

## A járóbeteg-szakellátás szerkezeti és működési sajátosságai, finanszírozási jellemzői

Dr. Pál Miklós, Dunakeszi Szakorvosi Rendelő

Dr. Bodroghelyi László, Budavári Önkormányzat Egészségügyi Szolgáltató

A szerzők bemutatják a hazai járóbeteg-szakellátás intézményi struktúráját, működési formáit, tevékenységi jellemzőit és finanszírozási mutatóit az aktuális körülmények között. Definiálják az önálló szakrendelő fogalmát és ez alapján áttekintik azok jelenleg működő formáit. Szakmai alapokon elkülönítik a fekvőbeteg-ellátáshoz integrált formában, és az önállóan működő rendelők altípusait. Megállapítják, hogy a rendszer több, mint 70%-ban már állami fenntartásban működik. A fennmaradó, alig 30%-ban, az önálló intézmények szinte teljes köre nagymértékben integrálódott az alapellátással. Elenyésző azok száma, ahol alapellátási tevékenység nincs. A rendszer a jelen fenntartásban bizonyítottan életképes és hatékony, további intézmények állami fenntartásba vételét sem szakmai, sem gazdasági szempontból nem javasolják.

*Authors studied the structure and financing history of outpatient care in Hungary. They found a slight increase in the financing by the state administered National Health Insurance Fund over the years. The institutions providing outpatient care are grouped based on their type (integrated with hospitals or single outpatient clinics) and the variety of disciplines they provide. More, than 70% of the outpatient care system is owned and managed directly by the state, the rest belongs to private and community owners. The community out-patient clinics are working closely together with the primary care physicians and provide a definite care for the patients thus to avoid hospitalization. Author suggests that the current ownership and management of the community outpatient clinics are sufficient and effective enough and there is no need for further involvement by the state in ownership and management issues.*

### BEVEZETÉS

A járóbeteg-szakellátás struktúrája, működési formája folyamatosan változott és változik ma is, annak ellenére, hogy a rendszert bürokratikus korlátokkal többször is évekre bemerevítette az aktuális kormányzati egészségügyi reform. Jelen értekezés célja röviden bemutatni a járóbeteg-szakellátás jelen helyzetét, működési formáit, tevékenységi jellemzőit és finanszírozási mutatóit az aktuális körülmények között. Célunk még tipizálni az egyes intézményi formákat, és ezek alapján javaslatokat megfogalmazni a fenntartói funkciók ellátására.

Hazánkban jelenleg a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók szakmai összetételét, betegforgalmi, betegellátási és bevételi adatait naprakészen tartalmazó adatokkal az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) rendelkezik. Adataink az OEP finanszírozási adatbázisaiból származnak.

A járóbeteg-szakellátás tartalmának meghatározása változik a megközelítés szempontja szerint: mást értünk alatta jogi szempontból, mást finanszírozási, engedélyezési, vagy egyéb szakmai megközelítésből. Jelen tanulmányban a járóbeteg-szakellátás tényleges orvos-beteg találkozást jelentő részével foglalkozunk, a képalkotó diagnosztika (CT-MRI) és a labor diagnosztikai adatait elkülönítve.

Az alábbi kérdéseket tesszük fel:

- Hogyan alakult a járóbeteg-szakellátás finanszírozása az elmúlt tíz évben?
- Ténylegesen hány közfinanszírozott szolgáltató működik a járóbeteg-szakellátásban, milyen kapacitás és finanszírozási mutatókkal?
- A közfinanszírozott szolgáltatók szakmai és működési szempontból heterogén csoportja tipizálható-e egységes elvek alapján?

### MÓDSZER

Elemzésünk szempontjából azt tekintjük járóbeteg-szakellátásnak, ahol valós orvos-beteg találkozás és kezelés történik fekvőbeteg osztályos kezelés nélkül. Nem soroljuk ide a CT-MRI képalkotó diagnosztikát, és a laboratóriumi diagnosztikát sem. Ugyancsak nem soroljuk ide az alapellátási feladatokat (házi orvos, ügyelet, otthoni szakápolás stb.)

Működési forma szempontjából az ellátás lehet fekvőbeteg intézménnyel integrált, és attól szervezetenként és helyileg is elkülönült önálló intézet. Elemzésünkben önálló járóbeteg intézetnek azt tekintjük, amely nem rendelkezik finanszírozott fekvőbeteg ágyakkal, de rendelkezhet egynapos ellátással. Ezen belül elkülöníthetjük az alapellátással integrált intézményeket, ide sorolva azokat, melyek ezen tevékenységek valamelyikére (házi orvosi ellátás, ügyelet, ifjúság egészségügy, fogászat) finanszírozási szerződéssel rendelkeznek. Finanszírozási szempontból a járóbeteg-szakellátási finanszírozást vesszük figyelembe, a labor, mikrobiológia, CT-MRI diagnosztika finanszírozását nem számítva.

