

Egyenlőtlenségek a szolgáltatások igénybevétele során a járóbeteg szakellátásban

Dr. Belicza Éva, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Az egészségügyi ellátás teljesítményelvű finanszírozására alapozott adatgyűjtési rendszer számos lehetőséget ad a nyújtott szolgáltatások elemzésére. Kérdés, hogy az adatok elegendő információt adnak-e a hozzáférés és megfelelőség értékelésére.

Az elvégzett elemzés kistérségi populációra alapozott feldolgozás. A 2003-as év igénybevételi adatai alapján megállapítható, hogy a járóbeteg szakellátást a lakosság 80%-a veszi igénybe átlagosan 10 alkalommal. Valamennyi járóbeteg ellátást együtt vizsgálva a megjelentek arányában nincsenek lényeges területi különbségek, de a szakellátások szerinti elemzések hozzáférési és megfelelőségi problémákra hívják fel a figyelmet. A vizsgált mutatók: az ellátott lakosok aránya, a megjelenési gyakoriság, az egy esetre és populációra vetített költségek, melyek az egyes ellátások esetén a kistérségek között jelentős különbséget mutatnak. A térségi egyenlőtlenségek hátterében a hozzáférési, megfelelőségi problémák mellett a szakmacsoportokba történő besorolás különbségei, illetve adatszolgáltatási problémák is állhatnak a valódi szükségletek különbségei mellett.

Az elemzések fontos következtetése, hogy az egészségügyi szolgáltatások racionalizálásához a döntéseket nem a rendelkezésre álló kapacitások ellátási voluméneire, hanem populációs alapú igénybevételi adatokra támaszkodó elemzések alapján célszerű meghozni.

BEVEZETŐ

Nemzetközi kutatási eredmények szerint az ellátási tevékenység igen változékony [1]. A változékony elsősorban az orvosok tudására, tapasztalatára, életkorára és az ellátási feltételekre vezethető vissza, de befolyásolja a finanszírozást, szabályozást biztosító minőségirányítási rendszerek léte és működtetési szintje is [1]. A változékony gyakorlat növeli a költségeket, bizonytalanná teszi az ellátás eredményét, megkérdőjelezi a legjobb gyakorlat, az ismert tudományos bizonyítékok alkalmazását. A változékony nem magyarázható önmagában a betegek eltérő jellemzőivel [2].

A magyar egészségügyi ellátórendszer működése a hozzáférés, esélyegyenlőség, hatékonyság, eredményes-

ség, illetve az egészségre gyakorolt hatás szempontjából kevéssé ismert. A kórházi ellátások igénybevételét regionális szinten az ellátottak lakóhelye szerint elemzi a Medinfo által 2003-ban közzétett részletes tanulmány [3]. Populációs szintű elemzéseket közöl a Népegészségügyi Jelentés Egészségügyi ellátórendszer c. fejezete [4] a tételes elszámolású egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan, de a járóbeteg szakellátás elemzésére – idő hiányában – akkor nem került sor.

Jelen dolgozat – a Népegészségügyi Jelentésben követt gondolatmenetre támaszkodva – azt kívánja felmérni, hogy milyen változékonyság figyelhető meg a járóbeteg szakellátás igénybevételében és költségeiben a hazai kistérségek lakosai körében, és kaphatunk-e információt az ellátás minőségében meghatározó összetevők: a hozzáférés és megfelelőség vonatkozásában.

MÓDSZERTAN

A járóbeteg szakellátás részletes elemzését 2003-ra vonatkozóan végeztük, melyhez a járóbeteg kassza tételes finanszírozási adatait vettük figyelembe. Az egészségügyi szolgáltatások volumenének változását az OEP statisztikai évkönyveiből nyertük [5].

Az egészségügyi ellátó rendszer elemzésével kapcsolatos közlemények többsége a szolgáltató földrajzi elhelyezkedése szerinti térség lakosságához történő viszonyítást végez [6, 7, 8]. Ez a megközelítés azonban – elsősorban a kiemelt feladatokat ellátó, progresszív ellátást nyújtó intézményekkel rendelkező területek esetén – nem tükrözi az adott földrajzi egység lakosságának valódi igénybevételeit, hiszen az intézmények más térségek lakosságát is elláthatják. Másrészt, az adott térség lakosai is vehetnek igénybe más földrajzi területen szolgáltatást.

Jelen tanulmányban a kistérségi szintű igénybevételi adatok elemzéséhez a kistérség alappopulációjaként a házi-orvosokhoz bejelentkezettek létszámadatait vettük figyelembe. Az igénybevevők házi-orvosait az OEP nyilvántartásai alapján határoztuk meg.

A kistérségi elemzéseknél az országos szinttel történő összehasonlító vizsgálatokat indirekt standardizálással végeztük, ahol standardként az országos korcsoport és nem

szerinti arányszámokat vettük alapul. A 100% feletti értékek az országos gyakoriságnál magasabb igénybevételt vagy költségszintet jeleznek.

A járóbeteg szakrendeléseket az azonosító kódjukban szereplő szakmakódok alapján válogattuk ki. Az elemzésekben elkülönítettük a „beteg”, és az „eset” fogalmát. Egy beteg egy meghatározott személy, aki többször is igénybe vehet ellátást ugyanazon vagy más szakrendeléseken. Az igénybevételt nevezzük „eset”-nek. Az esetek finanszírozási értéke a jelentett vizsgálatok együttes értékét jelenti, a jelentett tételek számát nem vizsgáltuk. A megjelenési gyakoriság – az egy betegre eső igénybevételek száma – elemzése során nem vizsgáltuk az ellátás helyének azonosságát, csupán az ellátó szakmakódját.

