

Sok-e vagy kevés Magyarországon a kórházi ágy? A hazai aktív fekvőbeteg szakellátás kapacitásainak és teljesítmény mutatóinak elemzése nemzetközi kitekintésben

Dr. Dózsa Csaba^{1,2}, László Teodóra², Palaticz Edina²

¹ Miskolci Egyetem, ² ELTE TÁTK

Cikkünk a magyarországi kórházi kapacitásadatok és teljesítmény mutatók trendjét mutatja be különböző szakmaspecifikus mutatószámokon keresztül. A téma bevezetéseként képet kapunk a hazai aktív kórházak hatékonyságát jellemző indikátorok értékeinek változásairól, továbbá a kórházi halálozási arányszám alakulásáról. Ezt követően nemzetközi összehasonlítás segítségével tágabb kontextusba helyezzük makro adatainkat, s az átlagos ápolási idő, az aktív fekvőbeteg esetszám, valamint az aktív kórházi ágyszám kapcsolatát elemezve mutatjuk be az egyes európai országok helyzetét. Végül ismertetésre kerül a jelenlegi rendszerben fellelhető hatékonysági tartalékok széles köre.

By means of various professional indices, our article describes the trend of data of hospital capacity in Hungary. In the introduction of this issue, we will get a picture of the change in figures of indicators describing the efficiency of active hospitals in Hungary, and the tendency of hospital death rates. Then, using international comparative data, we will set our macro data in an expanded context, and analysing the correlation between the average length of stay, number of acute inpatient cases, and number of acute care hospital beds, we will also depict the situation of certain European countries. Finally, a wide spectrum of efficiency reserves available in the current system will be unfolded.

BEVEZETŐ ÉS PROBLÉMAFELVETÉS

A címben szereplő, az egészségügyi rendszert alapvetően jellemző kérdésre („Sok-e vagy kevés a kórházi ágy Magyarországon?”) az a következő frappáns válasz adható: sok volt, de már nem olyan sok, de kevésnek semmiképp nem mondható. Vissza is kérdezhetünk: miért fontos, hogy ne legyen túl sok a kórházi ágy? Hogy ne kössön le felesleges infrastrukturális és humán erőforrás kapacitásokat, fajlagosan kevesebb költségből is el tudjuk látni a betegeket, összességében, hogy növeljük az ellátórendszer hatékonyságát, ugyanannyi forrásból több minőségi életévet tudjunk megnyerni (életminőség javulás és várható élettartam növekedés, elkerülhető halálozások csökkentése). Arra is figyelni kell, hogy túl kevés se legyen a kórházi ágy – mint például a túl kevés idegsebészeti ágy, intenzív ágy, PIC vagy rehabilitációs ágy – jelentős szűk-keresztmetszetet, ellátási hiányt, zavart okozhat, mely megint csak nem vezet a rend-

szer hatékonyságához. Az egészségügyi szakemberek és egészségpolitikusok már évtizedek óta hangsúlyozták, hogy túlméretezett a hazai kórházszektor, kizorító hatása van a többi ellátási formával szemben (Kincses [10], Orosz [7], Ajkay [16], Dózsa [4], Mihályi [14]). A gyógyító megelőző ellátások kiadásainak 55-62 %-át fordítjuk kórházi ellátásokra (OEP évkönyvek) [24], ami szintén a szektor túlsúlyát mutatja. Emiatt javasolt különös figyelmet fordítani a kórházi szektor, pontosabban az aktív és a krónikus fekvőbeteg szakellátás kapacitásainak és teljesítményének vizsgálatára, elmélyült elemzésére, és hogy ne legyünk elfogultak a saját rendszerünkkel szemben, e vizsgálódásokat érdemes nemzetközi kontextusba helyezni. Más országokban mások ezt hogyan csinálják, mennyire követjük a nemzetközi trendeket, vagy járunk be sajátos hazai utat. Az általunk kiválasztott és elemzett országcsoport önkényes kijelölésen alapszik, melynek egyik szempontja az volt, hogy a grafikonos ábrázolásban még jól követhetőek legyenek az egyes országok. A kiválasztott országok között két Visegrádi ország (Csehország, Lengyelország), három Közép- és Nyugat-Európai ország (Ausztria, Németország és Hollandia), valamint egy Dél-Európai ország (Spanyolország) található. Emellett a kórházszektorokat jellemző egyes mutatószámok értékeit megvizsgáltuk az EU12 (2004-től újonnan csatlakozott országok), és az EU15-ös régebbi tagállamok esetében is.

Az első részben vázlatosan áttekintjük a hazai kórházi kapacitások szabályozási háttérét. Azt követően nemzetközi adatok fényében hasonlítjuk össze a hazai kórházszektor kapacitás és teljesítmény mutatóit. Végezetül röviden szólunk a következő évekre javasolt további kormányzati intézkedésekről és tudományos elemzési feladatokról.

EGÉSZSÉGPOLITIKAI – SZABÁLYOZÁSI HÁTTÉR

A hazai egészségpolitika – a kormány politikai színeztétől függetlenül – immár a rendszerváltás óta több lépésben tesz igen nagy erőfeszítéseket annak érdekében, hogy csökkentse a hazai közfinanszírozott kórházi ágyak számát. Az 1990-es induló évben közel 100 ezer ágyról beszéltünk, mely több körben a 2000-es évek elejére – közepére lecsökkent 80 ezerre. Azonban ez a kontingens még mindig magasnak volt mondható. Az is kiderült a politikusok, és különösen az egészségpolitikusok számára, hogy piaci módszerekkel, a finanszírozási ösztönzők révén nem lehet megfelelő ütemben, és iramban csökkenteni a túlzott kórházi kapacitásokat: sem az 1993-ban bevezetett homogén betegségcsoportokon (HBCS) alapuló teljesítmény-finanszírozás,

sem a 2004 óta ráépülő teljesítmény volumen korlát (TVK) nem ért el ilyen hatást. Rövidtávon csak a méretgazdaságosságot csökkentette a fenntartott, nagyméretű épület- és ingatlan-állomány, ellátói kapacitások (például a műtők száma) és a csökkenő OEP finanszírozott esetszámok következtében.

