

## A progresszivitás kialakítása, mint a struktúra formálás szakmai eszköze

Dr. Kövi Rita, ELTE TáTK

A szerző a progresszivitás fogalmának, gyakorlati alkalmazásának tisztázására tesz kísérletet az egészségügy területén. Ismerteti a jogszabályokban fellelhető zűrzavart a progresszivitást illetően. Bemutatja, hogy a gyakorlatban nem sok következménye van a működési engedélyekben megjelenő progresszivitási szinteknek.

A progresszivitás fogalmát a szakmai tevékenységek csoportosítására ajánlja használni. Javasolja az egymásra épülő intézmény rendszerre az „intézményi hierarchia” kifejezést, ami a szakmai progresszivitásra épül. Az ellátási formát (fekvő-járó) nem tartja relevánsnak sem az intézményi hierarchiában, sem a szakmai tevékenység csoportok elkülönítésének szempontjai között figyelembe venni, mert a technológiai fejlődésnek köszönhetően a tevékenységek nagy része már nem köthető kizárólagosan egy-egy ellátási formához.

*The author attempts to define the term of „progressive levels” in healthcare and discusses its practical use. The article reviews the confusion in different laws about this term: it is used sometimes for the patient care systems, other times for the professional levels, and demonstrates that progressive levels in the authorization process of providers have few practical consequences.*

*The author recommends using the term „progressivity” for the groups of professional activities, and the term „institutional hierarchy” for the health care institutions, which builds on the professional progressivity levels. The medical attendance form (inpatient-outpatient) is not relevant neither in the hierarchy for the health care institutions, nor in the differentiation of the professional attendance levels, because most of the medical activities do not relate to only one or the other attendance forms due to the advances in technology.*

### BEVEZETÉS

A progresszivitás általános fogalomként is gyakran használatos, jelentése folyamatosan javuló, reformot végrehajtó, liberális, sikeres előrehaladás. Az orvoslásban egyre súlyosbodó betegséget jelent az értelmező szótár szerint.

A magyar egészségügyben egyre gyakrabban megjelenő szó, 15 egészségüggyel foglalkozó jogszabályban szerepel, azonban azok fogalom meghatározásai között nem található. Ugyancsak nem szerepel az ESKI Egészségpolitikai Fogalomtárban [1] sem, csupán más kifejezések magyarázatában tűnik föl.

A fentiekből következik, hogy ez a kifejezés, amit mindenki egyre gyakrabban használ, nem definiált, nem egyértelmű, mit értünk rajta.

### A JOGSZABÁLYOKBAN ELŐFORDULÓ „PROGRESSZIVITÁS”

Többnyire a jogszabályok az egyes szakmáknak tulajdonítanak progresszivitási szinteket, ami kb. azt jelenti, hogy az egyes szakmák kompetenciájába tartozó betegségek ellátásának bonyolultságát, súlyosságát valamilyen szempont rendszer szerint csoportokba osztják. Az egyszerűtől a bonyolult felé „egymásra épülő” rendszert említ pl. a 60/2003. ESZCSM rendelet [2] a 9. § (1) bekezdésében:

„Az eltérő egészségi állapotú betegek differenciált ellátását a munkamegosztás és a fokozatosság elvén egymásra épülő progresszív ellátórendszer biztosítja.” Ez a paragrafus mintegy fogalom meghatározása is lehetne a progresszivitásnak, de itt éppen az ellátórendszerre (amit az intézmények alkotnak) vonatkoztatja a jogszabály.

A következő bekezdés a járóbeteg ellátás progresszivitásban elfoglalt helyét jelöli meg:

„(2) A járóbetegek

a) eseti szakellátása és a krónikus betegek folyamatos gondozása az általános járóbeteg-szakellátás,

b) speciális szaktudást, illetve eszközöket igénylő szakellátása a speciális járóbeteg-szakellátás keretében történik.”

A jogszabály további részében ezt az elkülönítést már nem találjuk meg: sem a speciális szaktudás, sem a speciális eszközök nem kerülnek nevesítésre. Az egyes szakmákra vonatkozó progresszivitási szinteket részletező, több száz oldalas mellékletben ez a két szint a legritkább esetben jelenik meg.

A paragrafus (3) bekezdése az ellátási szinteket a fekvőbeteg ellátásban kategorikusan három szintben határozza meg minden magyarázat nélkül. Jogszabály mellékleteiben ezek a kategóriák véletlenszerűen jelennek meg, az egyes szakmák szerint sajátos felfogásban. A feltételek nem egységesek, szakmánként más a progresszivitási szintek darabszáma is: van kétszintű, van három és több; helyenként vonatkozik a járóbeteg ellátásra, máshol nem.

„(3) A fekvőbeteg-szakellátás – az ellátáshoz szükséges eltérő személyi és tárgyi feltételek alapján – az I., II. és III. progresszivitási szinteken történik.”

2009-ben megjelent egy új verziója a minimum feltételekről szóló jogszabálynak [3], de abban sem volt rendezettebb, konzekvensebb a progresszivitás kezelése. A módosító 48/2009. EüM rendelet hatályba lépését az új egészségügyi vezetés bizonytalan időre elhalasztotta.

