

Az egészségügyi rendszer és szervezetek menedzsmentje

Dr. Gaál Péter

Rezidensképzési program



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

A kurzus tartalma és felépítése



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

- Jelenlét (hiányzás 25%, max. 3 nap), jelenléti ív
- Tematika, órarend
- Előadás diasor
- Hétfő (június 14-e) osztott (fogorvosok)
- Teszt: Péntek (június 18) 14.00
- Értékelés (kurzus, oktató(k))

• www.emk.sote.hu

A kurzus célja



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

- Miért vagyunk itt?

Racionalitás és irracionalitás az egészségpolitikában



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

- Elégedetlenség az egészségpolitikával:
 - Kiszámíthatatlanság
 - Ötlet/megoldás/eszközvezéreltség (privatizáció, verseny, piac)
 - Konfrontatív megközelítés, túlpolitizáltság és polgárháborús dinamika
- Szemléletváltásra van szükség:
 - Egy racionális egészségpolitika esélye, feltételei
 - Mi tekinthető racionálisnak?

Racionalitás az egészségpolitikában



- Érték(cél)-vezérelt:
 - Célokból következnek a problémák
- Tudományos bizonyítékokon alapuló
- Megvalósítható:
 - Ciklusokon átívelő
 - Kellő politikai, szakmai és társadalmi támogatottság
 - Kiszámítható
- Probléma-alapú programalkotás

1

Célok és problémák



- Az egészségügy reformja sok tekintetben hasonló a betegellátás folyamatához:
 - A diagnózis meg kell, hogy előzze a terápiát
 - A diagnózis a betegség okának meghatározását jelenti a panaszok, tünetek, illetve vizsgálatok alapján
 - A betegség oka meghatározza, hogy milyen ellátásra van szükség
 - A megfelelő ellátás a betegség (probléma) kiváltó okát igyekszik megszüntetni
 - A kezelés sikerét a probléma megszűnése mutatja

- Lényeges különbség a beteg ember és a rossz rendszer gyógyítása között:
 - nem egyértelmű, hogy mi a jó rendszer (illetve mi a rendellenes működés – „betegség”)
 - attól függően, hogy milyen célokat tartunk fontosnak különböző rendszerek lehetnek jók
 - egyes célok kizárják egymást
 - egyes célok elérése csak úgy növelhető, ha más célok elérése csökken
- Van-e egyetértés abban, hogy milyen egészségügyi rendszert szeretnénk?
 - **1. feltétel: értékconsensus**

Az egészségpolitikai célkitűzései

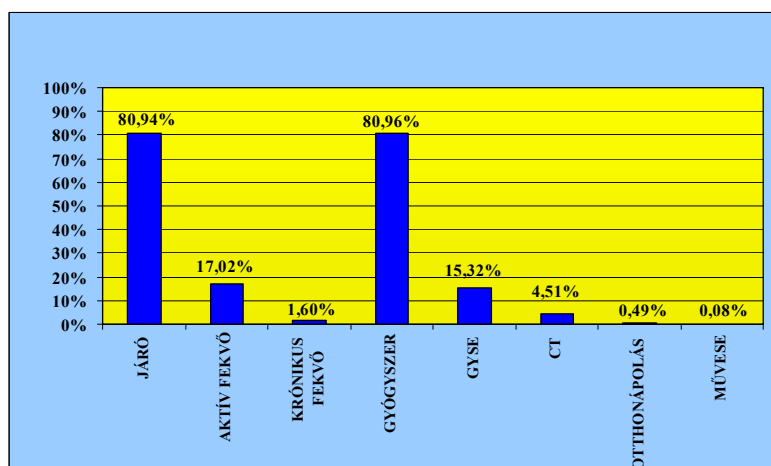
- Hatásosság
- Hatékonyság
- Igazságosság (méltányosság)
- Megvalósíthatóság
 - politikai
 - adminisztratív kapacitások
 - egyéb értékek (pl. betegjogok)

