Prioritásképzés és a finanszírozási küszöb alkalmazásának kérdései Magyarország, 2008.

Dr. Gulácsi László, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont
Budapesti Corvinus Egyetem

A magyarországi egészségügy nem alkalmazza a fejlett országokban már széles körben használatos prioritásképzési módszereket és a finanszírozási küszöb szerepe is tisztázatlan hazánkban. Az egészségügyi ellátás kimenete (outcome) és tényleges költsége is nagyrészt ismeretlen. A szerző azt vizsgálja, hogy 1) képes-e az egészségpolitika különbséget tenni a forrásban (pénzben) „bő" és a „szűk" esztendők között, illetve azt, hogy 2) a lakosság kedvezőtlen egészségi állapota mennyiben az egészségügyi ellátás valószínűleg alacsony produktivitásának a következménye.

Priority setting methodologies are widely used in the developed countries, but have not been implemented in Hungary yet and the potential role of the financing threshold is also unclear. Outcome of the health care sector and the real costs of the health care services are frequently unknown. The aim of this paper is to assess 1) whether health policy is able to make a distinction between resource-rich and resource-scarce years, and 2) to what extent does have the assumed low productivity of the health care system an adverse impact on the health status of the population.

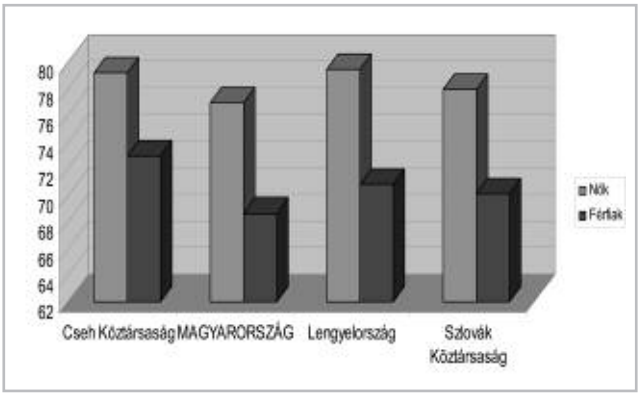
KIINDULÁSI HELYZET

Hazánkban az egészségügynek (pontosabban: az egészségpolitikának, egészen pontosan: a politikának) többszörösen is nagyon kemény kihívásokkal kell szembenéznie a közeli jövőben. Az ágazat forrásigénye igen nagy, a lehetőségek viszont nagyon is korlátozottnak tűnnek. A legnagyobb gond a nagyon szűk financiális mozgástér, amely egyrészt az általános európai recesszióból adódik. A hazai problémák is jelentősek, ezzel kapcsolatosan Rácz Margit, az MTA Világgazdasági Kutatóintézet kutatási igazgatója a következőt mondta [1]: „Magyarország egy óriási hendikepet alakított ki saját maga számára azzal, hogy sikerült a GDP-ben mért folyó államháztartási hiányt majdnem 10%-osra csinálni, ez körülbelül egy háborús hiány." Ez azt jelenti számunkra, hogy az egészségügyből továbbra is nettó forráskivonás várható. Tehát az „állam" egyre kevesebb (vagy egyre rosszabb minőségű) szolgáltatást fog nyújtani, miközben a lakosság teherbíró képessége is alacsony (Lásd: magas árak, hatalmas lakossági hitelállomány).

Felmerül a kérdés, vajon miben különbözzön az egészségpolitika és a finanszírozás azokban az években (hosszabb rövidebb időszakokban), amikor a forráshiány (pénztelenség) a jellemző (mint a jelenlegi évtizedünkben) és akkor, amikor a forrásbőség (sok pénz), vagy legalábbis elfogadható finanszírozási feltételek állnak fenn. Azaz, az egészségpolitika és finanszírozás függ-e, függjön-e az adott időperiódusban rendelkezésre álló forrásoktól (és ha igen, hogyan), vagy ezek az anyagi lehetőségektől függetlenek, és a célok több-kevesebb része teljesül attól függően, hogy éppen van-e rá pénz.

Másik fontos figyelembeveendő tényező az, hogy a hazai lakosság egészségi állapota napjainkra már rosszabb a többi visegrádi országénál, és a fejlett országokhoz ma már hasonlítani sem célszerű magunkat. A születéskor várható élettartam indikátora igen kemény végpont, ezt nehezen lehet meg- illetve kimagyarázni (1. ábra).

Ezzel kapcsolatosan az a kérdés merül fel, hogy ez a nagyon kedvezőtlen állapot mennyiben az elégtelen egészségügyi ellátás következménye, azaz egy jó egészségügygyel a jelenlegi helyzeten mennyi lenne javítható.



1. ábra
Születéskor várható élettartam (2005)

A HAZAI EGÉSZSÉGÜGY KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA: NEMZETKÖZI TÜKÖR

Elsőként vizsgáljuk meg azt, hogy tudunk-e eleget a fentebbi két alapvető kérdés megválaszolásához. Tekintsük először Westert és mtsai. [3] hollandiai egészségügyi riportját, az Európai Unió egészségügyi rendszereinek költséghatékonyságáról (2. ábra).

