

## Kit is akarunk megmenteni: a betegeket vagy az intézményeket?

# Egy elmaradt vita margójára

Immáron több mint egy év telt el, amióta a *Medical Tribune* hasábjain és ezzel párhuzamosan a *Medical-Online* hírportálon megjelent „*A Semmelweis Terv margójára*” című vitáit. A kezdeti lelkesedést sajnos nem követte pezsdítő, az igazságot kibogozni szándékozó szakmai vita, pedig a megjelenés után a Magyar Egészségkommunikációs Egyesület által szervezett vitafórum helyszínét a jelentkezők nagy száma miatt módosítani kellett. Azonban a rendezvényen már nem alakult ki igazi „csata”, és azóta sem jelent meg a cikk állításait cáfoló munka. Sajnálatos az a tény is, hogy a vitáiban közölt eredményekre az egészségpolitika csak részben tudott reagálni, hiszen az intézmények állami átvétele, valamint az új fenntartó, azaz Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és



Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) szervezetének kialakítása minden erőforrást lekötött. A tanulmányt jegyző Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont szerzőinek egyike, Ónodi-Szűcs Zoltán akkor még külső szemlélőként vetette papírra sorait, ma viszont már a GYEMSZI munkatársa, így ha nem is döntéshozóként, de egészen közelről vizsgálhatja az egészségügy bugyrait. Ez a mostani, „*Egy elmaradt vita margójára*” címmel megjelenő tanulmány megpróbál válaszokat találni az eredeti vitáit kérdéseire és azokra a felvetésekre is, melyeket a szakmai társadalom az elmúlt időszakban a közleménnyel kapcsolatban felvetett, valamint megpróbál a döntéshozók számára – talán túlságosan is merészen – javaslatokat is megfogalmazni.

► *Folytatás a 2. oldalon*

 books.medicalonline

**Magyarország  
legnagyobb orvosi  
szakkönyvtárháza**



További információk: [books.medicalonline.hu](http://books.medicalonline.hu)

Faragó Beatrix: telefon: 06-1/430-4510; e-mail: [b.farago@medical.tribune.hu](mailto:b.farago@medical.tribune.hu)

## Kit is akarunk megmenteni: a betegeket vagy az intézményeket?

# Egy elmaradt vita margójára

► Folytatás az 1. oldalról

A Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont munkatársai „A Semmelweis Terv margójára” című tanulmányukban igyekeztek nagyon kevés állítást megfogalmazni és sokkal több kérdést feltenni, abban bízva, hogy az olvasók között és a szakmai társadalomban olyan építő vitát generálnak majd, mely segítséget nyújthat a kialakult torz viszonyok rendezéséhez. Azonban a várakozásokkal ellentétben csak apróbb észrevételek hangzottak el, melyek nem kérdőjelezték meg a tanulmány lényegi állításait.

Emlékeztetőül: az elemzésben a kutatók azt vizsgálták, hogy a lakosság milyen mértékű fogyasztást generál a különböző fekvőbeteg-intézményekben. Függetlenül attól, hogy melyiket választja a beteg, a kezelő intézmény bennfekvéssel kapcsolatos OEP-bevétele a lakóhely szerinti irányítószámhoz, illetve végső soron a kistérséghez rendelték. A kapott eredmények közül az egyik legfurcsább, hogy a kistérségek között az egy főre jutó fogyasztás különbsége óriási volt. A „betegebb”, azaz túlfogyasztó kistérségek helyenként egy lakos ellátására kétszer annyi OEP-forrást költöttek, mint az „egészséges”, azaz takarékos és átlag alatti fogyasztók.

Mit is finanszíroz az OEP?

Sajnos egyetlen egészségügyi közgazdász sem kezdte el azt vizsgálni, mi okozza ezt az aránytalan különbséget, mint ahogy azt sem, hogy minek köszönhetik eredményeiket azok a területek (kb. 2 millió lakos), amelyek példásan takarékosan bánnak a szűkös forrásokkal – tanulmányok nélkül pedig nehéz lesz a Semmelweis Terv célkitűzéseit még megközelíteni is. Márpedig ha az egész ország átállna erre a „takarékos üzemmódra”, akkor éves szinten a fekvőbetegkasszában kb. 60 milliárd forint megtakarítást lehetne elérni. Talán sokakat mehökkent a szám nagysága, de ha az ország egésze ugyanazt az ellátási mintázatot követné, mint a Dunántúl északi területei, akkor ennyivel kevesebbet kellene költeni a fekvőbetegkasszából. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy 60 milliárddal kellene csökkenteni a kassa előirányzatát, hanem inkább arra hívja fel a figyelmet, hogy ezt az összeget hatékonyabban lehetne kamatoztatni az ellátórendszer más szegmensében!

Ha nyilvánosan nem is reagált rá a szakma, azért személyes beszélgetések alkalmával több közgazdász, elemző és egészségpolitikus megjegyezte: a végső következtetések levonása előtt nem ártana megvizsgálni a morbiditási adatokat, illetve utána kellene nézni a szociális, illetve jövedelmi viszonyoknak, amelyek talán magyará-

zatot adhatnak néhány abnormitásra. Ugyanakkor azzal minden szakértő egyetértett, hogy a kialakult különbségek mértékének csak töredékét magyarázhatják az előbb említett faktorok. „A Semmelweis Terv margójára” vitairat egyik legfontosabb vélelme, hogy maga az ellátórendszer kialakult struktúrája és finanszírozási környezete hozza létre ezeket az óriási különbségeket.

A publikáció megjelenése óta folytatott egyévi kutatómunka után azonban a Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont elemzői ma már bátrabban fogalmaznak meg a korábbi sejtéseiket. A kutatók azt állítják, hogy a kialakult különbségek valódi oka, hogy az intézmények és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár között létrejött szerződések bebetonozzák a szolgáltatások struktúráját mennyiségében és összetételében egyaránt! Ma jószívrivel azt is mondhatjuk, hogy az E-Alap elsősorban a szolgáltatókat finanszírozza, és nem az ellátást. Mielőtt azonban bárki elkezdene az OEP-et ostromozni, rögzíteni kell azt a tényt, hogy a pénztár a mindenkor hatályos jogszabályok szerint jár el, a szerződéseket ennek megfelelően alakítja ki. Vagyis végrehajtóként ebben a kérdésben semmilyen kritika nem érheti.

Az elemzés elolvasása előtt nem árt tisztázni: a kórházak ugyanúgy működnek, mint bármilyen más szervezet, ebből fakadóan szervezeti érdekeiknek megfelelően cse-

lekszenek – ez pedig nem feltétlenül esik egybe a betegek és a társadalom érdekeivel. Sőt! A kialakult torz viszonyok láttán nem túlzó az a kijelentés: többnyire nagyon távol állnak egymástól ezek az érdekek. A beteg meg akar gyógyulni, az intézmény pedig az OEP-szerződése szerinti keretek alapján megpróbál életben maradni. A mélyben egymásnak ellentmondó érdekek feszülnek. Sarkosan fogalmazva, fel kell tennünk a kérdést: a betegeket vagy a jelenlegi egészségügyi struktúrát akarja megmenteni a kormány? A kérdés talán mehökkentő, de idősebb.

