

Az *in vitro* fertilizáció hazai piacának vizsgálata

Bán Andrea, Gémes Katalin, Kiss Norbert, Nagy Zsolt, Egészségbiztosítási Felügyelet

A Magyarországon közfinanszírozott és magánfinanszírozott formában is igénybe vehető *in vitro* fertilizációs (IVF) kezelések esetében a magas minőség, hatékony erőforrás-felhasználás és az egyenlő hozzáférés szempontjainak hármas kritériumrendszere mentén vizsgáltuk az egészségügyi piac e szegmensét. Az elemzés az IVF kezelések piacán tapasztalható hiányosságokat járja körül, vizsgálva egyrészt a minőségbiztosítás, minőségmérés, betegtájékoztató kérdéskörét, másrészt a piacszerkezetet, az egyenlő hozzáférés megvalósulását, valamint a kezelésre vonatkozó finanszírozási rendszert. A problémák megoldására a nemzetközi ajánlásokon nyugvó javaslatokat fogalmazunk meg.

In vitro fertilisation (IVF) treatments in Hungary are provided by both public and private financing. In our paper we analyse this segment of the health care market according to the requirements of high quality, efficient use of resources and equal access to services. Shortcomings of the market are overviewed, considering issues of quality assurance, quality measurement and patient education. Market structure, equity, accessibility as well as financing principles of these treatments are also reviewed in the analysis. To resolve current problems, recommendations based on international experience and guidelines are formulated.

BEVEZETŐ

A termékenység csökkenése, a meddőségi problémák növekvő prevalenciája komoly egészségügyi probléma Magyarországon is. Különösen az amúgy is csökkenő természetes szaporodási ráta mellett jelenhet meg fontos egészség- és népességpolitikai célként a termékenységi problémákkal küzdő párok hatékony terápiájának biztosítása. A meddő párok jelentős részének van szüksége az asszisztált reprodukciós eljárások közül (AR) a komoly laboratóriumi háttérrel igénylő ún. *in vitro* fertilizációs (IVF) kezelésre, melyek során a petesejt megtermékenyítését a szervezeten kívül végzik el, és az osztódásnak indult zigótát ún. szedercsira-állapotban ültetik vissza az anya szervezetébe. Az elmúlt évtized során a technológia fejlődésének köszönhetően jelentősen nőtt a beültetések hatékonysága, illetve csökkent a kezelés egészségügyi kockázata, ezzel párhuzamosan a szolgáltatóknak egyre magasabb minőségi követelményeknek kell megfelelniük.

Magyarországon az IVF kezelések jelentős része közfinanszírozott ellátásként vehető igénybe, így különösen fon-

tos a magas minőség, a hatékony erőforrás-felhasználás és az egyenlő hozzáférés szempontjainak együttes biztosítása. E hármas kritériumrendszer mentén ugyanakkor több probléma és hiányosság is jellemzi ennek az egészségügyi piacnak a működését, így időszerű az egészségpolitikai és egészség-gazdaságtani szempontok mentén történő felülvizsgálata. Elemzésünkben a hazai IVF kezelések piacán tapasztalható problémákat, hiányosságokat járjuk körül, és a nemzetközi ajánlásokat alapul vevő javaslatokat fogalmazunk meg.

MINŐSÉGMÉRÉS, EREDMÉNYESSÉG ÉS ELLÁTÁSI IRÁNYELVEK

Az IVF kezelés technológiájának fejlődésével párhuzamosan jelentek meg és kaptak egyre fontosabb szerepet a minőségi és megbíztsági szempontok a kezelés során. A genetikai diagnosztika, illetve a fagyaszta tárolás fejlődésével lehetővé vált, hogy az anyára és a magzatra alacsonyabb egészségügyi kockázatot jelentő technológiákkal is megfelelő legyen az eredményesség. Ehhez azonban a szolgáltatóknak magas minőségi követelményeknek kell megfelelniük, így hasonlóan más egészségügyi ellátásokhoz, az IVF szolgáltatás során is egyre fontosabbá válik a minőségbiztosítás és -mérés, illetve a teljes körű betegtájékoztató. Az IVF kezelés esetében is – mint minden invazív orvosi beavatkozás esetében – felléphetnek szövődmények, komplikációk; az egyik leggyakoribb szövődménynek az ikerterhesség nagyobb valószínűséggel történő előfordulása tekinthető.

A szülészeti ellátás fejlődése ellenére a magzatokat és újszülötteket fenyegető veszélyek továbbra is szignifikánsan nagyobbak iker-, illetve többesiker-terhességek esetén. Kettes ikrek esetében a perinatális mortalitás közel ötször, hármas ikrek esetében hétszer nagyobb, mint egyes terhesség esetén. Az újszülöttkori mortalitás ikerterhesség esetében 10-szer magasabb, mint egyes terhességek esetén [1,2,3]. Az ikerterhességek esetében a magasabb peri- és neonatális mortalitás, illetve morbiditás háttérében a koraszülés és az alacsony születési súly magasabb előfordulási aránya áll. A terhesség kettes ikrek esetében átlagosan 37, hármas ikreknél 33 hétig tart. A hármas ikrek negyede, a kettes ikrek 10%-a 1500 gramm alatti születési súllyal jön világra [1]. A többes terhesség kialakulásának esélye korrelál az AR-eljárások során az egy ciklus alatt beültetett embriók számával [3].

