

Változások az aktív fekvőbeteg szakellátás egyes szakmacsoportjaiban az utóbbi 10 évben I. rész

Dózsa Csaba, Dr. Kövi Rita, Ecseki Adrienn, MedEcon Kft.

A hazai egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak és finanszírozásának fejlesztése megköveteli az ellátási adatok és trendek szisztematikus monitorozását és időről-időre történő elemzését. Ebben a tanulmányban alapvetően az OEP finanszírozási adatokból indulunk ki. A tanulmány első részében az aktív fekvőbeteg szakellátás öt meghatározó szakmájának legjellemzőbb mutatóit elemezzük a 2000 és 2009 közötti időszakban: kardiológia (beleértve az invazív kardiológiát is), onkológia, sebészet, traumatológia, gyermekgyógyászat. A monitorozás keretében használt mutatók: a szakmánkénti ágyszám, éves esetszám, éves súlyszám, ágykihasználtság, átlagos ápolási idő és CMI mutatók. Összességében megállapítható, hogy az elmúlt évtized alapvető átrendeződést, mélyreható változásokat hozott, vagy indított el az aktív fekvőbeteg szakellátás területén.

The development of the capacity setting and the reimbursement of Hungarian health care system requires systematic monitoring and analysis of trends and utilization data. In this study we based our analysis on the financing (claim) data of the National Health Insurance Fund Administration. This is the most important, but not the only resource of health care providers. In the first part of our study we analyze the most important indicators of short-term hospital care between 2000 and 2009 concentrating on five main health professions: cardiology (including interventional cardiology), surgery, traumatology, oncology and paediatrics. The applied indicators are the followings: number of acute beds, yearly DRGs cases, occupancy rate, average length of stay, yearly sum of weight number and case-mix index. Finally, we can conclude that during the observed period profound changes and rearrangements in the field of short-term hospital care occurred or at least begun.

BEVEZETŐ

A környezeti kihívások, demográfiai változások, a betegségek összetételének átrendeződése és az orvos-technológia fejlődése következtében (kisebb mértékben az orvoshiány miatt) jelentős változások figyelhetők meg az egészségügyi ellátórendszer egésze, valamint ennek megfelelően az egyes orvos-szakmák szintjén is. Elemzésünk célja egy átfogó képet adni a hagyományos orvos-szakmák (kardiológia, sebészet, traumatológia, onkológia, gyermekgyógyászat) egyes ellátási és finanszírozási mutatóinak utóbbi 10

évben megfigyelhető változásairól. Az egyes szakmákra vonatkozóan a következő változókat elemeztük: ágyszám, éves HBCS esetszám, HBCS súlyszám, CMI és átlagos ápolási napok száma, valamint az ágykihasználtság. Elemzésünk alapvetően OEP finanszírozási adatok alapján készült, melyet kiegészítettünk KSH adatokkal.

Elemzésünk üzenet értékű a mindenkori egészségpolitika számára, mivel hasonló részletességű és célú elemzéseket az egész közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer tekintetében rendszeresen kellene elvégezni. Ez alapvető feladata lehetne a 2004. óta működő ESKI-nek, illetve a sajnálatos módon immáron négy éve az ÚMFT TÁMOP 6.2.3 konstrukciójának anyagi támogatásával megvalósítani kívánt regionális alapú országos egészség-obszervatóriumi hálózatnak.

A túloldali 1. táblázatban összegeztük az egyes szakmák aktív fekvőbeteg ellátásban jelentkező vizsgált adatait, és az azokat meghatározó környezeti tényezőket. Kiemeltük a 2003. és a 2008. évi adatokat, mivel ez a két év a „legbékésebb” időszak volt a vizsgált 10 évben (TVK előtt és a „nagy strukturális reform” utáni, valamelyest már konszolidálódott év).

A traumatológiai ellátás elemzésénél érdemes kitékintnünk az elmúlt évtized KSH baleseti adataira. A közúti balesetek száma 2000. és 2006. között emelkedett, azonban 2006. óta folyamatos csökkenést mutat. 2003-ban a személyi sérüléssel közúti balesetek száma 19 976, 2008-ban 19 174 személy volt (KSH adatbázis), amely 2007. és 2008. között 7%-os csökkenést mutat. A sérültek száma azonban emelkedett: 2003-ban 26 627, 2007-ben 27 452. Az esetek nagyobb része azonban ambulánsan ellátható kisebb sérült. A halálos otthoni balesetek száma szintén csökkenő tendenciát mutat. (2003-ban 2993, 2007-ben 1825 otthoni halálos kimenetelű baleset történt.) A 2. táblázatban azokat az országos, összesített értékeket tüntettük föl, amelyeket az egyes jellemző mutatók értékeinek viszonyításához használtunk fel.