(4) A járóbeteg-szakellátó egység és a fekvőbeteg-szakellátó egység progresszív ellátási szintjét az egészségügyi államigazgatási szerv az egészségügyi szolgáltatás működési engedélyezésének eljárása során állapítja meg.”

Mivel a progresszivitási szintekhez a fenti lakonikus paragrafuson kívül egyéb fogódzkodót nem találunk, így komoly gondban lehet az ÁNTSZ, amikor a működési engedélyezési eljárás során az ellátás szintjét meg kell állapítania a működési engedélyezés rendjét szabályozó 96/2003. ESZCSM rendelet [4] alapján, és azt a működési engedélyekben rögzíteni. Ezeket az engedélyeket szakmákra adják ki és nem intézetekre. A működési engedélyekben csak a fekvőbeteg ellátásban jelölik az egyes szakmák progresszivitási szintjeit I. II és III. jelzéssel.

A finanszírozási protokollok készítéséről szóló jogszabály (13/2009. EüM rendelet) [5] leírja, hogy a finanszírozási protokollnak tartalmaznia kell „az ellátás igénybevételenek rendjét a külön jogszabály szerinti progresszivitási szintekre, illetve ellátási formákra tekintettel...” A ma érvényben lévő finanszírozási protokollokban a jogszabályban foglaltak ellenére sem találunk utalást arra, hogy az érintett betegcsoportok egyes tevékenységeit milyen ellátási formában (alap-, járó-, fekvő-) és milyen progresszivitási szinteken tartja jogosnak a finanszírozó ellátni (finanszírozni).

Az Egészségügy fejlesztéséről szóló törvény (2006. évi CXXXII törvény) (továbbiakban Eftv.) [6] egyetlen helyen említi a „progresszivitás” szót, amikor a kapacitások újra osztásának feltételeként megjelöli a „progresszivitásban betöltött szerep”-et.

Az ESKI fogalomtára szerint egyértelműen intézményre vonatkozik, hiszen a fogalomtárban való keresés eredményeként kapott két találat az Eftv.-ben szereplő országos feladatkörű speciális intézetek meghatározásában található, amelyben a progresszivitás csúcsán állónak titulálja őket, illetve a súlyponti kórház meghatározásánál a progresszivitás magasabb szintjén állónak nevezi ezeket az intézményeket.

Hasonlóképpen elmosottan kezeli a fogalmat a 2/2004. (XI.17) EüM rendelet a szakmakódokról, 217/1997. Kormányrendelet, az 52/2008. EüM rendelet a szakmai kollégiumokról, a 15/2005. EüM rendelet a szakfelügyeleti rendszerről, a 9/1993. NM rendelet és a 43/1999. Kormányrendelet a finanszírozási kérdésekkel kapcsolatban. Mindegyik jogszabály ismert fogalomként használja a progresszivitási szinteket, komoly (finanszírozási, kapacitásváltoztatási) következményeket vonhat maga után a működési engedélyben szereplő adat.

## PROGRESSZIVITÁS A GYAKORLATBAN

Az előző fejezet alapján láthatjuk, hogy az egészségügyi jogi szabályozása nem sok konkrét támpontot ad a progresszivitás fogalmának gyakorlati használatához.

Ha jól belegondolunk, a mindennapi szóhasználatban inkább az intézményekre, intézményi hierarchiára használjuk a kifejezést. A progresszivitás alján a háziorvosi ellátás van, ezt követi a rendelőintézeti ellátás és a kórházi ellátás. A mindennapi gondolkodásban a kórházi ellátás az egészségügy „csúcsa”. Ezért gondoljuk azt, hogy a szakambulancia megnevezés magasabb szintű járóbeteg ellátást takar, mert

ez a név csak a II. progresszivitási szintű fekvőbeteg ellátó egység mellett működő járóbeteg szakrendelésre használható. Sehol nincs meghatározva az a tevékenység kör, amit az ilyen rendelkezéseken végezni lehet, tehát nem tudhatjuk, hogy bonyolultabb ellátásokat végeznek-e ott, mint egy sokszakmás, önálló szakrendelőben, ahol egynapos ellátás is történik.

A valóságban a szakambulanciák és a szakrendelők tevékenysége nem különül el, a jelenthető beavatkozásaik és a finanszírozásuk is azonos. Ez nem azt jelenti, hogy nem lenne szükség kétszintű járóbeteg ellátásra, hanem azt, hogy ma csak a 60/2003. ESZCSM rendelet 9.§ említi a járóbeteg ellátás általános és speciális szintjét minden további konzekvencia nélkül.

A fekvőbeteg intézetek vonatkozásában csak az aktív ellátásban résztvevőkre használjuk a progresszivitás megnevezését. Azt szoktuk mondani, hogy a progresszivitás csúcsán az egyetemek és az országos intézetek állnak, amelyeket a megyei kórházak követnek (ezt az elmúlt 3 évben a súlyponti kórházak helyettesítették), és a területi kórházak zárják a sort.

