

A Semmelweis Terv egészségpolitikai keretrendszere és az átalakítás stratégiai irányai: hatékonysági problémák orvoslása

Dr. Gaál Péter, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ



A Semmelweis Tervet szakmai vitaanyagaként hirdette meg a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága 2010. november 4-én [1, 2], majd hosszas társadalmi vita és egyeztetés után, a Kormány 2011. május 31-én fogadta el a vitaanyagból koncepcióvá érett Terv alaptéziseit és legfontosabb in-

tézkedéseit 12 pontban [3]. A kormánydöntéssel kapcsolatos reakciók egyáltalán nem meglepő módon egyes fogadattásról tanúskodnak [4]. A tisztán politikai indíttatású, illetve alapvető tájékoztatlanságot tükröző bírálatokkal szakmai szempontból nincs értelme vitába szállni [5], ám egyes híradások elgondolkodtatóak, mert a betegellátásra gyakorolt olyan vélt hatásokról írnak, amelyek a koncepció alapvető félreértésén alapulnak [6, 7]. Ebben a cikkben, a teljesség igénye nélkül, ezeket a félreértéseket igyekszem meg elosztatni annak az egészségpolitikai gondolkodási keretrendszernek a részletesebb kifejtésén keresztül, amelyre a Semmelweis terv is épül.

PROBLÉMA-ALAPÚ PROGRAMALKOTÁS ÉS HATÉKONYSÁGI PROBLÉMÁK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A probléma-alapú programalkotás legfontosabb tézise, hogy az egészségügyi rendszer átalakításának kiindulópontja a megoldandó „teljesítményprobléma”, teljesítményproblémának pedig a rendszer számára az egészségpolitikusok által kitűzött végső célok el nem érését tekintjük [8]. Az egészségügyi ellátásból vett hasonlattal élve, úgy is mondhatjuk, hogy a „beteg” egészségügyi rendszerek gyógyítása során a diagnózis felállításának meg kell előznie a terápia kiválasztását. Ennek az egyébként triviálisnak tűnő megállapításnak a leszögezése éppen azért van szükség, mert az egészségpolitikai viták sok esetben a terápiás eszközök szintjén folynak, anélkül, hogy egyetértés lenne a követendő célokban és az ebből következő problémákban. Az olyan egészségügyi reformról, amelyik konkrét egészségpolitikai eszközöket emel céljá (pl. az a cél, hogy minél nagyobb mértékben piacossítsunk, vagy az a legfontosabb cél, hogy államosítsunk, vagy célul tűztük ki a rehabilitációs ágyak számának emelését) nem folytatható értelmes egészségpolitikai vita, mert nincs viszonyítási pont, amelyhez képest az adott rendszerszintű beavatkozás hasznossága, vagy éppen kára megítélhető, vizsgálható lenne. Bár az orvoslásban előfordulhatnak olyan esetek, amikor a terápia

eredményességéből utólag következtetünk a kezelt betegség diagnózisára, a rendszerszintű beavatkozásoknál ilyen kényszerítő helyzet nem szokott előfordulni. A szakma és a közvélemény annál is inkább joggal várhatja el a megalapozott diagnózist (bizonyítékokon alapuló programalkotás elve), mert a komolyabb rendszerszintű beavatkozások megvalósítása hosszú időt vesz igénybe, tehát kormányzati ciklusokon átívelő konszenzus nélkül nagyon kicsi a siker esélye (megvalósíthatóság elve) [8]. A társadalmi alrendszerek átalakításában az óvatosság emellett azért is kötelező, mert egyes esetekben a reformok által elindított változások visszafordíthatatlanok, így nincs lehetőség a tévedés korrekciójára. A „rendszergyógyítást” rendkívüli módon megnehezíti az is, hogy a rendelkezésre álló egészségpolitikai eszközök tárháza viszonylag szegényes, és sok esetben nincs elég tudásunk arra vonatkozóan, hogy a célok eléréséhez milyen eszközök kombinációjának az alkalmazására van szükség. Leginkább arról vannak meggyőző bizonyítékok, hogy mi az, amit mindenképpen célszerű elkerülni. Az átalakítási tervekben éppen ezért marad(hat)nak homályban bizonyos részletek, és éppen ezért célszerű olyan rugalmas kereteket megszabni, amely lehetővé teszi a megvalósítás tapasztalatai alapján történő korrekciókat, vagy egyszerre több megoldási javaslat egymás mellett történő kipróbálását.

