ez az elemzési keretrendszer arra az alaptételre épül, hogy az emberi szükségletek kielégítését lehetővé tevő termékek, illetve szolgáltatások előállításához szükséges erőforrások szűkösben állnak rendelkezésre, így minden társadalomnak döntenie kell arról, hogy miből mennyit és milyen minőségben állít elő és ezt hogyan osztja szét a társadalom tagjai között (Morris et al., 2012). A megtermelt javak fogyasztásából származó hasznok, mint például az egészségügyi ellátás igénybevételének eredményeképpen létrejövő egészségi állapot javulás (egészségnyereség), kívánatos mértékére és elosztására vonatkozóan különböző célok fogalmazhatók meg, amelyek mérése teszi lehetővé azt, hogy a rendszer teljesítményére, illetve annak hiányosságaira vonatkozó megállapításokat tehessünk (WHO, 2000; Gaál et al., 2011). Ezek közül a teljesítménykritériumok közül az eredményességet (effectiveness), a hatékonyságot (efficiency) és az igazságosságot (equity) szokták leggyakrabban említeni, amely sorrendben az egyéni szintű haszon maximalizálását, a társadalmi összhaszon maximalizálását, valamint a költségterhek és a hasznok társadalom tagjai közötti igazságosnak tekintett megoszlását jelenti (Gaál et al., 2012). Magyarország egészségügyének eredményességét bemutató indikátor az kezelhető (kezeléssel elkerülhető) halálozások száma (2021-es évben 188,86; 2022-es évben 178,4), míg a megelőzhető (megelőzéssel elkerülhető) halálozások száma (2021-es évben 452,37; 2022-es évben 333,38) 100 000 főre vetítve, ami az egyik legmagasabb adat az Európai Unió országai között (OECD, 2023a; EUROSTAT, 2025).

Az egészségügy nem tekinthető tökéletes piacnak, ezért hatékonyságra szükséges törekedni. A hatékonyság mérése során mindig a termelési folyamat ráfordításait (input) és a kibocsátását (output) és/vagy a kibocsátás fogyasztásával elérhető eredményt (outcome) vetjük össze – tehát egyfajta viszonyt fejez ki. A ráfordítások a felhasznált erőforrásokat jelentik (természetes egységekben vagy pénzben mérve), míg a kibocsátás a felhasznált erőforrásokból előállított szolgáltatások mennyiségét és minőségét foglalja magában. Annak függvényében, hogy a ráfordításokat miben mérjük, illetve, hogy csak a termelést vizsgáljuk, vagy a fogyasztást is, a klasszikus közgazdasági közelítés megkülönböztet technikai hatékonyságot, termelési hatékonyságot (a kibocsátást naturáliákban, az erőforrásokat pedig az utóbbi esetben pénzben, az előző esetben pedig naturáliákban mérjük), és allokációs hatékonyságot (a ráfordítást a termék, vagy szolgáltatás fogyasztása során keletkező egészségnyereséggel, vagy pénzben

kifejezett hasznával vetjük össze) (Gaál et al, 2012). Kis ráfordításból nem lehet elérni a leghatékonyabb vásárlási pontot, mivel ez kizárja a költségesebb, de hatásos, jó klinikai minőségű ellátás nyújtását (Szigeti, 2009).

Jacobs és mtsai (2006 idézi Gaál et al, 2012, p.12.) szerint az egészségügyi szervezetek teljesítményének mérése összetett módszertani feladat, amelynek során meg kell határozni az elemzés egységét, az egészségügy kibocsátását, az előállított termékek értékét, a termék előállításához szükséges erőforrásokat, ezen ráfordítások értékét, valamint azokat a külső tényezőket, amelyekre a szervezetnek nincs ráhatása, de befolyásolják a szervezeti teljesítményt, ám ezek közül egyik sem magától értődő, kézenfekvő feladat. A hatékonyság mérése során cél, hogy mérhető legyen mind a ráfordítás, mind a kibocsátás, illetve annak haszna. Fontos kérdés, hogy a hatékonyság mérése során milyen adatokat használunk, azok mennyire fedik le a teljes erőforrásfelhasználást, illetve annak pénzben kifejezett értékét, valamint mennyire vannak jó korrelációban az előállított termék fogyasztásából származó haszonnal. A klasszikus közgazdaságtani megközelítés szerint ugyanis az egészségügy által létrehozott értéket elsősorban az előállított szolgáltatások fogyasztásából származó hasznok jelentik, amelyek közül kiemelt jelentőségű az egészségnyereség, mint az egészségügy működtetésének elsődleges, de korántsem egyetlen, célja. *„Az egészségnyereség az egészség különböző területein elért eredményeket foglalja magába, beleértve az élettartam meghosszabbítását, a testi, szellemi és szociális jóllétben (és az azokhoz szükséges funkciókban, képességekben) bekövetkező javulásokat, az egészséggel összefüggő életminőség javulását, az elkerült betegségeket és megelőzött fogyatékoságokat”* (Péntek, 2021:14). Olyan szolgáltatás és termék előállítására szükséges az erőforrásokat felhasználni, amelyek a társadalom számára a legtöbb hasznot eredményezik (Gaál, 2005). Bár a pénzügyi ösztönzők, például a Pay-for-Performance rendszerek az egészségügyi teljesítmény növelésének ígéretével lépnek fel, a szisztematikus áttekintések szerint hatásuk gyakran inkonzisztens és csak korlátozott mértékben vezet valódi értékteremtéshez (Eijkenaar et al., 2013). További érték például a betegségek költségterhe elleni védelem (financial protection), vagy a betegek nem egészségügyi szükségleteinek kielégítése (responsiveness). Mind az egészségi állapot változásának, mind pedig a változás hasznosságának mérése számos jól ismert módszertani kérdést vet fel, kezdve attól, hogy hogyan mérhető az egészségnyereség minősége, hogy az egészségnyereség hasznosságával kapcsolatos egyéni preferencia kifejezése mennyire tükröz relatív értékítélet és egymással összehasonlíthatók-e a különböző betegek preferencia értékei, hogy kifejezhető-e a mennyiség és minőség egy közös mutatószámmal, egészen addig, hogy meghatározható-e az egészségi állapot alakulása egészségügyi ellátás hiányában, illetve, hogy hogyan különíthető el az egészségügyi ellátás hatása a beteg egészségi állapotára ható egyéb tényezőktől, például a betegség súlyosságától (Rahman et al., 2022; Péntek, 2021).