Az ábra vízszintes tengelyén az egészségügyi költségek, a függőleges tengelyén az egészség index (élettartam, mortalitás, életminőség adatokból képzett mutató) került feltüntetésre. Az ábrán látható, hogy Magyarországon az egészségügyre kevesebbet költenek, mint az országok

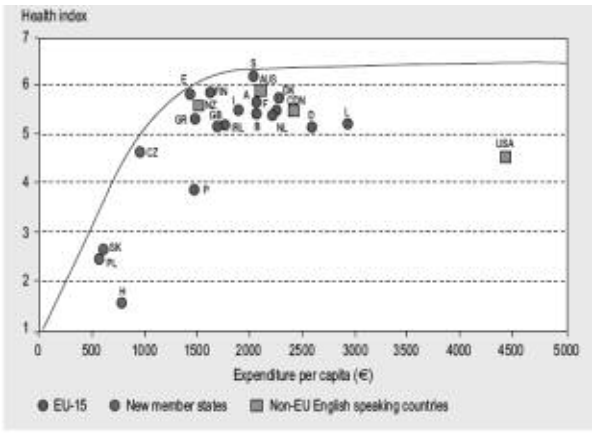


Figure 3: Cost-effectiveness of health care, in 2001 (SCP, 2004).

2. ábra
Az egészségügyi rendszerek költséghatékonysága

többségében (kivétel: Lengyelország és Szlovákia), viszont a rendelkezésre álló forrásokat (pénzt) a magyar egészségügy használja a legkisebb hatékonysággal, azaz a kevésből, arányaiban is keveset hasznosít a hazai egészségügy. Ebben az estben is célszerű Cochrane-t [4] idézni, aki elégedetlen lévén a brit egészségügy hatékonyságával, a következőket írta: ''Egyszer megkérdeztem a leginkább elégedett munkástól az egyik krematóriumban, hogy mi okozza neki a legtöbb örömet munkája során. Azt felelte, hogy egészen el van bűvölve attól, hogy milyen sok megy be és milyen kevés jön ki. Azt gondoltam, hogy még sokkal elégedettebb lenne, ha állást ajánlanék neki az egészségügyben.''

A HAZAI DÖNTÉSHOZATAL

A hazai jogszabályok a gyógyszerek területén megkövetelik a költséghatékonyságot, amelynek a kalkulálásához ismerni kell, hogy az adott betegségből/betegből (vagy annak tetszőleges módon meghatározott alcsoportjából) hányan vannak hazánkban (célpopuláció), milyen a betegségük súlyossága, progressziója, életminősége. Egy nemkívánatos esemény (pl. sztrók és szívinfarktus bekövetkezése, illetve halálozás) elkerülése esetén mennyi megtakarítás jelentkezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) oldalán, mennyi a munkából való kiesés elkerülése miatt el nem vesztett haszon (munkatermelékenység költség stb.). Ezekből az adatokból csak viszonylag kevés áll hazánkban rendelkezésre.

Ennek hiányában a finanszírozó (OEP) és a döntés előkészítő, az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézete (ESKI) legtöbbször a NICE (National Institute for Clinical Excellence) és más hasonló honlapok tartalmát keresi fel, illetve a fejlett országokban publikált szakirodalmat tekinti át, és az ott található epidemiológia, betegségstádium és más adatok alapján alakítja ki álláspontját.

MIT TUDUNK ÉS MIT NEM TUDUNK? HAZAI ISMERETEK ÉS KUTATÁSOK

A következőkben a Budapesti Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpontjának, sokizületi gyulladás (rheumatoid arthritis, RA), csontritkulásos (oszteoporózis, OP) törések, szélütés (sztrók), és szívinfarktus területén végzett kutatási eredményei alapján mutatok be néhány példát, amelyből kiderül, hogy bár ezeken a területeken már rendelkezünk tudományos eredményekkel, még nagyon sok mindent nem tudunk.

Epidemiológia és költség

Vannak, akik esetleg azt gondolják, hogy a betegségek előfordulásának gyakoriságát (prevalencia, incidencia) ismerjük hazánkban. Ez azonban az esetek többségében nem így van. Mind az egészségpolitikai döntéshozatal, mind a finanszírozás terén döntő, hogy adott betegséggel hány beteg él hazánkban (ellátórendszer, költségvetési hatás stb.).

Az RA esetén például a szakcikkek egy részében, a (régebbi) nemzetközi szakirodalomból átvett 1,0-1,5 prevalenciával számolva 100-150 ezer hazai RA betegről írnak. A magyarországi RA prevalenciát Rojkovich és mtsai [5] 100 ezer főre becsülték. A hazai RA prevalencia Lepp-Gazdag és munkatársai [6] felmérése alapján 0,5%, azaz hazánkban 50 000 körülire tehető az RA betegek száma. Kiss és munkatársai [7] a dél-dunántúli 14-65 éves lakosságra jellemző populációban 0,37%-os prevalenciát mértek. Ezen eredmény extrapolációja is a 0.5%-os populáció szintű RA prevalencia valószínűségét támasztja alá.

Lundkvist és mtsai. [8] 67 ezres RA betegszámot közölnek Magyarországon (egységesen 0,66%-os prevalenciát feltételezve Észak- és Közép-Európában). Az OEP hivatalos tanulmányában 92 209 RA betegről tud (Gajdácsi és mtsai [9]. Héjj [10] háziorvosi jelentések alapján 50 848 RA prevalenciáról számol be.

