

---

# **Költséghatékonyság a finanszírozásban 2007**

---

**Dr. Gresz Miklós  
OEP  
Zalakaros, 2007. június 17.**

## A társadalombiztosítási intézmények megfelelő működését számos probléma nehezíti - 1

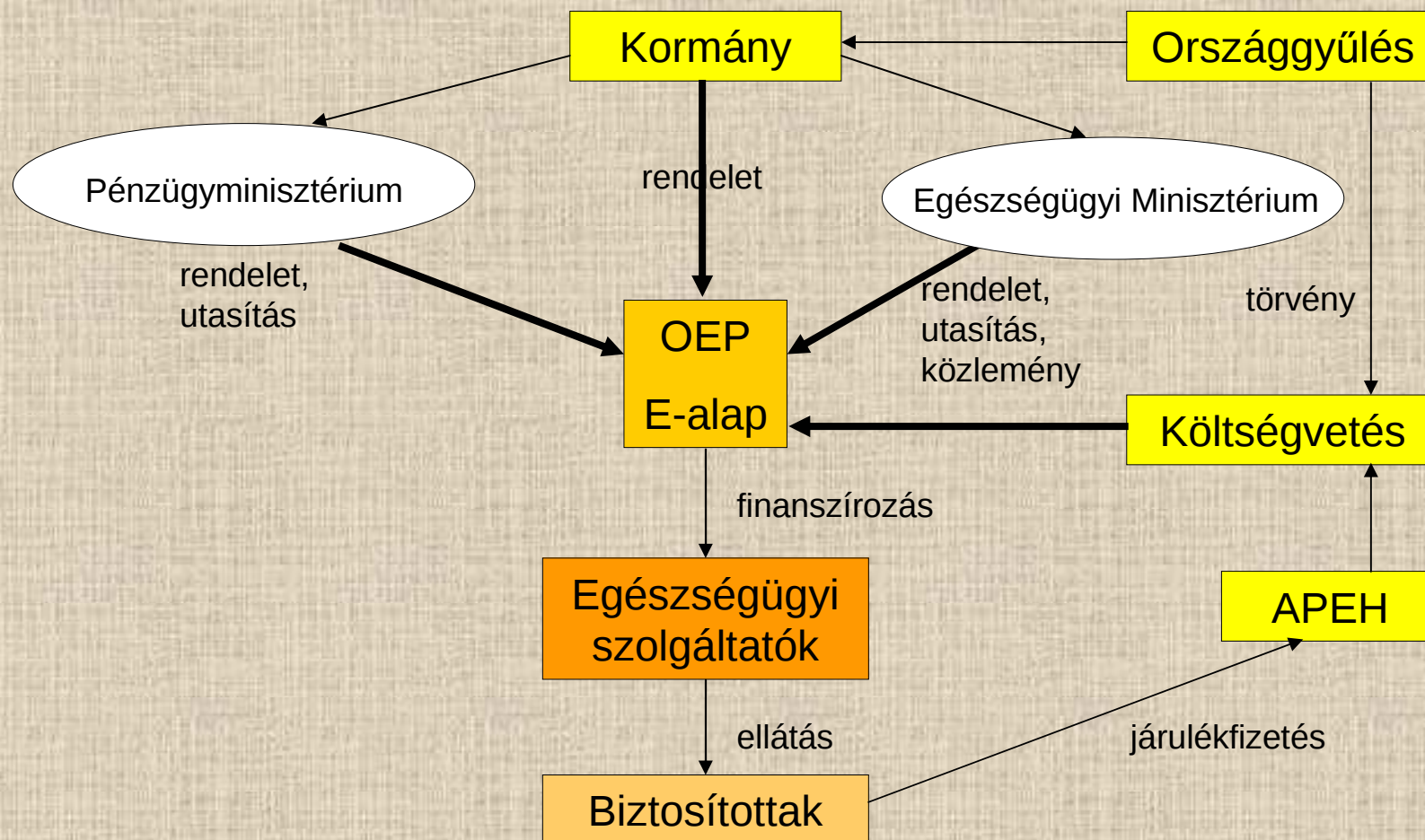
A legfontosabbak:

- a **korlátozott járulékfizetéssel** szemben az egész életre kiterjedő egészségi szükségletek kielégítésének feladata,
- **hiányzik a szándék, és a jogi háttér**, hogy a szolgáltatások igénybevétele mögött érvényesíteni lehessen az aktív korosztályban a tényleges jövedelmeken (nem a minimálbéren) alapuló járulékfizetéssel szerzett jogosultságot, illetőleg a munkabérjellegű kifizetésekre alapozva ezt technikailag is egyre nehezebb megvalósítani össztársadalmi szinten;
- **szociális válság**ot okozó, egész régiókat, társadalmi csoportokat érintő változások, melyek miatt az érintettek tömegesen betegszenek meg, vagy menekülnek betegségbe (táppénz, rokkantosítás),
- az **állami költségvetési hiány** miatt folyamatos, ésszerűtlen, szakszerűtlen, eredménytelen „takarékosági” nyomás, amelyet tévesen a költséghatékonysággal azonosítanak, és amely már a napi működést is veszélyezteti,

## A társadalombiztosítási intézmények megfelelő működését számos probléma nehezíti - 2

- a társadalombiztosítás stabilitását veszélyeztető több mint ötven éves múltra visszatekintő, állandósult – napjainkban szokásjogként elfogadott – **kézivezérlés**, ami elsősorban összefüggéstelen, követhetetlen, folyamatosan változó szabályozási gyakorlatban jelentkezik,
- az aktív és szakmailag megalapozott (bizonyítékokon alapuló) **egészségpolitika hiánya** miatt nem hatékony az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés,
- az orvostechológia fejlődéséből eredő, **egyre határtalanabb** – gyakran nem teljesülő, csak illúziókat jelentő diagnosztikai, gyógyító ellátási kínálat keltette – **tömeges kereslet**, ami a médián és a politikai döntéshozókon keresztül kényszerítő erőként is jelentkezik,
- a **kriminalitás körébe tartozó ál-reform ötletek** – valamint az intézmény működésébe való állandósult behatolási, és a működés befolyásolására tett kísérletek.

# Az OEP irányítása



# Jogszabályok - 1

## 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

11. § (1) A megkötött és érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatónak az Egészségbiztosítási Alap számára működési többletforrás-igényt eredményező fejlesztése nyomán létrejövő kapacitás tárgyában csak akkor köthető finanszírozási szerződés a többletkapacitásra, ha a fejlesztéssel az illetékes RET véleményének kikérését követően az egészségbiztosító és **az egészségügyért felelős miniszter az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben előzetesen** - a külön jogszabályban foglaltak szerint - **egyetértett**. Amennyiben a fejlesztés az új Magyarországért Fejlesztési Terv része, az illetékes RET előzetesen kikéri a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség véleményét.

## Jogszabályok - 2

- Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
- Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet
- 1/2003. (I. 21.) ESzCsM rendelet a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről
- 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról
- 19/2003. (IV. 29.) ESzCsM rendelet a társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről, valamint a rendelés, forgalmazás, kölcsönzés és javítás szakmai követelményeiről

## Jogszabályok - 3

- 8009/2006. (EüK 17.) EüM tájékoztató az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. számú mellékletében foglalt járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról (Szabálykönyv)
- 8005/2002. (EüK. 10.) EüM tájékoztató a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv kiadásáról
- 8003/2005. (EüK. 6.) EüM tájékoztató az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. számú mellékletében foglalt fekvőbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról (Szabálykönyv)
- 8014/2005. (EüK. 22.) tájékoztató a Daganatellenes Terápiák Kézikönyvéről
- EüM-PM együttes közlemény a fekvő- és járóbeteg-szakellátás teljesítményegységeinek forintértékéről

## Jogszabályok - 4

- Az orvosi rehabilitáció keretében történő szanatóriumi ellátás rendjéről szóló 20/1995. (VI. 17.) NM rendelet
- Az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet
- A társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről, valamint a rendelés, forgalmazás, kölcsönzés és javítás szakmai követelményeiről szól a 19/2003. (IV. 29.) ESzCsM rendelet
- A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről szóló 1/2003. (I. 21.) ESzCsM rendelet
- A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet

# Jogszabályok - 5

---

Összességében több, mint 100

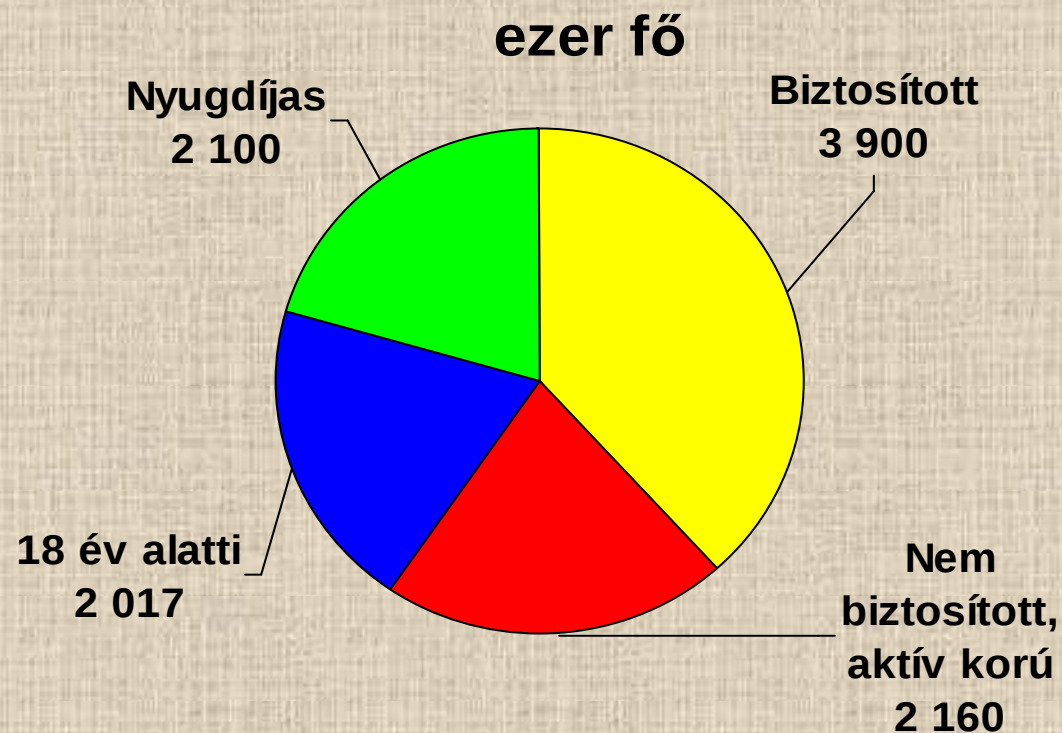
- Törvény
- Kormányrendelet
- Miniszteri rendelet
- Miniszteri utasítás
- Miniszteri közlemény
- OEP főigazgató utasítás
- OEP közlemény