Ebből a rövid összefoglalóból is látható, hogy a klasszikus közgazdaságtani megközelítés egy jól kidolgozott és konzisztens fogalomkészlettel dolgozik, amely kiváló összehasonlítási alapot ad arra, hogy megállapítsuk az érték alapú egészségügy koncepciójának újszerűségét, a megközelítésmód tényleges használhatóságát az egészségügyi rendszerek fejlesztésében.

## 2.2. Az érték alapú egészségügy

Porter és Teisberg (2006) paradigmaváltást sürgetnek, amelyben a verseny nem költségalapú, hanem az elért egészségügyi eredmények mentén szerveződik. Az értékalapú egészségügy célja, hogy a beteg számára nyújtott teljes körű ellátás során maximalizálódjon az egészségnyereség a ráfordításokhoz képest. Michal E. Porter (2009) az érték alapú egészségügy elérését szolgáló lépéseket és teendőket az alábbiakban foglalta össze:

1. Az egészségügyi eredmények mérése legyen kötelezően kiterjesztve minden egészségi állapotra minden egészségügyi szolgáltatónál. A méréseket a teljes

gondozási ciklus alatt kell végezni, nem külön-külön beavatkozásokként, és azokat a betegek kezdeti állapotához kell viszonyítani. A mért eredmények a hatékonyság javulás mellett segítséget nyújtanak a betegeknek az egészségi állapotukhoz, betegségükhöz mérten a megfelelő szolgáltató és orvos kiválasztásában.

2. A szétaprózódott betegellátás nem tud hatékonyan és hatásosan működni, ezért strukturális változtatásokra van szükség.
3. Az ellátások finanszírozásának betegenként egyszeri csomagban történő kifizetésre kell irányulnia, amely lefedi a teljes gondozási ciklust - az összes igénybe vett szolgáltatót és szolgáltatást.
4. Célszerű elvárásként megfogalmazni az egészségügyi szolgáltatók felé, hogy az egészségi állapot szintjén nyújtott értékkel versenyezzenek a betegekért. Ez lehetőséget ad a magas színvonalú szolgáltatók számára a növekedéshez és a nagyobb betegpopuláció ellátásához, továbbá csökkenti a szétaprózódást és a duplikált szolgáltatás igénybevételét. Ahhoz, hogy magas értéket tudjon kínálni a szolgáltató, egy adott egészségi állapotra vonatkozóan magas ellátott esetszámmra van szüksége, így a szaktudás is magasabb szinten lesz. Célszerű lehet határérték bevezetése, mely minimális elvégzett beavatkozási mennyiségi küszöbértékként mutatkozna.
5. Az elektronikus egészségügyi nyilvántartások lehetővé teszik az érték javítását, de csak akkor, ha támogatják az integrált ellátást és az eredménymérést (Porter, 2009).

1. táblázat

**Az egészségügyi rendszerben alkalmazott értékfelfogások összehasonlítása**

| <b>Dimenzió</b>          | <b>Klasszikus közgazdaságtan</b>                                                       | <b>Porter-féle értékalapú egészségügy (VBHC)</b>                                       | <b>EU/WHO értelmezés</b>                                                         |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Érték definíciója</b> | A hasznosság maximalizálása szűkös erőforrások között (pl. egészségnyereség / költség) | Az egészségügyi kimenet és a költségek aránya: „Value = Outcome / Cost” (Porter, 2010) | Többdimenziós: technikai, allokációs, személyes és társadalmi érték (EXPH, 2019) |
| <b>Értékelés célja</b>   | Rendszerszintű hatékonyság és igazságosság (equity)                                    | Betegek számára nyújtott érték maximalizálása                                          | A rendszer társadalmi hasznosságának és méltányosságának biztosítása             |
| <b>Mérőszámok</b>        | Egészségnyereség, QALY, halálozási arányok, költséghatékonyság                         | PROM, PREM, kimenet-alapú mutatók betegcsoportokra                                     | Egészségügyi hozzáférés, egészség-egyenlőtlenségek, társadalmi részvétel         |
| <b>Fókusz</b>            | Ráfordítások optimális elosztása                                                       | Teljes betegút és eredmények mérése                                                    | Méltányosság, társadalmi haszon, participáció                                    |

Forrás: saját szerkesztés

(Az 1. táblázat az „érték” fogalmának különböző értelmezéseit mutatja be az egészségügyben, összehasonlítva a klasszikus közgazdaságtani, a Porter-féle értékalapú egészségügyi modellt, valamint az Európai Unió és a WHO által képviselt megközelítéseket. A három modell eltérő hangsúlyokat helyez az eredményesség, hatékonyság, társadalmi méltányosság és a betegközpontúság dimenzióira. Az összehasonlítás segíti az érték fogalmának árnyaltabb megértését, és alapot nyújt az egészségpolitikai reformok tudományos értékeléséhez.)

A VBHC megpróbálja kezelni az egészségügyi ellátórendszerek széttagoltságának problémáját, és az orvosi szakterületekről a különböző betegcsoportok (a betegek orvosi állapota alapján) meghatározott szükségleteire helyezi a hangsúlyt (Colldén et al., 2017). Porter és Guth (2012) a Németországban az egészségügyet érintő reformfolyamat első lépéseként az egyes betegcsoportokra szabott, integrált ellátási egységek (IPU-k) kialakítását javasolják, ahol a kimenetek és költségek mérhetők és összehasonlíthatók.

A Boston Consulting Group (BCG) jelentése alapján finanszírozási reformra is szükség van, hogy a teljes egészségügyi rendszer átalakuljon és az érték alapú egészségügyi ellátás meg tudjon valósulni. Úgy vélekednek, hogy a fenntartható, érték alapú finanszírozási reform előfeltétele a betegek egészségügyi eredmények mérése és jelentése. Az egészségügyi eredmények követésekor fontos a megfelelő egyensúly megteremtése a túl sok mutató (a mutatók így gyenge jeleket fognak szolgáltatni, amelyek minimális hatással vannak a szolgáltató viselkedésére) és a túl kevés (fennáll annak a kockázata, hogy hiányoznak a releváns eredmények) mérőszám között. (Horner et al, 2019, online)

Az Európai Bizottság szakértői azt javasolják, hogy az érték alapú egészségügy egy átfogó koncepcióként legyen definiálva, amely négy értékpillérre épül: megfelelő ellátás a betegek személyes céljainak elérése érdekében (személyes érték), a lehető legjobb eredmények elérése a rendelkezésre álló erőforrásokkal (műszaki érték), az erőforrások méltányos eloszlása az összes betegcsoport között (allokációs érték), valamint az egészségügyi ellátás hozzájárulása a társadalmi részvételhez és a kapcsolathoz (társadalmi érték) (EXPH, 2019, online). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) (2020) is rámutat az egészségügyi rendszer értékére, melyben a társadalmi jólét jelentőségét emeli ki és elemzi az allokációs érték, valamint a technikai érték fontosságát.

