

Az észt és a magyar egészségügyi reform törekvései, kapcsolódási pontjai

Borbás Fanni, Dr. Kövi Rita, GYEMSZI EFF

Az egészségügyi rendszerek fenntartóinak olyan kérdésekkel kell megküzdeniük, mint a fenntarthatóság biztosítása, minőség, hozzáférés és hatékonyság javítása. A különböző országok az egészségpolitika eszköztárából más-más technikákat alkalmaznak ezek biztosítására. Észtországban 2001-ben fogadták el a kórházi szektor átalakítására vonatkozó tervezetet. Olyan 2015-ig szóló, stratégiai tervet dolgoztak ki, amelyhez mérhető célokat állítottak fel az aktív fekvőbeteg ellátás fenntarthatósága érdekében.

Párhuzamba állítva és elemezve az észt célkitűzéseket és a jelenlegi magyar mutatókat a következőket találtuk: 10 év alatt, mind az ágyszám, mind az átlagos ápolási nap (ALOS) terén csökkenő trendeket láthatunk. Az adatokat az EU átlagával összevetve azt láttuk, hogy az ALOS rövidebb, míg az ágykihasználtság alacsonyabb mindkét ország esetében, a kórházi felvételek száma pedig magasabb hazánkban. Az ágyszámok tekintetében Észtország az EU átlag alatt, ugyanakkor Magyarország a felett helyezkedik el.

Ebből adódóan mindkét rendszerben lehetnek még hatékonysági tartalékok. Mivel az észt rendszer a világos és konkrét célok felállításával könnyen monitorozható, ezért javasoljuk, hogy a Semmelweis Tervben vázolt magyar reformokhoz is társítsunk mérhető célokat és időtávokat az átláthatóság és a megvalósíthatóság követhetősége érdekében.

The maintainers of health care systems have to deal with issues such as to ensure sustainability and to improve quality, access and efficiency. The countries use different techniques from the toolkit of health policy to deliver them. In 2001, Estonia adopted the Hospital Master Plan in order to optimize the cost for establishing and maintaining the hospital structure. To assess the achievement of these objectives, measurable targets were set.

Analyzing the Estonian objectives and the current Hungarian indicators we found that: both acute care bed and average length of stay (ALOS) have fallen significantly during the last 10 years. We have compared these data with the EU average and we have seen that ALOS is shorter, while the bed occupancy is lower in both countries and the number of hospital discharges is higher in Hungary. In point of bed numbers Estonia is under, while Hungary is above the EU average.

Consequently, both systems can have efficiency reserves. Whereas the Estonian system can be easily monitored due to the setting of concrete and

clear targets, we suggest that the Hungarian health policy sets up clear and measurable targets and time periods for reforms to measure their accomplishment and for their transparency.

BEVEZETÉS

Az elmúlt években az egészségügyben jelentős változások mentek végbe. A XX. század második felére jelentősen átalakult a betegstruktúra. Az átlagéletkor növekedésével és a gyermekvállalási hajlandóság csökkenésével egyre inkább növekszik az idősek aránya a társadalmon belül. Egyre több betegség vált gyógyíthatóvá, ugyanakkor inkább az időszakosan kezelhető, de véglegesen nem gyógyítható krónikus betegségek jutottak nagyobb szerephez, ami jelentősen megnöveli az egészségügy terheit és költségeit. Mindezek mellett a technikai fejlődés is jelentősen hozzájárul az egészségügy változásaihoz. Ennek köszönhetően gyorsan, könnyebben és megbízhatóbban diagnosztizálhatóak a betegségek, egyszerűbbé váltak az egykor bonyolult műtéti eljárások, új hatóanyagú gyógyszerek jelennek meg stb.. Ez a változás magával vonzza a betegek igényeinek változását és a költségek növekedését és természetesen az egészségügyi struktúra átalakulásának igényét is [1].

A jelenlegi időszak legnagyobb kihívásai közé tartozik, hogy az egészségpolitika megtalálja a szűkös erőforrások és a technológiai fejlődés közötti egyensúlyt, mindezt olyan stratégiák kialakításával, amelyek a hatékonyság és a minőség javítását is szolgálják. Tanulmányunkban két ország: Magyarország és Észtország reformjait, célkitűzéseit elemezzük és vetjük össze egymással. Magyarországon – az észtországihoz hasonló célok elérése érdekében – a Semmelweis Terv keretében nagyszabású egészségügyi reformsorozat vette kezdetét. Ennek egyik eleme az egészségügyi ellátórendszer átszervezése a kapacitások átrendezése a térségi ellátásszervezés tükrében [2].

