

A kapacitástervezés nemzetközi és hazai törekvései

Dr. Kövi Rita, ELTE TáTK

Takács Eszter, Dr. Gerendy Péter, GYEMSZI

A szerzők cikkükben a kapacitástervezés problémáját mutatják be hazai és nemzetközi vonatkozásban. Bemutatják, hogy Magyarországon 1996 és 2011 között a kapacitástervezés három alkalommal indult: 1996-ban, 2001-ben és 2006-ban. A harmadik periódusban 15 611 aktív ágy (26%) került megszüntetésre.

2011-ben Semmelweis Terv néven megjelent a következő stratégiai tervezés alapkonceptiója. Ennek a végrehajtása következtében 2201 ágy (5%) kapacitásra jutó teljesítmény konvertálódott át krónikus, egynapos és járóbeteg ellátási kapacitásokba.

A szerzők a továbbiakban összehasonlítják a 2006-os és a 2012-es struktúra átalakítás következményeit. Bemutatják, milyen arányban érintette az egyes szakmákat az ágyszám leépítés, milyen irányú változásokat okozott. Megállapítják, hogy a technológiai fejlődést követve a legnagyobb arányú ágykapacitás leépítés a szemészet és a bőrgyógyászat terén történt. A szakmák arányaiban nem következett be egyik átalakítás során sem alapvető változás. Mindkét struktúra átalakítás a fekvő ellátáson kívül alig foglalkozott az ellátó rendszer többi területével.

Megállapítják, hogy szükség lenne egy egészségügyi ágazati stratégiára, ami kormányokon átívelő, hosszú távú, konkrét célokat tűz ki a szakmai, technikai fejlődés figyelembevételével, aminek a megvalósításához a szükséglet alapú kapacitástervezés egy jó eszköz lehet. Ehhez azonban ezt az eszközt nem csak a fekvőbeteg ellátásban, hanem a beteg ellátás minden területén összehangolva kell alkalmazni.

The authors analyse in their article the problems of capacity planning both in the Hungarian and international context. They demonstrate that in Hungary between 1996 and 2011 capacity planning can be separated into three main periods: the first one starting in 1996, the second in 2001, and the third one in 2006. In the third period, the capacity was reduced by 15 611 active beds (26%).

In 2011, the base concept of the following strategic plan was introduced under the name of Semmelweis Plan. As a result of the implementation of this plan, 2201 beds (5%) were converted to chronic, one-day, and outpatient treatment capacities.

The authors also compare the results of the 2006 and 2012 structural adjustments. They demonstrate how the various medical fields/specialties were affected by the reduction of beds and the number of beds lost by each. They find that following the recent technological improvements, the largest reduction of beds were in the

fields of ophthalmology and dermatology. The ratios among the various specialties did not change substantially as a result of any of the structural adjustments. Both structural adjustments primarily dealt with inpatient care with little impact on other forms of the healthcare.

Authors conclude that there is need for a health system strategy that goes beyond political cycles and sets specific long term goals while taking into consideration professional and technological improvements. Need based capacity planning would be a great tool for the implementation of such a strategy. However, this tool has to be used not only in inpatient care, but in harmony with other forms of health care.

A KAPACITÁS TERVEZÉS FOGALMA, FAJTÁI

A kapacitástervezés módszertanát illetően nemzetközi viszonylatban számos példát találunk.

A legtöbb országban a kapacitástervezés nemzeti, regionális vagy helyi szinten történik, de az egyes szintek nem mindig különülnek el élesen egymástól. Konceptcionálisan a tervezés két különböző funkcióhoz kapcsolódik: a stratégiai tervezéshez és az operatív tervezéshez [1, 2].

A stratégiai tervezés a keret kialakítását és az egészségügyi rendszer elveinek meghatározását jelenti, leggyakrabban az egészségügyi rendszer irányításának legmagasabb szintjén lévő hatóságok végzik, mint pl. a központi egészségügyi minisztérium (pl. Angliában, Franciaországban, Olaszországban, Új-Zélandon), vagy a decentralizált rendszerekben az illetékes regionális vagy helyi szintek (pl. Kanadában a tartományi/területi kormányok és regionális egészségügyi hatóságok vagy Németországban a tartományok) [1, 2].

Az operatív tervezés a stratégiai terv cselekvéssé alakítását jelenti, amely magában foglalhatja az egészségügyi ellátás terén való összes műveletet, beleértve a forrásallokációt, a szolgáltatások megszervezését, a személyzet, az infrastruktúra és a felszerelés biztosítását. Ezt a funkciót leggyakrabban a regionális hatóságok hajtják végre, de be szokták vonni a helyi szervezeteket is (pl. Kanadában, Dániában, Norvégiában, Finnországban és Angliában) [1, 2].

KÓRHÁZI KAPACITÁSTERVEZÉS – NEMZETKÖZI PÉLDÁK

A legtöbb országban a kapacitástervezés során többnyire a kórházi ellátásra fókuszálnak. Az ambuláns szektorban szisztematikus tervezés például Dániában, Angliában, Új-

Zélandon és bizonyos mértékig Finnországban figyelhető meg [1].

A kapacitástervezés vonatkozhat az állami és magán szektorra egyaránt (pl. Kanadában, Franciaországban, Németországban és Olaszországban), de van, ahol főként csak az állami ellátásra vonatkozik (pl. Dániában, Angliában, Finnországban és Új-Zélandon) [1].

