

PREVENCIÓ ÉS EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD – KEVESEBB EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁS?

Igen gyakran hangoztatott érv a prevenció mellett, hogy ezzel nemcsak elkerülhetők bizonyos betegségek, hanem a prevenció maga egyben költségmegtakarítással is jár. Az érv mögötti logika igen egyszerű: ha csökkentjük a kockázati faktorokat, akkor elkerülhetjük az ezek által kiváltott betegségeket, ezzel csökkennek az ezekkel kapcsolatos egészségügyi költségek is. Ez a tévhit egy módszertani kérdésből fakad: a legtöbb tanulmány esetében a kalkulációból kimarad a prevencióval megnyert életevekben jelentkező, a kockázati faktorokkal nem összefüggő betegségek költsége. A konklúzió azonban korántsem az, hogy nem éri meg prevencióra költeni, hanem az, hogy más gyógyászati beavatkozásokkal, terápiákkal azonos módon kell értékelni a prevenciót is: vagyis nem feltétlenül szükséges, hogy a prevenció költségmegtakarítással járjon együtt, hiszen az egészségügy célja nem a költségmegtakarítás, sokkal inkább a lakosság egészségi állapotának javítása. A tanulmány a Budapesti Corvinus Egyetemen, 2009. október 6-án, a 7. Egészség-gazdaságtani Minikonferencia során elhangzott előadások alapján készült.

BEVEZETÉS

Idén hetedik alkalommal került megrendezésre egyetemünkön a szakmai körökben immár hagyományossá vált Egészség-gazdaságtani Minikonferencia. Az Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzési Kutatócsoport a tavalyi tanévben indította el minikonferencia sorozatát, amelynek célja egy-egy, a szakmában kiemelkedő jelentőségű professzor megszólaltatása és a szakmai tapasztalatcsere. A bevett szokás szerint a konferencián az adott témában magyar szakemberek is szót kapnak, beszámolnak a magyar tapasztalatokról, és megvitatják a nemzetközi példák hazai alkalmazhatóságát hazánkban. A minikonferenciák meghívott előadói közt olyan kiemelkedő nevek szerepelnek, mint *Ron Akehurst* (Sheffieldi Egyetem, School of Health and Related Research), *Ulf Persson* (The Swedish Institute for Health Economics & Institute of Economic Research, School of Economics and Management, Lund University, Sweden), *Niek Klazinga* (Hollandiából), és *Pirkko Vartiainen* (Vaasai Egyetem, dékán, Faculty of Public Administration, Social and Health Administration).

Ez alkalommal a minikonferencia meghívott előadója a Budapesti Corvinus Egyetem vendégprofesszora, *Werner Brouwer* volt a Rotterdami Erasmus Egyetemről. Az október 6-i konferencia apropója, egyben központi témája a prevenció és a prevencióval kapcsolatos tévhitek voltak. Magyar oldalról ezúttal *Boncz Imre* (Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészség-gazdaságtan, Politika és Menedzsment Tanszék), valamint *Vokó Zoltán* (Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont, Eötvös Loránd Tudományegyetem) reflektáltak az előadásra. A konferencia érdekessége, hogy mindhárom előadó a Rotterdami Erasmus Egyetemen (is) szerzett képesítést.

Köszöntőjében *Jenei György*, a Közszolgálati Tanszék egyetemi tanára elmondta, hogy az immár hagyományossá vált minikonferenciák legfőbb érdeme, hogy kapcsolatot teremtenek nemcsak a külföld és hazánk, hanem a hazai szakma művelői, intézményei és az egyetemi tudományos élet között.

