

EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS EGYENLŐTLENSÉGEI MAGYARORSZÁGON



EgészségMonitor

EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Kutatásvezető **Vitrai József**
Munkatársak **Bakacs Márta**
 Gémes Katalin
 Kiss Norbert
 Kövi Rita
 Uzzoli Annamária*

* A kutatásban való részvételt részben a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatta

A kutatás során felhasznált 2008-as ellátási adatokat az Egészségbiztosítási Felügyelet biztosította díjmentesen, és az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet válogatta le.

Ez úton mondunk köszönetet érte.

A kutatás résztvevői munkájukat önkéntesként, anyagi ellenszolgáltatás nélkül végezték.

1. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés vizsgálatának első szakaszában a 2008-ban elvégzett, közfinanszírozott szürkehályog műtétek adatait elemeztük. Egybecsengően az Állami Számvevőszék 2010. márciusi jelentésében megfogalmazottakkal, bár a korszerű műtéti eljárások mindenki számára hozzáférhetőek voltak, az olcsóbb és jobb ellátási minőséget képviselő egynapos műtétek aránya még messze elmaradt a fejlett országokétól. Az egynapos ellátáshoz való hozzáférés az országban jelentősen különbözött, inkább a nagyobb településen lakók számára volt megoldott. A műtetre történő utazáskor gyakran átlépték a megyehatárokat, és számottevő esetben nem a legközelebbi ellátó intézményt keresték fel. A lakóhelytől függően nagy egyenlőtlenség volt tapasztalható az utazási távolságban, melyet részben a területi ellátási kötelezettség ellentmondásai okozhattak.

A hozzáférési adatok elemzésének eredményeit hasznosító hatékonyabb betegútszervezéssel, illetve az egynapos ellátáshoz való hozzáférés javításával több száz millió, a kapacitásoknak az igényekhez való jobb illesztésével akár több milliárd forintnyi forrás is átcsoportosítható lenne más ellátási területekre. A tanulmány javaslatokat fogalmaz meg a szürkehályog műtétek elérhetőségében kimutatott egyenlőtlenségek csökkentésére.

