

Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon

Kutatási jelentés



EgészségMonitor

EgészségMonitor

Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.

Budapest, 2010. március
javított változat

Készült az
Egészségbiztosítási Felügyelet
megbízásából

A kutatás vezetője: **Dr. Vitrai József**

A kutatás résztvevői: **Bakacs Márta**
epidemiológus

Kaposvári Csilla
epidemiológus

Németh Renáta
statisztikus

A tanulmány szerzői ez úton mondanak köszönetet Dr. Surján Györgynek és az ESKI munkatársainak az elemzésben felhasznált ellátási adatok leválogatásáért és átadásáért.

A Kutatási jelentés 2010. márciusi változata javított értékeket tartalmaz a 3., 19., 22., 25. és 26. ábra keringési betegségek 4. modelljénél.

A Kutatási jelentés, a Vezetői összefoglaló és az átlagos súlyszám kistérségi rangsorait valamint a hozzátartozó térképeket bemutató interaktív táblázatok elektronikusan elérhetők:

www.egeszsegmonitor.hu

www.ebf.hu

1 VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

1.1 HÁTTÉR, ELŐZMÉNYEK

Kutatások sora igazolja, hogy az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában és csökkentésében az egészségügy komoly szerepet játszhat. E bizonyítékokra támaszkodva a WHO ajánlásokat fogalmazott meg a tagországok egészségügyi felsővezetői számára az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére. A WHO közgyűlése ez év májusában határozatban szólította fel a tagországok kormányait az ajánlásokban foglaltak végrehajtására. Annak ellenére, hogy a fejlett világ valamennyi országában közös célkitűzés az „egyenlő hozzáférés és egyenlő ellátás egyenlő szükséglet esetén”, a fejlett országokban, így Magyarországon sem csökkentek az ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek az utóbbi évtizedben.

Hazai és nemzetközi vizsgálatok igazolták, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételében tapasztalt egyenlőtlenségek kialakulásában mind az egyéni tényezők, mind a lakóhelyi környezet szerepet játszik. Az ellátás igénybevételét meghatározó egyéni és környezeti tényezőket a szakirodalom két csoportba osztja: az ellátási szükségletet („*demand side*”) valamint az ellátás elérhetőségét meghatározó tényezők csoportjába („*supply side*”). A magyar lakosság ellátási szükségleteinek becsléséhez az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó 2008-as kutatásunk eredményeit használtuk fel.

1.2 CÉLKITŰZÉSEK, MÓDSZERTAN

Jelen kutatás koncepciója szerint az ellátási igénybevétel nyers adatainak ismerete nem elegendő az egészségügyi rendszer erőforrásainak hatékony allokációjához. Akkor használjuk fel ugyanis leghatékonyabban az egészségügy erőforrásait, ha azok elosztása a lakossági szükséglet szerint történik. **Az ellátás igénybevételében kimutatott egyenlőtlenség éppen a nem szükségletnek megfelelő eltéréseket jellemzi.** A szükségletre vetített igénybevétel alapján lehet csak megítélni, hogy az ellátási kapacitások földrajzi elosztása, vagy az ellátások finanszírozása eléggé hatékony-e, és egyben megfelel-e a társadalmi igazságosságnak.

Mivel az egyéni szinten gyűjtött igénybevételi adatok csak korlátozottan tartalmaznak információt az adott személy szükségleteire vonatkozóan, ezért a lakóhelyéhez kapcsolódó, az ellátási szükségletét befolyásoló kistérségi szinten aggregált adatok felhasználása is szükséges. Az adatok ilyen, azaz egyéni és térségi elérhetősége esetén az ún. többszintű statisztikai elemzési módszer alkalmas a kutatási kérdések megválaszolásához.

Két kérdésre kerestünk választ az egyéni ellátási adatokban mutatkozó, a szükségletre vetített egyenlőtlenségek elemzésével:

1. Mekkora az ellátás igénybevételének szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségei?
2. Milyen összefüggések figyelhetők meg az ellátás igénybevétele valamint a szükségletet jelző egyes egyéni valamint térségi társadalmi-gazdasági jellemzők között?