Igazságosság

- Ki férjen hozzá és milyen ellátáshoz (igazságosság)?
 - Az, aki meg tudja fizetni? („ÖNGONDOSKODÁS”)
 - Az, akinek szüksége van rá?
- Szükséglet alapú rendszer:
 - definíció szerint közfinanszírozott
 - a gazdagoktól el kell venni, hogy a szegények hozzá tudjanak férni az ellátáshoz (szolidaritás)
 - a rendelkezésre álló források az adó/járulék begyűjtéstől függenek
- Konszenzus: dominánsan szolidaritási alapú rendszer
- Megvalósíthatósági korlátok:
 - abszolút korlát – GDP (fizetési képesség), pl. 2004. USA 6100 PPP USD, Mo. 1300 (OECD adatok)
 - relatív korlát – adó/járulékelkerülés (fizetési hajlandóság)

1

Az egészségügyi kiadások koncentrációja



A magyar lakosság hány százaléka vesz igénybe ellátást az adott OEP kasszák terhére (2004)

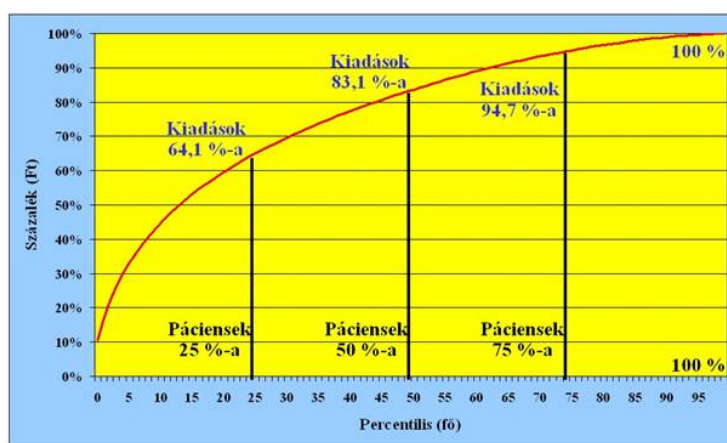
Az egészségügyi kiadások koncentrációja

KASSZA	Év	ELEMZETT ÖSSZEG (mill Ft)	KÖLTSÉGVETÉS (mill Ft)	Eltérés (mill Ft)	Eltérés (%)
Járóbeteg	2003.	93.040,4	96.528,7	-3.488,3	-3,6%
	2004.	115.530,8	103.475,4	12.055,4	11,7%
Aktív fekvő	2003.	269.297,7	327.211,2	-57.913,5	-17,7%
	2004.	327.779,1	332.615,7	-4.836,6	-1,5%
Krónikus fekvő	2003.	28.701,2	34.854,4	-6.153,2	-17,7%
	2004.	37.130,1	38.073,1	-943,0	-2,5%
CT	2003.	11.354,8	10.734,6	620,2	5,8%
	2004.	10.654,8	10.668,9	-14,1	-0,1%
Otthoni szakápolás	2003.	2.316,2	2.235,8	80,4	3,6%
	2004.	2.907,0	2.737,2	169,8	6,2%
Művese	2003.	15.986,3	15.895,8	90,5	0,6%
	2004.	15.954,7	16.118,9	-164,2	-1,0%
Gyógyszer	2003.	251.995,3	251.818,0	177,3	0,1%
	2004.	282.081,1	288.950,0	-6.868,9	-2,4%
GYSE	2003.	39.666,2	34.958,0	4.708,2	13,5%
	2004.	45.333,8	42.983,0	2.350,8	5,5%

A TAJ számokra lebontott és elemzett összegek és az egyes kasszák költségvetési előirányzata

Forrás: Boncz et al. 2005.

Az egészségügyi kiadások koncentrációja



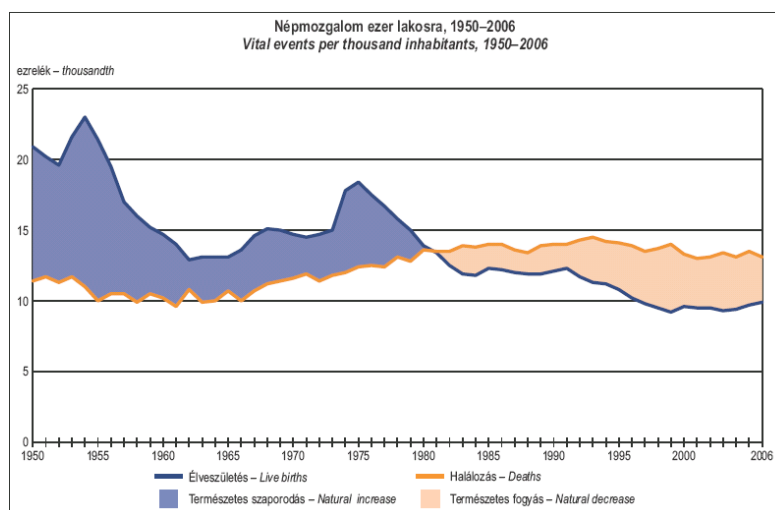
Az aktív fekvőbeteg szakellátás koncentrációs görbéje (2004)

Forrás: Boncz et al. 2005.

