

## Egészség-gazdaságtani irányelvek<sup>1</sup>

Dr. Gulácsi László, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Közszolgálati Tanszék

**Egészség-gazdaságtani irányelveket számos országban, különböző szervezetek (kormányzat, tudományos intézmények, cégek), különböző célok elérése (finanszírozás, gyógyszerek pozitív és negatív listázása, metodikai standardok és irányelvek) érdekében hoztak létre. A következőkben röviden áttekintjük az egészség-gazdaságtani irányelvek létrejöttének legfontosabb okait és az irányelvek használatának céljait.**

### JELENTŐSÉG ÉS KIHÍVÁSOK

A tudományos tények azt mutatják, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések jelentős támogatásban részesülnek a kormányzati és finanszírozói oldalról, a gyógyszereket felíró orvos szintjén azonban szinte nincs hatásuk. Az irányelvek egy része, pl. Ausztrália és több más ország irányelve a finanszírozási és visszatérítési döntéseket segíti elő, míg más irányelvek, pl. US Panel on Cost-effectiveness (Washington Panel) pusztán a megfelelő kutatási metodikát (arany standard) írja le. (Project Summary, 1996; Gold et al. 1996)

Az egészség-gazdaságtani irányelvek implementációja során több kihívással is szembe kell nézni.

- Az első kihívás az, hogy az egészség-gazdaságtani elemzéseknek tudományosan, minden cég illetve politikai befolyástól mentesen kell történniük. Ennek érdekében az irányelvek átláthatóságát (transparency) és elszámolhatóságát (accountability) javítani kell. Az egészség-gazdaságtani elemzések eredményét gyakran torzítják a kutatás finanszírozói. Ez a kritika leggyakrabban a gyógyszergyártókat éri, de az egészségügy finanszírozói is használhatják az egészség-gazdaságtani eredményeket saját korábban meghozott döntéseik utólagos igazolására.
- Második kihívás, hogy a finanszírozók a lakosság számára terveznek és vásárolnak egészségügyi szolgáltatásokat, azok pedig, akik a gyógyszereket felírják és az egészségügyi technológiát használják, a betegek szintjén gondolkodnak. Ez egyértelműen érdekütközéshez vezet, hiszen a szolgáltatók tradicionálisan a klinikai eredményeséget tekintik a legfontosabbnak minden egyes beteg szintjén, míg a szolgáltatások vásárlói, finanszírozói számára az új technológiának a teljes költségekre gyakorolt hatása a legfontosabb. Ezért is kell a nagyobb transzparencia az egészség-gazdaságtani irányelvek esetén,

hogy ez láthatóvá váljon, hiszen mind a két érdek teljesen érthető és jogos az adott szemszögből.

- A harmadik kihívás az, hogy mind a költség mind a haszon a társadalom szemszögéből kerüljön elemzésre – a legtöbb egészség-gazdaságtani irányelv ezt preferálja. Azonban amikor az egészségügyi rendszerbe történő befektetésről van szó, a társadalom és a finanszírozó részesevése nagyon különböző lehet az egészségügyi programtól függően. Általában csak azok a költségek kerülnek figyelembevételre, amelyek az egészségügyön belül jelentkeznek. Egy bizonyos egészségügyi beavatkozásba történő befektetés emelheti a munka termelékenységét, csökkentheti a táppénzes időt és a kifizetések nagyságát és emelheti a Pénzügyminisztérium felé befizetett adókat és növeli a társadalmi jólétet, habár az adott esetben a beruházás másik oldalán megtakarítás esetleg nem mutatható ki. Ebben az esetben az egészségügybe történő befektetésből az egész társadalom részesedik, az egészségügy oldalán pedig az amúgy is nagyon korlátozott források mellett jelentkezik nehezen kezelhető plusz költség. Sőt ez a helyzet nem csak a gazdaság szektorai között áll fenn. A legtöbb esetben például, az alapellátásba történő befektetésből származó haszon sem átváltható a szakellátás szintjére. A társadalmi megközelítés azt feltételezi, hogy a társadalom célja a jólét maximálása. A valóságban azonban a döntéshozók ettől a haszonelvű (utilitarian) perspektívától eltérnek, mégpedig nagyon racionális és transzparens okokból. Az egyik legfontosabb ok a méltányosság (equity). A gazdasági hatékonyság egy részéről az egyes társadalmakban lemondanak, az egészségügyből származó haszon egyenlőbb elosztása érdekében. Az egyenlőtlenségek csökkentése, például több erőforrás juttatása a kevésbé fejlett térségekbe egyértelműen csökkenti a gazdasági hatékonyságot, miközben növeli a méltányosságot. A társadalmi megközelítés során ezt a hasznot, ezt az értéket is mérhetővé kell tenni és ezen a szinten ez a hatás mérhető is. Itt persze ismét felmerül az, hogy a méltányosság növelése az egészségügy terén az egészségügy szűkös forrásaiból történik, a haszon oldalán pedig azt látjuk, hogy a (nem csak az egészségi állapotban bekövetkező) haszonból az egész társadalom részesedik. Ezen befektetésnél is figyelembe kell venni a teljes hasznot, amely ebben az esetben egy sokkal holisztikusabb módszerrel történhet, mint egyéb esetekben az