A kutatási kérdések megválaszolásához a többszintű statisztikai modellezés módszerét választottuk. Ennek során a szükséglet becsléséhez az ellátást igénybe vevő személy **egyéni adatait** (nem, életkor, ápolást indokló diagnózis) valamint a **lakóhelyéhez kapcsolható adatokat** elemeztünk egyidejűleg. A lakóhelyi környezetet többféle szempontból jellemeztük: az ott élő lakosság egészségét a halandósággal és az egészség megromlását mutató korlátozottsággal, a társadalmi-gazdasági körülményeket a gazdasági teljesítmény, a foglalkoztatottság, az életkörülmények valamint az egészségügyi ellátás kapacitás mutatóival.

Az első kutatási kérdés a szükségletre korrigált ellátás igénybevételében kimutatható kistérségi egyenlőtlenség mértékére vonatkozik. Ahhoz, hogy annak mértékét meg lehessen ítélni, viszonyítási alapként az elemzés első lépésében az igénybevétel kistérségi eltérését becsültük meg (1. modell). Ezt követően az ellátási igénybevétel szükségletre való korrigálás lépései következtek. Először az egyéni szintű egészség-meghatározó tényezőket, az ellátást igénybe vevő nemére és életkorára vonatkozó mutatókat vontuk be a statisztikai modellbe (2. modell). Majd a lakóhelyi környezethez kapcsolható kistérségi halandósági illetve a megyei korlátozottsági mutatók additív hatását elemeztük (3. modell). Utána az egészségi állapotot meghatározó társadalmi-gazdasági tényezőkkel bővítettük az egyenlőtlenségeket magyarázó változók körét (4. modell). Végül, a rendelkezésre álló ellátási kapacitásoknak a szükségletre kifejtett hatását elemeztük (5. modell).

Az elemzési lépéseket külön-külön elvégeztük az egynapos ellátásokra valamint a fekvőbeteg-ellátásra. Mindkét ellátási formában az elszámolt súlyszámra, illetve a fekvőbeteg-ellátásnál az ápolási napok számára is, összesen négy betegcsoportra, a daganatos, a keringési és egyéb diagnózissal kezelt betegek valamint az összes betegre végrehajtottuk a modellépítés fentebb leírt öt lépését.

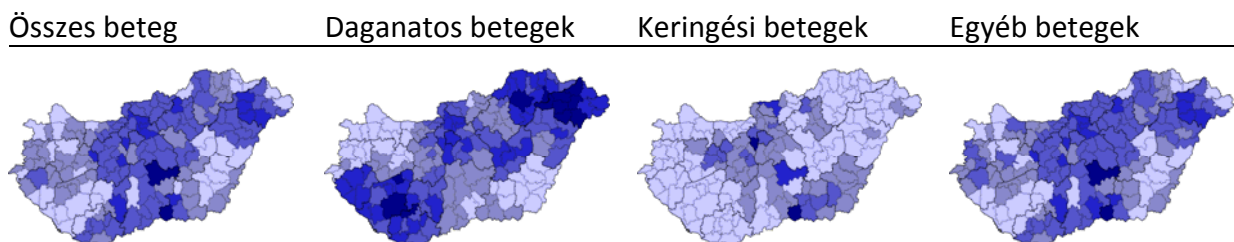
Az ellátás igénybevételére vonatkozó 2007. évi adatokat az ESKI, a 2007-es halandósági és a 2001-es népszámlálási adatokat a KSH szolgáltatatta. A korlátozottsági adatok a 2000-es és a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés összevont adatbázisából származtak.

