

## Reformkísérlet az egészségügyben: Requiem a Lipótért

Dr. Nagy Zoltán, Pannon Egyetem

A változtatás menedzselése a vezetőktől és a változtatásban résztvevőktől világos célokat és egyértelmű átgondolt intézkedéseket követel. A 2007-es egészségügyi reformkísérlet rosszul végrehajtott rossz döntéseket eredményezett. Ennek egyik áldozata a pszichiátriai ellátás lett. Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása a közép-magyarországi pszichiátriai ellátást és az észak-budai stroke ellátást hozta nehéz helyzetbe. Pszichiátriai betegek ellátás nélkül maradtak. Szakmai munkacsoportok szétestek, szakmai kultúra, tradíció szűnt meg. Elsősorban fiatal pszichiáterek külföldre távoztak. Az egészségügyi ellátó rendszerben reform kell, de azt a lakosság, a betegek érdekeinek figyelembevételével lehet végrehajtani.

*Changing management is demanding clear, well defined objectives and unambiguous, mature arrangements for leaders and for participants. The health care reform-experiment in 2007 resulted in maleficent decisions with poorly managed execution. The psychiatry care became one of the victims of this experiment. Closing down of the National Institute of Psychiatry and Neurology landed in difficulty of the psychiatric care in middle part of Hungary and put the stroke care at a disadvantage in North-Buda. Many psychiatric patients became untreated. Professional team broke apart, professional culture, traditions came to an end. Mostly young psychiatrist left the country. The necessity for reform in the health care system is imperative, but the interest of citizens, of the patients have to be taken into consideration.*

A rendszerváltás egyik fontos feladata volt az egészségügyi ellátó rendszer reformja. Az Antall kormány egészségügyi intézkedései, az alapellátás megerősítése, a teljesítmény alapú finanszírozási rendszer bevezetése, a modern technológiák, elsősorban a képzőkészítők beszerzése lendületet adott az ellátás korszerűsítésének, azonban a következő kormányok a változtatási igény mellett a prioritások között egyre hátrább sorolták az egészségügyi reformot. A kapkodást, a szakmapolitikai következetlenséget visszaigazolja az elmúlt két évtized gyakori miniszter váltása: 1990 óta 12 egészségügyi miniszter igyekezett szerkezetváltozást végrehajtani. Hogy ez mennyire nem sikerült, bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátás nagy szerkezeti elemeinek a fekvő (aktív, rehabilitációs és krónikus), járó, alapellátó rendszer finanszírozásának belső arányai nem változtak az elmúlt 20 év alatt.

A változtatás menedzselésének szabályait a közgazdaságtan jól ismeri, mégis megállapítható, hogy az államigazgatásban a reformerek gyakorlatlansága, különösen az elmúlt években számos krízis helyzet okozója volt. A gyakran megújuló adminisztráció elképzeléseit jobb esetben pártideológiai elméleti doktrínák, rosszabb esetben személyes ötletek (érdekek) határozták meg. A háttérben a pártok holdudvarához tartozó érdekcsoportok érdekérvényesítő képessége ugyancsak gyakran tettenérhető tényező volt.

Az új elképzeléseket új szabályozási rendszerrel, szervezeti változtatással igyekeztek megvalósítani. A változtatás eszköze a rendeletek végrehajthatása volt, amelyhez az adminisztrációknak kevés gyakorlata volt.

Ha megvizsgáljuk, honnan származhatnak a hibák, a következőket lehet számba venni: A vezetőknek nincs pontos víziója a megcélzott változtatást követő állapotról. A vezetésnek nincs reális elképzelése a változtatás kockázatairól, nincsenek alternatív megoldások, rosszabb esetben a vezető saját érdekei szerint dönt. Az apparátus nem lojális a vezetőhöz, a vezető elképzeléseit nem teszi magáévá, ugyanakkor a vezetésnek nincs ereje az apparátus cseréjére. A vezető nem számol az apparátus ellenállásával. A vezetés tehát nem teremti meg a szükséges adminisztratív kapacitást személyben, infrastruktúrában. A változtatás vezetői megfelelő elemzés nélkül, erővel igyekeznek „átnyomni” a változtatás végrehajtását, a realitások figyelembevétele nélkül. Ez azt is jelenti, hogy a célok nem reálisak, ezért a megvalósulás félbe marad. A pontos vízió, a részletes tervek hiányában a törekvések rendszer idegenek, ugyanakkor a vezetésben nincs meg az igény a tanulásra, azaz nincs tanulási stratégia. A vezető a nehézségek láttán feladja elképzeléseit, ez további vezetői hitelvesztést eredményez. Végezetül hiányzik a jól működő kommunikációs lánc, a jó kommunikáció a vezetők és beosztottak között.