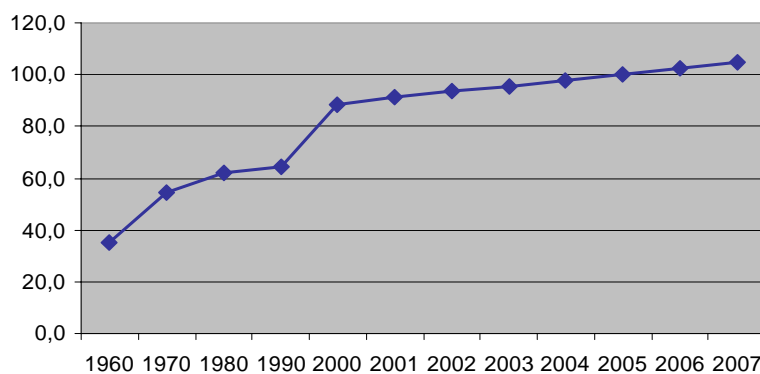
Az egészségügyi kiadások koncentrációja

- 2004-ben a lakosság 0,085%-ra (8500 beteg) költöttük a teljes akut fekvőbeteg-ellátásra fordított összeg 10%-át, azaz összesen 33 milliárd Ft-ot (azaz fejenként átlagosan 4 millió Ft-ot)
- 4,25%-ra költöttük a teljes akut fekvőbeteg-ellátásra fordított összeg 64,1%-át, azaz összesen 211 milliárd Ft-ot (azaz átlagosan 500 ezer Ft-ot fejenként)

Igazságossági dilemmák



Öregedési index Magyarországon



- Általánosságban: úgy használjuk fel a korlátozottan rendelkezésre álló forrásokat (erőforrás/pénz), hogy abból a lehető legnagyobb haszon származzon az egész társadalom számára
- Utilitarianizmus (haszonelvűség) talaján áll:
 - a legtöbb jót a legtöbb embernek
 - a cél szentesíti az eszközt
- Általában kevés olyan kormányzati döntés van, amely úgy hoz bizonyos társadalmi csoportokat jobb helyzetbe, hogy mindenki más helyzete nem romlik
 - (azaz a jóléti közgazdaságtan első tételéből következő parétói javulásra kevés esetben valósulhat meg)
- Erőforrásallokációs döntések – használdozat költség:
 - az a haszon, amelyről lemondunk azzal, hogy a pénzt egy adott célra költjük el
 - a többi szintén fontos cél elérésére is költhetünk volna ugyanezt a pénzt, de mivel nem ezekre költöttünk, így ezeken a területeken elmarad a javulás (elmaradt haszon)

- Mennyit költünk egészségügyre és hogyan költjük el a rendelkezésre álló pénzt?
 - Egészségügyi kiadások és versenyképesség, költségvetési egyensúly
 - Az egészségügy speciális jellege hatékonysági problémákat vet fel – nem zárható ki, hogy amit költünk annak egy része pazarlás

- Egyetértés van abban, hogy a rendszer hatékonyságát javítani kell, de nem makroszintű kiadások korlátozása jelenti a problémát:
 - **2. feltétel: bizonyítékok rendelkezésre állása és felhasználása az elemzésben**

GDP arányos eüi közkiadások

Közkidadások a GDP %-ában (2007) - nettó költségvetési pozíció	SK	PL	CZ	V3	HU	HU-V3
Általános közszolgáltatások	1,5	2,4	2,3	2,1	3,6	1,5
Védelem	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	-0,1
Közrend, közbiztonság	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	-0,2
Gazdasági tevékenységek	3,9	4,2	6,0	4,7	5,7	1,0
Környezetvédelem	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0,0
Lakástügyek és kommunális szolgáltatás	0,7	0,9	1,0	0,9	0,8	0,0
Egészségügy	6,9	4,0	7,0	6,0	3,9	-2,1
Szabadidő, kulturális és vallási tevékenység	0,5	0,9	1,1	0,8	1,1	0,3
Oktatás	2,5	3,8	2,7	3,0	3,1	0,1
Szociális védelem	9,0	9,8	10,9	9,9	14,2	4,3