Jellemzők	2003	2008
Ágyszám	60821	44408
Éves esetszám	2 514 187	2 163 894
CMI	1,06	1,1
Ágykihasználtsági ráta	77,10%	76,20%
Súlyszám	2 653 762	2 370 206

2. táblázat
Az aktív fekvőbeteg szakellátás országos, összesített értékei

Orvos- szakmák	Jellemzők	2003.		2008.		Kiemelt környezeti hatás
		Érték	Országos átlaghoz viszonyítva	Érték	Országos átlaghoz viszonyítva	
Kardiológiai és hemodinamikai ellátás	Ágyszám	2 236	3,68%	1 874	4,22%	Technológia-váltás, koncentráció, a hagyományos gyógyszeres kezelések háttérbe szorulása az invazív kardiológia, hemodinamika javára.
	Éves esetszám	87 549	3,48%	89 212	4,12%	
	CMI	1,72	162,26%	2,02	183,64%	
	Ágykihasználtsági ráta	82,28%	106,72%	77,36%	101,52%	
	Súlyszám	149 790	5,64%	179 273	7,56%	
Sebészet	Ágyszám	5 138	8,45%	2 772	6,24%	Hagyományos nyíltműtétek számának és arányának csökkenése a minimál invazív, vagy non invazív ellátások javára. Gyógyszeres terápiák hatékonyságának javulása számos műtétet tesz elkerülhetővé.
	Éves esetszám	184 041	7,32%	113 531	5,25%	
	CMI	1,11	104,72%	1,26	114,55%	
	Ágykihasználtsági ráta	71,62%	92,89%	71,97%	94,45%	
	Súlyszám	202 975	7,65%	135 258	5,71%	
Traumatológia	Ágyszám	3 501	5,76%	2 602	5,86%	Az elmúlt 6-8 évben a technológiai tartalom kevésbé változott, enyhe koncentráció figyelhető meg. Új szolgáltatók belépése, akik az esetek egy részét ellátják (pld SBO-k). Hagyományos háztartási és közúti balesetek számának csökkenése.
	Éves esetszám	138 144	5,49%	109 856	5,08%	
	CMI	1,45	136,79%	1,4	127,27%	
	Ágykihasználtsági ráta	73,71%	95,60%	69,09%	90,67%	
	Súlyszám	198 177	7,47%	147 973	6,24%	
Onkológia	Ágyszám	1 342	2,21%	1 370	3,09%	Biológiai alapú gyógyszerek elterjedése. Újgenerációs, nagy pontosságú sugárterápiás eszközök elterjedése. Bennfekvést nem igénylő, kúraszerű ellátások arányának nagy mértékű növekedése.
	Éves esetszám	83 857	3,34%	140 226	6,48%	
	CMI	1,07	100,94%	1,39	126,36%	
	Ágykihasználtsági ráta	71,07%	92,18%	99,38%	130,42%	
	Súlyszám	92 803	3,50%	193 809	8,18%	
Gyermekgyógyászat	Ágyszám	3 583	5,89%	2 366	5,33%	Folyamatos gyermeklétszám csökkenés következett be a vizsgált időszakban. A csökkenő kórházi esetszám a diagnosztikában és terápiában bekövetkezett technikai fejlődésnek köszönhető.
	Éves esetszám	168 266	6,69%	130 241	6,02%	
	CMI	0,77	72,64%	0,82	74,55%	
	Ágykihasználtsági ráta	74,18%	96,21%	75,20%	98,69%	
	Súlyszám	128 528	4,84%	107 041	4,52%	

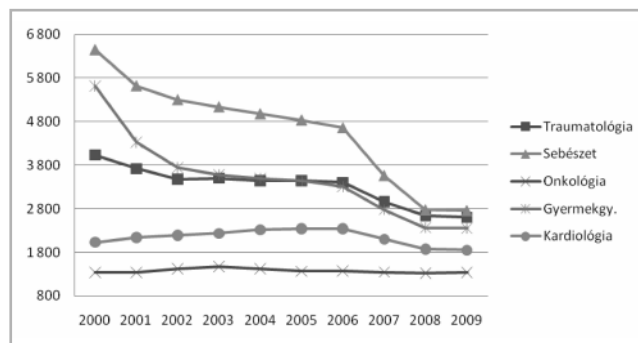
1. táblázat

Az aktív fekvőbeteg szakellátás egyes szakmacsoportjainak főbb adatai és meghatározó környezeti hatások
*Forrás: Saját kidolgozás OEP finanszírozási adatok alapján

A szakmák mutatóinak változása egyes esetekben egy irányba mutat, néha ellentétes irányú, amelyeket az alábbiakban részletesen mutatunk be a vizsgálatba bevont mutatók alapján.