A számok beszédesek – vélik a kutatók, és az állítják, azért alakult ki ekkora különbség a lakossági igénybevételben, mert a finanszírozási szerződések zöme lehetővé teszi ezt, sőt ez az oka a fogyasztásban tapasztalható anomáliáknak. Ott, ahol a finanszírozott kapacitásokat kordában tartja a terület intézményeinek OEP-szerződése, nem vagy csak nagyon ritkán és enyhe mértékben alakul ki túlfogyasztás. Viszont azokon a területeken, ahol bőséges kapacitással rendelkeznek a szolgáltatók, rendszeresen „törvényszerűen” találkozhatunk ezzel a jelenséggel. Ez a fajta igénybevétel nem a lakosság valós szükségleteit szolgálja, hanem az ellátó intézmények érdekeit. A túlfogyasztás velejárója, hogy az érintett intézmények teljesítményjelentéseiben megjelennek az artefaktumok (műtermékek).

Az elemzést készítő mostani közleményükben – az eredeti vitairat ötödik fejezetében tárgyalt – úgynevezett „egészségügyi Bermuda-háromszög” következményeire szeretnének rávilágítani, azt feszegetve, hogy a kialakult helyzetért mennyiben tehető felelőssé az intézmények. Megmutatják majd, hogy milyen erősen befolyásolja a menedzsmentek döntési mechanizmusát az intézményük OEP-szerződése és ÁNTSZ-engedélye, és milyen kevés mozgásterük marad valójában. Az elemzés utolsó részében összegzik az általuk talált jelenségeket, melyek magyarázatot adhatnak a kialakult anomáliákra, és arra is vállalkoztak, hogy olyan megoldásokat javasoljanak, melyek „rendezhetők” a már említett több mint 60 milliárd forint „sorsát”. A Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont egyelőre csak a fekvőbetegkassza terhére elszámolt ellátásokat elemezte, de talán sokkal több összefüggést találhatnának, ha a vizsgálatot kiterjesztenék az E-Alap egészére. Am egy átfogó kutatást csak akkor tudnának letenni az asztalra, ha a költségvetés szociális kiadásait és a lakosság magánkiadásait is bevonhatnák a vizsgálatokba. Most erre nem volt lehetőség, az alábbi tanulmány ismét alkalmat teremt arra, hogy egy értelmes, szakmai vita bontakozzon ki – a *Medical Tribune* és a *MedicalOnline* szerkesztői várják a szakembereket hozzászólásaikat.

## VITAIRAT

### 1. A túlfogyasztás, valamint a demográfiai és a szociális helyzet összefüggései

A vitairat megjelenése után kritikusok szájából a legerőteljesebb kritikaként az hangzott el, hogy könnyebb lenne elfogadni a publikált eredményeket, ha a vizsgált lakosság szociális helyzetét és életkori összetételét is figyelembe vettük volna. Első reakcióként már a vitafórum idején elhangzott, hogy a talált különbségek hat év alatt duplázódtak meg, így ezt a gyors változást semmiképpen sem lehet a korfa vagy a szociális helyzet változásával indokolni. Hiszen *Boncz Imre és munkatársai* által készített tanulmány<sup>1</sup>, mely 2004-es adatokon alapult, paraméterektől függően ugyan, de feleannyi, illetve harmadannyi különbséget talált ugyanazokban a paraméterekben, mint amiket mi is vizsgáltunk.

#### 1.1. Korfa

Azóta sikerült megvizsgálnunk a kistérségek túlfogyasztása és

kor szerinti összetétele közötti összefüggéseket. Ábrázoltuk a kistérségeket abból a szempontból (1. ábra), hogy az illető kistérség lakosságának hány százaléka 50 év feletti. Mivel a kor előrehaladtával az egészségügyi kiadások jelentősen megnövekednek, ezért jó egyezést kellene kapnunk a fajlagos túlfogyasztást mutató térképekkel.

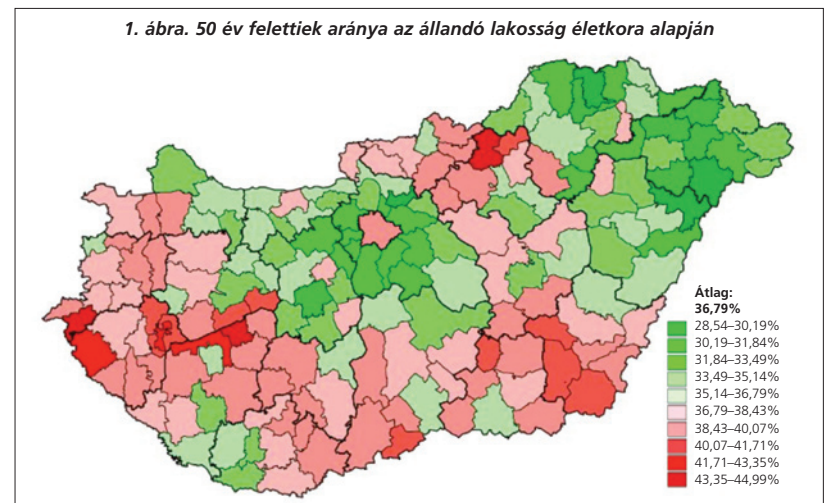
Látható, hogy a Dunántúl északnyugati részén, mely takarékos fogyasztó, igen magas az idősek aránya, miközben az ország északkeleti részén – ahol igen magas a fogyasztás – átlag alatti az idősek aránya. Ki kell jelentenünk, hogy mi nem találtunk összefüggést a kor és a mért lakossági fogyasztás között.

#### 1.2. Szociális állapot mutatói

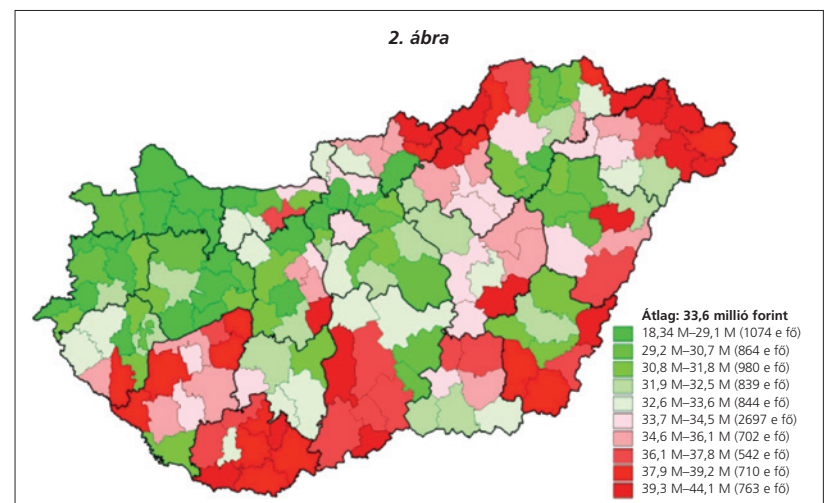
A teljesség igénye nélkül megpróbáltunk összefüggést keresni a kistérségek egészségügyi fogyasztása és néhány szociális helyzettel összefüggésbe hozható paraméter között. Azt vizsgáltuk, hogy egy-egy kistérségnek a fogyasztási rangsorban elfoglalt helye mutat-e valamilyen hasonlóságot más szociális paraméterrel kapcsolatos rangsorral. Mi azt vártuk, hogy ha egy kistérség előkelő helyet foglal el a fogyasztásban, akkor a szociális indikátor szerint is előkelő helyet kellene elfoglalnia és fordítva, ha valamelyik kistérség az utolsók között végzett a fogyasztást tekintve (tehát „egészséges”), akkor ugyanígy az utolsók között kellene lennie a szociális mutatók szerint is. Az eredmény egyértelműen negatív. A legjobban korreláló rangsor esetén is – mely az álláskereső számát tartalmazta – átlagosan 33 hellyel tért el a két rangsor egymástól. A lenti táblázat tartalmazza a felső 10 és alsó 10 fogyasztó kistérség helyezését a vizsgált paraméterekre nézve, és jól mutatja az óriási eltéréseket. Véleményünk szerint kijelenthető, hogy a fogyasztásban kialakult különbségeket nem okozhatták az eltérő szociális viszonyok.