Az egy transzferre jutó élveszületések számában – a European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) legutolsó elérhető, 2005-ös adatgyűjtése alapján

– Magyarország európai szinten az elsők közé tartozik, a skandináv országokhoz hasonló 20% feletti értékkel (1. táblázat). Ugyanakkor Magyarországon alacsonyabb volt a fagyasztott embrióval végzett transzferek, továbbá magasabb az ikerszülések aránya, mint más fejlett országokban (2. táblázat). Az adatok használhatóságát csökkenti, hogy a legnagyobb piaci szereplő, a Kaáli Intézet nem szerepel az ESHRE statisztikájában. Az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) által publikált, a 2008. augusztus-december időszakra vonatkozó adatok alapján a fagyasztott-felolvasztott embriókkal végzett transzferek aránya 6,93% volt. A születekre vonatkozó adatok hiányában egyelőre csak a klinikai terhességek adatait lehet értékelni: az ikerterhességek aránya 21,76%, a hármas terhességeké pedig 0,86% volt – azaz jelentős mértékben csökkent, és a változás iránya kedvező.

Ország	Összes szülés	IVF és ICSI-transzferek száma összesen	Egy ciklusra jutó születek aránya	Egyes szülés	%	Kettes szülés	%	Hármas szülés	%	Fagyasztott embrióval történt IVF és ICSI-transzfer
Belgium	2 775	13 853	20,03%	2 409	86,8	353	12,7	13	0,5	4 450
Dánia	1 667	7 977	20,89%	1 315	78,9	345	20,7	7	0,4	1 902
Magyarország	663	2 466	26,89%	478	72,1	169	25,5	16	2,4	453
Nagy-Britannia	7 327	27 188	26,69%	5 425	74,0	1 869	25,5	33	0,5	6 825
Németország	6 576	35 660	18,44%	5 141	78,1	1 378	20,9	57	0,9	14 227
Olaszország	2 675	25 402	10,53%	2 025	75,7	577	21,6	73	2,7	1 190
Svédország	2 056	8 062	25,50%	1 929	93,8	126	6,1	1	0,0	3 458
Összes	47 966	275 741	17,39%	37 487	78,2	10 067	21,0	396	0,8	70 151

1. táblázat
Az IVF kezelés eredményességi mutatói az EU egyes tagországaiban.
Forrás: Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction, Vol.1, No.1 pp. 1-21, 2009.

Ország	Összes beültetett embrió száma	1 embrió	%	2 embrió	%	3 embrió	%	4+ embrió	%
Belgium	13 853	6 652	48,0	5 992	43,3	1 018	7,3	191	1,4
Dánia	7 977	2 604	32,6	5 013	62,8	360	4,5	0	0,0
Magyarország	2 466	280	11,3	1 091	44,2	839	34,0	256	10,4
Nagy-Britannia	27 188	2 697	9,9	23 183	85,3	1 308	4,8	0	0,0
Németország	35 660	4 119	11,5	23 359	65,5	8 182	22,9	0	0,0
Olaszország	25 402	4 743	18,7	7 851	30,9	12 808	50,4	0	0,0
Svédország	8 062	5 596	69,4	2 465	30,6	1	0,0	0	0,0
Összes	236 480	47 348	20,0	132 683	56,1	50 841	21,5	5 436	2,3

2. táblázat
Iker- és többes beültetések aránya az EU kiemelt tagországaiban,
Forrás: Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. Human Reproduction, Vol.1, No.1 pp. 1-21, 2009.

A megfelelő minőséget nemzetközi szinten tehát már nem csak az élveszületési arányban, hanem a szövődmények és a többes terhességek arányának minimalizálásában is mérik. A többes terhesség arányának csökkentését az orvos-szakmai szempontok mellett gazdasági szempontok is indokolják. A többes terhesség okozta szövődmények kezelésének költségei igen magasak. Az Egyesült Államokban 1996-ban haladta meg először az IVF kezelésből született ikrek ellátásának összköltsége az IVF ciklusok összköltségét [4]. Sutter és mtsai (2005) az egy és két embrió beültetés költséghatékonysági elemzését elvégezve a két eljárás között nem találtak jelentős különbséget. A két embrió

transzfert használó eljárás esetében nagyobb eséllyel következett be terhesség, azonban az ikerterhesség perinatális járulékos költségei kiegyenlítették az egy embrió beültetés miatti eredményesség csökkenését [5]. Ugyanakkor, ha az ikrek ellátásának további életkorban becsült járulékos költségeit is számolják, úgy az egyszerűes embrió transzfer költséghatékonyabbnak bizonyul.

Ezért az IVF kezelések esetében a szolgáltatás minőségének javulását az egy ciklusra jutó élveszületések növelése mellett az iker- és többes terhességek minimalizálása jelenti. Ha a European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) által gyűjtött adatok alapján rendelkezésünkre álló táblázatokat ilyen szemmel vizsgáljuk, látható, hogy a hozzánk hasonló élveszületési rátát a skandináv országok sokkal kevesebb embrió beültetésével, így az iker- és többes terhességek alacsonyabb arányával érték el. Dániában a három embrió beültetésének aránya 4,5%, Norvégiában 0,5%, Svédországban 0%. Hazánkban ez a szám 34% volt 2005-ben, a fejlett országok közül ehhez csak Olaszország 31%-a volt mérhető (2. táblázat).