A térinformatikai elemzéseknél a kistérségeket a kapott értékek alapján kategóriákba soroltuk. A kategóriák értékhatárait úgy képeztük, hogy a mutató minimum és maximum értékei közötti terjedelmet öt azonos hosszúságú intervallumba osztottuk, így az elemzések eredményei elsősorban az „outlier”, kiugró értékeket adó kistérségekre hívják fel a figyelmet.

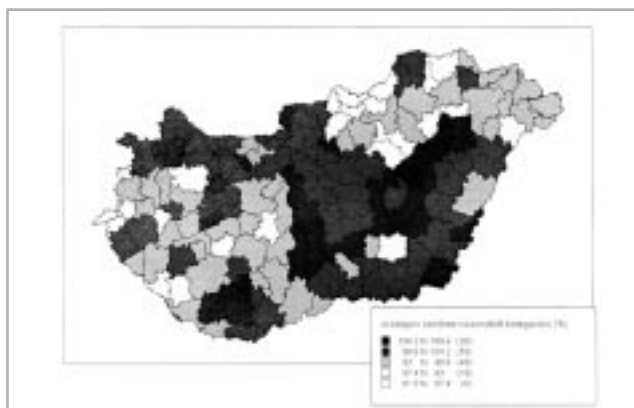
A települések kistérségekbe történő besorolásánál a KSH iránymutatásait vettük figyelembe. Az irányítószámok és a kistérségek egymással történő megfeleltetésekor amennyiben egyértelmű megfeleltetés nem volt lehetséges a KSH település kódokkal – mindig a nagyobb lélekszámú KSH kódú településhez soroltuk az adott irányítószámhoz tartozó eseteket. Budapestet egyetlen önálló kistérségként kezeltük.

Az adatok feldolgozását és elemzését SPSS 11.5 statisztikai programmal, a grafikonokat Excel 2002, a térinformatikai ábrákat pedig Mapinfo Professional 7.5 szoftverrel készítettük. A térinformatikai ábrákon a zárójelben szereplő számok az adott értéktartományba eső kistérségek számát jelölik. A feltüntetett határértékeknél a felső határ nem tartozik az adott értéktartományba.

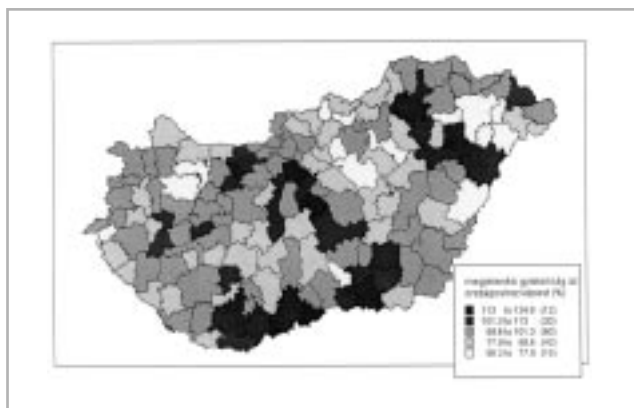
EREDMÉNYEK

A járóbeteg szakellátás igénybevétele a vizsgált, 2003-as időszakot megelőzően dinamikus növekedést mutat, az esetszám 2000-2003 között 17%-kal nőtt. A tételes betegforgalmi jelentések szerint 2003-ban a járóbeteg szakellátást (szakrendelések, ambulanciák, gondozók, kivéve CT és MRI) mintegy 8 millió TAJ számmal rendelkező lakos kereste fel, átlagosan 10 alkalommal. Az elemzéseket leszűkítve a praxisokba bejelentkezett lakosságra látható, hogy kistérségenként a járóbeteg szakellátás igénybevételében nincsenek lényeges különbségek, a szélső értékek közötti arány csupán 1,3-szeres (1a. ábra). Említést érdemel, hogy az igénybevevők aránya a háziiorvosi praxisokba bejelentkezettek körében Budapesten – kor és nem szerinti kiegyenlítéssel – az országos szinttel azonos.

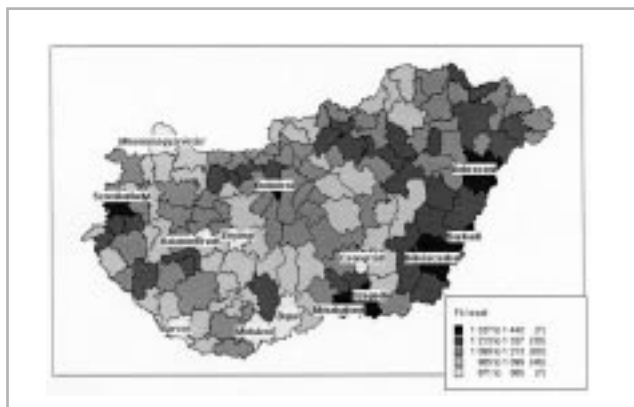
A magasabb egy ellátottra jutó megjelenési gyakoriság különösen a speciális ellátást nyújtó intézmények közelében jellemző (1b. ábra), a különbség a legalacsonyabb és leg-



1a. ábra
Járóbeteg szakellátást igénybevevő lakosság aránya a háziiorvosi praxisok lakossága körében az országos szinthez képest kistérségenként, kor és nem szerinti indirekt standardizálással, 2003.