► folytatás a 3. oldalon

1. ábra. 50 év feletti aránya az állandó lakosság életkora alapján



2. ábra



1. táblázat

Kistérség	Aktív fekvőkassza fogyasztási sorrend	50 év fölöttiek aránya		Halálozások aránya		Éveszületések aránya		Álláskereső aránya		Ápolási díjban részesülők aránya		Közgyógy ellátásban résztvevők aránya		1000 főre jutó időskorú járadék összege		Időszerű járadékban részesülők aránya	
		Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés	Helyezés	Eltérés
Záhony	1	169	-168	159	-158	142	-141	7	-6	69	-68	20	-19	59	-58	63	-62
Pétevárdai	2	2	0	1	1	11	-9	62	-60	88	-86	42	-40	118	-116	105	-103
Kisvárdai	3	170	-167	153	-150	149	-146	38	-35	63	-60	67	-64	109	-106	101	-98
Mátészalkai	4	163	-159	85	-81	157	-153	3	1	13	-9	18	-14	38	-34	34	-30
Dunaújvárosi	5	59	-54	114	-109	24	-19	120	-115	139	-134	150	-145	154	-149	155	-150
Bodrogközi	6	159	-153	74	-68	162	-156	4	2	5	1	33	-27	26	-20	30	-24
Debreceni	7	109	-102	160	-153	114	-107	93	-86	20	-13	131	-124	89	-82	84	-77
Vásárosnaményi	8	142	-134	77	-69	148	-140	15	-7	27	-19	5	3	78	-70	78	-70
Salgótarjáni	9	46	-37	29	-20	53	-44	22	-13	111	-102	75	-66	128	-119	129	-120
Bácsalmási	10	7	3	22	-12	5	5	46	-36	142	-132	23	-13	41	-31	42	-32
<b>Eltérések átlaga</b>			<b>97</b>		<b>-82</b>		<b>-91</b>		<b>-36</b>		<b>-62</b>		<b>-51</b>		<b>-79</b>		<b>-77</b>
Csepregi	165	29	136	40	125	10	155	156	9	52	113	132	33	51	114	41	124
Balatonfüredi	166	10	156	155	11	25	141	162	4	173	-7	174	-8	174	-8	173	-7
Veszprémi	167	124	43	166	1	136	31	143	24	172	-5	173	-6	155	12	158	9
Körmendi	168	70	98	119	49	30	138	127	41	33	135	120	48	83	85	92	76
Mosonmagyaróvári	169	128	41	157	12	108	61	170	-1	143	26	140	29	127	42	136	33
Győri	170	106	64	145	25	145	25	157	13	149	21	151	19	166	4	164	6
Csornai	171	51	120	59	112	46	125	169	2	118	53	127	44	140	31	135	36
Pannonhalmi	172	125	47	97	75	47	125	129	43	128	44	146	26	124	48	119	53
Téti	173	96	77	79	94	99	74	113	60	131	42	94	79	151	22	144	29
Pacsai	174	71	103	32	142	92	82	35	139	67	107	112	62	35	139	37	137
<b>Eltérések átlaga</b>			<b>89</b>		<b>65</b>		<b>96</b>		<b>33</b>		<b>53</b>		<b>33</b>		<b>49</b>		<b>50</b>

► folytatás a 2. oldalról

**2. A túlfogyasztás artefaktumai, avagy „mindenki másképp csinálja”**

Az előző cikk eredménye, hogy megmagyarázhatatlan különbségeket találunk a lakosság aktív fekvőkasszázt érintő fogyasztásában. Kiindulásként a 2. ábra mutatja azokat a kistérségeket pirossal, amelyek az országos átlagot meghaladó OEP-forrást használnak fel az aktív fekvőkasszázt illetően. Fontos kiemelni, hogy az adatok nem egy-egy kistérség egészségügyi intézményeinek fogyasztását mutatják, hanem az ott élőkét, függetlenül attól, hogy ezek a lakosok az ország mely kórházában kaptak ellátást. (A beteghez tartozó irányítószámot, nem pedig az ellátó intézmény kódját vettük figyelembe.)

Azt találtuk, hogy óriásiak a különbségek az ország különböző pontjai között. Arra voltunk kíváncsiak, hogy azt a 79 „beteg” kistérséget, melyet akkor azonosítottunk, összehasonlítva a „takarékos” kistérségekkel, találunk-e valamilyen eltérést a HBCS-k összetételében. A józan ész azt diktálná, hogy

egy-egy átlagnál „betegbb” kistérségben csak annyit kellene látnunk, hogy nagyjából minden HBCS-típusból körülbelül azonos mértékben kellene emelkednie az esetszámoknak, tehát nem lenne szabad eltérést találnunk a betegségek közötti arányokban. A valóság természetesen nem ez.

Kutatásaink során sikerült néhány olyan mintázatot találnunk, amelyek nagyon gyakoriak a „beteg” kistérségekben és alig fordulnak elő az „egészségesekben”. Mielőtt azonban belevágnánk, szükséges egy kis magyarázat.

Az intézmények havi jelentései tartalmazzák az időszak elbocsátott betegeinek fontosabb kezelési adatait. A jelentés alapján az OEP az egyes eseteket úgynevezett homogén betegségcsoportokba (továbbiakban HBCS) sorolja, az intézmények ennek alapján kapják meg finanszírozásukat. A besorolás alapja egy szabálykönyv, így minden csoportnak önálló kódja és térítési értéke van. Az összes HBCS három nagyobb halmazt alkot, melyeket egy-egy betűvel jelölnek. A műtéti eljárást vagy beavatkozást tartalmazó HBCS-k „P” megjelölést kapnak, (és hogy a kép még

