

## IME-META IX. Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia Összefoglaló II.

„Múltányosság – Fenntarthatóság 2015” – e címmel tartotta meg kilencedik országos konferenciáját az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja és a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) 2015. június 24-25-én Budapesten. A rendezvényről szóló tudósítá-sunk első részét előző, szeptemberi lapszámunkban jelentettük meg, a második részt jelen összefoglalónkban adjuk közre.

### EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS

A konferencia egészségbiztosítási kérdésekkel foglalkozó szekciójának első előadója **Csákvári Tímea**, a Pécsi Tudományegyetem (PTE) Egészségtudományi Karának szakoktatója volt, aki a járóbeteg-szakellátás hatékonyságát elemezte az elmúlt évtized változásainak tükrében. A Data Envelopment Analysis program segítségével végzett vizsgálat során az integrált, illetve önálló formában működő járóbeteg szakrendelők OEP adatait vetette össze, figyelembe véve a szakorvosi és nem szakorvosi órák, a beavatkozások és az esetek számát, valamint a kifizetett díjakat.

**Zemplényi Antal Tamás**, a PTE Klinikai Központ gazdasági igazgatója az ELTE Egészség-gazdaságtani Kutatóközponttal közösen készített tanulmány eredményeit ismertette. A mikro-költségszámítás módszerével végzett retrospektív vizsgálat célja az volt, hogy meghatározza és összehasonlítsa a háromdimenziós konformális sugárterápia (3DCRT), a dinamikus ívbesugárzással végzett normál frakcionálású és hipofrakcionált intenzitás modulált sugárterápia (IMRT és HF-IMRT) költségét egy magyarországi regionális onkológiai centrum adatai alapján lokalizált prosztatarákos betegek kezelésében, illetve összevesse a terápiás modalitások költségét a jelenleg hatályos OEP térítési díjjal. A vizsgált intézményben a kezelés teljes költsége 764 ezer forint a 3DCRT, 1.139 ezer forint az IMRT és 926 ezer forint a HF-IMRT vonatkozásában. Az elemzésből kiderült, hogy a prosztatarák kezelésében a 3DCRT-hez viszonyítva bizonyítottan költséghatékonyabb IMRT és HF-IMRT alkalmazása veszteséget generál az intézmény számára, így a jelenlegi OEP finanszírozás nem ösztönöz a hatékonyabb terápia alkalmazására. Ezért mihamarabb szükséges lenne felülvizsgálni és módosítani a beavatkozás-kódokat, a HBCs besorolást és a súlyszám-értékeket a sugárterápia területén. Mindehhez az előadó hozzátette, hogy az elemzés csupán egy indikációt vizsgált, így a következtetések nem általánosíthatók a sugárterápia teljes finanszírozására.

**Prof. Boncz Imre** (PTE Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet) és munkacsoportja a „TÁMOP-

4.2.2.C-11/1/KONV-2012-0005 Jól lét az információs társadalomban” pályázat keretében a jövőben várható egészségbiztosítási kiadásokat modellezte a lakosság szám változásának függvényében. Az OEP aktív és krónikus fekvő- és járóbeteg, labor, CT és MR, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és otthonápolási kasszáinak 2013-as tényleges kiadásait korcsoportonkénti és nemekénti bontásban vizsgálták. A lakosság számának előrejelzéséhez a KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének előreszámított adatait használták. A modellszámítás szerint a 2060-ig várható egészségbiztosítási kiadások abszolút értéket tekintve nem emelkednek drámai mértékben. E tendencia hátterében a nagymértékben csökkenő lakosságszám áll. Jelentős változás várható ugyanakkor a kiadási szerkezetben a 25 év alattiak egészségbiztosítási kiadásainak csökkenése, illetve ezzel párhuzamosan a 65 év feletti kiadásainak emelkedése révén.

**Dr. Turcsányi Katalin** egyetemi tanársegéd, szakközgazdász (PTE Egészségtudományi Kar) előadásában górcső alá vette, hogy milyen szerepet tölt be a magán egészségbiztosítás az egészségügyi rendszer fenntarthatóságában. Az előadó a Magyar Biztosítók Szövetsége (MABISZ) adatai alapján elemezte az üzleti biztosítók egészségbiztosítási üzletágának piaci helyzetét, részarányának alakulását, szolgáltatási formáit, valamint bevételi és kiadási díjait. Mint kiderült, 2000-2013 között közel négyszeresére növekedett a betegbiztosítási üzletág díjbevétele, míg a kárráfordítások nem egészen kétszeres növekedést mutattak. A lakosság körében elvégzett kérdőíves felmérésben résztvevők kis hányada rendelkezik magán egészségbiztosítással, de a megkérdezettek nagy arányban vennének igénybe egészségügyi szolgáltatást magánszolgáltatónál. Az ezzel kapcsolatos ismeretek és az igénybevétel a felsőfokú végzettségűek, illetve a magasabb jövedelemmel rendelkezők körében a legnagyobb. Az eredmények alapján az előadó arra a következtetésre jutott, hogy az üzleti biztosítók ma még kismértékben vesznek részt az egészségügy finanszírozásában, ám szerepük növekedése várható, további erősödésük pedig kívánatos lenne a közösségi ellátórendszer fenntarthatósága érdekében.