MÓDSZERTAN, CÉLKITÜZÉS

A mostani magyarországi struktúra-átalakítás hasonló hatékonyságjavító célú folyamat kezdete, mint a 2000-es években Észtországban megkezdődő hosszú távú egészségügyi reform, melynek egyik fő eleme – a fenntarthatóság biztosítása érdekében – a kórházi struktúra átalakítása volt. A reformfolyamat megismeréséhez szakirodalom-feldolgozásra és adatgyűjtésre került sor.

Megvizsgáltuk az észtországi egészségügyi reform 15 éves célkitűzéseit, melyekhez az átláthatóság és monitoroz-

hatóság érdekében mérhető célokat rendeltek. (Az ész egészségügyi reform tartalmazza a rendszer teljes digitalizálását a betegrekordoktól kezdve az e-receptig, így a reform lépések hatásainak monitorozása nem okoz nehézséget.) A továbbiakban ezt elemeztük a célokban megfogalmazott mutatószámokra fókuszálva.

Végül ezeket a kitűzött célszámokat vetettük össze a magyar teljesítményadatokkal és az Európai Unió átlagával. Az adatok összevetésének háttérében a kíváncsiság állt: szeretnénk volna megtudni, hogy hazánkban, ahol nem dolgoztak ki ilyen hosszú távú stratégiát, hogyan alakulnak az ész reformban vizsgált mutatószámok. Hol tartanak az észtek és hol tartunk mi, konkrétan kitűzött célok nélkül.

AZ ÉSZT EGÉSZSÉGÜGYI REFORM

2001 májusában fogadták el az Egészségügyi szolgáltatások szervezéséről szóló törvényt, melynek szerves részét képezi a kórházi szektor átalakítására vonatkozó tervezet is. Olyan 2015-ig szóló, hosszú távú stratégiai tervet (master plan) dolgoztak ki, amely 3 fő célt foglalt magába:

- Hozzáférés biztosítása magas szintű egészségügyi szolgáltatásokhoz
- A kórházi hálózat fenntartására és átalakítására irányuló költségek optimalizálása
- A kórházi hálózat fenntarthatóságának biztosítása [3]

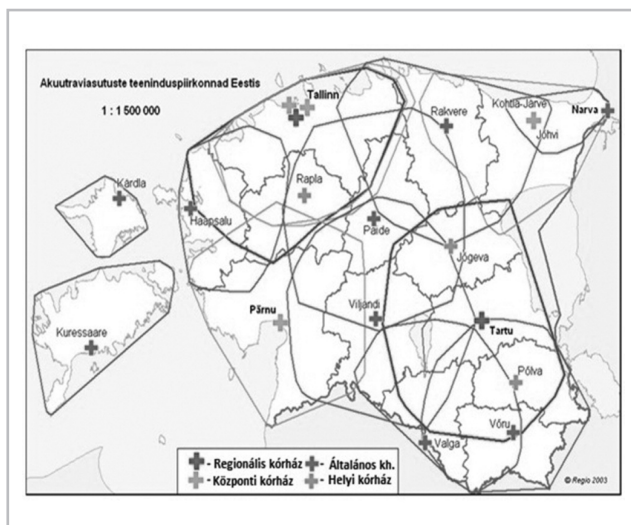
A megvalósítása érdekében mérhető célokat állítottak fel:

- Csökkenteni az aktív ellátás átlagos ápolási napjainak számát 6,7-ről (2001) 2015-re 4,6-ra
- Csökkenteni az aktív ellátás összes ágyszámát 6500-ról 2015-ig 3200-ra
- Növelni az ágykihasználtságot az aktív ellátásban 67%-ról 2015-re 83%-ra [3]

A tervezés során méretgazdaságossági szempontokat (lakosság szám, esetszám), a lakosság demográfiai és epidemiológiai összetételét, az egészségügyi technológia fejlődését és a kórházak elérési idejét vették figyelembe. Ez utóbbi esetében az alapkövetelmény az volt, hogy a kórház (autóval) 60 percen belül megközelíthető legyen (~70 km). Ezek alapján 19 aktív kórház működését tartják reálisnak. (1. ábra) [4].