Jelentősebb kapacitáscsökkentésre önként a kórházak és korábbi tulajdonosaik, a városi és megyei önkormányzatok nem voltak hajlandóak. Az ágykapacitás tartósan 80 ezer körül mozgott, a kórházbezárások, vagy átfogó profilváltások szörványosak maradtak. 2002-ben teljesen bezárt a csepeli Weisz Manfréd fővárosi kórház, továbbá a volt Egészségügyi Minisztérium bezárta a Szobi utcai Mentőkórházat; a Nagykőrösi Kórház 2004-től túlnyomórészt rehabilitációs szakkórházzá vált a korábbi négy alapszaktmási városi kórházból; vidéken összevonások történtek a gyermekkórházak és honvédkórházak integrálásával a nagyobb intézményekbe (Győrött, Pécsen és Szegeden), de ezek üteme és mértéke mégsem érte el az egészségpolitika által kitűzött mértéket [5].

Így immár többedik alkalommal kényszerült arra az egészségügyi ágazat 2006-2007-ben, hogy adminisztratív eszközökkel, törvényi szinten szabályozza és csökkentse le a felesleges kórházi kapacitásokat, vagyis az ágyszámokat [12].

Az 1996. évi LXIII. törvény, amely Kökény Mihály egészségügyi miniszter megyei szintű kapacitáscsökkentése, majd 2001-ben Mikola István kapacitás befagyasztása a 2001. évi XXXII. törvénnyel, végül Molnár Lajos egészségügyi miniszter által indítványozott 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről sorolható ide. A túlnyomórészt megyei és városi önkormányzati tulajdonban lévő kórházak kapacitásait az Alkotmánybíróság egy korábbi döntése nyomán csak törvényi szintű szabályozással lehetett központilag, adminisztratív kényszerrel csökkenteni. Utóbbi jogszabály rendelkezett arról, hogy 2007. július 1-től további jelentős 27%-ot kitevő 16 ezer aktív kórházi

ágyat szüntessenek meg (60 ezer aktív kórházi ágyról 44,4 ezerre). A megszünt aktív ágyak egy részét csupán átminősítették krónikus és rehabilitációs kapacitássá (7000 ágy). A sor itt nem zárult be, hiszen a következő kormány is folytatta a struktúraváltást Szócska Miklós államtitkár kezdeményezésére. Ebben az esetben 2012. július 1-től további 2200 ágy kapacitás-csökkentést határoztak meg (elérve a 42 ezres kontingenst). Állami tulajdon lévén, ekkor már nem kellett törvényi szintű szabályozás az intézkedés végrehajtására, csupán a Minisztérium döntése nyomán az ÁNTSZ határozata a működési engedélyek módosításáról, az OEP határozata a kapacitás-lekötési megállapodásokban, és a tulajdonos GYEMSZI jóváhagyása a központilag meghatározott kapacitás-csökkentések és átcsoportosítások érvényesítésére a kapacitás-lekötési megállapodásokban és finanszírozási szerződésekben.

Az 1996. évi LXIII. illetve a 2006. évi CXXXII. törvény alapján végrehajtott kapacitás-módosítás főbb jellegzetességeit az 1. táblázat mutatja be [1, 4, 5].

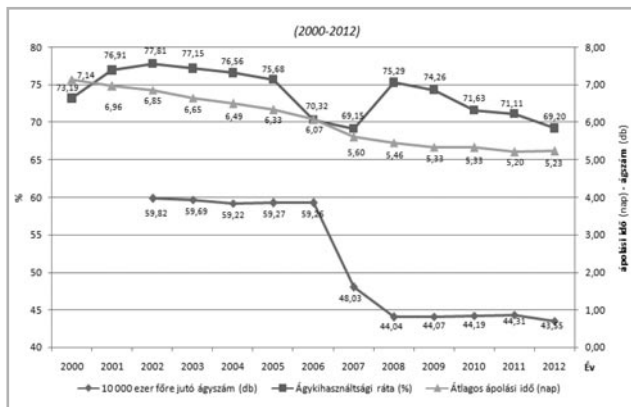
A HAZAI KÓRHÁZSEKTOR MAKROADATOK ALAPJÁN

Ebben a részben első körben a hazai kórházszektor és azon belül az aktív fekvőbeteg szakellátás kapacitás és teljesítmény adatait elemezzük kiemelt és széles körben elterjedt (OECD) mutatószámok alapján.

A kórházi ágykapacitás-tartalékok jól észrevehetőek az OEP Statisztikai Évkönyv hosszú idősoros adatainak elemzése során, amely szerint az elmúlt bő egy évtizedben, mind az átlagos ápolási idő, mind az aktív fekvőbeteg szakellátási ágyszám, ugyanakkor az ágykihasználtság is csökkent [24]. Ez nem várt fejleménye volt az akkori egészségpolitikai intézkedésnek, mivel elméletileg a kapacitások ilyen mértékű (27%-os!) csökkentésének a teljes aktív fekvőbeteg szakellátás besűrűsödését kellett volna eredményeznie. Ugyanakkor az esetszám csökkenés és az átlagos ápolási idő szintén nagy arányú csökkenése túlkompenzálta a kapacitáscsökkenést.