<sup>1</sup> A tanulmány a *MEDICINA* Könyvkiadó RT. által a következő negyedévben megjelentetésre kerülő 'Egészségügyi Közgazdaságtan' (szerk: Gulácsi László) könyv részlete. A publikálás a kiadó engedélyével történik.

egészségügyi intervenciók hasznának (pl. klinikai kísérletek) mérésekor.

- A negyedik és egyben a legfontosabb kihívás, az hogy az egészség-gazdaságtani elemzés során megfelelő és elfogadható metodikát kell alkalmazni. Sheldon és Vanoli (1997) felmérése szerint sok elemzést nagyon nehéz megérteni, mert azok rosszul vannak megírva és az általuk használt egészség-gazdaságtani metodika minősége kérdéses. Ezért van szükség sokkal nagyobb fokú átláthatóságra és elszámoltathatóságra. Ezt a célt szolgálják a gazdasági elemzési és költség-számítási irányelvek, amelyek közül kettő létezett 10 évvel ezelőtt, ma pedig már gyakorlatilag minden fejlett országban (és sok közepes jövedelmű országban is) használatos irányelvek konvergenciája is jó ütemben halad, a tagadhatatlanul meglévő különbségek ellenére. A tiszta és transzparens irányelvek különbségeik ellenére is jól használhatóak, hiszen az eredmények is strukturáltan kerülnek feltüntetésre. A legtöbb szakmai vita még mindig a QALY módszerrel kapcsolatos. Az, hogy miért vonzó a QALY a döntéshozók számára, az eléggé magától értetődő, hiszen ez lehetővé teszi az összes egészségügyi intervenció összehasonlítását minden betegséggel kapcsolatosan, és a hasznossági díjak (utility tariffs) is kalkulálhatók a társadalmi értékek alapján. Az egyetlen jelentős kísérlet (Oregon) során is a technológiák hatékonysága alapján QALY-t használták az erőforrások elosztása során, de ezt a megoldást elvetették mivel tartani lehetett attól, hogy ezzel a módszerrel a rokkantak és az öregek hátrányos helyzetbe kerülnek. A költség-hasznosság vizsgálatok összehasonlítása szintén problematikus, hiszen a QALY kalkulálásának több módszere is van, amelyek különböző értékelési módszert használnak. (Gulácsi, 1999) Az ezen a téren kevésbé képzett döntéshozó esetleg feltételezi, hogy ezek a vizsgálatok a „hasonlót hasonlítják a hasonlóhoz” holott az egyes esetekben alapvető koncepcionális eltérések is lehetnek az alkalmazott módszertanban. A QALY használata a gyakorlatban továbbra sem túlságosan gyakori, és az eredmények értelmezése sem ellentmondásmentes. Azonban fontosságát mutatja, hogy az egészség-gazdaságtani irányelvek szinte egyöntetűen a QALY módszerét ajánlják költség-hasznosság vizsgálatok esetén.

## AZ EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI IRÁNYELVEK LÉTREJÖTTÉNEK HÁTTERE

Az egészség-gazdaságtani irányelvek iránti figyelem relatíve új jelenség, a megjelenésük annak a ténynek a tudatosulásával függ össze, hogy az egészségügyben elkerülhetetlen a racionalizálás. A legtöbb termék és szolgáltatás esetén is ez a helyzet, és ez pusztán csak azt jelenti, hogy kereslet általában meghaladja a kínálatot. Az egészségügyben a racionalizálás összetettebb, mint más területeken, mivel az ár, amely másutt a források allokációját meghatározó normál mechanizmus, az egészségügyben nem működik. A legtöbb termék és szolgáltatás területén, ha a kereslet meghaladja a

kínálatot, az árak nőnek. Az árak ezután csökkentik a keresletet, mivel az egyének egy része az adott jószág (termék, szolgáltatás stb.) értékét kevesebbre ítéli azok áránál és elhagyja a piacot. Ezután a piaci egyensúly helyreáll, a kereslet megegyezik a kínálattal, hiszen az ár racionalizálta a piacot a fizetési hajlandóság (willingness to pay) módszere útján, amely pontosan mutatja azt, hogy az egyének milyen értéket tulajdonítanak az adott terméknek vagy szolgáltatásnak. Az egészségügyben ugyan vannak olyan területek, ahol a keresletet az árak alakítják (pl. plasztikai sebészet, fogászat egy része), ez a hatás azonban nem túlságosan jelentős.