Valamennyi hazai kutatás azt mutatja, hogy az olyan RA betegek száma, aki évente legalább egyszer szakorvoshoz fordul nem több, mint 20 ezer, az OEP pedig évente 10-15 ezer beteg éves terápiájához elegendő RA gyógyszert (DMARD) finanszíroz (nincs limit, ennyi fogy).

Nos, akkor hogy is van ez? Hány RA-s beteg van Magyarországon?

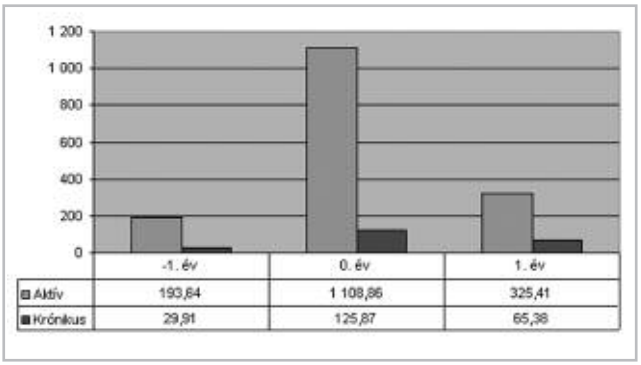
A kérdés alapvető jelentőségű, hiszen az OEP az ESKI és az OEP Technológia Értékelő Bizottsága (TÉB) véleménye alapján finanszíroz, amely vélemény alakításában a költségvetési hatás alapvető, ennek pedig (az adott gyógyszerárak mellett) meghatározó tényezője a célpopuláció nagysága.

Az oszteoporózissal összefüggésbe hozható csonttörések esetén is hasonló a helyzet. Magyarországon az ≥50 éves populációban a törés incidencia (1999-2003-as adatok) 100 000 lakosra számítva: csípő és felkar esetén egyaránt 343, alkartöréseknél 1080, egyéb törések esetén 2460. A férfi / nő arány 1:2, a csípőtörések 70%-a a ≥75

éves korosztályban fordul elő. A magyarországi törés incidencia értékek az Egyesült Királyság eredményeihez közelítenek legjobban és jóval alacsonyabbak, mint a svédországi értékek: bár mindkét országban a nők csípőtörés incidenciája jelenősen magasabb a férfiakénál, a svéd férfiak csípőtörés incidencia értéke meghaladja a magyarországi nőkét.

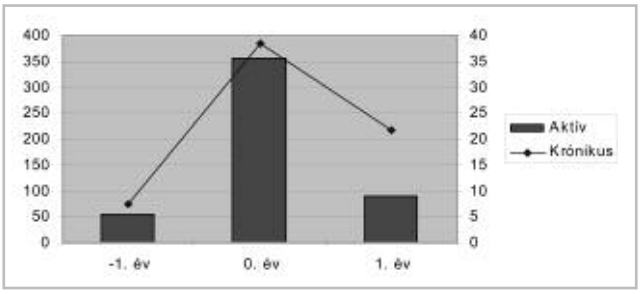
A szélütés (sztrók) esetén is jelentős a bizonytalanság, ugyanis azokról a betegekről, akik nem kerülnek kórházi beutalásra, illetve kórházi felvétel előtt meghalnak, nincs adatunk, holott a szakértői vélemények szerint számuk a regisztrált esetek számának 30-40%-át is elérheti. Saját felmérésünk szerint a kórházba került betegek esetén a betegséget követő 12. hónap végén a nők túlélése kedvezőbb, mint a férfiaké: a 65 évesnél idősebbek esetén 71,5% vs. 69,2%, a 45-64 évesek csoportjában 88,2% vs. 83,26%. A sztrók-halálozás kockázata az átlagpopuláció halálozásához viszonyítva a betegséget követő első évben 5,2-szeres a nők, és 4,7-szeres a férfiak esetében. A 45–64 éveseknél 16,6-szoros a nők és 9,7-szeres a férfiak között. Az egészségpolitikai és a finanszírozási döntésekhez tudni kellene, hogy ezek a számok hogyan alakulnak megyénként és kórházanként, emellett azt is tudni kellene, hogy hányan és mennyi idő után álltak a betegséget követően ismét munkába, hányan maradtak gondozásra szoruló rokkantak, milyen volt az életminőségük és így tovább. Erről azonban nem áll rendelkezésre információ, azaz a gyógyító folyamat eredményéről és minőségéről nemigen tudunk szinte semmit.