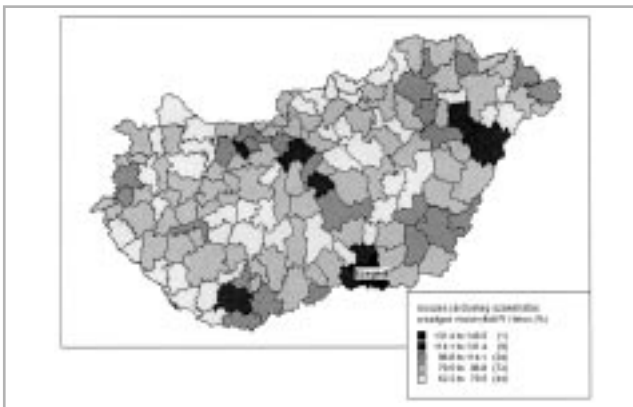


1b. ábra
A járóbeteg szakellátásban megjelent betegek megjelenési gyakorisága a beteg háziiorvosa szerinti kistérségekben az országos szinthez képest, kor és nem szerinti indirekt standardizálással, 2003.



1c. ábra
Egy esetre jutó kiadások (Ft) a járóbeteg szakellátásban a beteg háziiorvosa szerinti kistérségekben, 2003.

magasabb megjelenési gyakoriságot jelentő kistérségekben kétszeres. Az egy megjelenési esetre jutó járóbeteg ellátási költségek 871 és 1440 Ft között változnak. A különbségeket – a kódolási és ellátási gyakorlat változékonysága mellett – magyarázhatják a hozzáférés, az ellátási spektrum eltérése, az igénybevevők kor és nem szerinti összetételében rejlő különbségek, illetve az eltérő szükségletek (1c. ábra).



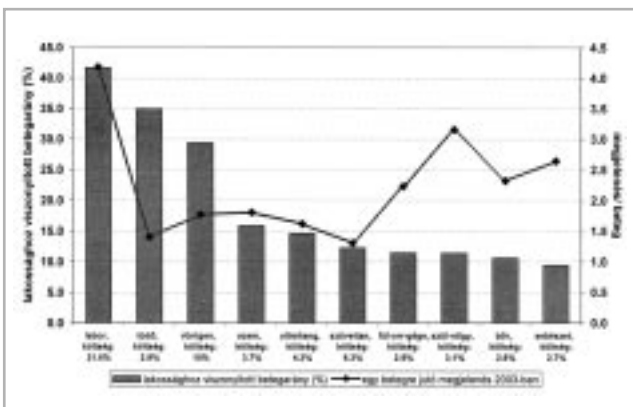
1d. ábra
Az ellátott házi orvosaihoz bejelentkezett lakosság létszámához viszonyított összes kiadás az országos szinthez képest kistérségenként a járóbeteg szakellátás keretében végzett vizsgálatok esetében, kor és nem szerinti indirekt standardizálással, 2003.

Az ellátott betegek aránya, a megjelenési gyakoriság és az eset szintű költségek együttesen határozzák meg egy kistérség lakosságára vonatkozó OEP kiadásokat. A járóbeteg kasszán belül a Szegedi kistérség lakossága majdnem 50%-kal „fogyaszt” többet az országos szintnél az életkor és nem szerint kiegyenlített mutatók alapján (1d. ábra).

Szakmánként vizsgálva, a lakosság leginkább a laboratóriumokat, tüdőgyógyászatot és a röntgen diagnosztikát keresi fel (2. ábra). Az egy betegre eső megjelenési gyakoriság ezen szakmákon belül a laboratóriumokban és a szülészeti-nőgyógyászati szakrendelőkben a legmagasabb. A járóbeteg kasszán belül a legnagyobb költséghányadot a laboratóriumi ellátások jelentik (21,6%), ezt a röntgen (10,0%) és szövettan-patológia (6,3%) követik (2. ábra).

Az ellátási különbségek feltáráshoz a kistérségi elemzések során a legnagyobb lakosságszámot érintő szakmák közül a labor, röntgen, ultrahang és szemészet igénybevételeinek bemutatására térünk ki.

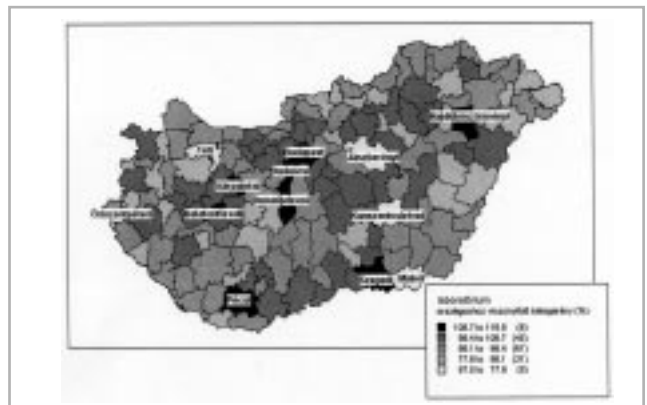
A járóbeteg ellátás keretében végzett laboratóriumi vizsgálatokban 4,3 millió TAJ számmal rendelkező lakos részesült, közülük mintegy 260 ezer főnek (6,0%) nem volt vá-