Az egészségbiztosítás az egyik oka annak, hogy az árak piactisztító hatása korlátozott. Az elmúlt évtizedekben mind a magán- mind a társadalombiztosítás szerepe mindenütt a világon rendkívül erőteljesen megnőtt. Ez a növekedés azzal járt, hogy az egészségügyben egy nagyon aggregált szintű finanszírozói látásmód alakult ki. A finanszírozó az egyének személyes terápiáját társadalmi szemszögből nézi, és a szolgáltatások vásárlása terén a biztosítottak „ügynökévé” vált, mégpedig mind a finanszírozási szinten mind a szolgáltatások értékének (itt most nem csak a pénzbeli értékre kell gondolni, hanem a hasznosságra is) meghatározása szintjén is. Ezért nagyon fontos egy egészségbiztosítási rendszerben a megfelelő prioritások felállítása. Ebben a rendszerben egyrészt azt kell eldönteni, hogy mit célszerű és mit nem célszerű finanszírozni, illetve az egyes beavatkozásokat gazdasági értelemben is össze kell tudni hasonlítani – hiszen a finanszírozó vásárolja az egészségügyi szolgáltatásokat a lakosság számára.

A második ok, amiért az egészségügy nem tud megfelelően reagálni a szükséglet jelzéseire, az a szolgáltató (orvos) és a fogyasztó (beteg) speciális viszonya. Az egészségügy komplexitása nagyon erőteljesen növekszik és a fogyasztó emiatt saját szükségleteinek a meghatározásában egyre jobban orvosára kell, hogy hagyatkozzék. Az információs aszimmetria miatt az egészségügyi szektort egyértelműen a szolgáltató uralja. A hagyományos piacon a fogyasztó „költség-haszon” kalkulálásának a legfontosabb három tevékenységét – döntéshozás, haszon-elemzés, költségteher-elemzés – a fogyasztó végzi el. Az egészségügyben a döntéshozás legnagyobb része az orvoshoz delegált. A haszon-elemzés szintén döntő módon az orvostól függ, hiszen az ennek alapjául szolgáló információ – kezelés előtti állapot, gyógykezelés, prognózis – szintén az orvostól származik. A szolgáltatás igénybevételenek az időpontjában pedig nincs szükség költségteher-elemzésre, hiszen a fogyasztó a biztosítása miatt nem költség-érzékeny. A legfontosabb dolgok a szolgáltató és a finanszírozó között dőlnek el, a fogyasztó fontos, de a lényegi döntési körökön kívüli szereplője az egészségügynek.

Az egészség-gazdaságtani irányelvek éppen emiatt a finanszírozó, szolgáltató, fogyasztó közötti nagyon speciális viszony miatt jöttek létre. Az irányelvek célja a költségek kontrollja, amely cél azonban nem feltétlenül konzisztens a gazdasági hatékonyság céljaival. Az irányelvek szerepe azonban korlátozott. Nem csak azért, mert az egészségügyi költségeknek csak viszonylag kis hányadával foglalkozik, ha-

nem azért is, mert elsődlegesen metodikai és nem gyakorlati irányultságú. Ezen felül, annak ellenére, hogy annak ellenére, hogy az irányelvek metodikája egyre kifinomultabb, egyik egészség-gazdaságtani irányelv sem nyilatkozik arról, hogy az irányelvnek mi a célja, az irányelvben foglaltak, hogyan viszonyulnak a gazdasági hatékonysághoz (efficiency) és ennek fogalmát sem definiálják. Megfelelő célok és definíciók nélkül az irányelvek rendszere és használatuk könnyen befolyásolható, és olyan célokat is szolgálhatnak, amelyek elkerülésére, szabályozására hozták őket létre. (McGuire et al. 2000)

### Költség-kontroll az egészségügyben

A piacon a költség-kontroll működhethet a kereslet és a kínálat oldalán egyaránt. A kereslet oldalán különböző technikákkal lehet a pénzügyi teher egy részét a fogyasztóra (betegre) hárítani, ezek közül a legfontosabbak: a kizárás a szolgáltatások egy részéből az alábbiakban részletezett ún. co-insurance, a copayment és a deductibles. A szolgáltatások egy részéből való kizárására példa az Oregon kísérlet és a Holland rangsorolási modell. (Gulácsi, 1999) Ha a szolgáltatásból származó haszon nem haladja meg annak költségét, akkor az egyént kizárják ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételéből. A másik három keresleti oldali költség kontroll módszer megpróbálja csökkenteni a finanszírozó elkötelezettségét, abból a megfontolásból kiindulva, hogy az egyénnek ezen a módon valamilyen kontrollja lehet a vásárlási döntések felett. A co-insurance (a költségek megosztása a biztosító és az egyén között, az egyén egy megállapított százalékot fizet minden szolgáltatás igénybevétele során), a copayment (mindkét partner fix összeget fizet a szerződés szerint), a deductible (az egyén egy fix összeget fizet mielőtt a biztosító bármit is fizetne). Valamilyen módon a fogyasztót érdekelté kell tenni abban, hogy ne növelje keresletét, másképpen ennek szinte nincs határa, hiszen ekkor a költségeket nagyon megnövelő túlfogyasztás (moral hazard) következik be.