1.1 A LAKÓHELYTŐL FÜGG AZ ESÉLY A JOBB MINŐSÉGŰ ELLÁTÁSRA

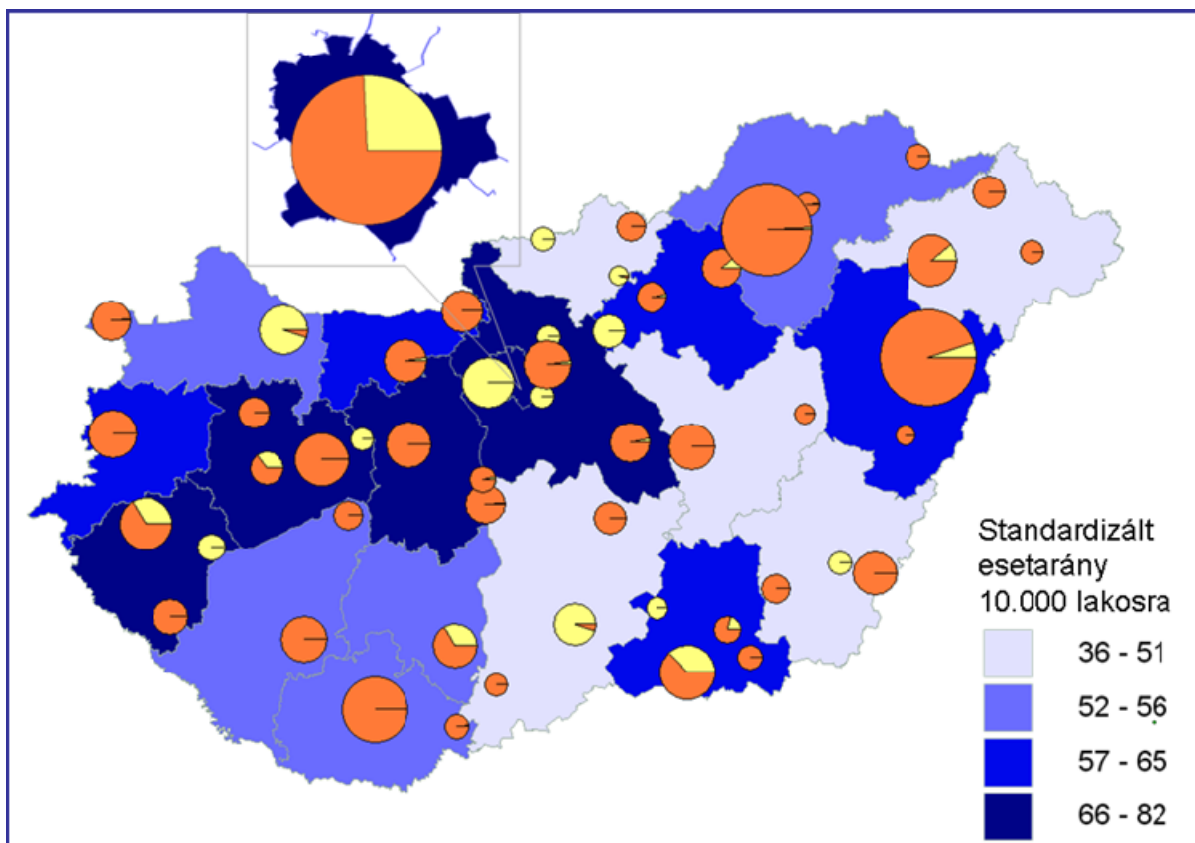
A szem időskorban fellépő gyakori, a látást és ezáltal az életminőséget jelentősen rontó betegsége a szürkehályog, mely azonban jól kezelhető sebészeti úton. A szürkehályog műtét az egyik leggyakoribb sebészeti beavatkozás, és az ún. phacoemulsificatio műtéti technika alkalmazásával, a műtét gyorsabbá, biztonságosabbá és eredményesebbé vált, ami lehetővé tette a beavatkozás egynapos ellátásként való széles körű elterjedését. A 2008-ban közfinanszírozott mintegy 63 ezer szürkehályog műtét adatait elemezve elmondható hogy Magyarországon a műtétek 99,6%-a ezzel a modern technikával történik, amely minden szürkehályog műtétet végző intézményben elérhető.

A korszerű műtéti technikák ellenére Magyarországon még mindig nagyon alacsony, 22%-os volt az egynapos ellátásként végzett szürkehályog műtétek aránya, messze elmaradva a több nyugat-európai országban is elért 80%-os szinttől. Az ellátás infrastruktúrája, az egynapos ellátást nem egyértelműen preferáló szabályozási-finanszírozási környezet, az igényekhez nem jól illeszkedő közlekedési lehetőségek, továbbá a beteg nem megfelelő otthoni körülményei akadályozhatták az egynapos ellátás igénybevételét.

A szürkehályog műtétek lakóhely, illetve ellátó intézmény földrajzi helye szerinti elemzése alapján az esetek területi megoszlása aránylag egyenletesnek mutatkozott. A legkevesebb szürkehályog eset Jász-Nagykun-Szolnok megyében (az életkori és nemi különbségek

kiegyenlítése után 10 ezer lakosonként 45 eset), míg a legtöbb Veszprém megyében (81 eset) volt [1. ábra].

1. ábra: A szürkehályog műtétet végző intézmények betegforgalma és a standardizált megyei esetarányok 2008-ban. Az intézményeknek helyet adó településeket jelölő körök átmérője az éves esetszámmal arányos (23-tól (Berettyóújfalu) 3500-ig (Debrecen) terjed, illetve Budapest esetében 20.000), bennük a világosabb színű körök mérete az egynapos műtétek arányát mutatja. Ha egy településen több ellátó található, akkor ezek adatai összevontan, települési szinten jelennek meg. A megyénként a két árnyalataival jelzett – a lakosság eltérő életkori és nemi összetételének kiegyenlítését szolgáló – standardizálással nyert esetarányok az ellátási szükségletet jelenítik meg. A szükségletben jelentkező egyenlőtlenséget jelzi az, hogy a legnagyobb érték a legkisebbnek több mint kétszerese.