2006. évi CXXXII. törvény	1996. évi LXIII. törvény	
Kb. 80.000-ról kb. 71.000-re	Kb. 92.000-ről kb. 81.000-re	Ágyzámcsoökkentés mértéke
Kb. 11 %	Kb. 12 %	Ágyzámcsoökkentés aránya
Jelentősen változott (75% vs. 25%-ról 62% vs. 38%)	Nem változott (79 % vs. 21 %)	Aktív / krónikus arány
2007. április 1. határnappal azonnal	5 évre fokozatosan	Ütemezés
Intézményi, szervezeti egység jellegű differenciálás megfigyelhető	Inkább fűnyíró elvszerű, egyenletes	Ágyzámcsoökkentés jellege
Igen	Igen	Kiemelt kórházak listája létezik?
A) Országos feladatkörű speciális intézetek B) Súlyponti kórházak	Az országos és regionális feladatok ellátására javasolt intézmények.	Kiemelt kórházak fogalma
Regionális Egészségügyi Tanács.	Megegy egyeztető fórum.	Egyeztetés szintje
Javaslatétel/döntés.	Javaslatétel/döntés.	Egyeztetési szint jogköre
Miniszter dönt.	MEP/OEP dönt.	Döntésképtelenség esetén
Aktív és krónikus fekvő.	Járó, aktív és krónikus fekvő.	Bevont kapacitások
Regionális / szakmai	Megegy / szakmai	Kapacitásmeghatározás dimenziója
Törvényben NEM megadott.	Törvényben megadott.	Módszertan
Nincs.	Jelentős.	Transzparencia
- az ágyszám itt is kevesebb lett - a többi érdekklődéssel várjuk	- ágyszám általában kevesebb lett - betegforgalom nem csökkent - nem lett olcsóbb a rendszer - hatékonyság nem nőtt	Főbb tanulságok

1. táblázat
A kapacitáscsökkentési törvények összehasonlítása Forrás: [1].



1. ábra
Az aktív fekvőbeteg szakellátás hatékonyságát jellemző indikátorok értékeinek változása
Forrás: saját szerkesztés az OEP Statisztikai Évkönyv (2012) adatai alapján

A 2007-es drasztikus ágyszám csökkenés hátterében az előző részben már említett 2006. évi CXXXII. törvény áll. Logikus következményként léphetne fel az ágykihasználtsági ráta folyamatos, nagyfokú emelkedése, azonban a várttal ellentétben ez csak egyetlen év adataiban tükröződik (2008, 1. ábra). Természetesen ez köszönhető magának az aktív kórházi esetszám drasztikus csökkenésének is (2006-os 2 251 089 esetszámról, a 2007-es 1 862 884 esetszámra), ugyanakkor a teljesítmény volumen korlát (TVK) többszöri szűkítése is komoly féket jelent a további kórházi felvételek növelésében – különösen a városi kórházak esetében, amelyek a volumenkorlát felett csak nagyon kis mértékben végeznek ellátást.

A nagymértékű kapacitás redukciónál még nagyobb üteműnek bizonyult az átlagos ápolási idő hosszának csökkenése, hiszen ezáltal gyorsabbá, pörgősebbé vált az ellátás az egynapos, kúraszerű ellátások, illetve non-invazív beavatkozások térnyerése miatt.

Végeredményben elmondható, hogy az eddigi redukció ellenére is található további hatékonysági tartalékokat a rendszerben az esetszámok és az átlagos ápolási idő csökkenésének következményeként, melyek kihasználatlan kórházi ágyakat generálnak. Ezt az ágykihasználtsági rátának a változása mutatja meg a legjobban, de a %-os értéke alapvetően a továbbra is alacsony maradt.

Összes fekvőbeteg ellátás halálzási aránya	Krónikus ellátás halálzási aránya	Aktív ellátás halálzási aránya	Év
2,92	9,20	2,44	2000
2,80	8,79	2,33	2001
2,81	8,87	2,35	2002
2,86	8,99	2,41	2003
2,76	8,69	2,32	2004
2,81	9,19	2,34	2005
2,80	9,20	2,31	2006
3,17	9,15	2,50	2007
3,11	8,84	2,40	2008
3,13	8,78	2,41	2009
3,23	8,82	2,48	2010
3,20	8,87	2,47	2011
3,41	9,10	2,65	2012

2. táblázat
Kórházi halálzási arány %-os változása 2000. és 2012. között
Forrás: saját szerkesztés az OEP Statisztikai Évkönyv (2012) adatai alapján

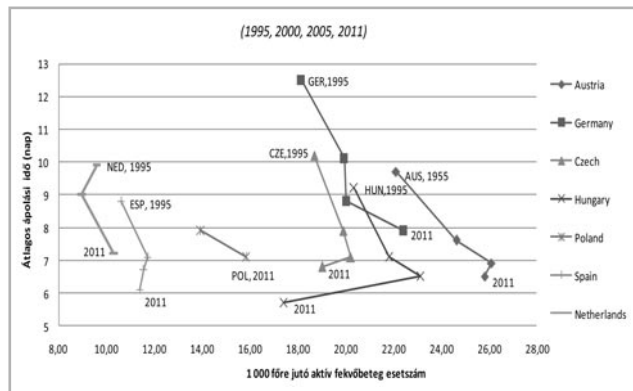
A kórházi halálzási arány alakulásának vizsgálatával megállapítható (2. táblázat), hogy az ápolási napok, valamint az aktív kórházi ágyszám csökkenésével a kórházi halálzási arány stabil maradt. Amennyiben ezt minőségi indikátornak tekintjük, akkor az ellátás színvonalában nem következett be drasztikus változás (romlás) a vizsgált időszakban.

Természetesen erős hatást gyakorol adatainkra a teljesítmény volumen korlát megléte, ugyanakkor nehezíti az előrelátást, hogy valódi eredményességre vonatkozó konkrét adatokkal nem rendelkezünk.