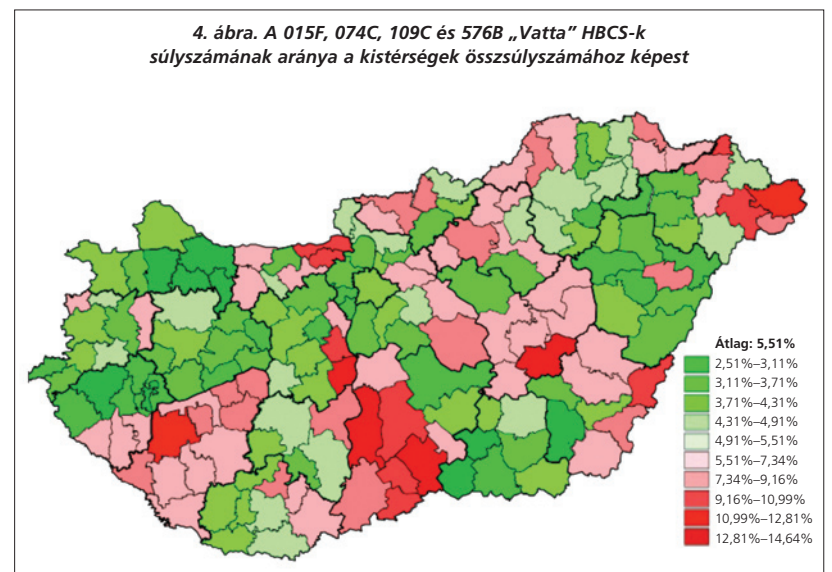
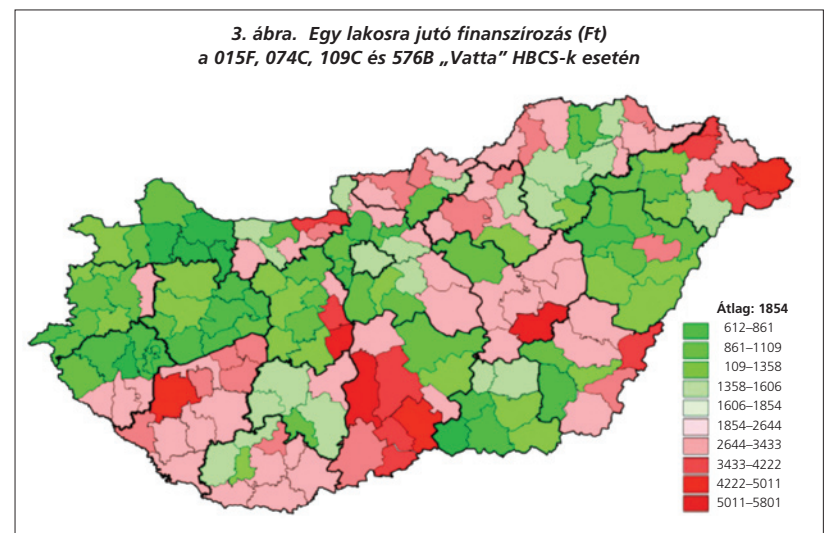
zavarosabb legyen) a műtetet nem tartalmazó HBCS-k „M”-t. A sürgősségi HBCS-k jele „S”. Az összes HBCS e három halmaz valamelyikébe tartozik, és éves szinten az OEP felé (2010-ben) a táblázat szerinti összegben kerültek jelentésre (2. táblázat).

A továbbiakban ezeket a csoportokat, illetve a csoportok elemeit is vizsgáljuk. Foglalkozunk majd a „vatta” HBCS-ekkel, melyek mindegyike az M csoport tagja, és tárgyaljuk majd az úgynevezett „Z”-s HBCS-eket is, melyek lehetnek akár a P, akár az M csoport tagjai.

Végül a csoportokat önmagukban is vizsgálni fogjuk, hogy milyen eloszlási mintázatot mutatnak a különböző kistérségek között és megkeressük a túlfogyasztással kapcsolatos összefüggéseket is.

**2.1. „Vatta” HBCS-k**

A vatta HBCS fogalma szakmai körökben jól ismert, annak ellenére, hogy pontos definíciója természetesen nincs. Mi azokat a HBCS-eket értjük ez alatt a név alatt, melyek a szabálykönyv alapján könnyen kódolhatóak és viszonylag alacsony költségeket generálnak az intézményeknek. Másképpen megközelítve, szinte lehetetlen utólagosan leellenőrizni, hogy az illető ellátás indokolt volt-e vagy sem, ráadásul az illető HBCS térítési értékéhez képest minimális költséget jelent a szolgáltató számára. (Ennek megfelelően az összes vatta az „M”-es HBCS-k közé tartozik.) Sok ilyen ismernek a „kódoló laboratóriumokban”, mi a teljesség igénye nélkül négy ilyen vizsgáltunk, melyek egy év alatt az OEP felé kb. 18,5 milliárd forint értékben kerültek lejelentésre. (2010) (3. táblázat) Érdekes módon, ha csak ezeket ábrázoljuk a fogyasztási



térképen (3. ábra), akkor azt látjuk, hogy a 79 „beteg” kistérség közül 59-ben a vatta HBCS-k fogyasztása is országos átlag feletti (75%), miközben az „egészséges” 95 kistérség esetén csak 17-nél emelkedett a vatta HBCS-k száma (18%). Mi okozhatja ezt az összefüggést?

Az elméleti magyarázatokból, amely a két térkép ilyen fokú hasonlóságát magyarázná, nincs hiány. Kifogásként azt fogalmazták meg többen, hogy ha a fogyasztás több, akkor természetes, hogy a „vatta” is több lesz. Ezt a magyarázatot akár el is

fogadhatnánk, de a probléma az, hogy a beteg kistérségekben nem arányosan, volumenében növekszik meg a vatta HBCS-k mennyisége, hanem az is megfigyelhető, hogy az emelkedett súlyszám fogyasztáson belül ráadásul a vatta aránya is megemelkedik, tovább fokozva a problémát (4. ábra). Tehát a „beteg” kistérségek nemcsak átlagosan betegberek, hanem másképpen betegberek, azaz szójátékkal élve, valamiért a beteg kistérségek „elvtavásodnak”. Nem állítjuk

► folytatás a 4. oldalon

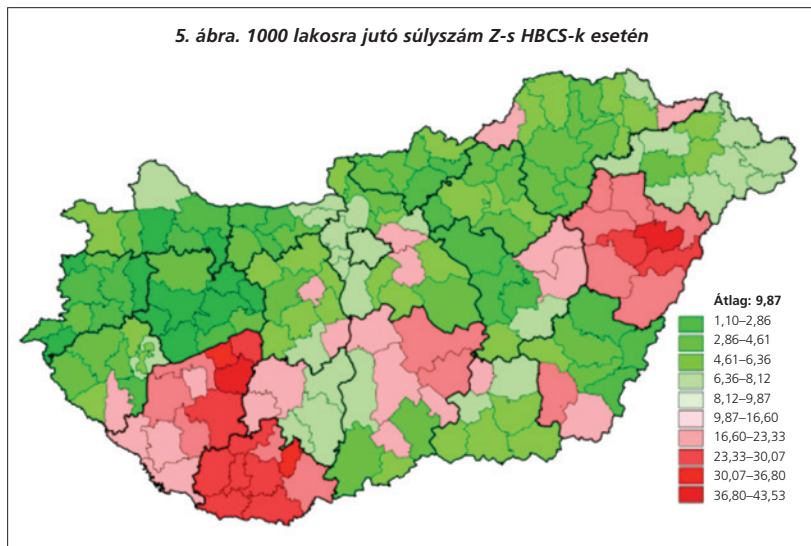
2. táblázat

	P főcsoport	M főcsoport	S főcsoport	Összesen
Esetszám	706442	1379159	45432	2131033
Súlyszám	950730	1283123	11982	2245835
Millió Ft	142610	192469	1797	336875