A Semmelweis Tervben azonosított hatékonysági problémákra adott egyik válasz a betegút-szervezés intézményesítése, amely jó példa ennek a gondolatnak az illusztrációjára. Azt biztosan lehet tudni, hogy Magyarországon nem jó ötlet a betegút-szervezést egymással versengő magánbiztosítókra bízni, arra azonban, hogy hol van ennek a funkcionának a legjobb helye, nincs elég bizonyíték, nem áll rendelkezésre elég hazai, vagy nemzetközi tapasztalat. A Semmelweis terv által felvetett állami egészségügyi intézményrendszer kialakítása egy olyan lehetőség, amely igyekszik kellően rugalmas kereteket biztosítani a betegút-szervezés megvalósításának. A létrehozandó egészségügyi kapacitások szervezeti keretei nincsenek kőbe vésve, a rendszer működésével kapcsolatos tapasztalatok alapján szükség esetén módosíthatóak.

Ebben a cikkben a rendszer hatékonysági problémáival és a Semmelweis tervben ezekre javasolt megoldásokkal foglalkozom részletesebben. Nem térek ki részletesen a betegút-szervezés és a korábbi irányított betegellátási modellkísérlet, illetve rendszer koncepcionális elemzésére, mert ezek kifejtése más publikációkban olvasható [9,10].

Az állam-szocialista egészségügyi rendszer hatékonysági problémáinak csökkentésében jelentős szerepe volt az 1990-es évek során megvalósított finanszírozási reformoknak. Ugyan a bevezetett új finanszírozási technikák érdemben ja-

vították az ellátási szinteken belüli termelési hatékonyságot, azonban nem ösztönöztek a párhuzamosságok elkerülésére, a minél alacsonyabb szinten történő definitív ellátásra. Sőt, olyan torz ösztönzők alakultak ki, amelyek a minél magasabb szinten történő ellátásban tették érdekeltté az összes egészségügyi ellátót [11]. Az ellátási felelősség önkormányzatokra delegálása, és az egészségügyi intézmények önkormányzati tulajdonlása és (egyes esetekben) menedzsmentje a címzett és céltámogatási rendszeren keresztüli központi ellenőrzési lehetőség ellenére fragmentálttá és helyi illetve magánérdekekkel átszóttá tette a rendszert mind a fejlesztések, mind pedig a menedzsment területén [12]. Mindezek alapján az egészségügyi szolgáltatók esetében a hatékonysági tartalékok nem elsősorban az egyes szolgáltatóknál vannak, hanem a különböző szolgáltatók közötti együttműködésekben:

- közös beszerzések, kiszolgáló funkciók közös szervezése (métréteg-gazdaságosság, átláthatóság, korrupció kiiktatása),
- ellátási szakterületek, ellátási profilok és ehhez kapcsolódó fejlesztések összehangolása (hatékonyság és minőség szempontjából optimális esetszám elérése),
- az egyes ellátók közötti betegmozgások összehangolása (betegút-szervezés).

Ezeknek a hatékonysági tartalékoknak a kiaknázása az ellátási felelősség és az ehhez kapcsolódó rendszerfunkciók tisztázásával, a szükséges strukturális átalakításokkal, valamint a betegút-szervezés kapacitásainak megeremtésével, intézményesítésével érhető el. Fontos alapelv, hogy az így kiaknázható források az egészségügyi ellátórendszeren belül kerüljenek újraallokálásra, a hiányterületek problémáinak enyhítésére. Ezt az alapelvet a 2011. május 31-i kormányhatározat is megerősítette. Ilyen hiányterület például az egészségügyi dolgozók fizetése, amely egyik legjelentősebb tényezője a rendszer dekompenzálódásával fenyegető elvándorlásnak.

