

Struktúra-váltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgástere a 2000-es években

Dózsa Csaba, Corvinus Egyetem

A tanulmány feltárja, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszerben hogyan értelmezhető a struktúraváltás, az egyes ellátási szinteken és különböző dimenziókban. A változást makroszinten, az intézményrendszer szintjén az ellátások kapacitása, betegforgalma, tevékenysége, finanszírozása, technológia tartalma, humán erőforrás összetétele dimenziókban vizsgálja. Regionális megyei területi szinten a kórházak és más egészségügyi intézmények közötti feladatmegosztások, kompetenciaszintek meghatározása, az integráltság foka szerint az intézményi szinten az épület-infrastruktúra dimenziójában a tömbösítés, a telephelyek és pavilonok száma és elhelyezkedése változása szerint elemzi. A tanulmányban elméleti megközelítésből megvizsgálja a szerző, hogy ezeken a szinteken és dimenziókban milyen mutatók alapján mérhető a struktúraváltás, példákön keresztül elemzi, hogy ezek alapján mennyiben haladt előre a struktúra átalakulása az elmúlt években.

The study investigates the possible interpretations of structural changes in the Hungarian health care sector at different levels and dimensions. At macro level, the study focuses on the dimensions of capacity, number of patients, activities, financing, technology content and human resources of care. At regional-county level it examines the procedures of competence and task distribution among hospitals and other health provider institutions and the level of integration. At the level of institutions further dimensions are examined as the institutional physical infrastructure, such as the number of sites and pavilions, block-structure. The study reveals which indicators are considered to be appropriate to measure structural change at different levels and dimensions. Based on these figures, it also offers through examples an evaluation of the development of structural changes in the past few years.

BEVEZETŐ

A hazai egészségügyben ezekben az években az egyik sláger téma a struktúra-átalakítás emlegetése, amellyel kapcsolatban különféle vélemények láttak napvilágot: Meg kellene már végre kezdeni a struktúra átalakítását! Vagy: Végig kellene vinni a struktúra-átalakítást! A szakmapolitikai vitákban a struktúraváltást sok esetben az allokációs hatékonyság szinonimájaként emlegetik, ennek részeként hangsúlyozzák az aktív fekvőbeteg szakellátás arányának és kapacitásainak csökkentését [11], az alapellátás, járóbeteg

szakellátás tevékenységi köreinek a bővítését. Az alábbi rövid koncepcionális és módszertani megalapozó jellegű tanulmányban igyekszem feltárni ennek a szakmapolitikai kérdésnek a jelenlegi helyzetét Magyarországon, valamint kísérletet teszek arra, hogy sokkal mélyebb, szerteágazóbb megközelítésben próbáljam meg definiálni ezt a fogalmat. A tanulmány esszenciája előadás formájában az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2011. február 25-i Regionális konferenciáján hangzott el.

KÖRNYEZETI KIHÍVÁSOK

A korszerű egészségügyi ellátórendszerekkel szemben Európában számos kihívás jelent meg az elmúlt évtizedben, mint az idősödés trendje (ageing), ezzel együtt a krónikus betegek számának jelentős emelkedése, a gyógyszeres, műtéti és diagnosztikai technológiák rohamos fejlődése, valamint az információs társadalom begyűrűzése, a fogyasztói öntudat és igények növekedése. A szervezett intézményi válaszok más európai országok példája alapján:

- az ellátói kapacitások átalakítása (redesign, renovation);
- egyes intézmények profilváltása;
- a specializált szaktudást igénylő nagyértékű technológiák koncentrációja kiemelt ellátó-centrumokba;
- a minimál invazív beavatkozásokat és a gyors diagnosztikát lehetővé tevő technológiák széles körű elterjedése (UH, katéteres eljárások, laparoszko-pos és lézeres műtéti technológiák);
- intézményi összevonások, fúziók (mergers), holdingok kialakítása, a mátrix struktúrák elterjedése;
- a krónikus betegségek komplex ellátása (chronic disease management (CDM) programmes) keretében pedig a különböző szintű és jellegű ellátások integrációja, a korábbi merev intézményi falak lebontásával és multidiszciplináris teamek elterjesztésével a folyamatos ellátás (continuum of care) biztosítása.

Emellett az egészségügyi és egészségpolitikai szakemberek részéről a hazai közfinanszírozott egészségügyi ellátás – főleg kórházi ellátás – struktúrájával szemben megfogalmazott tipikus kritikai érvek az elmúlt évtized derekán az alábbiak voltak [8, 11]: a nemzetközi viszonylatban is túlzott aktív kórházi ágyszám, a területileg aránytalan hozzáférés, a progresszív ellátás szintjeinek keveredése, a nem egységes és „egyenszilárdságú” sürgősségi ellátó-rendszer, a heterogén ellátási minőség és a korszerű technológia adatai lehetőségek kiaknázatlansága (pl. egynapos sebészet, telemedicina).

