

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár beteghez köthető természetbeni kiadásai a 2015. év során

Fadgyas-Freyler Petra, Korponai Gyula, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az Egészségbiztosítási Alap kezelőjeként felel a rendelkezésre álló források minél hatékonyabb felhasználásáért. Az itt közölt írás célja, hogy átfogó képet adjon a 2015. évi kiadások felhasználásáról, elsősorban a beteghez köthető kifizetések bemutatásával. Az elemzésbe az összes elérhető adatforrást bevontuk, ezzel az ellátások rendkívül széles spektrumát tudjuk átfogni. Az egyes személyek kasszákon átnyúló, betegséghez kapcsolt kifizetési adatai alapján bemutatjuk, hogy a jogosultak milyen arányban veszik igénybe a közfinanszírozott ellátási formákat, majd az igénybevételi csoportokat kor, nem és területi hozzárendelés alapján jellemezzük. Elsőként közöljük az összes természetbeni ellátásra vonatkozó (kivéve: nemzetközi ellátás), morbiditási csoportokra, illetve BNO3-ra bontott kifizetési adatok toplistáját, összességében és az érintett betegek száma alapján.

Within the framework of the Hungarian social health insurance system the Hungarian Health Insurance Fund is responsible for the most effective possible spending of the resources. In this paper we give a comprehensive picture of the expenses in year 2015, mostly of those linked to the given patients. We use a database set containing expenses registered at the individual level across different types of care, so that a concentration of the health spending can be analysed. The aspects of the analysis are: age, gender, place of residence and disease. We are the first in Hungary to publish the top list of the spending with regard to the WHO morbidity groups and ICD-10 groupings.

BEVEZETÉS, AZ ELEMZÉS LIMITÁCIÓI

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nyilvántartásában 2015-ben megközelítőleg 10,1 millió személy szerepelt, igénybevételre jogosultan. Célunk, hogy ezeknek a személyeknek a teljesítmény-finanszírozású kasszában történt kifizetéseit elemezzük, különböző szempontok szerint. Eddig egyedülálló módon olyan kifizetéseket is bevontunk a vizsgálatba, amelyekre – az adatbázisok szerkezete és jellege miatt – a mai napig csak korlátozottan volt lehetőség, gondolunk itt elsősorban a méltányossági alapon, vagy az extra-finanszírozásban történt kifizetésekre. A kifizetést generáló természetbeni ellátások teljes körét bevontuk a vizsgálatba, így a következő ellátásokat szerepeltetjük: háziorvosi ellátás – különös tekintettel az eseti igénybevételre –, járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás, betegszállítás, CT/MRI, művese, fo-

gászat, otthoni szakápolás és hospice, betegszállítás, illetve az ártámogatási kiadások. Az Egészségbiztosítási Alap 2015. évi természetbeni kiadásainak közel 80%-át tudtuk így személyhez rendelni, az 1.369 milliárd forintból közel 1082 milliárd forintot. Elemzésünket a következő tényezők korlátozzák: 1. nem vontuk be az elemzésbe a védőnői, illetve háziorvosi kasszákat, hiszen azok nem teljesítmény-alapú finanszírozásban részesülnek, a személyhez kötés csak részben lehetséges. (A háziorvosi kassa részleteiben csak az eseti igénybevétel esetén került be a tanulmányba. Az alapellátást ezen túl csak az összes kasszát érintő nagy áttekintéseknél említjük.) 2. az újszülöttek ellátásait csak részben tudtuk figyelembe venni, mert az édesanya azonosítójából képzett számon nyilvántartott ellátásokat nem tudtuk személyhez rögzíteni. 3. Azoknak a kasszáknak az adatait tudtuk csak figyelme venni, amelyekre már voltak adatok, így nem tudunk beszámolni a nemzetközi ellátásokban közel két éves csúszással történő kifizetéseket, hiszen azok a releváns évre még nem állnak rendelkezésre. 4. A 2015. naptári évben történt ellátásokat vettük figyelembe, így – a finanszírozási csúszások miatt – az egyezés a főkönyvi számokkal csak részben valósítható meg. 5. Azoknál a személyeknél, akiknél a nyilvántartásban nem létező, vagy értelmezhetetlen irányítószám van rögzítve, az ellátási adatokat ugyan elemeztük, de ők a területi elemzésekből kimaradtak.

AZ IGÉNYBEVÉTELI CSOPORTOK

Az ellátásra jogosultakat a tényleges igénybevétel szempontjából elsőként az alapján különböztetjük meg, hogy mely kasszában, illetve a progresszivitás mely szintjein történt a szolgáltatás. A lehetséges főbb csoportokat mutatja az 1. ábra:

ÁRTÁMOGATÁS		ALAPELLÁTÁS	
80 ezer	800 ezer	400 ezer	
330 ezer	6 millió	850 ezer	
SZAKELLÁTÁS		450 ezer	

Így az igénybevétele egyáltalán nincsen: 1,1 millió személy

1. ábra

Az ellátásra jogosultak igénybevételi csoportjai és ezek elemszáma

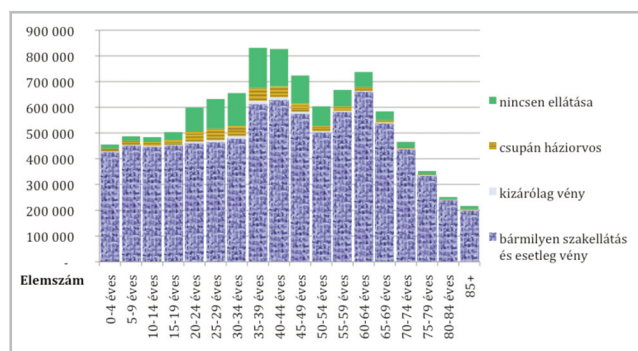
Az adatok szerint az ellátásra jogosultak közül egy év alatt több mint egymillió ember egyáltalán nem jelent meg az OEP természetbeni ellátási adatbázisaiban.