A sztrók költségeit illetően, amely a 3. ábrán került feltüntetésre (látszólag) jobb a helyzet. A sztrók betegség terhe, betegenként, az aktív fekvőbeteg ellátásban az első 12 hónapban (férfiak vs. nők ezer Ft.) 65+ év: 254,6 vs. 205,8; 45-64 év: 341,4 vs. 280,5; 25-44 év: 370,1 vs. 306,1 ezer forint. A második 12 hónapban, rendre, 50,6 vs. 36,2; 24,2 vs. 32,6; 27,6 vs. 24,8 ezer forint. A sztrók betegenkénti krónikus fekvőbeteg ellátás költsége az első évben (a fentiekhez hasonlóan): 23,3 vs. 31,3; 28,9 vs. 22,2; 22,8 vs. 22,5 ezer forint. A következő évben ezek a költségek rendre: 9,0 vs. 10,9; 6,7 vs. 12,2; 1,4 vs. 38,1 ezer forint. Tehát a férfiak átlagos sztrók betegség terhe magasabb, mint a nőké az eseményt követő 24 hónapban, 364,8 vs. 303,0 ezer forint. A jelentős különbséget a magasabb aktív ellátási költségek okozzák (331,5 vs. 262,1 ezer forint), míg az átlagos krónikus ellátásban az eltérések kisebbek (33,3 vs. 40,9 ezer forint) [11,12]. Ezek a számok már több célra alkalmasak. Használhatók például arra, hogy a gyógyszerek költséghatékonysági vizsgálata során, ha egy adott gyógyszerrel sztrók esemény kerülhető el, akkor meg lehet mutatni, mekkora az egy sztrók elkerülésével elérhető megtakarítás. Használható egészségpolitikai döntésekhez is, azonban nem szabad azt elfelejteni, hogy ezek az összegek a valóban elköltött összegeket jelentik. Azt nem tudjuk, hogy mennyit kellene költeni erre a területre, ezt viszont az eredményességi és minőségi mutatók ismerete nélkül nem is lehet kiszámítani.



3. ábra
Sztrók betegek kórházi költsége (mill. Ft)

A szívinfarktus területén vizsgálatunk eredménye hasonló konklúzióra vezetett, azt mutatta, hogy 65 évnél idősebb férfiak esetén 69,3%, a nőknél 66,7%, a 45-64 éveseknél 88,2% vs. 83,2% a túlélés a megbetegedést követő 12. hónap végén. A szívinfarktus halálozás kockázata az átlag populáció halálozásához viszonyítva a betegséget követő 12. hónap végén 5,8-szoros a nőknél, és 4,3-szeres a férfiaknál. A 45–64 éveseknél a szívinfarktus halálozás kockázata 14,9-szeres a nőknél és 6,3-szoros a férfiaknál.



4 ábra
AMI betegek kórházi költsége (mill. Ft)

A költségek a finanszírozó szempontjából a 4. ábrán kerültek feltüntetésre. A szívinfarktus aktív kórházi ellátásának átlagos egészségbiztosítási költsége a megbetegedést követő 12 hónapban a nőknél általában magasabb, mint a férfiaknál: 476,3 ezer Ft vs. 391,1 ezer Ft (65+ év); 429,1 Ft vs. 389,4 ezer Ft (45-64 év) és 229,5 ezer Ft vs. 240,6 ezer Ft (25-44 év). A krónikus ellátás terhe betegenként 15-40 ezer Ft az első évben, és az aktív ellátás költsége is hasonló nagyságrendű (22-54 ezer Ft/fő) a szívinfarktus után 13-24 hónappal. Becslésünk szerint az évente közel 12 ezer kórházba került szívinfarktusos beteg direkt egészségügyi költségeire az OEP 4,4 Mrd Ft-ot költött a betegséget követő első 12 hónapban, 3,6 Mrd Ft-ot aktív és 370 millió Ft-ot a krónikus kórházi ellátásban. Egy szívinfarktus elkerülésével 345-565 ezer Ft (kor és nem szerint különbözően) direkt egészségügyi költség takarítható meg az első 12 hónapban. Becslésünk szerint a szívinfarktus indirekt költsége a munkaképes korúak körében meghaladja a 840 millió Ft-ot egy évben (177 829 Ft/fő) [13]. Konklúzió azonos a sztrók esetén elmondottakkal.

Ilyen költségadatok lennének szükségesek az egészségügy valamennyi területén, ezekből állnak össze a fejlett

országokban a „Költség-könyv” adatai, amelyek publikusak és az egészségügyi beszállítók ezek segítségével állítják össze a befogadási kérelmük egészség-gazdaságtani részét. Jó lenne, ha hazánkban is létrejönne egy olyan intézmény, amely alapvető költség-adatokkal segítené a döntéshozást és finanszírozást, pontosan úgy, amint azt a fejlett országokban teszik.

Betegség súlyosság, a betegek egészségi állapota

A hazai betegek betegségének súlyossága feltehetően rosszabb, mint Európa fejlett országaiban. RA esetében ez bizonyítható, a betegség súlyosságát jellemző HAQ stádium hazánkban kutatási eredményekkel alátámasztottan roszszabb (2004-2006 évi felmérések).

Az európai onkológiai helyzetet leíró un. Karolinska Riport egyértelműen mutatja, hogy a magyarországi onkológiai betegek életkilátásai jelentősen rosszabbak, mint a fejlett országokban [14].