Az egészségügyi struktúraváltást indukáló környezeti változások Magyarországon:

- idősödő társadalom (ageing);
- krónikus betegek számának növekedése;
- egészségügyi technológiák gyors fejlődése (gyógyszerek, orvostechnikai eszközök, diagnosztika, info-kommunikációs eszközök stb.);
- információs társadalom begyűrűzése;
- fogyasztói öntudat és fogyasztói igények növekedése;
- kényelmi szempontok és az otthoni/lakóhely-közeli szolgáltatások iránti igény erősödése;
- súlyos humánerőforrás hiány és az utánpótlás nehézségei.

A STRUKTÚRAVÁLTÁS DIMENZIÓI

Ilyen kihívások és elvárások mellett mit hívhatunk egészségügyi struktúraváltásnak? Milyen dimenzióban vizsgálhatjuk, hogy valóban történt-e, történik-e jelenleg belső átrendeződés az egészségügyi ágazatban? Az alábbi részben a struktúraváltást, struktúra-átalakítást alapvetően három szinten vizsgálom meg, melyek:

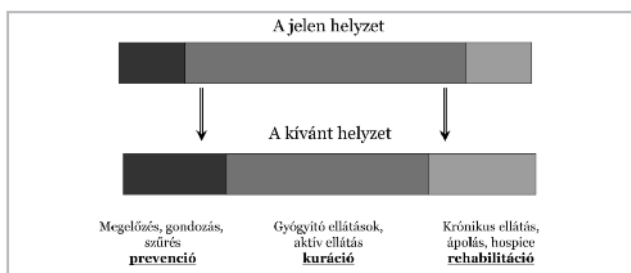
- az egészségügyi ellátórendszer szintje;
- területi (regionális-megyei) szint;
- intézményi szint.

Az egyes szinteken a struktúraváltás előrehaladásának vizsgálatát több dimenzióban is elvégezhetjük:

- **Az ellátói kapacitások** (kórházi ágyak száma, krónikus/aktív ágyszám, járóbeteg szakellátás óráinak száma, kórházak száma stb.);
- **Betegforgalom**, betegellátás mutatói (aktív és krónikus kórházi esetek száma, súlyossága, jellege, járóbeteg szakellátás, háziorvosi vizitek száma);
- **Finanszírozás** (valódi OEP közfinanszírozás alakulása, kasszánkénti kifizetések, intézmények közötti megoszlás, például a koncentráció változása);
- **Humánerőforrás** átrendeződése (orvos/szakdolgozói arány, orvosok szakvizsgák szerinti megoszlása, szakdolgozók és diplomás ápolók szakterületi megoszlása);
- **Egészségügyi technológia** (gép-műszerpark megújulása, és térbeli elérhetősége);
- **Egészségügyi intézmények fizikális infrastruktúrája** (épületállomány jellege, telephelyek és pavilonok száma, tömbösítés mértéke).

STRUKTÚRAVÁLTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER SZINTJÉN

Makroszinten, vagyis a hazai ellátórendszer egésze szintjén értelmezett struktúraváltást több dimenzióban, többféle mutató tekintetében is lehet értelmezni és vizsgálni. Véleményem szerint, ha ezek bármelyikében jelentős (15-20-30%-os) elmozdulás tapasztalható néhány év leforgása alatt, akkor beszélhetünk valódi struktúra-átalakulásról.



1. ábra
Saját forrás: Kincses Gyula ábrájának felhasználásával, 2006. április.

Az 1. ábra jól szemlélteti, hogy makroszinten hogyan foghatjuk fel a struktúraváltást, mind a tevékenységek, mind a finanszírozás – forrásallokáció volumenében. Ez jelentheti egyrészt az átrendeződést a gyógyítás (kuráció) felől a prevenció, megelőzés irányába, másrészt a rehabilitáció, ápolás, hospice, krónikus ellátás felé.

Szint	Intézményen belül	Területi szinten	Ágazat szintjén
Fókusz			
Kapacitások - struktúra	Aktív ellátás szükséglete Járóbeteg ellátás, rehabilitáció, krónikus kap. bővülése	Járóbeteg ellátás, otthoni ellátások kapacitásának bővülése	Prevenció Rehabilitáció Fejlesztése
Betegforgalom	Kisebb hospitalizáció, több otthoni ellátás	Több ambuláns ellátás,	Alapellátás – kapuőr szerepe
Finanszírozás	Egynapos ellátások, járóbeteg ellátások növekvő finansz.	Prevenció – egészségfejlesztés, járóbeteg ellátás, otthoni ápolás bővülő finanszírozása	
Humánerőforrás	Kevesebb kórházi dolgozó	Több alapellátási dolgozó, prevencióban és rehabilitációban dolgozó szakember	
Összességében	Aktív ell. Szükséglete és koncentrációja járób., rehabilitációs ellátások erősödése (+mátrix struktúrák)	Profilváltások – intézmények közötti munkamegosztás (+Holdíngok fúziók)	Elmozdulás a prevenció irányába (Totális nép-egészségügyi pr.)