Ezen a fenti rangsoron azt értjük, hogy az egyetemek minden szakmában a III. progresszivitási szinten állnak, „alsóbb” szintekről a betegeket oda lehet, illetve kell küldeni, ha a megyei vagy területi kórházban nem láthatók el.

Ennek a hiedelemnek találunk-e a rendszerben reális alapot? Kétségtelen, hogy az egyetemi klinikák mind szak tudásban, mind felszereltségben magas, esetenként a legmagasabb ellátási szintet képezik. De nem tagadható, hogy egyes megyei kórházak, egyes profilokban ugyanannyit tudhatnak, néha jobban felszereltek, mint a klinikák, de legfőképpen az jelent előnyt, hogy tömbkórházi jellegük miatt egyszerűbb a konzíliumok szervezése, műtéti feladatmegosztás. Az egyetemek nem rendelkeznek minden szakmával, néhány szubspecialitás hiányzik egyiken, másikon. Ezért a gyakorlati szóhasználatban az intézményekre vonatkoztatott progresszivitás szakmai tevékenység szinten értelmezhetetlen (mint a járóbeteg ellátásban a szakambulanciák tevékenysége). Mivel a finanszírozás diagnózis és tevékenységi kódokon nyugszik, azok progresszivitási szintenkénti differenciálatlansága a finanszírozás differenciálatlanságát vonja maga után.

Léteznek az indexelt (csillagos) beavatkozások, HBCS-k [7], amelyek valamilyen (nem jól meghatározott szempontok szerint kijelölt tevékenységi kör és ugyancsak nem jól definiált szempontok szerint kijelölt intézményi kör) oknál fogva csak bizonyos intézetben végezhető. Ezek inkább szakmai centrumok, amelyek kijelölése nem követi az „egyetem, országos intézet, megyei kórház” vonalat, hanem a szakmák egyes tevékenységcsoportjára specializálódott szakember gárdát és technikai felszereltséget feltételez (pl. hemodinamika a kardiológián belül, ESWL kezelés az urológián belül).

Miért nem jelent progresszivitási szintet a csillagos kódokkal jelzett beavatkozások végzésére kijelölt szervezeti egység hálózat? Például a koraszülött ellátásra alkalmas

ellátóhelyek a III. szintű működési engedéllyel rendelkező perinatalis intenzív centrumok (PIC-ek) elméletileg, ha a progresszivitás azonos szintjén állnak, azonos ellátásra alkalmasak. Azonban a csillagos kódokkal jelzett ellátásokra jogosult és a PIC III. szintű működési engedéllyel rendelkező egységek nem fedik egymást. A csillagos kódok nem fednek le egy szakmán belül egy progresszivitási szintet, csak kisebb területeket.

## A PROGRESSZIVITÁSI SZINTEK HATÁSA AZ ELLÁTÓRENDSZERRE

Ma a gyakorlatban nincsen sok konzekvenciája a progresszivitási szinteknek, leginkább presztízs, hogy szakambulanciának hívnak egy járóbeteg ellátási egységet vagy szakrendelőnek, illetve III. vagy II. szintű a belgyógyászati vagy sebészeti osztály. Sem ellátásban, sem a finanszírozásban nem jelenik meg konzekvensen a differencia.

A súlyponti kórházaknak a törvény [6] szerint 24 órában biztosítania kell a betegfelvételt. A többi aktív ellátást végző intézetnek is. Az a szóbeszéd, hogy a III. progresszivitási szintről nem küldhetnek el beteget. Erre nem találtam utalást a jogszabályokban. Nem is vizsgálja senki, történik-e ilyesmi (hacsak a beteg nem tesz bejelentést az éppen illetékes hatóságnál vagy a médiánál). A betegek továbbküldésének a lehetetlensége semelyik intézményre nem igaz, mert pl. az egyeteméről visszaküldhetik a súlyos állapotban túl levő beteget a területileg illetékes kórházba, rehabilitációra stb. Tehát ezt a kitévőt is sokkal pontosabban kellene megfogalmazni a jogszabályokban, amelyek az intézmények hierarchiában elfoglalt helyét, és az ebből következő működését írják majd le. A finanszírozás is ezt az anarchiát követi: mindenkinek minden szinten szinte mindent kifizet az OEP (kivéve indexelt ellátás).

A gyakorlatban fentiek értelmében az ellátórendszer egyetlen szintjének sincsen meg a konzekvenciákkal rendelkező, kijelölt tevékenységi köre. A progresszivitás bevezetésére az akkori vezetés 2003-as minimum feltételekben [2] tett próbát. Kijelölte a szinteket, a 2. mellékletben az egyes szakmák egyes progresszivitási szintjeihez valamilyen tevékenységi kódokat rendelt. Tehát az elképzelés jó volt, hogy tevékenység szinten kellene az egyes szinteket kialakítani. Azonban a koncepció nem volt eléggé kidolgozott, nem tudni, mi alapján jelöltek ki három szintet, és ehhez kellett a szakmáknak a tevékenységeiket csoportokba osztani. A jogszabályból kitűnik, hogy az iránymutatás nem volt egyértelmű, mert nem konzekvens a három szint használata: van, ahol benn van a járó, van ahol, nincsen. Az egyes szintekhez rendelt tevékenység kódok sem követnek egységes elveket: hol OENO, hol HBCS, hol BNO, hol ezek keveredése található. Tanulmányozva ezt a tevékenység kavalkádót, az is szembeötlő, hogy egyes betegségek ellátását több szakma is magáénak gondolja (vagy a HBCS túl homogén, illetve az OENO kód semmitmondó).