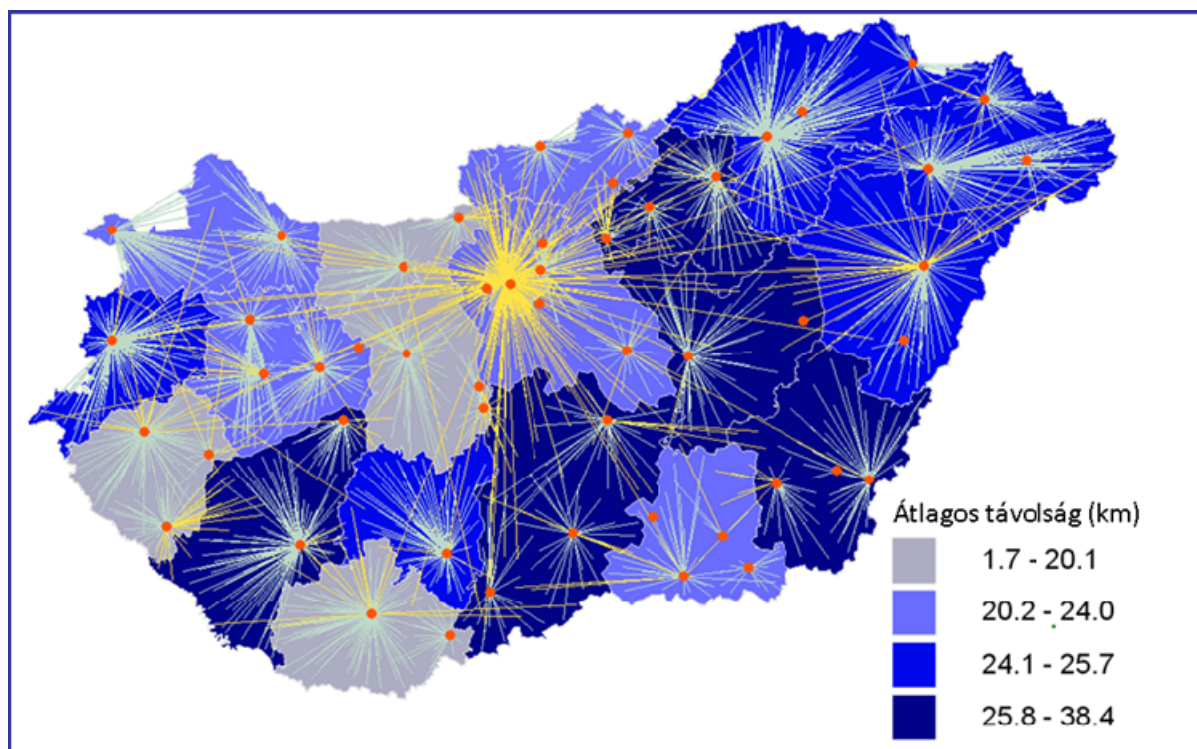
Nagy egyenlőtlenségek mutatkoztak azonban az egynapos műtétek térségi eloszlásában. A régiókat vizsgálva az egynapos műtétek legmagasabb aránya 35% (Nyugat-Dunántúl), a legalacsonyabb mindössze 6% (Észak-Alföld), a megyéknél 58% (Győr-Moson-Sopron) és 2% (Baranya) volt. Előfordult olyan kistérség, ahol az egynapos beavatkozások aránya 91%-ot is elérte, míg máshol ez 0% volt. A településeknél az egynapos esetarány 100% és 0% között mozgott. A korszerűbb ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségére utal továbbá az is, hogy a 10 ezer lakosnál nagyobb településen élő betegek 24%-át, addig az 1000 fő alatti kistérségeken élők csupán 14%-át engedték haza a műtét napján.

Az intézmények szintjén jelentős egyenlőtlenség volt tapasztalható, mivel a 72 szürkehályog műtétet végző intézmény között a műtétek száma aránytalanul oszlott el: az intézmények negyedében végezték a műtétek felét. Néhány ellátó éves műtétszáma a szakmai protokollban előírtat sem érte el.

A kutatás egyik célja az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésnek a vizsgálata volt, amelyet az ellátó intézmények elérhetőségének, illetve a betegek körében megfigyelt tényleges mobilitásnak az elemzésén keresztül közelítettünk meg. Megállapítható, hogy 2008-ban szürkehályog műtétre az esetek mintegy 10%-ában másik régióban, közel 20%-ában másik megyében, majdnem felében pedig másik kistérségben került sor.