Hatékonyság a források felhasználásában



	<i>Van ellátás</i>	Nincs ellátás
Van szükséglet	<i>Kielégített szükséglet</i>	Kielégítetlen szükséglet
Nincs szükséglet	Felesleges ellátás	Nem vett igénybe ellátást az akinek nincs szüksége rá

- Káros, hatástalan, vagy éppen dominált technológiák alkalmazása
- Hatásos, de nem szükséges ellátások nyújtása:
 - jövedelemnövelési ösztönzők (szolgáltató által indukálta kereslet)
 - szervezetlenség, párhuzamos ellátások
- Szükségtelenül magas szinten nyújtott ellátás

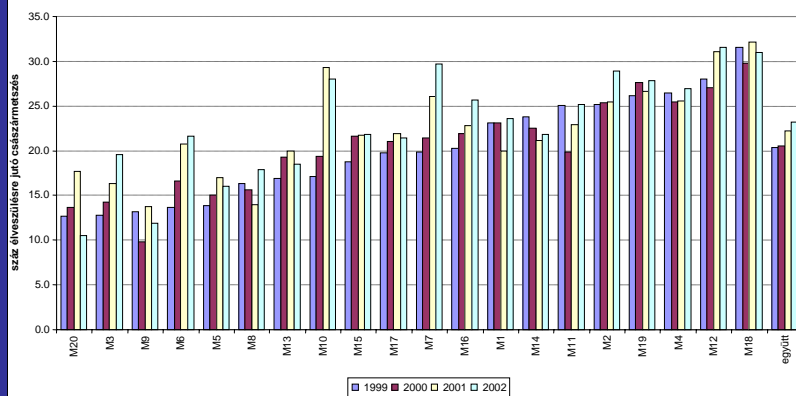
Hatásosság és tudományos bizonyítékok



- **A szülészeti ellátás olyan formái, amelyek egyértelműen hatástalannak vagy károsnak bizonyultak**
 - Alkohol vagy progeszteron készítmények alkalmazása a koraszülés megállítására
 - Rutin beöntés, illetve a fanszörzet leborotválása
 - A szülés progressziójának ellenőrzése rektális vizsgálattal
 - Hátonfekvő pozíció igénylése
 - Az anya-újszülött kapcsolat rutinszerű korlátozása
 - Rutin folyadékpótlás szoptatott csecsemők számára

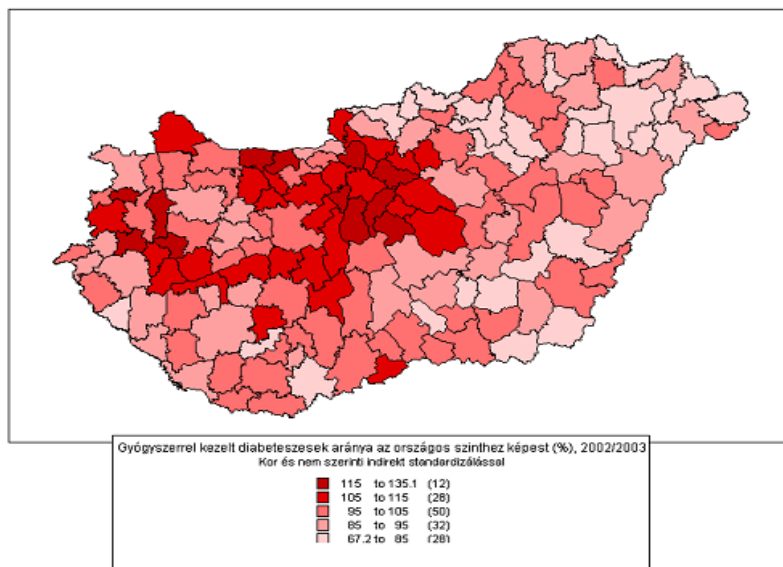
(forrás: Saltman, Figueras, 1997)