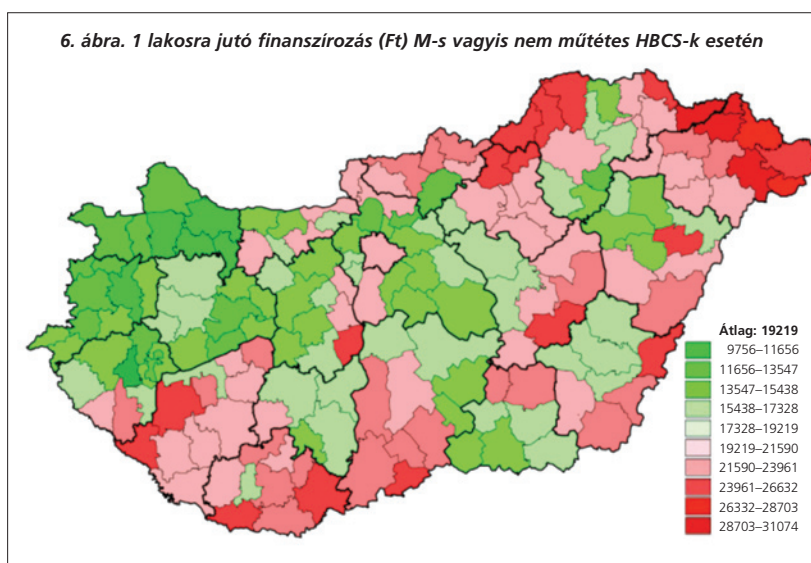
3. táblázat

Megnevezés	Ezer súlyszám/év	Millió Ft/év
Szem egyéb betegségei	3,3	495
Fül, orr, száj, gége, garat egyéb betegségei	3,3	495
Cerebrovaszkuláris betegségek (kivéve TIA) pracerbrális érelzáródással speciális kezelés nélkül	78,0	11700
Veseelégtelenség 18 év felett	39,0	5850

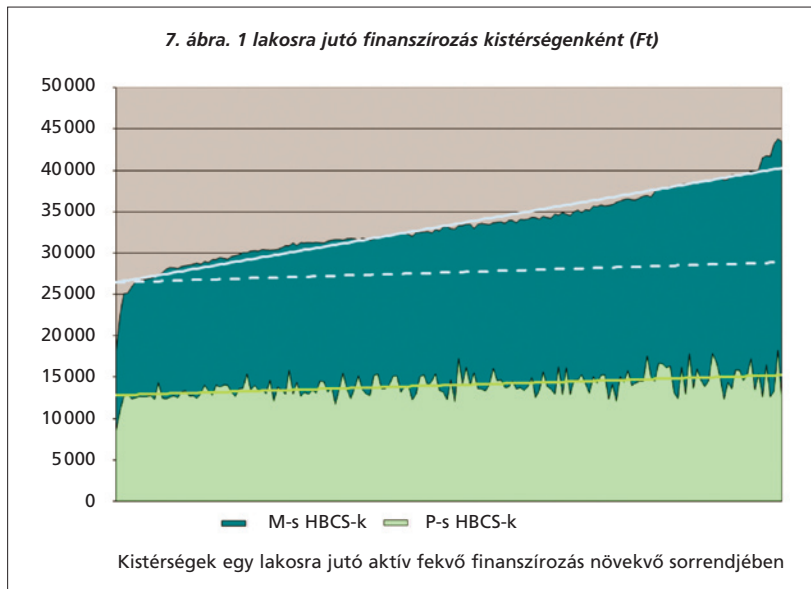
5. ábra. 1000 lakosra jutó súlyszám Z-s HBCS-k esetén



6. ábra. 1 lakosra jutó finanszírozás (Ft) M-s vagyis nem műtétes HBCS-k esetén



7. ábra. 1 lakosra jutó finanszírozás kistérségenként (Ft)



## ► folytatás a 3. oldalról

azt, hogy az ezen a kódon jelentett esetek mindegyike felesleges vagy csúszás. De az mindenképpen érdekes, hogy a vattajelenség összefüggésbe hozható a túlfogyasztással.

Jól látható a 4. ábrán, hogy van olyan alacsony fogyasztást mutató kistérség, ahol a vatta aránya kb. 3%, miközben találunk olyan magas fogyasztást mutató kistérséget, ahol az OEP-kifizetések 14%-a (!) vattára megy el. Esetszámokra levetítve az adatok még riasztóbbak: a hévízi kistérségben az esetek 3,5%-a kerül a vattacsoportba, míg a kalocsai kistérségben ez a szám 17,7%.

Ha összehasonlítjuk a top 25 fogyasztót a 25 legkevesebbet fogyasztóval, akkor azt láthatjuk, hogy ebben a két csoportban egyenként mintegy 1-1,2 millió lakos él. A „Top25” csoportban 43%-kal gyakrabban kerülnek kórházba 1000 lakosra vetítve. Ugyanakkor, ha csak a vattacsoportot tekintjük, akkor már

a két csoport között a különbség jelentősen megnő, hiszen a „Top25” csoportban 191%-kal magasabb a vattacsoport aránya a 25 legkevesebbet fogyasztóval összevetve, és ez közel háromszoros szorzót jelent (4. táblázat).

## 2.2. Szövődmények

A fejezet főcíme, a „Mindenkinek másképp csinálja” nem véletlen. Az intézmények egy részének vonzáskörzetében egy másik anomália figyelhető meg, amelyet előző példánkhoz hasonlóan, nehéz lenne a lakosság eltérő összetételével magyarázni. A HBCS-ken

belül (akár P, akár M) külön elbírálást jelentenek az úgynevezett „Z”-s betegcsoportok. Ezek azok az esetek, amelyek jellemzően szövődeményeket vagy súlyos társult kísérőbetegségeket is jelentenek, és a dolog természeténél fogva ezek azok, amelyeket az OEP igen magas térítési díjakkal honorál. Ha csak ezeket az eseteket ábrázoljuk Magyarországon térképén, akkor igen furcsa mintázatot kapunk (5. ábra).

Nagyon durva kontraszt alakult ki a skála két végén, hiszen az egyik kistérségben 35-ször több „szövődmény”, illetve „társult betegség” van, mint a másikban. Ha csak az arányokat nézzük, akkor vannak olyan kistérségek, ahol az összes fekvő aktív kifizetés 17%-a ilyen „szövődményes” eseteket fedez. Az általános túlfogyasztási képbe helyezve azt mondhatjuk, hogy a Top25 kistérségben 353%-kal több „Z”-s, azaz szövődményes eset fordul elő lakosárányosan, mint a 25 „legegészebb” kistérségben (négy és félszeres szorzó!) (4. táblázat). Talán joggal merül fel a kétely, hogy az a kb. 15 milliárd forint, amelyet az OEP ezen a címen kifizet, lehet, hogy egészen más szolgálat. Elképzelhető-e, hogy a betegek igénye alakítja ki ezt a furcsa alakú mintázatot?