2. ábra
Példák a struktúraváltás irányaira az egyes vizsgálati szinteken és dimenziókban
Saját forrás: IME regionális konferencia, 2011. február 25.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER RENDSZERSZINTŰ IRÁNYÍTOTT STRUKTÚRA-ÁTALAKÍTÁSA

A nemzetközi, és különösen az európai országok gyakorlatában nem ritka a tudatos közép és hosszú távú tervezés, és komplex stratégiai tervek, ún. master plan-ek megvalósítása. Ezek hazai bemutatására szervezett konferenciasorozatot az Egészségügyi Menedzserképző Intézet 2007. december – 2008. januárban. Néhány ország (Ausztria, Észtország, Franciaország és Svédország) példája alapján az alábbiakban tekintjük át, hogy mik a főbb jellemzői a rendszerszintű struktúraváltásnak:

- hosszútávú stratégiai tervek, master plan-ek készítése és megvalósítása;
- kórházcsoportok és ellátási szintek világos elkülönítése (helyi – városi – regionális – országos – egyetemi klinikák);
- fokozatos végrehajtás több lépésben 6-10-12 év alatt;
- technológiai lehetőségek kiaknázása;
- rugalmas működési-szervezési formák bevezetése (pld. mátrix kórház, gazdasági társaság);

- összevonások, fúziók (holdingok, vertikális integráció);
- profilváltások.

Ha az ellátórendszert szintekre bontjuk, mint alapellátás és szakellátás, szakellátáson belül járóbeteg- és fekvőbeteg szakellátás, akkor a struktúraátalakítást tekinthetjük e szintek közötti átrendeződésnek. Ezt is kifejezhetjük a kapacitások volumenében, az ellátott tevékenységek számában, és a ráfordított források, főként közpénzek arányában. A tevékenységek jellegének átrendeződése szintén a struktúraátalakítást monitorozó tevékenység tárgyát képezheti. Például a valódi prevenciós, diagnosztikai vagy rehabilitációs ellátások súlyának, arányának változása a kuratív tevékenységekhez képest.

A struktúraváltást jellemezhetjük az egyes tevékenységeket nyújtó szakszemélyzet számával és arányával is. Pld. hány orvos dolgozik háziorkosként, hány szakrendelőben és hány kórházban, hány diplomás nővér dolgozik az otthoni szakellátásban és a kórházi ellátásban. Leírható az ágazat humán erőforrásának mozgása, belső arányainak átrendeződése 3-5-10 év távlatában.

STRUKTÚRAVÁLTÁS TERÜLETI SZINTEN

A struktúra-átalakítást egy-egy területen belül komplexen is értelmezhetjük, ahogy azt az alábbi, 3. ábra mutatja: egy tipikus hazai megyében, ahol a „0” időpontban négy aktív profilú kórházunk van. A struktúraátalakítást kezdjük el az alapszakmák kiskórházak aktív profiljainak megszüntetésével (manuális szakmák, intenzív osztály, szüléset-nőgyógyászat), ezzel egy időben kerül sor az adott településen a mentés megerősítésére (például esetkocsik számának növelése) és a járóbeteg ellátás fejlesztésére, a műtők egy része használható nappali műszakban egynapos sebészeti ellátások céljából. Ezzel a lakosság ellátása biztonságosan tovább folytatható, de a multidiszciplináris megközelítést igénylő, súlyosabb eseteket inkább a jobb technológiai háttérű kórházakban látják el, ahol a személyzet szaktudása és rutinja is nagyobb, tehát jobb minőségű ellátás érhető el. Az ellátások e körének koncentrációja továbbá javítja a na-



3. ábra
 Területi szinten tervezett struktúraátalakítás és intézményi profil-tisztítás
 Saját forrás: előadásanyag, 2006. április.

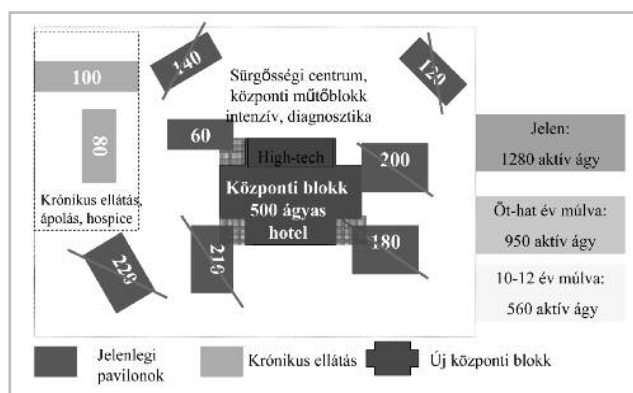
gyobb kórházak méretgazdaságosságát, ezzel az intézmény pénzügyi stabilitását, és ennek eredményeképpen a megye lakossága számára az ellátás biztonságát.