Az érték alapú egészségügy váltást jelent az egészségügyi ellátás volumen alapú koncepciójáról a páciens-központú ellátásra, melynek alapja az érték és fő cél az eredmény (outcome) javítása, valamint a kezelésszám növelése (Falivena-Palozzi, 2020). Három fő alapelven nyugszik: (1) értékteremtés a betegek számára; (2) az orvosi szakmai tapasztalat megszerzése az egészségi állapotok és az ellátási ciklusok alapján; (3) eredmények és ráfordítások mérése (Nilsson et al., 2017). Gray (2011) az értéket az egészségügyben úgy definiálja, mint a szolgáltatás által generált haszon és kár különbsége, figyelembe véve a befektetett erőforrások mennyiségét. Az érték alapú egészségügy alapdefinícióját Horner és társai (2019) így fogalmazták meg: Értéket az egészségügyben a jobb egészségügyi eredmények/kimenetek elérése generálja ugyanolyan vagy alacsonyabb költségek mellett. Porter (2010) szerint az érték szigorú, fegyelmezett mérése és fejlesztése a legjobb módja a rendszer előrehaladásának. Az egészségügyi ellátás által előállított értéket azonban továbbra sem méri szisztematikusan. Az értéket mindig az ügyfelek körében kell meghatározni. Mivel az érték az eredményektől (nem az inputoktól!) függ, az egészségügyben az értéket az elért eredményekkel mérik, nem pedig a nyújtott szolgáltatások mennyiségével (volumenével). Központi kihívás a hangsúly áthelyezése a volumenről az értékre. Porter és Lee (2013) ezen új stratégiát az egészségügy rendbetételeként prezentálta, mivel a rendszer páciens központúvá válna és a páciens szükségletei köré szerveződne. A folyamatok mérése és fejlesztése fontos taktika, de az nem helyettesíti az eredmények és a költségek mérését. Mivel az értéket Porter (2010) úgy határozza meg, mint a költségekhez viszonyított eredményt (azaz  $\text{Value} = \text{Outcome} / \text{Cost}$ ), a porteri értékfogalom tulajdonképpen a klasszikus közgazdasági hatékonyságfogalomnak felel meg.

Az „érték” (value) fogalma eltérő jelentéstartalommal bír (például: közgazdasági érték, morális érték, tudományos érték) a különböző szakmákban és menedzsment stratégiákban, de a közgazdászok, orvosok és páciensek között is (Fredriksson-Ebbevi-Savage, 2015). Ez az egyik fő módszertani probléma, mely az érték alapú egészségügy tematikájával foglalkozó kutatókat érint (Mkanta et al., 2016). Lássuk, hogy az „érték” kifejezés különböző használata milyen eltérő jelentésekkel bír és amennyiben számszerűsíteni kívánjuk, ahhoz milyen számlálóba és

nevezőbe illeszthető adatok szükségesek (2. táblázat: Az „érték” kifejezés különböző használata szűk és átfogó meghatározásokkal):

2. táblázat  
Az „érték” kifejezés különböző használata szűk és átfogó meghatározásokkal

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Érték: Általános definíció – a magyar nyelv értelmező szótára alapján</b> | „Valaminek megbecsült volta.” (MEK, 2025, online)<br>„Az a jelleg, tulajdonság, hogy valamely szükségletet elégít ki, és az egyén vagy a társadalom részéről megbecsülésben részesül.” (MEK, 2025, online)<br>„Valamely cselekvésnek, eljárásnak haszonnal, eredménnyel járó volta.” (MEK, 2025, online)<br>„Valamely áru elkészítéséhez társadalmilag szükséges munka mennyisége.” (MEK, 2025, online)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Az érték szűk (ár-alapú) értelmezése alapján</b>                          | „Az értéket egy elköltött dolláronként elért egészségügyi eredmények alapján határozzuk meg.” (EXPH, 2019, online)<br>$\text{Érték} = \frac{\text{Eredmények} + \text{A beteg tapasztalata}}{\text{Költség (beavatkozás közvetlen + közvetett költségei)}}$<br>(Bertke-Nufer, 2021)<br><br>$\text{Érték} = \text{Társadalmi hatás} + \text{Az egészségügyi rendszer előnyei} + \text{Gazdasági hatás}$<br>(Prada, 2016)<br><br>$\text{VBHC} = \frac{\text{A beteg számára fontos egészségügyi ellátás}}{\text{Költségek az ápolás teljes ciklusa alatt}}$<br>(Porter, 2016, online)<br>Érték, mint eredmény (egyedi élmény) (Colldén et al., 2017)<br>Érték, mint eredmény (célkitűzés) (Colldén et al., 2017)<br>Érték, mint hatékony és eredményes gondozási folyamat (Colldén et al., 2017)<br>$\text{Érték} = \text{Szolgáltatás által generált haszon} - \text{kár (figyelembe véve a befektetett erőforrások mennyiségét)}$<br>(Gray, 2011) |
| <b>Az érték értelmezése az egészségügy és nonprofit marketing alapján</b>    | A betegek számára az érték azt jelenti, hogy a beteg úgy látja, hogy az általa igénybe vett orvosi szolgáltatások az eredmények és a tapasztalatok szempontjából előnyösek voltak az adott beteg számára az e szolgáltatások megszerzéséért hozott áldozatokhoz viszonyítva (Chilingerian et al., 2022).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Forrás: saját szerkesztés