**Babarczy Balázs**, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) Központi Adattárház és Elemzési Főosztály elemzője az egészségügy finanszírozásának elmúlt 25 évét tekintette át. Irodalomkutatáson és személyes interjúkon alapuló előadásában ismertette a rendszerváltás idején született reformelképzeléseket, és számba vette, hogy közülük melyek valósultak meg, illetve milyen lényeges, új elemek kerültek később a rendszerbe. A rekonstruálható modelljavaslat legfőbb eleme a finanszírozás normativitása volt, de

foglalkozott a tőke költségek teljesítmény-díjakba építésének, a szektorsemlegességnek, a kasszataratás módjának, az ellátásszervezésnek, valamint a finanszírozási rendszer folyamatos fejlesztésének kérdéskörével is. A kérdések alapvető megoldási módja a piaci koordináció szerepének növelése volt, és egy tervezett, szabályozott egészségügyi piac megeremtését vetítette előre. Ez a paradigmaváltás illeszkedett a korszak nemzetközi és közép-európai trendjeihez is. A mai egészségügyi rendszer azonban a tervezetthez képest jelentősen más képet mutat – hívta fel a figyelmet az előadó. Mint elmondta, az eszközök nem követték a megváltozott paradigmát, a homogén betegcsoportok (HBCs) karbantartása sajnálatos módon elmaradt, és a HBCs-t kiegészítő ellátás-szervezési módszerek fejlesztése is várat magára.

**Fadgyas-Freyler Petra** (OEP Stratégiai Elemzési Főosztály) arról értekezett, hogy az elemzések készítése során mennyire fontos a kutatási feladatok pontos meghatározása. Mint elmondta, az analízisek eredményessége sokszor már a legelső fázisban eldőli. Ezért alaposan végig kell gondolni, hogy az elemzés során kiket tekintünk betegnek, mi az adott betegkör eljárási protokollja, az hogyan követhető nyomon az OEP felé benyújtott teljesítmény-jelentésekből, és mindezen adatot hogyan lehet kinyerni a finanszírozói adatbázisból. Fontos felállítani egy egyértelmű hipotézist, amelyet meg kívánunk vizsgálni, és emellett fel kell készülni arra is, hogy a kutatás során feltárt szempontok tükrében szükségessé válhat az eredeti hipotézis módosítása. Mindemellett körültekintően kell meghatározni az elemzés módszertanát is. Az előadó tapasztalatai szerint azok a projektek sikeresek, amelyeknél a legelső fázis többszöri finomítás, visszajelzés és módosítás után zárul le, és amelyben az adatbázist ismerő szakemberek mellett részt vesznek az adott betegséget diagnosztizáló, kezelő és a kódolást ismerő orvosok is.

## UNIÓS EGÉSZSÉGPOLITIKA

Az EU-s közösségi egészségpolitika aktualitásaival foglalkozó szekció keretében **Szy Ágnes** pszichológus (Lund University, Svédország) arról értekezett, hogy milyen egészségügyi kihívásokat hordoz kontinensünk társadalmának idősödése. Az egyik legsürgetőbb kérdés, hogy a növekvő élettartammal gyakorivá váló krónikus és gyógyíthatatlan betegségekben szenvedő betegek hatékony és méltóságteljes ellátása hogyan integrálható az egészségügyi ellátórendszerbe. Magyarországon a palliatív ellátás számos konceptuális, szerkezeti, pénzügyi és szakképzési nehézségbe ütközik. Az előadó az integrált palliatív ellátás helyett egy új modellt, az integrált támogató ellátást részletezte, amely a beteget a diagnózistól életének utolsó napjáig elkíséri. A modell olyan multidiszciplináris team munkán alapszik, amely hatékony ellátást jelent a beteg és családja számára, csökkenti az aktív onkológiai ellátás terheit és költségeit, és hazai viszonyok között is megvalósítható, fenntartható és gazdaságos.