Az ESHRE javaslatai a fenti, többes terhességgel együtt járó kockázatok minimalizálása érdekében az egyetlen embrió beültetését ösztönző szabályozást tartják szükségesnek. Eszerint „ha legalább két rendelkezésre álló, jó minőségű preembrió közül egy kerül beültetésre, azzal jelentős mértékben csökkenthetjük a többes terhességek létrejöttének valószínűségét. Ezt a stratégiát azonban csak kiváló minőségű laboratóriumi háttér és megbízhatóan működő fagyasztva tárolási program mellett alkalmazhatjuk. (...) Három vagy négy preembrió beültetése nem javasolt.”[6] Az ESHRE ajánlásában kiemelten kezeli az egyetlen embrió beültetésének elvét amiatt is, mert „ha az egyetlen kiválasztott preembrió beültetését megbízhatóan működő fagyasztva tárolást követően egy későbbi ciklusban ugyancsak egyetlen fagyasztva tárolt, majd felolvasztott preembrió beültetése követi, az élveszületési arány a két embrió beültetése során tapasztaltnal mérhető össze.” A többes terhességgel kapcsolatos kockázatokat azonban e módon kiküszöbölhetjük.

A National Institute for Clinical Excellence (NICE) hasonlóan maximum két embrió beültetését javasolja egy ciklus során, és emellett felhívja a figyelmet a többes terhességgel kapcsolatos kockázatokra részletes betegtájékoztató szükségességére is [3]. Magyarországon az asszisztált reprodukciós beavatkozások szakmai protokollja szerint a „a visszaültetett embriók számát úgy kell meghatározni, hogy a kezelés lehetőleg terhességgel végződjön, de minél kisebb valószínűséggel alakuljon ki többes terhesség”. Jó prognózisú esetben kettő, egyéb esetben három embrió beültetését javasolja [7]. Az elérhető bizonyítékok tükrében javasolt a szakmai protokoll frissítése.

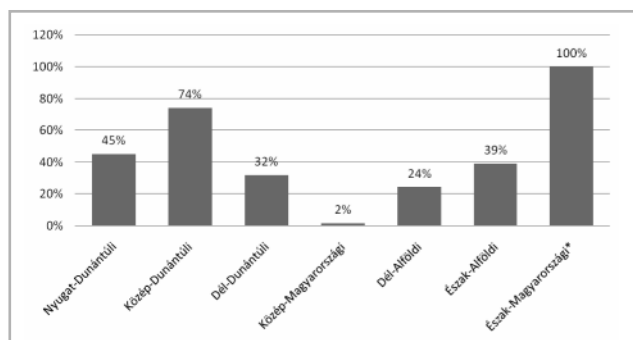
A fentiekből ugyanakkor az is következik, hogy egy esetleges olyan szabályozási változtatásnak, amely az eredményesebb szolgáltatókat, az eredményesebb gyakorlatokat anyagilag vagy más módon ösztönözni kívánná, kiemelt figyelmet kellene fordítania arra, hogy az IVF kezelések ese-

tében az elveszületési arány önmagában nem elégséges mutatószáma a megfelelő minőségnek.

A PIAC JELLEGZETESSÉGEI

A releváns piac meghatározása során a versenytörvényben foglalt kritériumok (1996. évi LVII. törvény 14.§ (3 bekezdés) szerint: „földrajzi terület az, amelyen kívül a fogyasztó, illetve az üzletfél nem, vagy csak számottevően kedvezőtlenebb feltételek mellett tudja az árut beszerezni, vagy az áru értékesítője nem, vagy csak számottevően kedvezőtlenebb feltételek mellett tudja az árut értékesíteni”. Mivel azonban a beteg számára az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által finanszírozott keretek között minden szolgáltató ugyanazon az áron ugyanazon protokollal szabályozott szolgáltatást nyújtja, így az utazási költséget, valamint az esetleges (és az igénybe vevő által jelentős részben nem érzékelhető, nem megítélhető) minőségi különbségeket leszámítva nem beszélhetünk számottevően kedvezőtlenebb feltételekről. Mivel sem a fogyasztó, sem a szolgáltató számára nincs előírva, hogy területi határokon belül vegye igénybe a szolgáltatást, illetve fogadjon pácienseket (azaz itt nincs területi ellátási kötelezettség), a megfigyelt betegmobilitás alapján empirikusan vizsgálható az, hogy a földrajzi távolság jelent-e „számottevően kedvezőtlenebb feltételt”. A fogyasztói mobilitást regionális szinten

geket. Elemzésünk szerint azonban a „saját” szolgáltatóval rendelkező régiókból is jelentős arányban választanak a páciensek távolabbi, más régióban található szolgáltatót (3. táblázat), azaz a páciensek részéről nagyfokú mobilitás figyelhető meg. Az IVF szolgáltatást más régiókban igénybevevők aránya jelentős eltéréseket mutat régióként (1. ábra). Míg az IVF szolgáltatóval rendelkező régiók közül a közép-dunántúli régióban lakók 74%-a, addig a Közép-Magyarországi régiókban lakók alig 2%-a veszi igénybe régió kívüli szolgáltatót a kezelést. Mivel a betegek áramlása az egyes régiók között a Közép-Magyarországi régió kivételével mindenhol meghaladja a 10-15%-ot (amely határtól kezdve az érintett földrajzi területek szolgáltatóit egymással versengő szolgáltatóknak szokták tekinteni a versenyiaci elemzésekben), kijelenthető, hogy a magyarországi IVF közfinanszírozású piaca országos méretű. Ráadásul a legáltalánosabb betegmobilitással rendelkező Közép-Magyarországi régióban több szolgáltató is található, közöttük a betegek választhatnak, így ebben a régióban a verseny helyben is adott.