A kórházi kapacitás megtervezése számos dimenziót érinthet, úgymint tőke befektetésé a meglévő létesítményekbe és új fejlesztésekbe; a drága felszerelésekbe és technológiába történő beruházást; a szolgáltatások, valamint a humán és pénzügyi erőforrások allokációját [1].

Hagyományosan az ágykapacitás a kórházi tervezés preferált egysége (pl. Finnországban, Olaszországban és Új-Zélandon, valamint a legtöbb kanadai és német tartományban), más országokban (pl. Anglia, Franciaország) azonban inkább a szolgáltatás volumene és az aktivitás irányába mozdult el [1].

Alapvető probléma, hogy minden országban nagyobb az aktív fekvőbeteg ellátórendszer, mint amire a fejlett technikai körülmények között szükség lenne. Az egyre jobban szűkülő források hatékonyabb felhasználása érdekében, számos országban felismerték az egészségügyi kapacitástervezés fontosságát.

KAPACITÁSTERVEZÉS MAGYARORSZÁGON 1996-2011

A magyar egészségügyi rendszer évekre visszamenően ágyszámban határozza meg a fekvőbeteg ellátás kapacitáisait. Ha megnézzük az 1996. évi LXIII. törvényt és a 2001. évi XXXIV. törvényt, mindkettő ágyszám alapú meghatározást alkalmaz.

A magyar egészségügyi rendszer a rendszerváltást megelőzően is kórház centrikus volt. Az 1990-es politikai fordulatot követően egyre világosabbá vált a törvényhozók számára, hogy a fennálló struktúra nem teszi lehetővé a hatékony forrásfelhasználást és az egészségpolitikai célok maradéktalan érvényesítését. A nemzetgazdaság teherviselő képességének csökkenésével előtérbe került az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak szabályozása, a fejlesztési források elosztásának racionalizálása [3, 4].

A hazai tervezési törekvésekben három nagy időszakot különíthetünk el ebben az intervallumban.

Az első törvényi szintű szabályozás a kapacitások szabályozására az 1996. évi LXIII. törvény. A jogszabály a fekvőbeteg ellátás ágyszámainak meghatározására egy matematikai képletet alkalmaz, az ágyszámokat megyénként és szakmánként 10 000 lakosra vetítve határozza meg. A képlet a következő:

$$\text{Ágyszám}/10 \text{ ezer lakos} = X^* + 0,5^* A_{\text{kron}} + 0,3^* A_{\text{regio}} + 0,5^*(F_{\text{dem}} + F_{\text{eu.szoc}}) + 2^* F_{\text{tobblet}}$$

A képlet komplex determinánsokat tartalmaz. Az X^* egy konstans szám, melynek értéke:

1996-ban	52 ágy/10 ezer lakos
1997-ben	52 ágy/10 ezer lakos
1998-ban	51 ágy/10 ezer lakos
1999-ben	50 ágy/10 ezer lakos
2000-ben	49 ágy/10 ezer lakos

A következő elem (A_{kron}) az adott terület krónikus ágynak számát jelenti. A törvény kiemeli, hogy „A jelenlegi ágyszám-átalakítás egyik alapvető tényezője a krónikus ágyak számának és arányának növelése, ezért a krónikus ágyak 50%-át (azaz $0,5^* A_{\text{kron}}$) hozzá kell számítani az alapértékhez”. A képlet további eleme a klinikai, országos intézeti ágyszámot jelöli. A klinikai ágyszámokkal kapcsolatban a következőt határozza meg: „Azokban a megyékben (fővárosban), ahol orvostudományi egyetem, illetve országos intézet működik, a többi megyékhez képest a kórházi ágy-szükséglethez többletként hozzáadódik az ágyszámuk 30%-a ($0,3^* A_{\text{regio}}$). Ez a mutató az egyetemek (országos intézetek) országos, regionális és kutatási feladatait veszi figyelembe” [5].

A képlet figyelembe vesz demográfiai illetve egyéb társadalmi, gazdasági mutatók alapján számított pontértékeket, valamint az egészségügyi és a szociális ellátás mutatóinak pontértékeit ($F_{\text{dem}} + F_{\text{eu.szoc}}$). A formula számol a területen kívüli betegellátások számával is (F_{tobblet}) [5].

A kapacitások újabb szabályozására a 2001. évi XXXIV. törvényben találunk rendelkezéseket, amely egyidőben hatályon kívül helyezi az 1996. évi LXIII. törvényt is.

Az új törvény az akkor finanszírozási szerződéssel lefedett ágyszámokon túl mindent többletkapacitásként határoz meg, egyfajta korlátot szabva a korlátlan kapacitásbővítésnek. Itt tehát inkább a kapacitások bővítésének szabályozásáról van szó, és nem egy új primer kapacitáselosztási szabályról [5, 6].

A jogszabály a 2001. évi kapacitásokat kiindulási alapként kezeli, meghatározza továbbá, hogy az „egészségügyi szakellátási kötelezettség mértékét a szolgáltatói kapacitások tartós kihasználatlansága esetén a helyi önkormányzat csökkentheti, illetve szakmai összetételét megváltoztathatja” [6, 7].