A következőkben ezen hatékonysági problémákra javasolt megoldási lehetőségeket tekintem át azok betegellátásra gyakorolt várható hatásainak elemzésével együtt.

HATÉKONYSÁG, SZERKEZETÁTALAKÍTÁS ÉS FUNKCIONÁLIS INTEGRÁCIÓ

A Semmelweis Tervben megfogalmazottak szerint az egészségügyi ellátórendszer átalakításának központi eleme az Állami Egészségügyi Szervezési Központ (ÁESzK) létrehozása, amelynek egyik feladata a strukturális okokra visszavezethető hatékonysági problémák felszámolása. A struktúra-átalakítás módszertana jól ismert a nemzetközi gyakorlatban és egyes alapelveit a korábbi kormányzatok kapacitás leépítési programjai során Magyarországon is igyekeztek alkalmazni. A korábbi kudarcok nem ezeknek az alapelveknek a helytelenségére, hanem a helyi, illetve magánérdekek által történő eltorzítására és a döntéshozatali mechanizmus transzparencia hiányára vezethetőek vissza (pl. az OPNI bezárása mögött semmilyen racionális szakmai indok, releváns átalakítási alapelv nem volt).

A struktúraátalakítás *első lépése* az egészségügyi ellátások minőség, hatékonyság és fenntarthatóság szempontjából optimális esetszámainak a meghatározása, a szakmai kollégium tagozatainak bevonásával, a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján. Számos egészségügyi technológia esetében áll rendelkezésre meggyőző tudományos bizonyíték arra, hogy a nagyobb esetszám jobb minőséget eredményez és termelési értelemben hatékonyabb is [13, 14]. Bizonyos ellátásokra vonatkozóan minimum esetszámok rendelteti szinten is megfogalmazásra kerültek, ám ezeknek a szakmai feltételeknek a számonkérése eddig rendszerszerűen nem valósult meg. A *második lépés* a lehetséges intézménytípusok meghatározása az általános progresszivitási keretrendszer figyelembe vételével és a szolgáltatások optimális kombinációjának elhelyezésével (ideális modell). *Végül* pedig a jelenlegi helyzet felmérési adatai és rutin statisztikai adatok feldolgozása alapján hozzá kell igazítani a jelenlegi ellátókat az „ideális” modellhez. Természetesen ez utóbbi folyamattal kapcsolatos döntések nagy körültekintést igényelnek, hiszen a jelenlegi helyzet megváltoztatása nem minden esetben kivitelezhető, és nem is minden esetben kívánatos. A Semmelweis terv értelmezése során gyakran előforduló tévképzet például az, hogy a térségi szinten szervezhető ellátásokat egy központban kell elhelyezni, pedig számos olyan szakterület van, ahol ezek egymástól elválaszthatóak és külön-külön térségi ellátó-intézményben is elhelyezhetőek a minőség és hatékonyság romlása nélkül.

A struktúraváltás ennek alapján több részfolyamat eredményeképpen valósulhat meg:

- Funkcióváltó intézmény: megszűnik az aktív ellátás, helyét lakosság közeli járóbeteg-szakellátás, nappali kórház, rehabilitációs, illetve szociális ellátás veheti át;
- Ellátás-központosítás: az alacsony esetszám miatt rossz minőségű és nem hatékony ellátások az alacsonyabb szintű kórházban megszűnnek és egy másik intézményben koncentrálódnak.
- Profilátcsoportosítás: egy adott területen belüli intézmények a hatékonyság javítása érdekében, kölcsönösségi alapon megszüntetnek, illetve fejlesztenek különböző szakmákat, illetve ellátásokat. Ennek egyik speciális esete a funkcionálisan integrálódó intézmény, amelyben nem szűnik meg az aktív ellátás, de a profilátcsoportosítás, tevékenység összehangolás egy közeli, magasabb szintet képviselő ellátó központtal együttműködésben valósul meg;
- Profilfejlesztés: a meglévő kórházra elhelyezkedése alapján feltétlenül szükség van, de bizonyos szakmák, illetve ellátások a minőség és hatékonyság javítása érdekében fejlesztésre szorulnak.