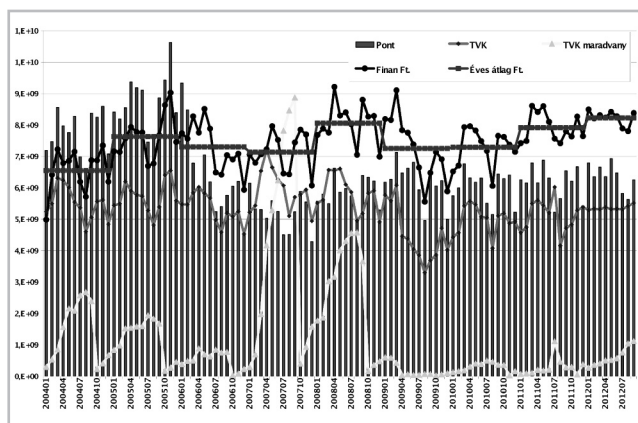
Fentiek szerint a járóbeteg szakellátás kapacitás és finanszírozási adatainak analízisekor nem vettük figyelembe az 50, 51, 52 szakmakódú szervezeti egységeket a szolgáltatók vizsgálatakor.

Működési forma szerint a fenti kritériumok alapján megvizsgálva a rendszert, az alábbi csoportokat különítettük el:

- **Integrált fekvő-járó intézmények** – ide soroljuk az összes kórházat, valamint azokat az intézményeket, amelyek bármilyen – akár krónikus, vagy ápolási – fekvő kasszából finanszírozott ágyakat működtetnek. Ezek meghatározó számban már állami fenntartásúak, néhány alapítványi, egyházi magánintézmény kivételével.
- **Diagnosztikai szolgáltatók járóbeteg-szakellátása** – a főtevékenységként CT-MRI, vagy labor diagnosztikát végző intézmények részesülése a járóbeteg-ellátásból.
- **Önálló járóbeteg-szakellátási intézmények** – ide soroltuk azokat az intézményeket, melyeknek nincs finanszírozott ágya, esetleg egynapos sebészetet, vagy alapellátást is végeznek.

## EREDMÉNYEK

Az 1. ábra mutatja a járóbeteg-szakellátás finanszírozását 2004-től napjainkig, CT-MRI és labor teljesítményadatok nélkül. Látható a TVK és TVK maradvány alakulása a rendszer egészében. A rendszerben meglévő összes TVK gyakorlatilag 2007-ig nőtt, és amikor a hatalmas maradvány és egyéb okok miatt a TVK revízióra került, igen komoly mértékben, évi több mint 10 milliárd ponttal csökkent a degressziós finanszírozás bevezetésével. A TVK az idei évben sem érte el a 2008-as szintet, ennek ellenére még mindig jelentős maradványt halmoznak fel egyes intézmények. A vizsgált időszakban a finanszírozási összeg közel 25%-os növekedést mutat nyolc év alatt, havi átlag 6,5 milliárd forintról havi átlag 8,2 milliárd forintra nőtt. Mindemellett a járóbeteg-szakellátás havi átlagos esetszáma 6 millió körüli értékről 5.5 millióra csökkent.



1. ábra

A járóbeteg-szakellátás fontosabb teljesítmény mutatói 2004-től havi bontásban

A fentebb részletezett finanszírozás jelenleg 408 darab különféle kapacitású és típusú intézmény között oszlik el. Az adatok működési forma szerinti megoszlását az 1. táblázatban tüntettük fel. Látható, hogy az intézmények közel egyharmada integrált fekvő- és járóbeteg ellátó intézet, melyek

rendelkeznek a kapacitások, a betegforgalom és a finanszírozás 70%-ával. A fennmaradó egyéb intézetek a kapacitások, forgalom és finanszírozás nem egészen 30%-án osztoznak.