A következő újító szabályozást az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény tartalmazza. Hasonlóan az 1996-os szabályozáshoz, ez a törvény is célul tűzte ki az aktív kórházi ágyak számának csökkentésén túl az aktív és krónikus ágyszámok arányának megváltoztatását, a krónikus ágyszám érezhető növelésével. A jogszabály 1. mellékletében két kategóriát különít el: az országos feladatkörű speciális intézményeket és a súlyponti kórházakat. Mindkét csoportban pontosan meghatározza a kijelölt aktív és krónikus ágyak számát; az ágyszámokat nem csak intézményekhez rendeli, hanem kórházak szerint szakmánkénti bontásban is meghatározza [8].

A törvény 2. melléklete rendelkezik az előzőkön felüli, évente, újraosztható regionális kapacitásokról. Ebben az esetben régióként határozza meg az elosztásra kerülő aktív és krónikus ágyszámokat, majd ezeket szakmánként bontja tovább [8].

A jogszabály az egyeztetés rendszerén is változtatott, és visszatért az 1996-os törvény szisztémájához. Előírja a Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET) megalakítását.

A magyar egészségügyi ellátórendszer finanszírozásának sajátossága a teljesítmény volumenkorlát (TVK), amelynek hatását a kapacitástervezésre nem lehet szem elől téveszteni. Ónodi-Szűcs Zoltán 2011-es tanulmányában a TVK-t finanszírozott kapacitásként határozza meg.

A TVK rendszer valóban funkcionál kapacitás korlátként is, bevezetésétől 2012 januárjáig szoros kapcsolatban volt az ágyszámokkal. A 2012 januárjától életbelépő jogszabályi változtatással elválasztották az ágyban kifejezett kapacitástól, és feladathoz rendelték, ezután már a kihasználatlan aktív ágyakat a TVK változása nélkül is meg lehet szüntetni. A technikai fejlődés miatt egyre csökkenő átlagos ápolási nap, az egynapos ellátások arányának ösztönzése/növekedése és a kúraszerű ellátások terjedése lehetővé teszi ugyanannak a feladatnak az ellátását kisebb ágyszámon is; ezáltal költséghatékonyabbá válik az ellátás. A TVK tehát továbbra is teljesítmény korlátként funkcionál, de már elvált az ágyban kifejezett kapacitástól.

A 2011-ben megváltozott kormányrendelet ide vonatkozó paragrafusával megváltoztatásával alapvetően jó irányba történt elmozdulás, azonban még mindig sok, ágyszámban kifejezett kapacitásbeli tartalék maradt a rendszerben.

A SEMMELWEIS TERV ÉS A SZÜKSÉGLET ALAPÚ TERVEZÉS

A jól működő egészségügy elengedhetetlen eleme a hatékonyan működő egészségügyi ellátórendszer, a jó minőségű, hatásos szolgáltatások nyújtása és az esélyegyenlőség biztosítása. Ennek jelentőségét felismerve született meg a Semmelweis Terv (ST) szakmai vitairata, melyet a társadalmi vita és az egyeztetések után a Kormány 2011. május 31-én fogadott el [10, 11].

A ST egy rendszermodellben gondolkodik, amelyben az egészségügy szervezeti kereteinek megváltoztatásához több alternatívát javasol; a tervben szereplő eszközök között megtalálható a szükséglet alapú kapacitástervezés is. A kapacitástervezést nagymértékben elősegítheti a betegút-szervezés, az alap- és járóbeteg ellátás fejlesztése, a kórházi rendszer átalakítása és a progresszív betegellátás újrászervezése [11, 12].

A terv a fentiekhez az intézményi keretrendszert is kijelöli: „kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézmény jön létre, országos központtal és területi egységekkel” [12].

A fentiek végrehajtására elkezdődött az intézményi keretrendszer kialakítása, 2011. május 1-én létrejött a GYEM-

SZI, benne a Térségi Ellátás Szervezési Központok (TESZK). Az elmúlt két és fél év intézkedései során kísérletek történtek a progresszivitási szintek kialakítására és intézményekhez rendelésére, illetve a kapacitások szakmánkénti arányosítására térségenként.

Az ST a Térségi Egészségügy Szervezési Központok alapfeladataként jelöli a térségi betegutak optimalizálása mellett a szükséglet alapú kapacitástervezést a térségekben [12].

Az ST szerint a szükséglet alapú kapacitástervezéshez „a rendszer alapját egyrészt a rutin statisztikai adatgyűjtési rendszerek, másrészt az alapellátásban elvégezhető egyéni szükségletfelmérés adja, amely adatok aggregálásával földrajzi és szakterületi ellátás-fejlesztési programok állíthatók össze” [12].

Az ST szerint a szükséglet alapú tervezés az egészségügyi ellátás minden szintjén (az alapellátásban, a járó és a fekvőbeteg ellátásban) megjelenik majd.

A 2011-ben kialakított egészségügyi térségekben a kapacitás tervezése egyelőre csak a fekvőbeteg ágyszámokra terjedt ki. Az aktív ellátás struktúrájának átalakítása a szakmák bevonásával, többé-kevésbé a szakmai sajátosságok figyelembevételével, a szakmai progresszivitási szintek kialakításával történt; ami az aktív ágyak vonatkozásában kismértékű csökkenést (2155 ágy, 5%), a krónikus ellátás tekintetében pedig kismértékű növekedést eredményezett (118 ágy, 0,5%).