Az igénybevevők közül a legnagyobb azoknak a száma, akik mind az alapellátásban (háziorvos), mind a szakellátásban is jártak, valamint receptet is váltottak ki, az ő számuk közel 6 millió. Kisebb azok csoportja, akik csak háziorvosnál

és szakellátásban jártak (850 ezer ember), illetve azok, akik háziorvosnál jártak és receptet váltottak ki (800 ezer személy.) Csak háziorvosi ellátása volt négyszázezer embernek. Különös figyelmet érdemelnek azok a csoportok, amelyek látzólag megkerülik a progresszivitást követő szokásos ellátási útvonalat, tehát pl. azok, akik úgy jártak szakellátásban és váltottak ki receptet, hogy nem jártak háziorvosnál (330 ezer ember), illetve azok, akik csak szakellátásban jártak (450 ezer ember). A legkevésbé szokványos annak a több mint nyolcvanezer személynek az ellátási mintázata, akik sehol sem jelentek meg a szakellátásban, és mégis váltottak ki receptet. Talán túlzónak tűnik azt feltételezni, hogy az ő esetükben mind pro familia jogcímen írt receptek kiváltása történt.

A bemutatott csoportok közül kiemeltük az (1) ellátásban egyáltalán nem szereplőket – a legfelső sorokban, a (2) csak háziorvosnál jártakat – vízszintesen színezett sorokban, a (3) csak receptkiváltókat – világos színezésű sorokban, illetve a (4) bármilyen más ellátás igénybevevőinek (elvárható igénybevétel) csoportját a négyzetes mintával jelzett sorokban. A csoportok arányait a 2. ábra mutatja.

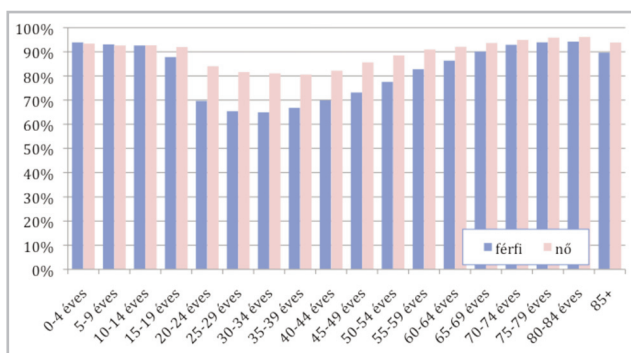
Jól látszik, hogy az igénybevételi arány a kortól (is) függ.



2. ábra
Az igénybevevők tipikus csoportjai a korcsoport arányában

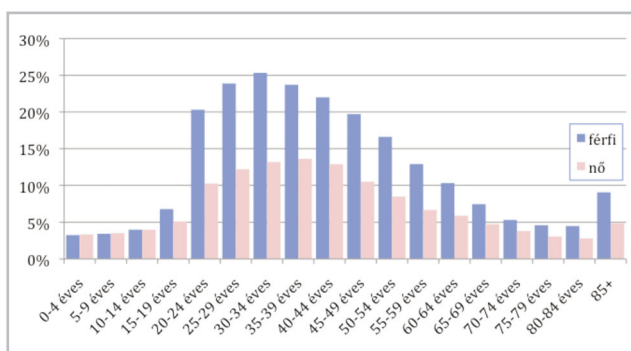
Csecsemőkorban és kisgyermekkorban még szinte mindenki megjelenik az ellátásban, ez az arány aztán a kamaszkorban csökken, és a legalacsonyabb a 20-60 éves (munkaképes) korosztálynál, ahol is az emberek közel egyötöde meg sem jelenik az ellátásban, vagy ha meg is jelenik, akkor vagy csak a háziorvost keresi fel, vagy csak vényt vált ki. Felvetődik annak a gondolata, hogy ez az a korosztály, amely fizetőképese, és esetlegesen a magán-egészségügyi szolgáltatások igénybevevője lehet, ezért ellátása nem a közfinanszírozott szektorban jelenik meg. A kor előrehaladtával azonban – tipikusan a nyugdíjkorhatártól kezdődően – az OEP finanszírozott munkahelyeken ismét növekszik az igénybevételi hajlandóság, és láthatóan a magasabb ellátási szintek felé (szakellátás+receptkiváltás) tolódik az igénybevétel. Az idősebb korosztályokban (55 éves kortól) az igénybevételi arány ismét a 90%-ot közelíti.

Érdeemes megvizsgálni azt is, hogy hogyan alakul a férfi-nő arány a különböző életkori csoportokban. Azt láthatjuk, hogy az ellátást több szinten igénybe vevők között magasabb a nők aránya, és ezzel egyidejűleg az ellátást nem igénylők között jóval több a férfi. Ezt mutatja 3. ábra.