Kitekintés – a hazai kórházi kapacitásadatok nemzetközi összehasonlításban

Az alábbi fejezetben a nemzetközi összehasonlító elemzésekben széles körben elterjedt mutatószámokat használjuk az általunk önkényesen kiválasztott országok egészségügyi rendszerei adatainak felhasználásával.

• Átlagos ápolási idő és az aktív fekvőbeteg esetszám vizsgálata



2. ábra
Az átlagos ápolási idő (ALOS) és az aktív fekvőbeteg esetszám alakulása az EU egyes tagországaiban
Forrás: saját szerkesztés az OECD adatbázis adatai alapján

A 2. ábra szemlélteti az átlagos ápolási idő (angol terminológiában: average length of stay: ALOS) és az aktív fekvőbeteg esetszámok alakulását az egyes országok tekintetében. 1995 és 2011 között az összes általunk megvizsgált országban csökkent az átlagos ápolási idő, amely az EU átlagában 2,9 napnyi csökkenés ebben a 16 éves periódusban.

Látható, hogy a Visegrádi országokban a 2008-2009. évi gazdasági világválság az ápolási idő csökkenésével párhuzamosan nőtt az esetszám, míg ezt követően a legtöbb országban egyfajta struktúra-átalakításra került sor a kapacitások nagyobb kihasználása és az erőforrások hatékonyabb allokálása érdekében.

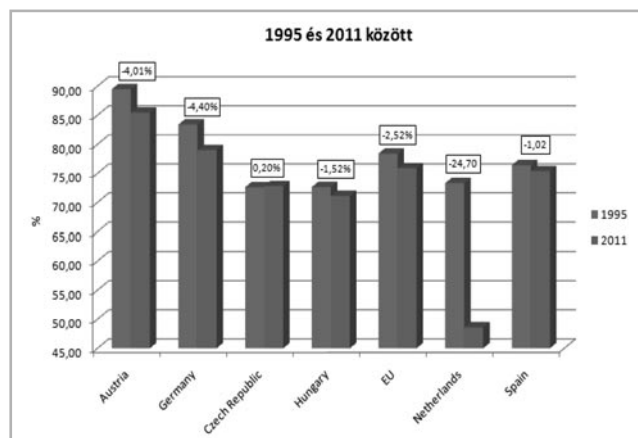
A Visegrádi országokat figyelembe véve, Csehország egészségpolitikai törekvéseivel vonhatunk párhuzamot az ápolási idő, az aktív fekvőbeteg ágyszám csökkentés esetében (62 219 ágyról 60 336 ágyra csökkentették a kapacitásokat 2012-ben). Hosszú távú egészségügyi reformjai között szerepel, hogy a megszüntetett ágyak száma elérje a 10 ezret. Azonban ezen intézkedések ellenére is elmondható, hogy Csehországban az egyik legmagasabb az 1 000 főre jutó aktív ágyak száma az OECD-országok között, és a visegrádi országok között is. 2011 első felében az aktív ágyak számát 2,4 százalékkal csökkentették, miközben a krónikus intenzív és ápolási ágyak számát körülbelül 10 százalékkal növelték, ezzel is követve az európai trendet, vagyis az aktív ágyak átcsoportosítását.

Összességében elmondható, hogy kapacitáscsökkenés és az ALOS csökkenése tartós trendként jelentkezik a vizs-

gált országok és általában az EU-s országok többségében, mely a gazdasági válság hatására számos országban nagyobb lendületet vett, de ettől függetlenül is általában érvényesülő trendekről beszélhetünk [6, 7]. Míg az esetszám változás ennél heterogénebb képet mutat, például Lengyelországban, vagy Németországban; ez utóbbiban az ösztönző rendszer megváltozásának (a DRG esetfinanszírozás bevezetésének) egyértelmű hatásaként jelentkezett az esetszám növekedés.

• Ágykihasználtsági ráta

Az alábbiakban a kórházszektor hatékony működését jellemző egyik legfontosabb változóval, az ágykihasználtsági változóval folytatjuk, melyben a számláló az esetek száma, a nevező pedig az ágykapacitás.



3. ábra
Az ágykihasználtsági ráta %-os változása az EU egyes tagországaiban
Forrás: saját szerkesztés a WHO-HFA-DB adatbázis adatai alapján

Elemzésünkben a következő mutatószám az ágykihasználtsági ráta (az angol terminológiában: occupancy rate) 1995 és 2011 között az általunk tanulmányozott országokban, egy egyértelmű negatív irányú trend figyelhető meg az ágykihasználtsági rátát illetően, ez alól egyedül csak Csehország kivétel, ugyanis itt nincs számottevő elmozdulás az adott időszak alatt teljesített ágykihasználtsági mutatóban.

Magyarországot tekintve, elmondhatjuk, hogy a vizsgált időszakban az EU átlaghoz (-2,52%) képest kevésbé romlott, vagyis a többi országhoz viszonyítva kevésbé romlott a százalékos ágykihasználtság [2].

A holland adatok ebből a szempontból nem értelmezhetőek, mert ott az időszak végén szervezeti, jogszabályi változások eredményeként az aktív fekvőbeteg szakellátási kapacitásokat (ágyakat) és elszámolható esetszámokat más szempont szerint kategorizálják. Így a tapasztalt mínusz 24,7%-os változást egyfajta outliernek tekinthetjük.