Intenzív kutatás szükséges

A legtöbb betegség esetén nem ismerjük pontosan a prevalenciát és az incidenciát. Nem tudjuk, hogy országos szinten és intézményekre lebontva milyen súlyossággal kerülnek a betegek kórházba, és ott, illetve a hazabocsátás után hogyan gyógyulnak. Milyenek a rövid, közép és hosszú távú túlélési arányok, milyen az életminőség és annak nyeresége, és azt sem tudjuk, hogy az egyes betegségek kezelése ténylegesen mennyibe kerül, epizód és éves szinten, illetve mennyit kellene költeni arra, hogy jobbak legyenek azok a mutatók, amiket sajnos nem is ismerünk. Nincs egyetlen használható (orvos-szakmai illetve ápolási) indikátor az egészségügyben, olyan, amely országos szinten adna támpontot a helyes gyakorlatot illetően. Eddig jutottunk közel 20 év minőségbiztosítási erőfeszítéseivel, a nagyrészt felesleges „ISO” és más át nem gondolt, illetve végig nem vitt „minőségügynek” nevezett tevékenységgel.

Nagyon kevés az a fórum és az a forrás, amely ezt szervezetten vizsgálja. Annak ellenére, hogy létezik Egészségügyi Minisztérium, ÁNTSZ és ezen belül Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK), OEP, Egészségbiztosítási Felügyelet, sőt újabban már az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet minőségbiztosítással (is) foglalkozik – úgy tűnik egyedül az Állami Számvevőszék (ÁSZ) hívja fel a figyelmet a gondokra ezen a téren (is). Abban az esetben pedig, ha külső vizsgálat (ÁSZ) egyébként jogos és megválaszolandó kérdéseket tesz fel, akkor a válasz többnyire arrogáns elutasítás. Jó példa erre a szűrővizsgálatok ÁSZ jelentése, amelynek legfőbb megállapítása az, hogy nem lehet tudni, hogy a szűrővizsgálatok eredményeként mi az egészség-nyereség, azaz a befektetések nyomán létrejövő eredmény; milyen a minőség és milyen a költséghatékonyság [15]. Az ÁSZ tanulmányában felteszi a kérdést, vajon a jelenlegi átszűrtség (emlőrák szűrés 30,1% nőgyógyászati rákszűrés 3-4%) megfelelő-e. Nem, nem megfelelő, sőt a nőgyógyászati-rákszűrés esetén szervezett országos szűrésről nem is beszélhetünk. A jelenlegi helyzet nem felel meg a meghirdetett céloknak: „Az emlőrákszűrés tekintetében a cél olyan szolgáltató rendszer kialakítása volt, amely képes a korcsoportba tartozó nők 80%-át rendszeresen átszűrni” [16]. Illetve azt sem lehet tudni, hogy a várt (egészség-haszon): – „ideális körülmények között, a szakma szabályainak betartásával működtetett szervezett szűrővizsgálatok hozama – megfelelő lakossági részvétel esetén- a szervezett szűrővizsgálatok bevezetését követő 5-7 év elteltével évente, mintegy 1500-2000 társadalmilag hasznos életkorban levő lakos idő előtti halálozásának elkerülésében fog megmutatkozni” [17] – mekkora része realizálódott.

Megjegyzendő hogy a nőgyógyászati rákszűrés nem az egyetlen lehetősége a méhnyakrák okozta halálozás csökkentésének, vannak a vakcinák ezen a téren, amelyek hatásossága bizonyított, 6 éves idősorok már rendelkezésre állnak, és aminek a terjedését, finanszírozását a rosszul működő (nem működő) nőgyógyászati rákszűrés (is) akadályozza.

Ezek alapján feltételezhető, hogy az egészségpolitikának a lakosság egészségi állapotáról, halálozási viszonyairól, az egészségügyi és társadalmi költségekről (betegségteher) alkotott képét döntően az alkalmazott adminisztratív módszertan (adatgyűjtés, OEP, ÁNTSZ, KSH) és az intézmények/munkatársak prekoncepciói határozzák meg – nem pedig a valóságos viszonyok. Ennek alapján, a „háborús költségvetés” körülményei közepette alapvető fontosságú rangsorolás szakmailag is lehetetlen. Az egészség-gazdaságtani kutatás eredményei éppen ezért már magával a valóság jobb megismerésével is elősegítik a változást.

MÁSOK MIKÉPPEN CSINÁLJÁK?

Hollandiát már említettem. Az Egyesült Királyságban prioritásként kezelik, és folyamatosan kalkulálják a szektor hatékonyságának (productivity) a növekedését, ennek a javítása az egészségügyben meghozott intézkedések célja, és az intézkedések eredményét is ezen keresztül mérik. A hatékonyság kalkulálása azonban lényeges módszertani problémákat is magában rejt [21]. 2004-ben a brit Statisztikai Hivatal (Office for National Statistics) becsülte az NHS hatékonysági indexét, az outputokat (az NHS terápiás tevékenységei a relatív költségükkel súlyozva) osztották az inputtal (munkaerő, az eszközök és a szerviz költségek, és az NHS tőke) és azt tapasztalták, hogy a hatékonyság 1995-2004 között évente 0,6-1,3%-kal csökkent [18]. Az Atkinson Review a hatékonyság mérésével kapcsolatosan fejlesztési javaslatokat fogalmazott meg, javaslata alapján az alapellátás outputjának elemzése és a minőség nagyobb figyelmet kapott [19]. A minőségfejlesztés eredményeit is magában foglaló kutatás során figyelembe vették a betegségek túlélési arányait, a várakozási időt és a betegek tapasztalatait is. A minőségi elemeket is figyelembe vevő számítás szerint a

brit Statisztikai Hivatal újrakalkulálta a hatékonysági indexet, ami így évente -05-(+) 2,0% változást mutatott 1999-2004 között [20]. Ha figyelembe vették az NHS output növekvő értékét is (amit a nemzetgazdasági reálkeresetek növekedésével becsültek), akkor a hatékonyság 0,9-1,6% növekedést mutatott [18].