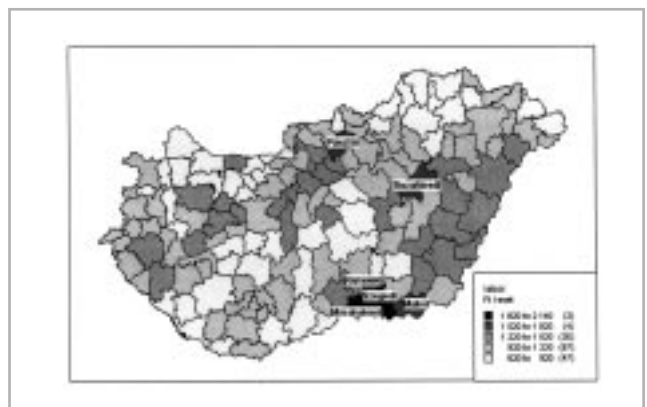
2. ábra
A megjelent betegek lakossághoz viszonyított aránya (%) és igénybevételei gyakorisága a legtöbb lakos által felkeresett 10 járóbeteg szakma szerint, a szakmák kasszán belüli költséghányadával (%) a házi orvosai praxisba bejelentkezettek adatai alapján, 2003.

lasztott házi orvos. Ez valamivel alacsonyabb a praxisba nem bejelentkezett lakosok 6,4%-os arányánál [4].

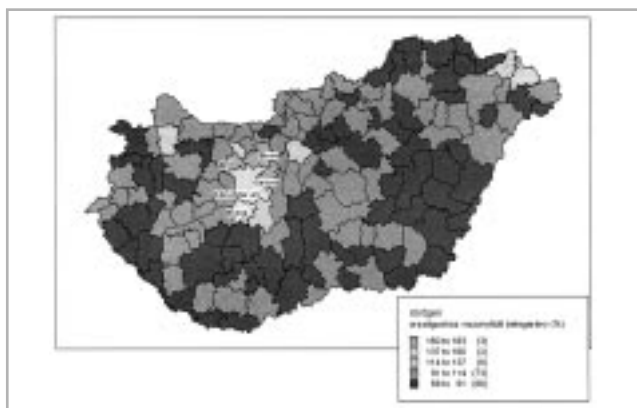
A praxisba bejelentkezettek közül a legnagyobb arányban Budapesten vettek részt járóbeteg laboratóriumi vizsgálatokban, korra és nemre történt kiegyenlítést követően az országos átlaghoz viszonyítva a többlet 18% (3a. ábra). A magasabb igénybevételei arányok elsősorban magasabb szintű ellátást biztosító települések környezetében mérhetőek. Jelentősebb a változékonyság az egy ellátott esetre jutó laboratóriumi igénybevitelben (3b. ábra), a szélső értékek közötti különbség több mint háromszoros. Kiugróan magas igénybevitel jelenik meg a Szegedi (1976 Ft/eset) és a Mórahalomi (2134 Ft/eset) kistérségekben. A legalacsonyabb egy esetre jutó kiadás 626 Ft volt az Edelényi kistérségben. Az eltérő igénybevitelben elsősorban a kódolási szokásoknak és az eltérő diagnosztikai eljárásoknak lehet szerepe. Egy beteg átlagosan 4,2 alkalommal jelent meg valamelyik laboratóriumi járóbeteg szakrendelőben. A legalacsonyabb megjelenési gyakoriság a Jászberényi kistérségben volt (3,1) a legmagasabb a Bajai kistérségben (7,0). Életkorra és nemre történt kiegyenlítést követően a népes-



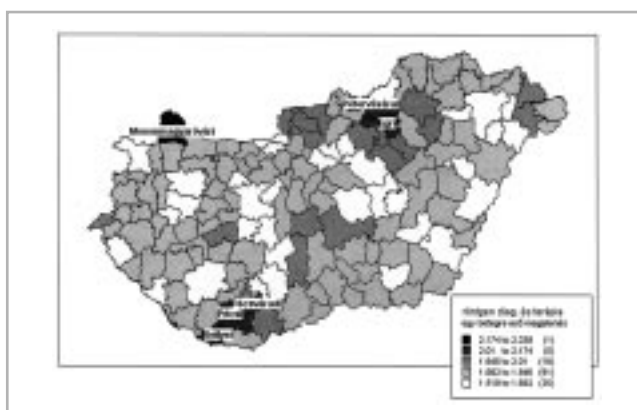
3a. ábra
Igénybevevők aránya a betegek házi orvosai praxisai szerinti kistérségekben, korra és nemre történt kiegyenlítéssel az országos szinthez képest (%) a járóbeteg laboratóriumi szakellátásban, 2003.



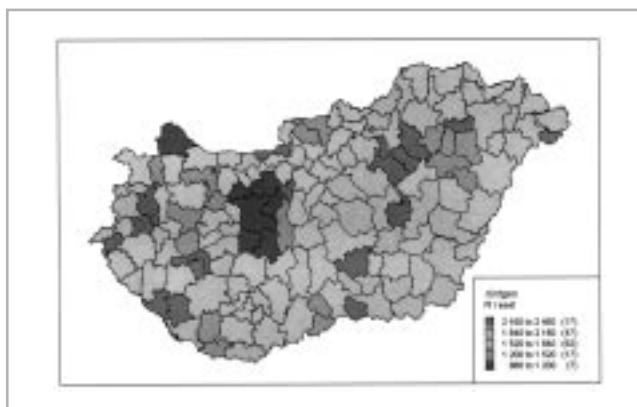
3b. ábra
Egy esetre jutó kiadások a járóbeteg ellátás keretében végzett laboratóriumi vizsgálatok során a beteg házi orvosai szerinti kistérségekben, 2003.