Az országok ágykihasználtsági rátájának ilyen széles vertikuma egyrészt annak tudható be, hogy változott a kórházi felvételek száma és az átlagos ápolási idő hossza. Továbbá az országok eltérő egészségügyi rendszereinek

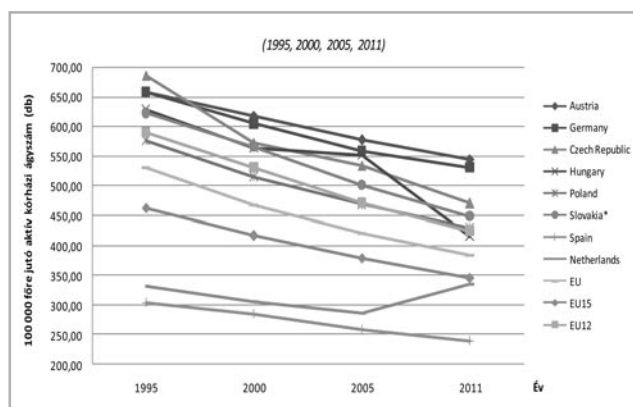
felépítése miatt az elmúlt évtizedekben más-más ütemben és mértékben történtek előrelépések az akut kórházi ellátások csökkentése tekintetében [18, 22, 23, 26].

• 100 ezer főre jutó aktív kórházi ágyszám az EU egyes tagországaiban

Az elmúlt évtizedekben szinte az összes európai ország változtatásokat hajtott végre a kórházi szektorát illetően, ami nem csak magában a kórházi létesítmények számában, hanem az aktív kórházi ágyak számának drasztikus csökkentésében is visszaköszött [20].

Az általunk megvizsgált időszakban, azaz 1995 és 2011 között a 100 ezer főre jutó aktív kórházi ágyszám az Európai Unióban átlagosan mintegy 27%-al csökkent.

Kissé gyorsabb ütemű csökkenés az első öt évben volt tapasztalható: 1995 és 2000 között -12%, majd egy -2%-os trendszerű visszaesés figyelhető meg 2000 és 2005 között (-10%) valamint 2005 és 2011 között (-8%).



4. ábra
100 ezer főre jutó aktív kórházi ágyszám alakulása az EU egyes tagországaiban
Forrás: saját szerkesztés a WHO-HFA-DB adatbázis adatai alapján *Szlovákia esetében a vizsgált időszak: 1996, 2000, 2005 és 2011, mivel 1995-ös adat nem áll rendelkezésre.

Ami az EU15 és az EU12 átlagát illeti ezen mutatóval kapcsolatban, 1995-ben volt a legnagyobb különbség, ugyanis ebben az évben közel 28%-al volt több a 100 ezer főre jutó aktív kórházi ágyak száma az EU12-ben (átlagosan 591 db ágy), mint az EU15-ben (átlagosan 462 db ágy). Ezt követően, mind 2000-ben, mind 2005-ben és 2011-ben is az EU12-ben körülbelül 10%-al volt kevesebb a 100 ezer főre jutó aktív kórházi ágyak száma, mint az EU15-ben.

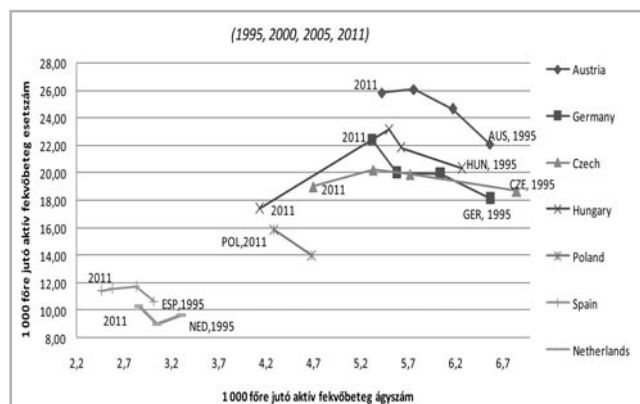
A csökkenés jelentős az összes tanulmányba bevont országban, ez alól kivételt csak Hollandia képez, ahol 1995-höz képest 2011-ben átlagosan 3-al több (+1%) aktív kórházi ágy jutott 100 ezer főre. A legnagyobb csökkenést Magyarország esetében tapasztalhatjuk, ugyanis nálunk mintegy 66%-ra redukálódott az aktív kórházi ágyak száma, ami a gyakorlatban azt jelenti, hogy 1995-höz képest átlagosan 213 aktív kórházi ágygal jutott kevesebb 100 ezer főre, mint 2011-ben. Ezen változás időben jól nyomon követhető és a vonaldiagramon is látható, hogy 1995. és 2000. között a csökkenés mintegy 10%-os volt. Majd ezt követően egy kis-

mértékű emelkedés volt érzékelhető 2000 és 2005 között (+3%), s végezetül egy rendkívül drasztikus csökkenés fedezhető fel 2005 és 2011 között, melynek mértéke elérte a 25%-ot, ami javarészt a már fentebb kifejtésre került 2006. évi CXXXII. törvény hatásának tudható be. [1]

A magyarországi 100 ezer főre jutó ágyszám adatok (2011-átlagosan 415 db aktív kórházi ágy/ 100 ezer fő) az egész visegrádi térségre jellemzőek így Szlovákiára (2011-átlagosan 449 db aktív kórházi ágy/ 100 ezer fő), Csehországra (2011-átlagosan 470 db aktív kórházi ágy/ 100 ezer fő) és Lengyelországra (2011-átlagosan 429 db aktív kórházi ágy/ 100 ezer fő) is [3, 25].

• **Esetszám és ágyszám kapcsolata**

Elemzésünket tovább folytatjuk a fekvőbeteg szakellátást meghatározó két fontos mutatószám, a fajlagos ágyszám és esetszám kombinációjaként készített ábrával. Ezen a ponton a kutatási kérdésünk az volt, hogy vajon kórházi esetszámok alakulása hasonló-e a már vizsgált fekvőbeteg kapacitás-csökkenés mértékével. A válasz az alábbi ábra alapján egyértelműen: nem.