A PREVENCIÓRÓL

Nem véletlen, hogy egyre többet beszélünk prevencióról. Egyre inkább elfogadottá válik az a nézet, hogy a lakosság egészségi állapota sokkal inkább a társadalmi-gazdasági viszonyoktól, és az életmódtól függ, mint az egészségügyi rendszertől [OECD 2005]. Egyre több kutatás számol be arról, hogy a lakosság várható élettartamában országonként tapasztalt különbségek részben visszavezethetők az életmódbeli különbségekre [WHO 2002]. Gondoljunk csak arra, hogy a Dél-Európában megfigyelhető magas várható élettartamot például gyakran a mediterrán életmód (több zöldség, gyümölcs, olíva, kevesebb stressz) kedvező hatásának tulajdonítjuk. A 2002-ben megjelent World Health Report [WHO 2002] szerint Közép-Európában például több mint 10 évvel megnövekedhetne az egészségben töltött életevek száma, ha az adott környezetben legelterjedtebb 20 rizikófaktort megszüntetnénk. Éppen ezért világszerte előtérbe kerültek a prevenció és népegészségügyi programok, amelyek a dohányzásról való leszokásra, a helyes táplálkozásra és több mozgásra buzdítják az embereket. A leggyakrabban példaként említett sikeres prevenció projektet 1972-ben indították a finn Észak-Karélia tartományban, ahol országos szinten kiemelkedően magas volt a koronáris szívinfarktusban elhalálozottak aránya. A program 25 éve alatt a mortalitási ráta 75 százalékkal csökkent a tartományban, és visszaállt az országos átlag szintjére.

Az egészséges életmódra nevelésben a kampányok mellett egyre inkább terjednek a negatív ösztönzők is: a „szennyező fizet” elv alapján a dohányosoknak például számos biztosítás esetében magasabb biztosítási díjat kell fizetniük. Gyakran alkalmazott eszköz a dohányárak jövedéki adójának emelése is, ami hozzájárul a dohányzásból eredő egészségügyi költségek finanszírozásához. (Azonban az USA-ban 2006-ban a dohányzás okozta egészségügyi költségek hétszer akkorák voltak, mint a beszedett jövedéki adók.*)

Nem szabad azonban megfeledkezni arról sem, hogy idővel változik az egyes kockázati faktorok megítélése, illetve elterjedése is. Egy 1984-es Times magazin címlapján a koleszterin mint rossz hír, míg egy 1999-es címlapon már mint jó hír szerepel. Vagy említhetnénk például a borfogyasztást is. Továbbá tudjuk, hogy egészséges a mozgás, de mi a helyzet az élsporttal vagy az extrém sportokkal? Azt, hogy a kockázati faktorok idővel változnak, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy az USA-ban nagy sikert értek el a dohányzásról leszoktató kampányok, viszont ezzel egyidőben egyre nagyobb problémává vált a lakosság elhízása.

A prevenció mellett azonban gyakran egy másik érv is elhangzik, amely így szól: *„Devoting more of our health-care funds to prevention will save tens of millions of*

