

A költség-megtakarítási stratégiák fejlesztésének lehetőségei a hazai fekvőbeteg-ellátásban II.

Dr. Polyvás György, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza

Cikkünk folytatása a szerző előző lapszámunkban megjelent publikációjának

A szerző dolgozatában ismerteti és elemzi a költség-megtakarítás feltételeit, illetve a hatékony fekvőbeteg-ellátás működtetéséhez szükséges segítő-támogató rendszerek bevezetésének területeit. Kiemeli a közvetlen egészségügyi költségek méréséhez kapcsolt folyamatelvű költségűnyok, a protokollokhoz és evidencia szintekhez rendelt finanszírozás, a tényalapú és érték-alapú szolgáltatásvásárlás bevezetésének stratégiai jelentőségét. Holisztikus megközelítésben tárgyalja a költség-haszon és a költség-hasznosság vizsgálatok jelentőségét a lakosság hosszú távú életminőségének fejlesztésében.

The author in his paper gives an overview on the main conditions as well as professional supporting sub-units of health cost-containment policies in order to improve efficiency at inpatient services. Strategic importance of introduction of process-oriented cost-weights related to direct health costing, protocol and evidence-based financing, evidence-based and value-based purchasing have also been discussed in this paper. From a holistic point of view he reports the importance of cost-benefit and cost-utility analysis in the improvement of quality of life.

A KLINIKAI BIZONYÍTÉKOK ALAPJÁN FOLYTATOTT GYAKORLAT ELEMZÉSE

A klinikai epidemiológia és a klinikai döntéselemzés módszertani elveinek figyelembe vétele, a diagnosztikus és terápiás tevékenység tervezésénél, kivitelezésénél és értékelésénél nagymértékben járulhat hozzá a gazdaságosabb és jobb klinikai eredmény eléréséhez. Az alábbi algoritmus alkalmazása a technológiák kivitelezése során költségeiben és szakmailag is optimálisabb eredményt biztosíthat.

- Az adott megbetegedésre vonatkozó szakmai információk differenciált mérlegelése a vizsgált beteg esetében. A bayesianus matematika (vö. Bayes-tétel) alapján, a betegség fennállására vonatkozó adatok szerint a valószínűségi hányados, illetve a pre és posterior valószínűségek definiálása.
- A diagnózisfelállításhoz szükséges vizsgálatok és módszerek validitásának áttekintése. A diagnózis felállításhoz szükséges diagnosztikus alternatívák közötti választás mérlegelése a várható, releváns diagnosztikus információk előzetes elemzése alapján. Annak a mérlegelése, hogy meghatározott és a betegség fennállását igazo-

ló diagnosztika esetén a rendelkezésre álló terápiás feltételek megfelelnek-e az elvárható eredmény eléréséhez?

- Az adott betegségre vonatkozó analitikus és klinikai epidemiológiai eredmények áttekintése, különös tekintettel a relatív kockázati tényezőkre, a kauzális összefüggések vizsgálatára és az intervenció (randomizált, kontrollált) tanulmányok eredményeire.
- Az adott betegség kezelésére vonatkozó klinikai evidenciák áttekintése, különös tekintettel a különböző evidenciaszinteken elért kutatási eredményekre.
- A diagnózis felállítását követően, az azonnali és a később tervezett terápiás intervenciók szerint a betegség rövidebb és hosszú távú prognózisának becslése.

A klinikai döntéselemzési programok ma már informatikai alapon működnek a legtöbb fejlett egészségügyi rendszerben [15, 16, 17].

A felállított diagnózis és a terápiás terv alapján várható klinikai és hosszú távú eredményt jelentős mértékben meghatározzák a klinikai döntések objektív (várható élettartam, életminőség) és szubjektív indikátorai (költség-hatékony-ság, költség-haszon, költség-hasznosság). Fontos alapelv az is, hogy a finanszírozás a szakmai protokollok, irányelvek és klinikai bizonyítékok alapján folytatott gyógyító-ápoló munkát ösztönözze, és az egyes orvosi szakágak, valamint a különböző egészségügyi beavatkozások között, a tényleges költség-különbségek arányaiban különbözzenek egymástól a térítések is.