A fenti elméletileg felmerülő hibákból számos előfordult az elmúlt egészségügyi kormányzatok munkájában. Itt is keresnünk kell az egészségügyi reformkísérletekkel szembeni ellenállás okait. Az aktuális változtatásokkal kapcsolatban gyakori volt az információhiány. A szakmai fórumoknak nem volt lehetősége érdemben részt vállalni a döntés-előkészítésben, vagy a szakmát csak formálisan vonták be a döntéshozatalba. Az egészségügyi vezetés és a végrehajtás között alkalmoszerű és ellentmondásos volt a kommunikáció. Az egészségügyi irányítók között is gyakran szemléleti és érdek különbségek voltak. Talán legvisszatérőbb probléma volt, hogy a jól kimunkált változtatási szándék mögött nem volt anyagi eszköz. A 4 éves ciklusokban szerveződő kormányzás nem tette lehetővé a biztos jövőkép kialakítását,

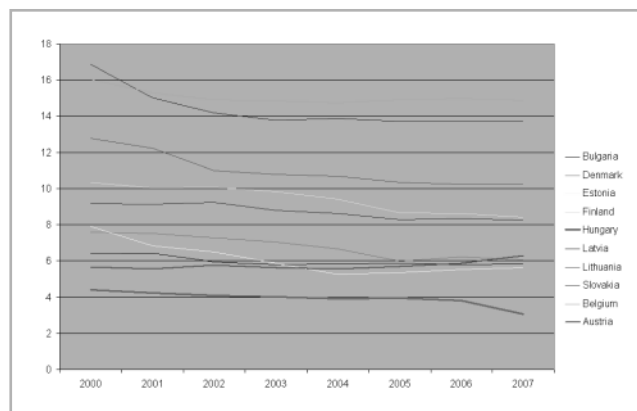
ez a bizonytalanság a jövővel kapcsolatban a feladatok és felelősség kérdését elmosta.

A fenti negatív, kritikai megközelítés egy pozitív megfogalmazást is lehetővé tesz. A változásért felelős vezetők ismerjék a célokat. A jó kommunikáció biztosítsa a közös vízió kialakítását. A változtatáshoz megfelelő infrastruktúra kialakítása elengedhetetlen. A sikeres reform végrehajtásához hiteles vezetőkre és széles körű támogatókra van szükség. A reformelképzelések megvalósításának részleteiben is konzisztensnek kell lennie. A változtatás teljes folyamatában a vezetők kompetenciájának meg kell lennie, és ezt a beosztottaknak, az apparátusnak el kell fogadnia.

Az eddigi reformkísérletek kudarcát sokszor és sokan elemezték. Felsőrolás szerűen néhány szempontot én is meg kívánok említeni. Az egészségügyi reformkísérleteket neheztelte a kormánypártok és az ellenzék sokszor feloldhatatlan ellentéte. Nem volt ezek alapján egyetértés a prioritásokban. Az egészségügyi ellátó rendszerből folyamatos volt a forráskivonás. A forráskivonás miatt a reform irányába nem történt hatásos lépés. A költségvetési éveken belül is végrehajtott finanszírozási változtatások a fekvőbeteg intézmények ismételt egyensúlyvesztéséhez vezettek. Az utóbbi években kialakult várólisták (az onkológiai ellátásban is!), a sürgősségi ellátást korlátozó volumenszabályok alkotmányos jogokat sértenek. Az, hogy olyan kevésbé asszertív szakmák, mint a pszichiátria, relatív pozíciója a többi ellátási ágazathoz viszonyítva is romlott.

A betegellátás egyre elkeseredettebb és sikertelen küzdelme nem tudta megakadályozni a 2007-ben közigazgatási határozatban megfogalmazott intézkedéseket, amelynek egyik, talán legnagyobb kárvallottja az intézet megszüntetésének elrendelésével a pszichiátria és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet volt.