ÁGYSZÁM

A fekvőbeteg szakellátás nemzetközileg is legelterjedtebb kapacitás mutatója a működő és közfinanszírozásba bevont ágyak száma.

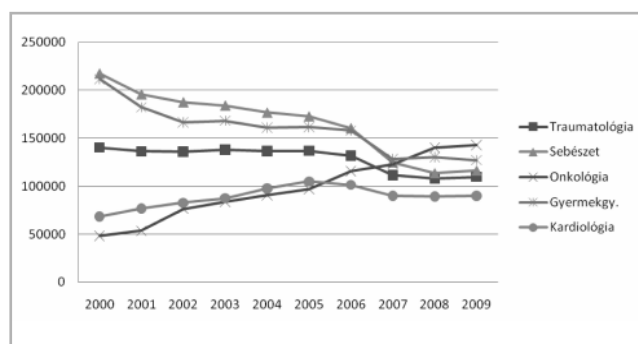


1. ábra
Az ágyszám szakmánkénti alakulása 2000-2008

A fenti ábra mind az öt vizsgált szakma esetében szinte folyamatosan csökkenő ágyszámot mutat. Általában nagyobb hatást eredményezett az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (továbbiakban Eftv), mely az összes aktív ágyszámot 27%-kal csökkentette 2007-ben. A környezeti kihívások, az ellátandó esetszámok csökkenő trendje, a technológia változása következtében a legnagyobb mértékű ágyszám-csökkentésre a sebészet és a gyermekgyógyászat, kisebb mértékűre a traumatológia esetében került sor. A kardiológia ágyszámjai 2006-ig emelkedést mutattak, majd az Eftv hatására itt is csökkenés következett be.

Az onkológiában a 2000. évhez képest változás gyakorlatilag nem történt, azonban a tíz év alatt 2003-ig emelkedés regisztrálható (1474 ágy a kezdeti 1341-hez képest), majd ennél 9,2%-kal, 135-tel kevesebb ágyon (1339) folyt az onkológiai betegek gyógyítása 2009-ben.

ÉVES ELSZÁMOLT ESETSZÁM



2. ábra
A vizsgált szakmák éves HBCS esetszámjai

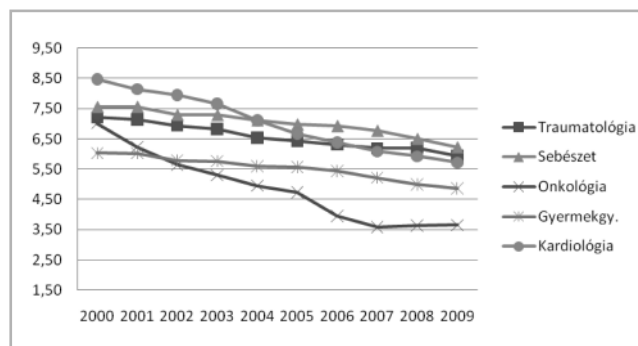
A HBCS esetszám nagyjából tükrözi az aktív kórházi osztályokon kezelt betegek számát. Mi befolyásolja azonban azt, hogy hány beteg kerül aktív fekvőbeteg ellátó osztályra? A fő befolyásoló tényezők alapvetően természetesen a szakmai szabályok és az orvostudomány technológiai lehetőségeinek változása. Például a sebészetben a laparoszkópos technika megjelenése előtt nagyobb műtétek, hosszabb gyógyulási periódusok jellemezték a sebészeti műtétekkel kezelhető betegségeket. A kardiológiában az akut miokardiális infarktus perkután intervenciós beavatkozásai előtt nemcsak az eredmények voltak lényegesen rosszabbak, hanem a kórházi tartózkodás is hosszabb volt. További befolyásoló tényezők azonban a finanszírozási technika (Teljesítmény volument korlát – TVK – bevezetése 2004-ben) és az ellátórendszer szerkezetének adminisztratív átalakítása (lásd Eftv). A 2. ábra mutatja, hogy az onkológián kívül minden vizsgált szakmában csökkent az aktív kórházi osztályon kezelt betegek száma, egyrészt köszönhetően a technológiai fejlődésnek, ami lehetővé tette a rövidebb idejű kórházi kezelést, másrészt pedig a 2007-ben bekövetkezett központi ágyszám-csökkentésnek. Jól látható a görbék megtörése ebben az évben, ami az intézmények alkalmazkodását mutatja a megváltozott lehetőségekhez/kapacitásokhoz.