1.3 EREDMÉNYEK

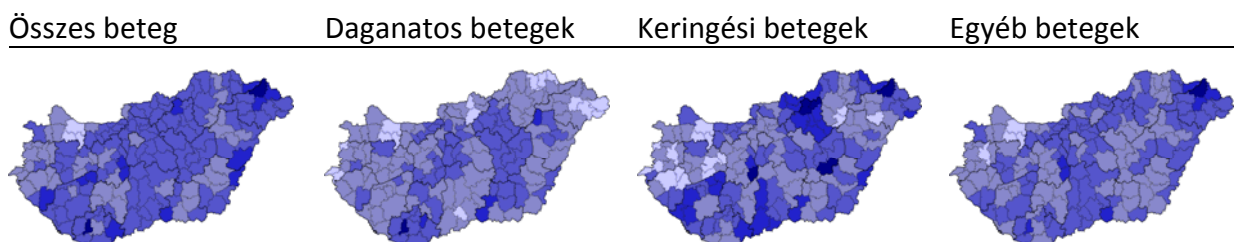
A nyers igénybevételi adatok szerint az egy lakosra számított betegszámok jókora eltérést mutattak a vizsgált betegcsoportok között, valamint a nőket a férfiakkal és az egyes életkori csoportokat egymással összevetve. Az egynapos ellátásoknak az egy lakosra vetített aránya kistérségenként erősen különbözött: az összes betegre vonatkozóan a legnagyobb kistérségi betegarány 12-szerese volt a legkisebbnek. Valamennyi kistérséget egyidejűleg figyelembe véve a legnagyobb eltérés a keringési, majd a daganatos, végül az egyéb kategóriába sorolt betegekénél volt megfigyelhető [1. ábra]. Ezt támasztja alá az, hogy a lakosság fele adta az egynapos ellátást igénybe vevő keringési betegek 19%-át, a daganatos betegek 30%-át, míg az egyéb diagnózis miatt kezelt betegek 37% -át. A fekvőbeteg-ellátásban a legnagyobb kistérségi betegarány 3-szorosa volt a legkisebbnek mindegyik diagnosztikus kategóriában, de valamennyi kistérséget figyelembe véve az igénybevétel kiegyenlítettnek tekinthető.

1. ábra: Az ellátás igénybevételének kistérségi megoszlása két ellátási formára és négy vizsgált betegcsoportra (világostól a sötét árnyalatig növekvő betegarányok)

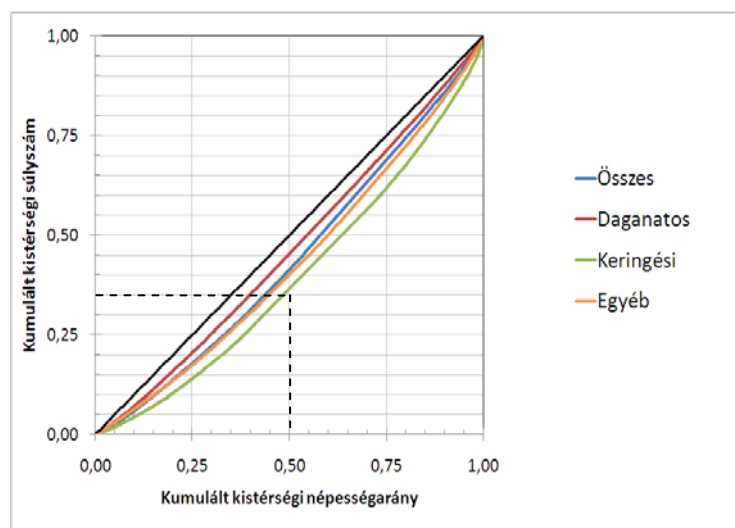
Egynapos ellátások



Aktív fekvőbeteg-ellátás



A nyers igénybevételi adatok azt mutatták továbbá, hogy az egy betegre vetített súlyszám (ami az ellátásért az OEP-től kapott díjat meghatározta) számottevően különbözött az egyes életkori- illetve a vizsgált betegcsoportokban. A legnagyobb kistérségi eltérést a keringési betegek egynapos ellátásainak finanszírozása mutatta: itt a teljes lakosság felét képviselő kistérségek betegeire jutott a kifizetett térítés 35%-a [2. ábra]. A legnagyobb átlagos kistérségi súlyszám – becslés alapján – 7-szerese volt a legkisebbnek. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban nem volt tapasztalható ilyen nagy eltérés.