# Költségvetési összegek

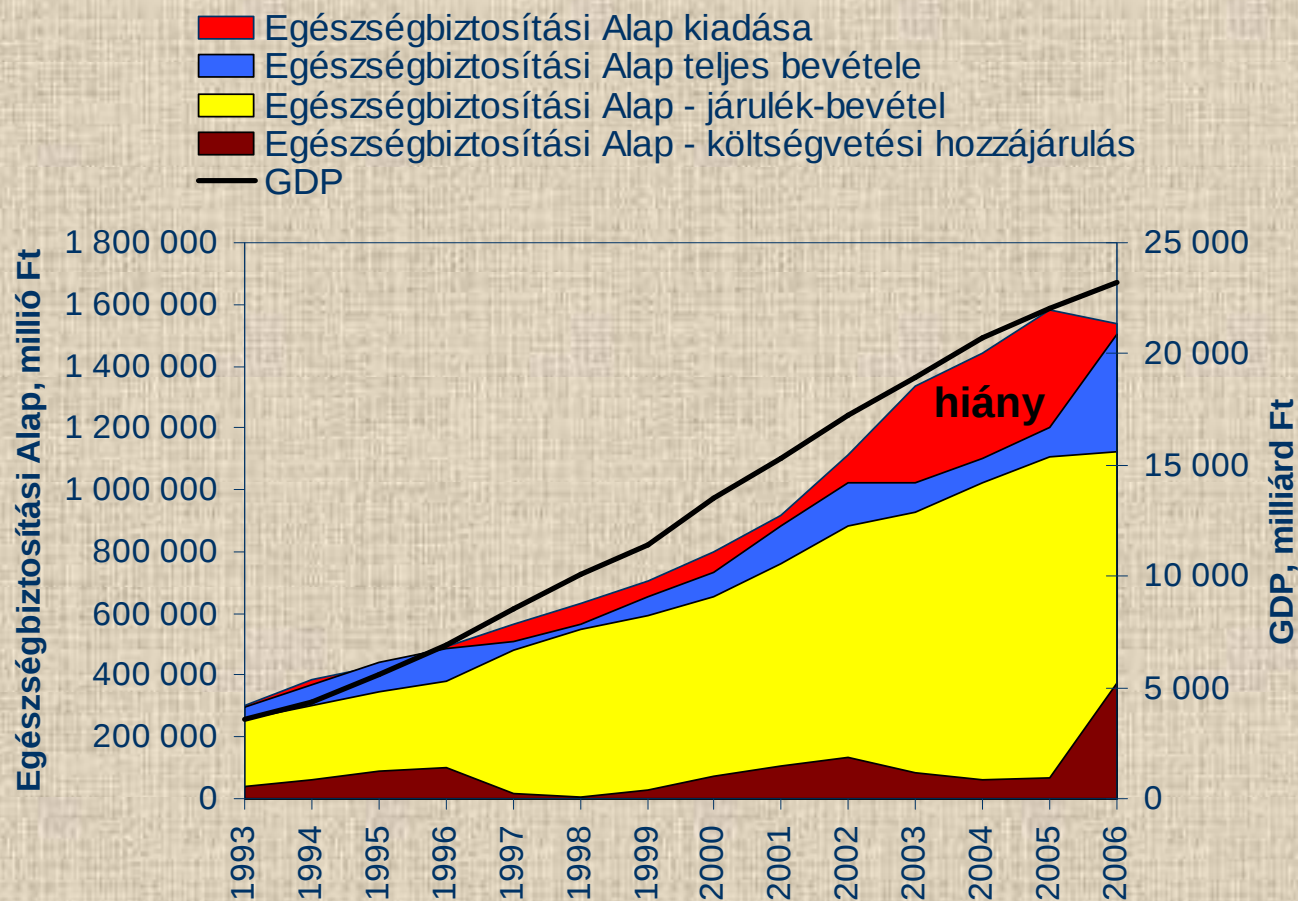
| Természetbeni ellátások      | 2006             | 2007             |
|------------------------------|------------------|------------------|
| Gyógyító megelőző ellátás    | Millió Ft        | Millió Ft        |
| Háziorvosi                   | 64 544,4         | 61 188,8         |
| Védőnői szolgáltatás         | 17 994,2         | 19 000,0         |
| Fogászati ellátás            | 20 698,2         | 19 856,1         |
| Gondozóintézeti              | 9 404,7          | 9 420,5          |
| Célelőirányzatok             | 2 090,0          | 2 116,1          |
| Mentés                       | 18 296,5         | 18 851,5         |
| Laboratóriumi ellátás        | 20 406,2         | 19 615,4         |
| <b>Összevont szakellátás</b> | <b>492 435,5</b> | <b>509 480,1</b> |
| Gyógyszertámogatás           |                  |                  |
| Gyógyszertámogatás           | 375 070,0        | 287 000,0        |
| Speciális beszerzésű         | 18 330,0         | 18 100,0         |
| Méltányosság                 | 4 200,0          | 4 200,0          |

## Bevételi oldal: Jogosultság és teherviselés 2006

- A népesség létszáma 10,1 millió
- A járulékfizetők száma 3,7 millió
- A TAJ kártyák száma 10,2 millió



## A GDP, valamint az Egészségbiztosítási Alap kiadásai és bevételei

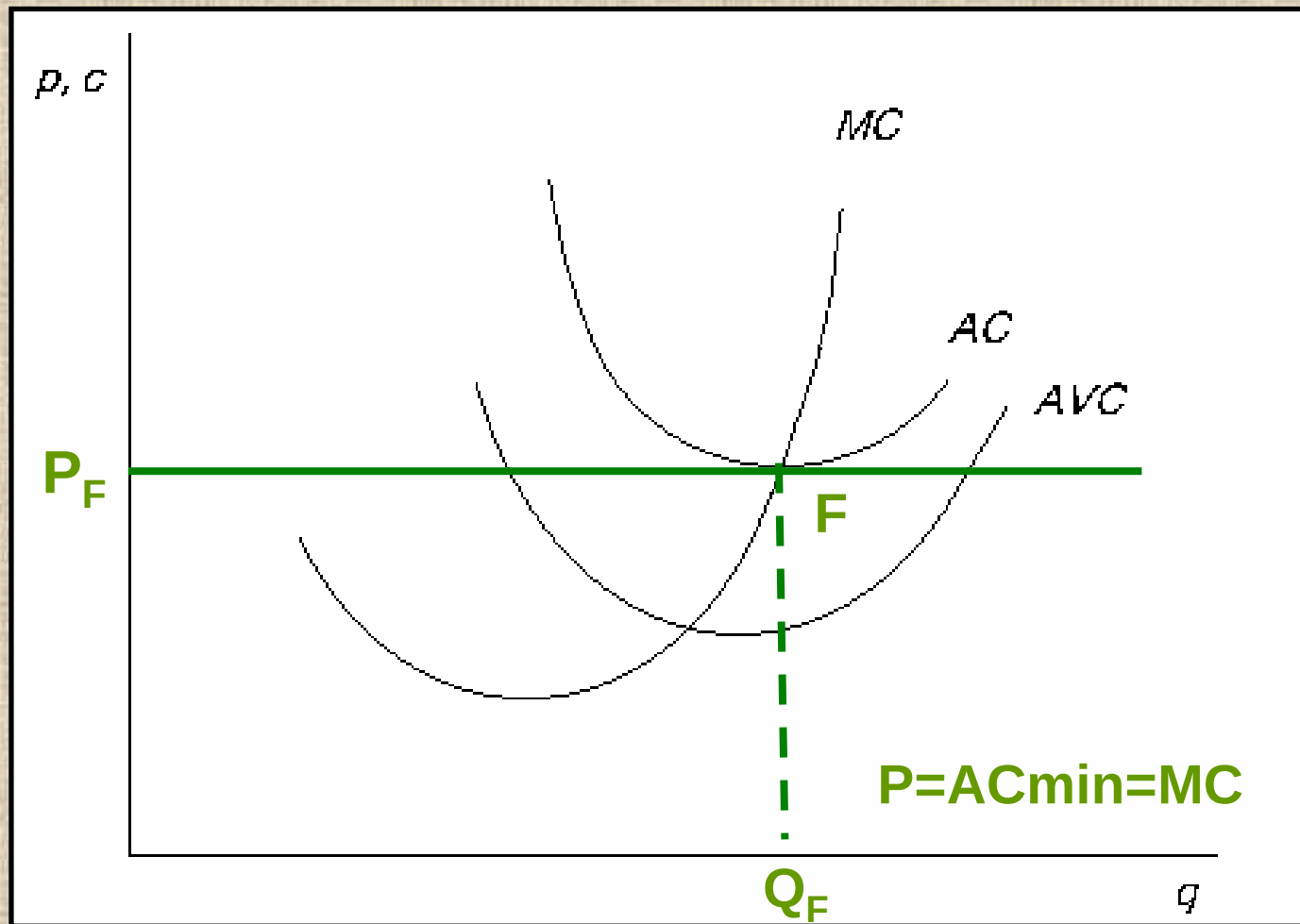


2006e: A 2006-os adat a GDP esetében a konvergencia programból, az E. Alap esetében a költségvetési előirányzatból származik

