

# Verseny az egészségügyben

**Dr. Gulácsi László PhD**  
egyetemi docens

**Egészségügyi Gazdasági és Technológiaelemzési Kutatóközpont**  
**Budapesti Corvinus Egyetem**  
**laszlo.gulacsi@uni-corvinus.hu**  
**<http://hecon.uni-corvinus.hu>**

**Magyar Aktuárius Társaság**  
**2007. május 18. Balatonvilágos**

**Mit tudunk a jelenlegi egészségügy produktivításáról?  
(eredmény, minőség, költség, kontroll)**

**Verseny az egészségügyben – USA, UK, G, NL, A**

**A biztosítók jelenlegi egészségügyi kínálatának kritikai  
elemzése (amit a web-ek alapján látni lehet)**

# Kérdés

---

---

**Finanszírozza-e az ÖNÖK által működtetett egészség-biztosító a rituximab (RTX) terápiát rheumatoid arthritis (RA) megbetegedés esetén, abban az esetben ha a költség/QALY értéke a „Corvinus Modell” szerint hazánkban 9,5 millió Ft./QALY?**

# ‘Alaptézisek’ az előadáshoz

---

---

**Nincs „evidence based egészségpolitika”, ezért nincs „bizonyíthatóan legjobb megoldás”, és ennek megfelelően és nincs független szakértő sem.** 11

**Az OECD, WHO és más forrásból származó adatok legfeljebb orientálhatnak, hipotézis felállításában segíthetnek, de döntések előkészítésére nem alkalmasak, ugyanis a GDP és az egészségi mutatók közötti kapcsolat bizonytalan.**

**Aközött, hogy globálisan mennyit költenek egészségügyre és milyen a lakosság egészségi állapota, eddig nem sikerült összefüggést kimutatni (Nixon et al. 2005)**

**Konkrét betegségek esetén – keringési betegségek, rosszindulatú daganatok - esetén, 75 éves kor alatt, a standardizált mortalitási arány (SMR) csökkenése és az egészségügyre költött összeg között erős pozitív korreláció van. (Martin, Rice, Smith, 2007)**



# Kérdések

---

---

**Az E Alap évente 1 500 milliárd forinttal gazdálkodik. Mivel az alap mások, nevezetesen a járulék/adó fizetők pénzét költi, felmerül a kérdés, hogy vajon mit is veszünk ezért a nagy rakás pénzért.**

- milyen információk állnak rendelkezésre az alap- és a járóbeteg-ellátás, a kórházak, az OEP, az ÁNTSZ, az önkormányzatok és az ágazati kormányzat munkájáról és annak eredményességéről?**
- mit tudunk a lakosság, a számlát fizető fogyasztók, egészségüggyel kapcsolatos elvárásairól, tudjuk-e, hogy mi a fontos, és mennyit képes/hajlandó az ország egységnyi egészség-nyereségre (1 QALY) költeni, és azt vajon kié legyen? Azaz „ki” kapja meg az élethez és egészséghez az esélyt?**
- jól költjük-e ezt a pénzt, illetve hogyan lehetne jobban (különbéle reform vélemények/javaslatok)? Mit is jelent az, hogy „jól” illetve „jobban”, és van-e elég adatunk ahhoz, hogy a kérdést megválaszoljuk?**

# Az előadás célja

---

**Mi kell ahhoz, hogy egy „bármilyen-biztosítós” rendszer hatékonyan (productivity) működhessen?**

**Megjegyzés: Jelenleg minden jól és hatékonyan működő „bármilyen-biztosítós” rendszer fikció nálunk, hiszen ilyet Magyarországon még nem láttunk.**

## Lényegi kérdések

---

### **Ki kap mit, mennyit és mennyiért?**

**No. 1. - Mi a fontos? Rangsorolás. (GO TO No. 2., 3.)**

**No. 2. – Mi legyen az „Alap-ellátási csomag”-ban? Mi jár a pénzünkért? (GO TO No. 1., 3.)**

**No. 3. - Mennyit vagyunk képesek/hajlandóak adni 1 QALY-ért, és ezt ki kapja? (GO TO No. 1., 2.)**

# Alapfogalmak

## - Alap-ellátási csomag

Kinek milyen ellátás jár a befizetett járulékért cserébe, azt hol veheti igénybe, mikor és mennyiért? Ez mostanában hetente változik, és **definiálatlan**. (Minimum? Alapvető? Általánosan szükséges? Pl. a fogászati ellátás, gyógyfürdő, szervátültetés stb. hova tarozzon?) Milyen minőségben/áron?

## - Outcome (naturális)

OK ez szép de nem mérjük. (túlélés, halál, gyógyulás stb.)

## - QALY (Quality Adjusted Life Years)

OK ez szép, de nem mérjük. (életminőség)

# Problémák 1.

Mottó: Amit szabad Jupiternek ...

---

---

## 2006-ban a GDP növekedése:

- **Lengyelország 6,5%** (előzetes becslés), 2007-es várakozás **5,7%**, infláció 1,4%, 3. negyedév
- **Cseh Köztársaság 5,9%** (előzetes becslés), 2007-es várakozás 5%, infláció 1,3%, 3. negyedév
- **Szlovák Köztársaság 8,2%** (publikált valós), 2007-es várakozás u.a. vagy kicsit kisebb, infláció: 3%, 4. negyedév
- **Magyarország 3,2%** (publikált valós), **2007-es várakozás szerint tovább csökken; infláció 7,8%, 4. negyedév (2008. 1. negyedév 9%)**  
**2006-ban, 1995-óta először fordult elő hogy GDP növekedésünk az európai átlag alatt maradt**

## Problémák 2.

---

---

**Demográfiai cunami – kb. az € tervezett bevezetésének évében kezdődik igazán!**

**Recesszióban kell(ene) egészségügyet reformálni**

**Nem történt meg a purchaser-provider split, nincs „egészségügyi háromszög”**

**Jelentős a Kelet-Nyugati élettartam és életminőség szakadék**

**Nincs konszenzus arról hogy mi/ki a fontos, mi a cél és mennyit szánjunk rá**

**Nincs tapasztalat a magántulajdonnal, versennyel, piaccal kapcsolatosan (amitől félnek az emberek)**

**Valószínűleg igen alacsony az egészségügy hatékonysága (outcome/input – productivity index), sok a nem hatékony ámde finanszírozott technológia: pl. gyógyszer; tévhitek: 1) pl. prevenció költség-hatékonysága; 2) az állam rossz – a piac és verseny jó (lásd még: „aki kétlábon jár az ellenség, aki négylábon jár vagy szárnyai vannak az barát” (Orwell, 2005)**