A járóbeteg ellátásban a Semmelweis Tervben leírt elvek ellenére nem történt átfogó kapacitástervezés, csupán annyi, hogy néhány intézményben és néhány szakmában a fekvő ágykapacitáson történt teljesítményt járóbeteg rendelési órákká és/vagy egynapos ellátási lehetőséggé konvertálták.

Az alapellátásban pedig el sem kezdődött a kapacitástervezéshez elengedhetetlen szükségletfelmérés és statisztikai adatgyűjtés.

A FEKVŐBETEG ELLÁTÁS KAPACITÁSÁNAK VÁLTOZÁSA: 2006 ÉS 2012 ÖSSZEGETÉSE

Összes aktív ágyszám

A 2012. július 1-vel felálló új struktúra tervezésének következményeit foglaljuk össze a következőkben.

A kapacitás térségi arányaiban csak kisebb egyenlőtlenégeket találunk. Az 1. táblázatban az ágyszámokat nemcsak abszolút számként, hanem 10 000 lakosra vetítve is bemutatjuk. Látható, hogy a térségek ágyszáma lakosság arányosan kb. 30%-os eltérést mutat a legkisebb és a legnagyobb ágyszám között, az országos átlaghoz képest 13-15% az eltérés. A pozitív irányban való eltérést azokban a térségekben láthatjuk, ahol az országos intézetek (NYKM: ONKI, OKTPI, OORI) és a nagy kapacitású Semmelweis Egyetem található. Az egyik legalacsonyabb ágyszámú térség az egyetemen nem rendelkező Nyugat-Dunántúl. Átlagban 269 ággyal csökkent az aktív ágyak száma az egyes térségekben, négy térségben több, négyben pedig kevesebb ágy szűnt meg vagy konvertálódott át más ellátási for-

mába. Látható a táblázatban az is, hogy ahol a legnagyobb ágyszám csökkenés történt (ÉA), ott a 10 000 lakosra jutó aktív ágyak száma még így is meghaladja az országos átlagot.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a 2012-es struktúra átalakítás során a kapacitástervezésben az aktív ágyak térségi eloszlásának kiegyenlítésére törekedtek.

Térség	Ágyszám	Lakosságszám	Ágyszám csökkenés	Ágy/10 000 lakos
	2010	2012		
NYD	5 254	5 013	- 241	36,86
DD	4 330	4 047	-283	43,18
NYKM	6 085	5 795	-290	48,62
DKM	7 168	7 012	-156	46,15
ÉKM	6 027	5 789	-238	36,64
ÉM	4 016	3 700	-316	43,38
ÉA	5 695	5 207	-488	43,69
DA	5 817	5 674	-143	41,94
Országos	44 392	42 237	-2 155	42,30

1. táblázat
Ágyszám csökkenés térségenként 2012.
Forrás: GYEMSZI, KSH

SAKMACSOPORTOK SZERINTI KAPACITÁS ARÁNY

A továbbiakban megvizsgáltuk azt is, hogy a kapacitás hogyan alakult az egyes szakmacsoportok vonatkozásában, összehasonlítási alapként a 2006. év közepén fennálló szakmai struktúrát és kapacitást tekintettük. Megnéztük azt is, hogy ehhez a kiindulási alaphoz képest milyen változásokat

Szakmanév	2006. júl.	2007. júl.	2012. júl.
Belgyógyászat	13 586	9 133	10263
Sebészet	6 707	4 535	5060
Traumatológia	3 414	2 749	2798
Szülészet-nőgyógyászat	4 550	2 726	3191
Csecsemő- és gyermekgyógy., PIC	4 210	3 016	2893
Fül- orr- gége	1 683	1 118	1150
Szemészet	1 568	986	733
Bőrgyógyászat	770	547	396
Neurológia és stroke	3 251	2 468	2697
Ortopédia	1 086	854	929
Urológia	1 539	1 120	1116
Onkológia, onkoradiológia	1 947	1 876	1861
Fogászat és szájszészészet	198	158	159
Reumatológia	1 614	987	1088
Intenzív betegellátás	1 427	1 295	1311
Fertőző betegellátás	1 158	897	934
SBO	281	373	589
Pszichiátria	3 947	2 969	3081
Tüdőgyógyászat	2 800	2 063	1988
Mátrix intézet	1 198	548	0
Belgyógyászati típusú mátrix egység	1 571	2 058	0
Sebészeti típusú mátrix egység	1 544	1 962	0
Összesen	60 049	44 438	42 237

2. táblázat
Ágyszámok alakulása 2006-2012 között
Forrás: GYEMSZI

Az ágyszám 2006-ról a 2007-es évre csökkent, majd 2012-ben nőtt.

Az ágyszám a vizsgált három évben csökkent.

Az ágyszám a vizsgált három évben emelkedett.

hozott a 2007. január 1-étől, illetve a 2012. július 1-étől létrejövő struktúra. Minden évben a júliusi adatokkal dolgoztunk, hogy azonos időszakokat hasonlítsunk össze. A szakmai csoportosításként a 2006. évi CXXXII. tv. 1. és 2. számú mellékletét vettük figyelembe.