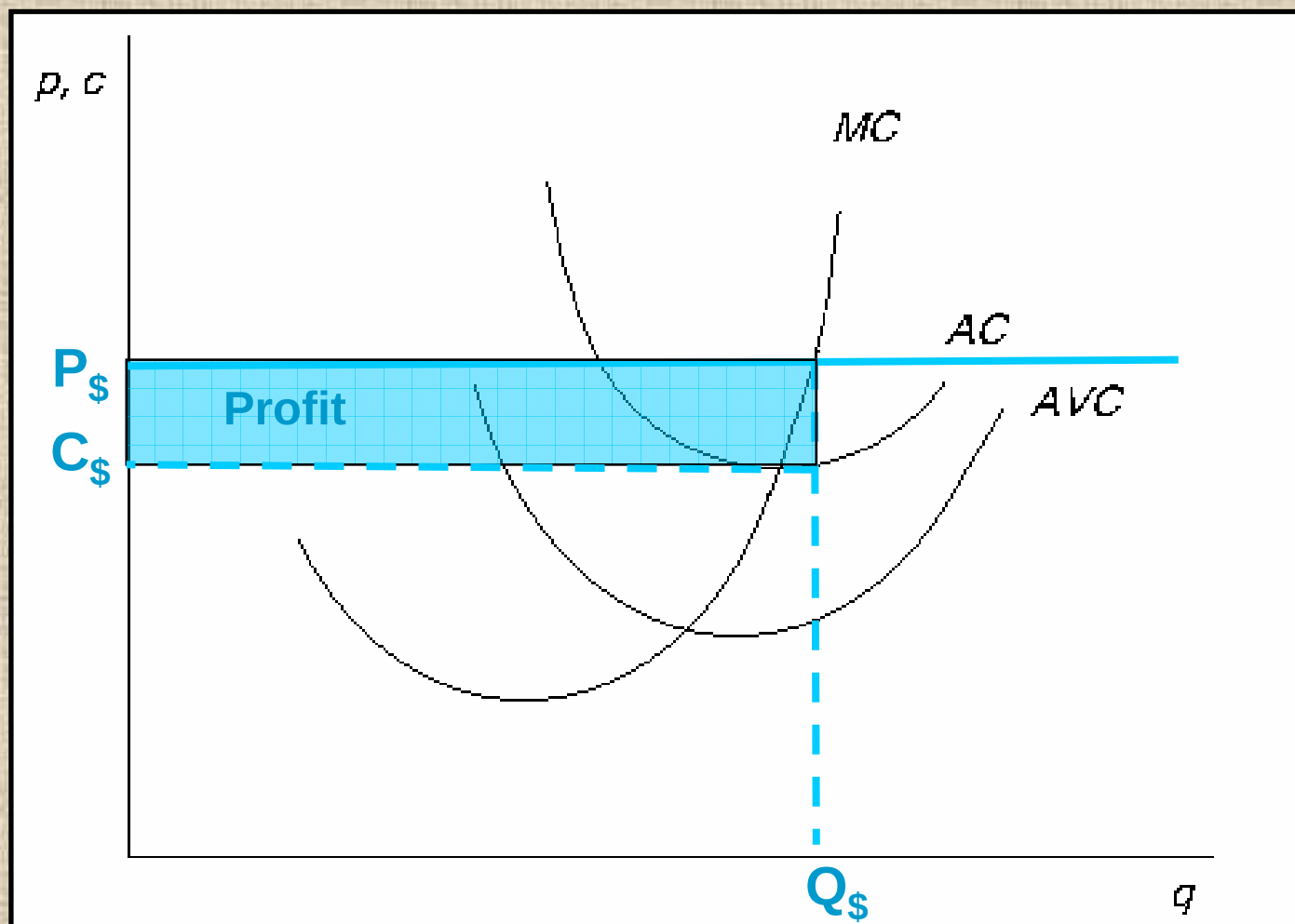
---

# Üzemgazdasági szemlélet

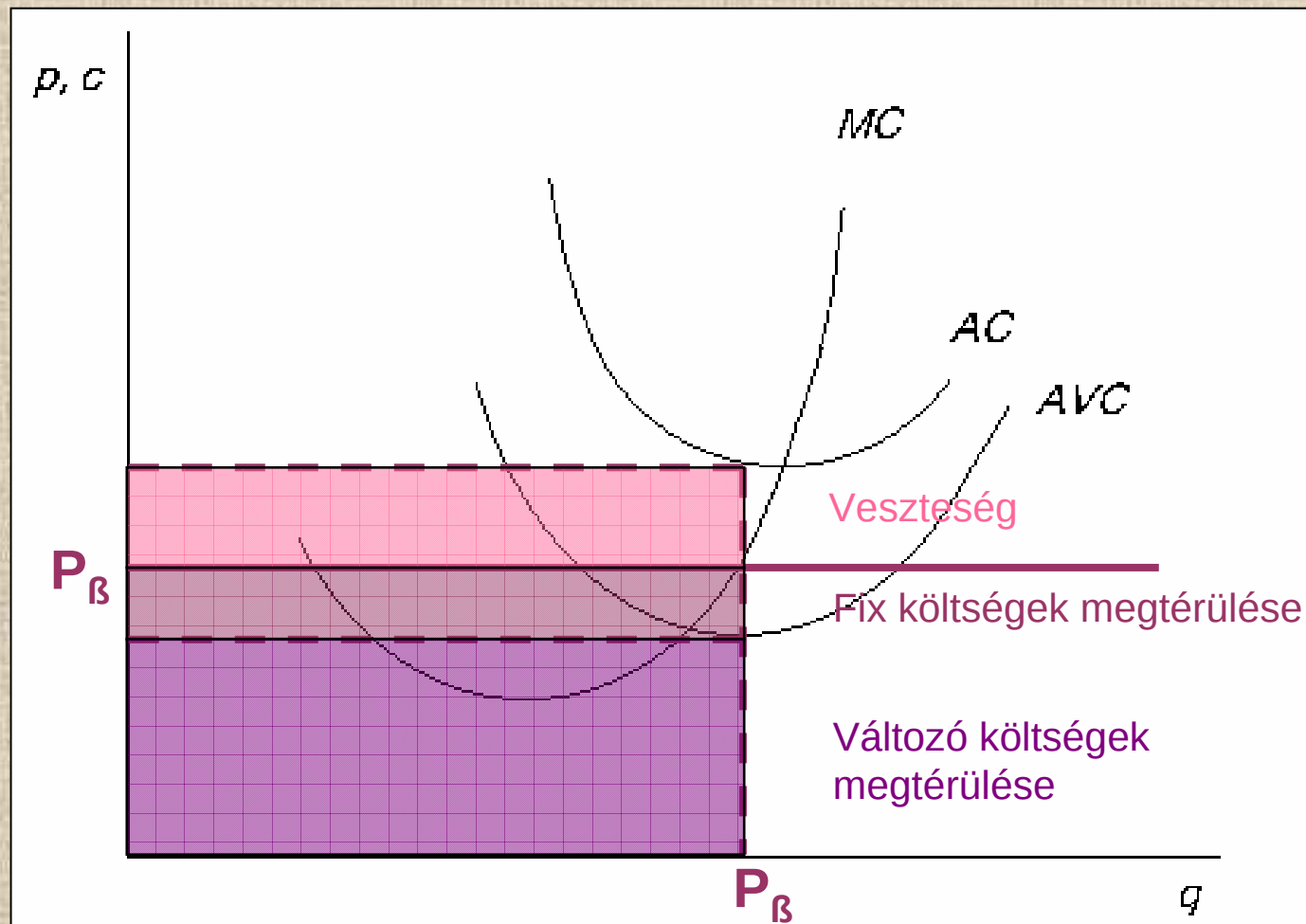
## A fedezeti pont



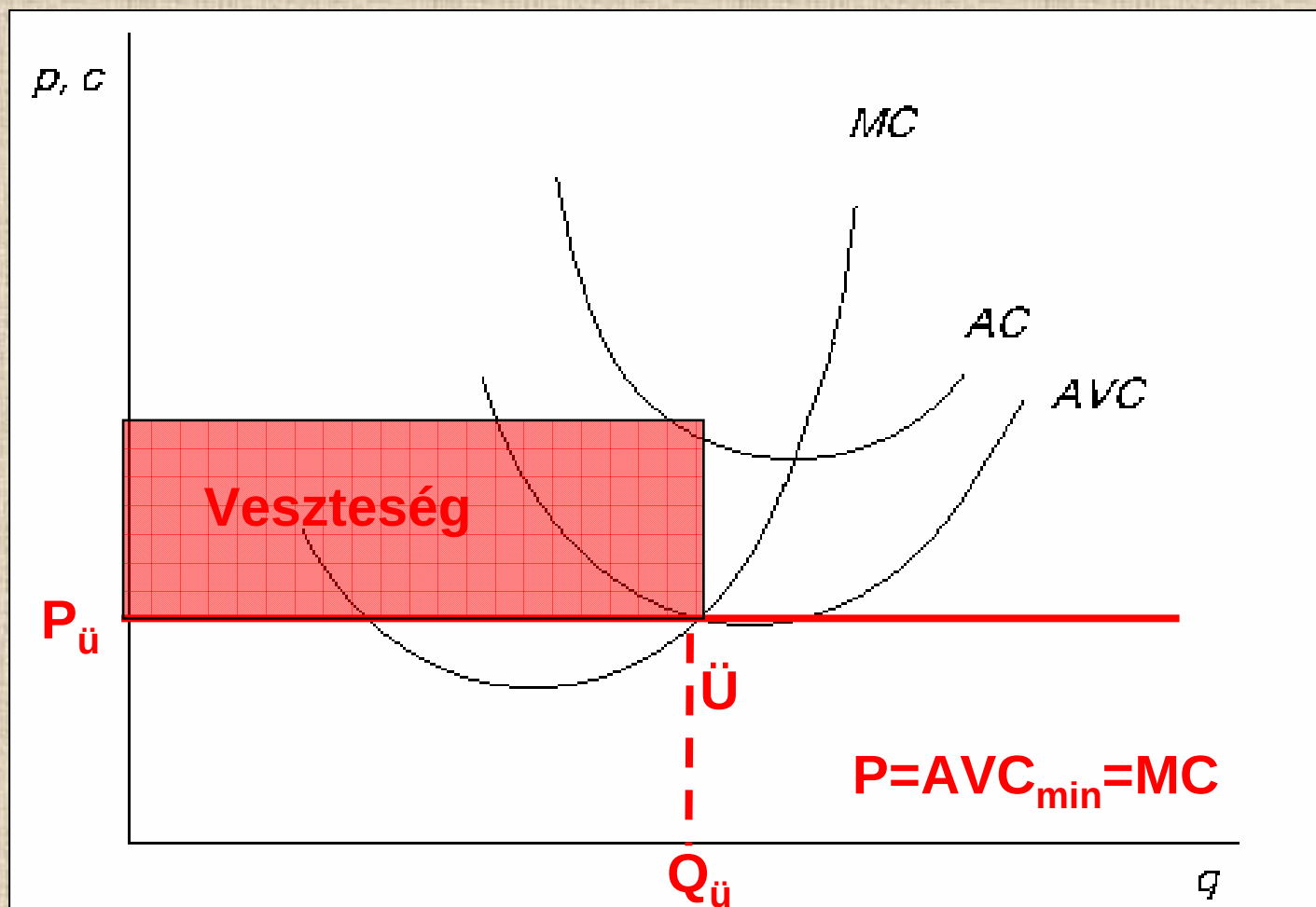
# Profitmaximalizálás



# A veszteség minimalizálása



## Az üzembezárási pont

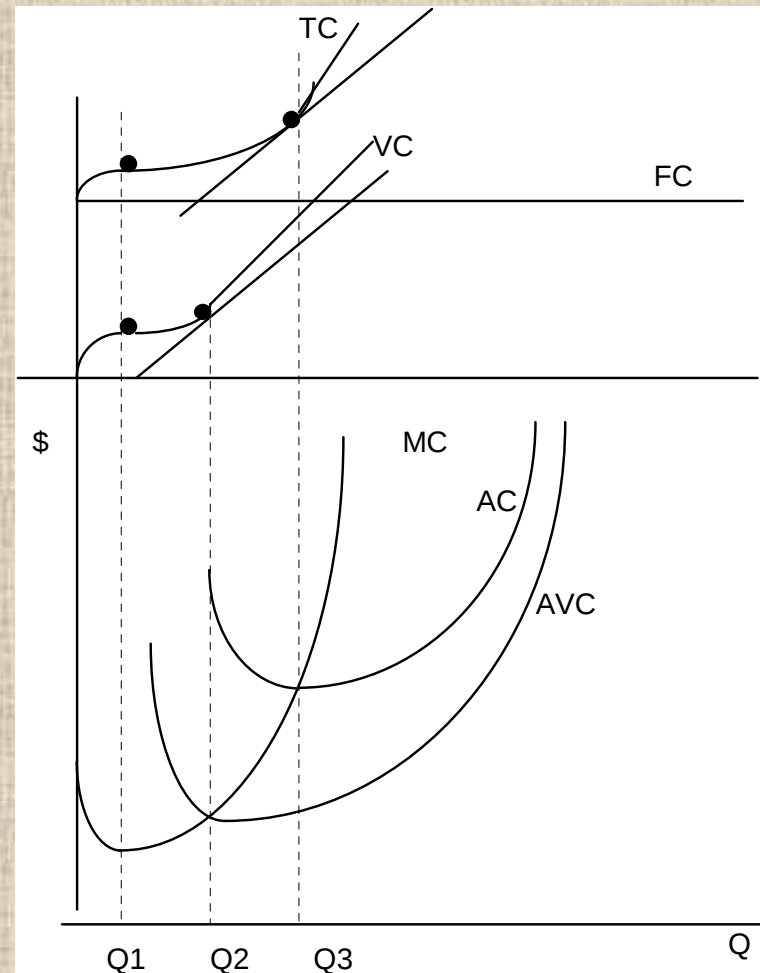


# Összefoglalás

**Q2**  $\Rightarrow$  AVC minimuma  
 $MC=AVC \Rightarrow$  munkatényező  
optimuma, üzembezárási pont

**Q3**  $\Rightarrow$  AC minimuma  
 $MC=AC \Rightarrow$  üzemtechnikai optimum,  
fedezeti pont, nullprofit

Q = Quantity (mennyiség)  
TC = (total cost) Összköltség  
VC = (variable cost) Változó költség  
FC = (fixed cost) Állandó költség  
AC = (average cost) Átlagköltség,  
Önköltség, Egységköltség  
AVC = (average variable cost) Átlagos  
változó költség  
MC = (marginal cost) Határköltség