5. ábra
Az aktív fekvőbeteg esetszám és az aktív fekvőbeteg ágyszám változása az EU egyes tagországaiban
Forrás: saját szerkesztés az OECD adatbázis adatai alapján

A technikai hatékonysági szempontból az egyes időszakok fajlagos értékeit, illetve az ezekből kirajzolódó trendeket kétféle megközelítésben is értelmezhetjük: azonos ágyszámon mekkora esetszám látható el, vagy azonos éves esetszám eléréséhez mekkora ágyszámra van szükség. Az ábrán jól látható, hogy a kapacitás-csökkenés folyamatosnak tekinthető trendjével szemben az esetszámok egészen a gazdasági válság kitöréséig (utolsó vizsgált év 2005) folyamatos növekedést mutatott, és csak ezt követően fordult a csökkenés irányába (Ausztria, Csehország, Spanyolország, Magyarország). Ebből az általánosnak mondható trendből a WHO adatok alapján Németország lóg ki, ahol a legutóbbi évekig növekedett a kórházi esetszám, mely főként a már előzőekben is megemlíttetett esetfinanszírozás alapú DRG rendszer bevezetésének köszönhető [27].

Látható, hogy a 2000-es évek közepétől, majd a gazdasági válság óta még nagyobb lendülettel, mind az ágyszám,

s e mellett az esetszámok is folyamatosan csökkenő tendenciát mutatnak a Visegrádi országok esetében. Magyarország ezzel egyre jobban közeledik a lengyel adatokhoz és trendhez, csakúgy, mint Csehország.

Ausztria és Németország esetében közeledő, azonban más irányú elmozdulás figyelhető meg, míg a spanyol és holland adatok egy harmadik különálló csoportot alkotnak, köszönhetően az országok eltérő struktúrájának [2]. Esetükben a kórház szektor és a kórházi ellátás súlya nagyságrenddel kisebb, mint Németországban és Ausztriában.

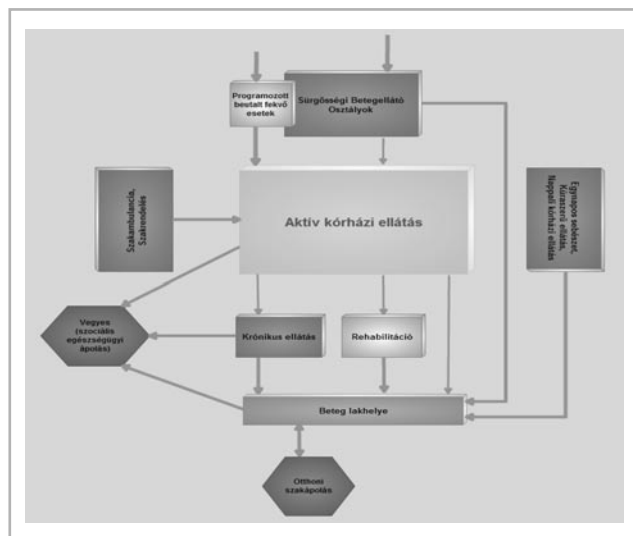
• **Hagyományos ellátás eltolódása a korszerű ellátás felé**

Zárásként egy kis kitérőt teszünk abba az irányba, hogy miért nem érdemes a kórházi ágyaknak, mint kapacitásmutatóknak olyan nagy jelentőséget tulajdonítani a XXI. századi modern egészségügyi rendszerekben. Részben maga a kórházi ágy és ellátás nem tekinthető homogénnek. Az intenzív osztályok, posztoperatív őrzők, inkubátorok, magas technikai háttérrel felszerelt ellátási egységek, „kórházi ágyak” akár 10-20 millió Ft/ ágy – ellátási egység bekerülési költséggel, szemben az egyszerűbb belgyógyászati, tüdőgyógyászati osztályok szimpla kórházi ágyaival.

Magyarországon már több ízben születtek olyan hatás-számítások,, melyek az Európai Unió fejlesztési források megfelelően fókuszált felhasználása alapján azt számolták ki, hogy mekkora mértékben csökkenthető úgy a hagyományos aktív fekvőbeteg ellátási kapacitás, hogy eközben a betegek ellátása sem minőségben, sem hatékonyságban ne szenvedjen csorbát [4, 5, 9].

Egészségügyi szervezési és ellátási szakmai alapon a hatékonysági tartalékokat a legtöbb esetben az alábbiak tezik ki:

- a felesleges kórházi felvételek elkerülése, vagy eltolása az egynapos sebészet, a rövid idejű sürgősségi ellátás,



6. ábra Hagyományos kórházi ellátás eltolódása a korszerű ellátási formák felé
Forrás: Dózsa, [4]

a tartós bennfekvést nélkülöző kúraszerű ellátás és nap-pali kórházi ellátás irányába,

- az ambuláns ellátások műszaki technikai fejlesztése,
- az egyenetlen és sok helyütt hiányos rehabilitációs és krónikus kapacitások fejlesztése
- az otthoni szakápolás kapacitásának és kompetencia szintjének jelentős bővítése (6. ábra).

Ezek az ellátási területeken további részletesebb vizsgálatokra van szükség annak megállapítására, hogy mennyi is pontosan a fölösleges kórházi felvétel. A nemzetközi szakirodalomban ilyen vizsgálatok kivételéhez jól kidolgozott módszerek lehettek fel [19]. Ilyenkor diagnózisonként, betegségenként vizsgálják meg az eseteket, s keresik a választ arra, hogy a szövődmény, az állapotrosszabbodás, a sérülés, illetve baleseti esetek közül kb. hány % lett volna elkerülhető megelőzéssel, az alapellátás, háziorvosi ellátás, a járóbeteg ellátás és a krónikus betegség-gondozás hatékonyságának növelésével [5]. Példaként – többek közt, – elkerülhető az asztma és a COPD, mint súlyos krónikus tüdőbetegségek miatti kórházi felvételek nagyobb része, a rosszul beállított cukorbeteg kómás állapota, neurológiában, belgyógyászatban számos kezelés megoldható kúraszerű ellátás, járóbeteg szakellátás, bentlakásos szociális otthon, vagy akár otthoni szakápolás keretei között – megfelelő szakorvosi kontroll mellett. A kúraszerű ellátások növekedésére kiváló példa a hazai onkológiai ellátások elemzése. Eszerint a 2003-2013-as időszakban az onkológiában, neurológiában, hematológiában, belgyógyászatban folyamatos növekedés volt a 11 év alatt. Az esetszám a 2003-as 88,8 ezer esetről (35,7%), 2013-ra 196,3 ezer esetre (91,3%), a betegszám a 2003-as 42,9 ezer betegről (24,5%), 2013-as 72,8 ezer betegre (49,1%) nőtt [3].