Ezek a megállapítások érvényesek a 2003-as [2] és a 2009-es verzióra [3] is, azzal a megjegyzéssel, hogy a

2009-es verzió néhány szakma vonatkozásában saját lehetőségein belül összerendezettebb lett, több szakma esetén az aktuális technológiai feltételek már megjelentek az egyes progresszivitási szintek kialakításában, illetve a szinteket elkülönítő szempontrendszer tükrözi a fejlődést.

A mai napig nem tisztázott ezeknek a mellékleteknek a célja: a tevékenységek felsorolásával az adott progresszivitási szinten végezhető ellátásokat kívánja a jogszabály meghatározni, ezzel kijelölve az adott szint mozgásterét és/vagy finanszírozási szemponttá is kívánja tenni az egyes szinteket? Az sem világos, hogy „minimum feltétel rendelet” címen az egyes szinteken azokat a tevékenységeket jelölték meg, amelyek alacsonyabb szinteken nem végezhetőek, de magasabb szinteken igen vagy fordítva. A szakmák számára az összes elvégezhető, jelenthető tevékenységnek meg kell jelenni a minimum feltétel rendeletben valamilyen szinthez rendelve, vagy csak a szintet meghatározó beavatkozásoknak?

Amíg a rendeletben megjelent progresszivitási szintek kijelölésének célja nem tisztázott, addig bármilyen kód megjelenése a 2. mellékletben értelmezhetetlen.

## A PROGRESSZIVITÁS ÚJ FELFOGÁSA A SEMMELWEIS TERV SZERINT

A NEFMI „Újraélesztett egészségügy – gyógyuló Magyarország” Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére címmel közzétett vitairatában [8] megfogalmazza a progresszív ellátás újraszervezésének igényét, annak alapelveit.

Az 1. Ágazati stratégia, intézkedési terv fejezetben az 1.4.2. Rendszermodell blokkban a 31. pont alatt a fekvőbeteg ellátásnál megjelenik az a mondat, aminek a konzekvens kibontásával lehetségessé válna ennek a fent vázolt anarchikus állapotnak a megszüntetése:

*„Célunk az egyértelmű feladat kijelölés és az ehhez társuló finanszírozás, a párhuzamosságok megszüntetése, a progresszivitás elvének maradéktalan érvényesítése...”*

Ebben a mondatban minden benne van, ami a rendteremtéshez szükséges: a feladat kijelölés természetesen szakmai feladatot jelent, ami kódokban (OENO, HBCS) kifejezhető és ezáltal kapacitás és finanszírozás köthető hozzá. Ha ezt jól végzik el, akkor a párhuzamosságok automatikusan megszűnnek.

A progresszivitás elve itt is „evidenciaként” kezelt, nem találunk magyarázatot arra, hogy ez az intézményekre vagy a szakmai vonalra vonatkozik. A 32. pontban a progresszív betegellátás újraszervezéséről olvashatunk, ahol egyértelművé válik, hogy a progresszivitást a hierarchikusan felépülő intézményrendszerre érti. Szakmai, epidemiológiai és logisztikai paraméterek figyelembevételével tervezi kialakítani az egymásra épülő rendszert.

Az ördög azonban a részletekben rejlik: ahol egy-egy szint körülhatárolását próbálják az alkotók megtenni, ott már több kívánnivalót hagy maga után a fogalmazás:

„Speciális progresszív szolgáltatásokat is nyújtani képes nagyteréségi központok kialakításakor elsősorban az orvosegyetemekre kívánunk építeni. A jelentős költségigényű, különleges jártasságot és műszerezettséget igénylő, ritkábban végzett ellátásokat (égett sérültek, transzplantáció, speciális fertőzések stb.) országos szakmai központokba koncentrálnuk.”

Az elvvel, hogy legyenek nagyteréségi központok az intézményi hierarchiában, egyet lehet érteni. Azzal is, hogy a kisebb populációt érintő, de speciális személyi és tárgyi feltételeket igénylő ellátásokat országos centrumokba rendezzék. Azonban ha az előbbieket többnyire az orvosegyetemekre építik, az utóbbinál felsorolt ellátások egy része (pl. transzplantáció) szintén az orvosegyetemeken (is) van, akkor felvetődik a kérdés, hogy mi lesz az egyetemek, nagyteréségi ellátó központok és az országos szakmai központok (országos intézetek?) egymáshoz való viszonya, mi lesz az intézményi hierarchiában az egymáshoz viszonyított szerepük? Valószínűleg ehhez szakmánként, HBCS-nként, beavatkozás csoportonként, vagy akár beavatkozásonként meg kell vizsgálni, melyik szolgáltató milyen ellátásra alkalmas. Pontos feladat/tevékenység csoport intézményi kijelölése nélkül ezek a kérdések megválaszolhatatlanok. Ezek a központok aztán a hierarchiában nem kell, hogy egymás alá rendelődjenek, lehetnek akár szakmailag elkülönülő szintek azonos intézetben is.