MAGYARORSZÁG: RANGSOROLÁS ÉS FINANSZÍROZÁSI KÜSZÖB

Mindkét területet illetően először is szögezzük le, hogy bár adatok és számok alapján szükséges dönteni, azonban ezen a téren az egészség-gazdaságtan csak a háttér információt szolgáltatja, a döntés és annak felelőssége a politikusoké. Ez a feladat egyáltalán nem könnyű, több okból sem. Elsőként célszerű hangsúlyozni, hogy az objektivitás (látszatát) biztosítani kívánó úgymond „tudományos alapú egészségpolitika" nem létezik. Létezik a „tudományos vagy tényalapú orvoslás" amelynek módszertanát elsősorban a klinikai vizsgálatok végzéséhez alakították ki, ez azonban nem használható a mindennapok egészségpolitikai döntéshozatalában. Különösen nem a finanszírozási küszöb és a rangsorolás során, amely mivel arra a kérdésre ad választ, hogy ki milyen szolgáltatásban részesül és mennyiért – a legfontosabb egészségpolitikai döntés. Ezeket a döntéseket az orvostudomány és az egészség-gazdaságtan eredményei ismeretében hozzák, a döntés során azonban figyelembe veszik a szokásokat, az emberek gondolkodását és elvárásait (már amennyiben ismerik), vallási és etikai tényezőket, az adott országban szokásos orvosi praxist és gondolkodást, kultúrát, fejlettségi szintet és természetesen a politikai megfontolások is (nem elhanyagolható) szerepet játszanak. Így van ez minden országban és Magyarországon sincs ez másképpen. A különbség közöttünk és a fejlett országok között az, hogy a fejlett országokban a döntések során szakmai (orvosi, egészség-gazdaságtan stb.) elemzésekre támaszkodnak, és annak az eredményeit is ismerve döntenek.

Tudomásul kell venni, rangsorolás nélkül nem lehet a rendelkezésre álló pénzeket a közjó érdekében megfelelően elkölteni. Sok ötlet felmerült, hogy hogyan lehet megreformálni az egészségügyet. Az a rendszer szolgálja hazánkban az alapvető egészségi, népegészségügyi érdekeket, amely rendszer egy koherens és átlátható rangsorolást képes megvalósítani az egészségügyben. Nincs mese, választ kell adni arra a kérdésre, hogy mi fontos és azt kell finanszírozni – kiemelten.

MI FONTOS? MENNYIBEN FELELŐS A JELENLEGI EGÉSZSÉGÜGY A ROSSZ EGÉSZSÉGI MUTATÓKÉRT?

Mi fontos most a „háborús költségvetés" közepette? Vajon nem kellene-e a katasztrófa medicina gondolkodását néhány évre átvenni, azaz menteni azt, aki menthető? Koncentrálni a már úgyis orvosnál levő betegekre és nem megkísérelni felkutatni másokat (akiket aztán az egészségügy nem képes megfelelően ellátni). Nem kellene-e a rövidtávon megnyerhető haszonra koncentrálni? A szív-keringési betegségben, RA-ban, immunológiai betegségekben, diabéteszben, onkológiai és urológiai betegségekben – és már orvoshoz került, megbetegedett embereket kezelni, és kevéssé törekedni átfogó szűrővizsgálatokra – amelyet jobb gazdasági körülmények között sem tudtunk rendesen megvalósítani. Vagy a jelenlegi betegek élet- és egészség-esélyeit csökkentve törekedni arra, hogy a következő generáció egészsége jobb legyen, azaz nagyobb összeget juttatni a vakcinációkra, szűrésekre, más megelőző intézkedésekre? Vagy esetleg meghosszabbítani a várólistákat, ez is egy eldöntendő kérdés. Vajon melyik opciót választaná a lakosság?

Költség takarítható meg ugyanis a tervezetten meghosszabbított várólistákkal, hiszen egy várólistás csípő illetve térdprotézis műtét (a kisebb egészségügyi rendszer, kisebb „készenlét" miatt) az OECD tanulmánya szerint akár 2-2,5-szer is kevesebbe kerül, mintha azt gyorsan, gyakorlatilag várólista nélkül elvégzik [24]. Így, ha a júliusi, várólista hosszát csökkenteni hívatott miniszteriális beavatkozás esetleg sikeres is lenne – drágítani fogja az egészségügyet (ebből a szempontból megnyugtató, hogy az erre szánt 3,5 milliárd érdemi változást nem fog okozni). Ehhez hozzá kell tenni, hogy a hazai várólisták az Egészségbiztosítási Felügyelet honlapján, valahol a hollandiai és a brit listák hossza között vannak. Más kérdés hogy ezek a számok interpretálhatatlanok (mármint az Egészségbiztosítási Felügyeleté), módszertani problémák miatt.