A városi kórház és a megyei-regionális centrum között tisztázni kell a progresszív ellátás szintjeit. Például onkológiai gyógyszeres terápiák csak ez utóbbiban végezhetőek. A városi kórházban kiépül az SO2 szint, legalább CT háttérrel, intenzív részleggel, míg a regionális centrumban SO1-et kell kialakítani CT mellett még legalább MRI háttérrel, intenzív osztállyal. Egy regionális centrumtól elvárható, hogy működjön az invazív kardiológiai ellátás, végezzenek stroke trombolízis kezeléseket és működjön PIC.

A területi szintű struktúraváltást az intézmények összeolvasdása, fúziója egészítheti ki, vagy más megközelítésben a kisebb egészségügyi intézmények beolvasztása a nagyobb intézményekbe, többnyire kórházakba, orvosegyetemi klinikákba. Az intézmények összevonása után a korábbi különálló kórházak telephelyekké válnak, majd a telephelyek között hajtják végre a struktúraváltás fentiekben már leírt intézkedéseit: aktív ellátások, sürgősségi ellátás koncentrációja a központi telephelyre, egyes telephelyek és pavilonok megszüntetése, krónikus ellátás, rehabilitáció, ápolás koncentrációja külön telephelyeken.

STRUKTÚRAVÁLTÁS INTÉZMÉNYI SZINTEN

A struktúraváltást-t értelmezhetjük egy még szűkebb körben, a kórházak fizikális infrastruktúrájának átalakulásaként is. Ebben a megközelítésben a struktúra átalakítását az egyes kórházi telephelyek és/vagy pavilonok között értelmezzük. A 4. ábra szematikusan ábrázolja, hogy több lépésben hogyan lehet átalakítani a hagyományos több telephelyű és sok pavilonú kórházat megfelelően célzott koncentrált beruházásokkal, tömbösítéssel.



4. ábra
 Intézményi szinten tervezett struktúra-átalakítás
 Saját forrás: előadásanyag, 2006. április.

A tömbösítéssel cél a méretgazdaságos épületállomány kialakítása: a működési költségek racionalizálása, csökkentése (fűtés, karbantartás, takarítás, logisztika stb.), valamint a szakmai folyamatok támogatása a sürgősségi ellátás, a diagnosztika koncentrációval, a központi műtő és központi intenzív osztály létrehozásával és térbeli közvetlen és gyors

elérhetőségük kialakításával. Ez sok kórházban csak átfogó, több milliárd forint értékű célzott beruházással érhető el, mellyel együtt az új tömb direkt összekötése valósul meg a már meglévő hotel és egyéb terápiás épületekkel. Az épületek összeépítése, tömbösítése optimalizálhatja az ügyeleti létszámokat, a műtöket és intenzív osztályt kiszolgáló intenzív-aneszteziológus szakemberigényt, az ápolói személyzet létszámát, és egyben lehetővé teheti a rugalmas intézményi mátrix struktúrák kialakítását is.

AZ EGÉSZSÉGÜGY STRUKTÚRA-ÁTALAKÍTÁSÁNAK HELYZETE MAGYARORSZÁGON

A fenti elméleti bevezetést követően most tekintsük át, hogy a rendelkezésre álló adatok, információk alapján a feltárt dimenziókban valójában milyen mértékben haladt előre a struktúraváltás az elmúlt években.

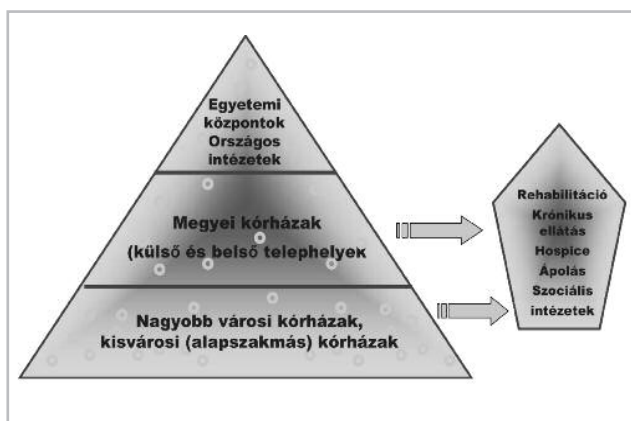
A hazai helyzetet leginkább a megkezdett, majd félúton megtört reformlépések jellemzik. 2004-től újult erővel indult meg a sürgősségi ellátás rendszerének országos fejlesztése, melyet a több-biztosítós reformtörekvések szorítottak háttérbe. A technológia váltás területén 2003-ban az OEP pályázati kiírását követően vett nagy lendületet – a korábban 2-3%-ot kitevő – egynapos sebészeti eljárások elterjedése, melyet a 2007-es újabb pályázat tovább bővített, így mára már nagyjából 15%-ot ér el részarányuk az összes műtétes beavatkozás körében (szemben a nyugat-európai 35-40%-kal). Az aktív ágyak számát 2007-ben durva adminisztratív eszközökkel (27%-kal, 16 ezerrel!!!) egy tollvonással csökkentette le a korábbi kormányzat.

