

Hol tart az egészségügy struktúra-átalakítása?

A hazai egészségügyben ezekben az években az egyik sláger téma a struktúra-átalakítás emlegetése, amellyel kapcsolatban különféle vélemények láttak napvilágot: *Meg kellene már végre kezdeni a struktúra átalakítását!* Vagy: *Végig kellene vinni a struktúra-átalakítást!*

Az alábbi rövid vitairatban igyekszem feltárni ennek a szakmapolitikai kérdésnek a jelenlegi helyzetét Magyarországon. Az egészségügyi és egészségpolitikai szakemberek részéről a hazai közfinanszírozott egészségügyi ellátás struktúrájával szemben megfogalmazott tipikus kritikai érvek az elmúlt évtized derekán az alábbiak voltak: a nemzetközi viszonylatban is túlzott aktív kórházi ágyszám és mégis a területileg aránytalan hozzáférés, a progresszív ellátás szintjeinek keveredése, a nem egységes és egyenszilárdságú sürgősségi ellátó-rendszer, a heterogén ellátási minőség és a korszerű technológia adatai lehetőségek kiaknázatlansága (pl. egynapos sebészet, telemedicina).

A hazai problémák mellett ugyanakkor egy korszerű ellátórendszerrel szemben Európában számos kihívás jelent meg az elmúlt évtizedben, mint az idősödés trendje (ageing), ezzel együtt a krónikus betegek számának jelentős emelkedése, a gyógyszeres, műtéti és diagnosztikai technológiák rohamos fejlődése, valamint az információs társadalom begyűrűzése, a fogyasztói öntudat és igények növekedése. A szervezett intézményi válaszok más európai országok példája alapján az ellátói kapacitások átalakítása (redesign, renovation), egyes intézmények profilváltása. A specializált szaktudást igénylő nagyértékű technológiák koncentrációja kiemelt ellátó-centrumokba. A minimál invazív beavatkozásokat és a gyors diagnosztikát lehetővé tevő technológiák széles körű elterjedése (UH, katéteres eljárások, lézeres műtéti technológiák). A szervezeti változások között még fontos kiemelni az intézményi összevonásokat, fúziókat (mergers), holdingok kialakítását. A krónikus betegségek komplex ellátása (chronic disease management programmes) keretében pedig a különböző szintű és jellegű ellátások integrációja, a korábbi merev intézményi falak lebontásával és multidiszciplináris csapatok elterjesztésével a folyamatos ellátás (continuum of care) biztosítása.

A hazai helyzetet leginkább a megkezdett, majd félúton megtört reformlépések jellemzik. 2004-től újult erővel indult meg a sürgősségi ellátás rendszerének országos fejlesztése, melyet a több-biztosítós reformtörekvések szorítottak háttérbe. 2003-ban az OEP pályázati kiírását követően vett nagy lendületet – a korábban 2-3 %-ot kitevő – egynapos sebészeti eljárások elterjedése, melyet a 2007-es újabb pályázat tovább bővített, így mára már kb 15 %-ot ér el az összes műtéti beavatkozás körében (szemben a Nyugat-Európai 35-40 %-kal). Az aktív ágyak számát 2007-ben durva adminisztratív eszközökkel (27 %-kal, 16 ezerrel!!!) egy tollvonással csökkentette le a korábbi kormányzat. Majd ezt követően megkezdődött az intézményszektor valódi infrastrukturális megújulása is az Európai Unió pályázatok (ÚMFT TIOP 2. prioritási tengelye) révén. Ennek üteme és intenzitása azonban jóval elmarad a 2006-ban tervezettől, ráadásul ezeket a beruházásokat nem követik hasonló mértékben a humánerőforrás és az ágazati informatikai fejlesztési programok.

További súlyos problémaként jelenik meg, hogy az OEP finanszírozási és ösztönző rendszerét (kisebbségi korrekciók ellenére) sem sikerült még gyökeresen átalakítani a költséghatékonyabb és korszerűbb és a rendszer különböző szintjeit integráló egészségügyi szolgáltatások nyújtásának ösztönzése és az eredmény szemlélet megkövetelése érdekében.

Összességében sok minden változott, részlegesen belső szakmai átrendeződés, technológiai megújulás is történt, de mégis hiányzik a hosszú távú következetes irányítás és végrehajtás. Még mindig siralmas az alapellátás súlya, pedig valódi struktúraváltást eredményezne az alapellátás kibővítése, a háziorvosi prevenció és szűrési feladatok intenzitásának és hatékonyságának javítása. Ehhez illeszkedve elengedhetetlenül fontos a kórházi ellátások kiváltását szolgáló otthoni ellátási formák (szakápolás, otthoni rehabilitáció, hospice, stb.) kapacitásainak és kompetenciaszintjének jelentős bővítése. A struktúraváltást támogató további modernizációs eszköz az infokommunikációs eszközök széleskörű integrálása a gyógyító szolgáltatások – minőségének, hozzáférhetőségének – fejlesztése érdekében (esemény, eórlap, ebooking, telemedicina, teleradiológia, stb.). E nélkül már nem lehet elképzelni egy modern egészségügyi rendszert.

Végezetül ki kell hangsúlyozni, hogy az egészségügy struktúraváltása túl azon, hogy szolgálja az ellátórendszer fenntartható működését és hatékonyságát, nem önmagáért és nem önmagában való. Egyrészt, a rendszer végső célja a lakosság egészségi állapotának javítása, várható élettartamának és életminőségének a növelése. Másrészt, a struktúraátalakítást egy átfogó intézkedéscsomagba kell ágyazni a humán erőforrás (egészségügyi munkaerő-kínálat) megfelelő átalakításával és a finanszírozási rendszer átszabásával, hogy a korszerű betegellátásra ösztönözzön. Teendő tehát van bőven ezekben az években, amelyhez számos korábban kidolgozott koncepció és szakértői anyag is rendelkezésre áll. Most már csak arra van szükség, hogy legyen végre egy olyan politikai erő, amely hosszú távú célok mentén valódi változásokat kíván elérni.