Eltérések a császármetszések gyakoriságában a megyei kórházakban (1999-2002)



Forrás: Belicza, 2004

Eltérések a diabetes gyógyszeres kezelésében



Forrás: Belicza, 2004

Az egészségpolitika eszközei



- Piac:
 - miért szeretik általában a közgazdászok a piacot?
 - miért nem működik ez az egészségügyben?
 - piaci kudarcok (nem hatékony): információ, korlátozott a verseny, externáliák...
 - és a piac és az igazságosság: mindenkinek jövedelme szerint! (aki tudja fizetni az jut hozzá)
- Állam:
 - szabályozás
 - forrásteremtés
 - finanszírozás (ösztönzők)
 - szolgáltatások nyújtása
 - erőforrások megteremtése
 - kultúra megváltoztatása (társadalmi marketing)

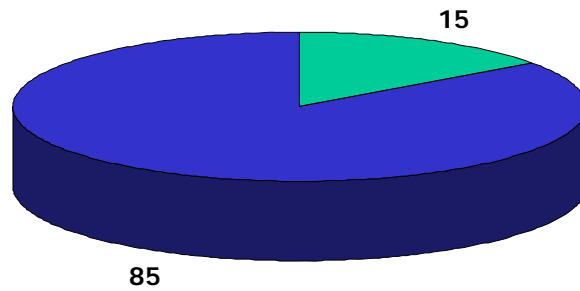
Eszközök és dilemmák a hatékonyság javításában



	<i>Van ellátás</i>	Nincs ellátás
Van szükséglet	<i>Kielégített szükséglet</i>	Kielégítetlen szükséglet
Nincs szükséglet	Felesleges ellátás	Nem vett igénybe ellátást az akinek nincs szüksége rá
Stratégia 1: ellátás-szervezés (betegség és esetmenedzsment) Költség egyszerre csökken és nő	Stratégia 2: ellátás nem szelektív visszafogása (vizitdíj, TVK, sorban állás) Költség csökken	Stratégia 3: ellátási kapacitások növelése (több ellátás nyújtása) Költség nő

Halasztotta-e el az orvoshoz fordulást azért, mert vizitdíjat kell fizetnie?

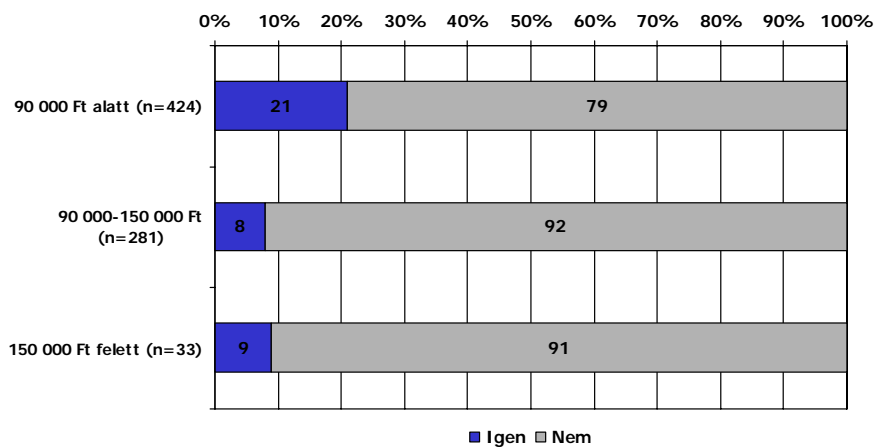
Igen
Nem



N = 990

Forrás: GFK, 2007

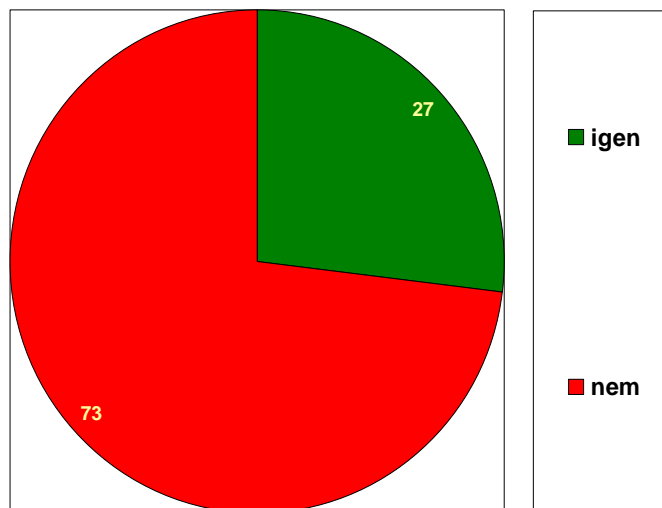
Halasztotta-e el az orvoshoz fordulást azért, mert vizitdíjat kell fizetnie? – jövedelem szerint