A C akcióterv az Állami Egészségügyi Intézményrendszer címszót képviseli, itt található a konkrét elképzeléseket a progresszivitás gyakorlati megjelenéséről. A felvázolt koncepció 9 nagyterésben 5 progresszivitási szinten szervezné meg az ellátást. A C.a. (3) pontja a nagyterésben szervezendő ellátásról a következőket mondja: „Egy-egy területi egységben belül, az ellátások szakmánként, esetleg a szakmán belüli subspecialitásonként is a progresszivitás elvei szerint szerveződnek.” Itt egyértelműen a szakmákra érti a progresszivitási szinteket. Azonban a (4) pontban felsorolt progresszivitási szintek (0. járóbeteg ellátási szint, de a kiskórházak bevonásával; I. fekvő- és járóbeteg intézmény: alapszakmákban biztosítja a járó és fekvő szintet; II. megyei szintű fekvő- és járó ellátás: minden megyei szinten megjelenő szakmában biztosítja az ellátást; III. nagyteréségi szintű fekvő- és járó ellátás: teljes szélességű és mélységű ellátás biztosítása, IV. országos szakmai központok és alközpontok) nem követik ezt az elvet. Ebben sem az intézményi, sem a szakmai hierarchia elveit nem tudjuk követni, itt a területi elv keveredik az ellátási forma egyes elemeivel, helyenként megjelenik a szakma szó is. Ha jobban belegondolunk, nem igazán értjük, miről van szó: az I. szinten az intézmények az alapszakmákban biztosítják a fekvő és járó szintet: alapszakmák az Eftv szerint: belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat, szülészet, több bonyolultságú (progresszivitású) szinttel. Valószínűleg itt az egyes szakmák alapszintjét értették a készítőik. Azonban ezt sem lehet általánosan elmondani, mert az idegsebészet, sugárterápia is szakma, azonban alapszintű ellátásra biztosan nincsen szükség az ellátás ezen a szélességű szintjén.

Az (5) pont szerint szakmánként, illetve subspecialitásonként kell meghatározni, hogy mely ellátásokra/egyes szakmán belül mely tevékenységekre, mely szintek legyenek kompetensek. Ez azt jelentené, hogy 4 (esetleg 5?) csoportra osszák a szakmák a tevékenységeiket?

## TEGYÜNK RENDET A „PROGRESSZIVITÁS” KÖRÜLI KAVALKÁDBAN!

Jól látható, hogy ugyanazt a szót két dologra használjuk: egyrészt az intézményrendszer csoportosítására, másrészt a szakmai tevékenységek csoportosítására. Jó lenne ezt a két dolgot különválasztani, akkor sokkal kevesebb probléma merülne föl az értelmezés körül.

Véleményem szerint az ellátórendszer egymásra épülő szintjeinek elnevezésére a „hierarchia” szó a kifejezőbb. A szakmai tevékenységek szakmai tapasztalat és technikai feltételek alapján való csoportosítására pedig a progresszivitás szó használata a szerencsésebb. Ez nem azt jelenti, hogy a kettőnek köze nincsen egymáshoz. Az intézményi hierarchia a szakmai progresszivitásra épül.

## MI SZÜKSÉGES EGY MŰKÖDŐ RENDSZER KIALAKÍTÁSÁHOZ?

A talpára kellene állítani a rendszert: nem az intézményi hierarchiát kellene először megadni, hanem a szakmai tevékenységeket kellene annyira csoportba sorolni, amennyi elkülönült szakmai szintet kívánnak kezelni (speciális tudást, tapasztalatot, speciális berendezéseket igényelnek).

Ehhez az egyes szakmákban használatos fekvő – járó kódok (lehetőleg OENO, de akár lehet HBCS is, csak uniformizáltan szükséges használni a teljes vertikumban) szerint meg kell adni a szakmára releváns beavatkozásokat, tevékenységeket, amelyet jelentenek a biztosítónak. Az általános kódokat (vizsgálat, vérvétel, infúzió adása stb.) nem érdemes megadni, mivel a szakma jellemző tevékenységeinek csoportosítása alapján képezhetők progresszivitási szintek. Általában a szakmáknak van elképzelése, illetve van kialakult gyakorlata arra vonatkozóan, hogy a jelenlegi intézményrendszerben (jelentőség nélküli progresszivitási szinteken) hol milyen műtétek, ellátások, beavatkozások, tevékenységek végzése megengedhető illetve elvárható. Ahhoz, hogy ezek az elvek objektívvé tehetőek legyenek, szükséges olyan ismérvek (pl. kódok, ágyszám, társszakmák az intézményben) megjelölése, amelyek pl. az OEP/ESKI adatbázisban követhetők. Ezt a kód halmazt, egyéb jellemzőket az OEP/ESKI adatbázisából intézményekre bontva le kell kérni. Amennyiben lehetséges, a kódokat, ismérveket annyira szintre kell bontani az adatok lekérése előtt (a nagy mennyiségű adat könnyebb kezelhetősége miatt), amennyi szintet a szakma jónak lát elkülöníteni szakmai szempontok szerint. Egyes szakmák esetén nem biztos, hogy három csoportot érdemes képezni, esetenként nehezen található elfogadható szempontrendszer kettőnél több szint elkülönítésére. A tevékenységek adatait mátrix táblában ábrázolva látható,