# Árdiszkrimináció a gyógyszerpiacon

---

**Elsőfokú:** Minden egyes vevő a saját rezervációs árán veszi meg a terméket

**Másodfokú:** A vevők differenciálása a vásárolt mennyiség alapján

**Harmadfokú:** A piacot a kereslet árugalmassága alapján különböztetjük meg.

---

# **Egészséggazdasági szemlélet**

## **EüM irányelv az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről-1**

**„a társadalombiztosítási alapok kezelői kötelesek gazdaságos, hatékony és költségtakarékos, a járulékfizetők érdekeit szolgáló gazdálkodást folytatni a társadalombiztosítási alapok kezelése során.”**

A társadalombiztosítás pénzügyi alapjairól és azok 1993. évi költségvetéséről szóló 1992. évi LXXXIV. törvény 11. §-ának (9) bekezdése

**A 2150/2000. (VI. 30.) Korm. határozat előírja, hogy a támogatási rendszer egészség-gazdaságtani elemzések eredményei alapján szelektáljon.**

**A 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet, az egészségügyi kapacitások befogadásához szükséges pénzügyi terv kötelező elemeként, költség-hatékonysági elemzés készítését írja elő.**

## EüM irányelvek az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről-2

1. Irányelv: Az elemzésben érintett betegcsoport és a gyógyító-megelőző eljárás (egészségügyi szolgáltatás) jellemzése
2. Irányelv: Az elemzés nézőpontjának ismertetése
3. Irányelv csoport: Az egészség-gazdaságtani elemzés típusa
4. Irányelv csoport: Az alkalmazott gyógyító-megelőző eljárásokhoz kapcsolódó egészségjavulás mérése: a költség-hatékonysági arányszám nevezőjének számítása
5. Irányelv csoport: A beavatkozásokhoz kapcsolódó költségek mérése: a költség-hatékonysági arányszám számlálója
6. Irányelv csoport: Az elemzésekben az idő kezeléséhez kapcsolódó ajánlások
7. Irányelv csoport: A gyógyító-megelőző eljáráshoz kapcsolódó egészségjavulás valamint a költségek szintézise: a végső költség-hatékonysági eredmények bemutatása

## **EüM irányelvek az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről-3**

- 8. Irányelv csoport: Az eredmények hitelességének valamint általánosíthatóságának vizsgálata
- 9. Irányelv: A vizsgált eljárás bevezetésének, támogatott körbe vonásának hatásai az egészségügyi kiadásokra, illetve a méltányosságra
- 10. Irányelv: Következtetések kifejtése
- 11. Irányelv: Az érdekviszonyok explicit feltüntetése
- 12. Irányelv: A költség-hatékonysági tanulmány javasolt felépítése

# Mérőszámok

- bajnoksági táblák,
- betegségteher,
- egészségnyereség
- egészségügyi szolgáltatásszükséglet
- elkerülhető halálozás,
- elvesztett életévek,
- életév nyereség
- fogytékossággal súlyozott életévek (daly),
- használdozati költség
- inkrementális (vagy növekményi) költség-hatékonysági ráta
- költség-hasznosság
- költség-haszon
- költség-hatékonyság,
- költség-per-daly,
- költség-per-qaly,
- minőséggel súlyozott életévek (qaly),
- morbidity,
- mortality,
- .....

## **Betegség-költség (cost of illness study) és betegség teher (burden of illness study)**

### **Betegség-költség (cost of illness study) és betegség teher (burden of illness study) vizsgálatok**

Mindkét vizsgálat egy adott megbetegedés közösségre gyakorolt hatását vizsgálja: általában morbiditást, mortalitást, egészségügyi szolgáltatások igénybe vételét, valamint annak költségeit. Költségek tekintetében direkt, indirekt és ún. „eszmei” költségeket (intangible cost) vesz figyelembe.

## **Elkerülhető morbiditás (avoidable morbidity)**

---

### **Elkerülhető morbiditás (avoidable morbidity)**

Az elkerülhető morbiditás, amikor az ellátás elkerülhető lett volna azért, mert az adott állapot bekövetkezése megakadályozható lett volna.

# **Elkerülhető mortalitás (avoidable mortality)**

---

## **Elkerülhető mortalitás (avoidable mortality)**

Az elkerülhető mortalitás definíciója (Új-zélandi EüM, 1999): a potenciálisan elkerülhető halálozás az, ami a megbetegedés okával kapcsolatos jelenlegi technológia alkalmazásával elkerülhető lett volna.

# Egészségi szükséglet

---

**Egészségi szükséglet:** valakinek vagy valamely közösségnek az egészségben maradásához, gyógyulásához, rehabilitációjához és – elsősorban gyermekek esetében – zavartalan fejlődéséhez nélkülözhetetlen szolgáltatások, anyagi termékek, információk, és a szellemi javak összessége.

# Egészségnyereség

---

**Egészségnyereség:** bármely az egészséggel kapcsolatos egyéni, családi vagy nagyobb közösségi szintű beavatkozás eredménye, amely révén a jó életminőségben megélt évek száma (időszak mértéke) megnő, illetve csökken az életminőséget rontó vagy az élettartamot csökkentő egészségkárosodások mértéke. (Az egészségnyereség minden esetben az egyén szintjén az egészségi állapot kedvező változásában jelentkezik, így az egyéni és közösségi egészségnyereség egyaránt mérhető és mérendő egyéni és statisztikai indikátorokkal.)

# Egészségi kockázat

---

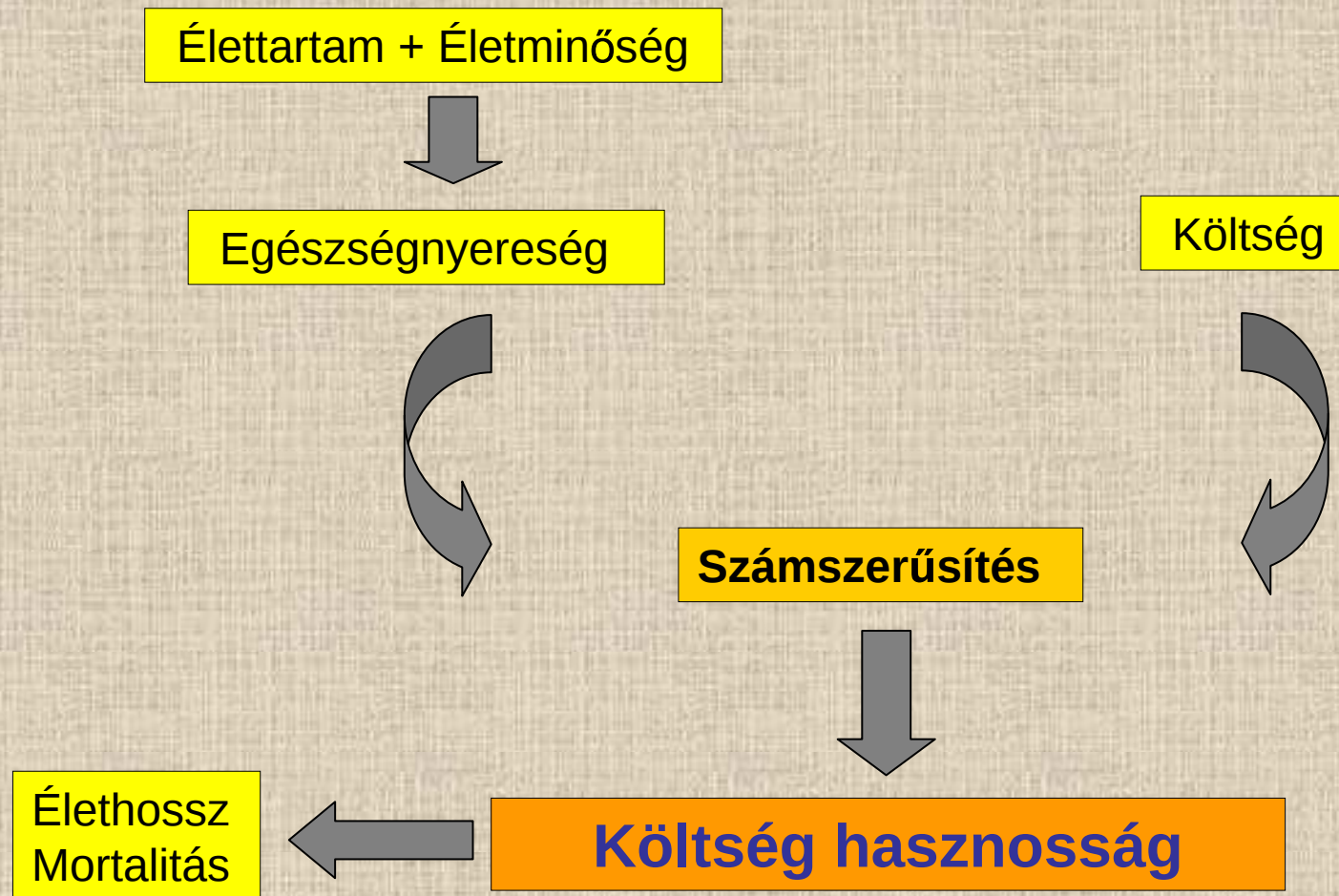
**Egészségi kockázat:** olyan cselekvéssel, eseménnyel járó veszély, veszteség lehetősége, melynek következménye egészségkárosodás.