A hozzáférhetőség egyenlőségének biztosítása érdekében 3 regionális kórházat, 4 központi kórházat, 9 általános és 3 helyi kórházat alakítanak ki. A regionális kórházakban a teljes ágykapacitás 33%-a központosul, mintegy 5-600 ezer emberre tervezték őket és a legmagasabb szintű szakmai ellátások is fellelhetők bennük. Tallinn és Tartu a két központ, a harmadik regionális kórház a szintén tallinni székhelyű gyermekkorház [4].

A központi kórházak (az összes ágyszám 23%-a) ellátási területe 200 ezer főre tejed ki, megtalálható bennük a legtöbb ellátás, kivéve néhány magasabb költségű, speciális szaktudást igénylő szakma: onkológia, szívsebészet, idegsebészet [4].



1. ábra
Ész kórház típusok területi ellátási kötelezettségei és elérhetőségei,
forrás: Danilov, 2011 [5]

Az általános és helyi kórházak (az összes ágyszám 5-24%-a) minden észt megyében megtalálható kis kapacitású (50-200 ágy) aktív gyógyító központok, amelyek gyakori betegségek kezelésére alkalmasak, lakosság közeli környezetben. A helyi kórházak esetében kritérium, hogy a legközelebbi kórház, ahol 24 órás ügyelet biztosított 60 percen vagy 70 km-en belül elérhető legyen [4].

A reform fő célja, hogy helyreállítsa az egyensúlyt a járó- és fekvőbeteg ellátások között, vagyis a fekvőbeteg ellátás igénybevételét csökkentse.

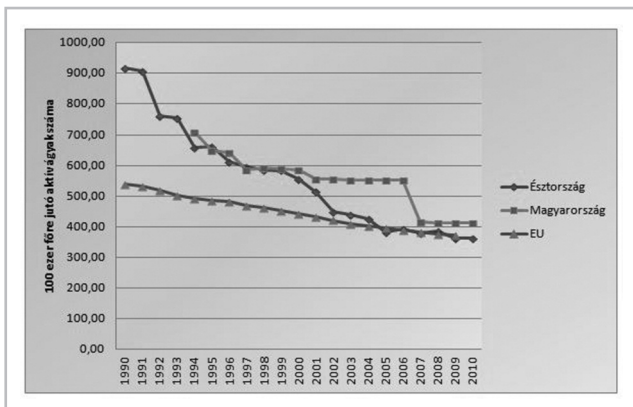
EREDMÉNYEK

100 000 főre jutó aktív ágyszám

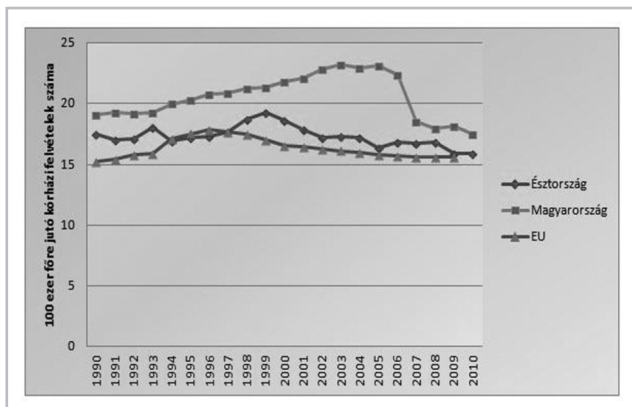
Észtországi célkitűzés: csökkenteni az aktív ellátás összes ágyszámát 6500-ról 2015-ig 3200-ra (~50%).

Észtországban a reform következtében jelentős csökkenés tapasztalható az ágyszámok tekintetében. 2000 óta is meredeken csökkenő tendenciát láthatunk, így a 100 ezer főre jutó ágyszámokat vizsgálva megállapítható, hogy 2009-ben az EU átlaggal megegyező, a magyar mutatónál pedig 14%-kal kevesebb az aktív ágyak száma. A reform célja, hogy az aktív ágyak száma mintegy 50%-kal kevesebb legyen a kiindulási értéknél 2015-re. 2010 végéig az észtek 27%-kal csökkentették az aktív kapacitásokat.

Magyarországon szintén csökkenő tendenciáról beszélhetünk, de a 100 ezer főre jutó ágyak számát tekintve hazánk még meghaladja az EU átlagát és Észtország mutatóját is. Egy kiugrást láthatunk, mely a 2007-es kórházátalakításnak köszönhető, de ezt megelőzően és ezt követően "stagnálás" tapasztalható (2. ábra). Megvizsgáltuk, hogy a mostani struktúra-átalakítás során történő kapacitáscsökkentés milyen hatással bír. Ez alapján elmondható, hogy a mostani csökkentéssel együtt, 2000-hez képest 37,4%-kal csökkentek az aktív kapacitások, de ezzel még mindig nem érjük el az EU átlagát.