Az érték alapú koncepció alapja hasonló a teljes körű minőségirányítás (TQM) elméletéhez: (1) ügyfélközpontság; (2) az alkalmazottak felhatalmazása és a szervezetben jelen lévő egyének bevonása; (3) a minőség javítása folyamatosan a fogyasztók visszajelzései alapján; (4) a teljesítmény folyamatos mennyiségi értékelése az erősségek és hiányosságok azonosítása érdekében (Falivena-Palozzi, 2020). Az érték az egészségügyi ellátásban a beteg egészségi állapotának mért javulása a javulás elérésének költségeiért (Porter-Teisberg, 2006; Teisberg et al., 2020). Porter és Guth (2012) szerint a hosszú távú rendszerstabilitás csak akkor biztosítható, ha az ellátás fókusza a betegközpontú eredményességre és a mérhető értékkeremtésre helyeződik át – azaz ha a szolgáltatók integrált betegúton keresztül, nem pedig széttagozott epizódok mentén versenyeznek. A német rendszer széttagozott szolgáltatási struktúrája – ahol a szolgáltatók ritkán dolgoznak együtt egy adott betegút mentén – nem teszi lehetővé az ellátási folyamatok optimalizálását. Ezért a szolgáltatások vertikális és horizontális integrációját javasolják az értékalapú működés feltételeként, mivel csak az eredményalapú teljesítményértékelés képes hosszú távon fenntartható minőségfejlesztést ösztönözni (Porter-Guth, 2012). Finnországban több indikátor bevezetése történt meg kísérleti programok során, amelyek közvetlenül a betegkimenetekhez kapcsolódnak. A finn példa jól szemlélteti, hogy az értékalapú egészségügyi szemlélet nem kizárólag piaci alapon működő rendszerekre

alkalmazható, hiszen a közfinanszírozott egészségügy is képes lehet strukturálisan betegérték-alapú működésre, ha az eredmények és költségek átláthatóan mérhetők. Az értékalapú működés egyik feltétele a betegút mentén történő integrált szolgáltatásnyújtás, ahol az ellátási felelősség nem szakad szét szektorok között (Teperi et al., 2009).

Az érték alapú egészségügyről szóló publikációk nagy többségben az USA egészségügyét taglalják (Fredriksson-Ebbevi-Savage, 2015), az elmúlt években növekedett az európai vonatkozású publikációk száma. Muir Gray (2015) az érték három típusát jegyzi: (1) allokációs érték; (2) technikai érték és (3) személyes érték. Hasonlóképp az Egészségügyi Világszervezet (2020) az Európai Bizottság (2019) által kiadott tanulmány az Egyesült Királyságban és Olaszországban megfogalmazott érték nézőpontok alapján megkülönböztetnek:

- Személyes értéket (Personal value): az egyén megfelelő gondozásban részesül-e, és meghatározza, hogy az eredmény mennyire kapcsolódik az egyes betegek által megfogalmazott értékekhez és célokhoz.
- Allokációs értéket (Allocative value): az erőforrások mennyire méltányos módon oszlanak meg a népesség egyes alcsoportjai (például szociodemográfiai jellemzők alapján meghatározott csoportok) között.
- Technikai értéket vagy felhasználási értéket (Technical value or utilisation value): a rendelkezésre álló erőforrásokkal kapcsolatos legjobb eredmények elérése. (EXPH, 2019, online)

A bizottság a fenti három nézőpontot egy negyedikkel egészítené ki:

- Társadalmi érték (Societal value): az egészségügyi beavatkozás hatása hozzájárul-e a társadalmi kohézióhoz, a részvétel, szolidaritás, kölcsönös tisztelet, igazságosság alapján. Ez az érték szempontként értelmezhető, nem eszközként (EXPH, 2019, online).

### *2.3. Az egészségügyi ellátás eredménye (outcome) és a marketing megközelítés*

Fontos, hogy megfelelően definiáljuk az eredményt (outcome) és a kimenetet (output), melyekhez a ráfordítás (input) értelmezése is elengedhetetlen. A ráfordítás az egészségügyi kimenetek és eredmények előállításához felhasznált erőforrások (például: tőke, munkaerő, műtéti beavatkozás). A kimenet (output) a ráfordítások kombinációjával előállított egységek (például: műtéti beavatkozás előállításában munkaerő, tőke és egyéb források kerülnek felhasználásra). Az eredmény (outcome) értékeli az egészségügyi ellátás eredményeit, például a PROM (=patient reported outcome measures), vagy a QALY (Cylus et al., 2016), melyek közül a PROM, továbbá szükségeszerű a PREM (=patient reported experience measures) mérése is. Mindkettő leggyakrabban validált kérdőívek formájában kerül visszamérésre (Kingsley-Patel, 2017). Ahhoz, hogy a betegellátást javítani, fejleszteni tudjuk, szükségesek a PROM-ok, hiszen azon adatok az orvosoknak is segítenek, hogy ők segíteni tudjanak a pácienseken (Baumhauer-Bozic, 2016). Csak akkor lehet tudni, hogy a beavatkozások és a gyakorlatban bekövetkezett változások sikeresek-e, ha a folyamatokat és az eredményeket méri (Male et al., 2017). A PREM-ek információkat gyűjtenek a betegek véleményéről az ellátás során szerzett tapasztalataikról. Ezek a felmérések a betegellátás minőségének mutatói, bár közvetlenül nem mérik azt. A PROM-okkal ellentétben a PREM-ek nem az ellátás eredményeit vizsgálják, hanem az ellátás folyamatának a beteg tapasztalataira gyakorolt hatását, pl. a kommunikáció és a segítségnyújtás időszerűségét. Azzal különböznek az elégedettségi felmérésektől, hogy objektív betegtapasztalatokról számolnak be, megszüntetve a szubjektív vélemények közlésének lehetőségét (Rothman et al., 2007; Kingsley-Patel, 2017). A betegélmény az egészségügyi ellátás minőségének egyik alapvető meghatározója és különbözik a marketingben is alkalmazott „elégedettségi” típusú szubjektív mérésektől, mivel nem a páciens elvárásaihoz viszonyít (Male et al., 2017). A finn modell értékalapú újragondolása során megjelenik a

költségek új típusú lekövetése, ahol nem a szolgáltatás volumenét, hanem a betegkimenetet tekintik elszámolási egységnek (Teperi et al., 2009). Bull és munkatársai (2019) szisztematikus áttekintése alapján a betegélmény-mérő eszközök (PREM-ek) megbízhatósága és érvényessége még mindig jelentős módszertani hiányosságokat mutat, ami megnehezíti az értékalapú teljesítményértékelés egységes alkalmazását.

