

A kistérségi járóbeteg-szakellátási kapacitások fejlesztésének hatásai

A 2007–13-as európai uniós fejlesztési periódus egyik sok figyelmet kapott infrastrukturális fejlesztési eleme a járóbeteg-szakellátási kapacitások fejlesztése volt. Cikkünkben a zöldmezős kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakításának hatásait értékeljük. Az eltelt idő rövidsége és az ellátórendszer komplexitása miatt a tanulmányunkban alkalmazott statisztikai elemzés a leíró elemek mellett a már rövid távon is kimutatható és az intézmények kialakításához köthető hatásokra fókuszál.

Of the healthcare-related expenditure items of the 2007–2013 EU programming period, money spent on outpatient care infrastructure received a lot of public attention. In this article we discuss the effects of the establishment of new outpatient service locations in Hungarian micro-regions, which had lacked such capacities before. Given the short time that has passed since these were launched from 2010 on, we concentrate on descriptive analysis and short term effects.

■ Elek Péter¹, Kiss Norbert², Váradi Balázs³

Bevezetés

A 2007–13-as európai uniós fejlesztési periódusban Magyarország jelentős mennyiségű forrást fordított egészségügyi fejlesztésekre. Az infrastrukturális fejlesztések egyik alapvető célkitűzése az ellátórendszer hatékonyságának növelése, az alacsonyabb ellátási szintek erősítése volt. E törekvés leginkább a járóbeteg-szakellátás erősítésén keresztül jelent meg a tervekben.

2012 nyara és 2013 tavasza között a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízást adott a Hétfa Kutatóintézet, a Budapest Intézet és a Revita Alapítvány hármának, hogy a folyó programozási időszak egészségügyi fejlesztéseit értékeljék (1). Az addig megvalósult fejlesztések áttekintésén, illetve a fejlesztések ellátási szint és földrajzi terület szerinti célzottságának vizsgálatán túl az értékelési munka a fejlesztési konstrukciók három jól körülhatárolható elemére is kiterjedt: az önkormányzatok, oktatási intézmények, munkahelyek és más szereplők által megvalósított életmódprogramokra; az egészségügyi informatikai megoldások köréből a gép-műszer kataszterre; illetve az infrastrukturális beruházások köréből az értékelés időpontjára már nagyrészt lezáruló járóbeteg-szakellátási és egynapos ellátási fejlesztésekre. Cikkünkben az egyik legnagyobb figyelmet kapó területről, a járóbeteg-szakellátási kapacitások fejlesztéséről, illetve ezen belül a kistérségi zöldmezős járóbeteg-szakellátók kialakításáról szóló megállapításainkat foglaljuk össze.

A járóbeteg-szakellátási kapacitások fejlesztésének a keretét a TIOP, azaz a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (2), illetve a regionális operatív programok (ROP-ok) je-

lentették. A fejlesztési tervek markánsan fogalmazták meg azt az igényt, hogy az ellátások nyújtásában az alacsonyabb szinteket, így a járóbeteg-ellátást erősítsék. Az új, zöldmezős ellátók kialakítása, mint fejlesztési cél a TIOP-ban jelent meg, és – az alacsonyabb ellátási szintek preferálásán túl – elsősorban a hozzáférés javításának céljához kapcsolódott. Bár erre nézve a fejlesztési programot megelőzően nem volt kialakított célérték, a területi járóbeteg-ellátás esetében a 25 percen (majd a konkrét, TIOP 2.1.2. konstrukció által definiált módon 20 percen) belüli elérhetőség javítása jelentette a fejlesztéspolitikára számára elérendő célt. A jelen tanulmányban vizsgált TIOP 2.1.2. program keretében 23, korábban érdemi járóbeteg-kapacitással nem rendelkező kistérségben alakítottak ki járóbeteg-szakellátó központot (ebből 20 helyszínt tudunk a rendelkezésre álló adatokkal elemezni).

Cikkünkben megvizsgáljuk, hogy a rendelkezésre álló fejlesztési források megvalósult célzása mennyiben támasztja alá a járóbeteg-ellátás preferálásának stratégiai célkitűzését. A célzást tekintve a járóbeteg-szakellátásra irányuló fejlesztések földrajzi eloszlásának egészségügyi szükségletekhez való viszonyulására koncentrálnunk. A kistérségi zöldmezős beruházások kapcsán vizsgáljuk, hogy az elérhetőség hogyan változott, illetve az elérhetőség változásának milyen hatása volt az igénybevételre. Az igénybevétel változása kapcsán vizsgáljuk, hogy a betegforgalom mekkora része terelődött át az új intézményekbe. Az igénybevétel növekedésének elemzése során elkülönítjük az új betegek megjelenéséből és az igénybevételi gyakoriság növekedéséből adódó hatásokat. Számszerűsítjük, hogy – a vizsgált esetek alapján – a lakóhelyhez egy kilométerrel közelebb kerülő ellátási kapacitásnak át-

lagosan mekkora hatása van az igénybevételre. A rövid távú egészséghatások tanulmányozása során a táppénzen töltött napok számának, illetve a háziorvosi minőségi indikátorrendszer gondozási indikátorainak változását határozzuk meg. Az elérhető adatok illetve az értékelés során folytatott szakértői interjúk alapján a létrehozott intézmények fenntarthatóságát is értékeljük.

Kvantitatív megállapításaink részleteiről további információ található a fejlesztések Budapest Intézet által készített kvantitatív értékelésében (3) és egy, a fejlesztések hatásait egészség-gazdaságtani keretben vizsgáló angol nyelvű folyóiratcikkben (4).

Adatok és módszertan

Fejlesztési források célzásának vizsgálata

Az egészségügyi fejlesztési források területi és progresszivitási szintek szerinti célzásának vizsgálatokor háromféle adatkör összefüggését vizsgáltuk statisztikai módszerekkel.

Először legyűjtöttük a fejlesztési forrásokat az EMIR-adatbázisból, majd a 2012 szeptemberéig lekötött összegeket az alábbi hat ellátási forma valamelyikéhez rendeltük: járóbeteg-, fekvőbeteg-, alapellátás, mentés, vérellátás, egészségfejlesztés. E dimenzió mellett a fejlesztési forrásokat kistérségekhez is rendeltük, ám nem a kedvezményezett szervezet székhelye vagy a beruházás megvalósításának helyszíne alapján, hanem az adott ellátó betegforgalmának területi megoszlására építve. A betegforgalmi adatok forrása az OEP volt.

Másodszor a 2011. évi folyó finanszírozási összeget leíró (szintén az OEP-től származó) adatbázis segítségével meghatároztuk egyrészt az egyes ellátási formák „normál”, folyó finanszírozás szerinti „súlyát”, másfelől pedig az egyes kistérségek lakosságának ellátására fordított egészségügyi kiadásokat.

A harmadik használt adatkör az egészségügyi szükséglet kistérségi szintű meghatározására irányult: a szükségletet az elkerülhető halálozás mutatószámával mértük. Ezt a mérőszámot az ellátórendszer minőségének értékelésére vezették be az 1970-es években, és úgy számítják ki, hogy – nemzetközi módszertan alapján – a különböző halálokok esetén meghatározzák azokat az életkorokat, amikor az adott betegségben való elhalálozás még „elkerülhetőnek” tekinthető, majd az így kapott adatokat egy standardizált koreloszlású népességre vetítik (5). Elemzésünkben az elkerülhető halálozás 2005–2007 közötti adatokon való kistérségi szintű becslését használjuk, amelyet Vitrai József és Bakacs Márta készített (lásd még (6)).

Összevetettük az ellátási szintek szerint besorolt folyó finanszírozás és fejlesztési forrásallokáció százalékos értékeit. A területi alapú célzás esetében a hazai kistérségeket az egészségügyi szükséglet (elkerülhető halálozás) alapján sorba rendeztük, majd a hozzájuk rendelt folyó finanszírozás, illetve fejlesztési források összegét Lorenz-görbe segítségével ábrázoltuk. Ennek alapján azt elemeztük a járóbeteg-szakellátás esetében, hogy az egyenletesen várhatóhoz képest inkább az alacsonyabb vagy magasabb szükségletekkel jellemezhető kistérségek lakóihoz kerültek-e a források – illetve hogy milyen mértékű az arányos elosztástól való eltérés. A fejlesztések célzását egyben az egészségügyi folyó finanszírozási kiadásokhoz – mint benchmarkhoz – is viszonyítottuk.

Járóbeteg-szakellátási fejlesztések hatásvizsgálata: adatok

A járóbeteg-szakellátási fejlesztések hatásvizsgálatakor több egyéni, szemiaggregált (például kistérségi szintű), illetve aggregált adatbázist felhasználtunk.