A „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” TÁMOP-6.2.5-B-13/2014-0001 kiemelt projekt folyamatát **Dr. Terebessy András** ismertette a Községi Egészségtervezési Munkacsoport képviselőjében. Mint elmondta, a közösségi egészségterv nem más, mint az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek figyelembevételével készített interszektoriális cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében. A tervezés első lépéseként kialakításra kerülnek a Községi Egészségtervezési Irodák. A helyzetértékelést és adatgyűjtést követően azonosítják és rangsorolják a közösség problémáit, majd összefoglaló helyzetképet készítenek, amelyet az egészségügyi és egyéb szervezetek képviselői és szakértői véleményeznek. Ez a dokumentum képezi a kapacitástervezés és a cselekvési terv inputját. Ezután kerül sor a lehetőségek mérlegelésére és a beavatkozások meghatározására, majd a cselekvési terv kidolgozására, amelyet ugyancsak véleményeznek a közösség képviselői és szakértői. A tervben megfogalmazott beavatkozások megvalósítását a közösségi egészségtervezők koordinálják. Fontos része a folyamatnak a monitorozás annak érdekében, hogy az előre nem látható események tükrében a cselekvési tervet igény szerint módosítani lehessen. Ugyanezen projekt Kapacitástervezési Munkacsoportjának vezetője, **Tirvol Tamás** a kompetencia és szükséglet alapú kapacitástervezés módszertanába nyújtott betekintést. Mint az előadásból kiderült, a közösségi szintű kapacitástervezés célja, hogy meghatározza a helyi szintű döntések által befolyásolható egészségügyi szolgáltatások – teljes alapellátás, otthoni szakápolás, nem progresszív járóbeteg szakellátás – kívánatos kapacitásmennyiségét és összetételét a szakma szabályai szerinti szervezési elvek és időbeni hozzáférés mellett. A módszertan fontos feladata, hogy figyelembe vegye a praxisközösségek kialakításából fakadó új ellátás-szervezési lehetőségeket, és szem előtt tartsa a közösségi szinten zajló ellátás egész vertikumát. Ezért a kapacitás-szervezés a helyi szolgáltatók, fenntartók és közreműködők bevonásával történik. Mindennek eredményeképpen a helyi szükségleteknek megfelelő kompetencia alapú kapacitástervezés valósulhat meg, melynek következtében javulhat a helyi egészségügyi rendszer fenntarthatósága és csökkenhet a költséges, felesleges ellátás aránya a progresszívebb szinteken.

## GYÓGYSZERTÁMOGATÁS ÉS GYÓGYSZERPOLITIKA

A gyógyszer-kereskedelem és a hozzá kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások gazdaságtanával foglalkozott előadásában **Dr. Inotai András** gyógyszer-gazdaságtani elemző-szakértő (Syreon Kutató Intézet), a META elnöke. Kutatása során a gyógyszer-nagykereskedelem, a közvetlen lakossági gyógyszerellátás és a gyógyszerteráron kívüli gyógyszerforgalmazás politikai és gazdasági keretrendszerét vizsgálta a közép-kelet-európai régióban, strukturált

szakértői interjúk és irodalomkutatás alapján. Arra a következtetésre jutott, hogy a szakpolitikai, vállalat-gazdasági és egészségpolitikai szempontok számos esetben csak egymás rovására érvényesíthetők. A rendszer hosszú távú optimális működése azonban csak ezen aspektusok harmóniája mellett képzelhető el. Ehhez a gyógyszer-kereskedelem és a hozzá kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások gazdaságtanának átfogó vizsgálata és a szektor szereplőinek konszenzusa is szükséges.

A közép-kelet-európai gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlítása során felmerülő módszertani szempontokat **Prof. Kaló Zoltán** intézetvezető egyetemi tanár (ELTE TáTK), az IME szerkesztőbizottságának tagja foglalta össze. Mint elmondta, 2006-2013 között az OEP gyógyszerkasszájában komoly egyenlegjavító intézkedések történtek. Miért nem látjuk ezen intézkedések eredményét? – tette fel a kérdést. Azért, mert a nyugat-európai országokban a gyógyszerek árcsökkentésére döntően direkt (ex-ante) módszereket alkalmaznak, hazánkban viszont a gyógyszercégek visszafizetési rendszere (ex-post árcsökkenés) érvényesül. Ez utóbbi nem csökkenti a publikus árakat, azaz nincs dominóhatás a nemzetközi árreferencia rendszeren keresztül. A beavatkozás következtében nem csökken a magyarországi gyógyszerkiadás a nemzetközi statisztikákban, mert a befizetések nem a kiadási, hanem a bevételi oldalon jelennek meg. Magyarországon a gyógyszer közkiadások egyenlege – beleszámítva a visszafizetést is – kisebb, mint az európai országok legtöbbjében. Felmerül tehát a kérdés, hogy ha nem nagy a közkiadás, miért kellene azt csökkenteni, miközben az egészségi állapotra vonatkozó mutatóink rosszak, és a kórházi gyógyszerkiadásaink mértéke elmarad a nemzetközi szintektől. Árnyalja a képet, hogy az egy főre jutó gyógyszerkiadások mértékét vásárlóerő paritáson mutatják, miközben a nemzetközi árreferencia rendszer valutaárfolyamon egyenlíti ki az európai gyógyszerárakat. A vásárlóerő paritás korrekciója mesterségesen felnagyítja a gyógyszerkiadások abszolút értékét az alacsonyabb árszínvonalú kelet-európai országokban. Néhány ország nem a teljes gyógyszerkört jelenti a nemzetközi adatbázisokba, így a gyógyszerkiadások átlaga magasabb a bemutatottnál. Mindezek alapján az előadó javasolta néhány fontos módszertani kérdés mérlegelését. Ezek a következők: a standard definíció és gyógyszerkör alkalmazása a nemzetközi statisztikai szervezetek részére, a gyógyszerkiadások szintjének korrigálása az ex ante és ex post gyártói árcsökkenések és visszafizetések összegével, a kórházi gyógyszerkiadások nagyságának figyelembe vétele, éves aktuális valutaárfolyam alkalmazása vásárlóerő-paritás korrekció nélkül, klaszter-elemzés, a közfinanszírozott gyógyszerkiadások nagyságának és arányának vizsgálata, valamint a lakosság kielégítetlen terápiás szükségletének figyelembe vétele.