	Darab szám	Össz. Óra	201201-08 havi Esetszám	201201-08 havi pontszám	201201-08 havi TVK	201201-08 havi finanszírozás Ft	TVK maradvány az utolsó hónapban (pont)
Összes járóbeteg-szakellátást végző intézmény	408	308 208	43 376 104	50 916 131 049	42 602 356 867	65 532 384 130	1 026 263 564
Diagnosztikák járóbeteg-szakellátása	4	654	93 953	120 020 673	88 226 773	141 337 081	0
Integrált fekvő-járó intézmények	128	220 870	31 259 465	35 773 579 353	29 370 391 867	45 819 266 169	357 475 890
Önálló járóbeteg-szakellátási intézmények	275	86 684	12 022 686	15 022 531 023	13 143 738 227	19 571 780 880	668 787 674

	Darab szám (%)	Össz. Óra (%)	201201-08 havi esetszám (%)	201201-08 havi pontszám (%)	201201-08 havi TVK (%)	201201-08 havi finanszírozás Ft (%)	TVK maradvány az utolsó hónapban (pont) (%)
Diagnosztikák járóbeteg-szakellátása	0,98	0,21	0,22	0,24	0,21	0,22	0,00
Integrált fekvő-járó intézmények	31,62	71,66	72,07	70,26	68,84	69,92	34,83
Önálló járóbeteg-szakellátási intézmények	67,40	28,13	27,72	29,50	30,85	29,87	65,17

1. táblázat

A járóbeteg-szakellátási ellátások megoszlása intézménytípusok szerint

Az integrált intézmények járó kapacitása 50 és 6000 óra között szóródik, átlagosan 1712 óra. Ezek az intézetek az egyházi kórházak kivételével már állami fenntartásúak. Augusztus végéig közel 360 millió pont TVK maradványt halmoztak fel. Ezt a maradványt a fenntartó szét tudja osztani saját intézményei között, hiszen sok intézmény ezek közül igen nagymértékben lépi túl a TVK-t, míg mások több havi TVK-nak megfelelő maradványt halmoztak fel és esélyük sincs már ebben a finanszírozási évben ezt felhasználni. Az említett TVK maradvány az integrált intézmények havi TVK-jának közel 10%-a.

A diagnosztikai szolgáltatók járóbeteg kapacitása és finanszírozása az egészhez viszonyítva 0,5%, vizsgálatunk szempontjából jelentéktelen arány.

Az önálló járóbeteg-szakellátási intézmények kapacitása 2 (kettő) és 3600 óra között szóródik, az átlag 315 óra. A 275 intézmény közel fele, 124 minősül alapellátással integrált intézménynek. Célszerűnek látszik, hogy óraszám kapacitás szerint próbáljuk csoportosítani az intézményeket. Abból kiindulva, hogy egyes egészségpolitikai döntéshozók életképesnek és gazdaságilag fenntarthatónak tekintették a 200 órás kapacitású kistérségi egészségügyi központokat, nézzük meg, hány intézmény kerül a 200 óránál kisebb kategóriába. Érdekes eredményre jutunk: a 275 intézmény több, mint fele, 170 működik 200 óránál kisebb kapacitással. Más megközelítést választva, megnéztük az intézmények szakmai összetételét. Igen nagy számban találunk olyan, jellemzően kis kapacitású egységeket, melyek egy, vagy több, de rokonszakmában működnek. Vannak közöttük speciális gyermekellátást nyújtó alapítványok, bőr, tüdő és pszichiátriai gondozók. A 200 óránál kisebb kapacitású egységek néhány kivétellel mind ebbe a csoportba tartoznak. Ezzel a

megközelítéssel az alábbiak szerint csoportosítottuk az önálló intézeteket:

- **Speciális**, egy-vagy több szakmai profilú **intézmények** – Általában egy vagy több rokon szakmát művelő (pszihiátria, egyéb gondozás, speciális gyermekeket ellátó alapítványok), jellemzően kis óraszámú intézmények, melyek költségvetési intézményként, közalkalmazottakkal nem lennének fenntarthatóak, viszont speciális feladataikra az egészségügyi rendszernek szüksége van.
- **Többszakmás önálló járóbeteg intézmények** – jellemzően egy település teljes járóbeteg-szakellátási feladatkörét ellátják, emellett sokan végeznek egynapos sebészetet, és majdnem mindnyájan alapellátási szervezési feladatok mellett alapellátással integráltan működnek.

Az első csoportban jellemző az alapítványi, vagy magántulajdonlás, a másodikban dominál a helyi önkormány-

zati fenntartás. Ez alapján célszerű külön csoportba sorolni az állami fenntartású intézményeket.

A fentebb vázolt felosztás eredményeit a 2. táblázatban összesítettük. Az önálló intézetek 5%-a már állami fenntartásban üzemel, ezek egyike sem végez alapellátást. Az egyéb fenntartású intézmények közel fele alapellátó is, a speciális intézetek 32%-a, a többszakmás intézetek közel 80%-a végez alapellátást is.