Az egyik gyakran megjelenő kritika a tervezett átalakításokkal szemben, hogy a betegeknek többet kell utaznia az ellátásokért. Egyes kommentárok egészen odáig mennek el, hogy a központba szervezés miatt a sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés romlását vizionálják [6]. Alapvető félreértésről van szó több szempontból is. Egyrészt a Semmelweis

Terv a centralizációt nem minden ellátásra tartja szükségesnek. Vannak olyan ellátások (pl. egynapos beavatkozások), amelyek esetében éppen a decentralizáció kívánatos: a lakossághoz közeli ellátás jó minőségben és hatékonyan kivitelezhető. Másrészt, az ellátások centralizációja csak a progresszivitás rendszerében értelmezhető. A térségi központ kialakítása nem jelenti azt, hogy az alacsonyabb szinteken meg fog szünni a sürgősségi ellátás. A térségi központ kialakítására a súlyos politraumatizáltak optimális ellátása érdekében van szükség, de eddig ezek a feltételek a fragmentáció miatt nem mindenütt voltak adottak. Harmadrészt, kis esetszámmal, megfelelő gyakorlat és háttér nélkül nem lehet valós, érdemi ellátást nyújtani. Sok esetben ezeknek az ellátási szinteknek a létezésével nem pusztán az a baj, hogy rossz minőségű ellátást nyújtanak, hanem az is, hogy egyenesen hátráltatják a beteg időben megfelelő ellátóhelyre való jutását. Ennek támogatása pedig senkinek nem lehet az érdeke.

HATÉKONYSÁG ÉS BETEGÚT-SZERVEZÉS

A hatékonyság és minőség szempontjából optimális ellátási esetszámok elérése, az ennek megfelelő struktúra kialakítása önmagában nem biztosítja a különböző szintű egészségügyi ellátók együttműködését a leghatékonyabb betegutak kialakítása érdekében. A betegút-szervezés az a funkció, amely a betegség-, és esetmenedzsment eszköztárának felhasználásával és megfelelő informatikai támogatással képes funkcionálisan integrálni a különböző szintű szolgáltatókat. A betegút-szervezés előnye, hogy más egészségpolitikai eszközökkel szemben szelektíven képes javítani a hatékonyságot a szükségtelen ellátások kiszűrésével, valamint azoknak a betegeknek az ellátáshoz juttatásával, akiknek tényleg szükségük van az ellátásra, de különböző torzító tényezők miatt nem kapták azt meg [9].

A Semmelweis Terv elképzelései szerint az ÁESzK a szakmai kollégiumi tagozatokkal és a helyi szolgáltatókkal együttműködésben határozza majd meg az optimális betegutakat, ennek alapján nyomon követi és vizsgálja az eltéréseket. A kistérségi szintű betegút-szervezés támogatásával és irányításával pedig elősegíti a minél alacsonyabb szinten történő befejezett ellátások nyújtását.