1. ábra AR kezelést a régió kívüli ellátónál igénybe vevők aránya adott régióban. *Az Észak-Magyarországi régióban nem található AR szolgáltatást nyújtó intézmény.

Hozzáférés	Szolgáltatók elhelyezkedése							Összesen		
	Nyugat-Dunántúli	Közép-Dunántúli	Dél-Dunántúli	Közép-Magyarországi	Dél-Alföldi	Észak-Alföldi	Észak-Magyarországi			
Beteg régió szerinti származás*	Nyugat-Dunántúli	Össz 344	187	41	55	1	1	0	629	
		%	54,69%	29,73%	6,52%	8,74%	0,16%	0,16%	0,00%	100,00%
	Közép-Dunántúli	Össz 143	226	15	477	0	1	0	862	
		%	16,59%	26,22%	1,74%	55,34%	0,00%	0,12%	0,00%	100,00%
	Dél-Dunántúli	Össz 27	73	446	108	1	0	0	655	
		%	4,12%	11,15%	68,09%	16,49%	0,15%	0,00%	0,00%	100,00%
	Közép-Magyarországi	Össz 27	8	1	3036	8	6	0	3086	
		%	0,87%	0,26%	0,03%	98,38%	0,26%	0,19%	0,00%	100,00%
	Dél-Alföldi	Össz 6	3	34	157	657	11	0	868	
		%	0,69%	0,35%	3,92%	18,09%	75,69%	1,27%	0,00%	100,00%
	Észak-Alföldi	Össz 74	1	1	258	19	550	0	903	
		%	8,19%	0,11%	0,11%	28,57%	2,10%	60,91%	0,00%	100,00%
	Észak-Magyarországi	Össz 8	2	1	520	1	148	0	680	
		%	1,18%	0,29%	0,15%	76,47%	0,15%	21,76%	0,00%	100,00%

3. táblázat Beteg-mobilitási adatok az IVF-ICSI kezeléseket igénybevevők körében a 2004-2005 évek folyamán (Forrás: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, 2004-2005 évben kúraszerű ellátásokat igénybevevő betegek adatai, melyek HBCS értéke a 6530, 6540, 6550, 6560 listából kerül ki.) *A lakóhelyet a TAJ kártyán megadott irányítószám alapján határoztuk meg.

vizsgálatuk a 2004-05 során IVF-ICSI beavatkozáson átesett betegek körében (3. táblázat).

Az IVF piaca alapvetően Budapest-központú, a tizenkét Magyarországon működő szolgáltató több mint fele, 7 intézet a fővárosban működik, és a betegek 60%-a Közép-Magyarországi régióban található szolgáltatót veszi igénybe a kezelést. Ezen kívül az ország minden régiójában található egy-egy szolgáltató, az Észak-Magyarországi régió kivételével. Amennyiben a szolgáltatók között nincs verseny, illetve a releváns piac régió szintű, úgy azt várjuk, hogy az adott régió lakói a számukra legközelebbi szolgáltatót választják, ezzel minimálisra szorítva az utazási költsé-

A verseny a szolgáltatók között az országos méretűnek adódó releváns piacon elviekben kétirányú lehet:

- az OEP által lekötött kapacitásokért folyó verseny, illetve
- a fogyasztóért, vagyis a betegekért folytatott verseny.

Az OEP 2009. április 1-ét megelőzően a merev TVK-nak köszönhetően gyakorlatilag fix mennyiségű szolgáltatást vásárolt. 2009. április 1-től lebegőpontos finanszírozási rendszer működik. Mivel a lebegőpontos rész tartós forint-egyenértékeséről még csak várakozásaik lehetnek a piaci szereplőknek, így jelenleg a nyújtott szolgáltatás volumen jóval nehezebben becsülhető. Mivel a piacon többségében a gazdasági ösztönzőkre jóval érzékenyebben reagáló magán-szolgáltatók vannak jelen, az egyenértékesre vonatkozó várakozásaikat figyelembe véve olyan termelési döntést hoznak, mely nagy valószínűséggel együtt jár majd egy felső kapacitáslimit belső meghatározásával.

Mivel a termék pontos specifikációját, minőségkontrollját a szolgáltatásvásárló nem határozta meg, a betegeknek pe-

dig egyelőre (nyilvános adatok híján) kevés lehetőségük volt az egyes szolgáltatók minőségének összehasonlítására, a verseny – a fentebb említett két szegmens közül – elsősorban a mennyiségért (befogadott kapacitásért) folyt. Jelenleg minőségi szempontok az engedélyezésnél (azaz a piacra lépés szakmai minimumkövetelményeinek meghatározásánál), illetve a feltételek időszakos felülvizsgálatánál jelennek meg, a szisztematikus minőségmonitorozás, minőségkontroll az EMKI által működtetett regiszter kialakításával csak most tud megkezdődni.