Ezekre a kérdésekre nem egészség-gazdaságtani szakember adja meg a választ, hanem a politika (ha egyáltalán veszi a merszet és a fáradtságot) – azt azonban látni kell, minden cél csak valamely más cél teljes, vagy részleges feladásával valósulhat meg.

A finanszírozási küszöb, azaz mennyit képes (és hajlandó) az ország egy életévért, egy életért elkölteni, szakmailag és politikailag egyaránt nehéz kérdés. Politikailag egyértelműen nehezebb, hiszen a szakmai módszertani háttér rendelkezésre áll. Jelenleg a finanszírozási küszöb Európában egy életminőséggel korrigált életévért megközelítőleg átlag 50 000 euro, országonként, betegségenként és betegség súlyosságonként jelentős eltérésekkel. Ennek a meghatározása önkényes, nem is lehet más, hiszen az a bizonyos affordability, azaz hogy meddig ér a takaró – nem közgazdaságtani elméleti kategória. Ennek megfelelően eleve szakmaiatlan bárminemű „módszertani" látszatkeltés ezen a téren, ez értékítélet, és politikai döntés. (Természetesen, ha költséghatékonysági adatokat is figyelembe véve születik a döntés, akkor a politikai döntést az egészségpolitika és finanszírozás költséghatékonyan képes végrehajtani.) Az „új" európai uniós tagállamok egy részében, pl. Lengyelország (2007) az egy főre jutó GDP 3-szorosában jelölték meg a finanszírozási küszöböt, és egy előadásában Landa [21] kifejtette, hogy „ami költséghatékony az Egyesült Király-

ságban, az költséghatékony Lengyelországban" is. Ez az egyik oldalról nézve butaság, a másik oldalról nézve pozitív egészségpolitikai döntés (ez a lengyelországi hivatalos finanszírozói álláspont jelenleg) – a megítélés az adott gazdasági, politikai, egészségügy szituációtól függ, egy döntés nem ragadható ki a környezetéből, hiszen kiragadva értelmezhetetlenné válik. Több országban is felmerült, hogy a küszöböt rakják magasra, pl. a művese kezelés költségét tekintsék alapnak.

Persze sok mindent lehet. A nemzetközi példákat hosszan lehet sorolni. Ezeknek a megoldásoknak a véletlenszerű, illetve napi érdekektől függő átvétele nem segíti elő sem a hatékonyságot, sem a költséghatékonyságot. Holott ez lenne az, amire hazánkban most szükség van, akkor, amikor az egészségi állapot mutatói lassan már nem is „Európaiak" amikor a gazdaságból „friss pénz" nem várható, amikor az egészségügy ismeretlen állapotban van, és amikor lassan már nem marad orvos, nővér és más szakember a kórházakban.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány elején két kérdést tettem fel.

Az egyik az volt, hogy vajon miben különbözzön az egészségpolitika és a finanszírozás a forráshiány (pénztelenség) és a forrásbőség, vagy legalább is az elfogadható finanszírozási feltételek között? Erre a kérdésre a tanulmány nem ad választ, mert erre a kérdésre a választ az egészségpolitikának kell megadnia. Felhívtam a figyelmet azonban arra, hogy ilyen jellegű kérdésfeltételnek, ilyen jellegű egészségpolitikai gondolkodásnak nem látom nyomát. Világos egészségpolitikai célok explicit rangsorolás és finanszírozás küszöb nélkül persze nem is képzelhetők el. Úgy gondolom azonban, hogy az egészségpolitikának és a finanszírozásnak jelentősen különböznie kell a forrásbőség és a forráshiány esetén.

Másik kérdés az volt, hogy a kedvezőtlen (rossz) lakossági egészségi állapot mennyiben az elégtelen (rossz) egészségügyi ellátás következménye (azaz egy jó egészségüggyel, a jelenlegi helyzeten mennyi lenne javítható). Erre a kérdésre a tanulmány szintén nem ad választ. Ennek részben az az oka, hogy ennek a kérdésnek a megválaszolásához nem állnak rendelkezésre adatok. Sok esetben ismeretlen a betegségek epidemiológiája, a betegségek súlyossága, és a betegek gyógyulásának a mutatói. Ennek hiányában nemhogy produktivitási index (lásd fentebb a brit példa) nem kalkulálható, de egy statisztikai jelentés összeállítása is gondot okoz. Feltételezhetjük, hogy a magyar egészségügy remekül működik, de forráshiányos – ezt azonban a szakirodalom [3] nem támasztja alá, és a napi tapasztalat sem ezt mutatja.

Az orvosi diagnosztikus gondolkodás azt diktálja, hogy előbb a súlyos lehetőségeket zárjuk ki. Javaslom, hogy az egészségpolitika terén is vegyük át ezt a szemléletet, és gondolkodjunk el azon, hogy megfelelő-e a jelenlegi egészségügy tevékenysége és produktivitása (a rendelkezésre álló források mellett), vagy sem. Ha kételyünk van, akkor vizsgáljuk meg, hogy mely lépések megtétele célszerű.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Elhangzott az MTV Este című műsorában 2008 júniusában

[2] Az ábra és a hozzá kapcsolódó egészségpolitikai elemzés Prof. Niek S. Klazinga visiting professzori előadása alapján készült, Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont, 2008.03.03. Budapest

[3] Westert GP, Verkleij H, Dutch Health Care Performance report 2006, National Institute of Public Health and Environment Bilthoven, The Netherlands, 2006.