## 2.3. A spórolás alapjai

Az előző két példa nem kizárólagosan, de dominánsan egy-egy intézettípushoz köthető. Ugyanakkor van egy harmadik, szinte minden típusnál fellelhető anomália. Mint már említettem, az olyan esetek, amelyeknél valamilyen beavatkozásra (jellemzően műtétre) kerül sor, a szabályoknak megfelelően „P”-s HBCS-be kapnak besorolást. A műtétet, illetve beavatkozást nem tartalmazó HBCS-k „M”-es besorolást kapnak. Azt gondolom, nem túl merész az a gondolatmenet, amelyben azt tételezzük fel, hogy úgy tud egy intézmény takarékoskodni, ha az ellátási portfólióját a nem műtétes, azaz „M”-es HBCS-k irányába tolja el. Így a finanszírozási bevételeit olyan irányba módosítja, ahol az ellátás során alacsonyabb költségekkel számolhat, hiszen ezekben az esetekben jellemzően nem lesz műtőhasználat, aneszteziológiai és intenzív ellátás sem. A TVK-bőség egyik jellemzője, hogy paradox módon ahelyett, hogy az intézmények a műtétszámok emelésével a várólistákat csökkentenék, a valóságban a nem műtétes esetek aránya emelkedik meg. Ezt csak azzal lehet magya-

rázni, hogy az intézmények természetesen a betegeiket igyekeznek ellátni, tehát azokat a műtéteket, amelyeket a lakosság igényel, elvégzik, ugyanakkor ha van lehetőség a spórolásra, mert a TVK-helyzet megengedi, akkor a maradék kapacitást szinte teljes egészében alacsony költségű, kvázi nyereséges esetekre kötik le. A „beteg” régiókban szinte mindenhol emelkedett az „M”-es HBCS-k aránya (6. ábra).

Az egybeesést itt sem lehet magyarázni a lakosság összetételével. Sokkal valószínűbb, hogy a területet ellátó intézmények finanszírozási helyzete hozza létre a „különös” egyezést. Még szemléletesebb, ha az egyes kistérségeket területdiagramon ábrázoljuk úgy, hogy a kistérségeket az összefogyasztás szerinti növekvő sorrendbe rakjuk a vízszintes tengely mentén, és a két csoportot, az „M”-es és a „P”-s HBCS-eket egy-egy színhez kötik (7. ábra).

Ha a térségek úgy általában lennének betegberek vagy egészségesebbek, akkor a két csoporthoz illesztett trendvonalaknak közel párhuzamosnak kellene lenniük. A műtéttel járó és a műtétet nem igénylő eseteknek azonos módon kellene megemelkedniük, ha az összefogyasztás emelkedik. A szaggatott vonal jelentené az ideális állapotot, azaz a műtétek enyhén emelkedésével ugyanilyen enyhén kellene emelkedniük a műtétet nem igénylő eseteknek is. A felette található területet nehéz indokolni, hogy mi okozza, de ha ezt a területet OEP-kifizetésekre fordítjuk le, akkor ez kb. 50 milliárd forintot jelent. Szinte bizonyos, hogy ezeket a forrásokat másképpen kellene felhasználni. A kérdés csak az, hogy hibázható-e az ellátórendszer, az intézmények és menedzsmentjeik a kialakult helyzetért.

Összefoglalva: az első vitairatban talált fogyasztási anomáliák tetten érhetők az intézmények jelentéseiben. A túlfogyasztás esetén nem megmagyarázható különbségeket lehet kimutatni és ezek a különbségek nemcsak arányaiban nagyok, hanem volumenében is óriásiak. Nyilvánvaló, hogy az intézmények viselkedését a jelenlegi szabályozási környezet nem tudja megfelelő keretek között tartani, amit jól illusztrál a 25 legtöbbet és legkevesebbet fogyasztó kistérség mintázatát mutató táblázat (4. táblázat).

Ezen a helyzeten az intézmények államosítása sem tudott változtatni, csak arra ad lehetőséget, hogy a tulajdonosi döntéseket a helyi politikától függetlenül

sük. Azonban az eddig eltelt 13 hónap alatt nem épült ki az a struktúra és szabályozás, amely az ellátórendszert végre elindíthatná a betegek igényei felé.

## 3. Az egészségügy Bermuda-háromszöge

A vitairat azt is feszegette, hogy van-e összefüggés az intézmények területi ellátási kötelezettsége (lakosság), szakmai kapacitása (ágy, óraszám stb.) és finanszírozása között (8. ábra). Mi akkor arra a következtetésre jutottunk, hogy nem lehet kimutatni szoros összefüggést ezen paraméterek között. Be kellene ismernünk, hogy az intézményeket nem egyformán finanszírozzák. Attól még, hogy a HBCS-rendszer azonos díjtételeket garatál, az intézményeket az OEP-szerződéseik (melyek az ágyszám- és finanszírozási kapacitásaikat rögzítik) teljesen eltérő, gyakran érthetetlen és méltánytalan helyzetbe kényszerítik.

Ideális esetben ezeknek a paramétereknek egy egyenlő oldalú háromszöget kellene alkotniuk. Persze nem ez a helyzet, ezért arra voltunk kíváncsiak, hogy hogyan változnak a szakmai egységek szolgáltatásai, ha ez az ideális állapot torzul. Másképpen fogalmazva, arra voltunk kíváncsiak, hogy az eltérő helyzetekre a kórházak menedzsmentjei és orvosai hogyan reagálnak.

Amennyiben csak a betegigény lenne a meghatározó, akkor területi ellátási kötelezettségükhöz (TEK) és ágykapacitásaihoz képest több pénzzel gazdálkodók, azaz magasabb TVK-val rendelkezők (Teljesítmény Volumes Korlát) nyereséget, a kevesebb forrású egységek pedig egyszerűen veszteséget produkálnának. Az első nekifutásra egyszerűnek tűnő kép persze ennél sokkal összetettebb. Fontos hangsúlyozni, hogy a háromszög csúcsait jelentő paraméterek egymástól függetlenül dőltek el, ráadásul minden intézménynél más és más módon.

Talán nem rugaszkodunk el túlságosan a valóságtól, ha azt gondoljuk, hogy emelkedett finanszírozás esetén azt fogjuk tapasztalni, hogy megjelennek a területen kívüli betegek is, illetve ha az ágyszám ezzel párhuzamosan nem csökken, akkor érdekes módon elkezdi emelkedni a Case Mix Index is. Egy másik példát is említve, ha a források az országos átlag alattiak, akkor az intézmény ellátási területéről egyre többen választanak más intézményt, elkezdi csökkenni az ápolási idő és furcsa módon elkezdi csökkenni a Case Mix Index is. Természetesen ez csak két kiragadott példa volt, hiszen ez a bizonyos háromszög ennél jóval többféleképpen torzulhat.