* <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0108.pdf>

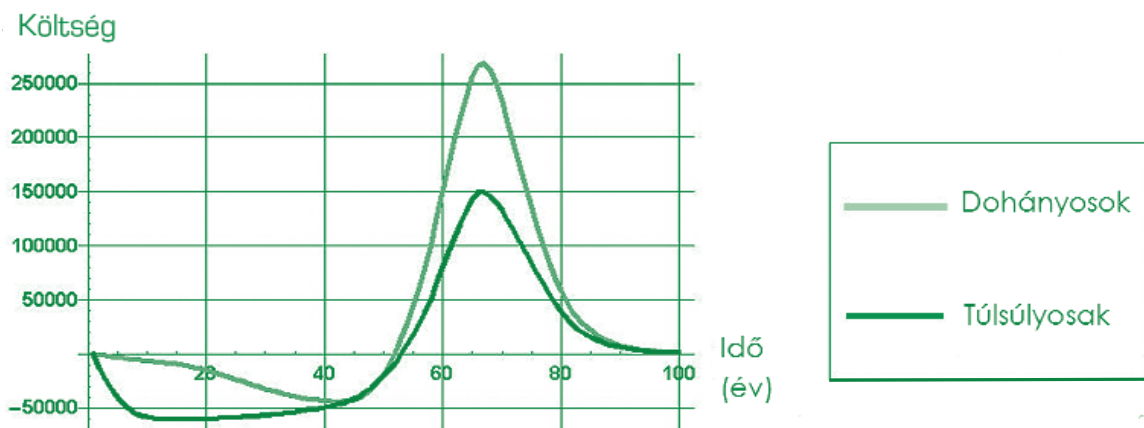
dollars and improve millions of lives.” vagyis: „Ha többet ruházunk be megelőző kampányokba, azzal több tíz millió dollárt takaríthatunk meg és több millió életet menthetünk meg.” [Obama 2008]. Vagy pedig: „*well-designed public health programmes may contribute to the prevention of illness and help relieve some of the cost pressures on health care systems*”, azaz „jól felépített népegészségügyi programok hozzájárulhatnak a betegségek megelőzéséhez, és egyben az egészségügyi rendszerek költségterheit is enyhíthetik.” [OECD 2005]. Az első mondatot Obama kampányszövegéből idéztük, a másodikat az OECD jelentéséből, de számtalan hasonló tartalommal bíró kijelentéssel találkozhatunk akár a külföldi, akár a hazai médiában. Gyakran elhangzó érv a prevenció mellett, hogy ezzel nemcsak betegségeket kerülhetünk el, hanem ezáltal csökkennek az egészségügyi kiadások is. Mindez egyszerű logika mentén levezethető: ha csökkentjük a kockázati faktorokat, akkor elkerülhetjük az ezek által kiváltott betegségeket, ezzel csökkennek a velük kapcsolatos egészségügyi költségek is. Ha valaki például dohányzik, akkor nagyobb eséllyel érik bizonyos megbetegedések (például tüdőrák), amelyek kezelése az egészségügyi rendszer számára költséget jelent. Ha valamilyen módon – egy jól irányzott kampány, vagy más eszközök segítségével – leszoktatjuk a dohányzásról, akkor kisebb valószínűséggel jelentkezik nála az adott betegség, így ez nem is jelent költséget az egészségügyi rendszer számára. Vagyis a két célt egyszerre érjük el: javul az egyén egészségi állapota, magasabb lesz az egészségesen megélt életévek száma, és mivel nem jelentkeznek a kockázati faktorok által kiváltott betegségek, ezzel források szabadulnak fel az egészségügyben. „*Saving lives, saving money*”. Igen ám, azonban mindez nem túl szép ahhoz, hogy igaz legyen?

A PREVENCIÓ ÉS A KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS

Ahogy az előbb is végigvezettük, az egészségtelen életmód betegségeket okozhat, amelyek gyógyítása költséges. Ha azonban megszűnik a kockázati faktor (például egy kampány hatására), akkor nem jelentkeznek ezek a költségek, így a prevenció költségmegtakarítással jár. Van Baal et al. 2008-ban publikált cikke azonban felhívja a figyelmet arra, hogy a legtöbb esetben mindez csak azért tűnik költségmegtakarításnak, mert a költséghatékonyság-elemzésekben csak a kockázati faktorokhoz kapcsolódó betegségek költségei szerepelnek, és nem szerepelnek a megelőzésből eredő megnyert élettartam során fellépő, a kockázati faktorokkal kapcsolatban nem álló betegségek költségei. Ha az elemzések figyelembe veszik ezeket az élettartam végén jelentkező költségeket, akkor más költséghatékonysági eredményeket kapunk.

Van Baal és szerzőtársai [2008] cikkükben holland adatokon vizsgálták a prevenció költséghatékonyságát a dohányzás és az elhízás esetében. A szerzők célja a túlsúlyosak, a dohányosok és az „egészségesek” (vagyis akik nem dohányoznak és a testtömeg-indexük bizonyos határok közé esik) egészségügyi költségeinek összehasonlítása a teljes élethossz során. Az elemzéshez *Markov-modellt* használtak, 20 éves koruktól kezdve követték végig a három kohorszra fordított egészségügyi kiadásokat. Az eredmények tesztelésére a szerzők érzékenységvizsgálatokat végeztek, és ezek alapján eredményeik stabilnak/robusztusnak bizonyultak. A számítások szerint az éves átlagos egészségügyi költség magasabb a túlsúlyosak és a dohányosok esetében.