Az onkológia esetében 2006. decemberében nagymértékű finanszírozási változás következett be: a 2006. előtti HBCS-k nem voltak megfelelőek az igazságos, költség-arányos, költséghatékony (és esélyegyenlőséget biztosító) ellátási prioritásainak érvényesítéséhez: egyes esetekben a díj nem fedezte a drágább kezeléseket, más esetben meg túlfizette az ellátást. A kemoterápiás gyógyszerek jó része nem a HBCS-kben került megtérítésre, hanem külön keretből és/vagy egyedi méltányosság alapján. Az EU transzparencia direktívája kifogásolta a „dupla” finanszírozást, ezért a 2005-os év folyamán kidolgozott és 2005 decemberétől bevezetett új HBCS kódok lehetővé tették, hogy a kemoterápiás kezelésektől kezdve kizárólag az aktív fekvőbeteg kasszából, HBCS-ben kerültek elszámolásra. Így jelentek meg az addig a gyógyszer kassza terhére fizetett kemoterápiás szerekekkel kezelt betegek is az aktív fekvőbeteg esetek között. Ezzel magyarázható az onkológiai esetszám görbéjének 2006-tól a többi szakmával ellentétesen emelkedő trendje.

EGY ESETRE JUTÓ ÁPOLÁSI NAP

A fekvőbeteg szakellátás nemzetközileg is széles körben elterjedt mutatója az egy esetre jutó ápolási nap, amely a technikai hatékonyság javulásának egyik legjobb indikátora.

A 3. ábrán a betegek kórházban tartózkodási, vagyis átlagos ápolási idejének rövidülését láthatjuk. Az elmúlt 10 évben mindegyik vizsgált szakma esetében csökkent a kórházban eltöltött idő. Ez a mutató a legjelentősebben a kardiológiában változott a bekövetkezett technológiai és strukturális fejlődésnek köszönhetően (perkután technikák az infarktus ellátásban, hemodinamikai központok kialakítása). A folyamatos csökkenés egyedül az onkológia esetében nem történik meg, itt a 2007-es években egy negatív csúcs fi-

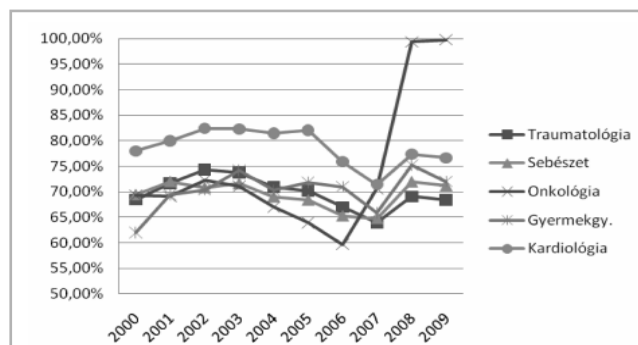


3. ábra
Egy finanszírozott esetre jutó elszámolt nap

gyelhető meg. A kezelési idő újabb, kismértékű emelkedése valószínűleg a finanszírozásban bekövetkezett változásnak tudható be. Az onkológiai kezelések a vizsgált időszakban szinte mindvégig a legrövidebb kórházi kezelést igénylik és jelentős részben (30-40%) kúraszerű ellátásban történnek.

ÁGYKIHASZNÁLTÁSÁG

Az ágykihasználtság az ápolási napok (ami alapvetően a betegek által a kórházban eltöltött idő függvénye) és az ágyszám (*365 nappal) hányadosa, illetve ezek változásának eredője (4. ábra).