4a. ábra
Röntgen vizsgálaton átesettek aránya az országos szinthez képest a beteg háziiorvosi praxisa szerinti kistérségekben a járóbeteg szakellátásban, kor és nem szerinti indirekt standardizálással, 2003.



4b. ábra
Egy betegre eső átlagos megjelenési gyakoriság a röntgen diagnosztika és terápia járóbeteg szakellátásban a beteg háziiorvosa szerinti kistérségekben, 2003.



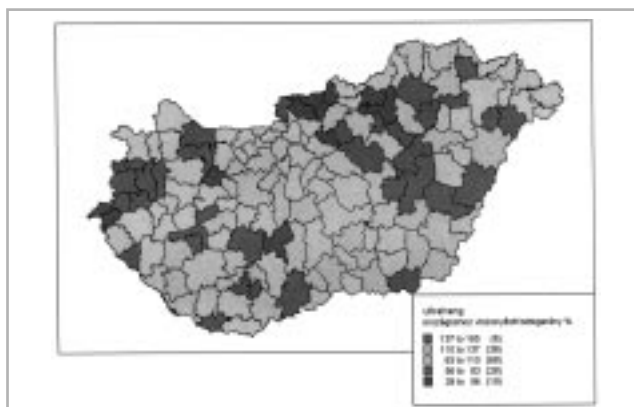
4c. ábra
Egy esetre jutó kiadások a járóbeteg ellátás keretében végzett röntgen diagnosztika és terápiás ellátások során a beteg háziiorvosa szerinti kistérségekben, 2003.

séghez viszonyítva a laboratóriumi járóbeteg szakellátás költségei hasonló változékonyságot mutatnak az egy esetre számított költségekhez képest: a Szegedi kistérségben a legmagasabb az érték (204%). Ugyancsak kiugróan magasak a költségszintek a Szeged melletti Mórahalomi (171%)

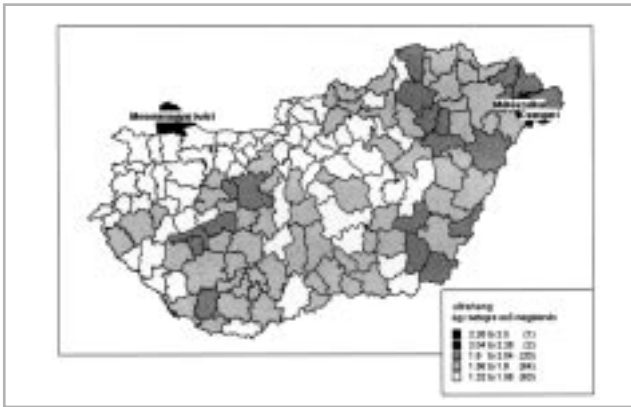
és a Debreceni (150%) kistérségekben, míg a Téti kistérségben ez az arány csupán 46%.

Érdekes változékonyság jellemzi a járóbeteg ellátás keretében 2,8 millió, röntgen vizsgálatban részesült beteg kistérségek szerinti arányát (4a. ábra). Kiemelten magas a vizsgálatban részesült betegek aránya öt kistérségben a Közép-Dunántúlon (Székesfehérvári, Enyingi, Bicskei, Móri, Gárdonyi kistérségek). A megjelenési gyakoriságot tekintve a Mosonmagyaróvári kistérség tér el jelentősen a többitől, valamint kettő Északkelet-Magyarországon és három Dél-Dunántúlon (4b. ábra). Az egy ellátási esetre jutó röntgen költségek a legmagasabb betegarányt adó kistérségekben a legalacsonyabbak, valamint a legmagasabb megjelenési gyakoriságot adó Mosonmagyaróvári kistérségben. Az egy esetre jutó költségekben térségi összefüggések láthatóak, amelyek felvetik a kódolási gyakorlat szolgáltatótól való függetlenségét is (4c. ábra). A háziiorvosi praxisok lakosságszámához viszonyított járóbeteg röntgen diagnosztika és terápia költségszintje korra és nemre történt kiegyenlítést követően az egyes kistérségek között több mint kétszeres eltérést ad.