A költségelemző tevékenység fejlesztésének egyik lehetséges iránya tehát a szakmai protokolloknak megfelelően végzett és/vagy a különböző evidenciaszinteken teljesített ellátások költségeinek mérése és elemzése. A fenti vizsgálatok jelentőségét növeli, hogy a szakmai ellátás fejlődésének legfontosabb aspektusa, hogy a diagnosztikus és terápiás tevékenység a beteg elbocsátásakor megfelelő klinikai eredményt érjen el. A különböző evidenciaszinteken végzett folyamat-, döntés-, valamint költség- és klinikai eredményelemzések alapján meghatározhatók az optimális ráfordítással, klinikailag biztosítható releváns ellátás paraméterei. Kérdés, hogy a jelenlegi finanszírozási feltételek lehetőséget biztosítanak-e arra, hogy a fekvőbeteg intézmények a Szakmai Kollégiumok által javasolt protokollok és irányelvek, valamint a nemzetközileg elismert és alkalmazott erősebb evidenciák szerint végezzék munkájukat?

A fent ismertetett elvek megvalósítása érdekében a klinikai folyamatok és eredmények értékelését külön erre a célra fejlesztett, informatikai támogatottságú adatlap-sorozat

segítségével végezhetjük. A vizsgált technológia esetében, a kezelőorvosok a feltüntetett protokolloknak és irányelveknek megfelelően regisztrálják a diagnosztikus és terápiás eseményeket, és az evidenciákkal való kompatibilitást is elemzik.

A vizsgált technológiánál az indikációk, kontraindikációk, korai és késői szövődmények esetspecifikus elemzését, prospektív követéssel és/vagy az orvosi dokumentáció tanulmányozásával végezzük el. Az eredményekre vonatkozóan a fent hivatkozott forrásokra utalok [11, 12, 14].

A GAZDASÁGI HATÉKONYSÁG ÉS A SZAKMAI EREDMÉNY ÖSSZETETT, MAGAS SZÍNVONALÚ ÉRTÉKELÉSE

A gazdasági hatékonyság és a szakmai eredmény összetett, magas színvonalú értékelése céljából folyamatos egészség-gazdaságtani elemzések kivitelezése szükséges, ide tartozik a költség-hatékonysági elemzések kivitelezése, és a marginális, a haszon-áldozat (alternatív) és a növekményi költségek vizsgálata.

A bizonyítékokon alapuló és értékalapú szolgáltatás-vásárlás kereteinek megteremtésében kulcsfontosságú tényező a klinikai és gazdasági eredmény összetett elemzése, különös tekintettel a különböző evidenciaszinteneken elért kutatási eredményekre, a bizonyítékok rangsorolására, az NNT, az esélyarány (OR), a kockázati arány (RR) és az (abszolút/relatív) kockázat-csökkentés viszonylatában [18].

A komparátor technológiák költség-hatékonyság elemzésénél a legfontosabb költség-megtakarítási szempont, hogy egységnyi klinikai eredmény milyen költségráfordítással érhető el, illetve, hogy további egy egységnyi klinikai eredmény milyen többletköltség-ráfordítással valósítható meg. [19]. A fenti területen végzett vizsgálataink különösen a korszerűbb és hagyományos technológiák összehasonlítása terén bizonyultak hasznosnak. Számos esetben tapasztaltuk, hogy a korszerűbb technológiák bár klinikailag eredményesebbek voltak, inkrementális költségeik azonban meghaladták a hagyományos technológiák költségeit, illetve a HBCS szerinti térítések nem, vagy csak részben fedezték a keletkező többlet költségeket.

A korszerűbb technológiák finanszírozása tehát igényelné a protokollokhoz és különböző evidenciaszintekhez rendelt differenciált költségsúlyozást és az ezen alapuló elszámolási gyakorlat bevezetését.

Ugyancsak fontos, hogy a vizsgált technológiáknál a változó költségek trendjeit, továbbá a haszon-áldozat (alternatív) és a növekményi költségek alakulását is folyamatosan vizsgáljuk. A fentiekben ismertetett mérések első sorban a változó közvetlen egészségügyi költségek körébe sorolhatók, tehát változásaik forintban való meghatározása, illetve a vonatkozó adatok karbantartása nélkülözhetetlen a pontos költségszámításokban. Számos esetben az átlagos, változó költségeket további egyetlen beavatkozás kivitelezése is jelentős mértékben eszkalálhatja. A határköltségek

meghatározása tehát különösen fontos a keretgazdálkodás anyagkészleteinek megállapításakor, illetve új, nagy értékű orvostechikai eszközök telepítésekor. A haszon-áldozat vagy alternatív költségek meghatározása viszont egy adott erőforrás felhasználásának legelőnyösebb módjára adhat választ. Azoknál az egészségügyi szolgáltatóknál, ahol pl. korszerű műtéti kapacitások állnak rendelkezésre, a haszon-áldozat költségekkel meghatározhatjuk, hogy e kapacitások hogyan oszthatók fel ahhoz, hogy a források allokációja a leghatékonyabb és legeredményesebb legyen.