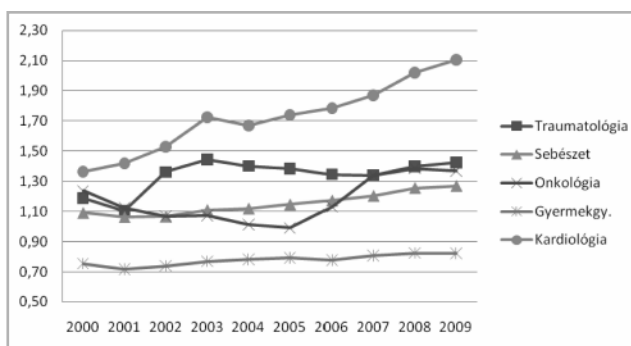


4. ábra
Az ágykihasználtság változása

Ez a mutató nagyon jól tükrözi az ellátórendszer alkalmazkodását az egészségpolitikai és finanszírozási változásokhoz. A technikai fejlődés 2003-2005-től az ápolási napok csökkenését és egyes betegségek kezelésének kórházi körből való kikerülését tette lehetővé, aminek következtében az ágykihasználtság lassú csökkenést mutatott. A TVK 2006-ban történt befagyasztása (azaz a degressziós sávok eltörlése) és 2007-es „reform” (Eftv) során az átszervezéssel együtt járó bizonytalanság és a napidíj kereslet visszafogó hatása az elektív ellátások halasztását hozta, így a jelentős ágyszám-csökkentés ellenére az ágykihasználtság nem nőtt, csak a következő évben, amikor sor kerülhetett a halasztott kezelések elvégzésére. 2008. és 2009. között az újabb kismértékű kihasználtság csökkenés a 2007-ig észlelt hatások folytatódásának köszönhető.

ESETÖSSZETÉTEL INDEX (CMI)

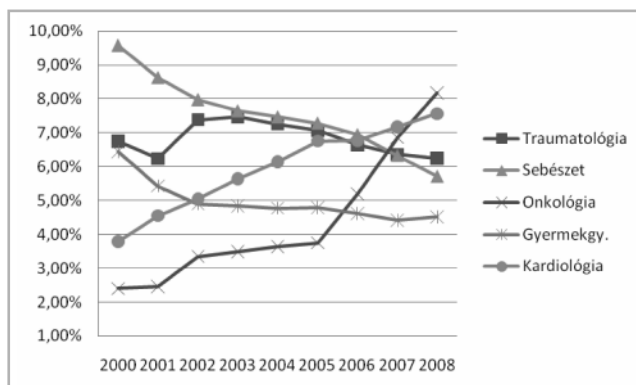
Az esetösszetétel mutatója, a CMI komplex mutató, amely függ a súlyszámok mennyiségétől (esetköltségesség, súlyosság) és az esetek összetételétől (az egyes HBCS-k előfordulási aránya), de időről időre a kódkarbantartástól is, visszanyomások, régi HBCS-k megszüntetése, új HBCS-k képzése. Amennyiben a CMI-t egy szakma (és nem egy intézmény) esetében vizsgáljuk, utal a szakmában bekövetkezett technológiai változásra, de egyes esetekben a szakma lobbijére is. Jól látható példa volt erre a traumatológiai HBCS súlyszámának jelentős (20-25%-os) mértékű emelése, mely a 2001. évi miniszteri szintű szakmai tárgyalások után következett be 2002-től. Alapszabályként évente újra kellene számolni a HBCS súlyszámokat a költségigényesség változásának függvényében, és a CMI-t 1,000 értékre kellene hozni minden évben. Sajnálatos módon azonban az elmúlt évtizedben ez az éves átfogó és rendszeres korrekció elmaradt, és csak egy-egy szakma, vagy tevékenység típus esetében következett be időszakonkénti kódrevízió.



5. ábra
A case-mix index változása

Az 5. ábra szerint a legnagyobb technológiai fejlődés a kardiológiában következett be: a régi gyógyszeres kezelésen alapuló HBCS-k aránya csökkent és az újabb invazív kardiológiai ellátást jellemző magasabb súlyszámú HBCS-k aránya növekedett. A sebészet kismértékű CMI növekedése az új technikák (minimál invazív technikák, laparoszkópia stb.) megjelenését, és az egynapos ellátásban elvégezhető kisebb technikai igényű műtétek kórházi körből való kikerülését mutatja. Az onkológia CMI-jének 2007-es növekedését a drága kemoterápiás szerek HBCS súlyszámában való megjelenése okozta. A görbe azóta gyakorlatilag stagnál. A gyermekgyógyászatban folyamatos az ágyszám-csökkenés; ennek oka a gyermekosztályok és néhány gyermek szakkórház bezárása, az ellátás nagyobb centrumokba koncentrálódása, mely együtt járt a vatta esetek arányának csökkenésével és a súlyosabb esetek arányának növekedésével.