Megpróbáltuk kideríteni, hogy a háromszög alakja és egy-egy szakmai egység munkáját

► folytatás az 5. oldalon

4. táblázat

A 25 leginkább	Túlfogyasztó (Ft)	Alulfogyasztó (Ft)	Eltérés	Túlfogyasztó (eset)	Alulfogyasztó (eset)	Eltérés
Lakosság	1 232 078 fő	1 073 556 fő				
HBCS/1000 lakos	40 161 920	27 412 252	46,5%	249	174	43,5%
Vatta/1000 lakos	3 102 937	1 054 703	194,2%	24	8	191,9%
Z HBCS/1000 lakos	2 876 174	742 965	287,1%	5	1	352,8%
P HBCS/1000 lakos	15 227 497	12 741 063	19,5%	72	65	11,5%
M HBCS/1000 lakos	24 705 545	14 558 182	69,7%	171	106	61,5%

## ► folytatás a 4. oldalról

leíró paraméterek között van-e valamilyen összefüggés (Case Mix Index, átlagos ápolási idő, területen kívüli betegek aránya). Amit találtunk, az igen különös és nehezen értelmezhető. Annak ellenére, hogy az intézmények egymásra is hatást gyakorolnak, a szűkebb portfóliójú szakmákban (pl. szemészet, fül-orr-gége stb.) a területi ellátási kötelezettséghez viszonyított ágyszám és TVK alapján jó közelítéssel megjósolhatóak bizonyos paraméterek, pl. az illető osztály Case Mix Indexe is. Itt meg kell állnunk egy pillanatra, hiszen az mégiscsak döbbenetes, hogy a példában szereplő Case Mix Index nem a lakosság egészségi és szociális helyzetével van kapcsolatban, hanem az intézmény szerződéses paramétereivel. A lenti jósolatot mutatja a 10. ábra, ahol a várt érték az egyenes, és jól látszik, hogy a tényleges értékek hogyan szóródnak a „jósolat” körül. Számunkra nagyon nehezen értelmezhető, hogy a betegek átlagos súlyossága nem a területen élő lakosság paramétereivel van összefüggésben, hanem az intézmény OEP-szerződésével!

A kapott eredmény első nekifutásra két dolgot jelenthet:

1. A menedzmentek az ország összes kórházában hasonló forgatókönyveket alkalmaznak a túlélés érdekében.

2. A betegigény csak kisebb mértékben befolyásolja a kórházak szolgáltatásait.

Bármelyik is az igaz, vagy akár mindkettő, a lényeg, hogy a TVK-ágyszám-TEK paraméterek döntően meghatározzák az intézmények viselkedését. Ebben az évben „csak” az intézmények kerültek állami kézbe. Azokat a döntéseket, melyek az ágyak lábainál, illetve a rendelőkben és az irodákban születnek, nem lehet államosítani. Márpedig muszáj szembenéznünk azzal a ténnyel, hogy minden szervezet – beleértve a kórházakat is – saját szervezeti céljai szerint fog cselekedni, és azt is tudomásul kellene vennünk, hogy a jelenlegi finanszírozási, strukturális és szabályozási környezetben a betegek igénye sajnos nem esik egybe az intézmények szervezeti céljaival.

## 4. Van-e tanulság?

Azt gondoljuk, kellő bizonyossággal állíthatunk korábban csak sejtett és kimondani nem mert összefüggéseket:

- A lakosság fekvőkasszát érintő fogyasztása semmilyen összefüggésben sincs sem a demográfiai, sem a szociális helyzettel.

- A túlfogyasztás esetén olyan mintázatok figyelhetők meg a jelentett és finanszírozott HBCS-kre vonatkozóan, amelyek nem magyarázhatóak a lakosság egészségi helyzetével, és amelyek nem jelentkeznek a takarékos kistérségekben.



- A túlfogyasztás egy része nem a lakossági igényeket szolgálja, hanem az intézmények fenntarthatóságát.

- Ennek mértéke azonban csak becsülhető. A mi becslésünk szerint az egészségügy Bermuda-háromszögében kb. 60 milliárd forint tért el a nem megfelelő irányba.

Ki kell azt is jelentenünk, hogy a várakozásokkal ellentétben nem a demográfiai és szociális állapot, vagyis a lakossági igény a fogyasztás legerősebb mozgatója, hanem az intézményrendszer finanszírozott kapacitásai. Ugyanakkor arra a kérdésre, hogy okolhatóak-e az intézmények a térképeken kistérségi bontásban látható anomáliáért, az egyértelmű válasz: NEM. Az intézmények csak azzal főznek, amijük van, és ezen az államosítás sem segíthetett. Az anomáliák nemcsak azért jelentenek problémát, mert sértik az egyenlő hozzáférés elvét, hanem azért is, mert következtében nem feltétlenül az ellátás lesz jobb bizonyos helyeken, hanem az intézmény gazdasági helyzete.

Az is egyértelmű, hogy a kutatások fényében néhány dogmát meg kell döntenünk, és helyettük új megállapításokat kell tennünk. Így ki kell jelentenünk, hogy:

- a beteg a lábával nem a szükségleteiről szavaz;

- természetes betegút nem létezik, csak olyan, amit az intézményrendszer a maga érdekei mentén kialakít;

- az ellátások egy részét az ellátórendszer saját maga, a saját fenntartása érdekében generálja.

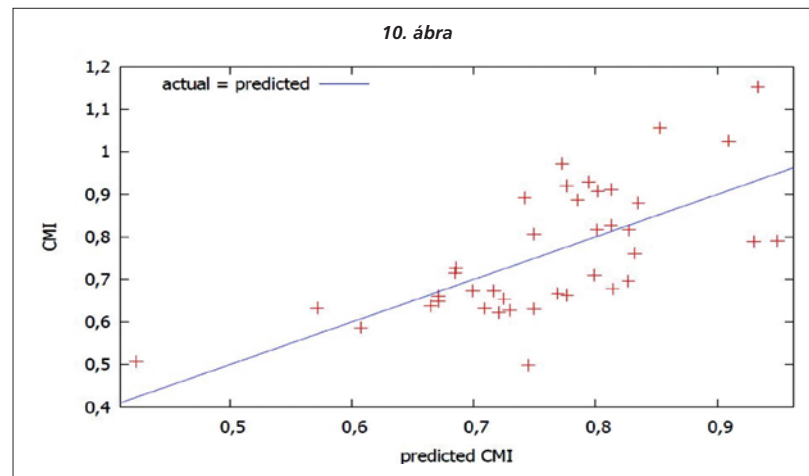
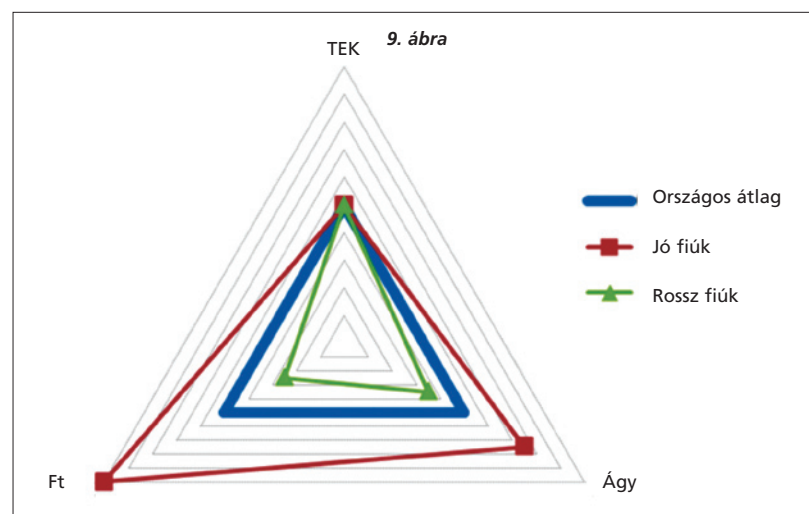
Mielőtt bárki ez utolsó pont miatt „ördögöt” kiáltana, említést kell tennünk arról a tényről is, hogy az ellátók által indukált szükséglet (azaz a Supplier Induced Demand)<sup>2</sup> a külföldi szakirodalomban 25 éve tárgyalt jelenség. Nem áltathatjuk magunkat azzal, hogy csak nálunk nem létezik. Az is meglehetősen furcsa egybeesés, hogy a bevezetésben emlegetett, a takarékos kistérségek alapján kimutatható kb. 60 milliárd forintos potenciál szinte forintra egyenlő a többi fejezetben, a jelentésekből kimutatott abnormitások mértékével. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy ezek nem felesleges kifizetések, hiszen ezek nélkül a jelenlegi viszonyok között a másik 240 milliárd forintos ellátást sem lehetne finanszírozni.