**Nem tudjuk mi történik az egészségügyben (outcome, hatékonyság), nincs sem megfelelő finansziális sem szakmai sem minőségi kontroll, nem tudjuk kinek mi jár a pénzéért („alap-csomag”), nem ismerjük a költségeket és a hasznot**



---

---

## alapelátás: gyakorlatilag semmit sem tudunk sem a működésről sem az eredményességről

- megj.: a definitív ellátás, mint fogalom értelmezhetetlen, a házi orvos többnyire diagnózis nélküli tünetet kezel, ill. a betegségeket többnyire életfogytiglan
- a beutalási és receptírási indokoltságot nem ismerjük

## járóbeteg-ellátás: gyakorlatilag semmit sem tudunk ...

## kórházak: látszólag sokat, a valóságban nagyon keveset tudunk

- keveset tudunk a kimenetről azaz a gyógyítás eredményéről (túlélés, életminőség, munkába állás)
- szinte semmit a minőségről, semmit a biztonságról (FIGYELEM: ISO, KES nem azonos a minőséggel) Apropos, ha az ISO ilyen fontos az Eü.Min-nak és az OEP-nek miért nincs ISO-ja?

irányított betegellátás: semmit nem tudunk a célokról – erről semmiféle egészségpolitikai terv nem készült – az eredményről és a minőségről nincs adat

## Mindenki ellenőriz, DE ...

---

---

**ÁNTSZ/OTH:** sem jól működő hatóság, sem szakmai konzultációra képes szellemi központ nem lett

**Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (OSZMK):** klinikai audit (megszületés előtt elhalt – lásd. „Szakfelügyelői jelentések”), indikátorok (lásd. Eü. Min. honlap) módszertani hibákkal: használhatatlan

**OEP:** eredményességéről és kontroll funkciójáról nagyon kevés tudható, kevés a működési költség (szóbeli közlés), bár amikor ez több volt akkor sem volt jobb. Érték alapú vásárlás? Költségek? Társadalmi költségek? Az „erősítsük meg az OEP-et” azt jelenti hogy kapjon annyi pénzt működésre amennyit a magánbiztosítók is költenének (8% működési költség kellene - talán)

**Egészségbiztosítási Felügyelet:** Igazából mit is ellenőriz? Kórházak minőségi sorrendje?

**Ágazati kormányzat, egészségpolitika:** olyan Népegészségügyi Program sosem volt amiből meg lehetett volna mondani hogy mibe kerül és milyen haszonnal jár ha megcsinálják

**Kamarák:** másutt a szakmaiság, a professzionalizáció, az oktatás, a betegek érdekei stb. legfőbb őrök – és nálunk?

# Minőség

---

---

**Kórházakat sorrendbe állítani minőségük alapján:  
OK, ezt esetleg lehet, de néhány módszertani  
problémával szembe kell nézni:**

**Például:**

**„Hány tényér meleg krumplileves egyenlő egy tiszta  
fürdőszobával? (Gulácsi, 1997)**

# Minőség 2007

---

---

**Majdnem minden kórháznak van ISO-ja. A minőség fejlődése 2001 körül gyakorlatilag megállt, ill. visszalépés figyelhető meg.**

**Minőségről nincs adat mert nem gyűjtik, semmilyen szinten nem prioritás a minőség és a biztonság.**

Gulácsi L, Makai P, Péter T, Jakobsen Á, Boncz I, Minőség és minőségfejlesztés az egészségügyben 2005; 103 magyarországi kórház felmérése alapján, Orvostovábbképző Szemle, 2006;13:12:13-22.

# Költség-hatékonyság; nemzetközi példák

## Kardiovaszularis elsődleges prevenció költség-hatékonysága:

- dohányzásról való leszoktatás – megtakarítás (alapsomagba!)
- Aspirin - €2.263-16.949 / életév-nyereség (alapsomagba!)
- antihypertenzív terápia €28.187-79.843 / életév-nyereség (alapsomagba, indikáció meghatározással)
- statin terápia - €73.971-190.276 / életév-nyereség (10 éves CHD rizikó legalább 30% - akkor költség-hatékony) (alapsomagba, indikáció meghatározással)

(Franco, 2007)

# Költség-hatékonyság; hazai adatok

---

---

**Prosztatarák-szűrés PSA-val - nincs tudományos bizonyíték**  
**- 10-15 milliárd Ft/év** (Gulácsi, Kovács 1998, 1999)

**Emlőrák-szűrés - költség-hatékonyság**  
**- 0,2-0,8 millió Ft/életév** (Gulácsi, 1999, 2000)  
**- 5,7–17,8 millió Ft/élet ill. 0,3-0,8 millió Ft/életév** (Boncz, Sebestyén, Gulácsi, 2004)

**Méhnyakrák-szűrés: költség-hatékonyság**  
**- 16.6 – 33,8 millió Ft/élet** (Boncz, Sebestyén et al. 2003)

**ICER - AMI után**  
**- 750 e. Ft/elkerült halálozás** (Gulácsi, Kiss, 2001)

**ICER – nagy rizikójú szívbetegek**  
**- 2,1-6,3 millió Ft/életév** (Gulácsi, Kiss 2002)

**Rheumatoid arthritis (anti TNF-alfa) terápia**  
**- 5,6-12,5 millió Ft/QALY** (Májér, Brodszky, Gulácsi et al. 2007)

# Mit is tudunk? Válasz

---

---

**Az E Alap évente 1 500 milliárd forinttal gazdálkodik, vajon mit is veszünk?  
Nem tudjuk!**

- milyen információk állnak rendelkezésre az eredményességéről?

**Minimális ill. annál kevesebb!**

- mit tudunk a lakosság elvárásairól, mi fontos, ?Ft/QALY (=Ft/életév)

**Nagyon keveset/semmit!**

- jól költjük-e ezt a pénzt, illetve hogyan lehetne jobban?

**Kevés az adat a korrekt válaszhoz!**

**Megjegyzés: A szakirodalom azt mutatja, hogy ezen a téren jelentős előrehaladást lehet elérni, azaz meg lehet csinálni ha van hozzá politikai akarat. Elsősorban a cselekvések koherenciája, transzparenciája és a támogatottsága számít! A „mit” szinte „technikai” kérdés.**

---

# Példák

# Outcome: Stroke költség

---

---

Adatgyűjtés, OEP, 2002-2004; 25-44, 45-64 éves és 65+  
nők és férfiak.