Fenti mutatók mellett végezetül vizsgáljuk meg, hogy az öt kiemelten kezelt orvos-szakmának mekkora a részesedése a teljes országosan finanszírozott súlyszám-összegekből. Ez a mutató természetesen nagyon szoros kapcsolatot mutat a finanszírozásból való részesedéssel.



6. ábra
A vizsgált szakmák összesített súlyszámának aránya az országos összes súlyszámhoz képest

A 6. ábrából jól látható, hogy leginkább az onkológia és a kardiológia növelte az arányát, vagyis részesedését a közös „tortából”, mely a korábbiakban már említett esetszám növekedésének és a technikai fejlődés (implantátumok, termoabláció, gyógyszeres terápiák stb.) súlyszámokban való érvényesítésének hatására következett be. A traumatológia és gyermekgyógyászat súlyszám trendje követi az esetszám vonalat, a sebészetben meg a jelentősen csökkenő esetszámot nem tudja kompenzálni a CMI kismértékű emel-

kedése. A vizsgált időszak két legnagyobb vesztese ezek alapján a gyermekgyógyászat és a sebészet volt, melynek fő okait a korábbiakban már szintén elemeztük (kapacitás és esetszám-csökkenés, technológia-váltás).

KONKLÚZIÓ

A fenti makro-szintű elemzés egyértelműen rávilágít arra a tényre, hogy a sokszor csak elnagyoltan és egységes egészként kezelt aktív fekvőbeteg szakellátás országos szinten részben változatlan adatai mögött számos esetben jelentős, mélyreható szerkezeti változások rejlenek. Az évtized első évtizedében az egyes szakmák között jelentős átrendeződés történt az ellátott esetek számában, átlagos ápolási időkből, műtéti és tevékenységi körök megoszlásában és jellegében illetve a finanszírozásban.

A tanulmány II. fejezetében elemzésünket tovább mélyítjük, és részletesen vizsgáljuk meg, hogy a kiválasztott és elemzett öt orvos-szakmában konkrétan milyen belső változások és környezeti hatások érvényesültek. Az elemzésekben külön figyelmet kell fordítani arra, hogy a környezeti hatások közül melyek piaci és melyek adminisztratív jellegűek. Előzőekbe tartoznak a demográfiai változások, technológiai hatások, utóbbiakba pld. a kiadásokat féken tartó kormányzati intézkedések.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben szerezte a barcelonai Universida de Barcelonán és Popeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési Költségvetési Főosztályon, majd a gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint

főigazgató-helyettes. 2005. május és 2006. június között az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg a Corvinus Egyetem PhD-programjában vesz részt, kutatási területe a teljesítményfinanszírozás hatásmechanizmusai, ösztönzési rendszerek az egészségügyi ellátások finanszírozásában.



Ecseki Adrienn diplomáját 2009-ben szerezte a Budapesti Corvinus Egyetem gazdaságmatematikai elemző közgazdász szakán valamint egészség-gazdaságtan és technológiaelemzés mellékszakirányán. 2006 szeptemberétől aktívan közreműködött az egyetemen működő Egészség-gazdaságtani és Technológiaelemzés Kutatóközpont munkájában, mely során tapasztalt

latokat szerzett egészség-gazdaságtani technológiaelemzés, modellezés területeken, valamint az oktatásban is részt vett. 2009 szeptemberétől a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. egészségügyi elemzőjeként dolgozik. Fő feladata a magyarországi egészségügyi rendszert, leginkább a kórházzszektor érintő hatékonysági, méret- és választékgazdaságossági elemzések készítése, az egyes szakmákkal kapcsolatban valamint a technológiai fejlődések következtében megfigyelhető változások követése, ezek hatásainak vizsgálata.



Dr. Kövi Rita A Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzése után gyermekgyógyász, majd radiológus szakvizsgát tett. A Budai Gyermekkorházban gyermekgyógyászként, később gyermekradiológusként dolgozott. 1990-től 2000-ig a Semmelweis Egyetem I. Gyer-

meklinikájában volt gyermekradiológus. Számos tudományos közleménye jelent meg, és rendszeresen tartott előadásokat hazai és külföldi konferenciákon. 2003-ban orvos-közgazdász oklevelet szerzett a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karán, ahol azóta óraadóként egészségügyi finanszírozást oktat. 2000-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban dolgozott.