Az alapellátást nem végző intézmények közül három magántulajdonú, régóta működő szolgáltató, a többi az utóbbi években létrehozott kistérségi ellátó centrum.

A 3. táblázatban összesítettük eredményeinket. Látható, hogy a járóbeteg-szakellátás alapellátással nem integrált része, a kórházak és az önálló szakrendelők egy része állami kezelésben van. Ezek az intézmények az ellátás teljes vertikumának 75%-át teszik ki. A maradékból hozzávetőlegesen 4%-ot tesznek ki a speciális, egy-vagy több szakmai profilú intézmények, és 21%-ot a többszakmás önálló járóbeteg intézmények.

	Darab szám	Alapellátást is végez	Össz. Óra	2012. 1-8. havi Esetszám	2012. 1-8. havi pontszám	2012. 1-8. havi TVK	2012. 1-8. havi finanszírozás Ft	TVK maradvány az utolsó hónapban (pont)
Önálló járóbeteg-szakellátási intézmények	275	124	86 684	12 022 686	15 022 531 023	13 143 738 227	19 571 780 880	668 787 674
Állami fenntartású	12	0	11 284	1 529 924	1 816 833 912	1 709 732 781	2 385 574 460	200 186 831
Nem állami fenntartású	263	124	75 400	10 492 762	13 205 697 111	11 434 005 446	17 186 206 420	468 600 843
Speciális, egy-vagy több szakmai profilú kis óraszámú intézmények	180	59	12 038	1 453 306	1 993 295 879	1 768 386 243	2 526 191 234	154 316 937
Többszakmás önálló járóbeteg intézmények	83	65	63 362	9 039 456	11 212 401 232	9 665 619 203	14 660 015 186	314 283 906

	Darab szám (%)	Alapellátást is végez (kategória %-ban)	Össz. Óra (%)	201201-08 havi esetszám (%)	201201-08 havi pontszám (%)	201201-08 havi TVK (%)	201201-08 havi finanszírozás Ft (%)	TVK maradvány az utolsó hónapban (pont) (%)
Állami fenntartású	4,36	0,00	13,02	12,73	12,09	13,01	12,19	29,93
Nem állami fenntartású	95,64	47,15	86,98	87,27	87,91	86,99	87,81	70,07
Speciális, egy-vagy több szakmai profilú kis óraszámú intézmények	65,45	32,78	13,89	12,09	13,27	13,45	12,91	23,07
Többszakmás önálló járóbeteg intézmények	30,18	78,31	73,10	75,19	74,64	73,54	74,90	46,99

2. táblázat

Az önálló járóbeteg-szakellátók intézményi megoszlása

	Darab szám	Alap ellátást is végzők	Össz. Óra	2012. 1-8. havi Esetszám	2012. 1-8. havi pontszám	2012. 1-8. havi TVK	2012. 1-8. havi finanszírozás Ft	TVK maradvány az utolsó hónapban (pont)
Összes járóbeteg-szakellátást végző intézmény	408	0	308 208	43 376 104	50 916 131 049	42 602 356 867	65 532 384 130	1 026 263 564
Állami fenntartásban	141	0	232 154	32 789 389	37 590 413 265	31 080 124 647	48 204 840 629	557 662 721
Speciális, egy-vagy több szakmai profilú kis óraszámú intézmények	180	59	12 038	1 453 306	1 993 295 879	1 768 386 243	2 526 191 234	154 316 937
Többszakmás önálló járóbeteg intézmények	83	65	63 362	9 039 456	11 212 401 232	9 665 619 203	14 660 015 186	314 283 906

	Darab szám (%)	Alap ellátást is végez (kategória %-ban)	Össz. Óra (%)	2012. 1-8. havi esetszám (%)	2012. 1-8. havi pontszám (%)	2012. 1-8. havi TVK (%)	2012. 1-8. havi finanszírozás Ft (%)	TVK maradvány az utolsó hónapban (pont) (%)
Állami fenntartásban	34,56	0,00	75,32	75,59	73,83	72,95	73,56	54,34
Speciális, egy-vagy több szakmai profilú kis óraszámú intézmények	44,12	32,78	3,91	3,35	3,91	4,15	3,85	15,04
Többszakmás önálló járóbeteg intézmények	20,34	78,31	20,56	20,84	22,02	22,69	22,37	30,62

3. táblázat

A járóbeteg-szakellátás fenntartói megoszlása

## ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgált közel tízéves időszakban a járóbeteg-szakellátás finanszírozása az inflációt alulmúló ütemben, csekély mértékben emelkedett. Az ellátott esetszám jelentős mértékben nem változott. A szakorvosi óra kapacitás sem változott jelentős mértékben.