Legfontosabb adatforrásunk egy, a GYEMSZI által rendelkezésünkre bocsátott egyéni szintű anonimizált járóbeteg-adatbázis, amely 20 darab, a TIOP 2.1.2. programban fejlesztett kistérség és 21 darab, megfigyelt jellemzőiben hasonló „kontroll” kistérség lakosságából vett 25%-os minta betegforgalmi adatait tartalmazza 2008 és 2012 között, számos demográfiai jellemzővel – például a beteg nemével, életkorával és lakóhelyének irányítószámával – kiegészítve. Ebben az adatbázisban először az esetet ellátó osztály szakmája alapján 18 különböző szakmacsoportot definiáltunk. (Ezek között a későbbiekben részletesebben tárgyaljuk a fejlesztéspolitika szempontjából kiemelendő négy alapszakmát: belgyógyászat, sebészet, szülészet-nőgyógyászat és gyermekgyógyászat). Majd szakmacsoportonként egy-egy olyan adatbázist készítettünk, amely minden, a mintába bekerült lakosra negyedévenként tartalmazza az adott lakoshoz tartozó esetszámot. Így szakmacsoportonként egy-egy nagyméretű adatbázishoz jutottunk, amely keresztmetszeti (egyéni) és idődimenziót is tartalmaz – tehát paneladatbázisként elemezhető.

A járóbetegadatok mellett egy anonimizált egyéni szintű fekvőbeteg-adatbázis is rendelkezésünkre állt (szintén a GYEMSZI-től). Ez összesen 28 darab, a TIOP 2.1.2 (illetve az itt nem vizsgált TIOP 2.1.3 és ROP) programok keretében fejlesztett kistérség, valamint a hozzájuk választott kontroll kistérségek lakossága egy mintájának részletes fekvőbeteg-adatait tartalmazza 2008 és 2011 között.

A szemiaggregált adatok közül legfontosabb adatforrásunk az az OEP által szolgáltatott sokdimenziós adatbázis, amely összesített esetszám- és egyéb finanszírozási (például német pontszám) adatokat tartalmaz 2008 januárja és 2012 augusztusa között minden hónapra, a nem közép-magyarországi és nem megyeszékhely kistérségek lakóira a következő szempontok szerinti együttes bontásban:

- igénybevétel helye (járó-, illetve fekvőbeteg-ellátó intézmény osztálya),
- igénybevevő lakóhelye (kistérség),
- igénybevevő korcsoportja,
- igénybevevő neme.

Az adatbázisokhoz hozzákaptuk a járó-, illetve a fekvőbeteg-ellátók törzsadatbázisát, amely tartalmazza többek között az osztályokhoz tartozó szakmát, kapacitást (óraszámot, illetve ágyszámot) és az osztály típusát. Adattisztítást is végeztünk, például elkülönítettük a járóbeteg-adatok esetén a nappali kórházi ellátásokat, a fekvőbeteg-adatok esetén pedig az egy napos beavatkozásokat és a fekvőbeteg-ellátók által végzett nappali kórházi ellátásokat.

Az elemzésünkben ezenkívül felhasználtuk a keresőkép-telenségi esetek és napok számának alakulását 2008 és 2012 között havonta kistérségi bontásban, valamint a háziorvosi indikátorrendszerből származó, a krónikus betegek gondozásba vételére és további gondozására vonatkozó adatokat, amelyek szintén kistérségi bontásban, de negyedévente álltak rendelkezésre a 2010 negyedik negyedéve és 2012 második negyedéve közötti időszakra. Ezen adatok forrása szintén az OEP.

Szakcikk

Végezetül a földrajzi összefüggések tanulmányozásához felhasználtuk a magyarországi települések (irányítószámok) közötti távolságok és (gépkocsival számított) elérési idők mátrixát, amelyet a GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság, illetve a (reggeli) autóbusszos elérési idők mátrixát, amelyet az MTA KRTK KTI bocsátott rendelkezésünkre. Az egyes fejlesztések területi ellátási kötelezettségei (TEK) az ÁNTSZ-től származnak.

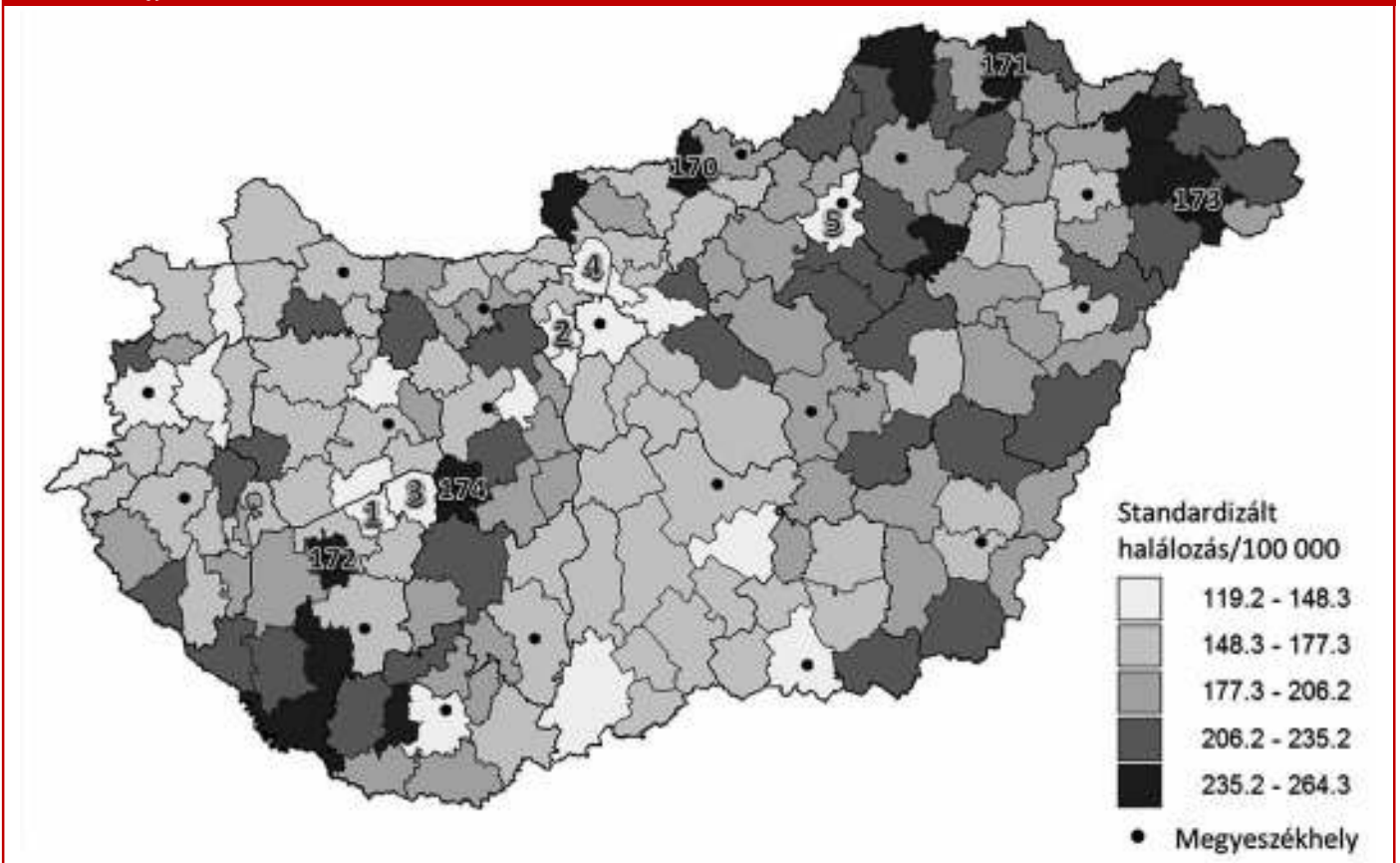
Járóbeteg-szakellátási fejlesztések hatásvizsgálata: módszertan

A különböző aggregáltságú leíró statisztikai elemzéseken túl a fejlesztések igénybevételi, egészségügyi és gazdasági hatásvizsgálatát klasszikus hatásvizsgálati („impact assessment”) keretben végeztük, a fejlesztett kistérségek mutatóinak alakulását a tényellentétes („counterfactual”) állapotokkal összehasonlítva. Tényellentétes állapotnak nevezzük a fejlesztett kistérségek fejlesztés nélkül megvalósuló „hipotetikus” helyzetét. A hatásvizsgálati elemzések neuralgikus pontja a tényellentétes állapot rekonstruálása, hiszen az közvetlenül nem megfigyelhető az adatokból, és a programok (jelen esetben a fejlesztések) célzása miatt valószínűtlen, hogy a nem fejlesztett kistérségek mutatóinak alakulását mindenféle korrekció nélkül tényellentétes állapotnak tekinthetnénk. (A fejlesztett kistérségek ugyanis gazdaságilag elmaradottabbak és vidékesebb jellegűek a nem fejlesztett kistérségekhez képest.) Mi a fejlesztett és nem fejlesztett kistérségek eltéréseinek kiküszöbölésére és így a hatások mérésére a nemzetközi szakirodalom alapján két módszert választottunk: párosításon alapuló (matching) módszereket és fixhatás- (fixed effects, FE) panelregressziós becslést (illetve e két módszercsalád kombi-

nációját). Ezen módszerek standard referenciája (7), míg hatásvizsgálati alkalmazásaiba (8), speciálisan egészségpolitikai alkalmazhatóságába pedig (9) nyújt betekintést. Magyar nyelven lásd a (10) összefoglalót.