3. ábra
Többféle ellátásban részesülők körében férfi-nő arány korcsoportonként

Nyilvánvaló, hogy a gyermekvállalással, illetve szüléssel kapcsolatos ellátások miatt a nők a releváns életkorban gyakrabban fordulnak szakellátóhoz, azonban mégis meglepő, hogy az orvost egyáltalán nem vizitáló személyek között gyakorlatilag az összes korosztályban – a gyermekort kivéve – a férfiak aránya szembeszökően magasabb, amint azt a 4. ábra is szemlélteti:



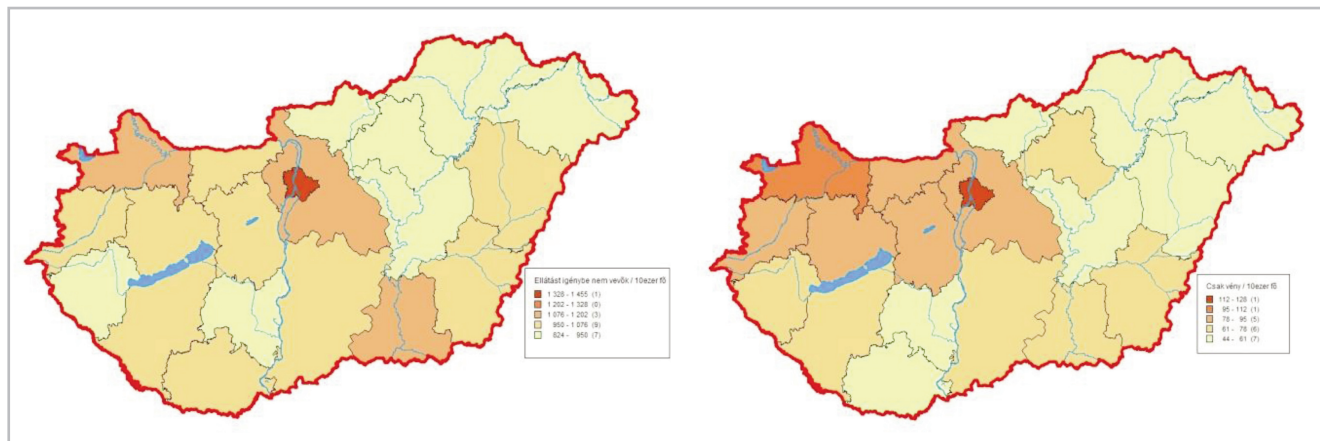
4. ábra
Ellátást igénybe nem vevők között a férfi-nő arány korcsoportonként

Az ellátásból kimaradók, illetve a csak vényt kiváltók lakhely szerinti adatait térképpel szemléltetjük (5. ábra).

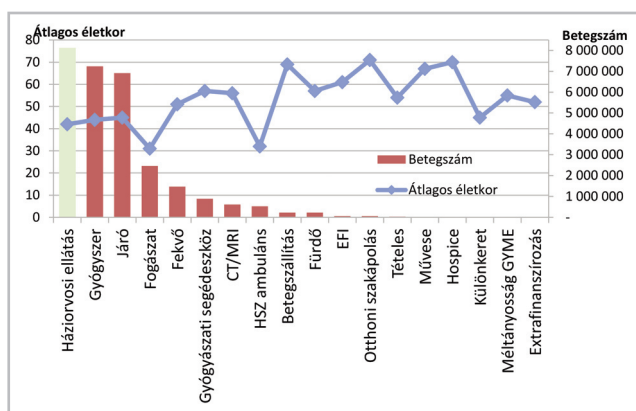
A térképek az ország különböző területein jelentős eltérésekről tanúskodnak, ugyanakkor a két térkép nagyon hasonlít egymásra. Úgy tűnik, hogy esetleg lehet összefüggés a közfinanszírozott ellátást kerülők és a csak vényt kiváltók között. Nyugat-Magyarországon, Budapesten, illetve az egyetemi városokban a legmagasabb mindkét csoport elemszáma, ami esetleg a fővárosban, illetve a vidéki központok körül meglévő jelentős magánfinanszírozású ellátórendszer hatására utalhat.

Bizonyos jellemzők mentén a kasszák is jól elkülöníthetőek, ezek közül a jellemzők közül a 6. ábra a kasszában megjelenő betegek átlagéletkorát (vonal), és betegszámát (oszlop) mutatja be

A legtöbben – több mint nyolcmillió ember évente – a háziorvosi ellátást veszik igénybe (az ő igénybevételük nem forintosítható, ezért ábrázoljuk őket más színnel), ezt követi hétmillió körüli betegszámával a gyógyszerellátás és a járóbeteg szakellátás. Nagyságrendekkel alacsonyabb (2,5 mil-



5. ábra Bal oldalt az ellátást igénybe nem vevő, jobb oldalon a csak vényt kiváltó területi megoszlása megyénként, 10 ezer lakosra, kor és nem szerint standardizálva



6. ábra Kasszánkénti betegszám és átlagéletkor az igénybevevők között, az előbbi szerint rendezve

lió) a fogászatban megjelenők száma, amelyet sorrendben a fekvőbeteg ellátás követ másfél millió emberrel. Betegszám szempontjából jelentősnek mondható még a gyógyászati segédeszköz ellátási szegmens, a nagyértékű képalakító diagnosztika, az ambuláns háziorvosi ellátás és a fürdő ellátás, amelyeknél a betegszám többszázezer is lehet. A többi kasszában az érintett betegek száma százezer alatti.

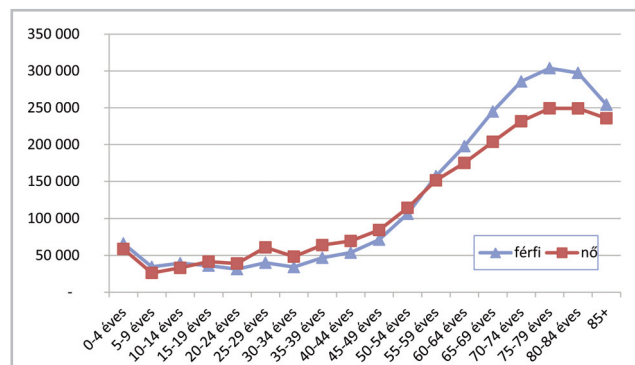
Az átlagéletkort tekintve jól látszik, hogy az ellátások közül a fogászat és az ambuláns háziorvosi ellátás (eseti ellátás nem saját háziorvosnál) jellemzően a fiatalabb korosztályra jellemző, az átlag itt 31 év. Negyvenes átlagkor jellemzi a háziorvosi és járóbeteg ellátás igénybevevőit, illetve a gyógyszeres vényt kiváltókat. A fekvőbeteg ellátásban, és az ehhez kapcsolódó kisebb sorokon már 50 felettieket találunk. A fürdő, illetve GYSE igénybevétele az idősebbekre jellemző. Hetven körül van, ezzel a legmagasabb az átlagéletkor a betegszállítás, a művese, az otthoni szakápolás és a hospice esetében.