További vizsgálati perspektíva, hogy különböző technológiák alkalmazása esetén melyik beavatkozás, milyen költségek mellett jár ún. többlethaszonnal. A növekményi költségek vizsgálata választ adhat arra a kérdésre is, hogy mely technológiák preferenciája ajánlott a hatékonyság és eredmény növelésének viszonylatában.

Bár a magyar egészségügy jelenlegi helyzetét tekintve kétségtelenül a szolgáltatók klinikai eredményességének és gazdasági hatékonyságának növelése élvez prioritást, a költség-hasznosság és a költség-haszon vizsgálatok bevezetése, koordinálása, és az ide vonatkozó eredmények szintézise a lakosság hosszú távú életminőségének javítása szempontjából stratégiai jelentőségű lehet.

Az életminőségben bekövetkező változások egységnyi eredményben (pl.: életminőséggel korrigált életév nyereség, QALY) és az egységnyi eredmény eléréséhez szükséges költségek meghatározása ugyanúgy fontos lehet, mint a ráfordítások és az eredmények naturáliában való definiálása. A költség-hasznosság vizsgálatok eredményes kivitelezéséhez validált, nemzetközi viszonylatban is eredményesen alkalmazott vizsgálati módszerek (rating scale, time-trade-off, standard gamble), eszközök (EuroQuol, Health Utility Index, Quality of Well-being Scale, Years of Healthy Life) és mérőegységek (Qaly, Daly, HYE, SAVEs) általános bevezetése szükséges [5].

Ugyanakkor az egészségbiztosítási rendszer átalakításánál és több-biztosítós modell fejlesztésénél fokozott jelentősége lehet az egyes egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó költségek pontos meghatározásának, illetve annak, hogy a társadalom mennyit lenne hajlandó fordítani a technológiák szintjén meghatározott, egységnyi egészségjavulásokért. A költség-haszon elemzések, amelyek a ráfordításokat és az eredményeket is monetáris egységekben fejezik ki, általánosan használható módszerré válhatnak a társadalmi kontingenciák meghatározásában [5].

KÖVETKEZTETÉSEK, PERSPEKTÍVÁK

Az egészségügy reformjában a költség-megtakarítási rendszer bevezetése és az egyes támogató alrendszerek összehangolt működtetése alapvető, stratégiai jelentőséggel bír. A költség-megtakarítás természetesen nem elkülönült részét képezi az egészségpolitikai döntéshozatalnak, finanszírozásnak, vagy intézmény működtetésnek, hanem implicit módon kapcsolódik az e területeken végzett

szakmai tevékenységekhez. Mindemellett megfontolandó, hogy a költség-megtakarításnak legyen-e külön szakmai felügyelő testülete és/vagy intézménye, illetve a már jelenleg működő és az egészségügyi reformot felügyelő, irányító, koordináló, ellenőrző testületek, intézmények milyen módon és milyen kompetenciákkal kapcsolhatók be a költség-megtakarítás gyakorlatába. Kulcsfontosságú, hogy az egészségügyi szolgáltatók érdekeltnek legyenek a költség-megtakarítási politikák eredményes kivitelezésében, illetve a költség, költség-hatékonyság, klinikai folyamat és eredmény elemzés területén részt vehessenek a mérési és értékelési rendszerek fejlesztési folyamatában. Ugyancsak fontos kérdés, hogy a költség-megtakarításra és az ahhoz kapcsolódó szakmai területekre nézve releváns tudományos információk hogyan járulhatnak hozzá a rendszer működési hatékonyságának növeléséhez? A költség-megtakarítás egységes rendszere feltételezi a szakmai adatok és eredmények folyamatos beépülését, különös tekintettel az epidemiológiai, egészség-gazdaságtani, klinikai evidencia-kutatási és minőségfejlesztési területekre. Ez azonban a tudományos módszertani eredmények hatékony interpretációját feltételezi az egészségpolitika irányában. Mint az a tanulmányból látható, a költség-megtakarítás módszertana és céljai túlmutatnak a kiadáskorlátozás gyakorlatán, és a komplex szolgáltatásfejlesztés elvei szerint a populáció hosszú távú életminőségének javítását ösztönzi úgy, hogy a leghatékonyabb forrásallokációs módszerek alkalmazását preferálják. A szerző véleménye szerint azonban a hazai egészségügy reformja nem valósítható meg többletforrások bevonása nélkül. Ez nagy részben a gyógyszeriparral és az egyre korszerűbb orvostechikával összefüggő, az egészségügyi költségek területén bekövetkező növekedési trendekkel (is) magyarázható. A többletforrások bevonásának módjai, szabályai és garanciái fontos társadalom- és egészségpolitikai kérdéseket érintenek, amelyek tekintetében a társadalmi konszenzus megteremtése alapvető jelentőséggel bír.