A piaci koncentráció vizsgálata során a magyarországi IVF piacot érdemes két szegmensre bontani: a közfinanszírozású ellátások és a magánellátások piacára. A közfinanszírozású szegmensben jelentős mértékű koncentrátságot tapasztalhatunk mind a lekötött OEP-kapacitások, mind az ellátott betegszám tekintetében. 2007-ben a kapacitásadatok alapján a Kaáli Intézet 41,9%-os piaci részesedéssel bírt, mely kiegészülve az érdekeltségi körbe tartozó Pannon Reprodukciós Intézet és a Debreceni Egyetem Kaáli Intézetének adataival eléri az 58,6%-os részesedést. A közfinanszírozott piac esetében a belépési korlát igen magas, alapvetően nem beszélhetünk könnyen megtámadható piacról az egészségbiztosító kapacitásbefogadási folyamatának procedurális sajátosságai miatt. Ami a szolgáltatásvásárlói magatartást illeti, jelenleg a szerződéskötés során, illetve azt követően az OEP nem érvényesít minőségi szempontokat, csak a kapacitásbefogadás során veszi (veheti) figyelembe a minőségre vonatkozó előzetes szolgáltatói ígéreteket – ezt követően ugyanakkor a befogadott szolgáltatók az OEP-pel határozatlan idejű szerződést kötnek. Ennek köszönhetően a finanszírozás tekintetében merev piaci struktúra alakult ki a közfinanszírozott piacon.

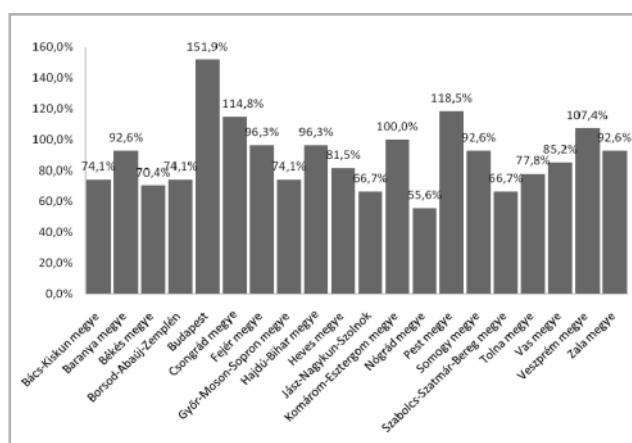
A magánfinanszírozású szegmensben ugyanakkor alacsonyabbak a belépési korlátok, amit az utóbbi év során megjelent új magánszolgáltató piacra lépése is bizonyít.

Elviekben az egészségbiztosító szolgáltatásvásárlói érdekének érvényesítése kevésbé működik egy koncentrált piacon ahhoz képest, mint ha több versengő szolgáltató ajánlataiból választhatna. A szolgáltatásvásárlói érdek kiterjed mind a megfelelő minőségű, mind a megfelelő árú szolgáltatás beszerzésére – azaz egy versengő piacon jobb lehetőségei vannak arra, hogy standard, ellenőrzött minőségi színvonalú szolgáltatást a lehető legalacsonyabb, a piaci verseny által diktált áron szerezzen be.

HOZZÁFÉRÉS

A magyar egészségügy alapelve az azonos, magas minőségű egészségügyi szolgáltatásokhoz való, szükségletalapú, egyenlő hozzáférés biztosítása. Egy adott szolgáltatáshoz való hozzáférés egyik legfőbb befolyásoló tényezője a földrajzi elérhetőség, de emellett egyéb tényezők is közrejátszhatnak. Az IVF szolgáltatások esetében a jellemzően magas copayment miatt a hozzáférést befolyásoló tényező lehet még a szolgáltatást igénybe venni szándékozók társadalmi-gazdasági helyzete.

Az IVF kezelésekre való egyenlő hozzáférés megvalósulását az igénybevételi adatok alapján az adott megyében a (KSH-adatokból elérhető) 15-54 év közötti női lakosság számával súlyozott IVF-ICSI kezelést igénybe vevők nők arányának országos átlagtól való eltéréseivel vizsgáltuk (2. ábra). Budapesten és Pest megyében, ahol az IVF szolgáltatók legnagyobb része található, az országos átlagnál kedvezőbb, ellenben Nógrád, Jász-Nagykun-Szolnok és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legrosszabb a hozzáférést jelző mutató. A legkedvezőbb hozzáférési paraméterekkel rendelkező Budapesten az országos átlaghoz képest 51%-kal nagyobb arányban, míg a legkedvezőtlenebb hozzáférést mutatóval rendelkező Nógrád megyében az országos átlagnál 44%-kal kisebb arányban vették igénybe a kezelést.



2. ábra

Az AR-kezeléshez való hozzáférés megyénként az országos átlaghoz viszonyítva. (Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) által rendelkezésünkre bocsátott, 2004-2005 évben kúraszerű ellátásokat igénybevevő betegek adatai, melyek HBCS értéke a 6530, 6540, 6550, 6560 listából kerül ki).

A társadalmi-gazdasági helyzet hatását a megyénkénti hozzáférés és az egy főre eső, megyei szintű GDP kapcsolata alapján vizsgáltuk. Az egyes megyék fejlettsége 81,64%-ban magyarázta az adott régióból az IVF-ICSI kezelés igénybevételének esélyét, a magasabb egy főre eső GDP-vel rendelkező megyékben nagyobb volt a 10 000 főre eső IVF kezelésekre való igénybevételek száma a 15-54 év közötti női korosztályban. Elemzésünk korlátja, hogy a tényleges ellátási szükségletekről nem rendelkezünk információval.