Az esetek mintegy 60%-ában a betegek másik településre utaztak a műtéti beavatkozásra [2. ábra]. Legnagyobb arányban, közel 15%-ban a Dél-Alföld régióban hagyták el a műtét miatt régiójukat a betegek. A megyék közül legtöbben, mintegy 65%-ban Pest megyéből lépték át a megyehatárt, és döntő többségükben (95%-ban) budapesti intézményt kerestek fel. A betegek 30-40%-a Bács-Kiskun, Jász-Nagykun-Szolnok és Nógrád megyéből utazott másik megyébe a beavatkozásra. Ha a valóságban megfigyelhető betegutakat vizsgáljuk egy olyan elektív beavatkozás, mint a szürkehályog műtét esetében, akkor megállapítható, hogy a betegek az esetek jelentős részében átlépik a közigazgatási határokat.

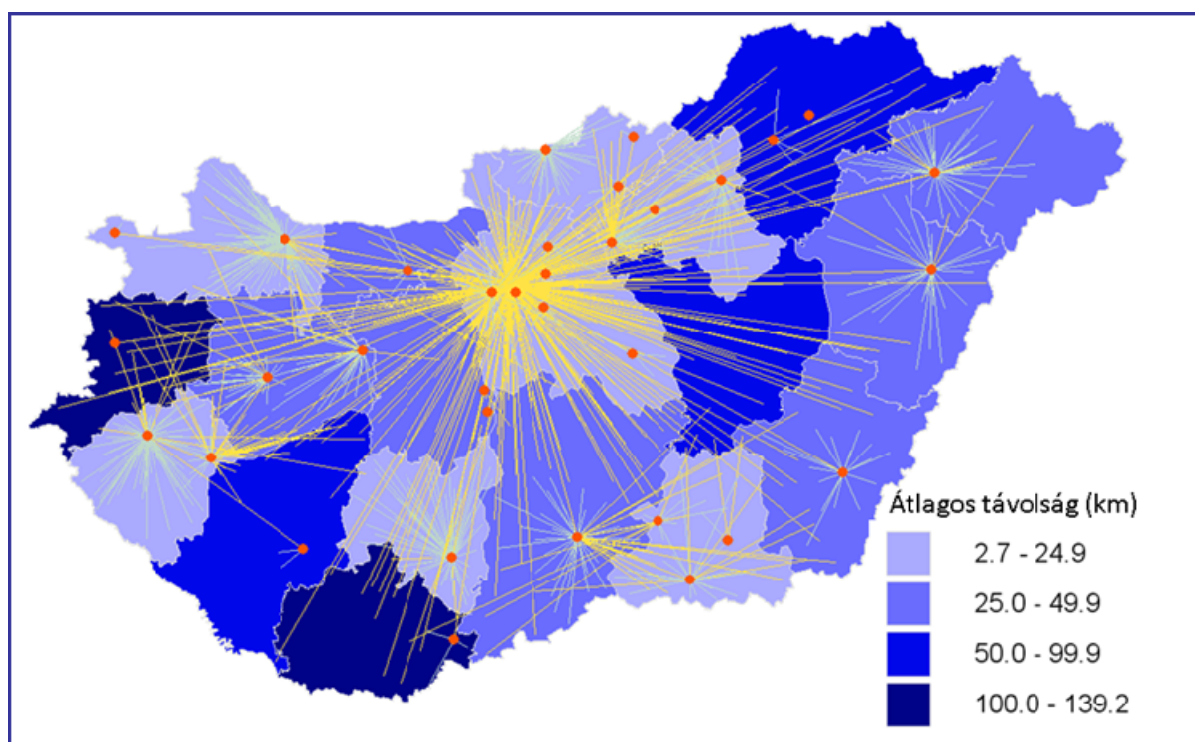
2. ábra: A legjellemzőbb betegutak hálózata a szürkehályog műtéti ellátásában 2008-ban. A lakóhelyről egy másik településen működő – narancsszínű körökkel jelölt – ellátóig légvonalban meghúzott, az adott településről leggyakrabban igénybevett, ún. domináns útvonalak közül a megyehatáron átvezető útvonalakat sárga színnel külön kiemeltük. A megyék eltérő árnyalatai jelzik azt a lakóhely és az intézmény közötti – légvonalban számított – átlagos utazási távolságot, amelyet az adott megye betegei megtettek. A térképen csak a lakóhelyétől eltérő településen ellátott esetek (a 63 ezer eset mintegy 60%-a) vannak feltüntetve. Az ellátás hozzáféréseinek egyenlőtlenségeit igazolják az utazási távolságokban mutatkozó jelentős megyei különbségek. A betegút-hálózat sűrű csomópontjai jelzik a műtétek egyes intézményekben, illetve településeken tapasztalt koncentrációját.