A párosításos módszer alkalmazásakor a fejlesztett kistérségekhez hozzájuk megfigyelhető jellemzőikben hasonló „kontroll” kistérségeket találtunk az ún. propensity score alapú párosítás módszerével, majd tényellentétes állapotként a kontroll kistérségek mutatóinak alakulását használtuk a különbségek különbsége (difference in differences) modellezési keretben – azaz a fejlesztett kistérségek mutatóinak változását összehasonlítva a kontroll kistérségek mutatóinak változásával. A fixhatás-panelregressziós becslés során ezzel ellentétben nem explicit módon jelöltünk ki kontroll kistérségeket, hanem a fejlesztett és nem fejlesztett kistérségek megfigyelhető jellemzőinek eltéréseire regressziós keretben kontrolláltunk. Végezetül, az egyéni szintű járóbeteg-ellátási adatok elemzésekor a párosításos és panelregressziós becsléseket kombináltuk úgy, hogy először párosításos módszerrel kontroll kistérségeket találtunk (és ezen kistérségek lakosságának egyéni szintű adatait kértük el az adatgazdától), majd a kapott egyéni szintű adatbázison alkalmaztunk panelregressziós becsléseket. Ekkor a fejlesztések teljes hatásának mérésére fixhatás-Poisson regressziós becslést használtunk, majd ezt fixhatás-logit és csonkolt Poisson-regressziós becslés kombinálásával felbontottuk az új betegek megjelenéséből és az igénybevételi gyakoriság növekedéséből adódó hatásokra (közgazdasági értelemben az „extenzív” és „intenzív” hatásra). A módszertan részletes leírását lásd a (3) és (4) tanulmányokban. Az adatelemzést a Stata programcsomaggal végeztük.

1. ábra: A 75 év alatti lakosság egészségügyi ellátás révén elkerülhető halálozása, 2005-2007. Készítette: Vitrai József és Bakacs Márta a KSH halálóki statisztikái alapján (lásd [6])



A becslések általánosítása a földrajzi hozzáférés hatásainak vizsgálatára

A fenti hatásvizsgálati keretből egy általánosabb egészség-gazdaságtani keretbe kilépve, a „zöldmezős” TIOP 2.1.2. járóbeteg-ellátási fejlesztések egy ún. kvázi-kísérletnek is tekinthetők, amelyek segítségével általánosabb érvényű megállapításokat tehetünk arról, hogy a földrajzi hozzáférés hogyan befolyásolja a járóbeteg-ellátás iránti keresletet. Különböző egészség-gazdaságtani modellek az ellátásnak az igénybevevő általi földrajzi elérhetőségét a kereslet, ill. a kínálat egyik meghatározójaként igyekeznek megragadni, de az a belátás közös bennük, hogy a szolgáltatás helyszínének felkeresésével járó erőfeszítés, ezzel töltött idő és erre költött pénz hatással lehet az igénybevétel tényére és gyakoriságára (magyar nyelven lásd (11)). A földrajzi megközelíthetőség igénybevételre és egészségügyi kimenetellekre gyakorolt hatásának jelentős nemzetközi empirikus szakirodalma van, amely keresztmetszeti (pl. 12) és paneladatokkal (pl. 13) végzett elemzésekre bomlik – egészség-gazdaságtani vizsgálatunk az utóbbi, frissebb vizsgálati irányba illeszkedik. (Minderről részletesebben lásd a (4) angol nyelvű tanulmányt.)

Fenntarthatóság vizsgálata

A fenntarthatóság kérdéskörében az értékelés során interjúkat készítettünk az érintettekkel, amelyek listája megtalálható a teljes értékelési jelentésben (1). Ezenkívül utókövetés céljából az OEP által közölt, intézményi szintű, kasszánkénti finanszírozási adatokat (14) is elemeztük a 2012-13. évekre, ugyanis a fenti részletes járóbeteg-finanszírozási adataink csak 2012 végéig álltak rendelkezésre. Az OEP-adatokból kiszámítottuk, hogy a már 2012. év egészében is működő kistérségi járóbeteg-ellátó központoknak hogyan változott az összesített, illetve a járóbeteg-szakellátási kasszából származó finanszírozása 2012 és 2013 között.

Mivel a kistérségi járóbeteg-szakellátó központok gazdasági társaság formájában működnek, ezért a gazdálkodásukra jellemző adatok az éves beszámolóikban is elérhetőek. Az összehasonlíthatóság ugyanakkor korántsem teljes az eltérő módon alkalmazott számviteli elvek miatt (pl. az OEP-bevétel árbevétel vagy egyéb bevétel soron jelenik meg, és az önkormányzatok által adott működési támogatások elszámolása is különböző), ráadásul a támogatásból megvalósított beruházások bevételként való elszámolása is időbeli elhatárolással történik. Az adatgyűjtés során a 2013. évre vonatkozó eredménykimutatásokból a mérleg szerinti eredményt gyűjtöttük ki 2012. és 2013. évekre, illetve meghatároztuk a 2013. évi önkormányzati támogatás összegét (amennyiben találtunk a kiegészítő mellékletben erre utaló adatot – ez az esetek felére volt jellemző).

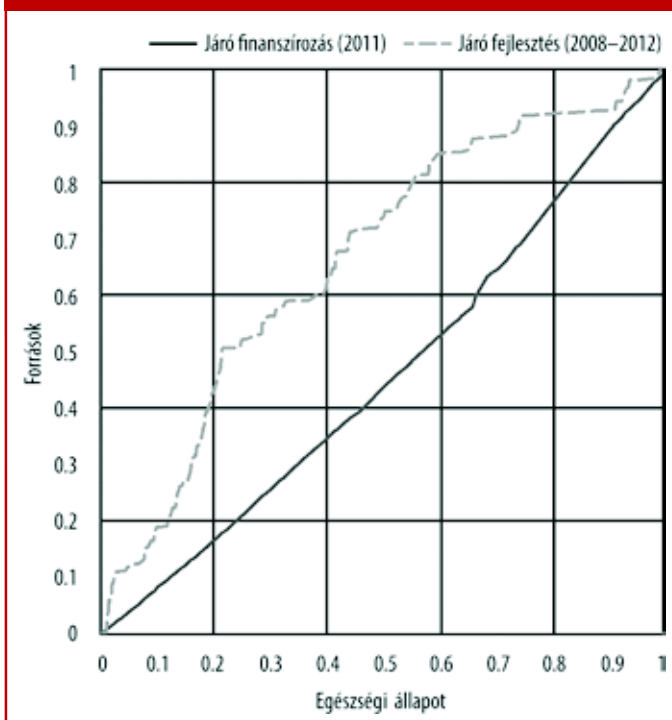
Eredmények

Célzás

A járóbeteg-szakellátó rendszer fejlesztésének célzásával kapcsolatban első vizsgálati kérdésünk az volt, vajon a fejlesztések a legrászorultabb kistérségekben javították-e az ellátást. Mint fentebb kifejtettük, a rászorultságot az elkerülhető halálozás mérőszámával mértük – ennek területi eloszlását mutatja az 1. ábra.

A 2. ábra mutatja a járóbeteg-szakellátás fejlesztésére elköltött európai uniós források kumulatív arányát az elkerülhető

2. ábra: A járóbeteg-szakellátási fejlesztések és folyó finanszírozási források célzása a kistérségi elkerülhető halálozás szerint (Forrás: saját számítás EMIR- és OEP-adatok alapján)



halálozási mutató szerint (a legrosszabbtól a legjobb felé sorba rendezve), lakosságszámmal súlyozott kistérségi bontásban (Lorenz-görbe). Az ábra tehát a következőképpen interpretálható: ha a 0,5 értéknél a vízszintes tengelyen a szaggatott vonal kb. 0,75 értéket vesz fel, az annyit tesz, hogy a lakosság rosszabb egészségi állapotú kistérségeiben élő 50%-át érintette a járóbeteg-fejlesztésre elköltött fejlesztési források mintegy 75%-a. Az, hogy a görbe a 45 fokos egyenes felett halad és konkáv, azt jelenti, arányában sikerült a rászorultabb térségek fele irányítani ezeket a fejlesztési forrásokat. Megjegyezzük, hogy mindez még inkább igaz az alapellátások fejlesztésére fordított forrásokra, viszont az ábrán is látható módon ellentétes azzal, ahogy az OEP-általi folyó járóbeteg-finanszírozás oszlik meg a kistérségek között (a folytonos vonal a 2. ábrán). Ez utóbbiból némileg kevesebb jut a rosszabb helyzetű kistérségeknek: a lakosság rosszabb helyzetű kistérségeiben élő feléhez mintegy 48% kerül.