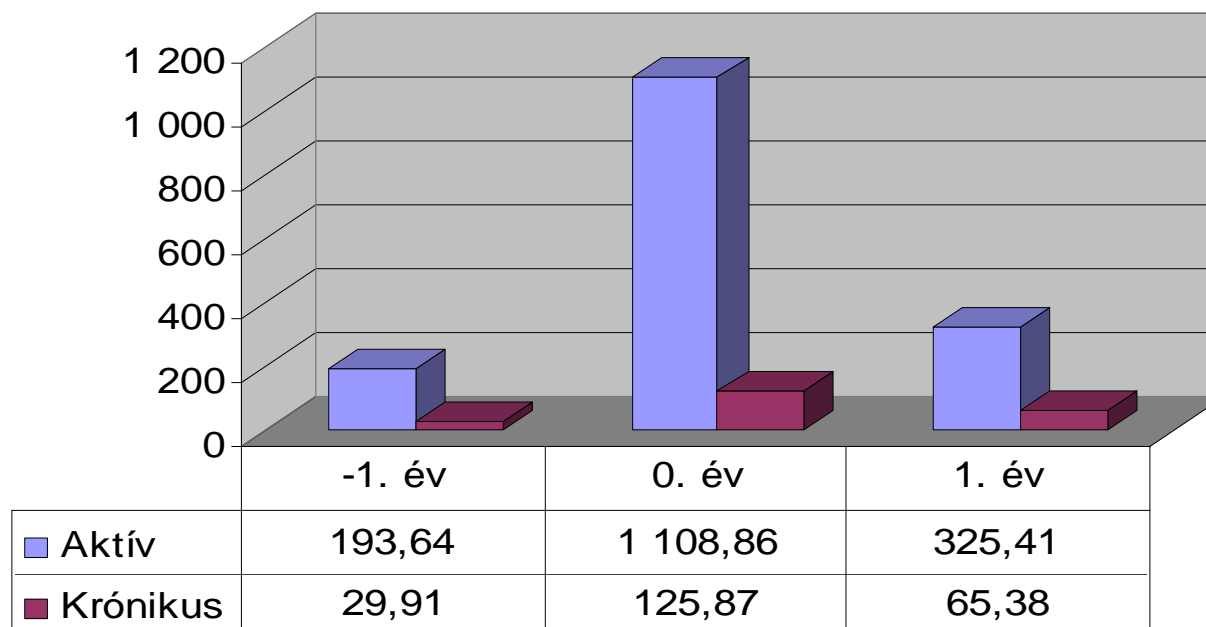
A stroke betegség terhe az **aktív** ellátásban:

- az első 12 hónapban (férfiak vs. nők) 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, 50,6 vs. 36,2; 24,2 vs. 32,6; 27,6 vs. 24,8 ezer forint

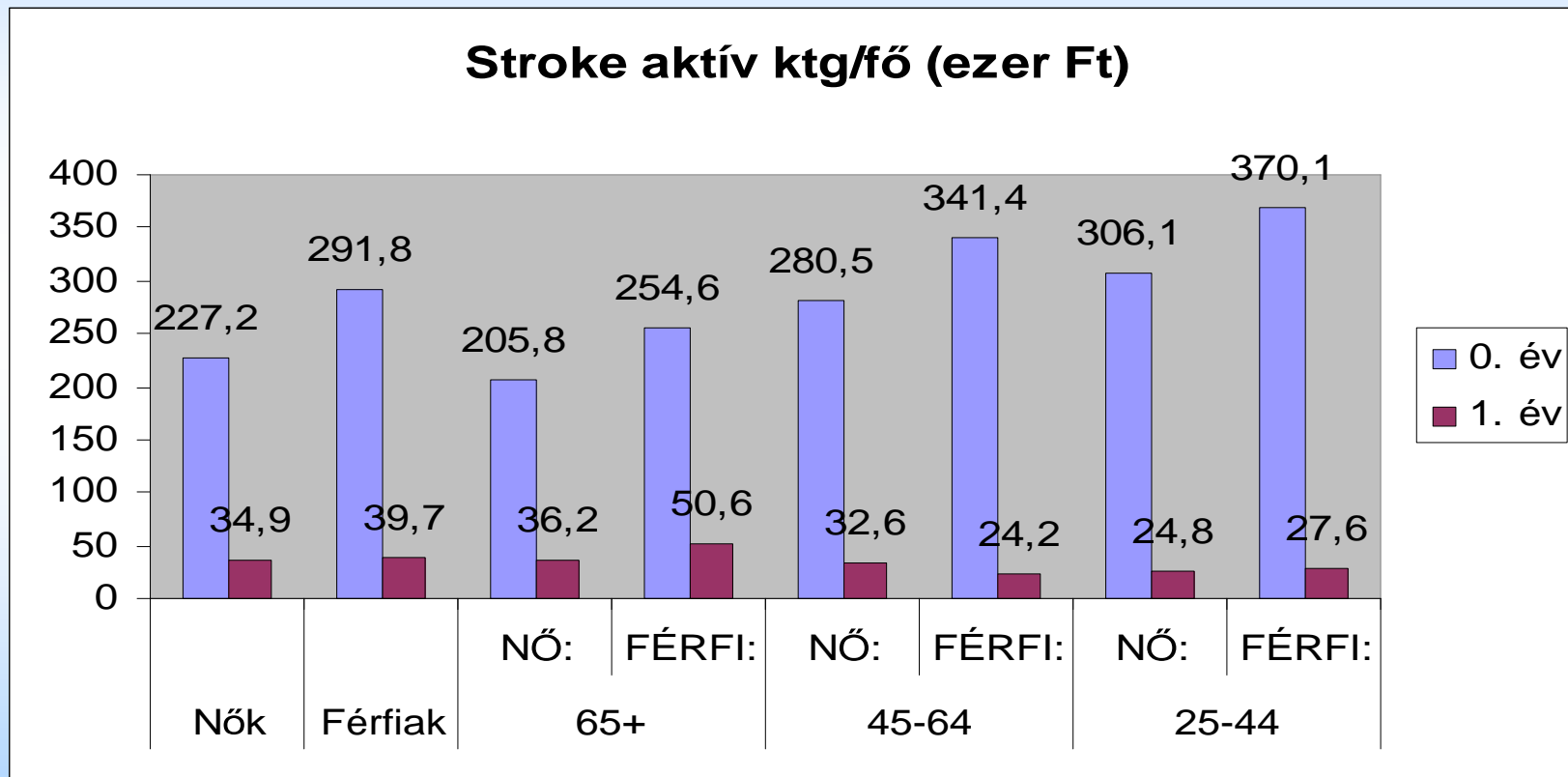
Kárpáti K, Májer I, Boncz I, Nagy A, Bereczki D, Gulácsi L, A stroke kórházi költségei Magyarországon; 2003-2005, Ideggyógyászati Szemle, 2007.