A lakóhelytől az ellátást nyújtó intézményig légvonalban számított, esetszámmal súlyozott távolság legkisebb Közép-Magyarországon (8 km), legnagyobb a Dél-Alföldön (31 km) volt. A

megyék közül Bács-Kiskun és Békés megyében volt a legnagyobb távolság (38 km) és Budapesten a legkisebb (2 km). Az egynapos ellátást nyújtó intézményig légvonalban számított, esetszámmal súlyozott távolságok a régiókban csekély, a megyékben viszont jelentős mértékben eltérőek voltak. Így pl. Baranya megyében közel 140 km-re, néhány kistérségben akár 200 km-nél nagyobb távolságra volt az egynapos műtétet végző intézmény [3. ábra].

3. ábra: A legjellemzőbb betegutak hálózata a szürkehályog egynapos műtéti ellátásában 2008-ban. A lakóhelyről a műtétet végző intézménybe légvonalban húzott vonalak az adott településről a leggyakrabban választott, ún. domináns útvonalakat jelölik. A megyehatáron átvezető betegutakat sárga színnel kiemeltük. A megyék eltérő árnyalatai jelzik a lakóhely és az ellátó intézmény közötti – légvonalban számított – átlagos utazási távolságot egynapos ellátás igénybe vétele esetén. Az egynapos ellátás hozzáféréseinek egyenlőtlenségeit jelzik az utazási távolságokban mutatkozó nagyobb megyei különbségek.



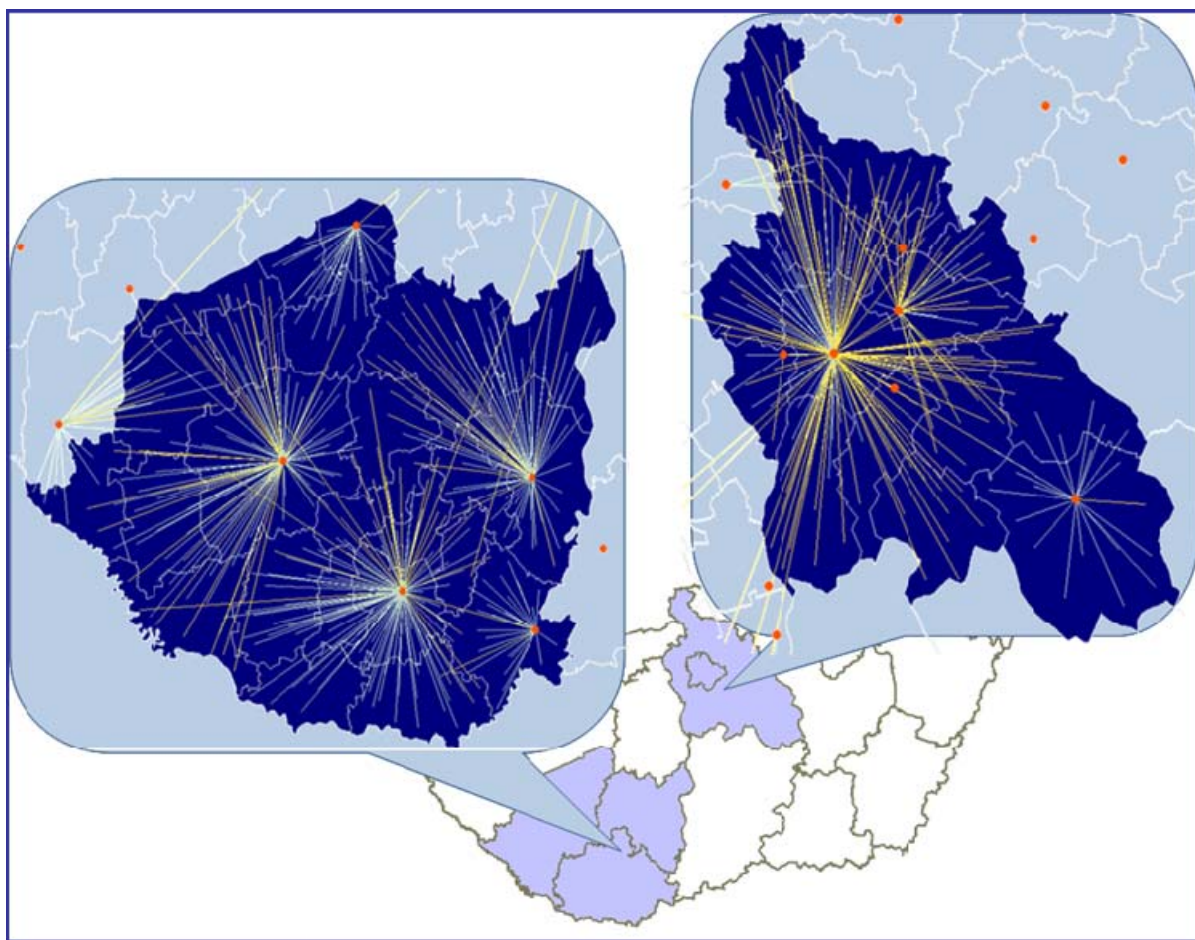
Az ötvenezer lakosnál nagyobb településeken élő betegek számára a szürkehályog műtéteket végző intézményekhez légvonalban mért súlyozott távolság csupán az ötöde volt a kisebb lélekszámú településekhez viszonyítva. Emiatt a betegek több mint felét képviselő, kisebb településeken élő betegeknek aránytalanul többet kellett utazniuk a műtétre. Ezzel összhangban az is kimutatható volt, hogy a társadalmi-gazdasági okok miatt hátrányosabb területen élő betegeknek a műtétet végző intézmények eléréséhez némileg nagyobb távolságot kellett megtenniük.