Eredményeink rámutatnak, hogy az IVF-ICSI kezelésekre való igénybevételében területi egyenlőtlenség figyelhető meg, mely egyenlőtlenség egy részét valószínűleg az anyagi helyzet különbségei magyarázzák. Gyanítható tehát, hogy a hozzáférést az IVF-ICSI szolgáltatások esetében számottevő copayment erőteljesen befolyásolja.

FINANSZÍROZÁS

Az IVF kezelés a fekvőbeteg-szakellátásnak megfelelő HBCS alapú finanszírozásban részesül. Az OEP évente (az eddigi tendenciákat figyelembe véve) mintegy 6000 ciklust finanszíroz, mely a biztosítottanként 5 ciklusban maximál

közfinanszírozás mellett körülbelül 2 milliárd forintot jelent csak a kezelés területén. A HBCS alapú finanszírozási rendszer a fekvőbeteg-ellátás teljesítményének elszámolási eszköze, mely jellemzően magában foglalja az ellátás során felmerülő gyógyszerköltségeket is. Az IVF-ICSI azonban azon kezelések egyike, melyekre ez nem áll.

Az eljárások finanszírozásától itt elkülönül a gyógyszerek finanszírozása. A gyógyszeres készítmények árhoz nyújtott támogatással biztosítottak, magán- és közfinanszírozott eljárások esetén egyaránt. A gyógyszerköltségek ciklusonként majdnem hasonló nagyságrendet jelentenek, mint maga az IVF-ICSI kezelés. Ugyanakkor magával a kezeléssel ellentétben a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatása nem válik el a köz- és magánfinanszírozású intézmények mentén, vagyis lehetőség van a magánfinanszírozású szolgáltatók számára is arra, hogy szakorvosaik OEP-támogatású gyógyszereket írjanak fel. A gyógyszerek támogatása sincs az öt ciklusban maximált IVF finanszírozáshoz kötve, tehát az ötödiken túlmenő ciklus vagy magánfinanszírozású IVF esetén is felírható támogatottként a szükséges készítmény. A támogatási volumen a normatív 25%-os és az emelt 70%-os szintek egyike lehet. Az OEP IVF-re fordított gyógyszerkiadásai a 2008-as évben összesen megközelítőleg egymilliárd forintot tettek ki [8].

Harmadik költségtényezőként jelenik meg az ambuláns ellátások költsége. Jellemzően a köztulajdonú szolgáltatóknál (klinika, önkormányzati kórház) az ambuláns kezelés is közfinanszírozott, a magánszolgáltatóknál azonban a vizitek árát a pácienseknek ki kell fizetniük függetlenül attól, hogy magát a beültetést OEP által támogatottan végzik-e.

E bonyolult finanszírozási és önrészfizetési rendszert sokszintű támogatási rendszer névvel illelhetjük, a lehetséges költség-önköltség kombinációkat a 4. táblázatban foglaltuk össze. A költségtényezők becslést jelentenek, nem törekedtünk, és megfelelő adatok híján nem is törekedhettünk az átlagos összegek pontos meghatározására.

	IVF/ICSI		Gyógyszer		Vízit (ambuláns ellátás)		Páciens költsége ciklusonként	OEP költsége ciklusonként
	Közfinanszírozott	Magánfinanszírozott	70%	25%	Közfinanszírozott	Magánfinanszírozott		
1.	x		x		x		100 000	575 000
2.	x		x			x	150 000	550 000
3.	x			x	x		230 000	445 000
4.	x			x		x	280 000	420 000
5.		x	x		x		450 000	225 000
6.		x	x			x	500 000	200 000
7.		x		x	x		580 000	95 000
8.		x		x		x	630 000	70 000
OEP tám. (Ft)	350 000	-	200 000	70 000	25 000	-	-	-
Beteg térítési díj (Ft)	-	350 000	100 000	230 000	-	50 000	-	-

4. táblázat

Lehetséges költség-önköltség kombinációk az IVF finanszírozásban.

Az IVF és ICSI, illetve a felírható konkrét gyógyszerek költségei közötti különbségek további dimenziókat jelenhetnek meg egy részletesebb elemzés során. A kombinációk kö-

zül kihagytuk a tisztán magánfinanszírozású gyógyszerfergyasztást, mivel az valószínűleg elenyésző mértékben fordul elő. A közfinanszírozott ambuláns ellátások esetében az egyént terhelő költségek között szintén nem vettük figyelembe az esetlegesen fizetett hálapénz mennyiségét. Ebből az egyszerűsített táblázatból is látható azonban: az AR olyan sajátos területet képvisel a magyar egészségügyi ellátások között, ahol az önrészfizetés igen sokféle kombinációja figyelhető meg, ami nemigen fordul elő más esetekben.