A fogyasztókat érintő restriktívok haszna azonban limitált, mert a fogyasztó nem ismeri az egészségi állapotát, a rendelkezésre álló terápiákat, ezek hatásosságát és eredményességét. Ennek eredményeképpen a fogyasztónak orvosára kell hagyatkoznia a szükségletének a meghatározásában. Ez a szolgáltatót monopólium helyzetbe hozza, hiszen a szolgáltató (kínálat) határozza meg a fogyasztó (kereslet) kimenetét (outcome).

Mint már korábban említettük a fogyasztó általában alacsony költséggel képes információhoz jutni a termék minőségéről, és meg tudja ítélni a termék fogyasztásával várható hasznosságot (expected utility). Ezek az információk alakítják ki az egyén a keresletét és a kínálatot, amely az árak visszajelző hatására alakulnak ki. Az egészségügyben az egyén képtelen a szükségletét meghatározni, hiszen sem a minőséget, sem a termék fogyasztásával kapcsolatos várható hasznosságot nem tudja megítélni. Nem csak az akadályozza ebben, hogy a szükséges információk beszerzése nagyon költséges lenne, hanem az is, hogy adott esetben a beteg egyér-

telmű kívánsága az, hogy az orvos döntsön helyette. (McGuire et al. 2000) A fogyasztó tehát aktívan és tudatosan lép megbízó-ügynök viszonyba orvosával.

Az elmondottak alapján tehát nem csak a keresleti, hanem a kínálati oldalon is szükséges és egyre fontosabb a költség-kontroll. Ezen a téren azonban nehézségekkel kell szembenézni. A szakemberek az egészségügyben sokkal inkább elkötelezettek az orvosi ellátás iránt, mint a gazdasági kérdések iránt. Emellett lényeges bizalmi kérdés az is, hogy a betegek biztosak legyenek abban, hogy gyógykezelésük során orvosuk az orvosi és a gazdasági kérdéseket szeparáltan kezeli. Ennek a két dolognak az elkülönített kezelése az egyik nagyon fontos ismertetőjele a megbízó-ügynök viszonynak. Az egyik közvetett konzekvenciája az egészségbiztosításnak az, hogy elősegíti az orvosi célok és a gazdasági célok elkülönítését. Azonban az is elmondható, hogy a morális kockázat, azaz az egészségügyi szolgáltatások túlfogyasztása az orvosok viselkedéséből is következhet. Ezt a kockázatot akarja kontrollálni a több különböző szolgáltató finanszírozási technika, mint pl. a HBCS, vagy a managed care az Egyesült Államokban. A finanszírozók egyre jobban érvényesítik megnövekedett befolyásukat a költség kontroll érdekében. (A megnövekedett befolyást jól mutatja, hogy pl. az Egyesült Államokban az egészségügy finanszírozásának 55%-a kormányzati alapokból történik.) A különböző finanszírozási és visszatérítési mechanizmusok (pl. DRG-alapú rendszerek) esetén a finanszírozás egyre inkább különböző szakmai feltételek teljesítéséhez kötött. A visszatérítési rendszerek esetén különböző mércék (yardstick) és benchmark implementálása szükséges, amelyek biztosítják, hogy az ellátás az általános szinten az elvárható módon történjen. Az „általános” és az „elvárható” definíciója az egészségügyben döntővé vált.

A beavatkozások hatásáról egyre nagyobb mértékben rendelkezésre álló tudományos tények alapján létrehozott klinikai irányelvek használata a leggyakoribb módjává vált a klinikai standardok definiálásának. Ezeknek az irányelveknek a célja a legjobb klinikai gyakorlat leírása – a rendelkezésre álló legjobb minőségű tudományos bizonyítékok alapján. Az irányelvek használata megerősíti az orvosi gyakorlat önszabályozó autonómiáját és erősíti a megbízó-ügynök viszonyt az orvosok és a betegek között. A klinikai irányelvek nem foglalkoznak a költségekkel, céljuk az egészségnyereség maximalizálása, teljesen függetlenül a költség-konzekvenciáktól. Ha egy terápia klinikailag effektívnek bizonyult, akkor az irányelv ezt minden további nélkül tartalmazhatja (és tartalmazza is a gyakorlatban) függetlenül attól, hogy a költség konzekvenciák jelentősek-e vagy sem. A klinikai irányelvek tehát az orvosi gyakorlattal foglalkoznak, kevésbé azzal, hogy az adott orvosi gyakorlatra vonatkozó tudományos bizonyítékokat milyen metodikával nyerték, interpretálták stb.