Szakmanév	2006-2007	2007- 2012	2006- 2012
Belgyógyászat	-4 453 (-33 %)	+1 130 (+12 %)	-3 323 (-24 %)
Sebészet	-2 172 (-32 %)	+525 (+12 %)	-1 647 (-25 %)
Traumatológia	-665 (-19 %)	+49 (+2 %)	-616 (-18 %)
Szülészet-nőgyógyászat	-1 824 (-40 %)	+465 (+17 %)	-1 359 (-30 %)
Csecs.- és gyermekgyógy., PIC	-1 194 (-28 %)	-123 (-4 %)	-1 317 (-31 %)
Fül- orr- gége	-565 (-34 %)	+32 (+3 %)	-533 (-32 %)
Szemészet	-582 (-37 %)	-253 (-26 %)	-835 (-53 %)
Bőrgyógyászat	-223 (-29 %)	-151 (-28 %)	-374 (-49 %)
Neurológia és stroke	-783 (-24 %)	+229 (+9 %)	-554 (-17 %)
Ortopédia	-232 (-21 %)	+75 (+9 %)	-157 (-14 %)
Urológia	-419 (-27 %)	-4 (0 %)	-423 (-27 %)
Onkológia, onkoradiológia	-71 (-4 %)	-15 (-1 %)	-86 (-4 %)
Fogászat és szájszészészet	-40 (-20 %)	+1 (+1 %)	-39 (-20 %)
Reumatológia	-627 (-39 %)	+101 (+10 %)	-526 (-33 %)
Intenzív betegellátás	-132 (-9 %)	+16 (+1 %)	-116 (-8 %)
Fertőző betegellátás	-261 (-23 %)	+37 (+4 %)	-224 (-19 %)
SBO	+92 (+33 %)	+216 (+58 %)	+308 (+110 %)
Pszichiátria	-978 (-25 %)	+112 (+4 %)	-866 (-22 %)
Tüdőgyógyászat	-737 (-26 %)	-75 (-4 %)	-812 (-29 %)
Mátrix intézet	-650 (-54 %)	-548 (-100 %)	-1 198 (-100 %)
Belgyógy. tip. mátrix egység	+487 (+31 %)	-2 058 (-100 %)	-1 571 (-100 %)
Sebészeti tip. mátrix egység	+418 (+27 %)	-1 962 (-100 %)	-1 544 (-100 %)
Összesen	-15 611 (-26 %)	-2 201 (-5 %)	-17 812 (-30 %)

3. táblázat
Ágyszámok számszerű és százalékos változása
Forrás: GYEMSZI

Az ágyszámok változását illetően a 2. és 3. táblázat jelölései alapján három trendet különíthetünk el. (Az ágyszám 2006-ról 2007-re csökkent majd 2012-ben növekedett, a vizsgált időszakban csökkent illetve mindhárom évben növekedett.)

Az ágyszám a csecsemő-gyermekgyógyászatban, a szemészetben, bőrgyógyászatban, urológiában és a tüdőgyógyászatban minden struktúra átalakítás során csökkent (a gyermekgyógyászatban, tüdőgyógyászatban és az urológiában összességében 29-30%-kal, a szemészet és a bőrgyógyászat szakmákban összességében kb. 50%-kal) (2. táblázat; 3. táblázat).

A sürgősségi betegellátás 2005 körül kezdett kialakulni, ennek megfelelően az egyetlen szakma, ahol az ágyszám változás pozitív; 2007-re 33%-os növekedés tapasztalható, és ez a trend a későbbiekben még fokozódott is (58%, 110%). Az onkológia és az intenzív betegellátás terén – legalábbis az ágyak számát illetően – nagy változások nem történtek. A nagy vesztesnek kikiáltott pszichiátria szakma az ágyai 25%-ától vált meg 2007-ben, azonban 2012-ben „kompenzálták” a szakmát 112 ágygal (4%); 2006-hoz képest így 22%-os ágyszám csökkenés figyelhető meg. A pszichiátrián kívül a szülészet, neurológia, reumatológia is hasonló utat járt be: kezdetben jelentős (25% körüli) ágyszám csökkenést szenvedtek el, amit a 2012 átalakítás során 9-18% körüli kompenzációs növekedés követett.

A belgyógyászat és a sebészet vonatkozásában a 2007 januárjában létrejövő új struktúrában jelentős (32-33%) ágyszám csökkenés látható, azonban ezeknek az ágyaknak egy része mátrix formában működött tovább (a 6 500-ból kb.

1000 ágy) 2012. július 1-ig. Ettől az időponttól az ágyak változásának irányai már nem ilyen „egysíkúak”. Nehezíti a megítélést, hogy a mátrix osztályok ágyai az egyes szakmáknál szerepelnek, a mátrix minden kategóriája megszűnt. Ha viszonyítási alapnak a 2007-es adatokat vesszük, akkor a szemészet és a bőrgyógyászat további jelentős aktív ágy kapacitást konvertált más ellátási formákba (az ágyak 26 és 28%-át), a többi szakma csekély mértékű ágycsökkenést vállalt fel.

Az átlagos ápolási idő vonatkozásában az országos adat 6,24 napról 5,44-re változott, ami 12%-os csökkenést jelent, az összes aktív ágyszám 2006-ról 2012-re 30%-os csökkenést mutat (lásd 3. és 4. táblázat). A szemészeti átlagos ápolási napok nagyjából megfeleltek, tehát az ágyszámok feleződése követte a terápiás változtatásokat, amelyek lehetővé tették az ápolási idő nagymérvű csökkenését. A többi szakma vonatkozásában ilyen közeli megfelelés már nem látható az ágyszám és az átlagos ápolási idő között. (Az ágykihasználtságot nem vizsgáltuk.)