2007-től kezdve megkezdődött az intézményszektor valódi infrastrukturális megújulása is az Európai Unió pályázatok (ÚMFT TIOP 2. prioritási tengelye, ROP-ok rehabilitációs és járóbeteg szakellátási pályázatai) révén. Megkezdődött a kiskórházak profilváltása a TIOP 2.1.3-as pályázati konstrukció keretében: járóbeteg szakellátás és egynapos sebészet fejlesztése, az aktív fekvőbeteg szakellátás megszüntetésével együtt. 2008-2009-ben a sárvári és kapuvári kórházban került sor a rehabilitációs profil kialakítására az aktív fekvőbeteg-ellátás megszüntetésével. Ezeknek a beruházásoknak az üteme és intenzitása azonban jóval elmarad a 2006-ban tervezettől, ráadásul ezeket a beruházásokat nem követik hasonló mértékben a humán erőforrás és az ágazati informatikai fejlesztési programok.

További súlyos problémaként jelenik meg, hogy az OEP finanszírozási és ösztönző rendszerét (kisebb korrekciók ellenére) sem sikerült még gyökeresen átalakítani a költség-hatékonyabb, korszerűbb és a rendszer különböző szintjeit integráló egészségügyi szolgáltatások nyújtásának ösztönzése és az eredmény szemlélet megkövetelése érdekében. Az elmúlt évtized eredménye, hogy széles körben alakult ki az egynapos sebészet finanszírozásának lehetősége, és a díjharmonizáció következtében számos tevékenység végzése már a járóbeteg szakellátás keretei között is megéri az in-

tézményeknek, de még mindig tapasztalható a felesleges többnapos kórházi ellátások nyújtása, amit az OEP rendre finanszíroz is a kórházaknak.

A struktúraváltás előrehaladását jól szemlélteti a magyar egészségügyben az aktív kórházak számának csökkenése (a 2000-ben működő hozzávetőleg 137-ről a mai közel 100-ra), ezen belül a korábbi aktív profilú kórházak megszűnése, átalakulása. Egyik ilyen nagyobb kör a korábbi alapszakmás városi aktív kórházak átalakulása rehabilitációs, ápolási szakkórházzá, esetlegesen megerősítve még a járóbeteg-ellátást, diagnosztikát, egynapos sebészetet (5. ábra). Ez már több kórházban megtörtént az elmúlt évtized(ek)ben: Nagykőrös, Tata, Kapuvár, Sárvár, Pásztó, Mór, Kisbér, Kiskunfélegyháza, Zirc Várpalota, Siklós. Ebbe az irányba halad több kórház, illetve várható, hogy a következő években ezekben is bekövetkezik a komplex struktúra-átalakítás: Komló, Nagyatád, Szikszó, Mezőtúr, Celldömölk, Csorna.



5. ábra
Struktúraváltás az egészségügyi ellátásban: intézmények profilváltása

Forrás: Saját kidolgozás, előadásanyag, 2006. április.

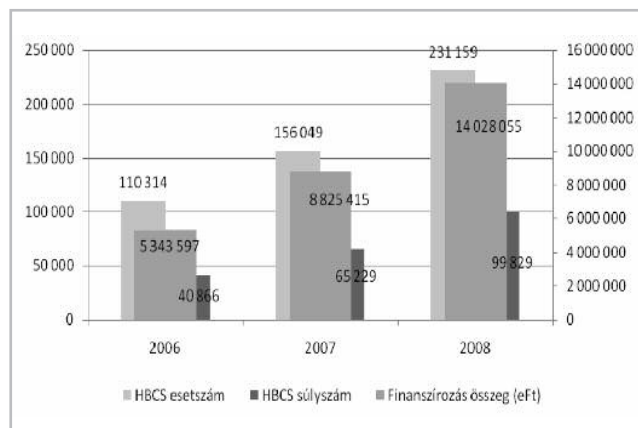
A struktúraváltás felgyorsulását szemlélteti az 1. táblázat, amelyben az aktív fekvőbeteg ellátási profilú kórházak megszűnését és jelentős profilváltásait (ún EXIT-ek) a puha költségvetési korlát elméletének hazai adaptálása keretében vizsgáltam meg [9].

