

AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI VONATKOZÁSAI: KÓRHÁZI ÁGYKAPACITÁSOK VÁLTOZÁSA

Boncz Imre^{1,4}, Donkáné Verebes Éva², Oberfrank Ferenc^{2,3}, Kásler Miklós⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészség-gazdaságtani, Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Pécs; ²Integra Consulting Zrt., ³MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet,

⁴Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Dolgozatunk célja a 2007. április 1-i kórházi ágyszám-reform hatásának vizsgálata, különös tekintettel az onkológiai ágyakat érintő változásokra. Elemzésünkhöz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által leszerződött illetve finanszírozott ágyak számát vettük alapul. Az onkológiai ágyak alatt az OEP kódolási rendszer szerinti 12-es szakmakód (Onkológia), a 24-es szakmakód (Sugárterápia, onkoradiológia) és a 28-as szakmakód (Hematológia) szerinti aktív kórházi ágyakat értettük. Vizsgáltuk ezen ágyak számának változását a reform (2007. április 1.) előtt és után. Míg országos átlagban mintegy 25,7%-kal csökkent az összes aktív kórházi ágyszám, addig az onkológiai ellátásban ettől eltérő mértékeket és tendéket látunk. Az onkológiai ellátás (12-es szakmakód) ágyszámai 11,4%-kal, míg a hematológiai ellátás (24-es szakmakód) ágyszámai 11,1%-kal csökkentek, vagyis kisebb mértékben, mint az országos átlagos aktív kórházi ágyszám csökkenés. A sugárterápiás kapacitások (24-es szakmakód) pedig nem csökkentek, sőt 16,3%-kal nőttek is. A területi egyenlőtlenségek mérséklését nem látjuk. Összességében elmondhatjuk, hogy az egészségügyi ágyszámreform során az onkológiai és hematológiai ágyak száma kisebb mértékben csökkent, mint az országos aktív ágyak száma, míg a sugárterápiás, onkoradiológiai ágyak száma emelkedett is. Magyar Onkológia 54:29–33, 2010

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, kórházi ágykapacitás, egészségpolitika, onkológia

The aim of our study was to analyze the effect of hospital bed reforms on April 1, 2007 in Hungary, with special respect to the changes of acute care cancer beds. Data were derived from the database of the National Health Insurance Fund Administration (OEP). We identified cancer care hospital capacities (beds) with the following financial codes: code nr. 12 (oncology), code nr. 24 (radiotherapy) and code nr. 28 (hematology). We analyzed the changes of these beds before and after the reform. The total number of acute care hospital beds decreased by 25.7%, while in the field of cancer care beds we found different trends. The number of hospital beds for oncology care and hematology care decreased by 11.4% and 11.1%, respectively. The number of hospital beds for radiotherapy departments even increased by 16.3%. We did not find any changes in regional inequalities. We can conclude that during the hospital bed reform in 2007, the number of oncology and hematology care beds decreased less than the total number of acute care hospital beds, and the number of beds for radiotherapy even increased, without significantly affecting the regional inequalities. Boncz I, Donka-Verebes É, Oberfrank F, Kásler M. Health-economics of oncology care: changes in hospital bed capacity. Hungarian Oncology 54:29–33, 2010

Keywords: health insurance, hospital bed capacity, health policy, oncology

Közlésre érkezett:
2010. január 15.

Elfogadva:
2010. január 29.

Levelezési cím:
Dr. Boncz Imre
Pécsi Tudományegyetem,
Egészségtudományi Kar,
Egészség-gazdaságtani,
Egészségpolitikai
és Egészségügyi
Menedzsment Tanszék,
7621 Pécs,
Vörösmarty u. 4.
Telefon: (06-72) 513-670
Fax: (06-72) 513-671
E-mail:
imre.boncz@etk.pte.hu

BEVEZETÉS

Az onkológiai ellátás gazdasági-finanszírozási kérdései egyre nagyobb hangsúllyal szerepelnek a hazai és nemzetközi szakirodalomban (5, 7, 9, 10, 12–15, 19–21, 23). Az egészségügyi reformok egyik kulcskérdése a kapacitások szabályozása, ezen belül is szakmai jelentőségük és költségigényességük miatt a kórházi ágyszámok meghatározása (25–27).

A magyar kórházi rendszert alapjaiban változtatta meg a 2006 végén elfogadott és 2007. április 1-én hatály-

ba lépett „kapacitástörvény”, mely a viszonylag elegáns „törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről” címet viselte (16, 17). A gyakorlatban azonban a törvény szándéka, formális tartalma, informális üzenete egyáltalán nem tartalmazott sem fejlesztéssel foglalkozó érdemi részeket, sem az egészségügyi ellátórendszerrel foglalkozó részeket. Csupán és kizárólag az ellátórendszer egyetlen szegmensére, a kórházakra, és ott is a kórházi ágyszámokra, „ágylábakra” fókuszált. Az ágyszámok kérdése az Onkológiai Szakmai Kollégium napirendjén is szerepelt (18).

Dolgozatunk célja a 2007. április 1-i kórházi ágyszám-reform hatásának vizsgálata, különös tekintettel az onkológiai ágyakat érintő változásokra.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Elemzésünkhöz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által leszerződött illetve finanszírozott ágyak számát vettük alapul, melyeket a hivatkozott 2006. évi CXXXII. törvény, illetve ennek végrehajtási utasításai hirdettek ki. Az onkológiai ágyak alatt az OEP kódolási rendszer szerinti 12-es szakmakód (Onkológia), a 24-es szakmakód (Sugárterápia, onkoradiológia) és a 28-as szakmakód (Hematológia) szerinti aktív kórházi ágyakat értettük.

1. táblázat. Aktív ágykapacitások változása 2007. április 1-én országos szinten

Szakmakód	Időszak		Változás	
	2007.03.31	2007.04.01	db	%
12. Onkológia	1505	1334	-171	-11,4%
24. Sugárterápia	459	534	75	16,3%
28. Hematológia	666	592	-74	-11,1%
Orsz. aktív ágy összesen	59 748	44 396	-15 352	-25,7%

Első lépésben megvizsgáltuk, hogyan változott országos szinten az onkológiai ágyak száma (darab) illetve aránya (%) az összes ágyszám változásához

képest (1. táblázat). Ezt követően megvizsgáltuk az ágyszámváltozást megyei bontásban (2. táblázat).

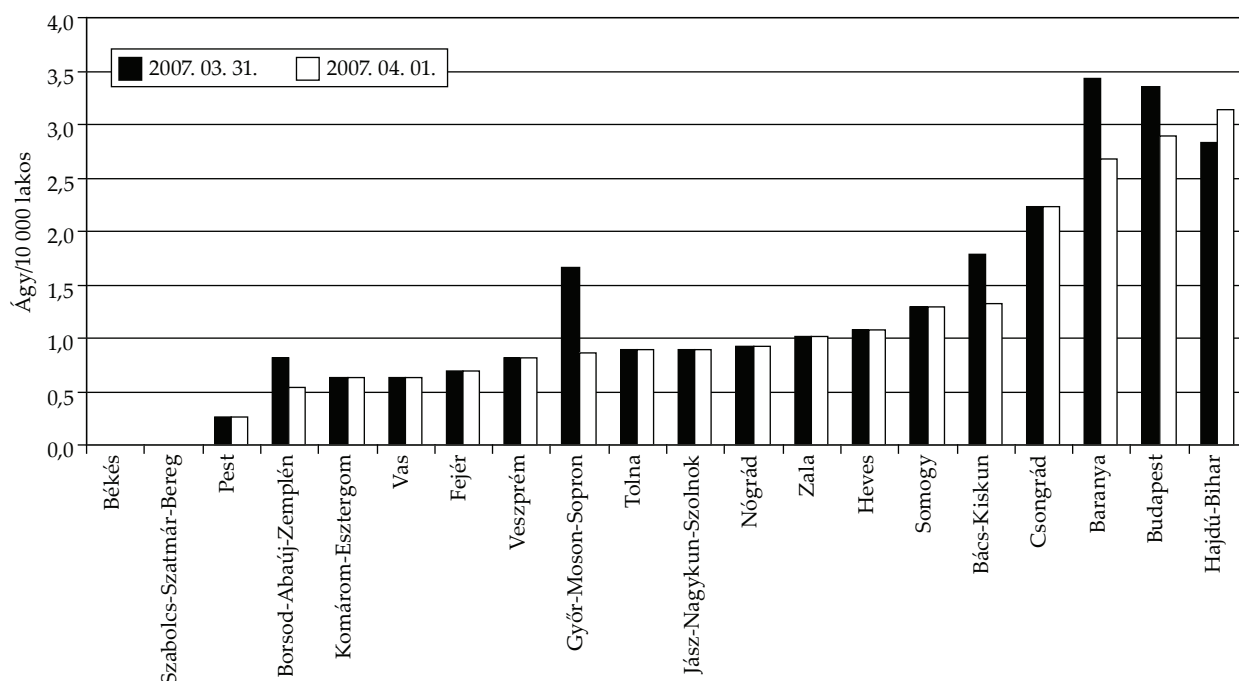
A megyék közti lakosságszám-eltérések kiküszöbölésére a 10 000 lakosra jutó ágyszámot vizsgáltuk a hivatkozott szakmakódok (12, 24, 28) szerint megyei bontásban (1–3. ábra).

EREDMÉNYEK

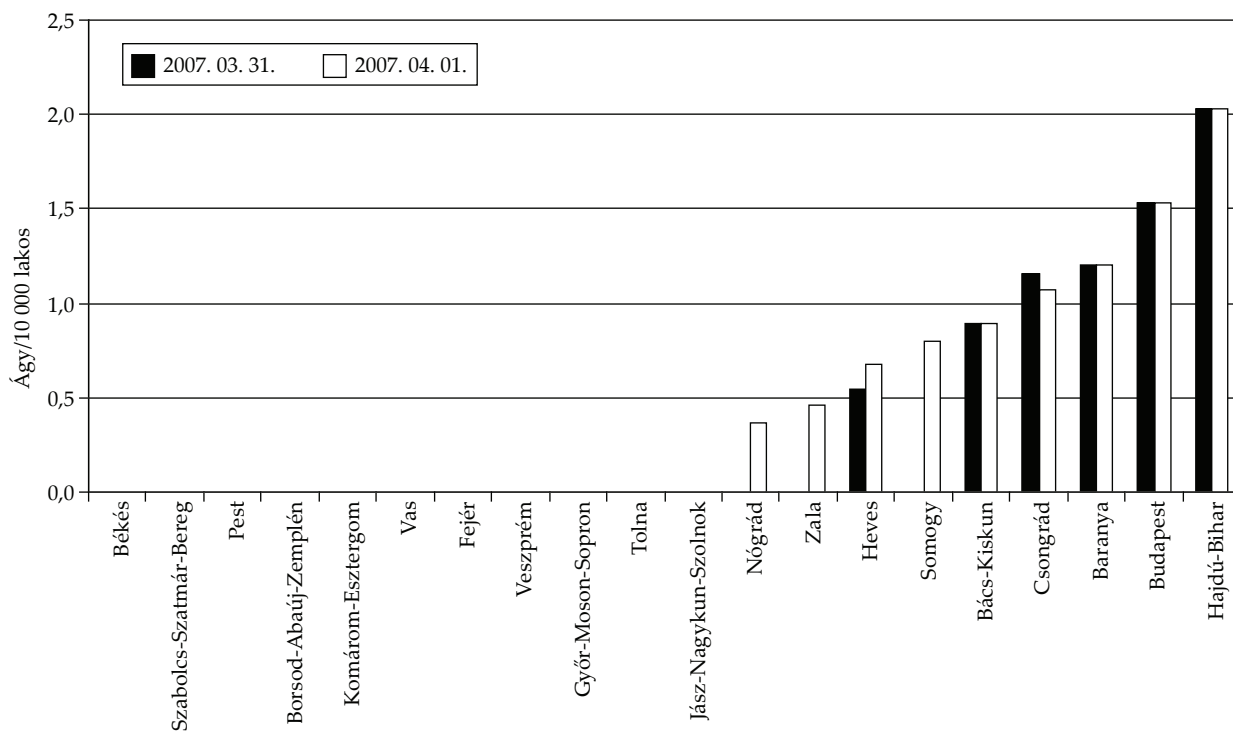
Míg országos átlagban mintegy 25,7%-kal csökkent az összes aktív kórházi ágyszám (1. táblázat), addig az onkológiai ellátásban ettől eltérő mértékeket és tendéket látunk. Az onkológiai ellátás (12-es szakmakód) ágyszámai 11,4%-kal, míg a hematológiai ellátás (24-es szakmakód) ágyszámai 11,1%-kal csökkentek, vagyis kisebb mértékben, mint az országos átlagos aktív kórházi ágyszám csökkenés. A sugárterápiás kapacitások (24-es szakmakód) pedig nem csökkentek, sőt 16,3%-kal nőttek is. Kétségtelenül ezen sokat vitatott és kevés szakmai alapot tartalmazó jogszabály egyik szerencsés elemét látjuk az onkológiai-sugárterápiás-hematológiai szakterületek esetében.

Megyei bontásban vizsgálva az ágyszámokat (2. táblázat) azt látjuk, hogy a 12-es szakmakódon (onkológia) jelentős ágyszámcsökkentés történt Győr-Moson-Sopron (47,9%), Borsod-Abaúj-Zemplén (33,3%), Bács-Kiskun (25,8%), Baranya (21,7%) megyékben és Budapesten (13,6%). Ezzel szemben Hajdú-Bihar megyében ágyszámemelés (10,9%) történt. A többi megyében az onkológiai ágyak száma nem változott.

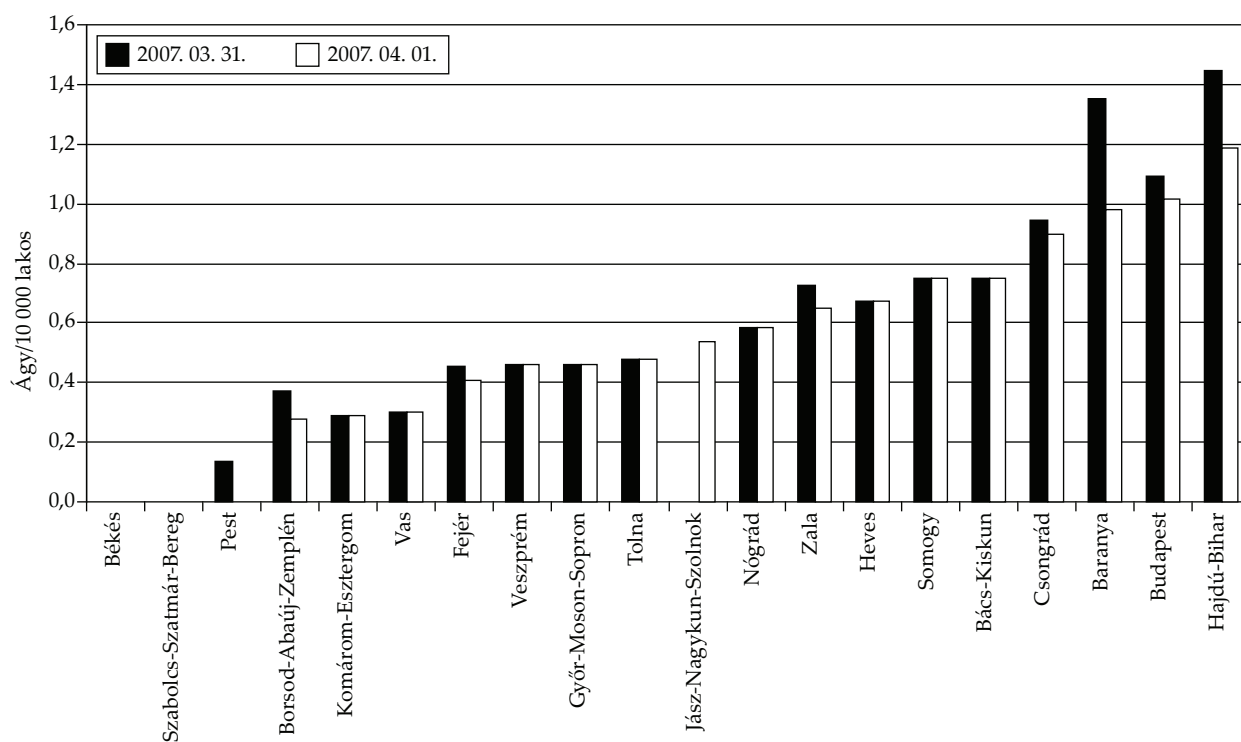
Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a 12-es szakmakódon nyilvántartott onkológiai szakterület 10 000 lakosra jutó ágyszámértékeit mutatja az 1. ábra. Ország-



1. ábra. Aktív fekvőbeteg-szakellátás: 10 000 lakosra jutó onkológiai ágyszám megyei bontásban 2007. április 1. előtt és után



2. ábra. Aktív fekvőbeteg-szakellátás: 10 000 lakosra jutó sugárterápiás ágyszám megyei bontásban 2007. április 1. előtt és után



3. ábra. Aktív fekvőbeteg-szakellátás: 10 000 lakosra jutó hematológiai ágyszám megyei bontásban 2007. április 1. előtt és után

gos átlagban 1,49 ágy/10 000 lakos átlagos kapacitás értéket láttunk 2007. április 1. előtt, ami 1,32 ágy/10 000 lakos értékre csökkent a reform hatására. A reformot követően az országos átlagnál négy megyében látunk jóval magasabb értéket: Budapesten (2,89 ágy/10 000 lakos), Baranya (2,68 ágy/10 000 lakos), Csongrád (2,23

ágy/10 000 lakos) és Hajdú-Bihar (3,14 ágy/10 000 lakos) megyékben. Két megyében (Békés és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék) sem a reform előtt, sem a reform után nem látunk onkológiai ágykapacitásokat. A legalacsonyabb kapacitás értékekkel Pest (0,27 ágy/10 000 lakos), Borsod-Abaúj-Zemplén (0,54 ágy/10 000 lakos) és Ko-

2. táblázat. Aktív ágykapacitások változása 2007. április 1-én megyei bontásban

Megye	12. Onkológia				24. Sugárterápia				28. Hematológia			
	Ágyszám		Változás		Ágyszám		Változás		Ágyszám		Változás	
	2007.03.31	2007.04.01	Darab	%	2007.03.31	2007.04.01	Darab	%	2007.03.31	2007.04.01	Darab	%
01 Baranya	138	108	-30	-21,7%	0	0	0	0,0%	38	36	-2	-5,3%
02 Bács-K	97	72	-25	-25,8%	0	25	25	0,0%	20	15	-5	-25,0%
03 Békés	0	0	0	0,0%	60	60	0	0,0%	0	0	0	0,0%
04 Borsod-A-Z	60	40	-20	-33,3%	40	50	10	25,0%	34	34	0	0,0%
05 Csongrád	95	95	0	0,0%	38	38	0	0,0%	25	25	0	0,0%
06 Fejér	30	30	0	0,0%	0	0	0	0,0%	58	42	-16	-27,6%
07 Győr-M-S	73	38	-35	-47,9%	0	35	35	0,0%	20	18	-2	-10,0%
08 Hajdú-B	156	173	17	10,9%	0	20	20	0,0%	60	56	-4	-6,7%
09 Heves	35	35	0	0,0%	0	0	0	0,0%	15	15	0	0,0%
10 Komárom-E	20	20	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	17	17	0,0%
11 Nógrád	20	20	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
12 Pest	30	30	0	0,0%	0	0	0	0,0%	15	0	-15	-100,0%
13 Somogy	43	43	0	0,0%	0	0	0	0,0%	25	25	0	0,0%
14 Szabolcs-Sz-B	0	0	0	0,0%	70	70	0	0,0%	28	28	0	0,0%
15 J-N-Szolnok	37	37	0	0,0%	0	0	0	0,0%	12	12	0	0,0%
16 Tolna	22	22	0	0,0%	0	0	0	0,0%	18	16	-2	-11,1%
17 Vas	17	17	0	0,0%	54	54	0	0,0%	20	20	0	0,0%
18 Veszprém	30	30	0	0,0%	0	0	0	0,0%	11	11	0	0,0%
19 Zala	30	30	0	0,0%	0	0	0	0,0%	20	20	0	0,0%
20 Budapest	572	494	-78	-13,6%	197	182	-15	-7,6%	247	202	-45	-18,2%
Összesen:	1505	1334	-171	-11,4%	459	534	75	16,3%	666	592	-74	-11,1%

máram-Esztergom (0,63 ágy/10 000 lakos) megyékben találkoznak.

Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a 24-es szakmákodon nyilvántartott sugárterápiás szakterület 10 000 lakosra jutó ágyszám értékeit mutatja a 2. ábra. Országos átlagban 0,45 ágy/10 000 lakos átlagos kapacitás értéket láttunk 2007. április 1. előtt, ami 0,53 ágy/10 000 lakos értékre nőtt a reform hatására. A reformot követően az országos átlagnál négy megyében látunk jóval magasabb értéket: Budapesten (1,07 ágy/10 000 lakos), Békés (1,20 ágy/10 000 lakos), Vas (2,03 ágy/10 000 lakos) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (1,20 ágy/10 000 lakos) megyékben. Sok megyében (Baranya, Fejér, Heves, Komárom-Esztergom, Pest, Nógrád, Somogy, Jász-Nagykun-Szolnok, Tolna, Veszprém, Zala megyék) sem a reform előtt, sem a reform után nem látunk sugárterápiás ágykapacitásokat, míg Hajdú-Bihar, Bács-Kiskun és Győr-Moson-Sopron megyékben a reform során létesítettek sugárterápiás kapacitásokat.

Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a 28-as szakmákodon nyilvántartott hematológiai szakterület 10 000 lakosra jutó ágyszám értékeit mutatja a 3. ábra. Országos átlagban 0,66 ágy/10 000 lakos átlagos kapacitás értéket láttunk 2007. április 1. előtt, ami 0,59 ágy/10 000 lakos

értékre csökkent a reform hatására. A reformot követően az országos átlagnál négy megyében látunk jóval magasabb értéket: Budapesten (1,18 ágy/10 000 lakos), Baranya (0,89 ágy/10 000 lakos), Fejér (0,98 ágy/10 000 lakos) és Hajdú-Bihar (1,02 ágy/10 000 lakos) megyékben. Békés és Nógrád megyékben sem a reform előtt, sem a reform után nem látunk hematológiai ágykapacitásokat, Komárom-Esztergom megyében a reform során létesítettek ilyen, míg Pest megyében a reform során szűnt meg.

MEGBESZÉLÉS

Elemzésünkben a 2007. április 1-i egészségügyi kapacitás-reform kapcsán elemeztük a kórházi ágyak számának változását, különös tekintettel az onkológiai ágyak számának változására. Az onkológiai kapacitások kérdése nemzetközi viszonylatban is komoly egészségpolitikai és orvos-szakmai kihívást jelent (4, 11, 16, 21, 24).

Átlagban az onkológiai ágyak számának csökkenése nem érte el az aktív ágyszám-csökkenés országos átlagát, azonban a megoszlással továbbra is problémák vannak. Az igen markáns intézkedések hatására sem

sikerült az Országos Egészségbiztosítási Pénztár állományában onkológiai ágyakat (12-es szakmakód) elismertetni Békés és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben. Vélhetően mindkét megyében a 24-es szakmakóddal (Sugárterápia, onkoradiológia) jelzett – az országos átlagban igen magas – ágy számon kerül adminisztrálásra ezen ellátási forma is.

A sugárterápiás, onkoradiológiai kapacitások (2. ábra) kapcsán meg kell jegyeznünk, hogy az OEP-szerződött kapacitások és a valós helyzet sok esetben nincs közönviszonyban sem egymással. Például Baranya megyében (Pécsi Tudományegyetem) tradicionális sugárterápiás központ működik, azonban ez sem a reform előtt, sem utána nem jelenik meg a kapacitásokban. Itt sem érthető, hogy miért nem történt meg a tényleges kapacitások és az OEP által adminisztrált kapacitásállomány szinkronizálása. Más országokhoz hasonlóan itt is jelentős lökést adhatott volna a sugárterápiás szakterület fejlődésének (3, 17, 22, 28). Üdvözlendő viszont, hogy Hajdú-Bihar, Bács-Kiskun és Győr-Moson-Sopron megyékben a reform során létesítettek, egész pontosan az OEP-szerződéses állományban elismerték sugárterápiás kapacitásokat.

A hematológiai szakterület vonatkozásában pedig hangsúlyozandó, hogy Komárom-Esztergom megyében a reform során létesítettek, míg Pest megyében a reform során szüntettek meg ilyen jellegű kapacitásokat.

Összességében elmondhatjuk, hogy az egészségügyi ágyszámreform során az onkológiai és hematológiai ágyak száma kisebb mértékben csökkent, mint az országos aktív ágyaké, míg a sugárterápiás, onkoradiológiai ágyak száma emelkedett is. Bár találunk példát a tényleges helyzet és az OEP-szerződéses állomány (a valóságban és a papíron létező ágyak) összehangolására, alapvetően ezt a problémát nem sikerült megoldani.

További elemzés tárgya lehet, hogy ezen kapacitásokon az ún. teljesítményvolumen-korlát (TVK) milyen finanszírozási változásokat eredményezett (6), illetve ezek hatása a várólistákra (8).

IRODALOMJEGYZÉK

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. Magyar Közlöny, 2006/160. (XII. 22.)
- 361/2006. (XII. 28.) Kormányrendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról. Magyar Közlöny, 2006
- Bernier J, Hall EJ, Giaccia A. Radiation oncology: a century of achievements. Nat Rev Cancer 49:737–747, 2004
- Bilimoria KY, Bentrem DJ, Stewart AK, et al. Comparison of commission on cancer-approved and -nonapproved hospitals in the United States: implications for studies that use the National Cancer Data Base. J Clin Oncol 27:4177–4181, 2009
- Boncz I, Sebestyen A, Pinter I, et al. Age-group specific gap between treatment cost of and mortality due to breast and colorectal cancer. J Clin Oncol 25:28:4501–4502, 2007
- Boncz I. A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira, különös tekintettel

- az egyetemi klinikák helyzetére. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 6:21–26, 2007
- Boncz I. Prevention of cervical cancer in low-resource settings. JAMA 295:1248, 2006
- Elkhuizen SG, Burger MP, Jonkers RE, et al. Using business process redesign to reduce wait times at a university hospital in the Netherlands. Jt Comm J Qual Patient Saf 33:332–341, 2007
- Furlow B. US cancer centres hit hard by deteriorating economy. Lancet Oncol 10:448–449, 2009
- García-Ubaque JC, Quintero-Matallana CS. Geographical and economic barriers to access to oncology services offered by the National Cancer Institute in Bogota, Colombia. Rev Salud Publica (Bogota) 104:583–592, 2008
- Goldsmith B, Dietrich J, Du Q, Morrison RS. Variability in access to hospital palliative care in the United States. J Palliat Med 11:1094–1102, 2008
- Gulácsi L. Az emlőrákszűrés lehetséges haszna és költsége hazánkban; hatékonyság és eredményesség. Egészségügyi Gazdasági Szemle 373:279–299, 1999
- Gulácsi L. Hungarian health care in transition: studies on the improvement of the effectiveness of health care in Hungary by implementing quality assurance. Amsterdam: University of Amsterdam; 2001.
- Gulácsi L. The time for cost-effectiveness in the new European Union member states: the development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience. Eur J Health Econ 8:83–88, 2007
- Gulácsi L, Kovács A. Költséghatékonyság: PSA szűrés. Egészségügyi Gazdasági Szemle 35:381–387, 1996
- Herold R, Reiche R, Creutzig U, Henze G. Assessment of staffing and infrastructures of paediatric oncology and haematology centres in Germany. Klin Padiatr 219:380–390, 2007
- Holsti LR. How radiation oncology emerged as a discipline in Finland. Int J Radiat Oncol Biol Phys 35:793–798, 1996
- Kásler M, Szűcs M, Moskovits K. Emlékeztető a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium 2007. január 12-i üléséről. Magyar Onkológia 51:71–79, 2007
- Kenyon G. Cash shortages threaten cancer services in Australia. Lancet Oncol 10:544, 2009
- Langabeer JR 2nd, Ozcan YA. The economics of cancer care: longitudinal changes in provider efficiency. Health Care Manag Sci 12:192–200, 2009
- Meropol NJ, Schrag D, Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology guidance statement: the cost of cancer care. J Clin Oncol 27:3868–3874, 2009
- Morgan GW. A synopsis of radiation oncology in Australia, with particular reference to New South Wales. Aust N Z J Surg 68:225–235, 1998
- Murthy NS, Chaudhry K, Rath GK. Burden of cancer and projections for 2016, Indian scenario: gaps in the availability of radiotherapy treatment facilities. Asian Pac J Cancer Prev 9:671–677, 2008
- van Lent WA, Goedbloed N, van Harten WH. Improving the efficiency of a chemotherapy day unit: applying a business approach to oncology. Eur J Cancer 45:800–806, 2009
- Vas G, Imhof G, Ágoston I, et al. A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. Egészségügyi Gazdasági Szemle 47:5–11, 2009
- Vas G, Kóti Cs, Imhof G, et al. A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990–2008 között. Nóvák 22:31–37, 2009
- Vas G, Kóti Cs, Imhof G, et al. Kórházi ágyszámok összehasonlítása nemzetközi viszonylatban. Egészségügyi Gazdasági Szemle 46:39–43, 2009
- Williams MV, Drinkwater KJ. Geographical variation in radiotherapy services across the UK in 2007 and the effect of deprivation. Clin Oncol (R Coll Radiol) 21:431–340, 2009