Átlagos ápolási nap	2006	2012
Összes szakma	6,24	5,44
Szemészet	3,12	1,59
Fül-orr-gégészet	4,14	3,5
Reumatológia	10,69	10,25
Bőrgyógyászat	6,91	6,55

4. táblázat

Átlagos ápolási napok változása egyes szakmákban 2006. és 2012. Forrás: GYEMSZI

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy az egyes szakmák aránya a két nagy struktúra átalakítás során hogyan alakult. Az 5. táblázat adatai szerint a legnagyobb mértékű átrendezés az intenzív szakma helyezésében történt, amely 2012-ben a 10. helyre került a 2006-os 16. helyről. Az SBO a 21. helyről 2012-re már a 17. helyre ugrott előre. Az orto-

Sorrend	2006. július		2012. július	
1	Belgyógyászat	22,62%	Belgyógyászat	24,26%
2	Sebészet	11,17%	Sebészet	12,09%
3	Szülészeti-nőgyógyászat	7,58%	Pszichiátria	7,83%
4	Csecs.- és gyermekgyógy., PIC	7,01%	Szülészeti-nőgyógyászat	7,54%
5	Pszichiátria	6,57%	Csecs.- és gyermekgyógy., PIC	6,92%
6	Traumatológia	5,69%	Traumatológia	6,47%
7	Neurológia és stroke	5,41%	Neurológia és stroke	6,44%
8	Tüdőgyógyászat	4,66%	Tüdőgyógyászat	4,66%
9	Onkológia, onkoradiológia	3,24%	Onkológia, onkoradiológia	4,37%
10	Fül-orr-gége	2,80%	Intenzív betegellátás	3,11%
11	Reumatológia	2,69%	Fül-orr-gége	2,70%
12	Belgyógyászati mátrix e.	2,62%	Reumatológia	2,59%
13	Szemészet	2,61%	Urológia	2,58%
14	Sebészeti mátrix e.	2,57%	Fertőző betegellátás	2,20%
15	Urológia	2,56%	Ortopédia	2,10%
16	Intenzív betegellátás	2,38%	Szemészet	1,70%
17	Mátrix intézet	2,00%	SBO	1,22%
18	Fertőző betegellátás	1,93%	Bőrgyógyászat	0,85%
19	Ortopédia	1,81%	Fogászat és szájsebészet	0,37%
20	Bőrgyógyászat	1,28%	Mátrix intézet	0,00%
21	SBO	0,47%	Belgyógyászati mátrix e.	0,00%
22	Fogászat és szájsebészet	0,33%	Sebészeti mátrix e.	0,00%

5. táblázat

Az ágyszámok szakmai arányainak alakulása 2006-2012. között Forrás: GYEMSZI, saját számítás

pédia szintén 4. helyre került előrébb. A pszichiátria a szakmák között 2012-ben a harmadik legnagyobb arányú ágyszámmal rendelkezik, ami még a kiindulási 2006-os arányhoz képest is előre lépés (akkor 5. volt). A szemészet az ágyszámában mért aktív fekvő kapacitásában kisebb arányban képviseltetik, a 13. helyről hárommal hátrébb került. Egyebekben a sorrend/arány nem változott jelentősen az átalakítások során.

Belgyógyászati típusú szakma	2006-2012 Ágyszám	Sebészeti típusú szakma	2006-2012 Ágyszám
Belgyógyászat	-3 715	Sebészet	-1 381
Csecs.- és gyermekgyógyászat	-1 386	Traumatológia	-616
Bőrgyógyászat	-374	Szülészeti-nőgyógyászat	-1 359
Neurológia	-554	Fül-orr-gége	-533
Onkológia	-38	Szemészet	-835
Reumatológia	-526	Ortopédia	-157
Intenzív betegellátás	-116	Urológia	-423
Fertőző betegellátás	-224	Fogászat és szájsebészet	-39
Pszichiátria	-866	Tüdő- és mellkasebészet	-34
Tüdőgyógyászat	-812	Érsebészet	-57
Sugartherápia, onkoradiológia	-48	Idegsebészet	-114
Angi., phlebológia, lymphológia	+73	Szívsebészet	-53
Haematológia	-100	Gyermekebészet	-8
Allergiológia és klinikai immun.	-39	Seb. tip.mátrix egység	-1 544
Endokrin., anyagcsere és diabet.	+294		
Gastroenterológia	+185		
PIC	+69		
Nephrológia	+324		
Kardiológia	-345		
SBO	+308		
Mátrix intézet	-1 198		
Belgyógy. tip.mátrix egység	-1 571		
Változás összesen	-10 659	Változás összesen	-7153

6. táblázat

A belgyógyászati és sebészeti típusú szakmák ágyszámainak csökkenése 2006-2012 között