Exit típusa	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Megszűnt (1)		1				3		4
Beolvadt (2)		1	1	1	1	11	1	16
Profilváltás járóbeteg szakellátásba, egynapos ellátásokba (3)						5	4	9
Profilváltás rehabilitációba, krónikus ellátásba, ápolásba (4)						13	1	14
Aktív kapacitás jelentős csökkentése (5)						8		8
Működési formaváltás (6)	1		1	4	2	5	3	16
Fenntartó v. tulajdonosváltás (7)					2			2
Összesen:	1	2	2	5	5	46	9	69

1. táblázat
Az EXIT típusok időbeli alakulása a hazai kórházszektorban, 2002-2008.
Saját forrás: PhD disszertáció, 2010. november.

STRUKTÚRAÁTALAKÍTÁS – TECHNOLÓGIA-VÁLTÁS

A struktúraváltás valódi előrehaladásáról tanúskodik az egynapos sebészeti ellátások számának és súlyának növekedése a HBCS-finanszírozott kórházi ellátások, műtétek között. Az OEP 2003-as első egynapos sebészeti pályázatát megelőző időszakban az OEP által évente finanszírozott 1,0-1,1 millió műtét közül a kórházak csupán 50-55 ezret jelentettek egynapos ellátásként. Az ezt követő években lassú változás következett be az ellátások arányában, de nagyobb lökést a 2007-es újabb egynapos pályázat jelentett, melyben több mint 60 ezer súlyszám került kiosztásra a pályázati nyertesek, közöttük sok járóbeteg szakrendelő és külön az egynapos ellátásra szakosodó (magán)intézmény között.



6. ábra
Az egynapos sebészeti ellátás esetszámjai, súlyszámai és finanszírozási összegei 2006-2008-as időszakban [3]

Az egynapos sebészeti ellátás előretörését azonban Magyarországon számos szociális és kulturális körülmény hátráltatja, amely nem teszi lehetővé a betegek ambuláns kivizsgálását és a műtétet követő órákban hazabocsátásukat. Emiatt várhatóan a következő években sem lehet elérni az egynapos ellátások Nyugat-Európát (60%), USA-t jellemző arányát (80%), hanem saját becsléseim szerint annak maximum a felét (35-40%), ami közel 400 ezer egynapos jellegű beavatkozást, műtétet jelenthet egy évben.

Az aktív fekvőbeteg szakellátás területén egyfajta szakmai átrendeződést, és ennek arányában a finanszírozás jelentős átrendeződését is tapasztalhattuk. Radikálisan változott a korábbi tanulmányunkban [3] bemutatott öt kiemelt jelentőségű orvosi szakma kapacitás, esetszáma, és finanszírozása. Ezen belül az onkológia és invazív kardiológia előretörése, esetszámainak és finanszírozásának jelentős arányú növekedése (4%-ról 7,8%-ra), másfelől a hagyományos, többnapos bennfekvést igénylő sebészeti és gyermekgyógyászati ellátás kapacitásainak, esetszámainak és finanszírozásának jelentős csökkenése mutatkozott.



7. ábra
Szakmák közötti átrendeződés az aktív fekvőbeteg szakellátásban, 2000-2009. [3]

A 2. táblázattal (a 2. táblázat a következő oldalon található.) vázlatosan az előző fejezetben kidolgozott dimenziók mentén – néhány kiragadott intézményi példán keresztül – mutatjuk be, hogy hol tart a struktúraváltás a hazai egészségügyben.

ÖSSZEFOGLALÓ MEGÁLLAPÍTÁSOK

A záró részben vázlatosan áttekintem, hogy végül is beszélhetünk-e Magyarországon struktúraváltásról. Ennek alátámasztásként felsorolom, hogy az egészségügyi ellátórendszerben mely területeken következtek be az elmúlt években lényeges strukturális változások.

A struktúraváltás folyamatban van

- 2001-től hemodinamikai laborok hálózatának kialakulása
- 2003-tól: egynapos sebészeti és kúraszerű ellátások gyors ütemű terjedése (akkori 2-3%-ról mára 15%)
- 2004-től: sürgősségi ellátás rendszerének fejlesztése
- 2007: aktív ágyak számának csökkentése (16 000 ágygyal, 27%-kal)
- EU-s pályázatok:
 - TIOP 2.1.3 Kiskórházak profilváltása: aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztése – a projektek lezárultak (9 helyszín),
 - Rehabilitáció fejlesztése: NYDOP rehabilitációs kiemelt projektek: Sárvár, Kapuvár; jelenleg zajlik a hat konvergencia régióra kiterjedő rehabilitációs pályázat
 - TIOP 2.2.2 Sürgősségi osztályok (SO1, SO2) fejlesztése – projektek folyamatban (25 nyertes)
 - TIOP 2.2.4 Struktúraváltoztatást támogató infrastruktúrafejlesztés a fekvőbeteg-szakellátásban – szerződéskötés csak részben (24 nyertes) tömbösítés, telephely-pavilon kiváltások
 - TIOP 2.2.7 Infrastruktúra-fejlesztés az egészségpótlusokban – közbeszerzések folyamatban (7 nyertes)