# Stroke költség

**Stroke betegek kórházi költsége (mill. Ft)**



# Stroke költség



# AMI költség

Az AMI aktív kórházi ellátásának átlagos költsége a megbetegedést követő 12 hónapban nők vs. férfiak 476,3 ezer Ft. vs. 391,1 ezer Ft. (65+ év)

Évente közel 12 ezer hospitalizált AMI 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 AMI elkerülésével 345-565 ezer Ft direkt egészségügyi költség takarítható meg az első 12 hónapban.** Az AMI indirekt költsége a munkaképes korúak körében meghaladja a 840 millió Ft-ot egy évben.

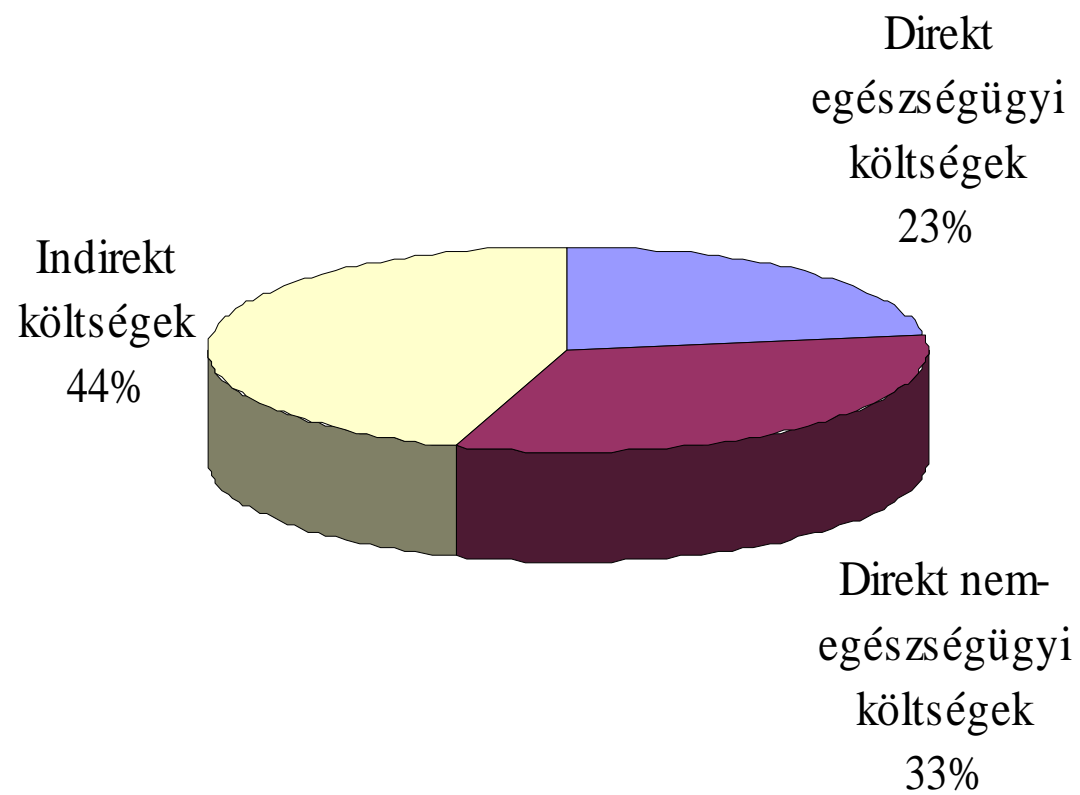
Kárpáti K, Brodszky V, Májer I, Boncz I, Merkely B, Maurovich-Horvat P, Gulácsi L, A kórházba került akut myocardiális infarctust szenvedett betegek halálozása Magyarországon; 2003-2005, Orvosi Hetilap, 2007.