Mielőtt a bezárás körülményeit vizsgálánk érdemes az Európai Unió országainak hozzáférhető statisztikai adataira vetni néhány pillantást (1. ábra). A 2000-2007 között időszakot áttekintve kiderül, hogy a 10 000 lakosra jutó mentális betegségek prevalenciája Észtországot kivéve (ahol az adatszolgáltatási rendszer valószínűleg módosult) nem változott. Ez Magyarországon 200 körüli esetszámot jelent. A



1. ábra  
A 10 000 lakosra jutó pszichiátriai ágyszám alakulása néhány európai országban (WHO adatbázis)

10 000 lakosra jutó pszichiátriai ágyszám 2000 és 2006 között Magyarországon a 13 adatközlő ország között a legalacsonyabb volt 4 körüli értékben. Itt számításba kell venni, hogy néhány országban feltehetőleg az akut ágyak mellett a rehabilitációs, vagy krónikus ágyakat is feltehetőleg feltűntették, így lehetséges pl. Belgiumban a 15 körüli ágyszám. Ilyen körülmények között került sor az egészségügyi reform intézkedések keretében Magyarországon további közel 25%-os akut pszichiátriai ágyszám csökkentésre (1. táblázat).

Pszichiátriai ágyak	2006	2007	2008	különbség	%
Akut	3 856	3 084	2 894	-962	-24,95%
Rehabilitációs/krónikus	5 502	6 224	5 711	209	3,80%
együttesen	9 358	9 308	8 605	-753	-8,05%

Pszichiátriáról távozó betegek száma					
Akut	2006	2007	2008	különbség	%
Akut	82 628	65 017	63 550	-19 078	-23,09%
Rehabilitációs/krónikus	36 548	38 039	38 349	1 801	4,93%
együttesen	119 176	103 056	101 899	-17 277	-14,50%

1. táblázat  
A hazai pszichiátriai ágyszám alakulása 2006-2008 között (OEP adatbázis)

Az intézkedés előkészítés nélkül történt. Az észak-budai stroke ellátást az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetbe telepítették, a beígért 60 ágy helyett 30, a stroke ellátásra alkalmatlan kórtermekbe. Az OITI-ben 3 évvel később teremtették meg az ellátás feltételeit. A pszichiátriai betegek szétosztása egy ad hoc egyeztetésen történt. Itt a különböző fővárosi intézetek az elvesztett pszichiátriai ágyak visszapótlására törekedtek. A lecsökkentett ágyak egy jelentős részéből nem lett betegellátásra használható valós ágy, a betegek egy része azóta is kallódik. A médiumok a problémát több alkalommal ismertették.

Az ambuláns ellátási formából, az ideggondozói hálózatból fokozatosan forrást vontak el, így a 2006-os 2,48 milliárd Ft 2010-re 0,54 milliárdra csökkent. A pszichiátriai magánpraxis nem tudta teljesen felvállalni a kallódó betegek ellátását, ugyanakkor ez a réteg olyannyira jövedelem, szociális háttér nélkül maradt, hogy jelentős arányban a hajléktalanok közé sodródott.

A lakóközösségi ellátás, a nappali szanatóriumok működtetése, az otthonápolás megszervezése néhány nyugat-európai országban lehetővé tette az utóbbi évtizedekben a pszichiátriai ágyszám óvatos csökkentését. Ez viszont nem lehet hivatkozási alap, ismerte a hazai nagyon alacsony kórházi férőhely kapacitást a pszichiátria területén. Az európai összehasonlításban is egyik legalacsonyabb ágyszámból történt a közel 25%-os csökkentés. Azt is figyelembe kell venni, hogy a lakóközösségi pszichiátriai ellátás szakember igénye jelentős, a rendszeres otthoni gondozó munka, az ellenőrzést, látogatásokat végző szakember gárda munkája, támaszkodva a családi ápolás lehetőségeire, munkaerő igényes feladat, amire a jelenlegi hazai helyzet nem érett.

A pszichiátriával szembeni hangulateltérés, az intolerancia a betegek helyzetét jelentősen rontotta, de a pszichiátriai szakmával szemben is megnyilvánult. Az OPNI szakember gárdája, a nagy szakmai kultúrát képviselő munkacsoportok nagyrészt szétestek, a fiatal gárda jelentős arányban külföldre távozott. Az egyébként is szakemberhiánnyal küzdő pszichiátria jelentős vereszeséget szenvedett el.

Az OPNI-ban az elmaradt épületrekonstrukció, az ingatlanhasznosítási szempontok egyrészről, másrészről a nemzetközi hírű és nagy tradíciójú szakmai intézmény fennmaradási törekvése végül egy rosszul végrehajtott, rossz döntést eredményezett.