A klinikai irányelv tehát orvosi gyakorlat orientált. A klinikai irányelvek szerepe két szempontból is nagyon jelentős:

- az egyre nagyobb fokú elterjedtségük egyértelműen elősegíti azt, hogy a klinikai gyakorlatba beépüljenek a tudományos eredmények,

- az irányelvek, minimum standardként funkcionálva megkönnyítik az orvosok munkájának elemzését.

Ennek eredményeként a klinikai irányelvek segítségével egyre jobban megítélhető az egészségügyi ellátás minősége. A legtöbb modern ellátási formában ma már megkövetelnek ennek alapján valamilyen elvárható minimum minőséget.

Ebben a közegben jelentek meg az egészség-gazdaságtani irányelvek. Az alapfeltételezés az, hogy ha a klinikai irányelvek használatát kiegészítjük az egészség-gazdaságtani irányelvekkel, akkor a döntéshozatal a gazdaságilag is hatékony kimenet (efficient outcome) felé mozdul el. Ez a feltételezés felveti a szükségességét a hatékonyság (efficiency) definiálásának, illetve azt hogy mi a kapcsolata az egészség-gazdaságtani irányelveknek ehhez a definícióhoz.

### Az egészség-gazdaságtani irányelvek gazdasági tartalma

Feltételezhető, hogy az egészség-gazdaságtani irányelvek célja a gazdasági hatékonyság (efficiency) javítása, azonban az irányelv célja a legtöbb esetben nem teljesen világos. Ez lenne a logikus és ezen a módon az egészség-gazdaságtani irányelvek olyan cél-struktúrát hozhatnának létre, amely a klinikai irányelvekkel konzisztens. Ez segítené a döntéshozókat abban, hogy meghatározhassák, melyik terápiát célszerű alkalmazni a költség-hatékonysági vizsgálatok alapján.

Az egészség-gazdaságtani irányelvek implementálása sokkal nehezebb, mint a klinikai irányelveké, mert a közgazdaságtan arra törekszik, hogy az adott terápia bevezetését követően azonosítsa a határ-nyerteseket (marginal gainers) és a határ-veszteseket (marginal losers). Az adott terápia eltérő költség-hatékonyságú lehet a különböző beteg populációkban és ennek az egyik következménye az, hogy az elemzéshez igen jelentős mennyiségű információ szükséges. Az egészség-gazdaságtani irányelvek azonban általában ezzel az aspektussal nem foglalkoznak, hanem ezek az irányelvek alapvetően metodikai kérdés irányultságúak. Nem térnek ki arra, hogy a rendelkezésre álló költség-hatékonysági arányok alapján melyik terápiát lenne célszerű alkalmazni, hanem a fókuszban az áll, hogy milyen metodikával lehet vizsgálni azokat a gazdasági kritériumokat, amelyeket az adott vizsgálat esetén alkalmaztak.

A részletes metodikai leírást tartalmazó irányelvek nagyon kevés szót ejtenek arról, hogy az irányelvek használatával pontosan milyen maximalizációs elvet követnek, minek a maximalítása a cél. Kevés információ áll rendelkezésre, hogy milyen gazdasági hatékonyság (efficiency) célt szolgál az irányelv, illetve milyen feltételezések mellett kell értelmezni a költség-hatékonysági vizsgálatok eredményeit. A közgazdaságtan számos hatékonysági (efficiency) definíciót ismer, amelyek mindegyikének elsődleges célja a jólét maximalizálása, ahol a jólétet a felhasznált források értéke (hasznosság) határozza meg. A gazdasági hatékonyságnak van egy technikai oldala, a technikai hatékonyság (technical efficiency), amely arra vonatkozik, hogy a rendelkezésre álló források felhasználásával a lehető legnagyobb output mennyiséget kell elérni. Ez a definíció teljesen konzisztens a