# Életminőséggel súlyozott életevek QUALY

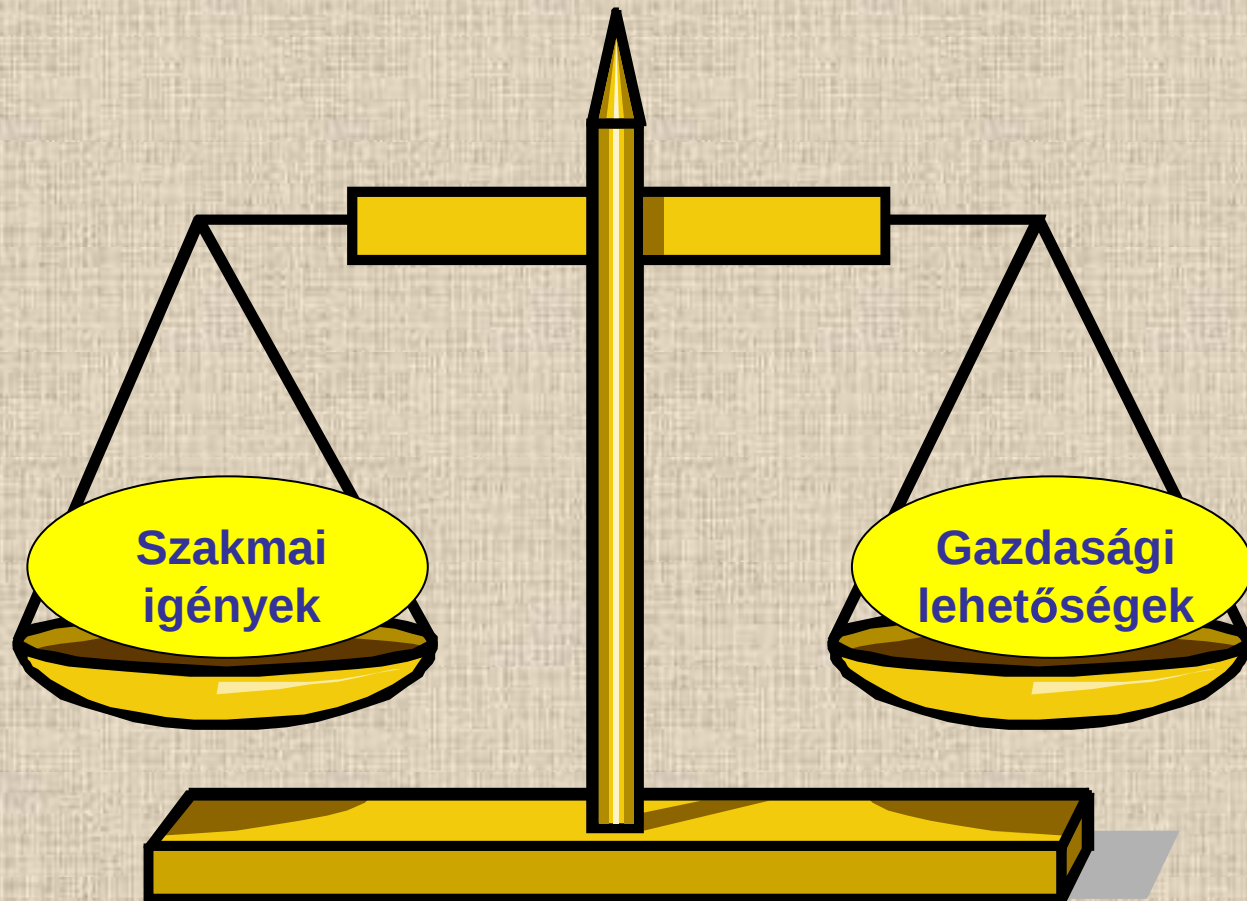
---

**Az életminőséggel súlyozott életevek** (QALY= Quality Adjusted Life Year) mutatószámát használjuk, melynél az 1 a teljes egészségben eltöltött évet jelöli, míg 1-nél kevesebb, ha a beteg életét úgy tudjuk csak meghosszabbítani egy teljes életévvel, hogy nem sikerül a teljes gyógyulást létrehozni (pl. tolószékben marad, vagy mérsékelt fájdalom megmarad).

# Költség hasznosság



# Probléma



# A gyógyszerek befogadási eljárása

---

## threshold - finanszírozási küszöb

Küszöbérték vizsgálat (threshold analysis, pl. pénz/QALY): azt számítjuk, hogy egy változónak milyen értéket kellene elérnie ahhoz, hogy megváltozzék a költség-hatékonyság megítélése.

# A gyógyszerek befogadási eljárása

## Technológia elemzés

---

Mi az indikáció/cél?

- Van-e konszenzus az indikációval kapcsolatosan?
- Hány paciens érintett, milyen költségvetési hatása van?
- Mik a lehetséges alternatívák?
- Vannak-e helyettesítők illetve kiegészítők?
- Van-e várható élettartam változás?
- Mennyi a betegségben töltött átlagos idő?
- Mennyi a remisszióig eltelt idő?
- Van-e nem kívánt hatás, mennyi a szövődmények aránya?

## A gyógyszerek befogadási eljárása

### Beteg elemzés

---

- Okoz-e az új technológia bizonytalanság érzést?
- Okoz-e az új technológia kellemetlenséget?
- Okoz-e az új technológia szorongást, félelmet?
- Befolyásolja-e az új technológia a szokásos napi tevékenységet?
- Befolyásolja-e az új technológia a munkaképességet?
- Az új technológia elfogadható-e a egyes betegnek?
- Az új technológia elfogadható-e a társadalom számára?

# A gyógyszerek befogadási eljárása egyéb elemzés

---

Az egészségügy szervezet oldaláról

- Struktúra
- Személyzet
- Környezet

Gazdasági szempontból

- Mikro- és makroökonómiai szempontok
- Financiális konzekvenciák

## A gyógyszerek befogadási eljárása

### Költség-hasznossági kategóriák (példa)

| Csoportok | Költség igény                            |
|-----------|------------------------------------------|
| A         | Életévenként $< 500,0$ eFt               |
| B         | $500,0$ eFt $<$ Életévenként $< 5,0$ mFt |
| C         | $5,0$ mFt $<$ Életévenként $< 10,0$ mFt  |
| D         | $10,0$ mFt $<$ Életévenként              |

# Költség-hasznosság

---

A threshold (finanszírozási küszöb) értéke  
függ a már befogadott technológia 1  
QUALY-ra eső értékétől.

# A gyógyszerek befogadási eljárása

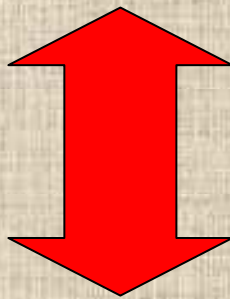
## Költség-hasznosság

| A tudományos bizonyíték minősége/költség-hasznosság | A               | B          | C               | D              |
|-----------------------------------------------------|-----------------|------------|-----------------|----------------|
| I.                                                  | erős/igen jó    | Erős/jó    | Erős/közepes    | Erős/gyenge    |
| II.                                                 | Jó/igen jó      | Jó/jó      | jó/közepes      | Jó/gyenge      |
| III.                                                | Közepes/igen jó | Közepes/jó | Közepes/közepes | Közepes/gyenge |
| IV.                                                 | 0               | 0          | 0               | 0              |
| Bizonyítottnan nem hatásos                          | -               | -          | -               | -              |
| Bizonyítottnan káros                                | !               | !          | !               | !              |

## A befogadás eredménye

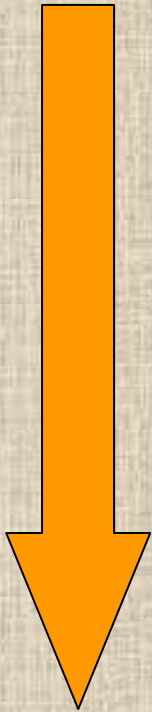
---

A threshold (finanszírozási küszöb) értéket  
nem éri el – nincs semmilyen előnye



A threshold (finanszírozási küszöb) értéket  
eléri – költséghatékony

## Lehetőségek



- Nem finanszírozható
- Volumenkorláttal méltányosságból vagy extrafinanszírozásban finanszírozható
- Méltányossági eljárásban finanszírozható
- Támogatott gyógyszerek listájára (HBCs-be) kerülhet

---

## **Az OEP lehetőségei**

## Finanszírozás 2007-ben

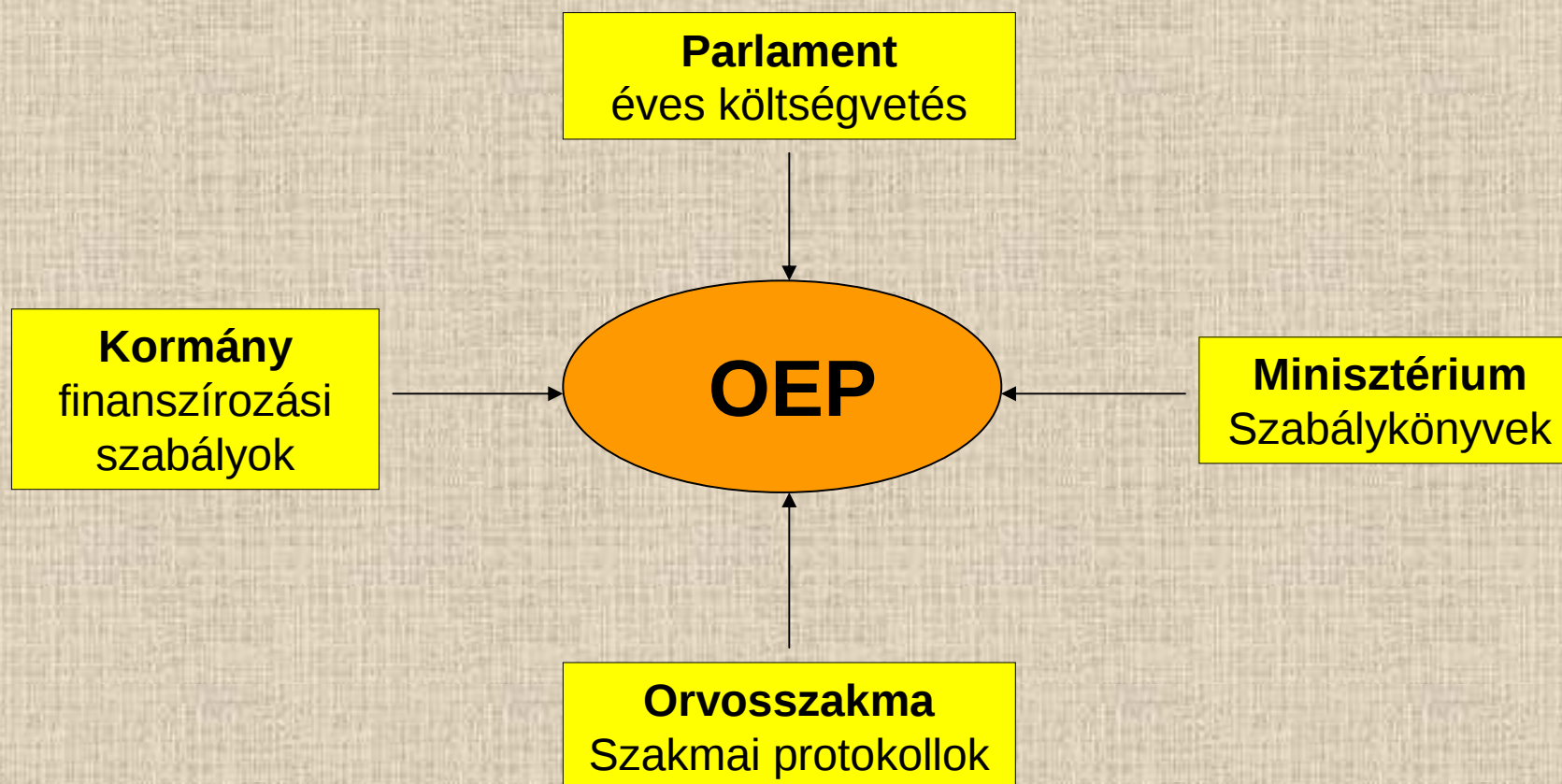
---

- Recept támogatás
- Méltányosság
- Külön keret
- Járóbeteg ellátás
- Gondozói ellátás
- Aktív fekvő ellátás
- Tételes eszközök
- Krónikus ellátás
- CT, MRI
- Vérellátás
- Háziiorvosi ellátás
- Fogászati ellátás
- Otthoni szakápolás
- Védőnő, iskolaorvosi ellátás
- Mentés
- Betegszállítás