# Példa rheumatoid arthritis; kérdőíves felmérés

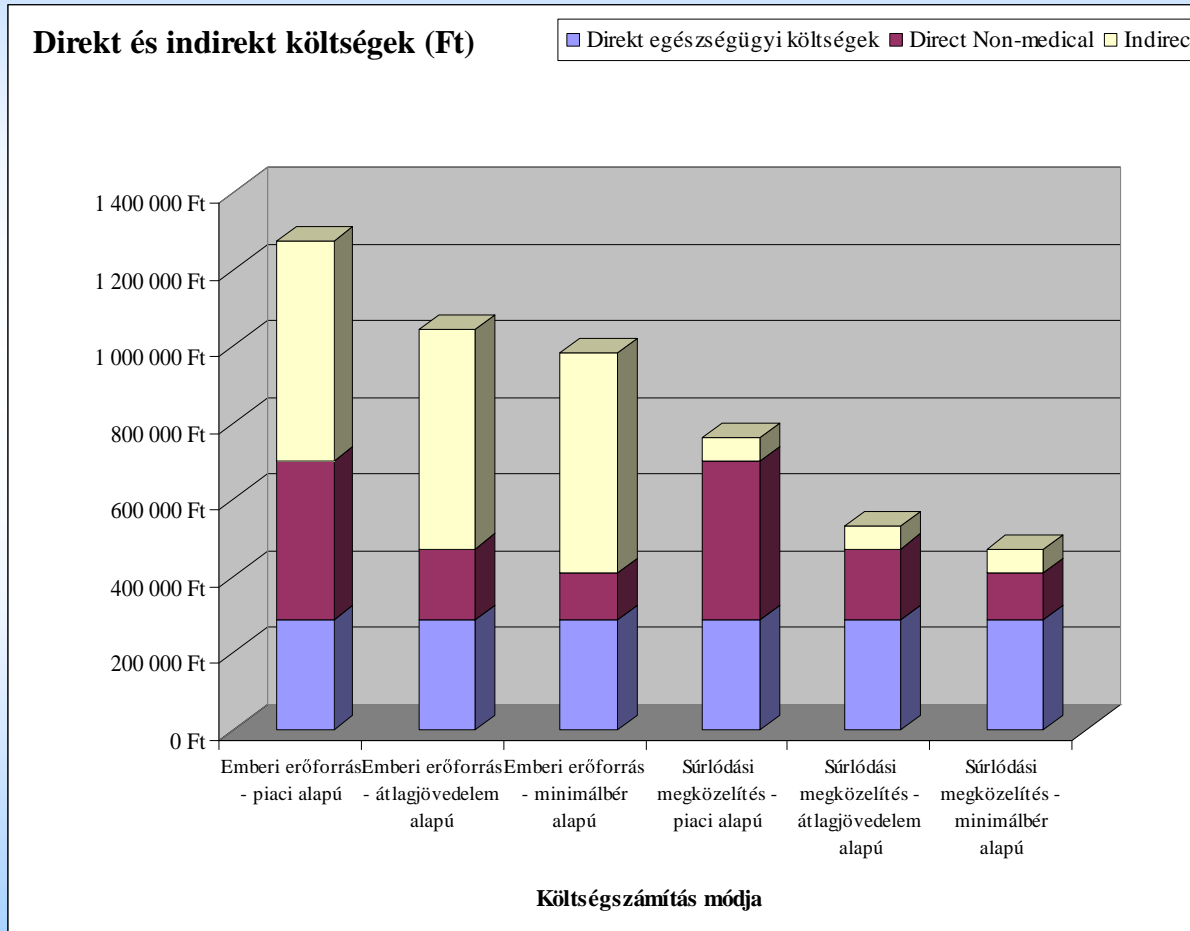
255 RA-s beteg, 6 vizsgálóközpont

- Betegségaktivitás
- Egészségi állapot
- Ízületi funkciók
- Egészségügyi igénybevétel
- Munkaképesség