Összefoglalva, a költség-megtakarítási politikák hatékony bevezetéséhez az alábbi döntések szükségesek:

- A strukturális demográfiai, az analitikus és intervenciók epidemiológiai adatállományok áttekintése, az adatállományok rendszerezése kompatibilitásának biztosítása, specifikus, gyakorlati problémákra orientált adatállomá-

nyok képzése, az adatállományok validitásának, generalizálhatóságának és interpretálhatóságának folyamatos biztosítása.

- A népegészségtani (demográfiai, epidemiológiai), egészség-gazdaságtani, szociológiai, biostatistikai, egészségügyi informatikai kutatóintézetek bevonása, harmonizált módszertan kialakítása, a tanulmánytervezés, az eredmények értékelése, a szakemberek képzése és továbbképzése terén is.
- A szolgáltatásvásárlók irányítási, ellenőrzési, értékelési profiljának megerősítése. A termelési hatékonyság alapú, a bizonyítékszintekhez rendelt és az értékalapú szolgáltatásvásárlás differenciált gyakorlatának kialakítása.
- Korszerű információs technológiák bevezetése [20].

A gazdasági hatékonyságot, a klinikai és a hosszú távú eredményességet együttesen biztosító költség-megtakarítási rendszer számos olyan alrendszerrel involvál, amelyek biztosítják a leghatékonyabb forrás-allokáció mellett a legkíváltságosabb klinikai és hosszú távú eredmény elérését. A fentiek természetesen csak az egészségügy gazdasági és szakmai teljesítőképessége mentén értelmezhetők, azaz fontos, hogy az egészségi állapotok összetett prognózisának és ezáltal a lakosság elérhető/elérendő egészségi állapotának meghatározása, az egészség-gazdaságtani vizsgálatok eredményeinek figyelembe vételével és a korszerű egészségi állapot osztályozási rendszerek alkalmazásával történjen. Ennek érdekében, az egészségügy reformját érintő stratégiai döntésekben messzemenően mérlegelni kell az esélyegyenlőség, az allokációs és technikai hatékonyság kérdéseit is [21].

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton mondok köszönetet Dr. Papp László úrnak, a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet főigazgatójának, aki a közvetlen egészségügyi költség, költség-hatékonyság és klinikai eredmény elemzések kivitelezését 2001. és 2007. között a kórházban engedélyezte, a feltételeket biztosította, tanácsaival és módszertani útmutatásaival hozzájárult szakmai munkánk eredményességéhez.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Boján, F., Belicza, É., Polyvás, Gy.: Health Cost Containment Policies in Hungary. Monographies of Ficosser. Cost-Containment Policies. 1994, 4, 85-87.
- [2] Wagstaff, A., van Doorslaer, E., Calonge, S., Christiansen, T., Gerfin, M., Gottschalk, P., Janssen, R., Lachaud, C., Leu, R., Nolan, B. és mtsai.: Equity in the

finance of health care: some international comparisons. J. of Health Econ. 1992, 4, 467-471.

- [3] Polyvás, Gy.: A modern epidemiológia gyakorlata és kapcsolata az egészségpolitikával. I. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2001, 3, 238-244.