## Az OEP küldetése

- „A biztosítottak számára **maximális egészségnyereség** elérése és az egészségi kockázatok kezelése olyan szolgáltatások nyújtásával és vásárlásával, amelyek lehetővé teszik az egészség megőrzését, helyreállítását, javítását; valamint az átmenetileg vagy tartósan kieső keresetek pótlását (kompenzációját), a munkába való visszatérés elősegítését. **...Mint egészségbiztosító**
- A rendelkezésre álló **források hatékony felhasználásával azonos – a lehető legmagasabb – színvonalú, hatásos egészségügyi ellátás** biztosítása a **szolidaritás és esélyegyenlőség** figyelembe vételével. **...Mint szolgáltatásvásárló**
- Az OEP – mint az **Egészségbiztosítási Alap kezelője** – az alapkezelési feladatok ellátásán keresztül **egységes, pénzügyileg stabil egészségbiztosítási** rendszert működtet, és aktívan közreműködik a **járadékrendszer, a jogosultsági szabályok** és az egészségügyi rendszer **fejlesztésében a megvalósíthatóság és átláthatóság** szem előtt tartásával. **...Mint alapkezelő**
- Feladatai megfelelő ellátása érdekében **felkészült szakembergárdára és korszerű informatikai rendszerre** épülő hatékony szervezetet működtet, és **partneri viszonyra** törekszik a szolgáltatókkal, ellátottakkal és járadékfizetőkkel, valamint az egészségügyi finanszírozás és ellátás egyéb érintettjeivel.” **...Mint szervezet**

# Finanszírozási környezet



## Mit tehet az OEP?

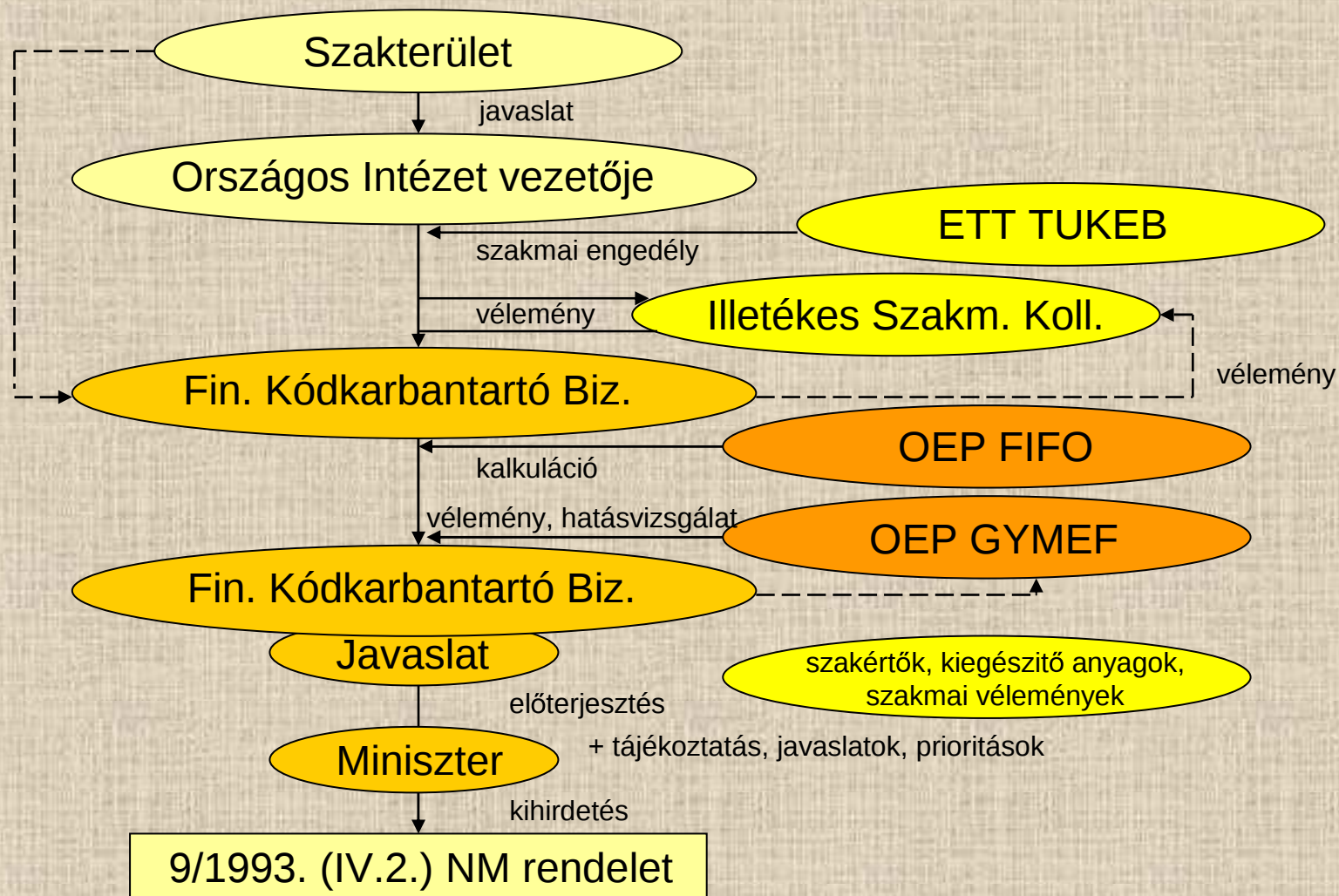
---

- A szerződéskötési kényszer miatt az OEP nem szelektálhat a szolgáltatók között
- Aki megfelel bizonyos jogszabályi előírásoknak, azzal automatikusan szerződést kell kössön

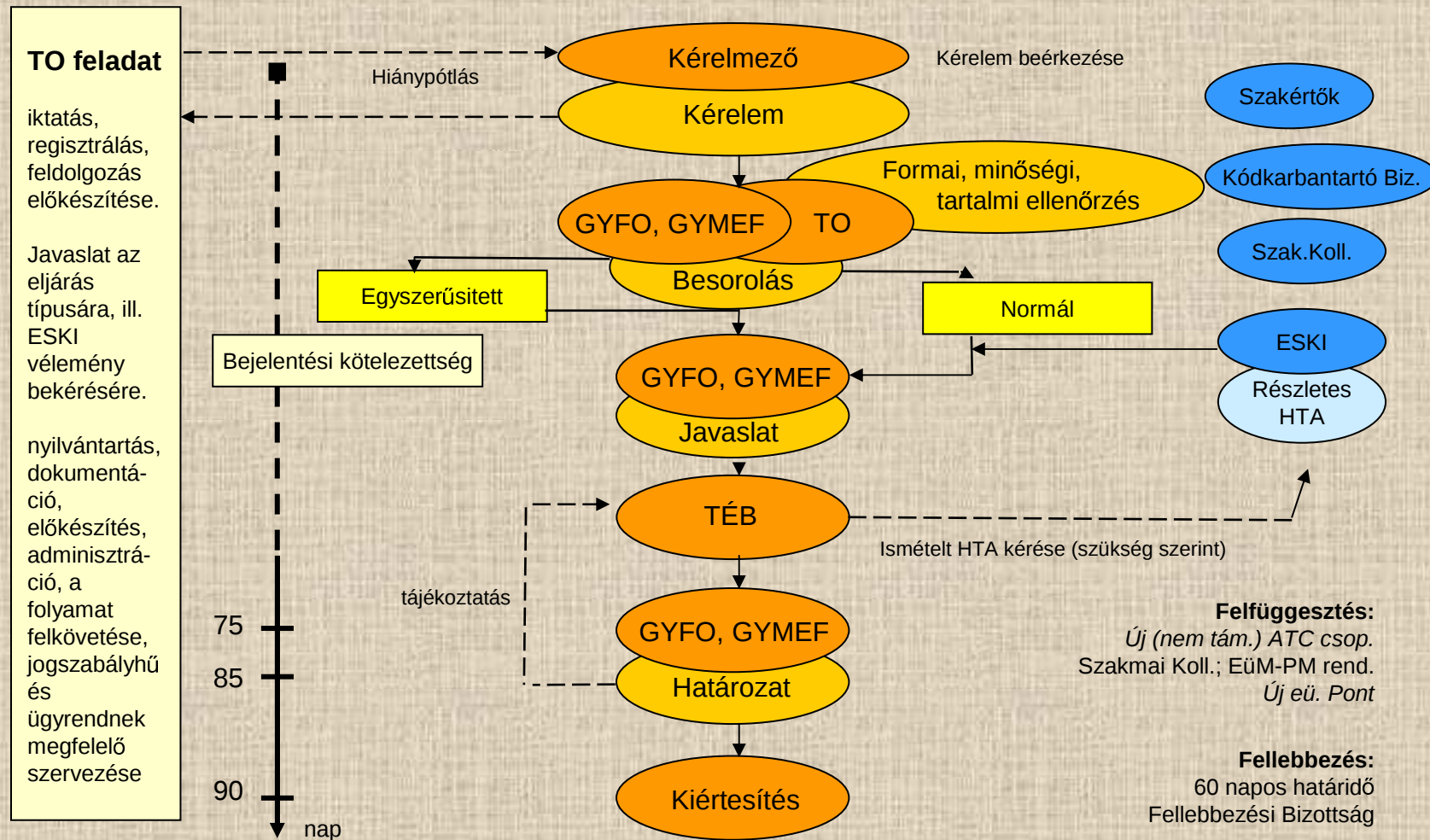
# Az OEP lehetséges szerepe

- *Pénztár:*
  - Átnézi a számlát és fizet
- *Finanszírozó:*
  - Enyhe ráhatás a „számla” keletkezésére
- *Vásárló:*
  - Eldönti, hogy mit, kitől és mennyiért vásárol
  - Van gazdája a történéseknek
- *Biztosító:*
  - Kockázatkezelés
  - Díjfizetés

# HBCs változás szabályozása



# A gyógyszerek befogadási eljárása



# Várható eredmények

---

- A finanszírozási rendszer átlátható, ellenőrizhető
- Nagyobb preferenciát kap a szakmai szempontból megfelelő ellátás
- Az ellátás minőségi színvonala emelkedik
- Érvényesíthetők a költséghatékonysági szempontok
- Szakmai ellenőrzési rendszer kiépíthető