Több esetben kritikaként fogalmazódik meg, hogy nincs szükség egy önálló intézményrendszer kialakítására: miért nem végzi ezt a feladatot egy már létező szervezet, az OEP, vagy az ÁNTS? Fontos leszögezni, hogy nincs olyan súlyos ellenérv ez utóbbi szervezetekkel szemben, mint amely például az üzleti biztosítók bevonása ellen szól. Az állami

egészség szervezési intézményrendszer létrehozását elsősorban praktikus szempontok indokolják. Mind az OEP, mind az ÁNTS a kormányhivatalok kialakítása során olyan szervezeti átalakításokon ment keresztül, amelyet nem célszerű újabb, nagy volumenű szervezettefejlesztési feladattal megterhelni. A betegút-szervezés megvalósításának kulcseleme a kapacitások kialakítása, a szervezeti keretek bármikor rugalmasan alakíthatóak. Ugyanakkor bármely modell esetében elsődleges fontosságú a szolgáltatók bevonása (ösztönzése) a betegút-szervezésbe. A szolgáltatók nélkül ez a funkció nem lesz képes kellő hatékonysággal működni.

HATÉKONYSÁG, ELLÁTÁSI FELELŐSSÉG, INTÉZMÉNYFENNTARTÁS ÉS TULAJDONLÁS

Az ellátórendszer újraszervezése és hatékonyságának javítása szempontjából jóval nagyobb jelentősége van az ellátási felelősség újraszabályozásának, mint az intézményfenntartásnak, illetve tulajdonlásnak. Az egészségügyi ellátások nyújtásában az állam fenntartóként jelenleg is meghatározó szerepet játszik, és bizonyos esetekben a fenntartói feladatok átvétele (pl. Budapest) segítheti a funkcionális integrációt és a struktúraátalakítás folyamatát. Ugyanakkor az ellátórendszer sokszínűségének fenntartása mellett is elképzelhető a kívánatosnak tekintett átalakítás sikere és a hosszú távú működtetés is.

ÖSSZEFOGLALÁS

A magyar egészségügyi ellátórendszer hatékonyság-növelésének szükségessége és az ezt meghatározó alapelvek kevésbé vitatottak a meghatározó szereplők között. A rendszer átalakításának participatív megközelítése, a normatívis és az átláthatóság biztosítása pedig segíthet abban, hogy a Semmelweis Tervben leírt átalakítások, a korábbi próbálkozásokkal szemben, valóban sikeresek legyenek.

Csodára azonban ne számítson senki. A tervezett átalakításokkal ugyan létre lehet hozni egy hatékonyabb működő ellátórendszert, de ez nem változtat azon a tényen, hogy Magyarországon minden releváns összehasonlítási alaphoz (visegrádi országok átlaga, EU átlag stb.) képest sokkal alacsonyabb az egészségügyi közkiadások szintje. A Semmelweis Terv fontos tézise, hogy Magyarország felzárkózása tekintetében az egészségügy alapvető jelentőséggel bír, de ezt a szerepet (mind az egészség, mind pedig az egészségipar vonatkozásában) nem fogja tudni betölteni, ha a rendszert restriktív pályára állítjuk.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] <http://www.vilaggazdasag.hu/konferencia/merre-tart-az-egeszsegugy-strategia-szerkezetvaltas-mukodes-fejlesztes-finansziroz-as-329118>

[2] Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyi Államtitkárság (2010): Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország. Semmelweis terv az egészségügy megmentésére. NEFMI, 2010. október, pp.1-64.