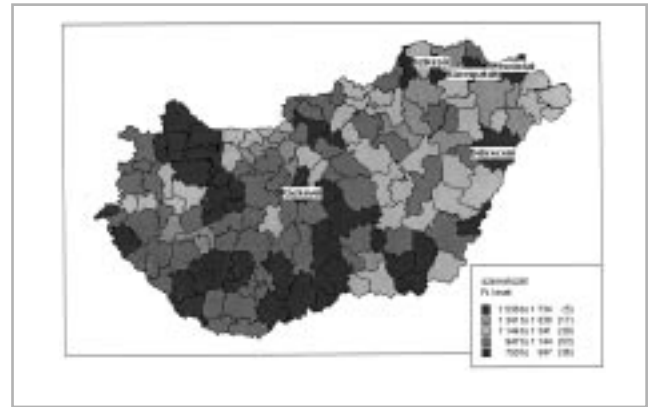
Az ultrahang vizsgálaton átesettek aránya sokkal változatosabb képet mutat, a szélső értékek között a különbség 5,6-szeres (5a. ábra). Az ellátott betegek száma 1,4 millió volt, az esetszám 2,3 millió. Térségi halmozódás az értékek szempontjából nem látható. A megjelenési gyakoriság kiugróan magas a Mosonmagyaróvári kistérségben. Míg a 150 kistérségből 147-ben legfeljebb 2,0 az egy ellátott betegre eső megjelenési gyakoriság, a Mosonmagyaróvári kistérségben 2,5 (5b. ábra). Két kistérségben az egy ellátott esetre jutó kiadások a legtöbb kistérségre jellemző Ft értékeket mintegy kétszeresen haladják meg (5c. ábra). A Győri kistérségben 3589, a Tétiben 3428 Ft egy eset átlagos költsége szemben a leggyakoribb 1420-1960 Ft közé eső értékekkel. A legalacsonyabb egy esetre jutó költségek a Várpalotai kistérségben voltak (880 Ft). A teljes lakossághoz viszonyított költségszintben a kistérségek között majd 10-szeres a különbség. A legmagasabb költségszint a Sáropataki kistérségben, (240%), a legalacsonyabb a Szentgotthárdi kistérségben (25%) volt.



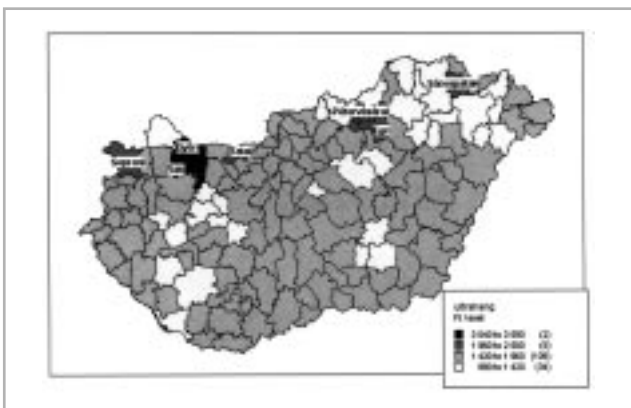
5a. ábra
Ultrahang vizsgálaton átesettek aránya az országos szinthez képest a beteg háziiorvosa szerinti kistérségekben a járóbeteg szakellátásban, kor és nem szerinti indirekt standardizálással, 2003.



5b. ábra
Egy betegre eső átlagos megjelenési gyakoriság az ultrahang diagnosztika járóbeteg szakellátásban a beteg háziorvosa szerinti kistérségekben, 2003.

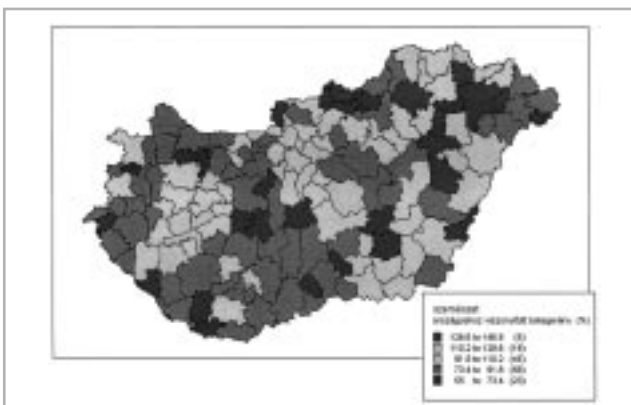


6b. ábra
Egy esetre jutó kiadások a természetes járóbeteg szakellátásban a beteg háziorvosa szerinti kistérségekben, 2003.



5c. ábra
Egy esetre jutó kiadások a járóbeteg ellátás keretében végzett ultrahang diagnosztika ellátások során a beteg háziorvosa szerinti kistérségekben, 2003.

A természetes szakrendeléseken 1,5 millió fő jelent meg, a kistérségenként ellátott betegek arányában a terjedelem 2,7-szeres (6a. ábra). Az egy esetre jutó kiadások 750 és 1730 Ft között vannak, és némi területi halmozódás látható, elsősorban az északkeleti térségekben magasabbak az egy



6a. ábra
Szemészeti szakrendelésen megjelent lakosok aránya az országos szinthez képest a beteg háziorvosa szerinti kistérségekben, kor és nem szerinti indirekt standardizálással, 2003.

ellátottra jutó kiadások (6b. ábra). A kistérségek lakosságához viszonyított költségszint 4,5-szeres eltérést mutat a korra és nemre történt kiegyenlítést követően. Különösen Északkelet-Magyarországon magas a költségszint, a Sárospataki kistérségben 181%, a Debreceni kistérségben 168%. A legalacsonyabb költségszint a Téti kistérségben volt, ahol a lakosság természetes ellátás kevesebb mint fele, 46%-a volt az országos átlagnak.

MEGBESZÉLÉS

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételében és költségeiben fellelhető változékonyság különböző okokra vezethető vissza.