hatásossággal és az eredményességgel. Ha az orvosok fő célja az egészség maximalizálása, akkor ez a definíció konzisztens a bizonyítékokon alapuló orvoslással és a klinikai irányelvek használatával. Ha ezen a módon gondolkodunk, akkor az egészség-gazdaságtani irányelveknek ki kell egészíteniük a klinikai irányelveket. A hatékonyságnak a technikai vetülete azonban nem alkalmas annak biztosítására, hogy a források felhasználásával a maximális érték legyen nyerhető, hiszen a gazdasági hatékonyságnak ez a formája az adott rendelkezésre álló forrás felhasználásával az output és nem az érték maximalizálását szolgálja. Ahhoz, hogy az elérhető érték a maximális legyen, eleget kell tenni a termelési hatékonyság (productive efficiency) követelményeinek is. A hatékonyságnak ezt a formáját úgy határozhatjuk meg, mint az adott output mellett a költségek minimalizálását. A hatékonyság következő formája az allokációs hatékonyság (allocative efficiency), amely maximalizálja az adott források (költségek) felhasználásával elérhető értéket, amely a definíció szerint az egyén számára, a felhasznált output során keletkező hasznosság (utility) maximalizálását jelenti. Az érték, mint látható az outputtól különbözik – például egy megnyert nap értéke egyénekenként különböző. Pareto hatékonyság (Pareto efficiency) nevezzük, amikor az outputok szétosztása során az allokáció nem hozhat valakit úgy jobb helyzetbe, hogy közben másvalaki rosszabb helyzetbe kerüljön. Bizonyos körülmények között a tökéletesen versenyző piac eredményezheti a technikai, termelési, allokációs és Pareto hatékonyság létrejöttét. Amint már korábban említettük, az egészségügyi piac nem képes elérni ezt a hatékonyságot és ez – a piac bukása – az, ami miatt az egészségügyben különböző szabályozási mechanizmusokra van szükség. A szabályozási mechanizmusoknak szintén megvannak a saját hibáik és gyakran ezek is képtelenek az allokációs hatékonyság előmozdítására.

A hatékonyság jóléti-alapú definíciója, a Pareto optimality, bizonyos szempontból elég szűk definíció. A szakemberek egy része szerint a hatékonyságnak az egyének jóléte, hasznossága (utility) alapján történő definiálása (konzisztens a betegséggel, éhezéssel, munkanélküliséggel stb.) számos dimenziót figyelmen kívül hagy, (pl. „alapvető képességek”) amely szintén a hatékonyság része, és egy tágabb hatékonyság definícióban ezt figyelembe kellene venni.

Az egészség-gazdaságtani irányelvek a hatékonyság javítását tűzik ki célul, ennél fogva rendelkezünk kell a hatékonyság egyértelmű definíciójával, a termelési hatékonyság és az allokációs hatékonyság esetén, vagy létre kell hozni a hatékonyságnak valami olyan definícióját, amely a jóléti koncepció szűk definíciójánál szélesebb módon definiálja a hatékonyság fogalmát.

Mielőtt továbbmennénk a hatékonyság definiálásával, meg kell azt jegyezni, hogy a forrásallokáció egyik módja – a költség kontroll (cost containment) nem kell, hogy konzisztens legyen a gazdasági hatékonysággal, függetlenül attól, hogy azt welfarist vagy extra-welfarist módon definiáljuk-e. A költség kontroll célja pusztán költségvetési cél, amelynek sem a technikai, sem az allokatív gazdasági ha-

tékonyasághoz nincs köze. Tegyük fel a továbbiakban, hogy a döntéshozók célja a gazdasági hatékonyság.

A költség-hatékonyság és a költség-hasznosság elemzés konzisztens a Pareto hatékonysággal, és a költség-haszon elemzéssel. A költség-haszon elemzés esetén a terápia gazdaságilag hatékony, ha a haszon meghaladja azt az összeget, amit az egyének hajlandóak fizetni (willingness to pay), hogy hozzájussanak az adott terápiához. A költség-haszon elemzés esetén a döntési út viszonylag egyszerű, mindaddig biztosítani kell az adott szolgáltatást, amíg nettó haszon jelentkezik. Ennek alapján az egészségügyi költségvetés nagyságát úgy lehetne meghatározni, hogy egészen addig lehessen erőforrásokatallokálni az egészségügybe, amíg nettó hasznot generálnak a különböző egészségügyi „csomagok”. Amennyiben a források szűkösek, akkor a döntési szabály ettől különböző és sokkal összetettebb, és a növekményi haszon/költség összevetésén kell, hogy alapuljon abban az esetben, ha a „csomagok” egymástól teljesen függetlenek (mutually independent) és konstans hozadékúak (constant returns to scale). Ha ez nem így van, akkor a döntési út még összetettebb, hiszen nem lineáris programozás szükséges a terápiás csomagok összehasonlítására. Az egészség-gazdaságtani irányelvek azonban általában nem preferálják a költség-haszon elemzéseket, mivel az emberi-tőke módszer csak egy nagyon leszűkített és ellentmondásos módon képes a haszon azonosítására, mérésére és értékelésére. Az ausztrál (és a magyar) irányelv ezért nem javasolja a költség-haszon elemzést, míg más országok felhívják a figyelmet a problémára, és az elemzőkre hagyják a döntést.