A vizsgált fejlesztések tehát biztosan nem növelték tovább az egészség-egyenlőtlenségeket; az persze, hogy a jövőben mi fog történni az egészségyenlőtlenségekkel, nem csak az így kiépített, felújított infrastruktúrán múlik. Az ellátórendszeren belül a humánerőforrás-helyzet alakulása és annak területi egyenlőtlenségei jelentősen befolyásolhatják a jövőbeli eredményeket, csakúgy, mint az ellátórendszeren kívüli tényezők, pl. az egészségmagatartás vagy a helyi társadalmi, gazdasági helyzet alakulása. A kistérségi esettanulmányokból az is kiderült, hogy a humánerőforrás-rekrutáció jelentős terhet rótt a fejlesztett intézmények vezetőire: az egyes szakorvosi kapacitások betöltése mellett bizonyos képzettséget igénylő szakdolgozói helyek betöltése is problémát jelentett. Ebből is érzékelhető, hogy az infrastruktúra fejlesztésére fordított források megfelelő területi célzása önmagában még nem elégséges az egyenlőtlenségek mérsékléséhez – de a

1. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása az alapszintű járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli elérhetőségére (ezer fő)

Fejlesztés helye	GÉPKOCSIS ELÉRÉS		(REGGELI) AUTÓBUSZOS ELÉRÉS	
	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül
Baktalórántháza	34,7	25,9	25,7	18,9
Cigánd	8,6	8,6	13,3	13,3
Csurgó	8,7	8,7	5,8	5,8
Ercsi	18,0	12,1	37,6	12,1
Gönc	12,8	10,0	4,5	4,5
Ibrány	24,6	24,6	16,8	16,8
Jánoshalma	19,5	16,8	16,8	16,8
Kiskunmajsa	24,1	19,9	7,5	7,5
Létavértes	30,1	20,7	19,0	18,0
Mezőcsát	9,6	4,3	18,8	13,6
Pannonhalma	17,4	13,5	8,9	8,9
Polgár	1,5	1,5	4,7	4,7
Rétság	11,0	8,7	16,8	16,8
Sarkad	5,5	5,5	20,5	16,0
Sellye	10,1	9,9	1,7	0,0
Szécsény	13,6	13,1	19,8	19,3
Szentlőrinc	5,8	4,2	0,3	0,0
Tab	14,3	11,7	10,6	10,2
Tokaj	14,5	5,9	13,6	7,3
Velence	24,8	9,4	37,8	23,0
Összesen	309,4	235,2	300,5	233,4

Saját számítás a GYEMSZI-től (gépkocsi) és az MTA KRITK KTI-től (autóbusz) kapott távolság-adatok alapján

területi célzás szükségletekhez igazítása mindenképpen elvárás (mondhatni: elvárt minimális feltétel) a fejlesztéspolitikai beavatkozások esetében.

Elérési idő

Fontos célja volt a fejlesztéseknek, hogy a járóbeteg-szakellátás elérési ideje érezhetően, minél többek számára csökkenjen.

Mindegyik TIOP 2.1.2. fejlesztés olyan helységbe települt, ahol a fejlesztés előtt nem volt jelen a négy alapszakmából (belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, gyermekgyógyászat) álló járóbeteg-szakellátás, de az elérték számára gyakorolt hatás már igen heterogén. Számításaink szerint (1. táblázat) összesen mintegy 310 ezer ember számára vált elérhetővé a 20 darab vizsgált fejlesztés hatására a 20 percen belüli gépkocsi hozzáférés. Látható, hogy közülük csak mintegy 235 ezer élt a fejlesztések kistérségeiben, tehát 75 ezer, azokon kívül élő lakos számára is pozitív változást hozott a fejlesztés (a fejlesztett szolgáltatók ellátási területe sok esetben túlnyúlik a kistérségi határokon). A 310 ezer ember számára történt hozzáférés-javulást annak fényében kell értékelni, hogy számításaink szerint 2010 elején mintegy 2 millió embernek nem volt 20 percen belüli gépkocsi hozzáférése a négy alapszakma mindegyikéhez.

Az autóbuszos elérhetőséggel számolva a kapott eredmények nagyságrendben változatlanok maradnak. Így számolva 300 ezer ember kapott hozzáférést az alapszintű járóbeteg-szakellátáshoz, melyből 233 ezer az intézmények saját kistérségében lakik. Ugyanakkor elégedettek még biztosan nem lehetünk: az országban a fejlesztési hullám után is jelentős azok száma, akiknek rossz a (reggeli) autóbuszos hozzáférése. 2010-ben közel 3,5 millió ember nem ért el alapszintű járóbe-

teg-ellátást 20 percen belül autóbuszszal – persze közben egy részük vasúttal elérhette azt (1. táblázat).

A fejlesztések hatását a négy alapszakma 20 percen belüli gépkocsi elérhetőségére a 3. ábra illusztrálja. A világosszürkével jelölt településekről már 2010. január 1-jén is (20 percen belül) elérhetőek voltak az alapszakmák, a fehérrel jellettekről viszont nem voltak elérhetőek 20 percen belül. Sötétszürkével jelöljük azokat a fejlesztési helyszíneken kívüli településeket, amelyekről éppen a fejlesztések hatására lett elérhető a négy alapszakma. Magukat a fejlesztési helyszíneket fekete színnel jelöljük. Megjegyezzük, hogy az elérhetőségi számításokat nagyban befolyásolja az, hogy a gyermekgyógyászatot (a pályázati feltételeknek és az egészségügyben használatos definíciónak megfelelően) alapszakmának tekintettük – az ország kisebb járóbeteg-szakrendelőinek egy jelentős hányadában ilyen ellátás nem érhető el.

Igénybevétel

Az első kérdésünk az igénybevétellel kapcsolatban az volt, hogy a fejlesztések által érintett területek lakossága milyen arányban veszi igénybe a létrehozott kapacitásokat. A meginterjúvolt háziorvosok 80-90%-ra becsülték az átterelődségi arányt. A statisztikai-ökonometriai vizsgálat eredményei ennél alacsonyabb átterelődségi arányokra utalnak: a belgyógyászat, sebészet és szülészet-nőgyógyászat alapszakmákban átlagosan kb. 40%, és a kistérségi központok lakóinak körében is csak kb. 60%.

A 2. táblázat mutatja a TIOP 2.1.2. konstrukcióban fejlesztett kistérségek lakóinak a saját kistérségükön belülre, más nem megyeszékhely kistérségekbe és a megyeszékhelyekre irányuló betegforgalmának alakulását 2010 és 2012 között a négy alapszakmában. Látható, hogy a belgyógyászatban, a sebészetben és a nőgyógyászatban a kistérségen kívülre, de

nem megyeszékhelyre irányuló esetszám 20-35%-kal, a megyeszékhelyre irányuló esetszám viszont csupán 6-13%-kal esett vissza. Ez arra utal, hogy a szomszédos kistérségek rendelőintézetéből áramlott át a betegforgalom nagy része, míg a jellemzően megyeszékhelyen levő, specializáltabb szakrendelések igénybevétele kevéssé változott.