JAVASLATOK

A bemutatott jellemzők indokolták teszik, hogy olyan jellegű közfinanszírozási rendszer működjön, mely arra ösztönöz, hogy a lehető legkisebb kockázattal, a legjobb minőségben, minél nagyobb eredményességgel, hatékony finanszírozással történjen meg a meddőség kezelése (miközben nem teszi ellenérdekeltté a szolgáltatókat a nagyobb kockázatu nők kezelésében sem). Jelenleg Magyarországon nincs arra ösztönző, hogy ezeket a szempontokat a szolgáltatók figyelembe vegyék, ráadásul a finanszírozás is (finanszírozási protokoll hiányában) teljesen független a fenti szempontoktól. A jelenlegi finanszírozási és kapacitásbefogadási rendszer releváns alternatívája lehetne a hozzáférsi és szakmai szempontokat figyelembe vevő, a minőségi standardokat garantáló, a kockázatszelekciót minimalizáló, de a piaci árversenyt kiaknázó beszerzési és finanszírozási megoldás kialakítása a közfinanszírozott szolgáltatók körében.

FINANSZÍROZÁSI STRUKTÚRA, FORRÁS

Úgy gondoljuk, hogy az AR eljárások esetében a jelenlegi szétszórta kasszában fellelhető fedezeti forrás helyett a vásárolandó (gyógyszerköltségekkel és ambuláns ellátással együtt értelmezett) kapacitásmennyiség számára szükség van az IVF kezelésekre vonatkozó külön költségvetési sor létrehozására, vagyis zárt kasszára az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében. A vásárolandó mennyiség a szükséglet, illetve a társadalmi, gazdasági igények figyelembevételével határozandó meg.

A következő lépés az IVF kezelés HBCS rendszerbe történő teljes beillesztése lehetne, melynek köszönhetően az általános finanszírozási módszertan megjelenne e területen is. Kiemelendő, hogy a gyógyszerköltségek integrálása segíthetné az egyenlő hozzáférés megvalósulását is. Ez még akkor is igaz, ha a jelenleg a gyógyszerekért fizetendő térítési díjat az IVF eljárásban fizetendő copaymentté (részleges térítéssé) alakítanánk, mivel ez esetben az egyén egészségi állapotától (így a szükséges gyógyszertől) függetlenül ugyanazzal a térítési díjjal szembesülne, amely egy szolidaritásra építő társadalombiztosítási rendszeren belül méltányosabb megoldásnak számít.

Az OEP, mint társadalombiztosító és szolgáltatásvásárló ezen a zárt kasszájú piacon egészség-gazdaságtani számításokkal alátámasztott kritériumok mentén kellene, hogy

finanszírozzon: pontosan meg kellene határozni, hogy mi az, amit finanszíroz, és azt milyen formában teszi (bővebben lásd: finanszírozási protokoll). Emellett a kapacitások elosztásában a szükségletek mentén törekednie kell az egyenlő hozzáférés biztosítására, megszüntetve a mostani rendszerben tapasztalható hozzáférésebeli egyenlőtlenségeket.

MINŐSÉGI AKKREDITÁCIÓ

A szolgáltatók által biztosított egészségügyi szolgáltatások minőségi megfelelésének garantálása érdekében megfelelő a működési engedélyezés, a minőségi indikátorokon alapuló teljesítménymérés, a szakmai regiszter alapján történő ellenőrzés és az OEP-finanszírozás feltételeként megjelenő szolgáltatói akkreditáció összehangolt működtetésére lenne szükség. Az engedélyeztetési folyamat (Egészségügyi Tudományos Tanács Humánreprodukciós Bizottsága (ETT-HRB), Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ)) tehát csak az első lépcsőt jelenti; a második szintet a szolgáltatói akkreditációja alkothatná. Az akkreditáció kiterjedne a megfelelő gyakorlatok és eljárásrendek ellenőrzésére, illetve a működés megfelelését jelző indikátorok esetében meghatározott célértékek teljesítésére. Az akkreditáció tehát szakmai mutatók teljesítését is megkövetelheti (például a fagyasztott embriók felhasználási aránya). Nem megfelelés esetén az akkreditáció megtartása – kellő hosszúságú türelmi időt biztosítva – a szükséges intézkedések megtételéhez kötődne. Mindez egészülne ki a klinikai auditokkal (OSZMK), illetve az IVF regiszter adatainak az elemzésével és nyilvánosságra hozatalával (EMKI). Az akkreditáció megszerzése és fenntartása az OEP-befogadás, illetve az OEP-finanszírozás alapfeltételét képezné.

Az akkreditációs eljárás – és annak köszönhetően a standard minőség garantálása – alapfeltétele annak, hogy az erőteljesebb szolgáltatásvásárlóként fellépő OEP a minőség csökkenése nélkül aknázhassa ki jobban a szolgáltatók közötti piaci versenyt.

KAPACITÁS LEKÖTÉS

Szorgalmazandó lenne tehát az OEP beszerzési módszertanának megváltoztatása is, oly módon, hogy jobban betölthesse szolgáltatásvásárlói szerepét. Ennek tartalma a következő lehetne: a korábbiakban bemutatott akkreditációs eljárásan megfelelt szolgáltatók, mint kínálat-oldali szereplők

jelennének meg, az OEP pedig az általa felmért biztosított igényeknek megfelelő mennyiségre vonatkozóan beszerzési pályázatot írna ki. Erre ajánlatot várna a szolgáltatóktól, mégpedig a kínálati függvényeik részletes felderítésre érdekében különböző éves mennyiségekre vonatkozóan (pl. évi 500, 1000, 2000 stb. ciklus). A cél ezzel a szolgáltatók közötti árverseny generálása, mely – az akkreditációs folyamatnak köszönhetően – nem jár együtt a minőségi szempontok visszaszorulásával.