hogyan az egyes szintekhez rendelt tevékenységek végzése jelenleg hogyan oszlik el az ellátórendszerben. Példaként bemutatjuk az 1. táblázatban az emlőműtétek intézményi megoszlását és egyéb jellemzőket. A jellemzők közé bármilyen releváns adat (kódok, ágyszám, SBO, szülészet-PIC stb.) felvehető, és intézményi szinten feltérképezhető.

Az így kialakult táblázatokat a szakmákkal újra meg kell beszélni, hogy az általuk jól ismert intézetek közül melyek felelnek meg személyi és tárgyi feltételeiket tekintve a valóságban az elvárt színvonalnak. Ezeket az adatokat a szakmai protokollokkal is össze kell vetni, mert például a minimálisan elvárt beavatkozás szám a szükségletek és kapacitások kialakításában alapvetően fontos. (Ha az országban egy tevékenységből összesen 1000 fordul elő, a megfelelő gyakorlathoz minimálisan 100 végzendő évente a szakmai szabályok szerint, akkor 10 ellátóhely kialakítása a lehetséges

maximum.) A szakmai anyagokkal való összevetésből az is kitűnik, ha egyes szakmailag szükséges tevékenységeknek nincsen kódja, vagy túl sok kódja van, túl homogén vagy inhomogén a HBCS stb. Ezek rendezését is szükséges párhuzamosan elvégezni ahhoz, hogy struktúrában, kapacitás kialakításban és finanszírozásban követhető legyen a szakmai progresszivitás talaján kialakított intézményi hierarchia.

A Semmelweis Tervben szereplő Állami Egészség-szervezési Központ irányítása alá tartozó ellátásokat (a Terv szerint az intézményi hierarchia IV. szintjén, az országos szakmai központokban nyújtandó ellátások) célszerű először meghatározni, azok ellátási térképe, kapacitása alakítandó ki először. Szakmapolitikai döntés kérdése, hogy milyen szakmák milyen ellátásait nyújtanak ilyen központosított ellátás keretében. Figyelembe veendő, hogy egyes szakmák (idegsebészeti osztály, sugárterápiás osztály, PIC,

intézmény	491a	491b	492a	492b	492c	492d	4930	530z	össz műtét	Mammo- gráfia	Onkoteam	Sentinel biopsziás lehetőség
1	35	10	31	26	0	0	0	0	102	van	van	nincs
2	32	13	13	22	31	23	0	0	134	van	van	van
3	26	3	25	9	0	0	0	0	63	van	van	nincs
4	12	12	15	29	0	0	3	1	72	van	van	nincs
5	32	29	16	115	0	0	0	0	192	van	van	nincs
6	74	24	80	54	0	0	1	7	240	van	van	nincs
7	59	29	65	70	33	37	8	0	301	van	van	van
8	186	84	145	84	212	107	1	1	820	van	van	van
9	15	10	45	28	9	9	1	74	191	van	van	van
10	91	20	12	9	28	39	0	0	199	van	van	van
11	33	9	13	7	4	8	1	0	75	van	van	van
12	16	63	4	46	0	0	0	0	129	van	van	nincs
13	52	16	25	7	0	0	1	0	101	van	van	van
14	40	2	89	27	0	0	1	0	159	van	van	van
15	22	5	16	9	2	4	1	0	59	van	nincs	van
16	39	44	18	47	0	0	2	1	151	van	van	nincs
17	36	11	14	11	2	0	6	0	80	van	van	van
18	26	23	10	14	6	17	31	0	127	van	van	van
19	36	5	65	25	0	0	3	1	135	van	nincs	nincs
20	32	4	11	19	12	13	1	0	92	van	van	van
21	32	13	57	24	0	0	2	0	128	van	van	nincs
22	52	12	20	14	43	34	0	0	175	van	van	van
23	22	9	17	29	19	28	0	0	124	van	van	van
24	23	5	59	26	0	0	1	23	137	van	van	nincs
25	24	2	25	17	0	0	0	0	68	nincs	nincs	nincs
26	16	4	15	15	0	0	0	1	51	van	van	nincs
27	26	1	14	3	8	3	0	0	55	van	van	nincs
28	31	19	9	13	10	38	10	0	130	van	van	van
29	55	7	53	33	0	0	1	0	150	van	van	nincs
30	91	10	43	21	24	16	1	0	206	van	van	van
31	8	1	20	2	29	9	1	0	70	van	van	van
32	25	20	27	57	14	56	0	5	204	van	van	van
33	6	2	29	22	0	0	0	0	59	van	van	nincs
34	21	9	19	7	0	0	5	0	61	van	van	nincs
összesen	1 641	609	1 402	1 065	519	456	159	119	5 970			

1. táblázat  
Az emlőműtétek intézményi megoszlása és egyéb jellemzők

hemodinamika) tekintetében nincs, és nem is szükséges a mainál szélesebb lefedettség, a jelenlegi méretgazdaságossági, kihasználtsági, elérhetőségi szempontok megfelelőek.