SZEMÉLYENKÉNTI KIADÁS

Miután áttekintettük a jogosultak csoportjait, vizsgáljuk meg a kiadásokat. Az összes potenciális igénybevevőre szá-

mítva a személyhez ténylegesen köthető egy főre jutó átlagos kiadás 107 ezer Ft. Mint már említettük, ez az összeg nem tartalmazza sem a kasszáknak személyhez nem köthető tételeit (pl. céllelőirányzat, ún. „kasszasöpörések” kifizetése, stb.), sem a fejkvótával finanszírozott kasszákat (védőnői, illetve háziorvosi kassza) adatait, ezen túl kihagytuk pl. az utazási költségtérítés tételeit is. Ha a természetbeni kassza teljes összegét visszaosztanánk, akkor jogosultanként 137 ezer Ft összeg forrás-kiáramlásról lehetne beszélni.

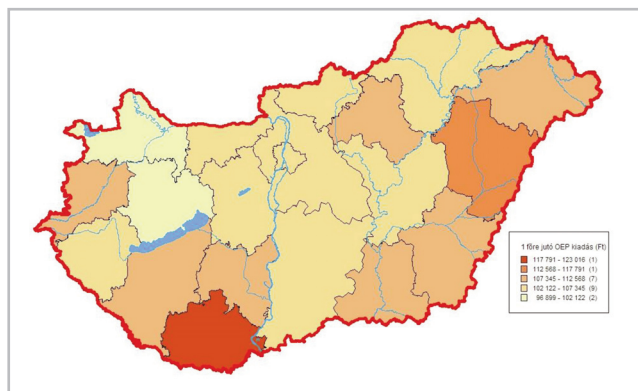
Az egy főre jutó átlagos kiadások az életkorral jellemzően változnak, születéskor, illetve csecsemőkorban magasak, majd jelentősen csökkennek. A magyar kiadási görbe, melyet a következő ábra mutat, jellegzetessége egyrészt a viszonylag korai (50 éves kor körül bekövetkező) emelkedés, másrészt a 80 éves korosztály felett a görbe enyhe visszaesése. A magasabb életkorban jellemző költség az átlagos igénybevételeknek kb. háromszorosa, ez amúgy nem mondható túlságosan szélsőséges értéknek, hiszen más országokban (pl. Hollandia) az idős korosztályra az összes egészségügyi kiadásból jóval nagyobb arányban költenek. A reprodukciós korban természetes a nők magasabb igénybevétele (7. ábra).



7. ábra 1 főre jutó OEP kiadás Ft-ban korcsoport és nem szerint

Ha az egy főre jutó kiadásokat területi bontásban szemléljük (8. ábra), azt láthatjuk, hogy a déli és keleti határok mentén, illetve az egyetemi városok (Baranya, Csongrád,

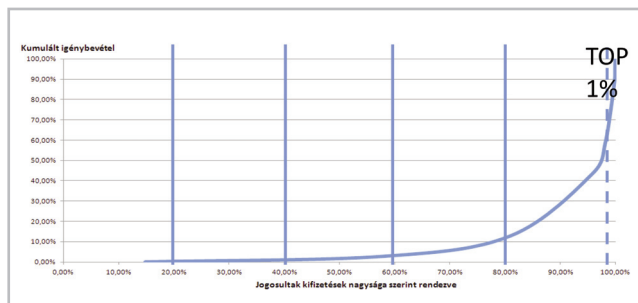
Hajdú-Bihar) megyéiben az átlagnál magasabbak a kiadások. Az átlaghoz képest a legalsó értéket (97 ezer Ft) mutató Győr-Moson-Sopron megye 10%-kal alacsonyabb, míg a legnagyobb kiadást (123 ezer Ft) produkáló Baranya megye 14%-kal magasabb. Budapest és Pest megye igénybevétele átlagos.



8. ábra
1 főre jutó OEP kiadás Ft-ban, korra és nemre standardizált értékek megyénként

AZ IGÉNYBEVÉTELEK KONCENTRÁCIÓJA

A következőkben a kiadásokat abból a szempontból kívánjuk bemutatni, hogy hogyan koncentrálódik az igénybevétel, a jogosultakat a kifizetett összegek nagysága szerint sorba rendezve milyen görbét kapunk. A 9. ábra mutatja a természetbeni kiadások igénybevételi görbéjét ötödökre (függőleges vonalak) osztva.