Megállapíthatjuk, hogy a járóbeteg szakellátás 70%-a a kórházakhoz köthető. Összességében jelenleg a teljes vertikum háromnegyede állami fenntartású intézmények kezelésében van. A nem állami fenntartású önálló intézmények:

- fekvőbeteg-szakellátást kiváltó definitív ellátást végeznek;
- speciális feladatokat végeznek;
- Alapellátási feladatokat vagy azok szervezését-fenntartását is végzik;
- jelentős létszámú szakorvos jövedelmét biztosítják közreműködő szerződésekkel (mely komoly megtartó erőt jelent az orvosok számára)
- fenntartásuk önkormányzati, alapítványi, vagy magánforrásból történik, nem terheli az állami fenntartó szervezet költségvetését.

A speciális ellátást nyújtó kis kapacitású intézmények állami fenntartása véleményünk szerint nem, vagy csak igen nagy

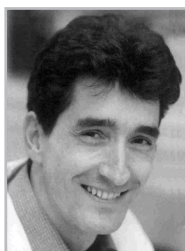
nehézségek árán lehetséges, tekintettel a gazdaságos üzem-méret kérdésére, és arra, hogy ezek az intézmények csaknem kizárólag alapítványi, vagy magántulajdonban vannak.

A többszámú önálló járóbeteg intézmények csaknem valamennyien alapellátási feladatokat, ellátásszervezést is végeznek. Összesen 18 olyan intézmény van az országban, amelyek ezt a feladatot nem végzik. Sok jelenlegi fenntartó önkormányzat az alapellátást és a járóbeteg szakellátást egységes, – igaz heterogén, – rendszerbe foglaló egészségügyi szolgáltatást szervezett. A közös szervezet és közös fenntartó lehetőséget ad az alapellátás és a járóbeteg szakellátás közötti mind szakmai, mind szervezeti együttműködés megvalósítására, a sinergiák kihasználására. Ezen egészségügyi szolgálatok járóbeteg szakellátásának államosítása után ez az egység szétesne. Félő, hogy a szervezeti szétválás után a szakmai együttműködés is gyorsan erodálódna, valamint az alapellátás menedzselése, melyet eddig az egészségügyi szolgálatok menedzsmenete végzett, az önkormányzatok nyakába szakadna.

Véleményünk szerint az önálló járóbeteg intézmények állami fenntartásba vétele:

- jelentős zavart okozna a betegellátási rendszerben,
- meghatározó részük működtetése közintézményként közalkalmazottakkal nem fenntartható,
- az alapellátási feladatok leválasztása jelentős többletköltséget és ellátási zavart okozna.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. Bodroghelyi László** oxológus, belgyógyász, háziorvos szakorvos, egészségügyi szakmenedzser. 1985-ben végzett a SOTE-n, ezt követően mentőorvosként helyezkedett el, 1989-ben szakvizsgázott oxológiából. 1990-ben a Bajcsy Kórházban, majd 1991-

2003-ig a Mentőkórház Belgyógyászatán dolgozott, ahol osztályos munka mellett echocardiográfiával foglalkozott. 1998 óta Budapest I. kerületében privatizált háziorvos, 2002-2004-ig a Budavári Önkormányzat Egészségügyi Szolgálatának főigazgató helyettese, majd 2005-től főigazgatója. 2 évig a Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnökségi tagja volt.



**Dr. Pál Miklós** orvos, egészségügyi szakmenedzser. Az orvosi diploma megszerzése (1987) előtt és azt követően tíz éven át kutató orvosként dolgozott, a vérkeringés szabályozásának kérdéseiben, többek között a matematikai modellezés módszerét alkalmazva. 1990-től három évig a University of

Arizona élettani kutatócsoportjában a szöveti mikrocirkuláció szabályozásának és az anyagcsere kapcsolatának kér-

déseit vizsgálta. Hazatérése után saját céget alapított. 1999-től az OEP-ben osztályvezetőként a járóbeteg-szakellátás finanszírozásával kapcsolatos feladatokkal foglalkozott. Működése során vezették be a tételes jelentések szabálykönyv alapján történő szűrését. A 2000-es években többek között a Jahn Ferenc Kórház menedzsmenetének és a Medicina 2000 Járóbeteg Szövetség elnökségi tagjaként dolgozott a szakrendelők érdekében. Jelenleg a Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet igazgatója.