3. táblázat  
Az érték mátrix

|             | Jelentés                                    | Hasznosítás                                                           |
|-------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>PROM</b> | <i>Patient-Reported Outcome Measures</i>    | Klinikai eredmények, terápia hatékonyságának mérése                   |
| <b>PREM</b> | <i>Patient-Reported Experience Measures</i> | Betegelégedettség, szolgáltatásminőség vizsgálata                     |
| <b>QALY</b> | <i>Quality-Adjusted Life Year</i>           | Költség-hasznosság elemzések, technológia-befogadás                   |
| <b>DALY</b> | <i>Disability-Adjusted Life Year</i>        | Globális betegteher mérése, népegészségügyi prioritások meghatározása |

Forrás: saját szerkesztés

Az érték alapú egészségügyben azonosítani szükséges a minőséget az egészségügyi ellátás eredményében, ami a minőség javulását szolgálja (Falivena-Palozzi, 2020). Az értékalapú egészségügy célja nem a mérhető indikátorok maximalizálása, hanem a páciens számára érzékelhető és mérhető egészségnyereség elérése – ez pedig túlmutat a pénzügyi ösztönzők szűk keretein (Eijkenaar et al., 2013). Az egészségügyi ellátás eredménye az érték alapú koncepcióban az egyenlet számlálójaként szerepel, míg a ráfordítás nevezőként (Porter, 2010; Falivena-Palozzi, 2020). Közgazdasági szempontból az érték mátrix segíthet az egészségügyi ellátás értékének meghatározására abban az esetben, ha az eredmények és ráfordítások hányadosát vizsgáljuk. A mátrix Falivena-Palozzi (2020) által jegyzett. Az alacsony és a magas elért eredményt viszonyítja a szintén alacsony, vagy magas ráfordításhoz, mely alapján az értékelés rámutathat a gazdaságtalan, hatásos, hatékony és a költséghatékony működésre (3. táblázat).

4. táblázat  
Az érték mátrix

|                            | Alacsony eredmények  | Magas eredmények       |
|----------------------------|----------------------|------------------------|
| <b>Magas ráfordítás</b>    | <i>Gazdaságtalan</i> | <i>Hatásos</i>         |
| <b>Alacsony ráfordítás</b> | <i>Hatékony</i>      | <i>Költséghatékony</i> |

Forrás: saját szerkesztés (Falivena-Palozzi, 2020) alapján

Számos tudományos publikáció, mely az eredményekre fókuszál, több esetben hivatkozik az értékre is. Ennek oka az egészségügyben fellelhető értékkel kapcsolatos koncepció iránti érdeklődés lehet, mely független Porter és társai specifikus definíciójától (Fredriksson-Ebbevi-Savage, 2015). A legfőbb akadálya a mérések megvalósításának a megfelelő adatok hiánya az országok többségénél, azonban ahol az adatgyűjtés működik, ott betegség specifikus csoportosítással az adat rendelkezésre áll. Az ellátási események alapján pedig indikátorok képezhetők, melyben a folyamatok, ráfordítások és az eredmények is vizsgálható (Cylus et al., 2016). A ráfordítások és kibocsátások mérésének teljessége szerint összetett és egyszerű hatékonysági mérőszámokról beszélhetünk. Utóbbiak proxykat használnak a mérésnél (például

természetes mérőszám az ápolás átlagos időtartama). A relatív hatékonysági elemzésben a szervezetek teljesítményének összehasonlítására összetett mérőszámok kerülnek felhasználásra. Az összehasonlításnál „(1) részleteiben is hasonló termelési vagy szolgáltatási folyamatot végző szervezetek kerüljenek összehasonlításra; (2) a technikailag lehetséges termelési, illetve szolgáltatási határ azonosításra kerüljön (gold standard); (3) a szervezeten kívüli tényezők a vizsgálat szempontjából kontrollálhatók legyenek.” (Gaál et al., 2012, p.14.)

#### *2.4. A nonprofit marketing megközelítés és szerepe az értékalapú egészségügy koncepciójában*

A szolgáltatásmarketingben az ügyfelek (azaz a fogyasztók) mindig az értékteremtés társalkotói, így részt vesz az értékteremtésnek nevezett folyamatban (Grönroos-Ravald, 2011). A vállalkozások széles körben kísérleteznek az ajánlatok kialakítása és az értékmegragadási mechanizmus tekintetében, mindezek a piaci illeszkedést keresve (Pyka-Nelson, 2018). Az a folyamat arra ösztönzi a cégeket, hogy a hangsúlyt a piac számára nyújtandó szolgáltatások kísérletezéséről a nyújtott szolgáltatások és azok nyújtásának módjainak optimalizálására és termelékenységre helyezték át (Levinthal-Myatt, 1994; Costa Climent-Haftor, 2021). A PREM-ek szisztematikus értékelése rámutatott arra is, hogy a páciensek élményeiről gyűjtött adatok csak akkor tekinthetők marketing- vagy irányítási döntések alapjául, ha azok érvényesek és reprodukálhatók (Bull et al., 2019). Az ortodox elméletek hatástalannak bizonyultak az értékteremtésnek a magyarázatára, ami kiváltotta az üzleti modell fogalmának kialakulását a vállalati teljesítmény eltéréseinek magyarázatára (Massa et al., 2017), és ezáltal a piac-, vállalat- vagy iparágspecifikus tényezők kiegészítésére (Costa Climent-Haftor, 2021). Az egészségügyben is tehát fókuszálunk rá, ahol szintén elmondható, nem csak a minőségről vagy a műszaki eredményekről, vagy az árakról és a költségekről szól. Ma az „érték” egyidejűleg jelenti:

1. a betegek eredményeinek (PROM) javítását,
2. a betegek tapasztalatainak (PREM) javítását,
3. a hosszú távú költségek csökkentését a pazarlás csökkentése vagy megszüntetése révén, valamint
4. az ellátó személyzet jólétéért való felelősségvállalást.