56 éves korig a túlsúlyos csoport a legköltségesebb, míg a későbbi életévekben a dohányosok csoportja. Azonban 20 éves korban a várható élettartam az egészséges emberek esetében a legmagasabb (64,4 év), szemben a túlsúlyos csoporttal (59,9) és a dohányosokkal (57,4). Így a teljes élethosszra vetített egészségügyi költség az egészségesek esetében lesz a legmagasabb, (2003-as értéken számolva 281 ezer euró/fő), őket a túlsúlyos csoport követi (250 ezer euró/fő), és a legalacsonyabb költségűek a dohányosok (220 ezer euró/fő). A költségek közti különbségek nem a dohányzással vagy elhízással kapcsolatos betegségekben jelentkeznek, hanem a megnyert életévekben jelentkező, a kockázati faktorokkal nem összefüggő betegségek költségeiben. Ez azt jelenti, hogy a kockázati faktorokkal összefüggő betegségek esetében költségmegtakarítás, viszont a nem összefüggő betegségek esetében költségemelés jelentkezik, vagyis a prevenció rövid távon költségmegtakarítást jelent (ha nem számoljuk a befektetett összeget), de hosszú távon magasabb költségeket idéz elő. A kockázati faktorok közül a dohányzás elleni prevenció jelenti a legnagyobb pótlólagos költséget. Ez látható az 1. ábrán.



Forrás: Van Baal et al, 2008

1. ábra: Az aggregált egészségügyi költségek különbsége sikeres prevenció esetén

Az eredmények háttérében egy módszertani vita áll. A kérdés az, hogy az élethosszan tartó beruházások értékelésénél milyen költségek és hasznok szerepelnek az elemzésben. (Hasonló módszertani probléma például az is, hogy ezeknél a beruházásoknál hogyan választjuk meg a jövőbeni hasznok és költségek jelenértékének meghatározásához használt diszkontfaktort.) Rappange et al. [2009] amellett érvel, hogy az elemzésekben ne csak a haszon oldalán jelentkezzen a megnyert életév, hanem a költségoldalán is szerepeljen a megnyert életévek során fellépő, nem a kockázati faktoroknak köszönhető betegségek költsége.

A szerzők szerint nem véletlen, hogy az egészség-gazdaságtani elemzésekben általában nem szerepelnek ezek a költségek: a NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, Egyesült Királyság) és a hollandok által használt, technológiaelemzésekre vonatkozó iránymutatás azt javasolja, hogy az elemzők tekintsenek el a megnyert életévek folyamán, hosszú távon jelentkező, nem a kockázati faktorok által kiváltott betegségek okozta költségektől. Az Egyesült Államokban használatos irány-

mutatások és a WHO által kiadott előírások az elemzőkre bízzák, hogy számolnak-e velük. A Swedish Pharmaceutical Benefits Board szinte az egyetlen olyan szervezet, amely javasolja ezek számbavételét. A szakma megosztott ebben a kérdésben, azonban egyre több elemzés veszi figyelembe ezeket a költségeket.

Ugyanilyen kérdés, hogy az elemzések figyelembe veszik-e a beavatkozás más szektorokban jelentkező költségeit vagy hasznát, hiszen lehetséges, hogy egyszerűen csak költségátcsoportosításról van szó. [Gulácsi et al. 2008; Péntek et al. 2008] Így nemzetközileg is jobban összehasonlíthatók lesznek az eredmények.

AKKOR MÉGSE FEKTESSÜNK BE PREVENCIÓBA?

Az eredmények alapján azt látjuk, hogy a közhiedelemmel ellentétben a prevenció nem költségmegtakarítással, hanem költségemelkedéssel jár. Akkor tehát mégsem akkora üzlet a prevenció? Nem, ez korántsem jelenti azt, hogy a prevenció nem kívánatos, hiszen az egészségügynek nem a költségmegtakarítás a fő célja. Az egészségügy célja a lehető legnagyobb egészségnyereség elérése az egészségügyre szánt források optimális felhasználásával. [Gulácsi 2005a; 2005b] Ezek után már csak az a kérdés, hogy a prevencióval, vagy akut gyógyító eljárásokkal érhető el nagyobb egészségnyereség. A fő kérdés tehát nem az, hogy a prevenció költségmegtakarítást eredményez-e, hanem az, hogy hogyan alakul költséghatékonysága a gyógyító eljárásokhoz képest. Rappange et al. [2009] csak annyit állít, hogy a prevenciót is a többi technológiával azonos módon kell értékelni, vagyis nem kell, hogy a prevenció költségmegtakarítást jelentsen, elég, ha költséghatékonynak bizonyul. Van Baal et al. [2008] számításai szerint a prevenció annak ellenére, hogy nem jár költségmegtakarítással, igen jó költséghatékonysággal bír: a költséghatékonysági ráta 6000 euró minőséggel korrigált életévenként (QUALY), ami azt jelenti, hogy a prevenció felveszi a versenyt a gyógyító eljárásokkal.