Hangsúlyozta, hogy a felsorolt tényezők kihagyásával készített elemzések félrevezetőek lehetnek a döntés-előkészítésben.

A gyógyszerhiányok intézményi költségekre kifejtett hatásának vizsgálati lehetőségeit **Vida Róbert György** egyetemi tanársegéd (PTE ÁOK Gyógyszerészeti Intézet és Klinikai Központi Gyógyszertár) ismertette. Mint elmondta, az Európai Kórházi Gyógyszerészeti Szövetség 2014. évi felmérésében a megkérdezett 607 kórházi gyógyszerész 86 százaléka úgy vélte, a gyógyszerhiányok még mindig jelentős problémát jelentenek a mindennapi ellátás során. Az előadó az onkológiai gyógyszerhiányok gazdasági hatását egy modelleseten keresztül – a non-Hodgkin lymphoma első- és másodvonalbeli nagydózisú kemoterápiás kezelése 2010-2014 között – mutatta be. Az átlagos készletérték 2014-ben majdnem elérte a 2010-es készletérték kétszeresét, miközben az átlagos tételszám érdemben nem változott. A modell eset gyógyszerköltségei közötti árkülönbség 220 százalék volt. Mindebből az következik – mutatott rá az előadó –, hogy a gyógyszerellátási problémák megoldása jelentős direkt költségkíméléssel rendelkezik az indirekt hatások mellett, ezért az intézményi gazdálkodás tervezése során elengedhetetlen ennek a szempontnak a figyelembe vétele.

Mennyi idő alatt kap egy új hatóanyag támogatást Magyarországon? – erre a kérdésre kereste a választ előadásában **Sinkovits Balázs** (META Ifjúsági Tagozat). Sokat hangoztatott nézet, hogy hazánkban az új hatóanyagok társadalombiztosítási támogatásba kerülése lényegesen hosszabb időt vesz igénybe, mint amit az Európai Bizottság transzparencia direktívája előír. Ennek az álláspontnak valid adatokkal történő megerősítése azonban a mai napig nem történt meg. Az előadó által ismertetett, publikusan elérhető forrásokon alapuló kutatás azt vizsgálta, hogy az Európai Gyógyszerügynökség által centrálisan törzskönyvezett készítmények hozzáférhetőek-e Magyarországon. Az elemzés során az OEP által közzétett, kérelemre indított eljárások megindításának dátumát tartalmazó lista adatainak tisztítását követően összevetették azt a készítmények OEP gyógyszertervezésben történő megjelenésének idejével, így vizsgálva a befogadási folyamat átlagos idejét. Mint kiderült, hazánkban az új hatóanyagok átlagosan 375 nap alatt kapnak támogatást. A tételes finanszírozású készítmények esetén átlagosan 486 nap telik el a befogadásig, és 63 beadványból mindössze 19 esetben történt befogadás. Az eredmények azt mutatták, hogy a jelenlegi rendszer jellemzően nem tartja be a transzparencia direktíva által meghatározott határidőket. Az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a gyógyszer-befogadási rendszer jelen formájában vélhetően megnehezíti az új hatóanyagok társadalombiztosítási támogatásba kerülését, ezért indokolttá vált annak újragondolása és a döntési jogkörök felülvizsgálata.

*Munkatársunktól*

*A konferencia befejező részét következő lapszámunkban olvashatják kedves olvasóink.*