FINANSZÍROZÁSI PROTOKOLL

Az akkreditált szolgáltatóktól az OEP a szakmai irányelvek és a szakmával történő egyeztetés után kidolgozott finanszírozási protokoll alapján vásárolhatna szolgáltatást. A finanszírozási protokollnak az alábbi főbb pontokra lenne érdemes kitérnie:

- A szakmai protokoll alapján történő indikáció pontosítása (a költséghatékonysághoz kötött OEP-finanszírozás kialakítása).
- A beültetett embriószámhoz és egyéb, a szakmával egyeztetett paraméterekhez kötött, a kockázatszelekció minimalizálására törekvő ciklusfinanszírozás meghatározása: így például az 1+1 embrió beültetési stratégia ösztönzése, mely az ikerterhesség okozta többletköltségeket és kockázatokat is kiküszöböli. Erre alkalmas eszköz lenne az, ha az 1+1 beültetés együttesen számítana egy HBCS eseménynek, így a maximált 5 közfinanszírozású ellátás esetén sem csökkenne a gyermekszülés összesített esélye – miközben a kockázatok jelentősen csökkenthetőek lennének.
- A hozzáférés javítása érdekében megfontolható, hogy legalább az első ciklusok esetében csökkenjen a párok által fizetendő önrész, illetve a gyógyszerköltség épüljön be a HBCS finanszírozásba. Fontos feltétel ugyanakkor, hogy az ösztönzők nem vezethetnek olyan versenyhez, ami kizárólag a születési arányt állítaná eredményességi mutatóként a középpontba, mert ez a veszélyesebb többes terhességek arányát növelné.
- Alternatív kezelési lehetőségek finanszírozási protokollba történő beépítése (pl. pszichoterápia).

Úgy gondoljuk, hogy a fenti négy lépés szakmai egyeztetések utáni megtételével az AR magyarországi piacán átláthatóbbá és hatékonyabbá válna a finanszírozás, nagyobb mértékben érvényesülnének a minőségi kritériumok, valamint javulna a hozzáférés is.

A szerzők köszönetüket fejezik ki Dr. Margitai Barnabásnak, az IVF regisztert működtető EMKI főigazgatójának a cikk elkészítésében nyújtott segítségéért.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Macfarlane A.J. et al. Early days.: In: Botting B.J., Macfarlane A.J., Price F.V., Eds. Three, four and more; a national survey of triplet and higher order births. London, HMSO, 1990:80-98.
- [2] Tummers, P – De Sutter, P – Dhont, M: Risk of spontaneous abortion in singleton and twin pregnancies after IVF/ICSI. In: Human Reproduction, Vol. 18, No. 8 pp. 1720-1723, 2003.
- [3] NICE ajánlása – Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems <http://guidance.nice.org.uk/CG11>. Letöltés: 2009. augusztus 24.
- [4] Multiple Gestation Pregnancy. The ESHRE Capri Workshop Group Human Reproduction. Vol. 15, No. 8, 1856-1864, August 2000. <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/8/1856>. Letöltés: 2009. augusztus 17.
- [5] Sutter P., Gerris J., Dhont M.: A health-economic decision-analytic model comparing double with single embryo transfer in IVF/ICSI Human Reproduction Vol.17, No.11 pp. 2891-2896, 2002.
- [6] Good Clinical Treatment in Assisted Reproduction – An Eshre Position Paper. 2008 June. <http://www.eshre.com/ESHRE/English/Legal-Matters-and-Guidelines/Guidelines/Good-clinical-treatment-position-paper/page.aspx/255>. Letöltés 2009. augusztus 24.
- [7] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a meddőség ellátásról – asszisztált reprodukcióról – In Vitro Fertilizációról. <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/szuleszet-nogyogyaszat>. Letöltés: 2009. augusztus 17.
- [8] Országos Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyszerforgalmi adatok. http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,34923&dad=portal&_schema=PORTAL#gyogyszerforgalmi. Letöltés 2009. augusztus 14.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Bán Andrea 2008-ban végzett a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi karának közszolgálat szakán. Egyetemi tanulmányai alatt a

BCE Társadalomelméleti Kollégiumának tagja volt. 2008-tól 2009 őszéig az Egészségbiztosítási Felügyelet közgazdász elemzője, jelenleg a Közép-európai Egyetem politikatudományi szakának hallgatója.



Gémes Katalin humán-, orvos-biológus, közgazdász. 2003-tól a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézmény munkatársként, illetve PhD-hallgatójaként végzett kutatásokat nem fertőző betegségek pszicho-szociális ri-

zikófaktori témakörben, többek között vizsgálta a meddőség, termékenységi problémák evolúciobiológiai aspektusait. 2005-ben az Országos Epidemiológiai Központban dolgozott az Egészségmonitorozás és nem fertőző betegségek epidemiológiája osztályán. 2008-tól az Egészségbiztosítási Felügyelet elemző munkatársa.

Kiss Norbert és **Nagy Zsolt** bemutatása lapunk e számának 22. oldalán olvasható.

IME.

V. Regionális Egészségügyi Konferencia

Időpont: 2010. március 25. (csütörtök)

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)