E meghatározás alapján egyértelművé válik, hogy ha az érték javul, abból a betegek, az ápolók, az egészségügyi szervezetek és a kifizetők is profitálnak. Ezzel szemben, ha az érték romlik, akkor az eredmények, a betegélmény, a biztonság, a hatékonyság, a kényelem, valamint a betegek és az egészségügyi dolgozók jóléte is romlik (Chilingerian et al., 2022). Az orvosi alapfolyamatok a betegutak minden szakaszában megtalálhatók, függetlenül attól, hogy a beteg milyen orvosi szakterületen kerül ellátásra, ezért ezeket az orvosi alapfolyamatokat szisztematikusan javítani kell, mivel így javíthatjuk a teljesítményt, másrészt pozitív hatást gyakorolhatunk az ellátás értékére, ami az érték alapú koncepciót támasztja alá (Bertke-Nufer, 2021).

Az értékalapú egészségügy megvalósítását nemcsak strukturális vagy finanszírozási reformként, hanem szemléletformáló társadalmi folyamatsorként is szükséges értelmezni. A nonprofit marketing – különösen az edukáció, bizalomépítés és részvételiség erősítésén keresztül – kulcsszerepet tölthet be a VBHC koncepció társadalmi elfogadásának előmozdításában. Teisberg, Wallace és O’Hara (2020) rámutatnak, hogy az érték nem absztrakt mutatószámként keletkezik, hanem az ellátás során, a betegek és egészségügyi szakemberek közötti kapcsolatban jön létre. A reform sikeréhez ezért elengedhetetlen, hogy a betegek megértsék, mit jelent az „érték” az ő helyzetükben, és hogyan tudnak aktívan részt venni az ellátásban. Ez a felismerés összhangban van a nonprofit marketing alapelveivel, hiszen a marketing ebben a kontextusban nem eladás-ösztönző eszköz, hanem viselkedésformáló, edukációs és participatív funkciót betöltő stratégia. A betegek motiválása, tájékoztatása és

mege erősítése (empowerment) olyan feladatok, amelyek hatékony kommunikációs eszközöket és értékközvetítő csatornákat igényelnek. Teisberg és munkatársai (2020) értelmezése szerint az értékalapú egészségügy akkor lehet fenntartható, ha a rendszer képes betegközpontú célok mentén mérni az eredményeket, és ezeket a célokat a páciensekkel közösen alakítja ki. A nonprofit marketing ebben a kontextusban hidat képezhet a szakpolitikai célok és a társadalmi megértés között.

Az értékalapú egészségügy sikeres megvalósításához nemcsak technikai reformokra, hanem társadalmi elfogadásra is szükség van. Az innovatív finanszírozási modellek – például a csomagalapú díjazás – csak akkor működhetnek, ha az érintettek (betegek, orvosok, intézmények) megértik azok célját és előnyeit. Ebben a nonprofit marketing kiemelt szerepet játszik: edukációs kampányokon, transzparens kommunikáción és bizalomépítésen keresztül segíti a reformok társadalmi elfogadását. Az OECD által ajánlott „start small, prove value, scale up” stratégia szintén marketinglogikát követ: először meggyőzés, majd bővítés. A nonprofit marketing így hidat képez a döntéshozók és a társadalom között (Lindner-Lorenzoni, 2023).

### 3. Diszkusszió és összegzés

Összeségében elmondható, hogy az érték alapú egészségügy porteri keretrendszere nem igazán mond újat ahhoz képest, amelyet az egészségügy klasszikus közgazdaságtani megközelítése már évtizedekkel ezelőtt kidolgozott. Sőt, bizonyos szempontból összezavarja a klasszikus közgazdaságtani fogalomrendszert, amennyiben más jelentéstartalommal ruház fel korábban világosan és egyértelműen definiált fogalmakat. A szakirodalmi áttekintés alapján a tanulmány egyik újdonsága, hogy a nonprofit marketinget nem csupán támogató eszközként, hanem strukturáló keretként értelmezi a VBHC bevezetésének társadalmi elfogadottságához. Ez a megközelítés kiegészíti a szakpolitikai és egészség-gazdaságtani fókuszú megközelítéseket.

Amint az 1. és 2. táblázatban és további publikációiban is olvashatjuk, az érték értelmezése sok különböző módon lehetséges. Az egészségpolitika célkitűzéseinek ismeretében az értéket kétféleképpen lenne célszerű vizsgálni:

1. Érték, mint eredmény fogalom (ebben az esetben a költségek vizsgálata nem szükséges), vagy
2. Érték, mint hatékonyság fogalom (az eredmény és a költség vizsgálata egyszerre történik, mely kalkulációja hányadosként, esetleg különbségként is történhet).

A porteri értékfogalom például egyértelműen hatékonyságot jelent a klasszikus közgazdaságtani keretrendszerben, miközben az érték a klasszikus közgazdaságtani megközelítés szerint a megtermelt javak fogyasztásából származó hasznot jelenti, és nem foglalja magában az ennek előállításához szükséges erőforrások használdozat költségét. Ez egyébként a köznapi fogalomhasználatba is így került át, például amikor azt mondjuk, hogy értéket szeretnénk a pénzért cserébe („value for money”). Ebben a tekintetben tehát az „érték alapú” keretrendszer nemhogy nem segíti a tisztánlátást, hanem kifejezetten összezavarja azt is, ami legalább eddig tisztázott volt a szaknyelvben és a köznyelvben is. Ennél is súlyosabb fogalmi zavart okoz az Európai Bizottság szakértői anyaga, amely az érték alapú egészségügy fogalomrendszerét a klasszikus közgazdaságtani fogalomrendszer teljes összekeverésével határozza meg. Az Európai Bizottság publikációja bevezeti az allokációs-, technikai-, társadalmi- és személyes értékek fogalmát. Vegyük észre, hogy a technikai érték nem más, mint a klasszikus közgazdaságtan hatékonyság fogalma, az allokációs érték pedig már nem is hatékonysági, hanem elosztási (tehát igazságossági) cél. Ez utóbbi azért különösen konfúzus, mert az allokáció fogalmát a klasszikus közgazdaságtani megközelítés hatékonyság fogalomként értelmezi és éppen ezért nem használja az elosztási igazságossággal kapcsolatban. A porteri elméletnek ugyanakkor vannak olyan elemei, amelyek végül is használhatók az egészségügyi rendszerek modernizációs törekvéseiben. Ilyen például az eredmény mérésére