A következő körben a területenként biztosítandó szakmai ellátások térképe alakítandó ki a kódcsoportok, egyéb ismérvek vizsgálatával. A fejezet elején részletezett módon kialakított szakmai progresszivitási szintek meghatározásánál azt is fel kell mérni, hogy az adott progresszivitási szinten teljesíteni képes intézetek kapacitása megfelelő-e az adott mennyiségű tevékenységhez.

Ha elfogadjuk a fenti elveket a szakmai progresszivitás kialakításához, az a Semmelweis Terv területi elvével összhangba hozható, és az egyes földrajzi területeken kialakítható az intézményi hierarchia a szakmai progresszivitási szintek alapján az elérhetőség figyelembevételével.

Azonban a Semmelweis Terv progresszivitási szintjei nehezen tölthetők fel tartalommal: a megnevezések ellátási formákat takarnak, a magyarázó szöveg elégtelen jelen állapotában. Ha végiggondoljuk a fejezet elején javasoltakat, akkor a tervezett 9 területi egységben kialakítandó intézményi hierarchiát érdemes ezen érteni, és területenként a szakmák szerint kialakított progresszivitási szintekhez szervezni az ellátást.

Az, hogy milyen formában (járó vagy fekvő) kell/lehet egy tevékenységet ellátni, azt részben a szakmai szabályokba kell belefoglalni (szakmai és finanszírozási protokollok), részben minőségi szempontként kell az ellátórendszer számára kitűzni. Ma az ellátási formák lassú összeolvadásának lehetünk tanúi: kúraszerű ellátások, egynapos ellátás, nappali kórház már a mai jogszabályok szerint is végezhetők mindkét ellátási formában, a finanszírozás is azonos, így nincs indoka annak, hogy ellátási forma alapján élesen elkülönítsünk tevékenységeket. Tudvalevő, hogy a még mindig túlméretezett fekvő ellátási formát a rossz jogszabályi és finanszírozási ösztönzők tartják fenn. Ma nincs szakmai indok arra, hogy ugyanazt a beavatkozást egynapos formában és többnapos fekvő ellátásban is el lehessen látni ugyanolyan állapotú betegnél (szociális ok lehet).

## MIÉRT FONTOS A PROGRESSZIVITÁS EGYÉRTELMŰ MEGHATÁROZÁSA?

Az is világos ebből az eszmefuttatásból, hogy nem lehet elkülönülten kezelni a fekvő ellátás progresszív szintjeit a többi ellátási formában való tevékenységektől, különösen akkor nem, ha az ellátórendszerben indokolatlanul a magasabb szint felé tolódott el a feladatok ellátása, ahogyan ez látható a mai magyar egészségügy minden szintjén. Ezt a hangsúly eltolódást a múlt századi technikai szintnek megfelelő, főleg a fekvő ellátásban történő betegellátásból fakadó túlzott kapacitások kényszerű kihasználása, illetve a betegek szemében a kórházi ellátás vélt magas presztízse okozzák. A finanszírozás lassan alkalmazkodik a technikai fejlődéshez, ezért az ellátórendszer egészére vonatkozóan rossz „ösztönzőként” hat: preferálja a magasabb ellátási szinteken való kezelést, mivel ugyanazt az ellátást fekvőben

ellátva/lejelentve többszörös bevétel érhető el, mint a járó-beteg ellátásban, illetve a házi orvos pénze ugyanannyi, ha definitív ellátást nyújt a betegének, mintha továbbutalja akár a járó, akár a fekvő szakellátásba.

Ha szakmai szempontok szerint áttekintjük az egész kódrendszert (hiszen ezen az alapon szeretnénk meghatározni a kapacitást és a betegút szervezést), akkor kiderül, hogy hol van nagy különbség a jelen szakmai szabályok és a kódokkal jelenthető tevékenységek között (már alig végzett beavatkozások, már rutinszerűvé vált tevékenységek, műtétek, amelyeknek nincsen kódja, kiüresedett HBCS-k, szükséges BNO alábontások stb.) Ezeket a legsürgősebben rendezni kell ahhoz, hogy a szakmai progresszivitási szintek és az intézményi hierarchia kialakítása megtörténhessen.