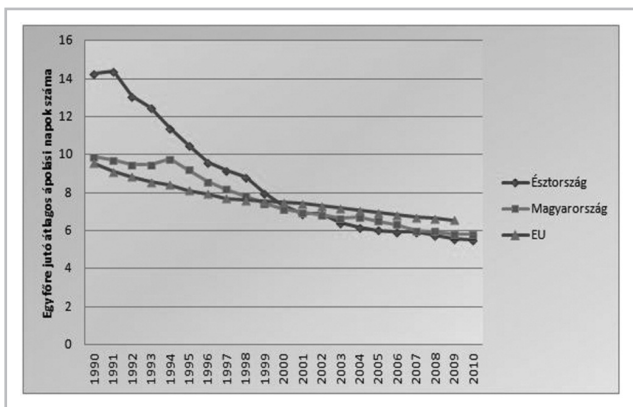
2. ábra
A 100 ezer főre jutó aktív ágyszámok alakulása 1990-2010, Forrás: WHO [6]



4. ábra
A 100 ezer főre jutó aktív kórházi felvételek alakulása 1990-2010, Forrás: WHO [6]

Átlagos ápolási napok számának alakulása

Észtországi célkitűzés: csökkenteni az aktív ellátás átlagos ápolási napjainak számát 6,7-ről (2001) 2015-re 4,6-ra (- 30%).



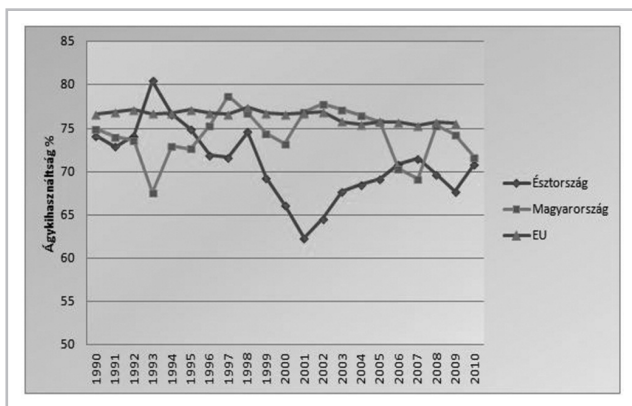
3. ábra
Az aktív fekvőbeteg ellátás átlagos ápolási napjainak alakulása 1990-2010, forrás: WHO [6]

Ápolási napok tekintetében Észtország és Magyarország mutatói is jobbak az EU átlagánál. Mindkét ország esetében csökkenő trendet figyelhetünk meg. Észtországban 10 év alatt majdnem 2 nappal, Magyarországon 1,5 nappal lett rövidebb az ápolási idő (3. ábra).

Ha az átlagos ápolási napokat a 100 ezer főre jutó kórházi felvételek számával vetjük össze, azt láthatjuk, hogy Észtország 2009-re megközelítette az EU átlagát, míg Magyarországon a kórházi felvételek – a 2007-es csökkenés ellenére is – még mindig gyakoribbak, mint az EU-ban (4. ábra). Elképzelhető, hogy a főlölegesen bent fekvő betegek ápolási ideje csökken, és/vagy Magyarországon a finanszírozási rendszer a fekvő ellátást ösztönzi a járó ellátással szemben, így ez lehet egy magyarázata az EU-nál meredekebben csökkenő átlagos ápolási napoknak.

Ágykihasználtság

Észtországi célkitűzés: növelni az ágykihasználtságot az aktív ellátásban 67%-ról 2015-ig 83%-ra (+25%).



5. ábra
Az aktív fekvőbeteg ellátás ágykihasználtságának alakulása 1990-2010, Forrás: WHO [6]

Ágykihasználtság tekintetében jelenleg Észtország és Magyarország is elmarad az EU átlagától. 1997-ben és a 2000-es évek közepén az ágykihasználtságunk jobb volt az EU átlagánál, majd az elmúlt 4 évben újra csökkent. (Magyarországon 2000-hez képest 2%-kal csökkent az ágykihasználtság) (5. ábra) Észtország célja, hogy 15 év alatt 25%-os növekedést érjen el az ágykihasználtság tekintetében, 10 év alatt 6%-os növekedést sikerült elérni. Ha számunkra is a 83% lenne a kitűzött cél, akkor további 12%-os emelkedésre lenne szükség 2015-ig.