való törekvés, a betegek bevonása az eredmény mérésbe, az eredmény alapú finanszírozás, az ellátási sorok szerinti finanszírozás a fragmentáció csökkentésére, a szolgáltatói tapasztalat vizsgálata, vagy a minimum esetszám alkalmazása az ellátás minőségének és hatékonyságának javítására. Ezek közül azonban egyik sem Porter nevéhez köthető, nem ő találta ki, és nem is amiatt nem terjedtek el eddig széles körben, mert Porter fellépéséig ezek a gondolatok nem voltak ismertek. Az alkalmazás korlátait korábban is azok a módszertani problémák jelentették, amelyeket Belicza és Takács (2007) nagyon jól összefoglalt, és jelentik most is. Ezek a módszertani problémák azonban nem kell, hogy megbénítsák a fejlesztőmunkát ezeken a területeken, hiszen egyes elemei használhatók a gyakorlatban, és a használattal a módszertan is tovább fejleszthető. Porter fellépése tehát annyiban hasznosnak tekinthető, hogy újból ráirányította a figyelmet az eredmény mérés jelentőségére, és ez a dolgozat is egy konkrét gyakorlati alkalmazását vizsgálja az eredménymérésnek. Abban a tekintetben, hogy Porter által propagált „értékközpontúság” megvalósítható-e, illetve bizonyos korlátok ismeretében a megvalósítás milyen veszélyeket rejthet magában az egészségügyi rendszerek teljesítményére gyakorolt hatásában, elmondható, hogy az egészségügy területe komplex. Az értékközpontúság megvalósítása egy szempont lehet a sok közül – egy komponensként tekinthetünk a teljesítmény mérésre. Kutatásunkból és további korábban publikált tanulmányokból is kiderült, hogy a PROM méréssel szubjektív eredményeket kapunk, hiszen minden beteg másképpen éli meg betegségét, eltérő állapotuk megítélése. Ezért elengedhetetlen objektív mutatók hozzárendelése a mérésekhez. A tanulmány megállapításai alapján az értékalapú egészségügy elterjesztésének nemcsak szakpolitikai, hanem kommunikációs feltételei is vannak. A nonprofit marketing szemlélete és eszköztára – különösen az edukáció, érdekképviselés és bizalomépítés terén – támogathatja a VBHC koncepció társadalmi elfogadtatását. A civil szervezetek részvétele lehetővé teszi, hogy a páciensek számára releváns kimeneti mutatók (pl. PROM, PREM) beépüljenek az ellátás értékelésébe (Teisberg et al., 2020), míg a transzparens kommunikáció hozzájárulhat a VBHC-modell iránti bizalom erősödéséhez (Falivena & Palozzi, 2020).

A szakirodalom megismerése alapján elmondható, hogy a magyarországi egészségügyi rendszerben mindhárom értékfelfogás nyomai fellelhetők, azonban rendszerszinten nem valósult meg a teljes integráció. A klasszikus közgazdasági megközelítés – különösen a költséghatékonyság és allokációs hatékonyság szemlélete – főként az egészségpolitikai döntéshozatalban, a finanszírozási modellek kialakításában (pl. HBCs alapú finanszírozás) és a költségkontroll stratégiákban érhető tetten. A porteri értelemben vett értékalapú szemlélet egyelőre szóróványosan jelenik meg egyes magánszolgáltatóknál, akik az ellátás eredményességét, betegút-egységességet és betegelégedettséget hangsúlyozzák. A magyar egészségügy finanszírozási rendszere volumenközpontú (teljesítményvolumen-korlát, HBCs-finanszírozás), így nem ösztönzi a hosszú távú, prevencióra és minőségre épülő ellátási formákat. A szakmai protokollok és indikátorrendszerek gyakran elavultak, nem támogatják az integrált ellátási egységek kialakítását. Emellett hiányzik a társadalmi kommunikáció és az érintettek (betegek, szakemberek, döntéshozók) edukációja, amely a VBHC társadalmi elfogadottságához és fenntarthatóságához elengedhetetlen lenne.

A tanulmány újszerűsége abban rejlik, hogy a nemzetközi szakirodalom feldolgozásán túl a nonprofit marketing szempontrendszerét integrálja az értékalapú egészségügy (VBHC) értelmezésébe. A VBHC-t korábban elsősorban egészség-gazdaságtani vagy finanszírozási kérdésként tárgyalták, ugyanakkor e tanulmány rámutat, hogy a reformok sikeréhez a társadalmi elfogadottság és támogatottság kulcsfontosságú. A nonprofit marketing a reformok elfogadtatásában és társadalmi beágyazásában játszhat kulcsszerepet. A marketingkommunikáció eszközei – edukáció, részvétel, bizalomépítés – segíthetnek a betegek, orvosok és döntéshozók közötti együttműködés erősítésében edukációs, bizalomépítő és részvételiség-erősítő szerepe stratégiai eszközként alkalmazható az érték-alapú egészségügyre való átállás társadalmiasításában. A „start small, prove value, scale up” megközelítés jól

illeszkedik a nonprofit marketing lépéseikhez. Mindezt a VBHC bevezetésének sikere érdekében stratégiai fontosságú a nonprofit marketing integrálása az egészségpolitikai reformfolyamatokba. A reformok nem kizárólag pénzügyi és szakpolitikai síkon valósíthatók meg, hanem kommunikációs és kulturális adaptációt is igényelnek. A laikus lakosság számára érthető módon szükséges elmagyarázni, mit jelent az „érték” az egészségügyben, és hogyan szolgálja az ő érdeküket (például animált kisfilmek, infografikák, webináriumok vagy közösségi média kampányok révén – mindezeket célcsoportokra specifikáltan létrehozva).