A részletesebben elemzett Közép-Magyarországon és a Dél-Dunántúlon a műtéthez közúton megtett utazási távolság egyenlőtlenül oszlott meg a betegek között: az összes út 2/3-át a műtétek csupán 1/3-ához kellett megtenniük.

1.2 HOL A SZABÁLYOKAT KÖVETVE, HOL ÖNSZÁNTUKBÓL UTAZNAK TÁVOLABBRA A BETEGEK

Az elemzések – elsősre talán meglepőnek látszó – eredményei szerint a betegek nem mindig a legközelebbi intézményt keresik fel a műtétet céljából. Az ellátó intézménnyel rendelkező kistérségekben az esetek közel 20%-ában a betegek kistérségen kívüli ellátó intézményt vettek igénybe. Vannak olyan kistérségek az országban, ahol a betegek 80-90%-a nem a lakóhelyéhez legközelebbi ellátó intézményt vette igénybe [4. ábra]. A kapott eredmények pontosítása céljából az adatokat kistérségi szinten is megvizsgáltuk két esetben. Az esettanulmányként választott Fonyódi és Dunakeszi kistérségre végzett modellszámítások alapján megállapítható volt az az utazási többletköltség, amely abból fakadt, hogy a betegek a legközelebbi ellátó helyett a szolgáltatást egy távolabbi településen (pl. a számukra kijelölt intézményekben) vették igénybe.

4. ábra: Nem a legközelebbi intézményben végzett műtétekhez tartozó betegút-hálózat Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon 2008-ban. A lakóhelyről a műtétet végző intézménybe légvonalban húzott vonalak az adott településről a leggyakrabban választott, ún. domináns útvonalakat jelölik. Sárga színű vonalak jelölik ki azokat a domináns betegutakat, amelyek közötti közlekedéssel számítva nem a legközelebbi intézménybe vezetnek.



A Fonyódi kistérség betegeinél ez az esetek 80%-ában fordult elő, és az átlagos többletköltség személygépkocsival – csak a benzinköltséget figyelembe véve – egy esetre számítva 1660 Ft. A Dunakeszi kistérségben az esetek 92%-ában kerestek fel távolabbi szolgáltatót, és a pluszköltség esetenként 470 Ft volt. Mindkét kistérségben a többlet utazási idő 1 óra volt. Tekintve, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár utazási költségtérítésre tervezett 2010-es előirányzata 4,2 milliárd forint, betegszállításra pedig 5,8 milliárd forint, a legközelebbi intézmény igénybevétele esetén történő megtakarítás számottevő tétel lehet. Ez akkor is igaz, ha a betegek nem kérik az útiköltség megtérítését, hiszen ilyenkor maguk állják az utazási költségeket, így a rövidebb út társadalmi szinten szintén megtakarítással jár.