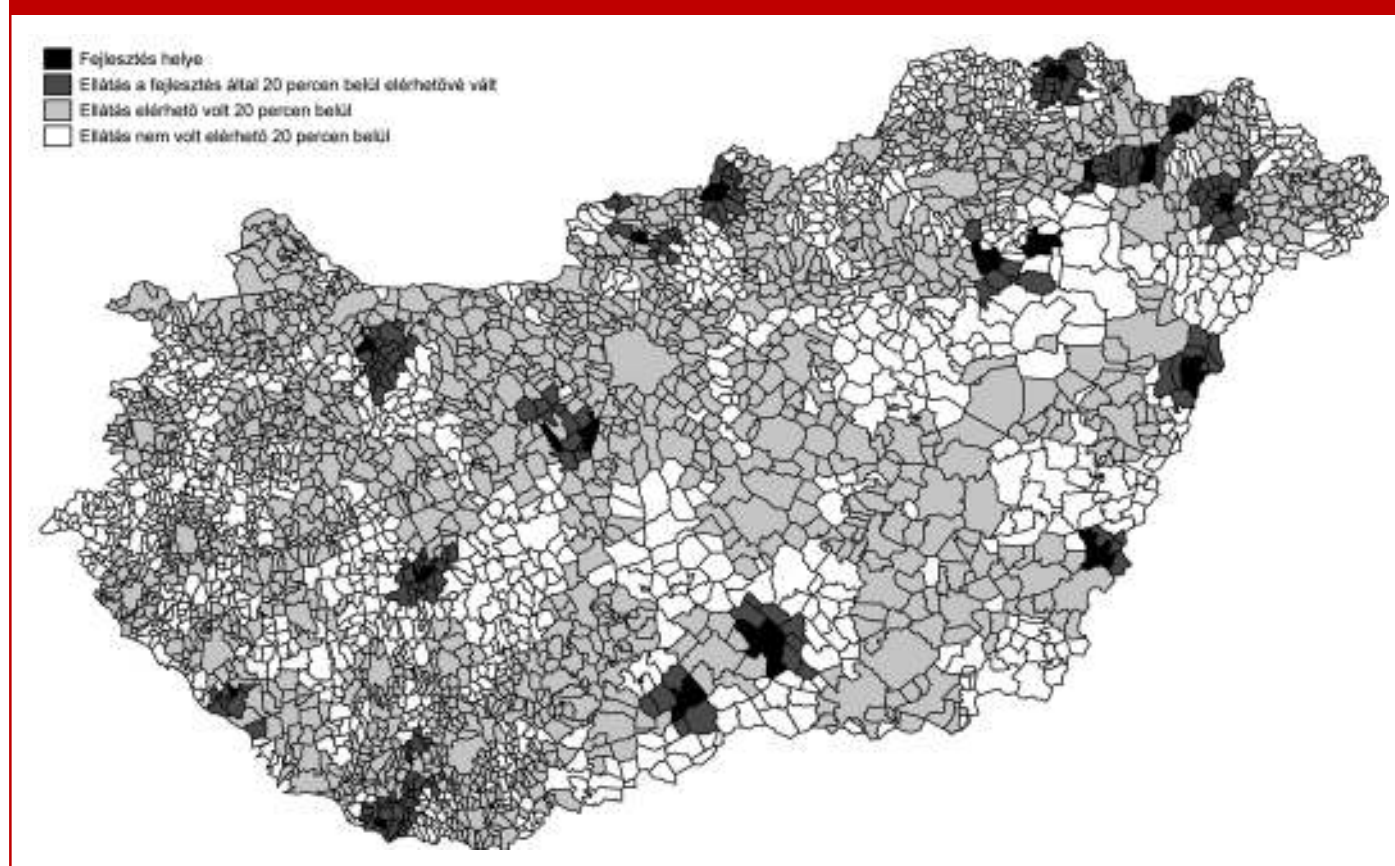
Legalább ilyen fontos, már az egészséghatások felé mutató kérdés, hogy miként változott az orvos-beteg találkozások száma annak hatására, hogy járóbeteg-rendelés lett ott, ahol korábban nem volt. Az első leíró statisztikai elemzés azt mutatja, hogy a fejlesztések előtt az érintett kistérségek lakosságának életkorra standardizált járóbeteg-esetszáma mintegy 20%-kal alacsonyabb volt azokhoz a hasonló kistérségekhez képest, ahol már kezdetben is volt érdemi járóbeteg-kapaci-

tás, de ez a különbség a fejlesztések üzembe helyezése után, 2012-re lényegében eltűnt – az esetszám a hasonló, de már korábban kapacitással rendelkező kistérségek szintjére emelkedett.

A 3. táblázat két különböző statisztikai-ökonometriai modell segítségével kétféle adatforrásból annak becsült értékeit mutatja be, mely szakmacsoportban mekkora hatása volt a fejlesztésnek, kontrollálva a fejlesztett és nem fejlesztett kistérségek közötti egyéb különbségekre. Mint látható, a hatások majdnem az összes szakmában szignifikánsan pozitívak; a legnagyobb hatások a reumatológia, az ambuláns sebészet és a bőrgyógyászat esetén figyelhetők meg.

A fentieket ún. strukturális becslések készítésére is felhasználhatjuk: vajon egy perccel csökkentve az elérési időt, hány száza-

3. ábra: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása az alapszintű járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli gépkocsis elérhetőségére (Forrás: saját számítás a GYEMSZI-től kapott gépkocsis elérési adatok alapján)



2. táblázat: A kistérségen belülre és kívülre irányuló betegforgalom alakulása a TIOP 2.1.2. fejlesztési helyszíneken 2010 és 2012 között

	Átlag	KISTÉRSÉGEN BELÜLRE		KISTÉRSÉGEN KÍVÜLRE, DE NEM MEGYESZÉKHELYRE			MEGYESZÉKHELYRE		
		Eset (db)	Változás (db)	Eset (db)	Változás (db)	Változás (%)	Eset (db)	Változás (db)	Változás (%)
Belgyógyászat	2010. V-VIII.	1327		16441			21614		
	2012. V-VIII.	17856	16529	12816	-3625	-22,0	19103	-2511	-11,6
Sebészet	2010. V-VIII.	47		11869			11411		
	2012. V-VIII.	14350	14303	7646	-4223	-35,6	10739	-672	-5,9
Szülészeti-nőgyógyászat	2010. V-VIII.	5205		11811			15542		
	2012. V-VIII.	17954	12749	9426	-2385	-20,2	13511	-2031	-13,1
Gyermekegyógyászat	2010. V-VIII.	58		3884			12980		
	2012. V-VIII.	1729	1671	3493	-391	-10,1	11945	-1035	-8,0

Forrás: saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Az adatok a baktalórántházai fejlesztés kivételével az összes TIOP 2.1.2. fejlesztési helyszín esadatait tartalmazzák.

3. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása a nem nappali járóbeteg-esetszámra (százalékos hatások, zárójelben a standard hibák)

Szakmacsoport	FE lineáris panelregresszió szemiaggregált adatokon		FE Poisson panelregresszió egyéni szintű adatokon	
Összes szakmára	26,7***	(2,8)	24,2***	(0,8)
Belgyógyászat	14,2***	(4,2)	11,7***	(1,3)
Sebészet	39,7***	(5,2)	35,7***	(2,5)
Traumatológia	19,0**	(8,0)	10,2***	(2,7)
Szülészeti-nőgyógyászat	22,5***	(4,1)	12,4***	(1,9)
Gyermekgyógyászat	5,3	(4,5)	4,8**	(2,2)
Fül-orr-gégészeti	32,0***	(6,8)	29,0***	(2,4)
Szemészet	34,3***	(3,1)	25,1***	(1,7)
Bőrgyógyászat	39,1***	(8,8)	34,0***	(2,8)
Ideggyógyászat	28,1***	(4,1)	23,9***	(2,1)
Ortopédia	40,6***	(4,6)	25,6***	(3,0)
Urológia	20,2***	(3,8)	15,5***	(2,7)
Reumatológia	88,3***	(16,8)	55,4***	(3,0)
Elmegyógyászat	16,1***	(3,9)	17,7***	(2,9)
Tüdőgyógyászat	-1,3	(5,3)	-4,3***	(0,9)
Kardiológia	31,0***	(7,7)	19,5***	(2,1)
Labor	14,5*	(7,9)	8,9***	(2,5)
Röntgen	25,9***	(3,9)	11,0***	(1,1)
Ultrahang	19,0***	(4,9)	7,7***	(1,3)

Forrás: saját számítás egyéni szintű (GYEMSZI) és szemiaggregált (OEP) adatok alapján, részletesen lásd (4)

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Megjegyzés: járóbeteg-esetszámok a nappali kórházi ellátásokat nem beleértve.

lékkal nő majd az orvos-beteg találkozások száma a járóbeteg-rendeléseken? A választ szakmacsoport szerinti bontásban a 4. táblázat tartalmazza. Látható, hogy a hatás a reumatológia szakmacsoportban a legnagyobb, de szinte minden szakmacsoportban statisztikailag szignifikáns és tartalmilag jelentős.

A legfontosabb/legérdekesebb szakmacsoportok esetén statisztikai eszközökkel kettéválasztottuk az esetszám-növekedésében megjelenő hatást: mennyiben új, eddig orvoshoz nem kerülő páciensek mennek el az immár közelebbi ambulanciára (extenzív határ), és mennyiben ugyanazoknak a betegeknek a vizsgálata/ellátása válik gyakoribbá (intenzív határ)? Az 5. táblázatból jól látható, hogy az arányok szakmánként különbözőek: a reumatológia esetszám-növekedésében mindkét hatás megfigyelhető, míg az alapszakmákban inkább az új betegek megjelenéséből származik az emelkedés. Az extenzív és intenzív határ szétválasztásának további statisztikai eszközeiről lásd a (4) tanulmányt.