Ahhoz azonban, hogy a rendszer ne csak papíron, tervekben meg jogszabályokban legyen lefektetve, hanem működjön is, elengedhetetlen a kapacitások szükségletekhez alakítása és a finanszírozás hozzárendelése. Ezek a feladatok a szakmai progresszivitási szintek kialakításához használt táblázatok, és egyéb adatok (ágyszám, óraszám, országos átlag teljesítmények, esetszámok, igénybevételi adatok) alapján kialakíthatók.

Amennyiben a szakmai progresszivitási szintek a szakmai szabályok alapján kialakított kódrendszeren alapulnak, a releváns kódok az egyes szintekhez rendelhetők, és értelmet nyer a 60/2003. ESZCSM rendelet 2. melléklete (a 2009-es módosítás 3. és 4. melléklete): az ott feltüntetett kódok már csak a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szervezeti egységekkel rendelkező intézetek számára számolhatók el. (Természetesen nem az egész OENO és HBCS kód tartományt öleli föl, hanem csak azokat, amiket a szakma megfelelő feltételek meglétéhez kötött, tehát a szintek kialakításának szempontjai között szerepeltek. Az általános HBCS-k, általános OENO-k minden szinten jelenthetőek.)

## ÖSSZEFOGLALÁS

A progresszivitás kifejezést az egészségügyben sokféle kontextusban használjuk, de pontos jelentése nem meghatározott, sokan sokfélét értünk alatta. A jogszabályokban szintén nem használják egyértelműen. Ennek megfelelően a mai ellátórendszerben megjelenő „hivatalos” (működési engedélyben megjelenő) progresszivitási szintnek sok konzekvenciája nincsen.

A NEFMI szakértői gárdája által 2010. októberében kiadott Semmelweis Terv vitairat szintén foglalkozik a kérdéssel, azonban témafelvetése nem teszi tisztába a kérdést, annak értelmezési szintje megmarad az eddigi jogszabályok és a szóbeszéd fogalmi körében.

A szerző javaslata szerint a differenciált ellátás a munkamegosztás és a fokozatosság elvén egymásra épülő ellátórendszer hierarchikus rendszert alkot, az intézményi hierarchia pedig a szakmai progresszivitásra épül.

Bemutatja az általa kidolgozott módszert, amellyel a szakmai progresszivitási szintek meghatározhatók. Mivel ez

a módszer az egyes szakmák releváns tevékenységeinek konkrét esetszámaira és egyéb jellemzőire épül, kapacitás adatokkal, országos teljesítmény adatokkal összevethető, a progresszivitási szintek kidolgozásán kívül alkalmas arra, hogy

- ösztönözze a minőségi betegellátást (ott lássák el a beteget, ahol a feltételek költséghatékonyan állnak rendelkezésre)

- kapacitások a szükségletekhez alakíthatók legyenek
- finanszírozással követhető legyen a rendszer.

Az ellátási formák járóellátás felé való eltolódását a technológiai haladás mindinkább lehetővé teszi, a költségrobbanás pedig ösztönzi, ezért a szerző a hierarchikus intézményi, illetve a progresszív szakmai ellátási rendben az ellátási formák minél rugalmasabb kezelését ajánlja.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] ESKI Egészségpolitikai fogalomtár: [http://fogalomtar.eski.hu/index.php/altalanos\\_egeszsegugyi\\_fogalmak](http://fogalomtar.eski.hu/index.php/altalanos_egeszsegugyi_fogalmak)
- [2] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- [3] 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról
- [4] 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
- [5] 13/2009. (IV. 22.) EüM rendelet az egyes főbb betegségcsoportok finanszírozási eljárásrendjének szerkesztése és szakmai egyeztetése lefolytatásának egységes szabályairól
- [6] 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
- [7] 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- [8] Újraélesztett egészségügy – gyógyuló Magyarország Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére Szakmai konzultáció – vitairat 2010. október

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Kövi Rita** a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzése után gyermekgyógyász, majd radiológus szakvizsgát tett. A Budai gyermekkórházban gyermekgyógyászként, később gyermekradiológusként dolgozott. 1990-től 2000-ig a Semmelweis egyetem I. számú Gyermekklinikáján volt gyermekradiológus. Számos tudományos közleménye jelent meg, és rendszeresen tartott előadásokat hazai és külföldi konferen-

ciákon. Részt vett az egyetemi oktató munkában is. A Telki Kórházban heti egy alkalommal gyermekradiológusként gyakorló orvosi tevékenységet folytat. 2000-től 2010. közepéig az OEP – nél dolgozott szakmapolitikai és finanszírozási területen. 2003-ban orvos-közgazdász oklevelet szerzett a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karán, ahol később óraadóként oktatott. 2010. elejétől az ELTE-n oktat. Több szakmai szervezetnek tagja, a Medicina 2000 Járóbeteg és Poliklinikai Szövetség titkára, a META elnökségi tagja.



## VI.

### *Regionális Egészségügyi Konferencia*

Időpont: 2011. február 24. (csütörtök)

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)

**LARIX Kiadó Kft.**

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29.

Telefon / fax: 333-2434, 210-2682

ime@imeonline.hu • larix@larix.hu www.imeonline.hu • www.larix.hu