A döntés nem vette figyelembe a fegyelmezett, adósságmentes gazdálkodást, az újonnan kialakított diagnosztikai centrumot, a nemzetközi tudományos együttműködések presztízsét (például az amerikai NIH (National Institute of Health) Drog és Alkohológiai Intézetével kötött hosszú távú tudományos együttműködési szerződés). Elmaradt azoknak a szakmai kezdeményezéseknek és szervezeteknek (molekuláris neurológia és genetika, pszichiátriai belgyógyászat, Agyérbetegségek Országos Központjának tevékenysége, Memória Klinika, Epilepszia Centrum, Geriátriai tanszéki csoport) a figyelembevétel is, amelyek a Lipót szakmai súlyát jelentették a hazai egészségügyben. Az egyedülálló tu-

dományos teljesítmény, az évente megjelenő szakmai könyvek, tudományos közlemények (és azok impakt faktora), az elnyert kutatási támogatások, az orvosképzésben, pszichológus képzésben és továbbképzésben vállalt tevékenység, a jelentős eszmei értéket jelentő 140 éves kórrajztár, múzeum és képtár, a Tárt Kapu Galéria olyan szellemi értéket jelentett, amelynek szétesése több volt, mint egy intézmény bezárása.

Szükség van reformra a közszférában. Szükség van változásokra az egészségügyben. A prioritások, a lakosság egészségi állapotának javítása imperatív. A rossz hazai népegészségügyi helyzet már a nemzetközi fórumok részéről is megfogalmazást nyert. A Lipót a depresszió és öngyilkosság, az időskori szellemi hanyatlás, az alkoholizmus, a szenvedélybetegségek, a stroke területén vállalt országos felelősséget. Ennek hiánya már most érezhető.

Az egészségügyben a reform, a változtatás nem lehet puccszerű, előkészítetlen. Figyelembe kell venni a változtatás következményeinek minden aspektusát. A célok meghatározása és a szakmai konszenzus jelentheti az alapot, ahonnan a változások kiindulhatnak. Egy közösség morális állapotát tükrözi többek között, hogy hogyan bánik az öregekkel, a pszichiátriai betegekkel. Egy reformfolyamat nem vesztheti ezeket a tényezőket szem elől.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Nagy Zoltán** egyetemi tanár a Semmelweis Egyetem Vasculáris Neurológiai Tanszéki Csoport vezetője, ideggyógyász professzor, a Pannon Egyetem, Műszaki Informatikai Kar Egészségügyi Informatikai Kutató-fejlesztő Központjának kutató professzora. A Szentágotthai János Idegtudományi Doktori Iskola alapító tagja, program- és témavezető. Általános orvosi diploma után négy szakorvosi képesítést szerzett, 1981-ben az orvostudo-

mányok kandidátusa lett, 1992-ben orvostudományok doktora címet nyert el. Számos nemzetközi és hazai tudományos társaság tagja, illetve vezetőségi tagja. A Magyar Stroke Társaság alapító elnöke, jelenleg tiszteletbeli elnöke, a Közép-Európai Stroke Társaság alapítója. Megszűnésig az Agyérbetegségek Országos Központja igazgatója az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet főigazgatója. Tudományos érdeklődési területei: keringés eredetű agykárosodás mechanizmusa, agyi reparatív folyamatok, bioelektromos (EEG alapú) képalkotás és ennek alkalmazása a post-stroke állapotokban.

mányok kandidátusa lett, 1992-ben orvostudományok doktora címet nyert el. Számos nemzetközi és hazai tudományos társaság tagja, illetve vezetőségi tagja. A Magyar Stroke Társaság alapító elnöke, jelenleg tiszteletbeli elnöke, a Közép-Európai Stroke Társaság alapítója. Megszűnésig az Agyérbetegségek Országos Központja igazgatója az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet főigazgatója. Tudományos érdeklődési területei: keringés eredetű agykárosodás mechanizmusa, agyi reparatív folyamatok, bioelektromos (EEG alapú) képalkotás és ennek alkalmazása a post-stroke állapotokban.



## XII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia VII. Országos Szakdolgozói Konferencia

2010. szeptember 9-11.

Balatonfüred, Flamingó Wellness Hotel

[www.medicina2000.hu](http://www.medicina2000.hu)