Forrás: GYEMSZI, saját számítás

Az eddigi törvényi csoportosításnál kissé részletesebb szakmabontásban, illetve sebészeti típusú és belgyógyászati típusú csoportosításban is megvizsgáltuk, hogy milyen típusú szakmáknál hogyan alakult az ágyszám csökkenés 2006 és 2012 között. A 6. táblázatban látható, hogy a szakmapolitikai céloknak megfelelően a belgyógyászat, mint alapszakma részesedése csökkent, de a belőle önálló entitássá váló belgyógyászati típusú szakmák ágyszámának emelkedést mutat, ami megfelel a szakma specializálódási trendjének. A demográfiai trendet és a technikai fejlődést követve a gyermekgyógyászat részesedése csökkent, míg a PIC ágyak aránya 2006-hoz képest 15%-os növekedést mutat. Az intenzív ágyak közel 10%-os leépítése történt meg 2007-re, aminek 2012-es szükségletekhez igazítása során 16 ágy került többetként a rendszerbe. Az onkológia területén történt a legkisebb arányú kapacitás leépítés a 6 év alatt: 4%. Azzal együtt, hogy a belgyógyászati szakmák vonatkozásában mind ágyszám növekedést, mind csökkenést láthatunk, a leépítés vagy konverzió nagy része ebben a csoportban történt.

MEGBESZÉLÉS

Az elemzett két, utóbbi időben megvalósult egészségügyi struktúra átalakítás pontos célja csak halványan körvo-

nalazott. Mindkettő ad hoc jellegű, nem ismertek hosszú távú (sem szakmapolitikai sem az azt szolgáló strukturális) célok. Ennek megfelelően nem ismert az időtáv sem, hogy mikorra és hova szeretnének eljutni az ellátórendszer fejlesztésében, ennek ellenére mindkét kapacitás tervezés irányát tekintve jó volt, mert csökkent az aktív fekvőbeteg ellátórendszer kapacitása: 2007-re 26%-kal, 2006-2012 között 30%-kal. A technológiai fejlődést követve néhány szakma esetében jelentős ágyszám csökkenés történt (szemészet, bőrgyógyászat), a szülészeti és a pszichiátriai ágak nagymértékű 2007-es csökkentését 2012-ben kompenzálták. 2007-ben Regionális Egészségügyi Tanácsokat alakítottak ki, amely szervezeteknek lett volna hosszabb távon a feladata a térségi egészségügyi ellátás szervezése, ebbe beleértve a kapacitás tervezést is. Első feladatuk a területi kórházak ágyszámának a kialakítása lett volna nagyon szűk keretek között, azonban ezt sem vállalták fel. A későbbiekben meg is szűntek.

A 2012-es struktúraváltás során 8 térséget alakítottak ki többek között annak elősegítésére, hogy a szükségletek helyi szintű ismerete segítség legyen az ellátásszervezésben, kapacitás átrendezésben. Az átalakítás utáni aktív ágykapacitás vonatkozásában a térségekben 10 000 lakosra viszonylag egyenletes az eloszlás. A továbbiakban a térségeknek azonban kicsi a szerepe a kapacitás tervezésben. Az ellátórendszerből kiragadva, önmagában a fekvőbeteg ellátás kapacitása csak bizonyos szempontokból értékelhető. A szükségleteknek való megfelelést csak komplexen lehetne vizsgálni az ellátó rendszer többi szintjének (alap-járó-fekvő) működésével, kapacitásával együtt, figyelembe véve a TVK szabta kapacitáskorlátokat is. A 2007-es átalakítás kapcsán az ellátási szintek közötti feladat elosztásra vonatkozóan semmi nem történt, a strukturális átalakítás kizárólag a fekvő kapacitást érintette, a 2012-es átalakítás során a leépített aktív kapacitások egy részét konvertálták egyéb ellátási formába (egynapos, járó, krónikus). Könnyen belátható azonban, hogy az alig 5%-os kapacitás átrendezés, ami szintén főleg a fekvőbeteg ellátásra alapozódott, nem jelentett valós szükséglet alapú beavatkozást az ellátórendszerbe. A technika mai fejlődési fokán sokszor teoretikus, hogy kórházi ágyakon, egynapos ellátás keretében, járóbeteg szakrendelésen, nappali ellátásként vagy házi szakápolás formájában történik a betegek ellátása. A szakmai alapú szükségletek költséghatékony kielégítése csak az ellátó-

rendszer teljes vertikumának figyelembe vételével tervezhető. Ha az említett ellátási szintek, formák szakmai lehetőségeit, kapacitásait nem vesszük figyelembe a tervezésnél, akkor esélyünk sincs megfelelő kapacitással, jó minőségű ellátórendszer tervezésére. A szükségletek meghatározása is komplex feladat, mert az ellátórendszer mai tevékenysége mellett a lakosság egészségi állapotának a figyelembevételével, felmérése is elengedhetetlen.

ÖSSZEFOGLALÁS

A kapacitás tervezésnek bőséges irodalma van, ezek szerint a tervezés többnyire nemzeti, regionális vagy helyi szinten történik. A legtöbb országban a kapacitás tervezés során általában a kórházi ellátásra fókuszálnak, a kapacitást pedig általában ágyszámokban határozzák meg. Magyarországon is van hagyománya a kapacitás tervezésnek, ahol a tervezés során szintén a fekvőbeteg ellátás kerül előtérbe.