- [3] <http://inforadio.hu/hir/belfold/hir-437587>
- [4] http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/semmelweis_terv_elso_reakciok/176838/
- [5] http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/mszp_koncepcio_kaoszt/176835/ és <http://www.stop.hu/articles/article.php?id=884219>
- [6] <http://www.origo.hu/itthon/20110531-kedden-targyalja-a-kormany-a-semmelweis-terv-vegrehajtasarol-szolo-hatarozatot.html>
- [7] http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=434138&referer_id=friss és http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/semmelweis_terv_kezdodhet_atalakitas/176837/
- [8] Gaál Péter (2005): A probléma-orientált programalkotás koncepciója. IME, 2005. május, IV. évf. 4. sz. pp.8-10.
- [9] Gaál Péter (2008): Egészségbiztosítási Reform: innováció vagy ócsítás? Orvostovábbképző Szemle, 2008. január, 15(1) pp.11-22.
- [10] Gaal, P, Evetovits T, Sinko E (2006): Innovations in health policy: The Care Managing Pilot and the functional deconstructive model of health care systems. European Health Management Association Annual Conference, Budapest, 28-30 June 2006.
- [11] Gaál Péter (2007): Egészségügyi reform: problémák, okok és megoldási lehetőségek Nemzeti Érdek, 2007. 1(1) pp.69-75.
- [12] Állami Számvevőszék (2005): Jelentés a címzett támogatásból finanszírozott egészségügyi beruházások, rekonstrukciók ellenőrzéséről. Budapest: Állami Számvevőszék, 2005. június, No. 0523 (V-1016-36/2004-05)
- [13] Ciaran SP, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH (1996): The Effects of Patient Volume and Level of Care at the Hospital of Birth on Neonatal Mortality. Journal of the American Medical Association, 2 October 1996. 276(13) pp.1054-1059.
- [14] Chien LY, Whyte R, Aziz K, Thiessen P, Matthew D, Lee SK (2001): Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers. Obstetrics & Gynecology. August 2001. 98(2) pp.247-252.

NÉVJEGY

Dr. Gaál Péter 1993-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán, 1995-ben szerzett Master of Science fokozatot egészségügyi menedzsmentből a Londoni Egyetemen, 2004-ben pedig ugyanott sikerrel védte meg PhD-értékelését a magyarországi hálapénz jelenségének témakörében. A PhD-dolgozat anyagából készített egyik angol nyelvű cikkével 2005-ben elnyerte az Európai Egészségügyi Menedzsment Társaság

(EHMA) és a Karolinska Egyetem (Karolinska Medical Management Centre) közös kutatási díját, amelyet PhD doktori értékelésből készített legjobb publikációért ítélnek oda. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának vezetője, oktatója és kutatója, egyetemi docens. Részt vesz különböző hazai és nemzetközi szakértői munkákban is. Szakterülete az egészségpolitika. 2011-től az IME Szerkesztőbizottságának tagja.

A „High-tech”-é a jövő az egynapos sebészetben is

Koppenhágában rendezték meg a Nemzetközi Egynapos Sebészeti Szövetség (IAAS) IX. Világkongresszusát

Immáron kilencedik alkalommal került megrendezésre a Nemzetközi Egynapos Sebészeti Szövetség (IAAS) világkongresszusa, ezúttal a dán fővárosban, Koppenhágában, Mary dán koronahercegnő védnöksége alatt. A nemrég átadott és minden szakmai és komfortigénynek megfelelő Bella Center adott otthont a rendezvénynek, ahol május 8–11. között, számos plenáris ülésen és szekcióban tárgyalták meg a résztvevők az egynapos sebészet területén elért eredményeket, elemezték a tapasztalatokat és felvázolták a jövő perspektíváit. A plenáris- és szekcióülések mellett, a folyamatosan rendezett poszter bemutatókon is megismerkedhetett a szakmai közvélemény az egyes szakterületeken elért eredményekkel.

Az egynapos sebészet éppen multidiszciplináris szemlélete és gyakorlata révén biztosít kereteket ahhoz, hogy a különböző műtéti szakmák képviselői közös platformon vitassák meg és hasonlítsák össze saját szakterületük sajátosságait, az egyes műtéti technológiák specifikumait és kapcsolódási pontokat keressenek a jövőbeni holisztikusabb szemléletű sebészeti praxis alapjainak megteremtéséhez. Ezáltal manapság egyedül az egynapos sebészet területén rendezett különböző egyeztető fórumok, konszenzus konferenciák és kongresszusok teremtenek lehetőséget arra, hogy a hasi-, mellkas- és érsebészet, ortopéd- és gerinc sebészet, endokrin-sebészet, szülészet-nőgyógyászat, urológia, fül-orr-gégészet, szemészet, intervenciókardiológia stb. területén szerzett tapasztalatokat a szakemberek egy-egy keretek között megvitassák és értékeljék.

Folytatás a 18. oldalon