A költség-hatékonyság és a költség-hasznosság elemzés mindkettő a termelési hatékonyságot méri. Egyrészt, az egyetlen különbség a kettő között, hogy a költség-hasznossági elemzés a termelési hatékonyságot két dimenzióban méri (élettartam és életminőség) míg a költség-hatékonyság egydimenziós. Másrészt, a költség-hasznossági elemzés a döntéshozót az allokációs hatékonyság felé viszi akkor, ha az elemzés a kimenet preferencia-alapú súlyozását használja. Ebben a második felfogásban az életminőség nem csak egy plusz dimenziója a kimenetnek – hanem ezen a módon valamennyi hasznossági értéket (utility value) ad hozzá a különböző egészségi állapotokhoz (various states of health). Ez a vélemény azonban csak nagyon szigorúan meghatározott esetekben védhető. Ha azonban az életminőség az egészség preferenciákat (health preferences) tükrözi, azon a módon, hogy az megfelel a konvencionális gazdasági hatékonyságnak (Pareto féle vagy jóléti gazdasági hatékonyság) akkor ebben az esetben az ezek által felállított axiómáknak is eleget kell tennie. Az expected utility teória által specifikált három legfőbb axióma: a) a preferenciák léteznek és tranzitívak, b) az egyes hasznosságok egymástól függetlenek, c) a preferenciák sorba rendezhetők. Látható, hogy az életminőség súlyok meghatározásának és ezen keresztül a QALY nyereségnek ez az axiomatikus megközelítése normatív teória. Azt írja le, hogy az egyéneknek hogyan kell cselekednie bizonytalanság esetén. A szakirodalom egyértelműen azt tükrözi, hogy az emberek nem ezen a módon cselekszenek. Máskép-

pen fogalmazva a költség-hatékonysági Bajnoksági Táblázatok, amelyek a költség/QALY számításon alapulnak a bizonytalanság alatti allokációnak a normatív és nem a leíró megközelítése. Ha az életminőséget különböző dimenziókban mérjük, akkor egy negyedik axióma is szükséges: a hasznosságok függetlensége (mutual utility independence) a vizsgált területeken.

További szakmai viták folynak a QALY-val kapcsolatban. Culyer (1990) például kifejti, hogy a QALY nem csak hogy nem konzisztens a jólét konvencionális Pareto definícióval, hanem magában foglalja az extra-welfarist perspektívát, mert a QALY alapvető egészséggel kapcsolatos életminőségi dimenziókat mér. Ebben az értelemben nem a hasznosság (utility) mérésére szolgál, hanem az egyének egészségi állapotának jellemzőit méri. Hiszen az 1 QALY az 1 QALY függetlenül attól, kinél jelentkezik. Ha az értékek nem az egyénektől függenek, akkor a definíció szerint nem a hasznosság illetve a preferenciák erősségének a mérése történik.

A költség-hatékonysági elemzések célja a termelési hatékonyság elősegítése, azaz ez a fajta gazdasági elemzés célja nem az egészség értékének, hanem pusztán az egészségnek a maximalizálása. Az a kérdés azonban továbbra is megválaszolatlan, hogy hogyan értékeljük magát az egészséget. Ezzel kapcsolatban a kanadai irányelv explicit módon leírja, hogy ha a költség-hatékonysági vizsgálat a költség per QALY módon történik, akkor a társadalmi szempontú willingness to pay-t is kalkulálni kell, mielőtt bármely forrás allokációs döntésre sor kerülne. A legtöbb esetben azonban a döntéshozók által hozott belső döntések születnek, amelyeket nagymértékben befolyásolnak a költségvetés kondíciói. Ezen az úton azonban nem történik meg a beavatkozások értékének társadalmi megítélése. Másképpen fogalmazva, ebben az esetben azok az irányelvek, amelyek a költség-hatékonysági analízist preferálják, nem tudnak válaszolni a legfontosabb kérdésre, nevezetesen arra, hogy hogyan értékeljük az egészségügyi beavatkozásokat. Az egészség-gazdaságtani irányelv az érték meghatározását másokra, habár néhány explicit döntési pont (cut-off) és finanszírozási küszöb (threshold) meghatározásra kerül.

Tegyük fel azonban, hogy a döntéshozó fő és egyetlen célja az egészség maximalizálása. Ahogy a QALY is definiálja, az egészség maximalizálása érdekében a forrásokat azoknak kell juttatni, akiknek a terápiákból a legnagyobb haszna van. Ez azonban bizonyos méltányossági kérdéseket is felvet. Az egészség-gazdaságtani irányelvek a méltányosságról azonban igen keveset mondanak, ami nem is meglepő, hiszen nincs pontosan meghatározva, hogy az irányelvek milyen hatékonysági kritériumokat tekintenek mérvadónak.