9. ábra
Az OEP természetbeni kiadásainak koncentrációs görbéje, a jogosultak kifizetés alapján sorba rendezve

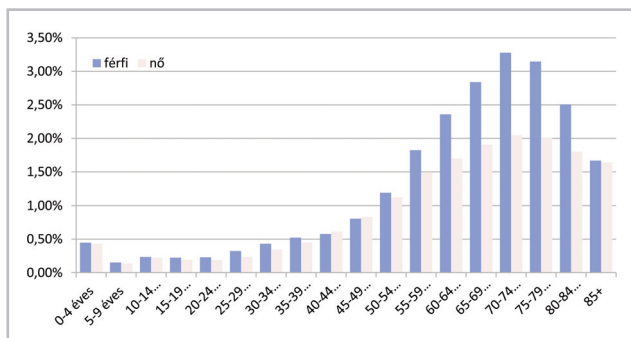
Egy ötödbe értelemszerűen kb. kétmillió ember tartozik. Tekintettel az ellátórendszert fel nem keresők magas számára, az első kétmillió emberből csupán félmillió olyan személy van, akire az egészségbiztosító teljesítmény-jelentés alapján is fizetett összeget a szolgáltatók/forgalmazók részére, a jogosultak közel 15%-ára tehát egyáltalán nem történt kifizetés. Az első és második ötödbe tartozókra (20-40%) százalékos arányban minimális forrás-kiáramlás volt. A harmadik ötödre fordította az OEP forrásainak 2,5%-át. A negyedik ötödre 8,75%-ot költött, értelemszerűen tehát a források 88%-át a legfelső ötödre fordították. A kifizetések 32%-a a legnagyobb felhasználók TOP 1%-os körére történt, ezeket az ábrán szaggatott vonallal jelöltük.

Az egyes ötödökre vonatkozóan megvizsgáltuk az átlagos igénybevételt és az átlagos életkort, amelyet az 1 táblázatban mutatunk be,

Igénybevételi ötöd	Átlagos egy főre jutó felhasználás	Kiadási határ	Átlagos életkor
0-20%	156 Ft		31 év
20-40%	3.600 Ft	1.100 Ft felett	31 év
40-60%	13.000 Ft	7.000 Ft felett	38 év
60-80%	47.000 Ft	23.000 Ft felett	47 év
80-100%	473.000 Ft	91.000 Ft felett	57 év
Top 1%	3.442.000 Ft	1.600.000 Ft felett	58 év

1. táblázat
A felhasználás nagysága szerinti igénybevételi csoportok jellemzői

A legnagyobb felhasználókról a következőket lehet elmondani: A tízmillió jogosult közül kb. tizenháromezer személy van, akinek az ellátására, kiváltására a biztosító egy év alatt több mint ötmillió forintot fizetett ki. Ezekből három-ezer azoknak a száma, akikre több mint tízmillió forintot költöttek. A legmagasabb felhasználásúak azok voltak, akikre az egészségbiztosító több mint ötvenmillió forintot költött (59 személy), illetve azok, akiknek több mint 100 millió forintos volt az igénybevételük (21 személy). A legmagasabb egy főre jutó kifizetés a 2015-ös évben meghaladta a 280 millió forintot. Amennyiben a legköltségesebb csoportot vizsgáljuk kor és nem szerinti megoszlásban, azt láthatjuk a 10. ábrán, hogy jellemzően az idősebb korúak vannak képviselve, és az 55 év feletti korcsoportokban a férfiak magasabb arányban vannak képviselve, egyes korcsoportokban a nők arányának másfélszeresével.



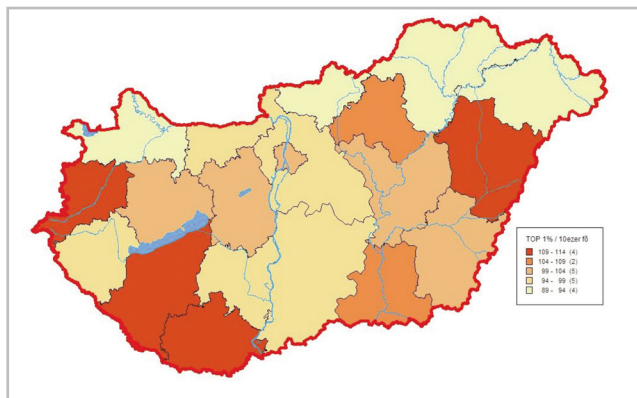
10. ábra
A TOP 1% felhasználású betegek megoszlása kor és nem szerint

Amennyiben a TOP 1% felhasználói területi szempontból kívánjuk vizsgálni, úgy ennek a betegkörnek a korra és nemre standardizált területi megoszlását mutatja a 11. ábra, 10 ezer lakosra jutó elemszámmal adott megyében:

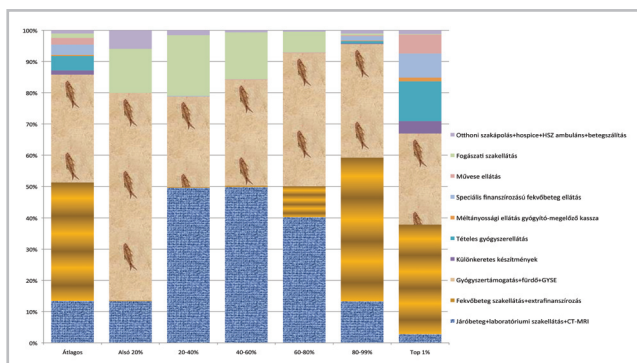
Jól látszik, hogy a TOP 1% felhasználó nem köthető egyértelműen egy régióhoz, hanem az ország egész területén laknak a magas kiadást generáló betegek, az eloszlásban nincsenek nagy kilengések.

Vizsgáljuk meg, hogy az igénybevétel a különböző kasszák között hogyan oszlik meg. Azt figyelhetjük meg, hogy a kasszánkénti bontása jelentősen megváltozik, ha a különböző igénybevételi ötödökre jellemző megoszlást tekintjük, ezt ábrázoljuk a 12. ábrán.