ÖSSZEFOGLALÓ MEGÁLLAPÍTÁSOK ÉS JAVASLATOK

Összefoglalásként elmondható, hogy hazánkban az egészségpolitika kormányokon átívelő adminisztratív és finanszírozási beavatkozásokkal mesterségesen képes volt jelentős mértékben csökkenteni a korábban túlzottnak tartott kórházi és azon belül is az aktív fekvőbeteg szakellátási kapacitásokat és hospitalizációs indexet [1, 5].

Ez a tanulmány egy átfogóbb elemzés része, melyben időről időre követjük a hazai egészségügyi ellátórendszer struktúrájának a változásait, azon belül is kiemelten a kórházszektor kapacitásának, teljesítményének, eredményességének alakulását. További elemzésben szükséges annak mélyrehatóbb vizsgálata, hogy a nyers lakosságszám arányos kapacitás és teljesítmény-mutatók a demográfiai és epidemiológiai (mortalitási, morbiditási) adatok ismeretében, hogyan alakul hazánk egészségügyi rendszerének pozíciója a szűkebb Közép-Európai és a tágabb Európai Uniós térségben. Tudományos igényességű elemzéseket javasolt elvégezni a területi eloszlás és hozzáférés tekintetében a lakosság lakhelyének jellege szerinti bontásban, a lakos társadalmi-gazdasági státuszának megfelelően. Részletes elemzésekre van szükség a korábban megkezdett módszerekkel [6], hogy a teljes kórházi szektoron belül az egyes szakmák részesedése és szerepvállalása hogyan változik. Elvégzendő az ellátás valódi minőségének elemzése több ország kórházszektorára kiterjedően a nemzetközileg is jól ismert minőségi indikátorok segítségével.

Egészségpolitikai szempontból véleményünk szerint a következő évek fő feladata közé tartozik ennek a trendnek a kismértékű folytatása, a még meglévő további 3-4-ezres tartalék feltárása, megszüntetése, de ezzel együtt a kapacitások minőségi átrendezése, a szűk keresztmetszetet, hiányt mutató szakmák fejlesztése, és különösképpen a kórházon kívüli ellátási formák jelentős fejlesztése. A mindenkori kormányzat elengedhetetlen feladatai közé tartoznak az intézményrendszer technológiai megújulását, majd szinten tartását biztosító, és a tökevvisszapótlást normatív szintre helyező finanszírozási rendszer kialakítása, valamint a hosszútávon fenntartható működést garantáló bérrendezés, bérszínvonal elérése.

Tágabb értelemben a kórházszektor hatékony működése nem valósítható meg az egészségügyi alapellátás definítív szerepének növelése, a minimál-invazív és egynapos ellátások arányának növelése, az ambuláns kezelések és gyors diagnosztikai lehetőségek kapacitásának és tárházának folyamatos bővítése, fejlesztése nélkül. Szükséges a krónikus betegség-gondozási programok fókuszált és infokommunikációs eszközökkel támogatott fejlesztése a „jól” karbantartott betegek érdekében.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Ágoston István dr. et al. (2009): A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai, Gazdasági Szemle (5): 3-7. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.
- [2] Boncz Imre (2007): A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira intézményi, megyei és regionális bontásban, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, VI. évf. 8. szám, 19-24. old.
- [3] Dózsa Csaba (2014): Hatékonyság-javulás és hatékonysági tartalékok a magyar egészségügyben, Plenáris előadás anyaga VIII. IME-META konferencia.
- [4] Dózsa Csaba (2011/b): Struktúra-váltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgástere a 2000-es években, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 10(3): 22-28. old.
- [5] Dózsa Csaba (2011/a): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre Magyarországon a 2000-es évek-