A kérdés most már csak az, hogy a problémával ebben a megváltozott helyzetben mit fogunk kezdeni.

Megváltozott helyzetben azt értjük, hogy az állam immár nemcsak az egészségügyi ellátások kötelezettje, hanem az egészségügyi ellátórendszer fenntartója is. Ez a két szerepkör nem ugyanaz, és mégis az államnak egy személyben kellene megfelelnie ezeknek a meglehetősen eltérő érdekeltségeknek. Ha a betegek ellátása a fontosabb, és nem a „betegellátás” maga, akkor az anomáliákat úgy kellene felszámolni, hogy közben gondoskodni kellene az ellátórendszer kapacitásainak átalakításáról is, olyan módon, hogy a lehető legkevesebb sérelemmel járjon a rendszer szereplői számára. A feladat iradatlanul nehéz, de talán nem lehetetlen.

Az egyik kézenfekvő lehetőség olyan szabályozás kialakítása, amely során az intézmények kénytelenek a területi ellátási kötelezettségükön élők igényei szerint eljárni. Valójában még mindig lényegében az a 43/1999-es kormányrendelet (1999. III. 3.) van érvényben, amit már számtalanszor (összesen 110 alkalommal) kellett módosítani, és talán megérett arra, hogy toldozás helyett egy teljesen új feladatalapú szabályozás lépjen a helyébe, már csak azért is, mert amikor eredetileg készült, még az intézmények többsége önkormányzati fenntartásban működött, és a GYEMSZI sem létezett. Szeretnénk még egyszer hangsúlyozni, hogy elemi szükséglet a feladatalapú kapacitásszabályozás megteremtése. (Ám ez esetben csak ismételjük magunkat, hiszen ezt már az első cikk is megállapította.) Ennek első lépéseként a 2013-as TVK már 20%-ban a területi ellátási kötelezettséghez kötődő feladat alapján történt, amelyet természetesen megelőzött az a nem kis munka, melynek során először sikerült a progresszivitás minden szintjéhez meghatározni az ellátási kötelezettségeket.

Azonban az állami átvétel okán a szabályozás mellett nyílt egy másik lehetőség is, hiszen az új tulajdonos magához vonhat olyan jogköröket, amelyeket egyébként az intézmények menedzsmentjei birtokoltak eredetileg, és az új fenntartó ezekkel a jogkörökkel érve érheti el a számára fontos változásokat.



Sajnos ez utóbbi sem működik még, hiszen az állami tulajdonost megtestesítő GYEMSZI mind ez idáig nem élt ezzel a lehetőséggel. Az Intézményfelügyeleti Főigazgatósághoz és a Területi Ellátásszervezési Központokhoz sem delegáltak ilyen jogosítványokat. Ma az intézmények jószerivel ugyanolyan elkülönülten működnek és gazdálkodnak, mint az állami átvétel előtt, hiszen a kórházi vezetők jogköreit senki sem csorbította. Tisztában vagyunk azzal, hogy e sorokat olvasva a kórházak menedzsmentjei a pokolba kívánnak bennünket, de érdemi ellátásszervezés nélkül nem tartjuk elképzelhetőnek a jövőt. Nemcsak költségvetési okok miatt, hanem a rendelkezésre álló humán erőforrás szűkülése okán is.

Akkor, amikor a bérkérdés megoldása több tízmilliárdba kerülhet, amikor az eladósodottság ugyancsak újabb tízmilliárdokat jelenthet, véleményünk szerint nem elegendő csak pluszforrásokért könyörögnie a szakmának. Előbb vagy utóbb hozzá kell nyúlnunk a jelenlegi szabályozási és irányítási struktúrához, különben mindent úgy fog felszippanítani az intézményhálózat, hogy az anomáliák még tovább fognak növekedni, és súlyos további tízmilliárdokat fogunk olyan ellátásokra költeni, amely sem a betegnek, sem a finanszírozónak nem lenne érdeke.

Az állami átvétel után csak az a kérdés, hogy a tárca képes lesz-e élni azzal a történelmi lehetőséggel, hogy először koncentráli kezében az intézmények fenntartása és a szabályozók kialakításának kompetenciája, hiszen lassan ismét választási kampányba fog fordulni az ország. Lesz-e az államtitkárságnak felhatalmazása, bátorsága, kitartása és támogatottsága, hogy a szinte

lehetetlen feladattal megbirkózzon? Ahogy közeledünk 2014-hez, egyre nagyobb lesz az esély arra, hogy bármilyen változás politikai hullámokat gerjessen.

Ennek ellenére a mi véleményünk az, hogy egyszerűen nincs más út. Ha az állam sem tulajdonosként, sem jogszabályalkotóként nem él ezekkel a lehetőségekkel, akkor – mint ahogy eddig is – kicsi lesz az esélye annak, hogy az intézmények érdekei egybeessenek a lakossági igényekkel. Mindaddig, amíg ezeket a kérdéseket nem rendezzük, az egészségügyi ellátás biztosítása helyett az állam csak az intézményfenntartói szerepének tud majd megfelelni – újabb és újabb források bevonásával, súlyos tízmilliárdok árán. Mint a cikk elején jeleztük, nem vagyunk döntéshozói szerepben, de kíváncsian várjuk, hogy végrehajtóként vagy csak egyszerűen értelmiségiként részesei leszünk-e a változásoknak. Biztosak vagyunk abban, hogy előbb vagy utóbb valakinek véghez kell vinnie ezeket. A kérdés csak az, hogy kik lesznek azok, akik megvívhatják ezt a csatát?

Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán,  
Budapesti Teljesítménymenedzsment  
Kutatóközpont

## Hivatkozások

<sup>1</sup> Dr. Boncz Imre, Takács Erika, Szaszko Dóra, Dr. Belicza Éva: Területi Egyenlőtlenségek I-II./ Kórház 2006/7–8–9

<sup>2</sup> Auster R, Oaxaca R. 1981. Identification of supplier induced demand in health care sector. Journal of Human Resources 16, 327–42. Cromwell J, Mitchell JB. 1986. Physician-induced demand for surgery. Journal of Health Economics 5, 293–313.

Dranove D. 1988. Demand inducement and the physician/patient relationship. Economic Enquiry 26, 281–98

Peacock SJ, Richardson JRJ. Supplier induced demand re-examined and re-evaluated. Health Economics, (revised and resubmitted). See also (Richardson and Peacock 1999).

Fuchs V. 1978. The supply of surgeons and the demand for operations. Journal of Human Resources 13 (suppl.), 35–56.