MIÉRT HANGSÚLYOZTÁK A KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁST?

Rappange et al. [2009] szerint nem véletlen, hogy az utóbbi időben a prevenció népszerűsítése érdekében a költségmegtakarítási érv ekkora hangsúlyt kapott. Ugyanis megfigyelhető, hogy a legtöbb szituációban a gyógyító eljárásokat preferáljuk a prevencióval szemben, így költséghatékonyságával kapcsolatban is magasabbak az elvárásaink. Ezt bizonyítja az a tény is, hogy az OECD országokban általában az összes egészségügyi kiadásnak csupán 3 százalékát fordítják prevencióra. Azt, hogy a prevenció miért is indul versenyhátrányból a gyógyító eljárásokhoz képest, azt több közgazdaságtani elmélet is magyarázza. A prevenció „háttérbe szorításának” egyik oka az, hogy a politikusok általában nagyon magas diszkontfaktort alkalmaznak a nagyon hosszú távon jelentkező hasznok vagy költségek értékelésénél, vagyis inkább preferálják azokat a befektetéseket, amelyek rövid távon (választási ciklus alatt) megtérülnek. Preferáljuk a gyógyító eljárásokat a prevencióval szemben azért is, mert az előzőnél világosan kiderül, hogy kihez kerül az elért egészségnyereség, míg a prevenció esetében a nyertes egy meghatározhatatlan csoport. Ugyanezt eredményezi a „rá-

szorultság vagy sürgősség” elve is: a gyógyító eljárások a betegeken segítenek, míg a prevenció esetében tulajdonképpen az egészséges emberekre költünk. A „fizessen a bűnös” elv szerint a társadalom általában kevesebb szolidaritást mutat azok irányában, akik felelőssé tehetőek betegségükért. Mindemelett megemlíthető az is, hogy a prevenció esetében igen nehéz költséghatékonysági vizsgálatokat végezni a hosszú táv miatt, ezért örökös a bizonytalanság a költségek és hasznok terén.

A végső konklúzió tehát az, hogy a prevenció, bár nem jelent megoldást a világszerte növekvő egészségügyi kiadások megfékezésére, igen jó befektetésnek bizonyul, ha a hasznot egészségnyereségben mérjük.

IRODALOM

- van Baal, Pieter H. M. et al (2008): „Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention, No Cure for Increasing Health Expenditure”, *PLoS Medicine*, 5(2)
- Boncz Imre (2009): *Unhealthy lifestyle in health policy context*, konferencia előadás, Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani Minikonferencia, 2009. 10. 06
- Gulácsi László (2005a): „The impact of the EU enlargement on the Hungarian Health care system”, *Der Donauraum*, 2005;2:32–42.
- Gulácsi László, szerk. (2005b): *Egészség-gazdaságtan*, Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Gulácsi László et al. (2008): „Eastern Europe: Burden of illness of dementia in Hungary”, *Dementia in Europe Yearbook*, pp 76–77. Paris
- Obama, Barack (2008): „Affordable health care for all Americans: The Obama-Biden plan.” *Journal of the American Medical Association* 300:1927–8.
- OECD (2005): *Health at a Glance*. Paris: OECD, 2005.
- Péntek Márta et al. (2008): „Osteoporosis in minorities”, In: Chávez-Tapia, Norberto C.-Uribe, Misael: *Topics in prevalent diseases: A minority's perspective*, Nova Science, New York.
- Rappange, David R. et al (2009): „Lifestyle intervention: from cost savings to value for money,” *Journal of Public Health*, megjelenés alatt
- Vokó Zoltán (2009): *The importance of life style factors from a public health perspective*, konferencia előadás, Budapesti Corvinus Egyetem, Egészség-gazdaságtani Minikonferencia, 2009.10.06
- WHO (2002): *World Health Report 2002*. WHO: Geneva