[4] Cochrane A., Effectiveness and Efficiency, The Nuffield Provinvial Hospital Trust, 1971. London

[5] Rojkovich B, Poór Gy. A rheumatoid arthritis prognosztikai tényezői, Orvosi Hetilap, 2002;143:35:2019-2026.

[6] Lepp-Gazdag A, Gulácsi L, Brandtmüller Á, et al. A rheumatoid arthritis megbetegedés és ellátás jellemzői Magyarországon. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2002;6:645-57.

[7] Kiss, C. G., Lovei, C., Suto, G. és mtsai.: Prevalence of rheumatoid arthritis in the South-Transdanubian region of Hungary based on a representative survey of 10,000 inhabitants. J. Rheumatol., 2005., 32, 1688-1690.

[8] Lundkvist J, Kastang F, Kobelt G, Jonnson B, The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: determinants and access, Eur J Health Econ, 2008;8,(Suppl 2):S87-S93.

[9] Gajdácsi X, Garami X, Katona X, Molnár X, Rózsa X, és mtsai. A rheumatológiai, bőrgyógyászati és gasztroenterológiai kórképek biológiai terápiájának finanszírozási koncepciója, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Gyógyszerügyi Főosztály, 2008. Budapest

[10] Héjj G, Reumatológia a számok tükrében, Magyar Reumatológia2008;49:70-82.

[11] Gulácsi L, Májer I, Kárpáti K, Brodszky V, Boncz I, Nagy A, Bereczki D, A hospitalizált stroke betegek halálozása Magyarországon; 2003-2005 Ideggyógyászati Szemle, 2007;60:7-8:321-330.

[12] Kárpáti K, Májer I, Boncz I, Nagy A, Bereczki D, Gulácsi L, A stroke kórházi ellátásának egészségbiztosítási költségei Magyarországon; 2003-2005, Ideggyógyászati Szemle, 2007;60:7-8:311-321.

[13] Gulácsi L, Májer I, Boncz I, Brodszky V, Merkely B, Maurovich-Horvát P, Kárpáti K, Az akut myocardiális infarctus betegségterhe Magyarországon, 2003-2005, Orvosi Hetilap, 2007;148:27:1259-1266
[14] Wilking N, Jönsson B, A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs, Karolinska Institute, 2005 és 2006, Stockholm.
[15] ÁSZ jelentés 874, Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről, Állami Számvevőszék, 2008. Budapest
[16] Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Cornides A, Boncz I, A népegészségügyi lakosságszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, Orvosi Hetilap, 2007;148:10:435-440.
[17] Kovács A, Dörössy L, Budai A, A szervezett, célzott népegészségügyi onkológiai szűrés porgramja. In: Dózsa Cs., Sebestyén A (szerk) Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Pécs. 2003, 31-54
[18] Office for National Statistics, Public Service Productivity, Health Paper 3. ONS: London, 2006
[19] Atkinson A, Atkinson Review: Final Report. HMSO: London, 2005.
[20] Dawson D, Gravelle H, O'Mahony M et al. Developing new approaches to measuring NHS outputs and productivity, University of York Centre for Health Economics Research Paper 6. York, 2005.
[21] Landa K, Role of HTA Agencies in CEECs – example of Poland and Serbia, CEE HTA Advisory Board, Varsó, 2008. június 10.
[22] Péntek M, Horváth C, Boncz I, Falusi Z, Tóth E, Sebestyén A, Májer I, Brodszky V, Gulácsi L.Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database, 1999-2003. Osteoporos Int. 2008 Feb;19(2):243-9.]
[23] Bloor K, Maynard A, The productivity of health care, Health Economics, 2006;15:1257-1259.
[24] Siciliani L, Hurst J, Explaining waiting times for elective surgery across OECD countries, OECD Economic Studies, No. 38, 2004/1.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA

Dr. Gulácsi László, PhD egyetemi docens a Budapesti Corvinus Egyetem Közszolgálati Tanszékén, ahol az Egészségügyi Közgazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatóközpont vezetője. Gulácsi László orvos, szakorvos, valamint a matematikai közgazdaságtan, a szociológia és a matematika terén szerzett egyetemi oklevelet. A Medical University of Amsterdam, a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem és a Debreceni Orvostudományi Egyetem PhD fokozataival rendelkezik. Az International Journal of Technology Assessment in Health Care, az European Journal of Health Economics és a Internazionale, Economia Politica del Farmaco, Mario Negri Institute, Bergamo, Italy szerkesztő bizottságának tagja. Az eddigiekben 4 könyvet és több mint 200 szakmai közleményt publikált az egészségügyi közgazdaságtan, egészségügyi technológiaelemzés és a minőségfejlesztés terén magyarul és idegen nyelven.

IX. Outsourcing Konferencia

„Outsourcing lehetőségek az intézményi átalakulások árnyékában"

2008. november 5.

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

LARIX Kiadó Kft.
1089 Budapest, Kálvária tér 3. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682
www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu