

Az otthoni szakápolás igénybevételének területi egyenlőtlenségei a dél-dunántúli térségben

Boncz Imre, Sándor János, Oláh András, Betlehem József, Sebestyén Andor, Kisbenedekné Gulyás Kinga, Dózsa Csaba

BEVEZETÉS – A tanulmány célja az otthoni szakápolásban a hozzáférés és az igénybevétel területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata a Dél-Dunántúlon.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK – A vizsgálat első részében az otthoni szakápolás virtuális hozzáférési mutatóit vetettük össze a tényleges igénybevétel mutatóival országos szinten és megyei bontásokkal. Az elemzés második részében az otthoni szakápolás tényleges igénybevételi mutatóit elemeztük a dél-dunántúli térség három megyéjében (Baranya, Somogy, Tolna). Az elemzéshez az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási és teljesítményadatait használtuk fel, általában az 1998–2002 közötti időszakra.

EREDMÉNYEK – Országosan az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési mutatója már az 1998. év végére 83,8%-os volt, a 2002. év végére pedig 95,1%-ot ért el. A funkcionális lefedettség mint az igénybevétel mutatója országos viszonylatban 74,8% és 84,1% közötti ingadozást mutatott ugyanezen időszak alatt. A dél-dunántúli térség megyéin belül a kistérségek, illetve irányítószám szerinti körzetek tekintetében jelentős igénybevételi egyenlőtlenségeket találtunk (esetszám, vizitszám), amit térinformatikai módszerekkel ábrázoltunk.

KÖVETKEZTETÉS – Jelentős különbség tapasztalható az otthoni szakápolás hozzáférési és a tényleges igénybevételi mutatói között, valamint az egyes területek ellátottsági adatai között.

LOCAL INEQUALITIES IN THE UTILIZATION OF SPECIAL HOME NURSING IN THE SOUTH-TRANSDANUBIAN REGION

INTRODUCTION – The aim of this study is to analyse the local inequalities in the access and utilization of special home nursing within Hungary focusing on the South-Transdanubian Region.

DATA AND METHODS – In the first part of the study we compared the indicators of the access and utilizations of special home nursing at national and county level. In the second part of the analyses we made a detailed analyses of utilization data of home nursing in the three counties (Baranya, Somogy, Tolna) of the South-Transdanubian Region of Hungary. Data is derived from the financial database of the National Health Insurance Fund of Hungary for the period 1998-2002.

RESULTS – The access of population to the special home nursing increased from 83,8% (1998) to 95,1% (2002). The utilization rate increased from 74,8% (1998) to 84,1% (2002). Within the South-Transdanubian Region we found significant local inequalities in the utilization of services (number of cases, number of visits), which were represented by the tools of geographical information system.

CONCLUSIONS – There have been significant differences in the access and utilization of home nursing with remarkable within country inequalities.

otthoni szakápolás, finanszírozás, egészségbiztosítás, Magyarország, Dél-Dunántúl

home nursing, financing, health insurance, Hungary, South-Transdanubia

dr. Boncz Imre (levelező szerző/correspondent): Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály/National Health Insurance Fund, Department of Health Policy and Coordination, H-1139 Budapest, Váci út 73/A. E-mail: boncz.i@oep.hu
Sándor János: Pécsi Tudományegyetem Közegészségtani Intézet/University of Pécs, Institute of Public Health; Pécs
Oláh András, Betlehem József: Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Klinikai és Ápolástudományi Intézet/University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Institute of Nursing and Clinical Practice; Pécs
Sebestyén Andor, Kisbenedekné Gulyás Kinga, Dózsa Csaba: Országos Egészségbiztosítási Pénztár/National Health Insurance Fund; Budapest

Érkezett: 2003. december 4. Elfogadva: 2004. január 13.

Magyarországon az ápolást-gondozást igénylők saját otthonukban történő alapellátását biztosító intézményrendszer (a körzeti ápolás, a szociális gondozás vagy home care) bővítésének eredményeként működő szakellátási forma – az otthoni szakápolás – fő célja, hogy a biztosítottak otthonában minél több, a kezelőorvosok által elrendelt gyógyítótevékenység legyen elvégezhető, amelyeket minden esetben a jogszabályban rögzített egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek nyújthatnak. A hazánkban elsősorban otthoni szakápolásként ismert ellátási forma stratégiai szándéka az önellátási képesség mielőbbi helyreállítása a kórházi ellátást, betegséget vagy traumát követően, és az idős ember önálló képességének megőrzése a lehető leghosszabb ideig (1, 2). Az otthoni szakápolás keretében tehát egészségügyi végzettséggel rendelkező szakemberek (ápolók, gyógytornászok, logopédusok, elektroterapeuták) nyújtanak egészségügyi ellátást a páciensek otthonában. Az otthoni szakápolásban dolgozók általában másodállásban látják el ezeket a feladatukat, míg főállásuk az egészségügyi alapellátás vagy járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátásban van. Az otthoni szakápolás keretében ellátandó feladatok szakmai kérdéseit egyre szélesebb körben publikálják (3–5).

A hazánkra jellemző gazdasági mutatók, az egészségügyi struktúra, a demográfiai helyzet, a betegség-spektrum átalakulása, valamint a kétkeresős családi modell, illetve a családi háttér különböző okból kialakult hiánya átalakították az ellátórendszerrel kapcsolatos elvárásokat, amire válaszul – többek között – az otthoni szakápolás, mint új szakellátási forma 1996-ban megjelent az egészségügyi ellátórendszerben (6–10). Az ápolási tevékenységek, köztük az otthoni szakápolás, tudományos igényű értékelése hazánkban is egyre nagyobb jelentőségű (11, 12).

A jelen tanulmány célja a hozzáférés és az igénybevétel területi egyenlenségeinek vizsgálata. Ennek érdekében először országos szinten vizsgáltuk a hozzáférés és igénybevétel mutatóit, majd kistérségek és irányítószám szerinti körzetek szintjén részletesen elemeztük az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által finanszírozott otthoni szakápolás tényleges igénybevételét.

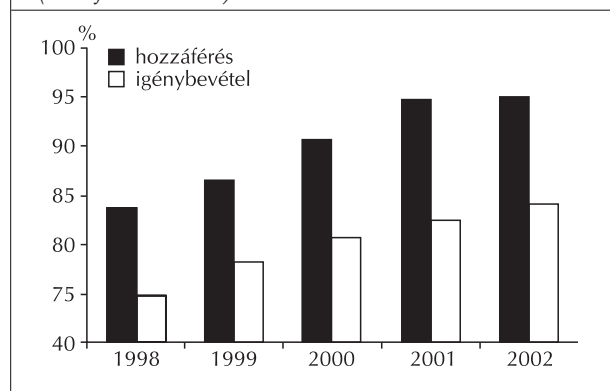
Vizsgálati anyag és módszerek

A vizsgálat első részében az otthoni szakápolás virtuális hozzáférési mutatóit (access) vetettük össze a tényleges igénybevétel mutatóival (utilization) országos szinten, megyei bontásokkal. Ehhez az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási és teljesítményadatait használtuk fel, általában az 1998–2002 közötti időszakra.

Az elemzés során alkalmazott, virtuális hozzáférési mutató (hozzáférés, access) azt jelzi, hogy az adott megye lakosainak hány százaléka számára biztosított a szolgáltatói jelenlét. A szolgáltatói jelenlét azt jelenti, hogy az adott település szerepel valamelyik otthonápo-

1. ÁBRA

A lakosságszám alapján számított hozzáférési és igénybevételi mutatók 1998–2002 között Magyarországon (Adatforrás: OEP)



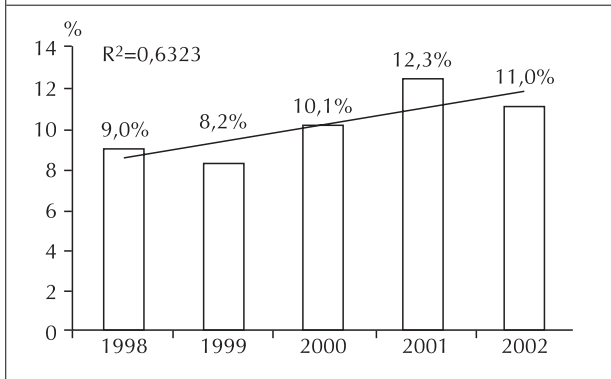
lasi szolgálat OEP-finanszírozási szerződésében. Ahhoz ugyanis, hogy egy adott településen lakó állampolgár legalább elvileg hozzáférjen az otthoni szakápolási szolgáltatáshoz, az szükséges, hogy az adott települést valamelyik otthonápolási szolgáltató az ellátási területébe felvegye, és ezt az OEP-pel kötött finanszírozási szerződésében is rögzítse. A gyakorlatban azonban hiába szerepel egy település valamelyik otthonápolási szolgáltató OEP-finanszírozási szerződésében, ez nem jelenti azt, hogy az adott településen igénybe veszik a szolgáltatást. Így vizsgáltuk az úgynevezett funkcionális lefedettséget is, ami azt mutatja meg, hogy a megye lakosainak hány százaléka vette ténylegesen igénybe az otthoni szakápolási ellátást (igénybevétel, utilization). Vagyis szemben az elméleti (virtuális) hozzáférési mutatóval, itt nemcsak azt néztük, hogy egy település szerepel-e valamely szolgáltató szerződésében, hanem azt is, hogy ténylegesen történt-e ott szakellátás.

Az elemzés második részében az otthoni szakápolás tényleges igénybevételi mutatóit elemeztük a dél-dunántúli térség három megyéjében (Baranya, Somogy, Tolna). Az itt használt adatok az OEP 2002. évi finanszírozási adatbázisából származnak. Az otthoni szakápolás keretében igénybe vett szolgáltatások jellemzőinek térinformatikai ábrázolása elősegíti a megyéken belüli és a megyék közötti ellátási egyenlőségek bemutatását. A teljesítményelszámolási rekordok területi kódot (közigazgatási kód, irányítószám) tartalmaznak, ami meghatározza a területi felbontás lehetséges minimumát (13). A rendelkezésre álló, a Központi Statisztikai Hivatalból származó demográfiai adatok segítségével kor és nem szerint standardizáltuk az adatokat. A megfigyelt esetszám a szolgáltatók által ellátott esetek számát jelenti. A várható esetszám pedig a standardizálás kapcsán meghatározott, az ellátott földrajzi terület lakosságának kor és nem szerinti eltéréseivel korrigált várt esetszámot jelenti. A lakosságszámot a 2002. év évközépi lakosságszámaival azonosítottuk.

Az elemzések során a statisztikai kistérségi és az irányítószám szerinti körzet relatív esetgyakoriságát, illetve vizitgyakoriságát vizsgáltuk. A feldolgozás során részben azt elemeztük, hogy hány beteg ellátásáról

2. ÁBRA

Az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított lefedettségi (hozzáférési) és funkcionális (igénybevételi) mutatói közötti különbség 1998–2002 között Magyarországon (Adatforrás: OEP)



gondoskodtak (esetszámok elemzése), illetve hogy hány alkalommal végeztek otthonápolási tevékenységet (vizitszámok elemzése). Erre azért volt szükség, mert az ápolás szervezettségétől és az ápoltak betegségétől függően adott beteg ellátása több (és területenként változó számú) vizit útján valósulhatott meg, vagyis ugyanannyi beteget eltérő számú vizit során láthatnak el. Viszonyítási alapnak mindig a régió átlagos ellátottságát használtuk.

Nagyobb populáció esetében több az ellátásra szoruló beteg, míg egy kisebb populáció esetében nagyon sajátosak lehetnek a megbetegedési viszonyok. Ebből kifolyólag kisebb populáció esetében a szervezettség megítélése nehezebb, amelynek számszerűsítésére kü-

lön statisztikai eljárás (empirikus Bayes-bebecslés) használható (14, 15). Az egészségi állapot, a tényleges betegszám és a népesség nagyságának figyelembevételével közelítéssel történhet a szükséglet nagyságának megállapítása.

Eredmények

Hozzáférési és igénybevételi mutatók

Országosan az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési mutatója (hozzáférés, access) már az 1998. év végére 83,8%-os volt, a 2002. év végére pedig 95,1%-ot ért el (1. ábra) (16). Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy a rendelkezésre álló forrásokon belül megtörtént a piac felosztása és a települések legnagyobb részében már jelen van valamelyik otthoni szakápolási szolgáltató.

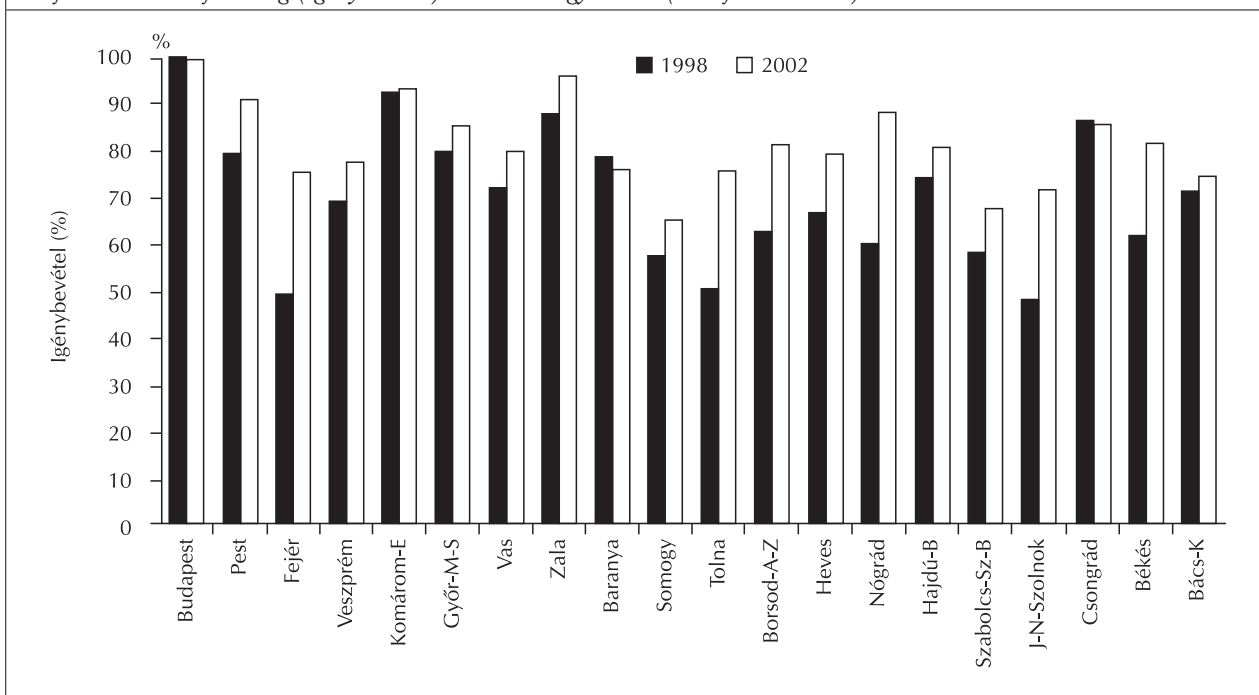
A funkcionális lefedettség (igénybevétel, utilization), mint az igénybevétel mutatója, országos viszonylatban 74,8% és 84,1% közötti ingadozást mutat 1998 és 2002 között, vagyis jelentősen elmarad a virtuális lefedettség (hozzáférés) mutatóitól.

Az otthoni szakápolás lakosságszám alapján számított hozzáférési és a funkcionális lefedettségi mutató közötti különbség (az 1. ábra értékeinek különbsége) országos szinten 1998 és 2002 között 9,0 és 12,3% között változott, a trend folyamatos emelkedést mutat (2. ábra).

Az otthoni szakápolási rendszer fejlődésével a funkcionális lefedettség terén az egyes megyék között tapasztalt eltérések 2002-re érezhetően csökkentek,

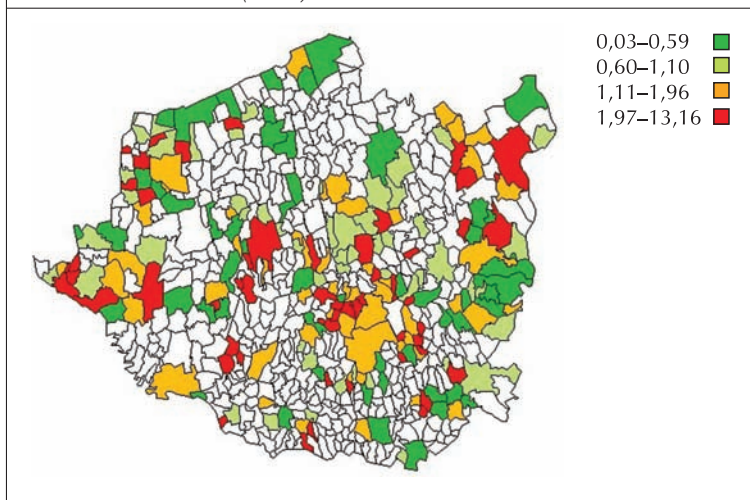
3. ÁBRA

A funkcionális lefedettség (igénybevétel) mértéke megyénként (Adatforrás: OEP)



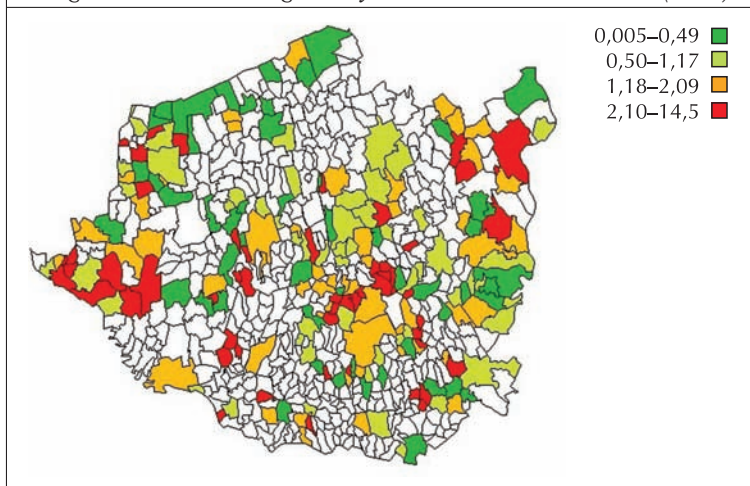
4. ÁBRA

Az otthoni szakápolás rendszerében ellátott betegek számának (esetszámok) relatív gyakorisága a dél-dunántúli térség irányítószám szerinti körzeteiben (2002)



5. ÁBRA

Az otthoni szakápolás keretében finanszírozott vizitek relatív gyakorisága a dél-dunántúli régió irányítószám szerinti körzeteiben (2002)



azonban a területi egyenlőtlenségek továbbra is fennállnak (3. ábra). Mindez azt jelenti, hogy bár az otthoni ápolási szolgálatok viszonylag nagy számban rendelkeznek OEP-szerződéssel (17), a lakosság mégsem tudja optimális mértékben a szolgáltatásokat igénybe venni az ország minden területén (18, 19).

A funkcionális lefedettség vizsgálatánál kiemelve a dél-dunántúli térséget, látható, hogy Baranya megye 1998-ban az országos átlag (74,8) felett, Somogy és Tolna megye az országos átlag alatt volt. 2002-re mindhárom megye mutatói az országos átlag (84,1) alatti értéket mutatták. Szükséges azonban kiemelni azt is, hogy míg Somogy és Tolna megye mutatói önmagukhoz képest javultak 1998–2002 viszonylatában, addig Baranya megye értéke még önmagához képest is visszaesett 2002-re (3. ábra).

Az eset- és vizitszám területi egyenlőtlenségei

A megyék között a hozzáférésben és az igénybevételben mutatkozó nagyarányú eltérések azt jelzik, hogy igen komoly területi egyenlőtlenségek találhatók az országon belül. Mindezek alapján indokolt a megyéken belüli területi egységekre vonatkozó részletesebb elemzés elkészítése a három dél-dunántúli megyére.

A 4. és 5. ábrán irányítószám szerinti körzetenként, korstandardizált értékek felhasználásával mutatjuk meg, hogy az otthoni szakápolás keretében a regionális átlag alapján az adott kistérségre számított várható értékekhez képest hány-szoros volt a ténylegesen ellátott esetek és vizitek száma. Fehér színnel jelöltük azokat az irányítószám szerinti körzeteket, ahol egyáltalán nem történt ellátás. A 4. és 5. ábra, vagyis az esetszám és a vizitszám relatív gyakorisága között csupán néhány helyen találunk különbséget. Itt tehát az elemzés eredménye azt mutatja, hogy a legtöbb területen nincs különbség az esetszámok és vizitszámok gyakorisága között.

A korábbi ábrák egyaránt azt mutatták, hogy vannak megyék és azokon belül kistérségek, települések, ahol az esetszámok és vizitszámok felhasználása (relatív gyakorisága) az átlagnál sokkal rosszabb vagy jobb. Figyelembe kell azonban vennünk azt is, hogy mekkora az adott település lakossága, vagyis mennyi a potenciális páciens. Nem mindegy ugyanis, hogy 100–300 lakosú településen nincs szolgáltatási igénybevétel, vagy egy több ezer vagy több tízezer lakosú településen nem történt ellátás.

Az ellátás szervezetszervezésének megítélésére – kiküszöbölendő a fentiek miatti torzítást – *simítási eljárást alkalmaztunk* (empirikus Bayes-bebecslés). A 6. és 7. ábra irányítószám szerinti körzetenként tartalmazza a

simított, korstandardizált, relatív gyakorisági adatokat. Az ábrákon jól azonosíthatók a jobb, illetve a rosszabb ellátási mutatókkal rendelkező területek.

Az 1. táblázat részletesen bemutatja azoknak a településeknek a tényleges és várható esetszámait, ahol az OEP által finanszírozott fekvőbeteg-intézmény működik. A 14 településből négy olyat találunk, ahol a várható (számított) esetszám meghaladja a ténylegesen ellátott esetszámot.

Megbeszélés

Mind országosan, mind a dél-dunántúli térség vonatkozásában nagy különbség tapasztalható a virtuális lefedettség, vagyis az otthoni szakápolás lakosságszám

alapján számított hozzáférési mutatói, illetve a funkcionális lefedettség, vagyis a szolgáltatások tényleges igénybevételi mutatói között. Nem elég tehát a szolgáltatásokat elvi szinten hozzáférhetővé tenni, el kell érni, hogy a gyakorlatban ezt egyenlő eséllyel igénybe is tudják venni. Elmondható, hogy az otthoni szakápolás fejlődésével ezek a különbségek csökkentek.

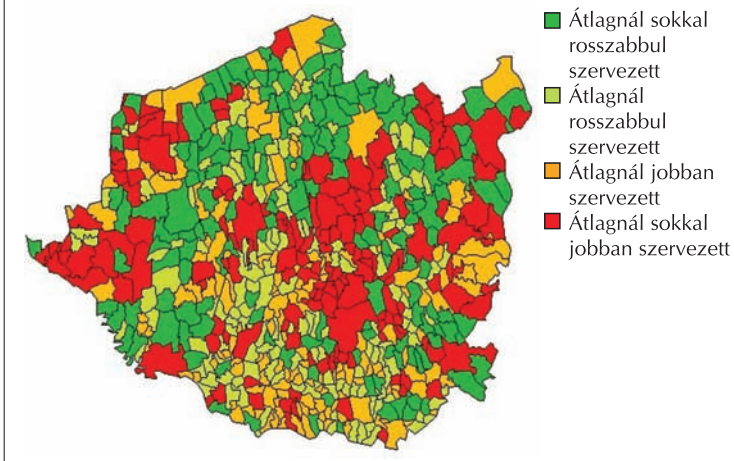
A részletesebb elemzések megmutatták (4., 5. ábra), hogy a funkcionális lefedettség alakulása jobbára a nagyvárosok és a közvetlen környezetükben elhelyezkedő települések teljes, illetve részleges ellátását teszi lehetővé. A nagyvárosoktól távolodva egyre kisebb mértékű a szolgáltatás igénybevétele, még mindig sok a teljesen ellátatlan terület.

Az ellátási forma keretfelosztására vonatkozó jogszabály módosításával meg kell oldani azt, hogy az egyébként is hátrányos helyzetben lévő kistépüléseken élők számára a gyakorlatban is elérhető legyen a humánus, egyénközpontú szolgáltatás (20).

Az otthoni szakápolás magyarországi bevezetése jelentős lépés volt az ápolás-szakma számára, és az eddigi tapasztalatok általában kedvezőek. Elérkezett az idő, amikor az otthoni szakápolási ellátások kapcsán elegendő adat gyűlt össze, és szükséges ezeknek az adatoknak a részletes elemzése. Az otthoni szakápolás területén felhalmozódott tapasztalatok és az ebből levonható következtetések sok segítséget nyújthatnak a rendszer fejlesztése, a tervezett ápolásbiztosítás kialakítása kapcsán. Az ápolásbiztosítási rendszer létrehozása során tehát jól hasznosíthatók az otthoni szakápolás eddigi tapasztalatai.

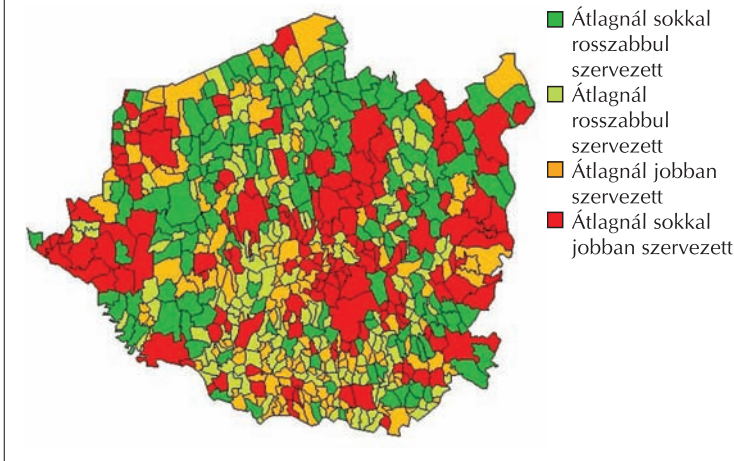
6. ÁBRA

Az ellátás szervezettsége az irányítószám szerinti körzetenkénti esetgyakoriság alapján számítva a dél-dunántúli térségben



7. ÁBRA

Az ellátás szervezettsége az irányítószám szerinti körzetenkénti vizitgyakoriság alapján számítva a dél-dunántúli térségben



1. TÁBLÁZAT

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott fekvőbeteg-intézménnyel rendelkező dél-dunántúli városok megfigyelt (tényleges) és várható (számított) esetszámának adatai (2002)

Megye	Város	Megfigyelt esetszám	Várható esetszám	Megfigyelt/várható
Baranya	Pécs	1317	811,0	1,62
Baranya	Harkány	28	21,0	1,33
Baranya	Komló	165	129,4	1,28
Baranya	Mohács	61	95,1	0,64
Baranya	Siklós	25	48,2	0,52
Baranya	Szigetvár	77	58,8	1,31
Somogy	Kaposvár	669	336,1	1,99
Somogy	Mosdós	7	6,2	1,13
Somogy	Nagyatád	135	62,9	2,15
Somogy	Marcali	70	57,1	1,23
Somogy	Siófok	57	118,1	0,48
Tolna	Dombóvár	109	105,7	1,03
Tolna	Szekszárd	262	162,1	1,62
Tolna	Bonyhád	53	67,4	0,79

A dőlt betűvel jelzett településeknél a számított esetszám meghaladja a ténylegesen ellátott esetszámot