Dolgozatunkban áttekintettük az 1996 óta történt kísérleteket a kapacitás tervezésre, a 2006 óta lezajlott két struktúra átalakítást az ágykapacitások és azok szakmai megoszlása vonatkozásában vizsgáltuk. Összességében az ellátórendszer aktív ágai a 2006-os kiindulási évhez képest 29%-kal csökkentek, aminek nagy része a 2007-es évben valósult meg, és főleg a belgyógyászati típusú szakmákat érintette. A szakmák ágyszámában mért arányaiban nagymértékű változások nem történtek. A technikai fejlődésnek és a szakmapolitikai céloknak megfelelően a legtöbb ágban kifejezett kapacitást a szemészeti és a bőrgyógyászati szakmák csökkentették, míg a sürgősségi ellátásnak jelentősen nőtt a kapacitása.

A magyar egészségügyben az irányokat kijelölő stratégiák nem tartalmaznak hosszú távú konkrét célokat és az azokat tükröző elerendő mutatókat. A célok és az irányok általánosak, az ellátórendszerre vonatkozó teendők pedig a fekvőbeteg ellátás kapacitásának tervezésében és a tervek megvalósításában kimerülnek. Szükség lenne mielőbb egy olyan ágazati stratégiára, ami kormányokon átívelő, hosszú távú, konkrét célokat tűz ki a szakmai, technikai fejlődés figyelembevételével, aminek a megvalósításához a szükséglet alapú kapacitás tervezés egy jó eszköz lehet. Ehhez azonban ezt az eszközt nem csak a fekvőbeteg ellátásban, hanem a beteg ellátás minden területén összehangolva kell alkalmazni.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Ettelt Stefanie, Nolte Ellen, Thomson Sara: Mays Nicolas and the International Healthcare Comparisons Network: Capacity Planning in health care, A review of the international experience, 2008, WHO Europe, letöltés helye: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/108966/E91193.pdf, (2012.10.06) pp. 1- 67.

[2] Dr. Ágoston István, Dr. Vas Gábor, Imhof Gábor, Dr. Endrei Dóra, Dr. Betlehem József, Dr. Boncz Imre: A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009/5. Letöltés helye: <http://www.weborvos.hu/adat/files/2008/egsz37.pdf> (2012. 12. 20) pp. 3.

- [3] Dr. Bölcs Ágnes, Dr. Pordán Endre: Kiegészítő gondolatok a magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásait bemutató tanulmányhoz; Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2010/2. Letöltés helye: http://www.weborvos.hu/adat/files/EGSZ_2010/EGSZ_2010_02_TELJES.pdf (2013.03.01) pp. 41- 44.
- [4] 1996. évi LXIII. törvény az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról, Letöltés helye: <http://www.complex.hu/kzldat/t9600063.htm/t9600063.htm> (2012. 11. 05)
- [5] Papp Valter: Az egészségügyi szakellátások kapacitás szabályozása, valamint annak gyakorlati tapasztalatai Magyarországon, 2006, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 4 (10): Letöltés helye: <http://imeonline.hu/pdf/absztraktok/4/83.pdf> (2012. 12. 20) pp. 5-8.
- [6] 2001. évi XXXIV. törvény az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról
- [7] 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, Letöltés helye: <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=357> (2012. 11. 05)
- [8] Ónodi-Szűcs Zoltán: Vitairat a Semmelweis Terv marogójára, 2011, Letöltés helye: <http://www.medicalonline.hu/download.php?id=9586> (2012. 11. 06)
- [9] Dr. Gaál Péter: A Semmelweis terv egészségpolitikai keretrendszere és az átalakítás stratégiai irányai: hatékonysági problémák orvoslása, 2011, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 10(5): pp. 5-8.
- [10] Borbás Fanni: A progresszivitás kialakítása, mint az egészségügy új struktúrájának alapköve, ELTE, Szakdolgozat, 2012. pp. 21.
- [11] Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság: Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország: Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére, 2011., Letöltés helye: <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027.pdf> (2012. 11. 12) pp. 1-64.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Kövi Rita a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzése után gyermekgyógyász, majd radiológus szakvizsgát tett. A Budai Gyermekekórházban 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



Dr. Gerendy Péter 1993-ban a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán orvosi diplomát szerzett, majd 1998-ban sebész szakvizsgát, 2005-ben egészségbiztosítás szakvizsgát tett. 2002-ben a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Gazdálkodástudományi Karán orvos-közgaz-



Takács Eszter 2013-ban végzett az ELTE egészségpolitika tervezés és finanszírozás mesterszakán, egészség-

gyermekradiológusként gyakorló orvosi tevékenységet folytatott. 2000-től 2010 közepéig az OEP-nél dolgozott szakmapolitikai és finanszírozási területen. 2011 szeptemberétől a GYEMSZI Ellátásszervezési és Finanszírozási Főigazgatóságán a finanszírozási főosztály vezetője volt egy évig. 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 tiszteletbeli elnökségi tagja, a META elnökségi tagja, a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtani Tanácsának a tagja.

dász diplomát szerzett. 1994-től 5 évig sebészként dolgozott a komáromi Selye János Kórházban, majd egyéves pénzügyi szektorban tett kitérő után 2000-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályán osztályvezetőként a tételes elszámolású eszközök és gyógyszerek, a nagyértékű műtéti eljárások, valamint a művese ellátás finanszírozásával foglalkozott. 2011-től a GYEMSZI-nél dolgozik, jelenleg az Egészséggazdasági Főosztályon közigazgatási főtanácsadó.

politika tervezés és elemzés szakirányon. Jelenleg a GYEMSZI, Egészség-szervezési, Tervezési és Finanszírozási Főigazgatóság munkatársa.