Szignifikáns eltérés 5%-os szignifikanciaszinten

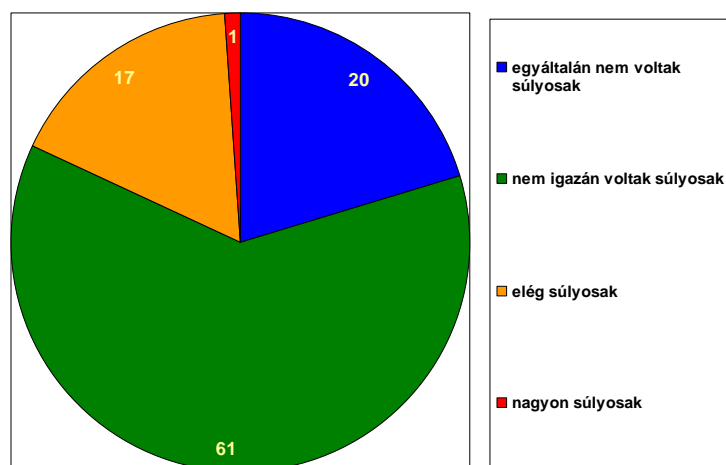
Forrás: GFK, 2007

Előfordult-e Önnel az elmúlt 12 hónapban, hogy beteg volt vagy volt valamilyen egészségügyi problémája, de késve vagy egyáltalán nem ment orvoshoz? (%) (Medián, 2008)



Forrás: Csaba, 2008

(A legutóbbi ilyen alkalommal) Mennyire voltak súlyosak a panaszai? (% azok körében, akikkel előfordult ilyen) (Medián 2008)



Forrás: Csaba, 2008

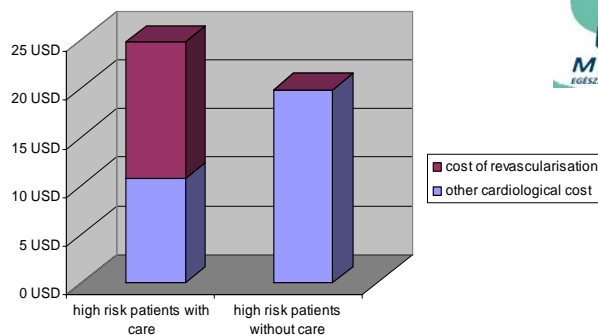
Mi volt az oka annak, hogy Ön nem, vagy késve fordult orvoshoz a problémájával? (% azok körében, akikkel előfordult ilyen)
(Medián, 2008)



Forrás: Csaba, 2008

Kielégítetlen szükségletek

SÉMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT



Alulkezelésből származó megtakarítások

Az egészségpolitikai döntéshozatal támogatása



SEMMEWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

- Célok:
 - Hatásosság
 - Hatékonyság
 - Igazságosság (méltányosság)
 - Megvalósíthatóság: politikai, technikai feltételek, egyéb értékek (pl. betegjogok)
 - **3. feltétel: az érintettek bevonásával, ciklusokon átívelő programok**
- Eszközök:
 - Piac kétséges
 - Állami beavatkozás is okozhat kárt; döntéshozatal támogatása

1

A technológia (közgazdasági) értékelés meghatározása



SEMMEWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

Közgazdasági értékelés (*Economic evaluation*)

- Legtágabb értelemben a közgazdasági értékelés bármely tevékenység elvégzéséhez szükséges erőforrások és a tevékenység által létrehozott értékek (*values*) szisztematikus meghatározása és összevetése, az erőforrások felhasználásával kapcsolatos választás (*choice*) szempontjából
- A közgazdasági értékelés tehát hatékonyság (*efficiency*) elemzés, mert magában foglalja a költségeket és a hasznokat;
- Az értékeket különböző mértékig és kiterjedtségben fedheti le

A közgazdasági értékelés meghatározása

•Az elemzés formái:

- ⇒ részleges elemzést (*partial evaluation*)
- ⇒ teljes elemzés (*full economic evaluation*)

A költségeket és a következményeket is vizsgálták?