Rövid távú egészséghatások

A fejlesztések fő társadalmi hatása természetesen a jobb elérési eredményeképp hamarabb diagnosztizált és nagyobb arányban meggyógyított megbetegedéseknek köszönhető egészségnyereségben kell hogy megjelenjen. A járóbeteg-szolgáltatók fejlesztése közép- és hosszú távon több csatornán keresztül is befolyásolhatja az egészségügyi helyzetet. Például az igénybevételi mutatók javulásával a betegségek korábban kiszűrhetők és jobban kezelhetők, az egynapos ellátásokkal pedig kiváltható a betegek számára kényelmetlen és több szövődménnyel járó kórházi tartózkodás egy része. Ezeknek a változásoknak az egészségügyi állapotra kifejtett hatásai sajnos közvetlenül nem mérhetők a fejlesztések óta eltelt kis idő miatt (becslésük majd csak követéses vizsgálattal lesz lehetséges), de bizonyos magatartásváltozások már most

észlelhetőek lehetnek.

Ilyen lehet a szűrővizsgálatokon és a krónikus betegek évenkénti ellenőrző vizsgálatain való nagyobb részvétel. Ezért kistérségi szintű, 2010 negyedik negyedétől 2012 második negyedéig terjedő, negyedéves adatok alapján ökonometriai eszközökkel megvizsgáltuk, hogy a fejlesztések egyedi példái között akadt-e szignifikáns mintázat – azaz bebizonyítható-e a fejlesztések pozitív hatása a háziorvosi indikátorrendszerben megjelenő szűrővizsgálati indikátorokra. Statisztikailag szignifikáns hatással csak a szemészeti indikátorra volt a fejlesztés (évenkénti szemészeti szakvizsgálati arány a diabetes mellitus-betegek körében), a másik három vizsgált indikátor esetén nem találtunk szignifikáns hatást (vérzsírszint-meghatározáson részt vettek aránya a diabetes mellitus és magas vérnyomású betegek között; évenkénti Hb1Ac vizsgálati arány a diabetes mellitus-betegek között; mammográfiás emlőszűrési indikátor a 45-65 év közötti nők körében).

Közvetett hatásokat keresve megvizsgáltuk azt is, hogy a fejlesztések hatására csökkent-e a keresőképtelenségben töltött napok száma. Kistérségi adatokon úgy találtuk, hogy a hatás valóban negatív, de csekély, és csak 10%-os szinten szignifikáns.

Végezetül azt is elemeztük, hogy a zöldmezős TIOP 2.1.2. járóbeteg-fejlesztések üzembe helyezése óta eltelt egy-két év során csökkent-e kórházi tartózkodás. (A járóbeteg-ellátásra érzékeny kórházi tartózkodást az ápolást indokló fődiagnózis alapján határoztuk meg a nemzetközi gyakorlatot követve.) Első eredményeink arra utalnak, hogy a járóbeteg-ellátásra érzékeny kórházi tartózkodás némiképp csökkenhetett, de ennek megerősítésére további követéses vizsgálatra lenne szükség.

Fenntarthatóság

4. táblázat: A gépkocsis elérési idő egy perccel való javulásának hatása a járóbeteg-esetszámra (százalékos hatások, zárójelben a robusztus standard hibák)

Belgyógyászat	0.95%***	(0.08%)
Sebészet	1.95%***	(0.11%)
Traumatológia	0.93%***	(0.13%)
Szülészeti-nőgyógyászat	1.08%***	(0.11%)
Gyermekgyógyászat	0.45%***	(0.10%)
Fül-orr-gégészet	1.61%***	(0.11%)
Szemészet	1.50%***	(0.09%)
Bőrgyógyászat	1.81%***	(0.12%)
Ideggyógyászat	1.44%***	(0.10%)
Ortopédia	1.57%***	(0.13%)
Urológia	1.24%***	(0.12%)
Reumatológia	3.11%***	(0.12%)
Elmegyógyászat	1.12%***	(0.11%)
Tüdőgyógyászat	-0.35%***	(0.05%)
Kardiológia	0.98%***	(0.09%)
Labor	-0.31%	(0.22%)
Röntgen	0.93%***	(0.05%)
Ultrahang	0.78%***	(0.07%)

Forrás: saját számítás egyéni szintű (GYEMSZI) adatok alapján, részletesen lásd (4)

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Megjegyzés: járóbeteg-esetszámok a nappali kórházi ellátásokat nem beleértve.

A kistérségi járóbeteg-szakellátók működésével kapcsolatban sokszor merült fel kérdésként az, hogy vajon mennyire lesznek fenntarthatóak az így kialakított kapacitások, illetve hogy nem rónak-e indokolatlanul nagy terhet a fenntartó önkormányzatok vállára. Miközben a pályázat elkészítése során „természetes” elvárás volt, hogy fenntartható gazdálkodást kínáló üzleti tervet kellett készíteni, a megvalósulás másként alakult. A pályázatokban bemutatott üzleti tervek nem teljesültek, és gyakorlatilag már a megvalósítás kezdetén elvesztették aktualitásukat. A pályázat benyújtása és a megvalósítás, majd a működés beindulása között hosszú idő telt el, ami alatt a működés feltételei megváltoztak: változott a járóbeteg-ellátás finanszírozása, a nappali kórházi ellátás finanszírozási módja, az áfa mértéke, a minimálbér összege stb. Mindez komoly hatással volt a pályázatokban bemutatott üzleti tervekhez, hiszen az intézmények tervezett bevételeit és kiadásait is érintette.

A beindulást követő időszakban jellemző volt, hogy a zöldmezős járóbeteg-központok jelentős fenntartói támogatásra szorultak. Az intézmények egy része a működés beindításához hitelt vett fel, hogy a fogyóeszközök megvásárlását és az egészségbiztosítótól érkező első finanszírozás megérkezésé-

ig eltelő időszak működését finanszírozni tudja (és van, ahol e hitel máig megtalálható a finanszírozási szerkezetben). Az intézmények hosszú távú fenntarthatóságát természetesen számos tényező befolyásolhatja, de érdemesnek tartottuk az eddigi tapasztalatokat is feldolgozni.

Ennek keretében a 2012. és 2013. év gazdálkodási adatait a nyilvánosan elérhető éves beszámolók adataira támaszkodva vizsgáltuk azoknak az intézményeknek az esetében, amelyek mindkét évben végig működtek. A gazdálkodási adatok közül a mérleg szerinti eredményt emeltük ki (osztalékfizetésre sehol sem került sor). A bevételekre vonatkozó adatok elemzésétől az egyes társaságok által alkalmazott számviteli elvek különbözősége miatt eltekintettünk. A mérleg szerinti eredménnyel kapcsolatban is meg kell jegyezni azt, hogy ez a gazdasági társaságok esetében tartalmazza az értékcsökkenési leírást is – igaz, ezzel szemben áll az EU-s támogatások arányos részének bevételeként való elszámolása minden üzleti évben. A pontosabb eredmények érdekében a kiegészítő mellékleteket is tanulmányoztuk, és megpróbáltuk megállapítani, hogy az egyes esetekben milyen további, az eredménykimutatásban bevételeként megjelenő támogatást adtak a fenntartó önkormányzatok. Sajnos erre utaló adatot csak az esetek mintegy felében találtunk. A bevételi források változásának vizsgálatához az OEP-től származó bevételekre támaszkodtunk, melyeket szintén a 2012. és 2013. évekre gyűjtöttünk le az OEP nyilvánosan elérhető adataiból. Az adatbázisban szereplő értékek finanszírozási évre vonatkoznak, azaz pénzforgalmi szemléletűek, ezért az OEP-finanszírozás éves értékei nem vethetőek közvetlenül össze az éves beszámolóiból származó adatokkal, de arra alkalmasak, hogy a kistérségi rendelők alapfunkciójának, a közfinanszírozott járóbeteg-szakellátásnak a volumenére vonatkozóan levonjunk következtetéseket.