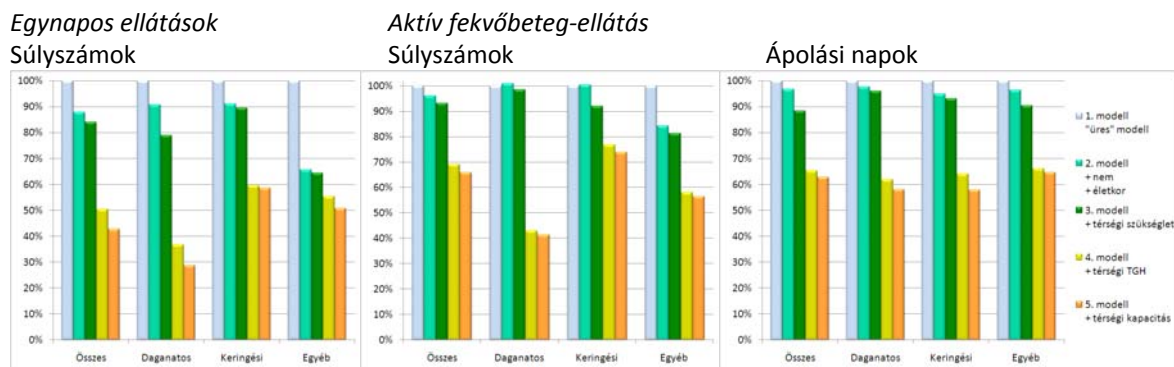


2. ábra: Egynapos ellátások átlagos súlyszámainak kistérségi egyenlőtlenségeit mutató Lorenz-görbék

A statisztikai elemzések során a szükségletre korrigálás a nyers igénybevételi adatokra kimutatott kistérségi különbségeket lecsökkentette, és a földrajzi megoszlás mintázatát megváltoztatta mindkét ellátási formában, különösen a daganatos és a keringési betegekre vonatkozóan. Az egynapos ellátásokra elszámolt átlagos

súlyszámok kistérségi egyenlőtlenségeit a vizsgált mutatókkal történő korrekció összességében 30%-ára, a fekvőbeteg-ellátásban 40%-ára csökkentette mindkét betegcsoportban [3. ábra, utolsó, narancssárga oszlopok]. A fekvőbeteg-ellátás ápolási napjainak kistérségi egyenlőtlenségei csupán a kiindulási érték 60%-ára mérséklődtek. (A kistérségek egyenlőtlenségi rangsorai a 14. mellékletben a 118. oldalon található.)

3. ábra: A kistérségi egyenlőtlenségek csökkenése a szükségletre korrigálás lépéseiben, betegcsoportonként



Mindkét ellátási formára igaz továbbá, hogy a finanszírozás kistérségi eltéréseit a két betegcsoportban a **lakóhelyi környezet** társadalmi-gazdasági helyzete okozta, bár a daganatos betegekénél nagyobb mértékben, mint az a keringési betegekénél megfigyelhető volt. (Lásd az eredmények rövid összefoglalását „Az eredmények összegzése” alfejezet tartalmazza a 81. oldalon.)

1.4 KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatási eredményeink igazolták, hogy az igénybevétel kistérségi egyenlőtlenségeiből megfelelő statisztikai eljárással kiszűrhető az eltérő ellátási szükségletekre visszavezethető hatás. Az eredmények alapján megállapítható, hogy

- nagy kistérségi eltérések mutathatók ki az egynapos ellátások finanszírozásában;
- a fekvőbeteg-ellátásban az eltérések egy nagyságrenddel kisebbek;
- az egyenlőtlenségek nagy része a vizsgált lakóhelyi környezet társadalmi-gazdasági tényezőivel illetve az ellátási kapacitások elérhetőségével hozható összefüggésbe;
- a társadalmi-gazdasági tényezők hatása a daganatos betegek egynapos ellátásainak finanszírozási egyenlőtlenségeiben nagyobb szerepet játszanak, mint a keringési betegekénél.

A kutatás talán legfontosabb tanulsága: a szükségletre történő korrekció után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek nemcsak a hatékonyság szempontjából hátrányosak, hanem sértik a társadalmi igazságosságot is. A szükségletre korrigálás után megmaradt igénybevételi egyenlőtlenségek arra mutatnak rá ugyanis, hogy a finanszírozás kistérségenként eltérő mértékét – az egészségügy működtetésének céljától, és az általános elvárásoktól eltérően – **nem a lakosság ellátási szükségletei határozzák meg**. Könnyen belátható, hogy az egészségügy hatékonysága – mint azt a nemzetközi tapasztalatok igazolják – újabb erőforrások bevonása nélkül is javítható lenne, ha a finanszírozás szükségletre korrigált kistérségi egyenlőtlenségeit lecsökkentenék a többletköltséget okozó tényezők kiküszöbölésével. Az ehhez szükséges információt olyan célzott vizsgálatok szolgáltatnák, amelyek a lakossági szükséglet figyelembevételével elemeznék a legköltségesebb ellátások igénybevételét, a rendelkezésre álló ellátási kapacitások földrajzi eloszlását és az azokhoz való hozzáférés lehetőségét. Végül soron ez nemcsak a társadalmi igazságosságot, hanem a társadalmi kiadásokkal való takarékoságot is szolgálja.