Ahhoz hogy a rendelkezésre álló forrásokat jobban ki lehessen használni egyértelművé kell tenni azt, hogy mit is akarunk maximalizálni: az egészséget, vagy az egészség értékét? Még nehezebbé teszi a kérdést az, hogy az elemzők a QALY-t használják mind az egészség mind az egészség értékének mérésére. Ez utóbbi felhasználási terület jelenleg élénk szakmai viták tárgya, ennek a létjogosultsága csak nagy pontosan meghatározott és lehatárolt területen van ab-

ban az esetben, ha az érték tradicionális megközelítését használjuk, nevezetesen a várható hasznosság (expected utility) teóriát.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A nemzeti jövedelemtől függően nagyon különböző az az összeg, amit az egy egység haszon (például 1 életminőséggel korrigált életévnyereség azaz 1 QALY) elérése érdekében az adott ország el tud költeni. Belátható, hogy ezen a téren más a döntési helyzete az igen magas egy főre eső jövedelemmel rendelkező Hollandiának mint a sokkal kisebb egy főre eső jövedelemmel rendelkező Grúziának. A fejlett országokban az egy jó minőségű életév nyereségre eső költség implicit vagy explicit módon meghatározott. Az egy jó minőségű életév nyereségre eső költség szint, amit az adott országban megfelelőnek tartanak és amely költség szint alatt általában javasolják az adott eljárás vagy gyógyszer finanszírozását, 20 ezer euró Hollandiában, 20–30 ezer font az Egyesült Királyságban (20 ezer font/QALY alatt az adott technológia használata általában automatikusan javasolt, 20 és 30 ezer font/QALY között akkor javasolt, ha az

adott technológia hiányában igen kedvezőtlenek a kimenetek, 30 ezer font/QALY esetén illetve ezen érték felett, valami fontos oknak kell fennállnia ahhoz hogy az ilyen, vagy ennél kedvezőtlenebb költség-hatékonyságú technológia használatát javasolja a NICE). Jó közelítéssel elmondható, hogy a fejlett országokban az egy életévnyereséggel korrigált életév nyereség (QALY) finanszírozási küszöbe az egy főre eső nemzeti jövedelem 100–300%-a közé esik.

A finanszírozási küszöb meghatározása azonban nem problémamentes, a nehézségek ellenére azonban a finanszírozási küszöb használata egyre elterjedtebb a fejlett országokban és az alkalmazott módszerek is egyre átláthatóbbá válnak. Az adott finanszírozási küszöbnek kell megfelelniük, például az egyes gyógyszereknek (illetve más technológiáknak), amennyiben be akarnak kerülni a javasolt, illetve finanszírozott gyógyszerek közé az adott országban.

Hazánkban ilyen (implicit illetve explicit) finanszírozási küszöb még nem került megállapításra, aminek több gyakorlati konzekvenciája is van. Ennek hiányában például igen nehéz megmondani, hogy mi tekinthető hazánkban költség-hatékony technológiának.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Gold MR, Siegel JE, Russell LB et al. Cost-effectiveness in health and medicine, Oxford University Press, Oxford, 1996
- [2] Gulácsi L, Klinikai kiválóság; technológiaelemzés az egészségügyben, Springer Orvosi Kiadó, Budapest, 1999
- [3] McGuire A, Morris S, Raikou M, Where are the economic guidelines coming from? International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2000;16:4:976-986
- [4] Project Summary, Cost-Effectiveness in Health and Medicine, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Washington D.C. 1996
- [5] Sheldon T, Vanoli A, Providing research intelligence to NHS: The role of the NHS Centre for Reviews and Dissemination, In: Towse A, ed. Guidelines for the economic evaluation of pharmaceuticals: Can the UK learn from Australian and Canada? London: White Crescent Press Ltd. 1997.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Gulácsi László**, egyetemi docens és chair professzor a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Közszolgálati Tanszékén, ahol az Egészségügyi Közgazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport vezetője. A munkacsoport – a magyar egészségügyi technológiaelemzési központ – HunHTA néven

tagja az INAHTA (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment, INAHTA) hálózatnak.

Gulácsi László orvos, szakorvos, valamint a matematikai közgazdaságtan, a szociológia és a matematika terén szerzett egyetemi oklevelet. Emellett a Medical Univer-

sity of Amsterdam, a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem és a Debreceni Orvostudományi Egyetem PhD fokozatával rendelkezik.

Elnökségi tagja az European Pressure Ulcer Advisory Panel-nak (EPUAP), elnökségi tagja az European Society for Quality in Health Care-nak (ESQH), tagja a European Union EFQM Health Sector Group-nak és szerkesztőbizottsági tagja a The International Journal of Technology Assessment in Health Care, valamint az Orvosi Hetilap című szakmai lapoknak.

Az eddigiekben 3 könyvet és több mint 160 szakmai közleményt publikált az egészségügyi közgazdaságtan, egészségügyi technológiaelemzés és a minőségfejlesztés terén magyarul és idegen nyelven.