- [4] Chouaid, C., Hejblum, G., Guidet, B., Valleron A.: The evaluation of health care outcomes and hospital performance indicators. *Rev. Mal. Respir.* 2006, 23, 158-160.
- [5] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések kivitelezéséhez. *Egészségügyi Közlöny.* 2002, 11, 1314-1335.
- [6] Dózsa, Cs., Nagy, B., Borsos, K., Muszbek, N., Boncz, I.: Az egészség-gazdaságtan aktuális kérdései. *IME.* 2003, 7, 24-29.
- [7] Nagy, B.: A fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztése. Elméleti alapok és gyakorlati lehetőségek a fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztésére Magyarországon (nyitótanulmány). 2005.
- [8] Crouse Quinn, S.: Professional development of health educators through a community diagnosis training experience: observations and perspectives. *Health Promotion Practice.* 2000, 2, 159-167.
- [9] Feinstein, A., Horwitz, R.: Double standards, scientific methods and epidemiologic research. *N. Engl. J. Med.* 1982, 307, 1611-1617.
- [10] Smith, M., Barnett, P.: Direct measurement of health care costs. *Medical care research and review.* 2003, 60, 74-91.
- [11] Polyvás, Gy.: Költség-megtakarítási stratégiák bevezetésének lehetőségei a magyar egészségügyben (előadás). *A Magyar Kórházzövetség 19. Kongresszusa, Siófok, 2007. 04. 04-06.*
- [12] Polyvás, Gy.: A klinikai evidencia szintekhez rendelt finanszírozási modell keretei (előadás). *14. Egészségügyi Napok, Szeged, 2007. 06. 06-08.*
- [13] Botz, Ch., Sutherland, J.: Cost weight compression: impact of data precision and completeness. *Health Care Financing Rev.* 2006, 2, 5-8.
- [14] Polyvás Gy.: A közvetlen költségeken alapuló, HBCS-k-hez kapcsolt folyamatelvű költségűlyok bevezetésének lehetőségei a fekvőbeteg ellátás finanszírozásában (előadás). *I. Országos Egészség-gazdaságtani Konferencia, Budapest, 2007. 07. 04.*
- [15] Velde, van der, G.: Clinical decision analysis: an alternate rigorous approach to making clinical decisions and developing treatment recommendations. *J. Can. Chiropr. Assoc.* 2005, 4, 258-263.
- [16] Sarasin, F.: Decision analysis and the implementation of evidence-based medicine. *QJM. International Journal of Medicine.* 1999, 92, 669-671.
- [17] Polyvás, Gy.: A klinikai döntéselemzés szerepe az egészségügy minőségének biztosításában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 1992, 6, 404-409.
- [18] Mogyorósy, Zs.: Integrált betegellátási programok: Evidence-based disease management. *Egészségügyi Menedzsment: az egészségügy hatékonyságának és minőségének fejlesztéséért.* 1999, 1, 29-32.
- [19] Gulácsi, L.: A klinikai vizsgálatok, valamint az egészség-gazdaságtan és technológia-elemzés eredményeinek felhasználhatósága hazánkban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 2004, 4, 5-12.
- [20] Kozmann, Gy.: Új információs technológiák az egészségügyben. Lehetőség a minőségi, gazdaságossági és versenyképességi elvárások teljesítésére. *IME.* 2005, 3, 34-39.
- [21] Kovács, G.: A hazai egészségügy jövőképe. *Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 1999, 1, 1-2

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Polyvás György PhD klinikai epidemiológus szaktanácsadó, egészség-gazdaságtani szakértő. 1986-ban szerzett általános orvosi diplomát a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1991-ben szakorvosi oklevelet és egészségügyi menedzser tanári képesítést, 1993-ban MSc fokozatot szerzett klinikai epidemiológiából és biostatistikából. 1994-ben minőségügyi menedzser oklevelet, 1995-ben egészségügyi szakközgazdász diplomát, 2000-ben PhD-fokozatot szerzett egészség-gazdaságtanból.

Négy évig oktatóként dolgozott a Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Közgazdasági Továbbképző Intézete által indított posztgraduális egészségügyi-menedzser szakközgazdász képzésben. Két évig oktatóként egészségügyi folyamat menedzsmentet az Egészségügyi Továbbképző Intézet diplomás ápoló képzésében. Két évig vezette az Or-

szágos Orvostudományi Információs Intézet Egészségügyi Elemző Irodáját. Munkatársaival kidolgozta a probléma alapú egészségpolitikai döntéselőkészítési modell kereteit. 1992-1995 között szerkesztőbizottsági tagja volt a Nagy-Britanniában megjelenő „Health Care Analysis” c. szakfolyóiratnak. 1994-95 között az „Egészségügyi Gazdasági Szemle” főszerkesztő helyettese volt. Kutatási tevékenységét kezdetben a közösségi alapú szociális-egészségügyi ellátó rendszerek menedzsmentje, az egészségpolitikai döntéselőkészítés stratégiái, később a klinikai döntéselemzés hatékonyságának vizsgálata képezte. 2001-től az egészségügyi technológiák közvetlen egészségügyi költségeinek és költség-hatékonyságának mérési és értékelési módszertanával foglalkozik. Jelenleg a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet klinikai epidemiológus szaktanácsadója és egészség-gazdaságtani szakértője, a Klinikai Epidemiológiai és Egészségügyi Technológia-elemző Munkacsoport vezetője.