1.3 KÖRÜLTEKINTŐBB SZERVEZÉSSSEL JOBBAN LEHETNE ELKÖLTENI A FORRÁSOKAT

A távolabbi intézmény igénybevételét az egyéni fogyasztói választáson kívül a követett beutalási rend, illetve a területi ellátási kötelezettség (TEK) rendszere is befolyásolja, mivel nem minden esetben a legközelebbi szolgáltató a kijelölt TEK-es szolgáltató (pl. Fonyódi és Szobi kistérség esetében). Ilyenkor tulajdonképpen a közelebbi intézményt választó betegek térnek el a kijelölt betegüttől. Ugyanakkor a lakosság magas mobilitási hajlandósága arra utal, hogy az intézmény közelségén kívül a hozzáférés más elemei – mint a közlekedési lehetőségek, a korábbi tapasztalatokon alapuló szabad intézmény- és orvosválasztás – miatt az emberek hajlandók többet utazni, és a többletutazás költségeit vállalni. A beutalási rend kialakítása során aligha lehet figyelmen kívül hagyni ezt a betegek oldaláról világosan megmutatkozó igényt.

A felesleges utazás okozta többletköltségen kívül költségmegtakarítást jelenthet az egynapos ellátás alacsony arányának (22%) legalább az OECD-átlaghoz (50%) történő közelítése is. Mivel az Országos Egészségbiztosítási Pénztár – elősegítendő az egynapos ellátás terjedését – a két ellátási formát ugyanúgy finanszírozza, azaz az egynapos ellátásra is kifizeti azt az összeget, amit a többnaposra. Az indokolatlanul többnapos ellátásként végzett beavatkozások jelentős anyagi forrásoktól fosztják meg az intézményeket. Az egynapos műtétek 50%-os aránya esetén – az egy napra kalkulált hotelszolgáltatás 5607 Ft-os költségével számolva – évente körülbelül 260 millió Ft-tal kisebb költség jelentkezne a szürkehályog műtétet végző kórházakban. További, akár 570 millió Ft-os megtakarítást jelentene, ha a 2007. évi European Cataract Outcome Survey alapján megcélzott 83%-ot sikerülne teljesíteni.

Az egynapos ellátás terjedése természetes módon járna együtt a szemészeti fekvőbeteg-osztályok ágykihasználtságának csökkenésével; a valós szükségletnek való megfelelés miatt azonban ennek nem szabad együtt járnia a szemészetre jutó TVK-keret csökkenésével.

1.4 A HOZZÁFÉRÉS ELEMZÉSE JAVÍTJA A BETEGELLÁTÁS MINŐSÉGÉT, KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGÁT

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést befolyásoló tényezők, illetve a hozzáférésben tapasztalható területi egyenlőtlenségek vizsgálata alapvető információs bázisa az ellátás javítását célzó egészségpolitikai törekvéseknek. Akár a betegutak optimalizálása, a hatékony betegellátás megvalósítása, akár az egészségipari fejlesztések elképzelhetetlenek a területet érintő, tudományos alaposságú elemzések elvégzése és a tervezett változtatások modellezése nélkül. A kialakított vizsgálati módszer továbbfejlesztésével a bizonyítékokon alapuló szakpolitika-alkotás egy olyan, magyar viszonyokra adaptált elemzési modellhez juthat, amely – a tervezett beavatkozások várható hatásainak előrejelzésével – elősegítheti a szűkös erőforrások hatékony elosztását. A lakosság egészségügyi ellátással való elégedettségének növelése érdekében a jövőben azt is vizsgálni kellene, hogy vajon a betegek miért keresnek fel jelentős számban nagyobb földrajzi távolságban fekvő ellátó helyeket, hiszen az ellátás lakossági igényekhez igazítása mind az ellátó, mind az azt igénybe vevő közös érdeke.