Struktúraváltás dimenziói	Mutató	Értékek, példák
Ellátórendszer szintjén		
Kapacitások	- aktív/krónikus (benne rehabilitációs) ágyak arányának csökkenése - kórházi ágyszám csökkenése	- a 2005-ös 1/3-os arányról (20/60 ezer ágy), 2010-re 27/44 ezres arányra módosult. - 80 ezerrel 71 ezerre.
Betegforgalom, tevékenység volumenének, jellegének átalakulása	- prevenció tevékenységének növekedése - járóbeteg ellátási, egynapos esetek számának, arányának növekedése - korai és programozott rehabilitációs esetek számának növekedése - szakápolási esetek számának növekedése	- népegészségügyi szűrővizsgálatok számának növekedése (mammográfias szűrővizsgálatok, citopatológiai vizsgálatok száma, colorectális és prosztata daganat vizsgálatok száma); - egynapos sebészeti beavatkozások számának növekedése a 2003-as 55 ezerrel a 2008-as 231-ezerre; - házi szakápolási esetek száma 2001-es 25 ezerrel, 2010-es 53 ezerre nőtt.
Finanszírozás átrendeződése	- prevenció tev. finanszírozásának növekedése - fekvőbeteg ellátás csökk. - járóbeteg szakellátás növ. - házi szakápolás/aktív fekvőbeteg finanszírozás arányának növekedése	- mammográfias és citopatológiai vizsgálatok kifizetéseinek összege; - járóbeteg szakellátás kiadásának és arányának növekedése az aktív fekvőbeteg szakellátáshoz képest: 2001-es 1/4-ről 2011-es közel 1/3-ra; - házi szakápolás kifizetéseinek aránya az aktív kórházi ellátás kifizetéseivel képest: 2001-es 0,5 %-ról 2011-es 1,2 %-ra.
Technológia-váltás	- Egynapos, kúraszerű ellátások és nappali kórházi ellátás volumenének és arányának növekedése	- egynapos sebészeti/ hagyományos műtéti eljárások aránya- - kúraszerű ellátások aránya az onkológián, neurológián, hematológián belül.
Humán erőforrás átrendezés	- orvos/nővér létszám - sürgősségi orvosok, rehabilitációs szakorvosok számának növekedése - diplomás ápolók számának, arányának növekedése	(A tanulmány készítésének idejére részletes adattal jelenleg nem rendelkezem az orvosok és egészségügyi szakdolgozók belső szakmai megoszlására és annak változására vonatkozóan)
Regionális, területi szinten		
Területi szinten (megyékben, nagyobb városokban)	- Kiskórházak profilváltása, aktív ellátási profilok, sürgősségi ellátás koncentrációja - Intézmények fúziója, majd belső telephely ésszerűsítése	- Egy-egy megyében jelentősen előrehaladt pl.: Győr-Moson-Sopron, Vas, Nógrád; - Más megyékben folyamatban van: pld.: Veszprém, Somogy, BAZ, Baranya. - Részlegesen a fővárosban: pld Csepeli Kh, Budai Gyermekkorház bezárása, intézmény-összevonások (ÁEK, gyermekkorházak)
Intézményi szinten		
Intézményi szinten	- tömbösítés (épületek összeépítése, központi sürgősségi és technológiai tömb megépítése) - pavilonok és telephelyek számának csökkentése	Részben előrehaladt: Szent Imre Kh, folyamatban van az EU-s TIOP pályázatok keretében megvalósuló pólus és struktúraprojektek (Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szombathely megyei kórházaiban) De megoldatlan még a János kórház, Szent István - Szent László Kh, Semmelweis Egyetem sokpavilonos rendszere.

2. táblázat
Struktúraváltás a hazai egészségügyben – az ellátási szinteken az egyes dimenziók mentén

A fenti érveléssel szemben azonban több szempontból tudunk ellenérveket is felhozni. Összességében sok minden változott, részlegesen belső szakmai átrendeződés, technológiai megújulás is történt az ágazatban, de mégis hiányzik a hosszú távú következetes irányítás és végrehaj-

tás. Még mindig megoldatlan az alapellátás kapuőr szerepe, pedig valódi struktúraváltást eredményezne az alapellátás kompetencia szintjének emelése, a házi orvosi prevenció és szűrési feladatok intenzitásának és hatékonyságának javítása. Ehhez illeszkedve elengedhetetlenül

fontos a kórházi ellátások kiváltását szolgáló otthoni ellátási formák (szakápolás, otthoni rehabilitáció, hospice stb.) kapacitásainak és kompetenciaszintjének jelentős emelése. A struktúraváltást támogató további modernizációs eszköz lehetne az infokommunikációs eszközök széleskörű integrálása a gyógyító szolgáltatások – minőségének, hozzáférhetőségének – fejlesztése érdekében (eVény, eKórlap, eElőjegyzés, telemedicina, teleradiológia, intelligens otthoni jelző és diagnosztikai eszközök stb.). E nélkül már nem lehet elképzelni egy modern egészségügyi rendszert.