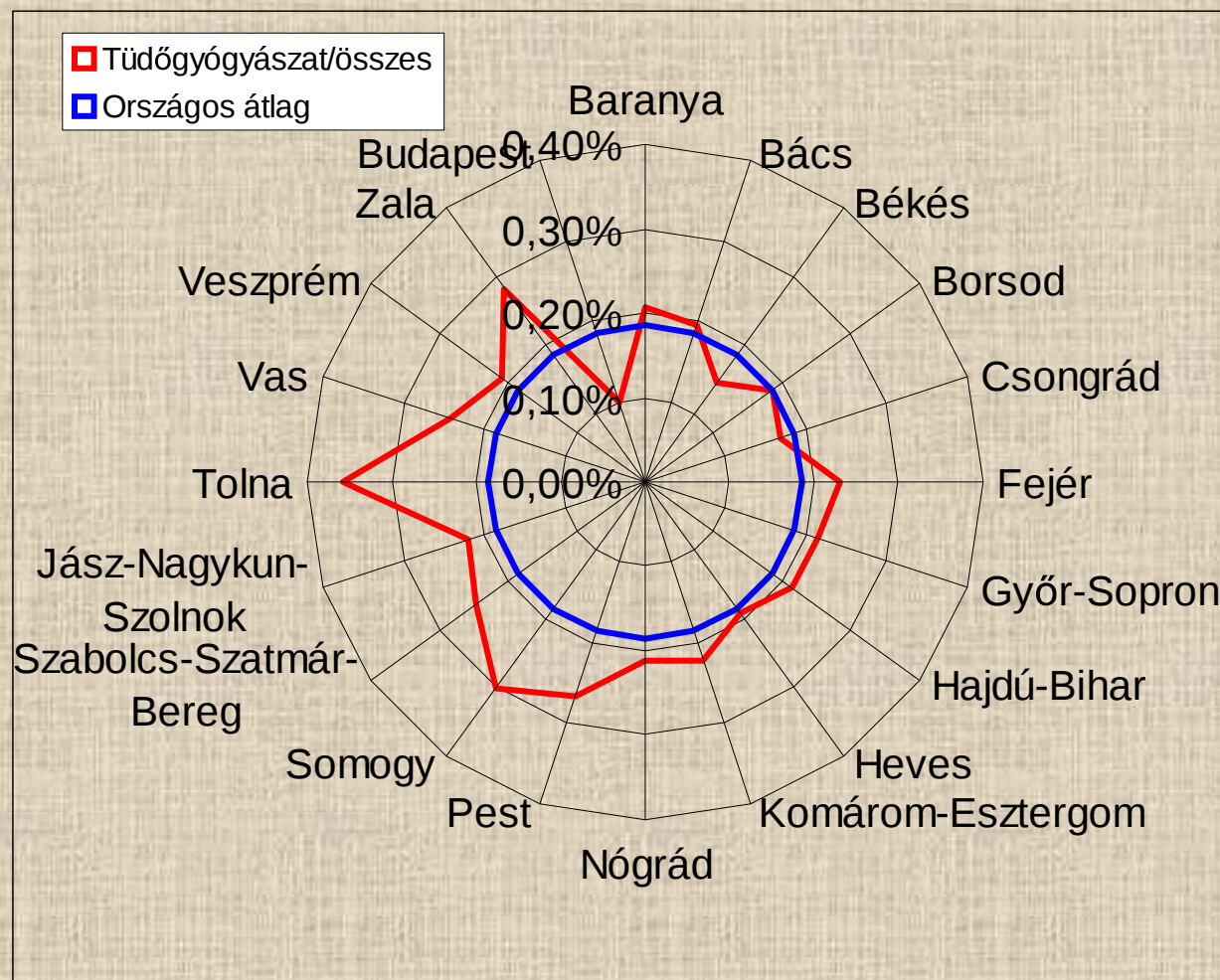
## Hogyan tovább???

- Nem halasztható a költség-felmérés elvégzése
- További pontosítások a csoport definíciókban
- Finanszírozás és szakmai protokollok kapcsolatának erősítése, kontroll, módosítás

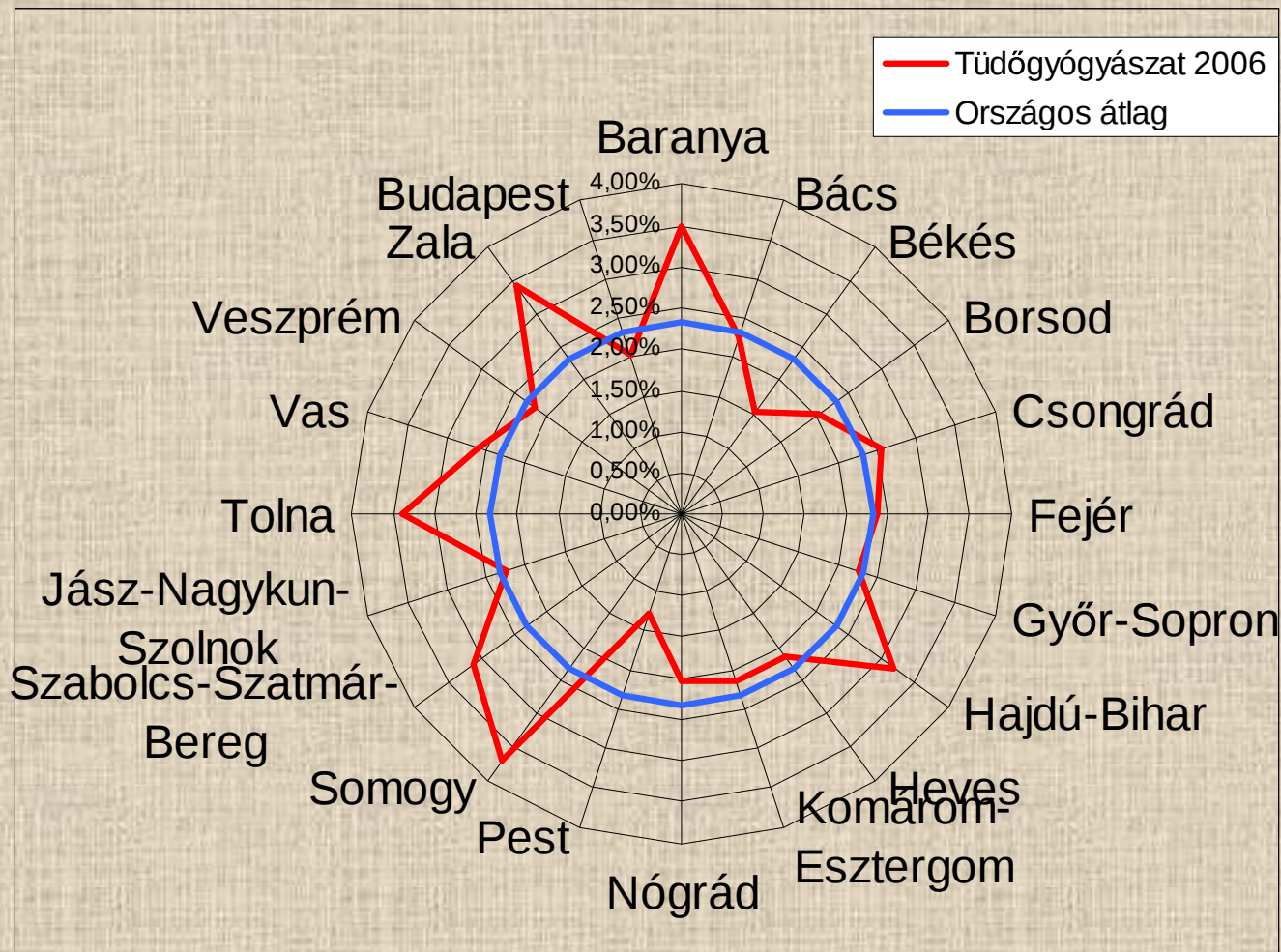
---

# **A tüdőgyógyászat helyzete 2006-ban**

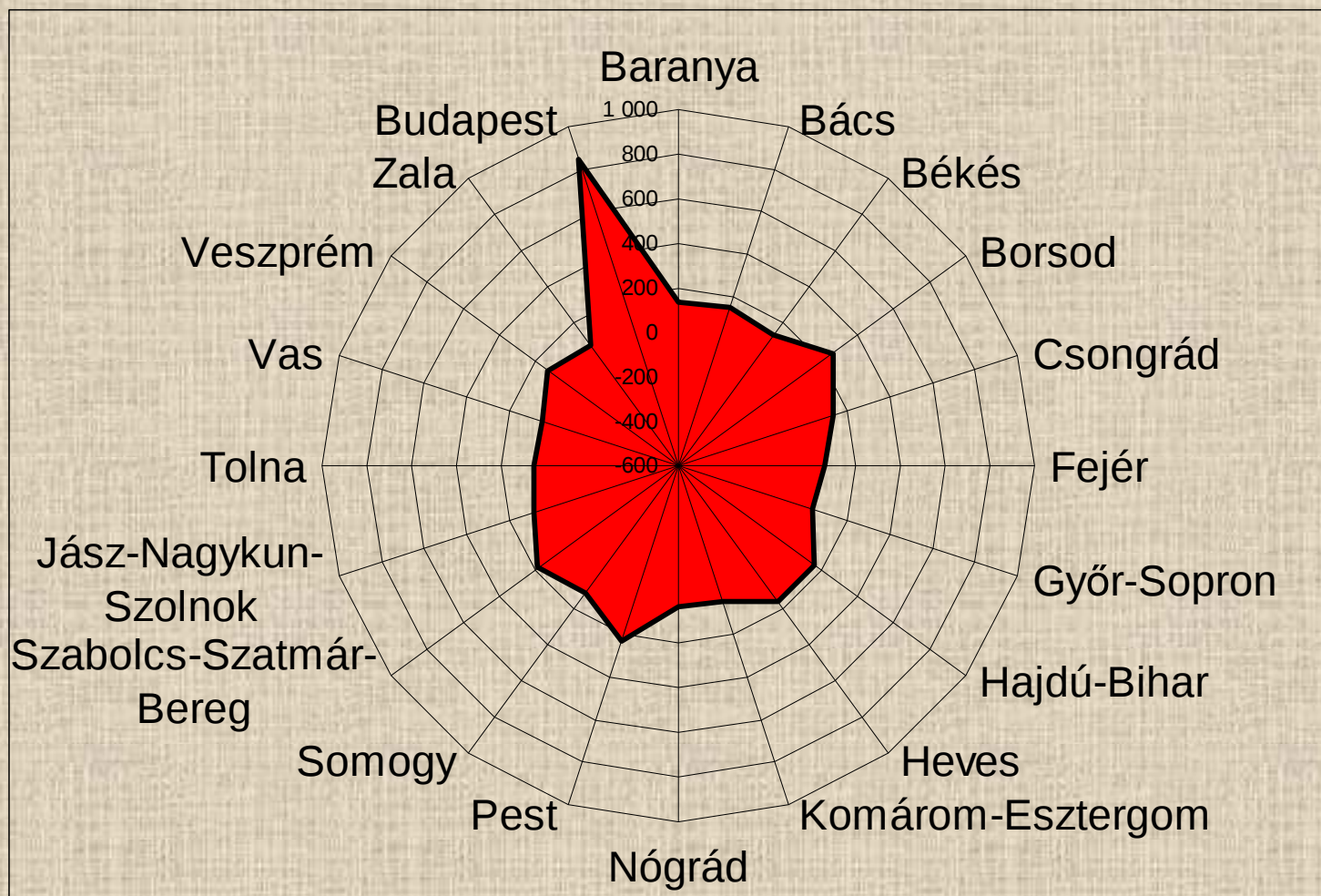
## Tüdőgyógyászati esetek száma %-ban az összes megyei teljesítményhez viszonyítva 2006-ban