- ben – Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola.
- [6] Dózsa Csaba, Kövi Rita, Ecseki Adrienn (2010): Változások az aktív fekvőbeteg-szakellátás egyes szakmacsoportjaiban az utóbbi 10 évben I-II. rész, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 9(5), 15-19 5 old.; 9(9): 13-18. 6 old.
- [7] Orosz Éva. (2010): A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: Bodrogi J. (szerk): Az egészségügyi reformfolyamat főkérdései, Semmelweis Kiadó.
- [8] Orosz É. (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái, Budapest, Akadémiai Kiadó. Tévúton vagy félúton, 2001.
- [9] Gresz M., Borbás F, Babarczy B., Csordás A. (2012). A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja XIII. évf. szám 2014. március. 7-12. old.
- [10] Kincses Gyula (2010): Az egészségügyi ellátórendszer, Egészségpolitikai ábragyűjtemény (2010). 91-104. old.
- [11] Sinkó Eszter (2009): A kórházfinanszírozás új rendszere. medicalonline.
- [12] Molnár Lajos (2008): Magyarország Politikai Évkönyve, Kossuth Kiadó Zrt.
- [13] Állami Számvevőszék (2003): A fekvőbeteg szakellátás 10 éve – egy lehetséges terápia elemei, 44-64. old.
- [14] Mihályi Péter (2000): Magyar egészségügy: diagnózis és terápia. Springer Orvosi Kiadó Kft. Bp. 203. old.
- [15] Dr. Bordás István (2001): Amortizáció az egészségügyben, Egészség és család: a számolatlan nemzeti vagyon, Miniszterelnöki Hivatal, Kormányzati Stratégiai Elemző Központ Bp.
- [16] Fehér Miklós, Karasszon Dénes, Józán Péter, Kincses Gyula, Ajkay Zoltán: A magyar kórházügy, (1995) Magyar Kórházszövetség.
- [17] European Hospital and Healthcare Federation (2011), Hospitals in Europe Healthcare Data
- [18] Restructuring and Sustainable Growth (Szerkezetváltás és tartós növekedés), Országtanulmány, Világbank. 1995.
- [19] Rechel B., Wright St., Edwards N., Dowsdewsell B., McKee M. [2009]: Investing in hospitals in the future, Health Property Network European Observatory on Health Systems and Research. N16.
- [20] Kövi Rita dr. et al. (2014). A kapacitástervezés nemzetközi és hazai törekvései, GYEMSZI, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja XIII(1): 5-11.
- [22] Health Online cikkek gyűjteménye, Letöltés helye: <http://www.irf.gyemsi.hu/hol/cikkek/cgi?temakor=23> Letöltés ideje: 2014. június
- [23] InforMed: Tovább csökken a kórházi ágyak száma Csehországban (2012), Letöltés helye: http://www.informed.hu/egpol_new/?article_hid=173768 http://www.informed.hu/egpol_new/?article_hid=173768 Letöltés ideje: 2014. június
- [24] OEP Statisztikai Évkönyv 2012. Letöltés helye: <http://site.oep.hu/statisztika/2012/html/indexhun.html> <http://site.oep.hu/statisztika/2012/html/indexhun.html> Letöltés ideje: 2014. június
- [25] OECD adatbázis, Letöltés helye: <http://stats.oecd.org/> <http://stats.oecd.org/>, Letöltés ideje: 2014. június
- [26] OECD iLibrary, Letöltés helye: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/04/03/index.html;jsessionid=8md3418bqhgd.x-oecd-live-02?contentType=&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2013-34-en&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312&accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2013-en <http://stats.oecd.org/> Letöltés ideje: 2014. június
- [27] WHO-HFA-DB adatbázis, Letöltés helye: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> Letöltés ideje: 2014. június

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a

Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint főigazgató-helyettes. 2005. május és 2006. június között az

Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, részállásban az ELTE egészségpolitika MSc képzés külső oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében. 2011-2012-ben a META elnöke. 2006-tól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.



László Teodóra 2012-ben végzett a Debreceni Egyetem Egészségügyi szervező alapszakán, egészségügyi ügyvitelszervezőként. 2015 januárban fejezte be tanulmányait az Eötvös

Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás MSc képzésén. Szakmai gyakorlatát az Egészségügyért Felelős Államtitkárság Államtitkári Kabinetén végezte. Fő érdeklődési területe az egészségügyi rendszerek finanszírozása és fejlesztése.



Palaticz Edina 2012-ben végzett a Debreceni Egyetem Egészségügyi szervező alapszakán, majd 2014-ben az Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakán. Kiemelt figyelmet

fordít az egészségügyi informatikában bekövetkezett változásokra, a kontrolligának a kórházakban betöltött szerepére. Jelenleg az Országos Gerincgyógyászati Központ munkatársa, emellett Egészségügyi minőségbiztosítás posztgraduális képzésen folytatja tanulmányait.

2014. december 3.

Együtt a betegek, ellátottak és gyermekek jogaiért



Együttműködik a jövőben az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) és a Pécsi Tudományegyetem (PTE), melynek révén többek között az egyetem három karán is bevezetik a „Betegjogok elmélete és gyakorlata”, vagy a „Betegek, ellátottak és gyermekek jogai” című szabadon választható tantárgyak egyikét. Az erről szóló dokumentumot Novák Krisztina, az OBDK főigazgatója és Bódis József, a PTE rektora a mai napon írta alá a Pécsi Tudományegyetemen.

Az elmélet és gyakorlat találkozása, azaz a PTE tudásbázisa, széleskörű hazai és nemzetközi szakismerete, és az OBDK szakmai munkája és tapasztalata a jövőbeni eredményes együttműködés záloga lehet. A „közös út” első, kézzel fogható lépéseként az egyetem három karán – az Állam- és Jogtudományi Karon, az Általános Orvostudományi Karon és az Egészségtudományi Karon – a 2014/2015-ös tanév második félévében várhatóan összesen mintegy 90 fő részvételével indulnak el a szabadon választható komplex jogvédelmi tantárgyak. A kurzusok gyakorlatorientált megvalósításában a PTE oktatói mellett az OBDK jogvédelmi szakemberei is aktívan közreműködnek majd.

A két intézmény a képzések mellett szakmai konferenciák, kerekasztal-beszélgetések és egyéb rendezvények megszervezésével is segíteni kívánja a szakmai-tudományos közélet élénkítését, a szélesebb körű tájékoztatást a jogvédelem területén.

A pécsi egyetem kiemelt stratégiai célja az oktatás, kutatás, és az egészségügyi szolgáltatások folyamatos fejlesztése mellett a társadalmi felelősségvállalás. Ebbe az elképzelésbe tökéletesen illeszkedik a mai napon aláírt dokumentum, mely alapján a PTE és az OBDK szorosan együttműködik a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselői hálózat és civil jogvédő munka fejlesztése érdekében.

További információ:

Kottász Gergely
sajtóreferens
Pécsi Tudományegyetem
kottasz.gergely@pte.hu
30/966-1257

Pálinkás Ágnes
kommunikációs vezető
Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ
palinkasagnes@obdk.hu
30/263-6411