Az érintett intézmények OEP-től származó bevételei 2012 és 2013 között mintegy 10%-kal növekedtek, ezen belül a járóbeteg-ellátási kasszából származó kifizetések növekedése viszont csak 3,7%-os volt (összehasonlító adatként azt is érdemes figyelembe venni, hogy országos szinten a kasszából teljesített kifizetések 2,5%-kal csökkentek, igaz, a célélírányzat soron megjelenő – és növekvő – összegek nehezítik az összehasonlítást). A járóbeteg-ellátási kasszából származó bevételek 2013-ban az összes OEP-től származó bevétel 81,8%-át tették ki a vizsgált kistérségi központokban, azaz az intézmények igyekeznek „több lábon állni”, és növelni a nem járóbeteg-szakellátásból származó bevételeik arányát. A mérleg szerinti eredmények rendkívül nagy változatosságot mutatnak: miközben arra is van példa, hogy egy intézmény önkormányzati támogatás nélkül ér el pozitív mérleg szerin-

5. táblázat: A teljes hatás nyers felbontása extenzív és intenzív oldali hatásra (százalékos hatások)

	TELJES HATÁS (%)			EXTENZÍV HATÁR (%)			INTENZÍV HATÁR (%)		
	Fejlesztett	Kontroll	Hatás	Fejlesztett	Kontroll	Hatás	Fejlesztett	Kontroll	Hatás
Belgyógyászat	7.4%	-6.3%	14.6%	5.7%	-5.1%	11.4%	1.6%	-1.2%	2.9%
Sebészet	40.1%	-1.7%	42.5%	24.2%	-1.7%	26.4%	12.7%	0.0%	12.8%
Szülészeti-nőgyógyászat	12.7%	0.7%	12.0%	7.6%	-5.2%	13.4%	4.8%	6.1%	-1.2%
Gyermek-gyógyászat	-9.3%	-0.1%	-9.2%	-15.4%	-2.2%	-13.4%	7.2%	2.2%	4.9%
Reumatológia	56.4%	-4.5%	63.7%	21.3%	-3.0%	25.0%	28.9%	-1.6%	31.0%

Forrás: saját számítás egyéni szintű (GYEMSZI) és szemiaaggregált (OEP) adatok alapján, részletesen lásd (4)

Megjegyzés: a fejlesztett és kontroll kistérségek mutatói változásainak összehasonlítása 2010 és 2012 között (a baktalórántházai fejlesztés kihagyásával). Extenzív határ: orvoshoz fordulás valószínűsége, intenzív határ: orvoshoz fordulás gyakorisága. A négy alapszakmára és a reumatológiára vonatkozó eredményeket közöljük (ugyanis a reumatológia esetszám-növekedése volt a legnagyobb).

6. táblázat: A kistérségi zöldmezős járóbeteg-szakellátók gazdálkodásának adatai (adatok ezer Ft-ban)

Kistérség	Összes OEP-finanszírozás 2012	Összes OEP-finanszírozás 2013	Ebből járóbeteg-kassza 2013	Mérleg szerinti eredmény 2012	Mérleg szerinti eredmény 2013	Önkormányzati támogatás 2013
Abaúj-Hegyközi	106 998	120 457	82,7%	-18 487	-45 798	?
Csurgói	83 988	106 550	82,2%	9 163	4 688	?
Derecske-Létavértesi	114 096	124 646	98,5%	-2 457	-1 642	0
Ercsi	98 589	105 944	96,1%	-754	-3 807	?
Gárdonyi	116 656	134 943	77,2%	6 005	-15 664	?
Ibrány-Nagyhalászi	149 796	156 903	60,4%	16 464	6 253	?
Jánoshalmi	122 407	105 961	93,3%	23	28	0
Kiskunmajsai	119 101	113 817	91,3%	222	12 663	8 986
Mezőcsáti	113 752	127 770	60,4%	-60 915	22 885	11 322
Pannonhalmi	95 970	117 342	89,7%	-25 563	-18 850	?
Polgári	114 202	131 884	86,9%	-7 158	-198	?
Rétságai	111 479	124 766	89,5%	7 703	1 600	0
Sarkadi	105 052	133 932	88,4%	-28 327	-20 879	?
Sellyei	97 826	101 902	73,9%	3 111	5 415	18 000
Szécsényi	125 751	127 141	90,4%	6 200	-1 522	?
Tabi	86 717	98 921	66,0%	11 754	5 727	67 945
Tokaji	135 219	149 680	71,6%	4 831	-11 164	14 401
Összesen	1 897 599	2 082 558	81,8%	-78 185	-60 265	120 654

Forrás: Az OEP kasszánkénti és szolgáltatónkénti finanszírozási adatai (14), illetve az Igazságügyi Minisztérium Elektronikus Beszámoló (e-beszamolo.kim.gov.hu) adatbázisa. Csak a 2012. és 2013. év egészében működő intézmények szerepelnek a fenti táblázatban és az összehasonlító elemzésben.

ti eredményt, jelentős, tízmilliós nagyságrendű veszteségek is előfordulnak. A legnagyobb veszteséggel működő gönci intézmény esetében a fenntartók úgy döntöttek, hogy átadják az intézményt az államnak. A mérleg szerinti eredmények összességében negatívak, de ha a gönci intézményt nem vesszük figyelembe, akkor a többiek összesített vesztesége az OEP-finanszírozás 1%-ánál is alacsonyabb – igaz, ezt több intézmény csak önkormányzati támogatással tudta elérni. Arra, hogy a fejlesztéseknek otthont adó önkormányzatokra plusz terhek hárulhatnak a jövőben, már a szakértői interjúk során is utaltak jelek. Az esetleges veszteségek finanszírozását a fenntartó önkormányzatoknak – a pályázaton való indulás feltételeként – vállalniuk kellett, ugyanakkor ennek a terhe leginkább a rendelőnek otthont adó településen fog lecsapódni. Az ismert (a kiegészítő beszámolóban dokumentált) összegű önkormányzati támogatások és a mérleg szerinti eredmények negatív összege már az éves OEP-bevétel 8,7%-át tette ki 2013-ban.

Több helyszínen az opcionális szolgáltatások fenntarthatóságához való hozzájárulása sem váltotta be a korábbi reményeket. Az érintett LHH-s kistérségekben számolni kell azzal is, hogy a tervezett opcionális szolgáltatások részben vagy egészben nem üzemeltethetők gazdaságosan a fizetőképes kereslet hiánya miatt. Több szakember hangsúlyozta az interjúk során, hogy ezen intézmények létrehozását elsősorban méltányossági, hozzáférési szempontok indokolták (lásd fenn). Ezek az intézmények nem feltétlenül méretgazdaságosak: a nagyobb városoktól távolabb, többször a „normálnál” rövidebb rendelési időre csak fajlagosan drágábban lehet orvost szerződtetni, így az (elvileg) országos átlagköltségre építő finanszírozási rendszerben óhatatlanul veszteség keletkezik. A fenntartási kötelezettség és a garancia megőrzése miatt az infrastruktúra „lelakása” sem opció, mint sok más intézmény esetében. Ehhez képest kifejezetten figyelemre méltó,

hogy vannak olyan intézmények, amelyek gazdálkodása így is kiegyensúlyozott.

Következtetések és egészségpolitikai ajánlások

Tanulmányunkban elsősorban azt vizsgáltuk, hogy az EU-s támogatásból finanszírozott zöldmezős kistérségi járóbeteg-szakellátási fejlesztések megfigyelhető hatásai mennyiben feleltek meg a velük szemben támasztott egészség- és fejlesztéspolitikai stratégiai céloknak. Úgy találtuk, hogy e fejlesztéseket, ami a területi célzást illeti, sikerült a rosszabb egészségügyi állapotú lakosság által lakott kistérségekben megvalósítani, a rendelők elérési idejét pedig sikerült kb. háromszázezer ember számára 20 perc alá csökkenteni. A betegutak viszonylag gyorsan 40-60%-ban az új rendelések felé terelődtek át. Azt is megfigyeltük, hogy annak hatására, hogy közelebb került a járóbeteg-szakellátás, szignifikánsan többen fordultak orvoshoz és gyakrabban mentek vissza a rendelőbe – a hatások nagysága és a két összetevőjének relatív súlya azonban szakmacsoportként különbözőnek bizonyult.

Bár a fejlesztések megvalósulása óta nem telt még el elég idő, hogy meg tudjuk mondani, mekkora egészségnyereséget hoztak, de néhány általunk feldolgozott rövid távú indikátorra gyakorolt hatásuk (pl. keresésképtelenségben eltöltött napok száma) ha nem is mindig szignifikáns, de biztató eredményeket hozott. Ahol a krónikus betegek ellátási folyamatában szakellátó is érintett (így a szemesztet a diabéteszes betegek esetében), ott javulást mértünk a fejlesztések hatásaként.