IRODALOM

1. Kárpáti Zs, Krasznai É. A házi ápolásról nem csak ápolóknak. *Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.; 2001.*
2. Nosza M. A házi betegápolás helye és szerepe az egészségügyön belül. *Háziorvosi Szemle 1996;3(1):22-3.*
3. Petri M, Dömötör Gy, Harsányi L, Altörjay Á, Székely I. Hosszan tartó otthoni teljes parenterális táplálás megszervezése, koordinálása a rehabilitáció során. *Orv Hetil 2003;144(31):1545-9.*
4. Neumark T, Riesz Gy. Irányelvek és szempontok az otthoni ápoláshoz. *LAM 1996;6(3-4):242-4.*
5. Balogh Z. Stroke-betegek ápolásának és rehabilitációjának egységes ápolási irányelvei: irányelvek alkalmazása az alapellátásban és az otthoni szakápolásban. *LAM 2003;13(1):50-56.*
6. Katona T. Demográfiai helyzetünk. *Egészségügyi Menedzsment 1999;1(1):13-4.*
7. Buda J. Demográfia, szomatometria, epidemiológia: az egészségi állapot népességszintű meghatározása. Főiskolai jegyzet. Pécs: POTE EFK; 1993.
8. Boncz I. Az egészségügyre fordított kiadások nemzetközi összefüggései. In: *Boncz I, Horváth B. (szerk.). Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai. Főiskolai jegyzet. Pécs: PTE EFK; 2001.*
9. Tahin T. (szerk.). Bevezetés a szociálpszichológiába és a szociológiába. Főiskolai jegyzet. Pécs: POTE EFK; 1995.
10. Boncz I, Betlehem J, Sebestyén A. A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalai. *Nővér 2001;14(6):7-14.*
11. Gulácsi L. Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás. *Nővér 2000;13(1):17-23.*
12. Gulácsi L. Az ápolási tevékenység megfelelése és mérhetősége. *Nővér 2000;13(2):33-8.*
13. WHO Expert Committee on Information Support for New Public Health Action at District Level. Information support for new public health action at district level. *WHO Technical Report Series 1994. p. 845.*
14. Cressie NAC. Statistics for spatial data. *New York: John Wiley & Sons; 1991.*
15. Cressie NAC. Smoothing regional maps using empirical Bayes predictors. *Geog Analysis 1992;24:75-95.*
16. Oláh A. Az ápolási rendszer továbbfejlesztésének lehetőségei: a házi szakápolástól az otthonápolásig. Szakdolgozat. Pécs: PTE EFK; 2002.
17. Dózsa Cs, Kisbenedekné Gulyás K, Borcsek B. Az otthoni szakápolás hatéves fejlődése – egészségbiztosítási szemmel. *Ápolásügy 2003;16(2):16-22.*
18. Izbéki J. Az otthoni ápolásról a szakmai felügyelet szemszögéből. Háziorvosi szemmel. *Háziorvosi Szemle továbbképző melléklete 1996. szeptember, p. 19-20.*
19. Falus F, Nemes-Szabó E. Helyzetkép a hazai otthoni szakápolásról. *Egészségügyi Menedzsment: Az egészségügy hatékonyságának és minőségének fejlesztéséért. 1999;1(2):20-22.*
20. Kaló Z. Területi forráselosztás az angol egészségügyben. Mintarégió Program. *Budapest: Soros Alapítvány; 1997.*



TÁJÉKOZTATÓ

LAM-KLUB

Ezúton ajánljuk szíves figyelmükbe, hogy a LAM Klub 2004. január 29-i összejövetelének témája:

EGYMÁS KÖZÖTT A HÁLAPÉNZRŐL

Házigazda: dr. Balázs Péter

Beszélgetőpartnerei: dr. Szilvási István, a MOK alelnöke és dr. Mihályi Péter, egyetemi tanár

A beszélgetésről a LAM februári számában adunk tudósítást.

A LAM Klub ebben az évadban február 12-én, március 11-én, április 22-én, május 13-án és június 10-én tartja összejöveteleit.

A rendezvény helyszíne: Pallas Páholy, Budapest, V. Alkotmány u. 15.

A klub működésével kapcsolatban Vető Kálmán klubvezető ad felvilágosítást a 310-2837 vagy a 06/30-977-9103-as telefonszámon.