A kifizetésekre jellemző átlagos kasszánkénti megoszlást a bal oldali legszélső oszlop tartalmazza. A természet-



11. ábra
A TOP 1 % felhasználású betegek megoszlása kor és nem szerint, standardizálva



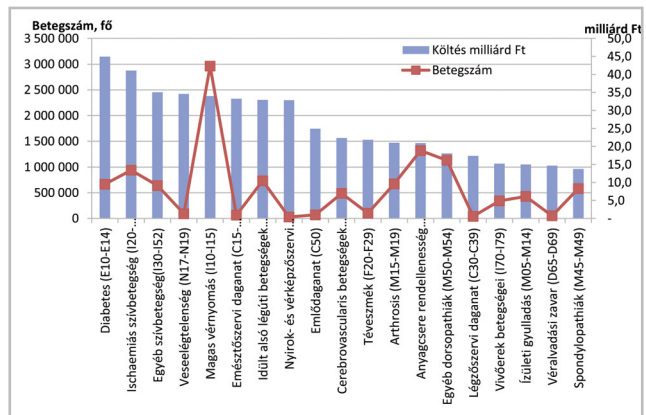
12. ábra
Az igénybevételi csoportokra jellemző felhasználás kasszák szerint

beni kiadások kb. 13%-át adja a járóbeteg szakellátás, 38%-át a fekvőbeteg szakellátás és 35%-át az ártámogatási kifizetések. Kisebb tételt jelentenek a tételes finanszírozású gyógyszerek (5%), a speciális finanszírozású nagyértékű műtétek (3%), művese ellátás (2%), illetve az összes többi felsorolt kisebb kiadási sor. Az ábra jól érzékelteti, hogy a tipikus felhasználási struktúra a felhasználási csoportok szerint változik. A legelső felhasználási csoportban dominál a receptes ellátás, és a járóbeteg ellátás mellett a fogászati ellátás is nagy hangsúlyt kap. A 20-60% közötti csoportban a legjellemzőbb a járóbeteg szakellátás igénybevétele, és szinte teljesen hiányzik a fekvőbeteg ellátás. A 60-80% közötti csoportban viszont megjelenik ez is, és nő a vényes forgalom jelentősége, jellemzően a fogászati ellátás visszaszorulásával. A legfelső ötödben jellemző ellátási forma viszont a fekvőbeteg szakellátás. A TOP 1% igénybevételében a fekvőbeteg és vényes ellátások mellett jelentős a különböző speciális „kiskasszák” szerepe, így például a tételes gyógyszerellátásé, a speciális finanszírozású nagyértékű beavatkozásoké és a művese ellátásé is.

A KIFIZETÉSEK MEGOSZLÁSA MORBIDITÁSI CSOPORTOK, ILLETVE BETEGSÉGEK SZERINT

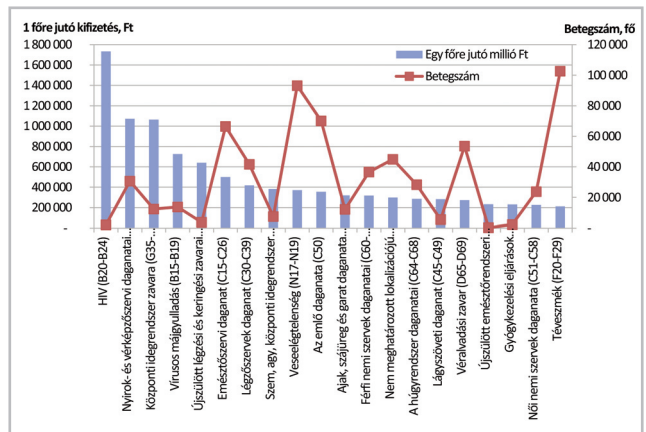
Megvizsgáltuk azt is, hogy a kifizetések hogyan oszlanak meg az egyes betegségek, betegségcsoportok között,

mind a WHO morbiditási csoportjai szerint (összes lehetséges csoport száma 261), mind pedig a szokásos BNO3-as beosztás (lehetséges csoportok száma 2.037) alapján. Módszerünk szerint minden – a korábbiakban felsorolt természetbeni ellátáshoz kapcsolódó – kasszában a jelentősen rögzített betegséget vettük figyelembe, az ahhoz kapcsolódó adatokkal dolgoztunk. A fekvőbeteg ellátás jelentésénél a fődiagnózist vettük figyelembe, azt azonban minden részjelentés esetén külön kezeltük. Ezt azt jelenti, hogy ha egy hospitalizáció során többféle fődiagnózist is kódoltak a betegek, úgy a kiadásokat aszerint rögzítettük. Munkánk eredményeit az összes természetbeni kasszát tekintve a 13. ábra szemlélteti



13. ábra
Morbiditási csoportok érintett betegsége és kifizetése, az előbbi szerint rendezve, az első húsz csoport

Az egészségbiztosító az érintett kasszában a 2015-ös év során a legtöbbet a cukorbetegség ellátására költött, ezt követték a szívbetegségek, a veseelégtelenség és a magas vérnyomás. Az első húsz kifizetési csoportban szerepel többféle daganat, mozgásszervi betegségek, vérzékenység, skizofrénia, stb. A legtöbb embert érinti ezekből a betegségek közül a magas vérnyomás, amelynek kódját több mint két és félmillió ember esetében lehet a jelentésekben megtalálni, de közel egymillió ember szenved anyagcsere rendelle-



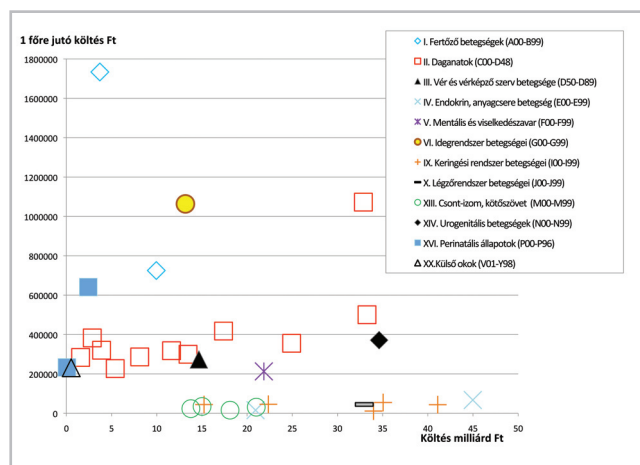
14. ábra
Morbiditási csoportok sorba rendezve, egy főre jutó kifizetése és érintett betegszám, top 20

nességekben, dorsopathiákban, illetve ischémiás szívbetegségben. Amennyiben az egy betegre jutó kifizetéseket vizsgáljuk, úgy más morbiditási csoportok kerülnek előtérbe, melyeket a 14. ábra szemléltet.