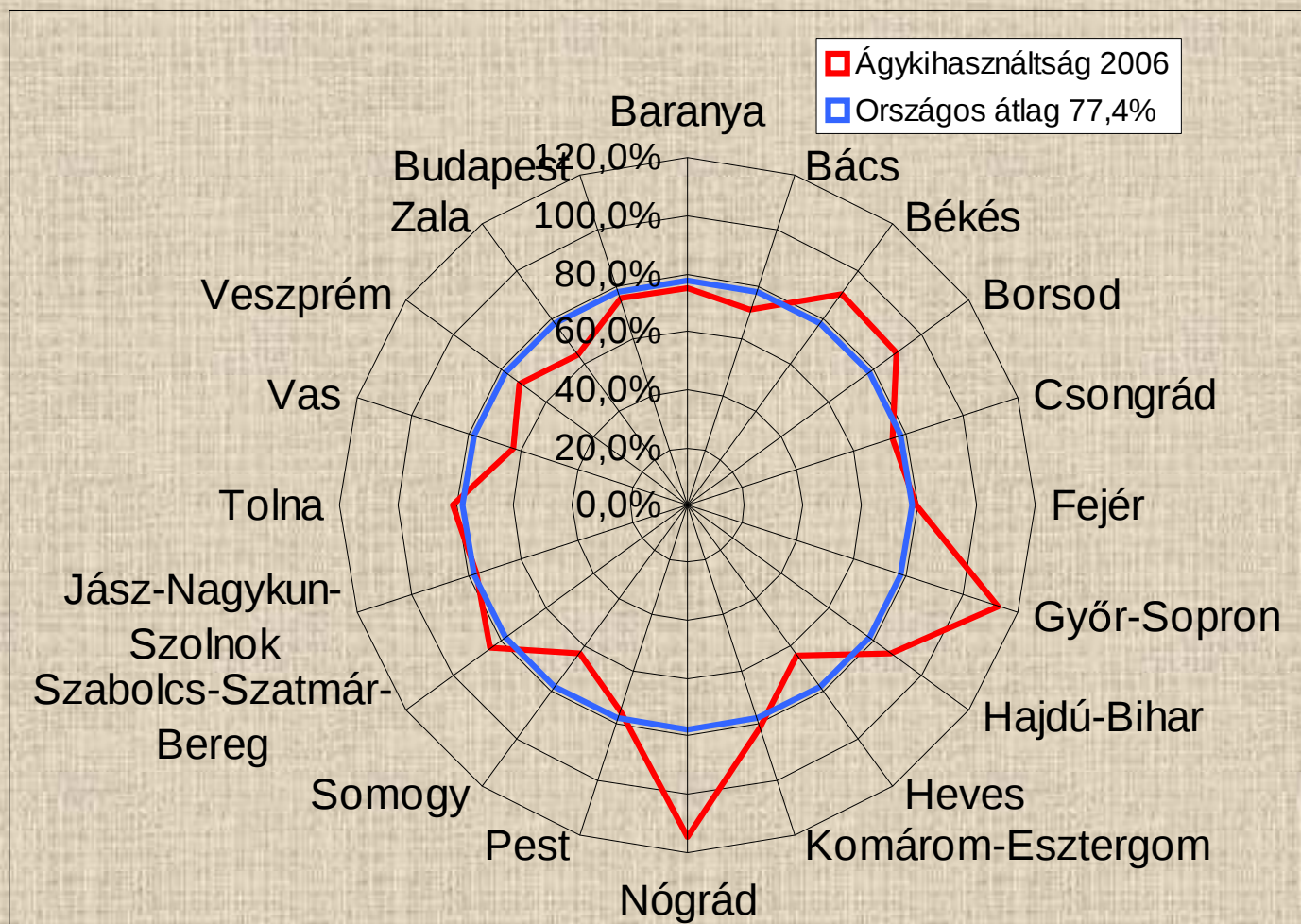
## Ellátott tüdőgyógyászati esetek száma ‰-ben a lakosságszámhoz viszonyítva 2006-ban



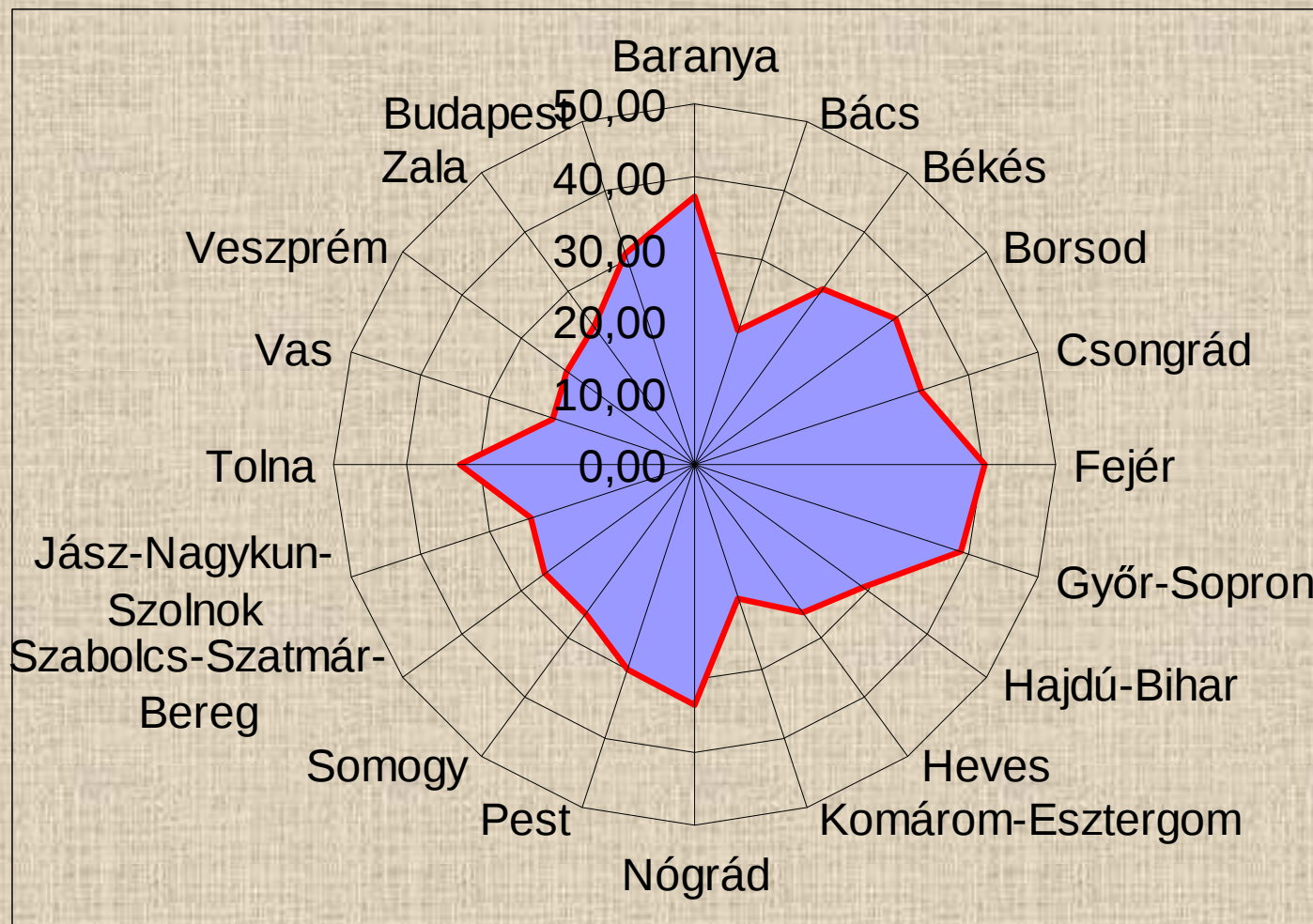
## Tüdőgyógyászati ágyszám 2006-ban



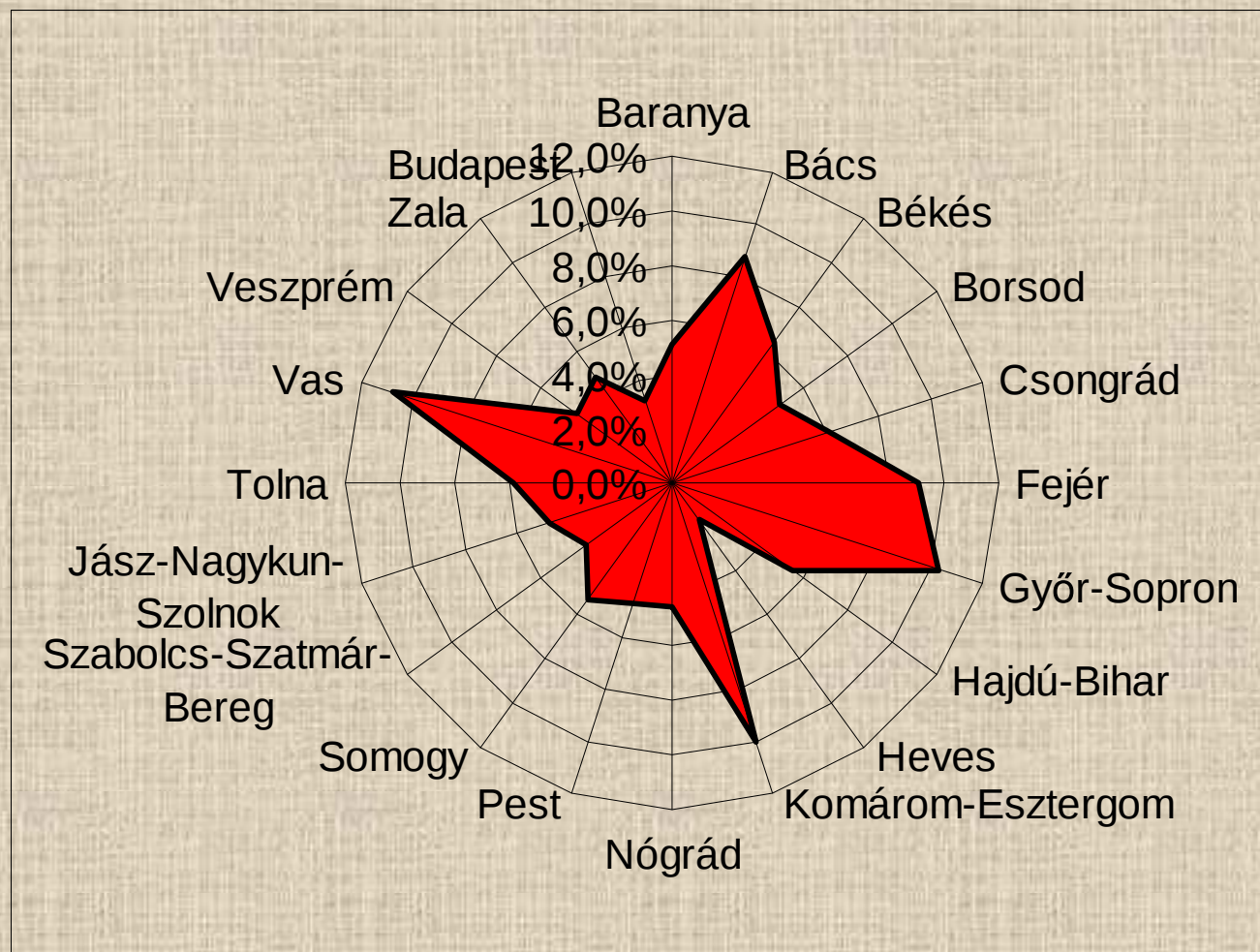
## Tüdőgyógyászati ágykihasználtság 2006-ban



## Tüdőgyógyászati egy ágyra jutó átlagos súlyszám összeg 2006-ban



## Tüdőgyógyászati fekvőbeteg halálozás 2006-ban



---

**KÖSZÖNÖM A FIGYELMET ! ! !**

---