Az ellátandó lakosság szükségleteiben meglévő különbségek természetszerűleg befolyásolják az igénybevételt. Bár az életkorra és nemre történő kiegyenlítés részben kiküszöböli az eredményekből az egyes kistérségek lakosainak egészségi állapotából eredő különbségeket, befolyásoló szerepe különösen az eltérő társadalmi összetételű lakosságcsoportok esetén jelentős lehet. A valódi szükségletek mellett eltérőek lehetnek az orvoshoz fordulási szokások is, amelyek összefüggésben lehetnek a lakossági szokásokkal, kultúrával is.

A háziorvos szerepe, mint kapuőr, egyre nagyobb hangsúlyt kap az egészségpolitikában. A statisztikák ugyanakkor arra utalnak, hogy a járóbeteg szakellátásba történő utalás csak kis hányadát kezdeményezik háziorvosok [4]. Vagyis, az alapellátásban végzett definitív ellátás mellett vélhetően alacsonyabb lehet a járóbeteg szakellátás igénybevétele.

A járóbeteg szakellátáshoz való hozzáférés fontos tényezője az igénybevételek alakulásának. Nehezen megközelíthető, vagy a rendelőkthől nagy távolságban élő lakosság nagyobb valószínűséggel részesül kórházi kezelésben járóbeteg szakellátás helyett [9], illetve nehezen, vagy egyáltalán nem fér hozzá az adott típusú ellátáshoz. (A 150 kistérségből pl. 40 lakosai 2003-ban nem vettek igénybe alkohológiai szakrendelést, 19 kistérség lakosai klinikai genetikai

szakellátást. A háttérben feltételezhető a hozzáférés nehézségei.)

A szakmák szerinti elemzések eredményeit befolyásolja a tevékenységek szakmakódba sorolása. Ilyen lehet pl. a kardiológiai ellátás, amely belgyógyászati szakrendelők keretében végzett tevékenység is lehet, vagy hasonlóan, ultrahang vizsgálat végezhető nőgyógyászati szakrendelőben vagy önálló szakrendelés keretében egyaránt stb.

Alapvető kérdés az ellátási gyakorlat változékonysága, és ezen belül, az ellátási folyamat megfelelősége. Mivel a korábban említett befolyásoló tényezők szerepe nem ismert, jelen leíró elemzésünk alapján nem tudjuk becsülni a megfelelőség befolyásoló szerepét a változékony gyakorlat alakításában. A változékonyság forrása lehet az alapellátás döntésmechanismusa (beutalás kritériumai), a finanszírozási ösztönzők (kapacitás kihasználásra törekvés, ahol erre lehetőség van) és az ellátási folyamat maga (strukturális feltételek, alkalmazott diagnosztikai, terápiás és követési-gondozási gyakorlat megfelelősége). Elsősorban a költségek alakulásában fontos szerepet játszik egy-egy ellátó adatszolgáltatási gyakorlata, a magasabb bevétel érdekében végzett túlkódolás, adattorzulás mértéke, esetleg a hanyagságból eredő adathiány.

Magyarországon a tételesen finanszírozott egészségügyi szolgáltatások teljesítménye 2000-2003 között jelentősen nőtt [4]. Feltételezhető, hogy a megnőtt teljesítmények egy része indokolatlan vagy nem valós ellátást takar (supplier induced demand – a szolgáltató keltette kereslet). E jelenség igazolásához (vagy elvetéséhez) a diagnosztikai vizsgálatok, szakellátásba utalások indikációs kritériumainak meghatározására, illetve a gyakorlat auditálására van szükség.

A járóbeteg szakellátásban folyó tevékenység elemzése során – az általános szokásoktól eltérően – nem az országos átlagtól való eltéréseket, hanem az általános ellátási gyakorlattól (módusz) való eltéréseket emeltük ki a különböző kistérségekben megfigyelhető igénybevételi, költségadatok köréből. Megállapítható, hogy egyes ellátási formák esetén egy-egy kistérség lakosságáért felelős szolgáltató az országoshoz képest igen eltérő ellátási és/vagy adatszolgáltatási gyakorlatot folytat.

A járóbeteg szakellátás igénybevételi adatai szerint az ellátottak aránya, megjelenési gyakorisága a kiemelt ellátást biztosító városok környezetében magasabb. A hozzáférés esetleges sérülésének feltárásához azonban a fekvőbetegek számára végzett vizsgálatok ismeretére is szükség van. Feltételezhető, hogy a távol lakó, vagy nehezen közlekedő betegek kórházi felvétele előtt vagy a követés időszakában ritkábban történnek diagnosztikai eljárások ambuláns formában, hanem azokat inkább a fekvőbeteg ellátás keretében végzik el.

A járóbeteg szakellátásban a legnagyobb betegforgalmat lebonyolító szakrendelések igénybevételi adatai különböző kistérségekben mutatnak az országos szintnél magasabb vagy alacsonyabb betegellátási arányt. Ugyanakkor a Népegészségügyi Jelentésben már publikált jelenségre érdemes odafigyelni, amely szerint alacsonyabb betegforgalom mellett esetenként magasabb költségelszámolás figyelhető meg az egy ellátási esetre vonatkozóan.

Budapesten a járóbeteg szakellátásban megfordult betegek aránya – hasonlóan a fekvőbeteg ellátás elemzési eredményeihez [4] – nem magasabb az országosnál, de megjelenési gyakoriságuk és költségintjük igen. A legmagasabb járóbeteg ellátási költségek nem Budapesten koncentrálnak. A budapestiek szakrendeléseken történő megjelenése az országos szinthez képest szakmánként eltérő.