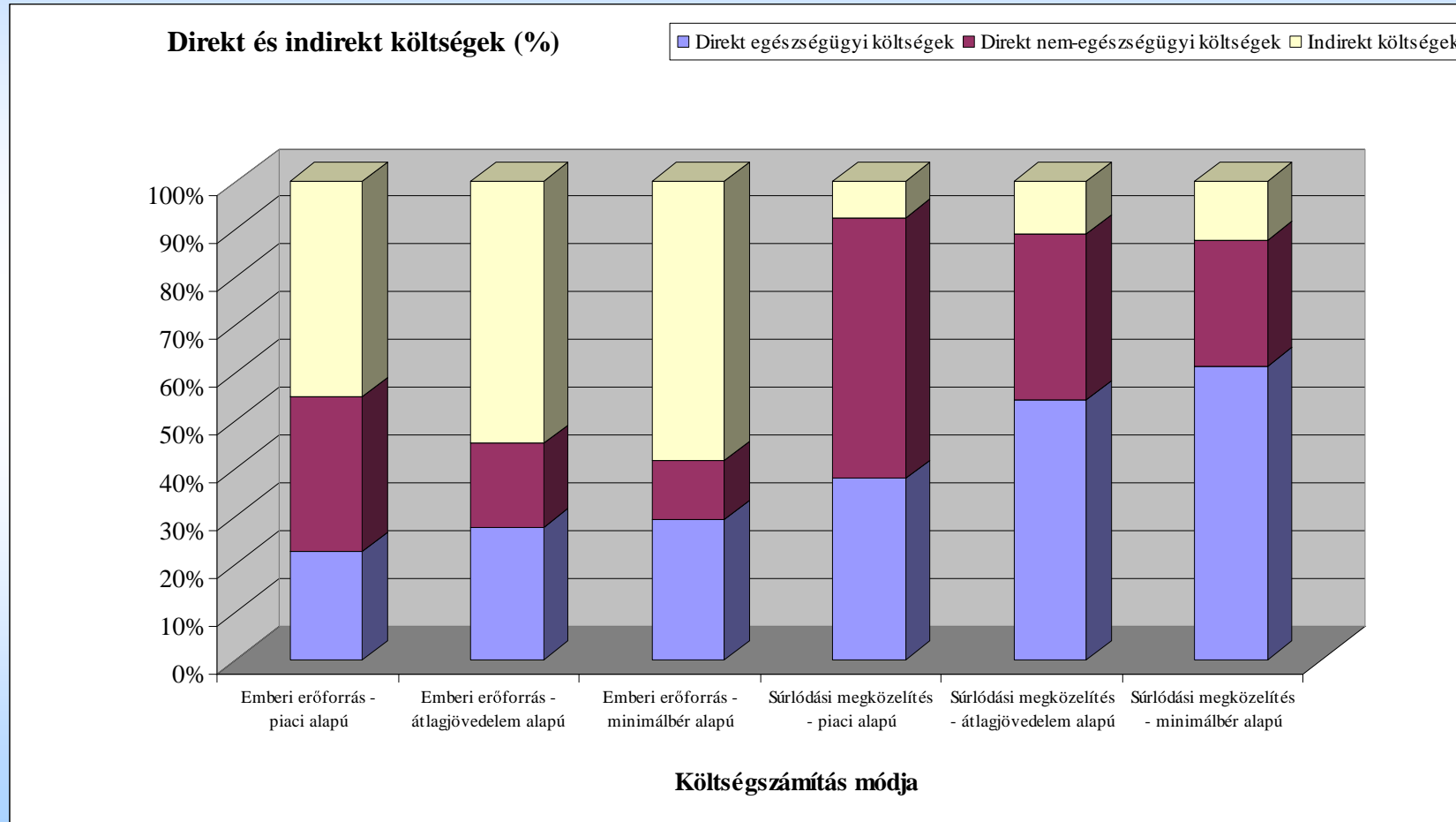
# Költségek



# Költségszámítási elemek

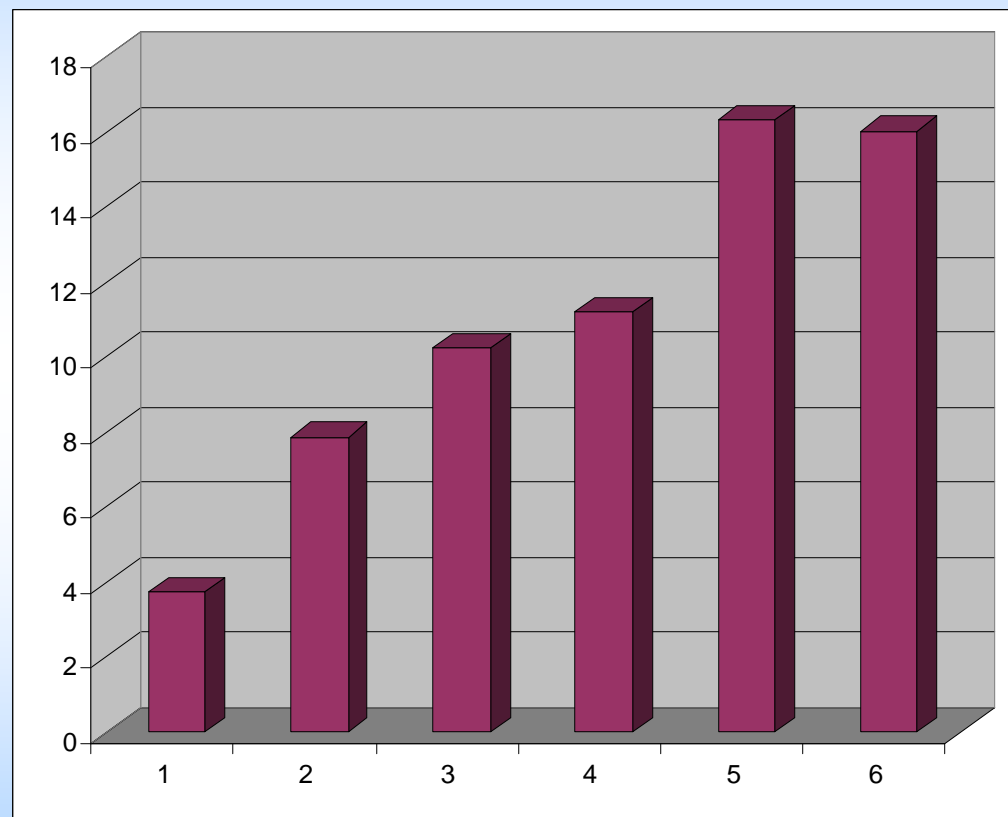


# Költségszámítási elemek



# Más személy segítségére szorul II.

Heti  
3,75 óra



Heti  
16,3 óra

A betegség súlyossága



## Egészségi állapot kérdőív (EQ-5D)

Mozgékonyság

Önellátás

Szokásos tevékenységek

Fájdalom, rossz közérzet

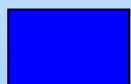
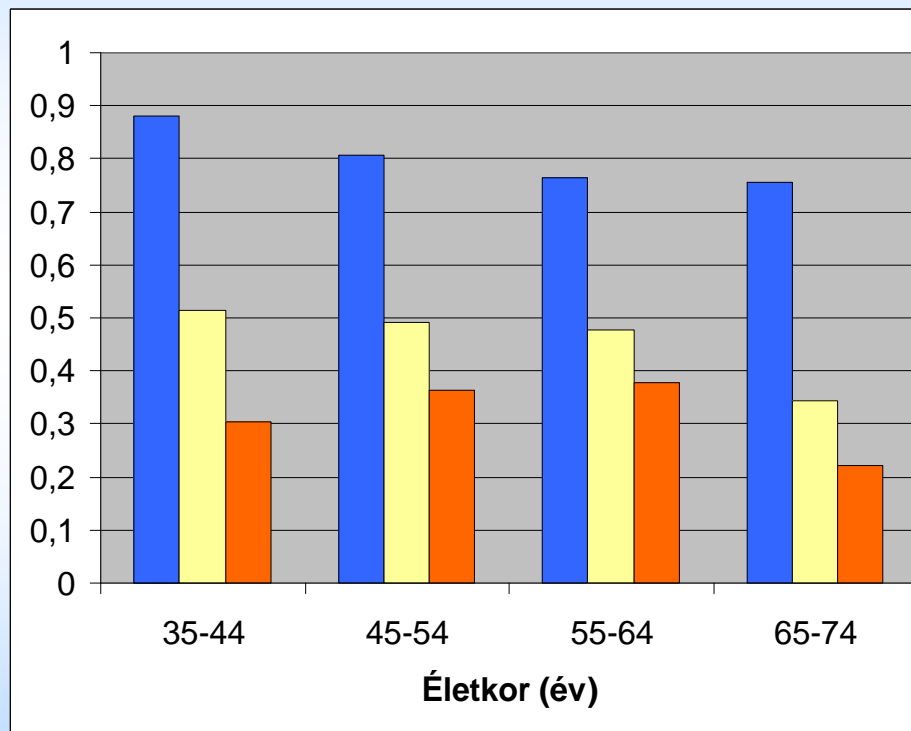
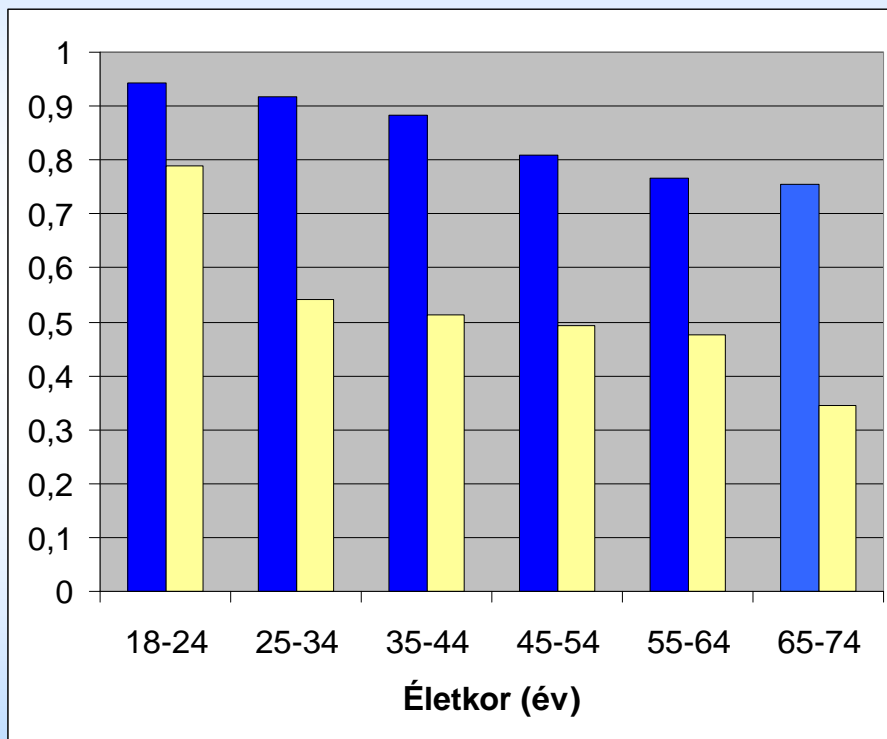
Szorongás, lehangoltság

1 Nincs probléma

2 Némi probléma

3 Képtelen /  
nagyon erős

# Hazai lakossági felméréssel összehasonlítás



Magyar lakosság



RA-s betegek



RA, súlyos betegségaktivitás

# Stroke túlélés

Hazánkban 2003-ban mintegy 42 ezer „új” stroke beteget hospitalizáltak, akiknek a halálózása a 12. hónapra meghaladta a 10 ezret, ami további 2 ezerrel nőtt a 24. hónapra.