Nincs struktúraváltás!

- Az alapellátás súlya továbbra is kicsi, a háziorvosi prevenció és szűrés szerepe csekély;
- Az otthoni ellátási formák kapacitásai nagyon lassan nőnek, jelentős fejlesztésre szorulnak;
- Az infokommunikációs technológiák nagymértékű bevonására és integrálására van szükség (pld eKórlap, eRecept, telemedicinális rendszerek – e területen még alig történt valami!);
- EU-s pályázatok általi infrastrukturális megújulás üteme és intenzitása elmarad a tervezettől;
- A fejlesztéseket nem követik humán erőforrás és ágazati informatikai fejlesztési programok;
- A kifizetések belső arányai csak kismértékben változtak, némi eltolódás történt a járóbeteg szakellátás és az azt kiegészítő diagnosztikai ellátások felé;

- Az OEP finanszírozási és ösztönző rendszerét még nem alakították át teljesen a költséghatékonyság és a felvilágosult vásárlói szerep kialakítása érdekében;
- A betegáramlás mértéke és megoszlása az egyes ellátási szintek és típusok között (alap- és szakellátás, kórház/járóbeteg ellátás) lényegesen nem változott.

Végezetül hangsúlyozni kell, hogy az egészségügy struktúraváltása túl azon, hogy szolgálja az ellátórendszer fenntartható működését és hatékonyságát, nem önmagáért és nem önmagában való. Egyrészt a rendszer végső célja a lakosság egészségi állapotának javítása, várható élettartamának és életminőségének a növelése, másrészt a struktúraátalakítást egy átfogó intézkedéscsomagba kellene ágyazni, kezdve a fizikális (épület és eszköz) infrastruktúra átalakításával, egészen a humán erőforrás (egészségügyi munkaerő-kínálat) megfelelő átalakításán át a finanszírozási rendszer átszabásig. Nagyon fontosnak tartom, hogy a fenti gondolatkíséret után a következő években kialakuljon a struktúraváltás – struktúra-átalakítás pontos szakmai és módszertani elemzési keretrendszere. Ennek részletes kidolgozása, majd rendszeres monitorozása az egészségmonitorozás országos hálózatának feladatköre lehetne.

Teendő tehát van bőven ezekben az években, amelyhez számos korábban kidolgozott koncepció és szakértői anyag is rendelkezésre áll. Most már csak arra van szükség, hogy legyen végre politikai erő, amely hosszú távú célok mentén valódi változásokat kíván elérni.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Boncz, I., Takács, E., Szaszko, D., Belicza, É.Dr. (2006). Területi egyenlőtlenségek I. – Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele. *Kórház* 7-8, 37-43.
- [2] Dózsa, Cs. (2008/1). 2006-2007-es évek az egészségügyben: Reformtervek és programok kavalkádja. In Sándor, P., Tolnai, Á., Vass, L., Eds. *Magyarország Politikai Évkönyve 2007-ről*. Kossuth: Budapest.
- [3] Dózsa, Cs., Kövi, R., Ecseki, A. (2010). Változások az aktív fekvőbeteg szakellátás egyes szakmacsoportjaiban az utóbbi 10 évben I-II. rész. *IME -Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 9(5), 15-19; 9(9), 13-18.
- [4] Dózsa, Cs.: *Kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre Magyarországon a 2000-es évek elején*. PhD disszertáció, 2010. november.
- [5] Evetovits, T. (2008). Moving from a passive provider payment to a strategic purchasing in the context of a DRG payment system. *Előadásanyag*, Bled, Szlovénia.
- [6] Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2005) *Purchasing To Improve Health Systems Performance*. McGraw-Hill Education.
- [7] Ibern, P. (2007). Hospital Resource allocation in Catalonia: Activity-based financing and yardstick competition.
- [8] Kincses, Gy. (1995). Az átalakítás általános elvei problémái, eddigi története. In Ajkay, Z., Kullman, L. (szerk.) *A magyar kórházügy*. Magyar Kórházszövetség, Budapest.
- [9] Kornai, J. (2008). A puha költségvetési korlát szindrómája a Kórházi Szektorban. *Közgazdasági Szemle*, 55, 1037-1056.
- [10] Kornai, J., Maskin, E., Gerard, R. (2003). Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature*, 61, 1095-1136.
- [11] Orosz, É. (2001). *Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest.
- [12] OEP Statisztikai Évkönyvek 2002-2009.
- [13] ESKI tanulmányok.
- [14] *Kórházak Évkönyve*. OEP kiadvány 2004.

Dózsa Csaba bemutatása lapunk X. évfolyamának Egészség-gazdaság különszámában olvasható.