A járóbeteg ellátás költségadatai az eredmények szerint elsősorban a kódolási technikát tükrözik, így a ténylegesen végzett tevékenység valószínűleg kevésbé ismerhető meg ezen adatok alapján. Bár elemzéseink populációs alapon készültek, a területi halmozódást mutató vagy kiugró eredmények háttérben egy-egy szolgáltató ellátási vagy adatszolgáltatási gyakorlata vélelmezhető.

ÖSSZEFOGLALÁS

A járóbeteg szakellátás igénybevételi adatai alapján megállapítható, hogy az ellátás kistérségenként jelentősen eltérő. Ez az eltérés elsősorban a szakmacsoportok szerinti elemzéseknél mutatható ki. Ennek háttérben egyrészt hozzáférési problémák állhatnak, másrészt a tevékenységek szakmák szerinti besorolásában meglévő esetleges különbségek.

Az elemzések arra is rámutatnak, hogy az egészségügyi szolgáltatások racionalizálásához a döntéseket nem a rendelkezésre álló kapacitások ellátási volumene alapján, hanem térségi elemzésekre támaszkodó, populációs alapú igénybevételi adatok alapján célszerű meghozni. Erre kiváló példa a fővárosi lakosok igénybevételi adatainak elemzése. Jelen eredményeink – hasonlóan a Népegészségügyi jelentésben közölt fekvőbeteg ellátási igénybevételi adatokhoz – nem igazolják a többször hangoztatott „túlellátást” a járóbeteg szakellátás területén sem.

A járóbeteg szakellátás igénybevételi adatai – összevetve más kasszák hasonló adataival – átfogó képet adhatnak a hozzáférési és adatszolgáltatási gyakorlatról, és ezzel támogatást adnak az egészségpolitikai döntéshozatalhoz és az adatszolgáltatás minőségének javításához. Ugyanakkor az igénybevételi adatok jelen formájukban csak korlátozottan alkalmasak az ellátás megfelelőségének vizsgálatára.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] The Dartmouth Atlas of Health Care 1999, <http://www.dartmouthatlas.org>
- [2] McLeod, PJ, Tamblyn, RM, Gayton, D, Grad, R, Snell, L, Berkson, L et al.: Use of standardized patients to assess between-physician variations in resource utilization. JAMA 1997, 278: 1164-8.
- [3] Kincses Gy, Surján Gy, Kováts T, Szilágyi É, Szirmai L.: Tanulmány Magyarország régióinak egészségügyi helyzetéről. Budapest, Medinfo, 2003.
- [4] Belicza É.: Egészségügyi ellátórendszer. In: Népegészségügyi Jelentés 2004, szakértői változat. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004. www.oek.hu
- [5] Statisztikai évkönyvek, 2002, 2003. Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2002, 2003.
- [6] Állami Számvevőszék: Jelentés a helyi önkormányzatok által fenntartott járóbeteg szakellátás helyzetének és a ráfordított pénzeszközök felhasználásának vizsgálatáról, Budapest, 1998.
- [7] Kincses Gy.: Egészségpolitikai ábragyűjtemény. Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft, Budapest, 1996.
- [8] Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Az egészségügyi szükséglet- és szolgáltatás felmérés megyéenként (1-3. kötet), 1997.
- [9] Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie, N, et al.: Preventable Hospitalizations and Access to Health Care. JAMA 1995, 274: 305-11.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Belicza Éva, matematikus, epidemiológus, egészségügyi szakmenedzser, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának minőségmenedzsment tárgyának oktatója, és a minőségmenedzsment koncentráció vezetője. Az Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ (EMIKK) vezetője volt 5 éven

át. Az általa irányított munkacsoport készítette a Kórházi Ellátási Standardok kézikönyvet nemzetközi ajánlások alapján. Ugyancsak ő vezette a Járóbeteg Ellátási Standardok megalapozását végző munkacsoportot. Vezetésével készült el az Ellátásszervezés Végző Szervezetek Standardrendszere. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakértőjeként a hazai a minőségi indikátorrendszer fejlesztését végzi. Több minőségüggyel foglalkozó nemzetközi programban közreműködik szakértői és koordinátori szerepkörben.

Álláshirdetés

A mosonmagyaróvári Karolina Kórház-Rendelőintézet (9200 Mosonmagyaróvár, Régi Vámház tér 2-4.) kórházigazgató, intézményvezető főorvosa pályázatot hirdet:

- szemész szakorvosi állás betöltésére
- bőrgyógyász szakorvosi állás betöltésére
- onkológiai szakorvosi állás betöltésére
- traumatológiai osztályvezető helyettesi állás betöltésére
- **Feltétel:** sebészeti, traumatológiai szakvizsga
- traumatológiai osztályra fiatal szakorvosi állás betöltésére
- **Feltétel:** traumatológiai, ortopéd szakvizsga, de közvetlen szakvizsga előtt állók jelentkezését is várjuk.

Bérezés: Kjt. alapján megegyezés szerint. Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Érdeklődni: Dr. Bodnár Mária orvosigazgató, osztályvezető főorvosnál lehet a 06-96/574-620-as telefonszámon, illetve személyesen. A pályázathoz csatolni kell a diploma és a szakvizsga bizonyítvány hiteles másolatát, szakmai önéletrajzot, erkölcsi bizonyítványt. Az állások azonnal betölthetők.