Az egy főre jutó kifizetéseket szemlélve a toplistában túlnyomórészt daganatos megbetegedéseket találunk, de előkelő helyezést kap a humán immundeficiencia vírus és a hepatitisz vírus fertőzésének, illetve a központi idegrendszer zavarainak, valamint a perinatális szakasz bizonyos rendelkezéseinek kezelési költsége is.

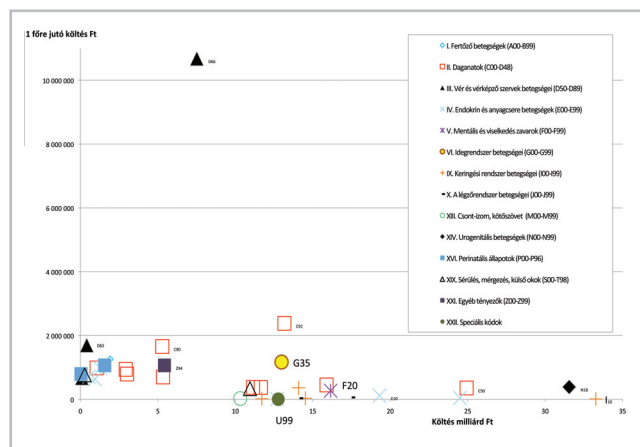
Betegszámok tekintetében a skizofrénia, a veseelégtelenség és az emésztőrendszer daganatai vezetnek.

A két szempont egyesítésével készítettük el a 15. ábrát, amely a két tengelyen a két nézőpont szerinti betegcsoportokat ábrázolja. Ez alapján nyilvánvaló a daganatos betegségek jelentősége, mely mindkét szempont alapján meghatározó.



15. ábra
Az összköltség és az egy főre jutó költség szempontjából legfontosabb morbiditási csoportok

Természetesen a kiadásokat tovább lehet bontani. Amennyiben BNO3 szintre megyünk, akkor a morbiditási csoportokból bizonyos betegségek kiemelkednek. Ha – a betegcsoportokhoz hasonló módon – a „toplistásokat”



16. ábra
Az összköltség és az egy főre jutó költség szempontjából legfontosabb betegségek BNO3-as bontásban

diagramon ábrázoljuk (egy főre jutó költséget az egyik tengelyen, összköltség a másik tengelyen), a 16. ábrát kapjuk.

Az örökletes VIII-as faktorhiány kiugró értékei mellett továbbra is (a két tengelytől egyenlő távolságra) is egyes daganattípusok vezetnek, a sclerosis multiplex mellett. A már említett drága betegcsoportok közül pedig összköltség szempontjából kiemelkednek a következő betegségek: magas vérnyomás, krónikus veseelégtelenség, nem inzulin dependens cukorbetegség és az emlődaganat.

Ha BNO3 szinten mindhárom vizsgálati szempontot figyelembe vesszük, tehát rangsoroljuk a betegségeket mind a betegszám, mind az egy főre jutó költség, mind pedig az összköltség szempontjából, és ezeket egyenlő súllyal vesszük figyelembe, akkor a konkrét betegségek toplistája a 2. táblázat szerint alakul

BNO 3 kód	Betegség megnevezése	Helyezés
C92	Myeloid leukémia	1.
G35	Sclerosis multiplex	2.
D66	Örökletes VIII-as faktor hiány	3.
B18	Idült vírusos májgyulladás	4.
N18	Krónikus veseelégtelenség	5.
C34	A hörgő és tüdő rosszindulatú daganata	6.
C90	Myeloma multiplex és plasmasejtes rosszindulatú daganatok	7.
Z94	Transzplantált szerv és szövet	8.
C20	A végbél rosszindulatú daganata	9.
C50	Az emlő rosszindulatú daganata	10.

2. táblázat
A felhasználás nagysága szerinti igénybevételi csoportok jellemzői

Természetesen az előző top-listákkal sok átfedést találunk, és a daganatok itt is jelentős számban képviseltetik magukat.

Miután így rangsorolni lehet, hogy mely betegségek, betegcsoportok okozták a legnagyobb kiáramlást, illetve egy főre jutó kiadást a természetbeni kasszában, kérdéses, hogy az igénybevételi ötdök esetében a betegségek száma és jellege mennyire volt döntő befolyással a költségekre. Az a feltetelezésünk, hogy a legnagyobb kifizetéseket okozó személyek az egy főre jutó magas kezelési költségű drágább betegségekben szenvednek.

Ahhoz, hogy erre válaszolni tudjunk, minden egyes beteg esetében rögzítettük, hogy adott személy ellátásakor milyen betegséget/betegcsoportot jelöltek meg az ellátók. Tehát akinél – a laboratóriumi ellátás kivételével – bármelyik kasszában akár egyszer is szerepelt az adott diagnózis, azt a beteget úgy tekintettük, hogy adott betegségben szenved. A laboratóriumi ellátást azért nem vettük figyelembe, mert ebben az ellátási formában sokszor csak a vélelmezett diagnózist rögzítik, ezek alapján nem lehetett a betegeket betegként azonosítani.