A megbetegedést követő 12. hónap végén a nők túlélése kedvezőbb, mint a férfiaké: a 65 évnél idősebbek esetén 71,47% vs. 69,24%, a 45-64 éveseknél pedig 88,18% vs. 83,16%. A nők túlélése a 24. hónap végén is kedvezőbb: 66,95% vs. 61,62% a 65 évnél idősebbek esetén, illetve 85,45% vs. 80,90% a 45-64 évesek korcsoportjában.

**A stroke halálozás kockázata az átlag populáció halálozásához viszonyítva a betegséget követő első évben 5,17-szeres a nőknél, illetve 4,70-szeres a férfiaknál.** Jelentős a nemek közötti különbség, az aktív korú (25-44, 45-64 év) férfiaknál a 100 ezer lakosra vonatkozó halálozás kétszerese az azonos korú nőkhöz viszonyítva.

# AMI túlélés

Az „új” AMI incidenciája a férfiak körében nagyobb: a 65 évnél idősebb férfiaknál 572,6, nőknél 396,8, a 45-64 éves férfiaknál 213,8, a nőknél pedig 94,9 fő 100 ezer lakosra.

2003-ban 12 ezer „új” AMI-t szenvedett beteget hospitalizáltak.

A 65 évnél idősebb férfiak esetén 69,34% míg a nőknél 66,67%, a 45-64 éveseknél 88,18% vs. 83,16% a túlélés a megbetegedést követő 12. hónapban. A 24. hónap végén a férfiak túlélése 63,87% vs. 62,08% a 65 évnél idősebbek esetén, illetve 86,84% vs. 88,60% a 45-64 évesek csoportjában.

**Az AMI halálozás kockázata az átlag populáció halálozásához viszonyítva a betegséget követő első évben 5,78-szeres a nőknél, illetve 4,29-szeres a férfiaknál.** Jelentős a nemek közötti különbség a 45-65 évesek csoportjában, a férfiaknál a 100 ezer lakosra vonatkozó halálozás kétszerese az azonos korú nők halálozásának.

---

# A verseny

---

---

## A piaci kudarc:

- információs aszimmetria (ügynök-megbízó)
- moral hazard (túlfogyaszt)
- adverse selection
- elégtelen termék/szolgáltatás specifikáció
- jórészt ismeretlenek az árak

## Mi az egészségügyi ellátás célja? Mi az optimalizálandó célfüggvény?

- Naturálisan mérhető értékek (pl. túlélés) javítása
- Hasznosság (életminőség)?

# Verseny

---

**Célja:** Jobb minőség és biztonság? Equity? Olcsóbb? Költség-hatékonyabb?  
Nagyobb választási lehetőség? Biztonságosabb?

**Ki versenyez:** Biztosítók? Szolgáltatók?

**Kinek a pozitív döntéséért?** Betegek? Állami források?

**Milyen szinten:** Biztosító - kórház? Biztosító – adott szolgáltató pl. Dr.  
Kovács, sebész, vakbélműtét?

# A nemzetközi gyakorlat 1.

## USA - verseny minimális

- munkaadó alapú (55%), 1000 biztosító – millió munkaadó, 15% a GDP-ből+tranzakciós költségek, árak nagyon gyorsan nőnek, 47 milliónak nincs biztosítása.

## UK - verseny minimális

- managed care az állami egészségügyi rendszerben, házi orvos csoportok vásárolják a szolgáltatást és menedzselik a betegeket a rendszerben. A minőség jelentősen javult az elmúlt 20 évben, költségekről nincs értelme beszélni – a technológia változik. Az hogy a változást mi okozza, nehéz megmondani.

**Nálunk nincsenek orvos csoportok sem beteg menedzsment.**

Gulácsi L, Kovács E, Oesterle A, Boncz I, Verseny az egészségügyben; különös tekintettel az Egyesült Államok, az Egyesült Királyság, Hollandia, Ausztria és Németország példájára, Közgazdasági Szemle, LIV évf. 2007 május

### NL - verseny lényegesnek tűnik

Decker jelentés (1987), kockázatkiegyenlítő alap (50% a biztosítók bevételeiből), jövedelemarányos befizetés 2000-ben 90%, 2006-ban 78%. Zsebből fizetett járulék 2000-ben €188, 2006-ban €1050. 2005 végén 18% váltott – fiatal, jól kereső. Árverseny: biztosítási járulék területén – 10% eltérés lehet. Minőség területén nincs verseny. Alap-ellátási csomag rögzített az ára is.

### G – verseny minimális

Jelentős árkülönbség volt (€400-500), ez megszűnik. Azonos szolgáltatásért azonos díj. Szabad választás a magánbiztosítóhoz. DE ... család nem és nehéz/szinte lehetetlen visszamenni. Garantált Alap-csomag. Bizonyos verseny van a betegbiztosítók között és a betegbiztosítók és a magánbiztosítók között.

## A nemzetközi gyakorlat 3.

---

---

### A – verseny nincs

Alap-ellátási csomag kissé eltérő az egyes biztosítók között, az ár is kicsit különbözik, választási lehetőség a biztosítók között nincs

## Verseny - tapasztalat

- **nehéz megítélni**
- **erős állami szabályozás mindenütt, garantált összetételű és árú alapsomag mindenkinek, erős állami minőség kontroll, nagyon erős díj-kiegyenlítés (50% - G)**
- **valamilyen mértékű árverseny (NL)**
- **tilos a minőségi verseny (jobb lehet!)**
- **az, ár, minőség, hozzáférhetőség, stb. kevéssé vagy egyáltalán nem verseny függő**

# A hazai egészségpénztárak

---

---

## Kínálat:

**A) szokásos biztosítási:** kieső jövedelem, költségek (műtét, ápolás stb.) biztosítása

**B) egészség-biztosítás „jellegű”:** ezeket nemigen értem, néha viccesek, web-ek nehezen követhetők, információ tartalom szegény

## ING

## „Medicina csomag”

5-7 ezer Ft./hó, ‘kritikus betegségek’(?) 0,5-1 millió Ft., műtéti térítés 50-100 ezer Ft.  
kórházi térítés 2,5-5 ezer Ft./nap – 10 évre, családi: ügyfél+2 gyerek