## Felhasznált irodalom

- Baumhauer, J. F., & Bozic, K. J. (2016). Value-based Healthcare: Patient-reported Outcomes in Clinical Decision Making. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474, 1375–1378. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-4813-4>
- Belicza, É., & Takács, E. (2007). A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás?. *Orvosi Hetilap*, 148(43), 2033–2041. <https://doi.org/10.1556/OH.2007.28107>
- Bertke, P., & Nufer, M. (2021). The Impact of Performance Enhancement on Value of Care in Hospitals. *Front. Public Health* 9:740257. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.740257>
- Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., & Downes, M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Services Research*, 54(5), 1023–1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>
- Chilingerian, J. A., Chick, S. E., & True, G. (2022). Editorial: The science and art of value in healthcare: Measures, voices and methods. *Frontiers in public health*, 10, 1089091. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1089091>
- Colldén, C., Gremyr, I., Hellström, A., & Sporraeus, D. (2017). A value-based taxonomy of improvement approaches in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 31(4), 445–458. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2016-0162>
- Costa Climent, R., & Haftor, D. M. (2021). Value creation through the evolution of business model themes. *Journal of Business Research*, 122, 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.09.007>
- Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. World Health Organization.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 110(2-3), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- EUROSTAT. (2025). Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_cd\\_apr/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en)
- Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). (2019). Defining value in “value-based healthcare”. Publications Office of the European Union. [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/024\\_defining-value-vbhc\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/024_defining-value-vbhc_en.pdf)
- Falivena, C., & Palozzi, G. (2020). Value-based healthcare paradigm for healthcare sustainability. In G. Palozzi (Ed.), *Health Technology Assessment for Sustainable Healthcare System* (pp. 133–153). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-31193-3>
- Fredriksson, J. J., Ebbevi, D., & Savage, C. (2015). Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 24(7), 451–457. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003803>
- Galvagno, M., & Dalli, D. (2014). Theory of value co-creation: a systematic literature review. *Managing Service Quality*, 24(6), 643–683. <https://doi.org/10.1108/MSQ-09-2013-0187>

- Gaál, P. (2005). Értékkonszenzus a magyar egészségügyben. *IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 4(4), 11–15.
- Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., & Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(5), 1–266.
- Gaál, P., et al. (2012). Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2012(2), 7–15.
- Gray, J. A. M. (2011). *How to Get Better Value Healthcare\** (2nd ed.). Offox Press.
- Gray, M. (2015). The ‘triple value agenda’ must be our focus this century. NHS Confederation Blog. <https://www.nhsconfed.org/blog/2015/05/the-triple-value-agenda-should-be-our-focus-for-this-century>
- Grönroos, C., & Ravald, A. (2011). Service as business logic: implications for value creation and marketing. *Journal of Service Management*, 22(1), 5–22.
- Horner, B., et al. (2019). Paying for value in health care. Boston Consulting Group. <https://www.bcg.com/publications/2019/paying-value-health-care.aspx>
- Institute of Medicine (IOM). (n.d.). Defining and introducing value in health care. [https://www.academia.edu/2917864/DEFINING\\_AND\\_INTRODUCING\\_VALUE\\_IN\\_HEALTH\\_CARE1](https://www.academia.edu/2917864/DEFINING_AND_INTRODUCING_VALUE_IN_HEALTH_CARE1)
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient reported experience measures. *BJA Education*, 17(4), 137–144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
- Levinthal, D., & Myatt, J. (1994). Co-evolution of capabilities and industry: the evolution of mutual fund processing. *Strategic Management Journal*, 15(S1), 45–62. <https://doi.org/10.1002/smj.4250150905>
- Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers’ payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up. OECD Health Working Papers, No.154. OECD Publishing. [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems\\_5884ddf4/627fe490-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/innovative-providers-payment-models-for-promoting-value-based-health-systems_5884ddf4/627fe490-en.pdf)
- MEK. (2025). Érték. Magyar nyelv értelmező szótára. <https://mek.oszk.hu/adatbazis/magyar-nyelv-ertelmezo-szotara/szotar.php?szo=%C3%89RT%C3%89K>
- Male, L., Noble, A., Atkinson, J., & Marson, T. (2017). Measuring patient experience: a systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 314–326. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx027>
- Massa, L., Tucci, C. L., & Afuah, A. (2017). A critical assessment of business model research. *Academy of Management annals*, 11(1), 73–104. <https://doi.org/10.5465/annals.2014.0072>
- Mkanta, W. N., Katta, M., Basireddy, K., English, G., & de Grubb, M. C. M. (2016). Theoretical and methodological issues in research related to value-based approaches in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 61(6), 402–419.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Erichsen Andersson, A., Sandoff, M., & Torkelson, E. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish university hospital – a longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17, 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8>
- OECD. (2023a). Hungary: Country Health Profile 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8d398062-en>
- OECD. (2023b). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Porter, M. E. (2009). A strategy for health care reform — Toward a value-based system. *The New England Journal of Medicine*, 361, 109–112. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0904131>

- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363, 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Redefining German health care*. Springer. Edition 127, 978-3-642-10826-6
- Porter, M. E. (2016). Value-based health care and the role of outcomes: Opportunities for the OECD. OECD Health Ministerial Meeting. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Item-3b-Improving-Health-Care-Value-Porter.pdf>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. [https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point\\_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf](https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf)
- Prada, G. (2016). Value-based procurement: Canada's healthcare imperative. *Healthcare Management Forum*, 2(4), 162–164. <https://doi.org/10.1177/0840470416646119>
- Péntek, M. (2021). Az egészségnyereség mérése és értékelése krónikus betegségekben. Akadémiai nagydoktori értekezés, Óbudai Egyetem. [https://real-d.mtak.hu/1331/7/dc\\_1850\\_20\\_doktori\\_mu.pdf](https://real-d.mtak.hu/1331/7/dc_1850_20_doktori_mu.pdf)
- Pyka, A., & Nelson, R. (2018). Schumpeterian competition and industrial dynamics. *Modern evolutionary economics: An overview*, 1-34.
- Rahman, T., Gasbarro, D., & Alam, K. (2022). Financial risk protection from out-of-pocket health spending in low- and middle-income countries: a scoping review of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20, 83. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00886-3>
- Rothman, M. L., et al. (2007). Patient-reported outcomes: Conceptual issues. *Value in Health*, 25, 713–726.
- Szigeti, Sz. (2009). Hatékonyság és annak kormányzati észlelése az egészségbiztosítás reformja során I. rész. *IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 8(6), 10–15.
- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and implementing value-based health care: A strategic framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682–685. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122>
- Teperi, J., Porter, M. E., Vuorenkoski, L., & Baron, J. F. (2009). The Finnish health care system: A value-based perspective. *Sitra Reports*, 82. ISBN 978-951-563-659-1 <https://www.sitra.fi/wp/wp-content/uploads/2017/02/raportti82-2.pdf>
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization: Basic Documents* (45th ed., Supplement). [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Strengthening Health System Performance Assessment in Hungary*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf)
- World Health Organization. (2020). Building on value-based health care: Towards a health system perspective (Policy Brief 37). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336065>