Az elkészült adatbázis alapján megállapítottuk, hogy a legnagyobb felhasználók – várakozásnak megfelelően – a korábbi részekben nevesített magas költségű betegségekben szenvednek (pl. vérzékenység, ritka anyagcsere betegségek stb.)

A multimorbiditással kapcsolatosan elmondható, hogy a jogosultak átlagosan négy különböző morbiditási csoporthoz vannak sorolva. A betegségterhek hatása a költségekre egy-

értelműen igazolódik, hiszen az igénybevételi ötödökben előrehaladván egyre nő az egy ellátottra jutó betegségek száma, a legalacsonyabb ötödben ez még csak egy, a következő ötödben kettő, azután három, majd hat. A legfelső ötödben átlagosan kilenc betegségszintű beteg sorolódik be a betegek. A TOP 1%-ba eső betegek esetében pedig átlagosan 11 betegségszintű beteg történik teljesítményjelentés. Meg kell azt is említeni, hogy a legtöbb betegségszintű beteg sorolt két idős személy esetén a jelentésekben ezekhez az emberhez 50(!) különböző betegséget kódoltak, ugyanakkor ezek a betegek a rájuk fordított kifizetések alapján csak a negyedik(!) igénybevételi ötödbe esnek. Úgy tűnhet tehát, hogy ugyan meghatározó a betegségek száma, de a betegség minősége is döntő lehet. További elemzést igényelne, hogy az egyes betegségek az igénybevételi ötödökben hogyan sűrűsödnek, illetve az ugyanarra a betegségre történt kifizetések hogyan szóródnak a különböző személyek között.

ÖSSZEZÉS, TOVÁBBI ELEMZÉSI LEHETŐSÉGEK

A cikkben áttekintést kívántunk nyújtani az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2015. évi betegsintű ráfordításairól, az igénybevett kasszákról, és az igénybevevők jellemzőiről. Új szempontként érvényesítettük az egészségbiztosító kiadásainak elemzését az ellátásban meg nem jelenő bemutatásával, illetve a betegsintű ráfordításokkal is. Tisztában vagyunk vele, hogy ez a bemutatás kevésbé részletező, mélyreható, de ez megegyezik szándékunkkal, írásunkat elsősorban leírónak és gondolatébresztőnek szánjuk. Az elemzés korlátai kétségtelenek, és nyilvánvalóak értelemszerű következtetései is: a sok beteget érintő ellátások, illetve a magas egyéni költséget produkáló betegségek más-más kezelési stratégiát kívánhatnak. A biztosító az elemzésben bemutatott tényezőket mentén tudja kiadásait a lehető legnagyobb egészségnyereség érdekében irányítani. A megfelelő egészségpolitikai eszközök megtalálásához az itt bemutatott adatok ösztönzők lehetnek.

A cikk alapjául szolgáló adatbázis Gimesi-Országh Judit főosztályvezető irányítása alatt jött létre először, gondolatait és segítségét ezúton is köszönjük.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk alapjául szolgáló adatbázis Gimesi-Országh Judit főosztályvezető irányítása alatt jött létre először, gondolatait és segítségét ezúton is köszönjük.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Boncz Imre, Takács Erika, Szaszko Dóra, Belicza Éva: Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele, Területi egyenlőtlenségek I., Kórház, 2006
- [2] Takács Erika, Szaszko Dóra, Belicza Éva, Boncz Imre: AZ OEP járóbeteg szakellátási kassza igénybevétele területi egyenlőtlenségei, IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, 2006
- [3] Tanja Ullé, Rebecca Deppisch, Gerald Lux, Helmut Dahl, Philipp Marks, Pamela Aidelsburger, Jürgen Wasem: Konzeptionelle und empirische Fragen der Krankheitsauswahl im Kontext der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der

GKV, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen Nr. 164 Januar 2008, elérhető: <https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/164.pdf>

- [4] National Institute for Health Care Management: The concentration of health care spending, NHICM Foundation Data Brief, July, 2012, elérhető: <http://www.nihcm.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=PRAosLWGeS1aSPcDLgXs0JJAZRL7IsUbp4KuhhlVCT0>,
- [5] Canadian Institute for Health Information (CIHI) adatai

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Fadgyas-Freyler Petra az ELTE Bölcsészettudományi Karán (1992) tanárszakra, a Heidelbergi Rupprecht-Karl Egyetem (1995) diakónia tudományok szakán, a Mannheimi Berufsakademien (1998) kórházmenedzsment szakon és az ELTE Társadalomtudományi Karán (2012) egészségpolitika, tervezés és finanszírozás szakon végzett. 2005 óta

dolgozik az OEP-nél, ahol többek között laboratóriumi és járóbeteg finanszírozással, finanszírozási protokollokkal, illetve befogadással foglalkozott. Jelenleg az Elemzési és Informatikai Osztály vezetőjeként adatelemzési, adatszolgáltatási munkát végez.



Korponai Gyula 1997-ben végzett a Kandó Kálmán Műszaki Főiskolán, villamosmérnök, illetve mérnök-tanár képzettséget szerzett. 1999-től dolgozik az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál, jellemzően informatikai szakterületen. Korábbi munkái jelentős részben az egészségügyi intézmények teljesítmény-elszámolásához, illetve a

speciális finanszírozású ellátásokhoz kötődtek, de annak idején részt vett az Irányított Betegellátási Rendszer kialakításában is. Jelenleg a Stratégiai Elemzési Főosztályon adatbázis programozással, adatelemzésekkel foglalkozik.