## Generalli-Providencia

## „TestŐr”

kb. 4,4 ezer/hó (40 éves ffi) 5 ezer Ft. /kórháznap, 1 millió Ft. ‘kritikus’ betegségek, 200 ezer Ft. műtét

## Uniqua

## „MedHelp”

4 csomag, legalacsonyabb ‘Bázis’ 3 ezer Ft. (35 éves ffi) 5 ezer / kórháznap, 25-100 ezer Ft. /műtét, tb. I. és II. rokkantság 0,5 millió Ft. ‘Prémium csomag’

## Aegon

## „GyógyForrás”

Alap és kiegészítő;

## Allianz

## „Klasszikusok”

„Medicina” és „Medicina extra” ha van gyerek vagy unoka a kifizetendő biztosítás 30-  
100%-al emelkedik

# Amit nem értek (többek között)

**„Kritikus betegségek”**: szívinfarktus, agyvérzés, koszorúérműtét, veseelégtelenség, szervátültetés, rosszindulatú daganat ...

Kérdésem: 1) Mi ezekben a közös? 2) Kis túlzással: a tyúkszemen kívül mi nem tartozik ide?

**„Női betegségek” biztosítás (Aegon)**

Kérdésem: – ez mi?

**„Csonttörés és szülési támogatás” (Uniqua)**

Kérdésem: – ez mi?

**„Vitalitás” (ING) MÁV kórházban, „elérhető áron magas színvonalú hotelszolgáltatás” (40 éves ffi és nő esetén 5-6ezer Ft. /hó – mi a szerepe itt az életkornak?)**

**„MedHotel” (Generalli-Providencia) kórházi hotelszolgáltatás, Kútvolgyi, Szent Imre, Miskolci Megyei Kórház, (40 éves ffi szolgáltatástól függően én 5-16.8 ezer Ft. /hó – mi a szerepe itt az életkornak?)**

# Amit nem értek (többek között)

## „TopMed” (Generalli) „széleskörű, magas színvonalú egészségügyi ellátás ...

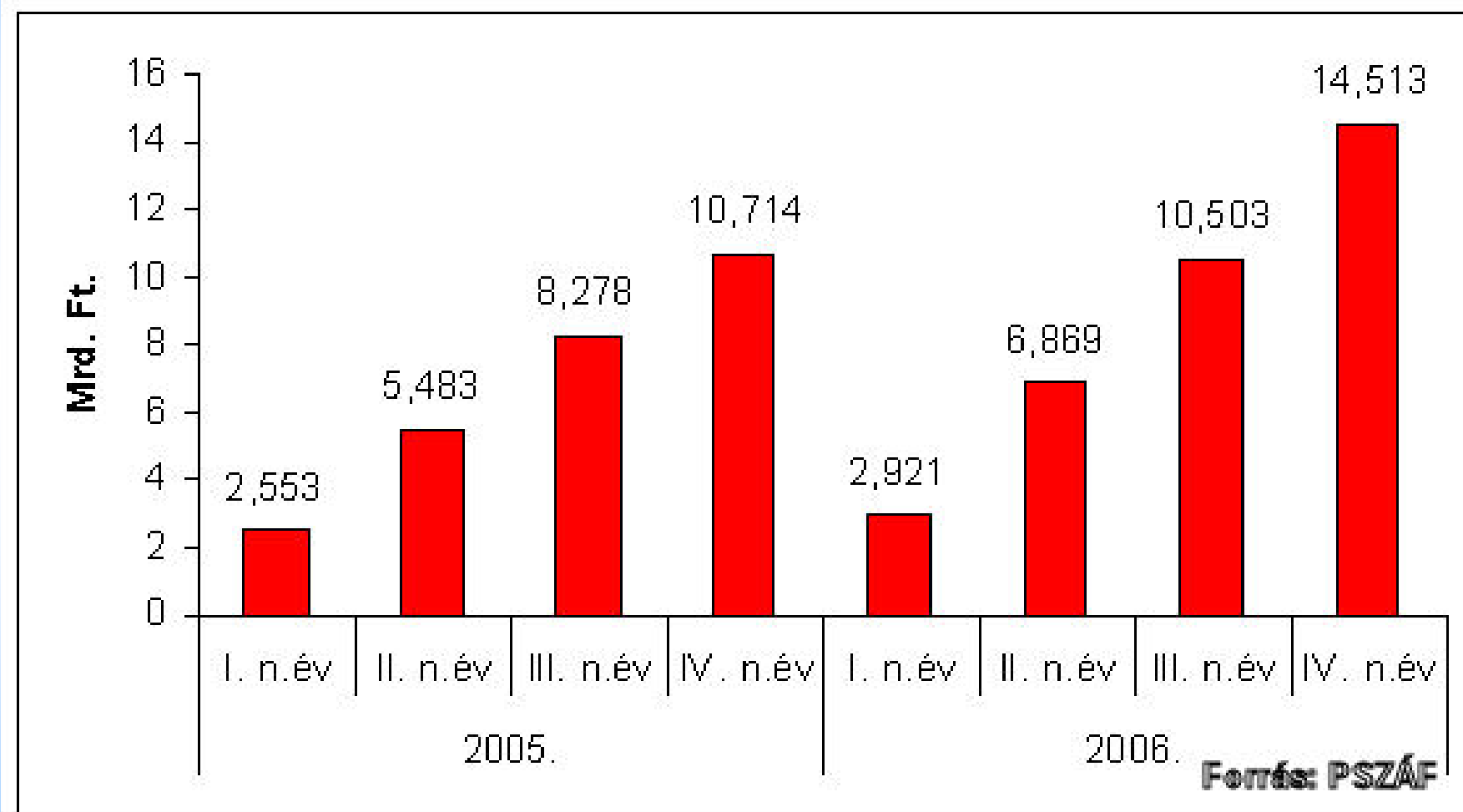
Kérdésem: Megtudná mondani valaki, hogy mi az hogy „magas színvonalú egészségügyi ellátás”?

**Futamidő: 10, 15 vagy 20 év, 65 éves korban megszűnik**

## Egészségi nyilatkozat és „különböző szintű orvosi vizsgálatok” szükségesek

Megjegyzés: 1) alacsony rizikó-nagy profit OK de ezzel a betegpopulációval eddig sem volt gondja az államnak és ezután sem lesz; 2) az hogy a beteg mennyibe kerül a biztosítónak, nem csak az alaprizikótól függ, hanem az aktuális betegellátás hatékonyságától is (!)

# Betegség-baleset kiegészítő biztosítások



# Köszönöm

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.