Két vagy több lehetőség vizsgáltak?	NEM	NEM		IGEN	
		csak költségek	csak következmények		
	NEM	⇒ részleges elemzés			
		Költség leírás (<i>Cost description</i>)	Eredmény leírás (<i>Outcome description</i>)	Költség- eredmény leírás	
	IGEN	⇒ részleges elemzés			⇒ teljes
		Költség elemzés (<i>Cost analysis</i>)	Hatásosság elemzés (<i>Effectiveness evaluation</i>)	CMA, CEA, CUA, CBA	

A közgazdasági értékelés formái

Meghatározó elem: hogyan mérjük a hasznokat?

Az egészségi állapotban bekövetkezett változás elemzése

- ⇒ azonosítás ⇒ ha nincs különbség
Költség minimalizálás elemzés (Cost Minimisation Analysis)
- ⇒ mérés ⇒ hatás (*effect*) – természetes egységekben
Költség **hatásosság** elemzés (Cost Effectiveness Analysis)
- ⇒ érték hozzárendelése
 - ⇒ hasznosság, preferencia (*utility*) – pl. QALY
Költség hasznosság elemzés (Cost Utility Analysis)
 - ⇒ haszon (*benefit*) – pénzben
Költség haszon elemzés (Cost Benefit Analysis)

A közgazdasági értékelés formái



Az egyes módszerek előnyei és hátrányai:

- ⇒ milyen széles körben használható?
- ⇒ mennyire objektív?

Költség-hatásosság elemzés



A hasznokat természetes egységekben mérjük

- ⇒ pl. megmentett életek száma, megmentett életévek száma

Előnyök

objektív
könnyen
mérhető

Hátrányok

azonos típusú
eredményt adó
beavatkozások
hasonlíthatók csak
össze

Költség-hasznosság elemzés



A hasznokat az egészségi állapotra vonatkozó preferenciák alapján mérjük

- ⇒ pl. QALY = Quality Adjusted Life Years (életminőséggel korrigált életevek)

Előnyök

egymástól nagyon különböző egészségügyi beavatkozások is összehasonlíthatók

Hátrányok

a preferencia kifejezése miatt (életminőség) szubjektív

1

Költség-haszon elemzés



A hasznokat is pénzben igyekeznek kifejezni

- ⇒ pl. fizetési hajlandóság vizsgálata

Előnyök

az egészségügyi beavatkozások más programokkal (oktatás, hadügy, közlekedés) is összehasonlíthatók

Hátrányok

kifejezhető-e az emberi élet pénzben, és ha igen mennyit ér?

Az egészség, illetve az emberi élet értékének kifejezése pénzben:

- Emberi tőke modell (*human capital*):
 - lényege: jövedelem meghatározás (*constructive method*)
- Feltárt preferenciák (*revealed preference*)
 - lényege: egészségi állapottal kapcsolatba hozható piaci magatartás megfigyelése
 - pl. kockázatos munkahelyen dolgozók fizetésében a kompenzációs elem
- Állított preferencia (*stated preference*)
 - lényege: fizetési hajlandóság (*willingness to pay*) vizsgálata hipotetikus helyzetek bemutatásával

Költség / QALY táblázat néhány beavatkozásra

NHS, 1990

Beavatkozás	költség / QALY (GBP)
Koleszterin ellenőrzés és diétás kezelés (40-69 év)	220
Fejsérülés idegsebészeti ellátása	240
Családorvosi tanácsadás a dohányzásról való leszokáshoz	270
Szubarachnoideális vérzés idegsebészeti ellátása	490
Antihipertenzív kezelés a stroke megelőzésében	940
Pacemaker beültetés	1100
Aortasztenózis billentyűműtét	1140
Csípőprotézis	1180
CABG	2090
Vesetranszplantáció	4710
Szívátültetés	7840
Kórházi hemodialízis	21970
Malígnus intracraniális tumor sebészeti ellátása	107780

(forrás: Saltman, Figueras, 1997)