A fejlesztések gazdasági fenntarthatóságával kapcsolatban ugyanakkor vegyes a kép. A fenntartó önkormányzatok több helyen is kiegészítő forrásokat biztosítanak az intézményeiknek, de van olyan eset is, amikor a fenntartói jogot átadták az államnak. Az eredménykimutatások csak kicsi összesített veszteséget mutatnak, de ha ehhez hozzá-

számítjuk az önkormányzatok által biztosított ismert összegű támogatásokat is, akkor a helyzet már kevésbé kedvező. Ugyan az állami fenntartású intézményrendszerrel nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyek segítségével megfelelő összehasonlítást lehetne tenni, de az új járóbeteg-szakellátó intézményeknél megfigyelt, 10% körüli összesített hiány nem tűnik lényegesen rosszabbnak, mint ami az egészségügyi szolgáltatók pénzügyi helyzetét általában jellemzi – az egyes helyszínek közötti különbségek nagysága ugyanakkor jelentős. Ezt azt jelzi, hogy a fenn tarthatóságban nem a fejlesztési konstrukció egészének, hanem sokkal inkább a helyi kontextus tényezőinek van meghatározó szerepe.

Munkánk fő egészségpolitikai relevanciáját a következőkben látjuk. Először is, az ellátáshoz való földrajzi hozzáférés javításának hasznait kvázi-kísérleti situációban, egyéni szintű és szemiaggregált adminisztratív adatokból, statisztikai módszerekkel számszerűsíteni tudtuk. Becsléseink megalapozhatják a bizonyíték alapú (evidence-based) informált döntéshozatalt a szűkös fejlesztési források jövőbeli elköltésével kapcsolatban, és a jövőbeli fejlesztések hatásainak előzetes szimulációjában is hasznosak lehetnek. Általában is úgy véljük, az OEP és a GYEMSZI adminisztratív adatbázisainak statisztikai elemzésében óriási további lehetőségek rejlenek, melyek segítségével lényegesen lehetne javítani a hazai egészségpolitikai döntéshozatalt.

Másodsorban, a bemutatott számok abba az irányba mutatnak, hogy ha a hazai egészségügy szolgáltatás- és kiadás-struktúrájának társadalmi egyenlőtlenségét csökkenteni akarjuk, akkor (az itt nem vizsgált alapellátáson kívül) a járóbeteg-szakellátás jól célzott fejlesztése inkább jelenthet kitörési pontot, mint például a fekvőbeteg-ellátásé. Túlmutat elemzésünkön, de természetesen figyelembe kell venni a jövőbeli fejlesztések során, hogy mit lehet elérni jobb térségi egészségszervezéssel (azaz a betegek megfelelő helyre irányításával), és milyen esetekben van szükség helyi kapacitások létrehozására.

Harmadrészt, a szakmacsoportok szerinti vizsgálódás a járóbeteg-szakellátás és az alapellátás közötti intézményi munkamegosztás néhány neuralgikus pontjára is felhívta a figyelmet. Ilyen pont például a gyermek-szakellátás, ahol a gyermek háziorvosi praxisok jelenléte miatt jellemzően nem sikerült beindítani a működést a kistérségi rendelőkben, mivel nem volt igény az ellátásra.

Negyedszer, vizsgálódásunk jelezte, hogy a fejlesztett ellátás finanszírozása néhány önkormányzat számára strukturális okokból komoly problémát jelenthet a jövőben. Az intézményfinanszírozás kapcsán az utóbbi években jellemzően a (lejárt) adósságállomány kapott kiemelt figyelmet, pedig a beszámolók és pénzügyi kimutatások tanulmányozása kapcsán azt is megállapíthattuk, hogy a jelenleg használt számviteli elvekben is lenne egységesíteni való, ami a szektor pénzügyi monitoringját elősegítené.

Végül szeretnénk hangsúlyozni a diakrón dimenzió fontosságát: a legjelentősebb kérdésre, hogy mekkora egészségnyereséget sikerült a fejlesztésekkel elérni, csak további követéses vizsgálatokkal tudunk majd meggyőző választ találni.

Köszönetet mondunk az értékelési jelentés elkészítésében részt vevő kollégáinknak, Csíte Andrásnak, Forrai Erzsébetnek, Kaposvári Csillának, Nagy Zita Évának, Prókai Orsolyának, Sörös Anettnek, Timár Andrásnak, Tóth Ágnesnek és

Varga Mártonnak. A szerzők megköszönik továbbá az adatok előállításában nyújtott segítséget Gimesi-Ország Juditnak, Kasik Dávidnak, Kőrösi Lászlónak, Krivácsy Zsoltnak (OEP), dr. Hortobágyi Józsefnek, Parisek Zsoltnak, dr. Surján Györgynek és Ruzsa Zoltánnak (GYEMSZI), dr. Ágoston Katalinnak (ÁNTSZ OTH) és az MTA KRTK KTI Adatbankjának, valamint a módszertani segítséget Cseres-Gergely Zsombornak, Kézdi Gábornak és Mihalicza Péternek. Külön köszönettel tartozunk Vitrai Józsefnek és Bakacs Mártának a kistérségi szintű elkerülhető halálozási mutatók előállításáért.

Hivatkozások

1. Hétfa Kutatóintézet – Budapest Intézet – Revita Alapítvány (2013): *Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelése. Értékelési jelentés. Készült a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából.* Letölthető: http://palyazat.gov.hu/egeszsegugyi_fejlesztések_ertekelese
2. TIOP (2007): *Társadalmi infrastruktúra operatív program, 2007-2013. A Magyar Köztársaság Kormánya.* Letölthető: <http://palyazat.gov.hu/doc/358>
3. Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet (2013): *Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések kvantitatív értékelése. Értékelési jelentés. Készült a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából.* Letölthető: http://palyazat.gov.hu/egeszsegugyi_fejlesztések_ertekelese
4. Elek, P. – Váradi, B. – Varga, M. (2015): *Effects of geographical accessibility on the use of outpatient care services: quasi-experimental evidence from panel count data.* *Health Economics*, megjelenés alatt. Korábbi verzió: Elek, P. – Váradi, B. – Varga, M. (2013): *Effects of geographical accessibility on the use of outpatient care services: quasi-experimental evidence from administrative panel data.* *University of York HEDG Working Paper 14/17.* Letölthető: http://www.york.ac.uk/media/economics/14_17.pdf
5. Nolte, E. – McKee, C. M. (2003): *Measuring the health of nations: how much is attributable to health care? An analysis of mortality amenable to medical care.* *BMJ* 2003; 327:1129–32.
6. Vitrai, J. – Bakacs, M. (2012): *Az egészségügyi ellátás révén elkerülhető halálozás vizsgálata 174 kistérség szerint, 2005–2007.* Készült a Budapest Intézet megbízásából. Letölthető: http://palyazat.gov.hu/egeszsegugyi_fejlesztések_ertekelese
7. Wooldridge, J. M. (2010): *Econometrics of cross section and panel data.* The MIT Press.
8. Khandker, S. R. – Koolwal, G. B. – Samad, H. A. (2010): *Handbook on impact evaluation, quantitative methods and practices.* World Bank.
9. Jones, A. M. – Rice, N. (2011): *Econometric evaluation of health policies.* *Oxford Handbook of Health Economics*, Glied, S. and Smith, P.C. (eds.), Oxford, Oxford University Press, 890-923, 2011.
10. Elek P. (2011): *Egészségpolitikai intézkedések hatása egészségügyi indikátorokra Magyarországon. Módszertani útmutató egyéni szintű adatokon alapuló becslések készítéséhez.* Budapest Intézet.

- Letölthető: http://www.budapestinstitute.eu/uploads/eu_hatasvizsgalatok_modszertana_2011.pdf
11. Vitrai J. – Bakacs M. – Kaposvári Cs. – Németh R. (2010): Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. Kutatási jelentés, *Egészségmonitor*, Budapest.
 12. Pathman, D. E. – Ricketts, T. C. – Konrad, T. R. (2006): How adults' access to outpatient physician services relates to the local supply of primary care physicians in the rural Southeast. *Health Services Research* 41, 79–102.
 13. Avdic, D. (2014): A matter of life and death? Hospital distance and quality of care: evidence from emergency room closures and myocardial infarctions. University of York HEDG Working Paper 14/18.
 14. Gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási adatai. Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Letölthető: http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megelezo_ellatas/adatbazisok/statisztikai_adatok

A szerzőkről:

1. Elek Péter, Ph.D.: matematikus és közgazdász, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Tanszékének adjunktusa. A cikk alapjául szolgáló kvantitatív értékelés vezető szakértője. Munkáját részben az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíja támogatta.
2. Kiss Norbert: közgazdász, a Budapesti Corvinus Egyetem Teljesítménymenedzsment Kutatóközpontjának kutatója, a Hétfa Kutatóintézet külső munkatársa. A cikk alapjául szolgáló, az egészségügyi fejlesztési források felhasználására vonatkozó értékelés vezető értékelője.
3. Váradi Balázs, Ph.D.: közgazdász, közpolitikai elemző, a Budapest Szakpolitikai Elemző Intézet vezető kutatója és az Eötvös Loránd Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Tanszékének tudományos munkatársa. A cikk alapjául szolgáló kvantitatív értékelés projektvezetője.