Nehéz megítélni az ágykihasználtsági mutatókat, mert mindkét országban elég hektikusan alakultak az elmúlt 20 évben. Láthattuk az ápolási napok és az ágyszámok viszonylag egyenletes csökkenését, így az ágykihasználtság alakulását valószínűleg más tényezők (pl. a felvett betegek száma, finanszírozási ösztönzők stb.) befolyásolták.

Ugyanakkor az alacsonyabb ágykihasználtság és Magyarország esetében a magasabb kórházi felvételek aránya azt mutatja, hogy az ágyszámként jelentkező fekvő kínálat túlzott a szükségletekhez (kereslethez) képest, tehát további ágyszám csökkentés egészségesebbé tenné az egészségügyi ellátórendszer struktúráját mindkét országban. Észtország a következő 4 évben még 34% ágycsökkentést tűz ki célul, Magyarországon is további strukturális változásokra lenne szükség.

ÖSSZEGZÉS

Párhuzamba állítva és elemezve az észt és a jelenlegi magyar mutatókat a következőket találtuk: 10 év alatt, mind az ágyszám, mind az átlagos ápolási nap (ALOS) terén csökkenő trendeket láthatunk. Az adatokat az EU átlagával összevetve azt láttuk, hogy az ALOS rövidebb, míg az ágykihasználtság alacsonyabb mindkét ország esetében, a kór-

házi felvételek száma pedig magasabb hazánkban. Az ágyszámok tekintetében Észtország az EU átlag alatt, ugyanakkor Magyarország még kevéssel afelett helyezkedik el. Úgy véljük, hogy a mutatók alapján mindkét rendszerben vannak még hatékonysági tartalékok, amelyek az egynapos és az ambuláns ellátások irányába való eltolódással kiaknázhatóak lennének.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kaló Zoltán – Bodrogi József (2001): A farmakoökonomia szerepe és jelentősége, In.: Vincze Zoltán – Kaló Zoltán – Bodrogi József (szerk.): Bevezetés a farmakoökonomiába, Medicina Kiadó, Budapest, 7-24. oldal
- [2] Semmelweis Terv (2011): Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország: Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. június 27., letöltés helye: <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf>, (2012.04.29.)
- [3] Koppel, Agris; Kahur, Kristiina; Habicht, Triin; Saar, Pille; Habicht, Jarno. and Gineken, Ewout van (2008): Estonia, Health system review. Health Systems in Transition., 10(1): 151-158, 179-196. letöltés helye: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf (2012.03. 23.)
- [4] Habicht, Triin; Habicht, Jarno and Jesse, Maris (2011): 7. chapter Estonia, In: Saltman B. Richard, Durán Antonio, Dubois F.W. Hans (ed.): Governing Public Hospital, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, 2011, WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, p. 141-163., letöltés helye: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf (2012.03.23.)
- [5] Danilov, Hannes (2011): Lessons and Experience of Estonian Health Care Reform, „Sveikatos sistemas vystymo” (Az egészségügyi rendszerek fejlődési perspektívái c. konferencia), 2011. október 26., Vilnius, letöltés helye: http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Hannes_Danilov.pdf (2012. 03.26.)
- [6] WHO, European HFA Database (2012): European Health for All Database (HFA-DB), <http://data.euro.who.int/hfad/> (2012.03.12.)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Borbás Fanni 2012-ben végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika tervezés és finanszí-

rozás szakán, egészségpolitika tervezés és elemzés szakirányon. Jelenleg referensként dolgozik a GYEMSZI Egészség-szervezési és Finanszírozási Főigazgatóságon.



Dr. Kövi Rita a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzése után gyermekgyógyász, majd radiológus szakvizsgát tett. A Budai Gyermek-kórházban 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 konferenciákon. A Telki Kórházban és a SE II. Gyermekklinikáján heti egy alkalommal gyermekradiológus-

ként 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 óráadóként oktatott. 2010 elejétől az ELTE-n oktat. Több szakmai szervezetnek tagja, a Medicina 2000 Járóbeteg és Poliklinikai Szövetség tiszteletbeli elnökségi tagja, a META elnökségi tagja, a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtani tanácsának a tagja. 2011 szeptemberétől a GYEMSZI Ellátás-szervezési és Finanszírozási Főigazgatóságán a finanszírozási főosztály vezetője.