
GYORS TÉNYKÉP

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER STRUKTURÁLIS ÁTALAKÍTÁSÁNAK TERÜLETI VONATKOZÁSAI¹

(The Structural Transformation of the Hungarian Health Care
System and its Regional Relations)

UZZOLI ANNAMÁRIA

Kulcsszavak:

egészségügyi rendszer fekvőbeteg-ellátás területi kapacitások régió egészségföldrajz

A tanulmány célja a magyar egészségügy átalakítása intézményi és területi vonatkozású következményeinek bemutatása. A struktúraátalakítás során az új ellátási hierarchiában a kórházi kapacitások meghatározása régiók szerint történik, így a területi különbségek földrajzi értelemben is vizsgálhatóvá válnak. Az egészségügy működésében és felépítésében tapasztalható változások közép- és hosszú távon szolgálják a hazánkra jellemző egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklődését és a konfliktusok megoldását.

A magyar egészségügyi ellátórendszer struktúrájának és finanszírozásának jelenleg is tartó átalakítása a rendszerváltozás utáni egészségpolitika legnagyobb kihívása. Az egészségügyi rendszer működésében hosszú évtizedek alatt olyan kiélezett konfliktus- és válsághelyzet alakult ki, amelynek megoldása a jövőben összehangolt társadalmi és politikai cselekvést igényel. Az egészségügyi ellátás fejlesztését és minőségjavulását közép- és hosszú távon szolgálja az új gyógyszerár támogatási rendszer, az Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása, az egészségügyi önrészfizetés és a későbbiekben a különböző biztosítási csomagok bevezetése, valamint az új ellátási hierarchia kialakítása és a kórházi kapacitások meghatározása. A 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről hatályba lépésével 2007 első hónapjaiban a korábbi egészségügyi rendszer felépítése és működése megváltozott. A folyamat jelentőségét növeli, hogy az új struktúra megteremtése kifejezetten területi szempontok alapján történik.

A magyar egészségügyi rendszer vizsgálata nemcsak az aktuális szakpolitikai intézkedések miatt időszerű, hanem az ország népegészségügyi és demográfiai helyzete miatt is. A lakosság egészségi állapota, kiváltképpen a középkorú férfiak halálozási valószínűsége alapján nemzetközi szinten is rendkívül kedvezőtlen; a születéskor várható átlagos élettartam 5–7 évvel alacsonyabb, mint Nyugat-Európában. A népesség 1981 óta tartó fogyása mellett évek óta tapasztalható az időskorú lakosság arányának fokozatos növekedése, azaz a társadalom előregedése. Mindezek a

folyamatok jelentős terheket rónak az államháztartásra, valamint a munkaképes korúak járulékfizetési kötelezettségeire.

Az alapvetően leíró jellegű tanulmány elsődleges célja a magyar egészségügy átalakítása aktuális intézményi és területi vonatkozású következményeinek bemutatása. Ezekben a folyamatokban prioritást élvez a kórházi ellátás strukturális és területi racionalizálása, ezért maga a tanulmány is főként a fekvőbeteg-ellátás vizsgálatára fókuszál, s a következő kérdésekre keresi a választ:

- Milyen mértékben változtatta meg a szerkezet-átalakítás a működő kórházi ágyak számát és szerkezetét az egyes régiókban?
- Sikertült-e enyhíteni a fekvőbeteg-ellátására jellemző Budapest-központúságot?
- A struktúraváltás önmagában képes-e megoldani a magyar egészségügy alapvető problémáit és konfliktusait?

Az egészségben és az egészségügyben tapasztalható egyenlőtlenségek egymástól elválaszthatatlan és egymással szorosan összefüggő fogalmak, ezért az egészségügyi erőforrások területi eloszlásának vizsgálata nem történhet meg az egészségi állapot területi különbségeinek összevetése nélkül. Azonban hazánk rossz egészségi állapota nem kizárólagosan a rosszul működő egészségügyi ellátórendszer következménye. A bonyolult kölcsönhatások és ok-okozati összefüggések értelmezése vélhetően a jövő feladata, hisz a strukturális és finanszírozási átalakítások következményei, valamint ezek nyomán az egészségi állapotban tapasztalható esetleges javulás csak néhány év elteltével értelmezhető.

Az egészségügyi ellátóhálózat felépítése a struktúra-átalakítás után

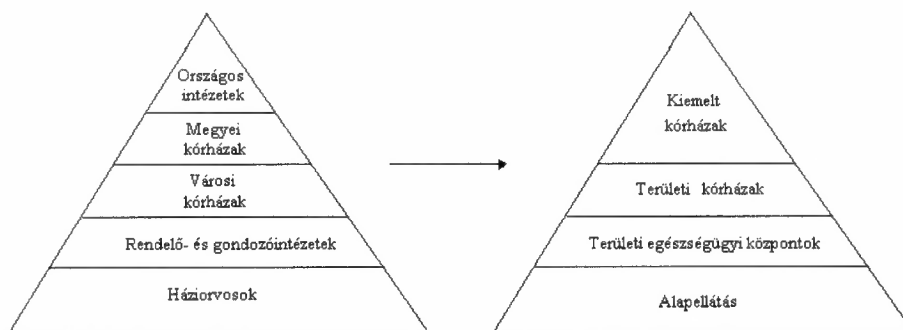
A Kórházfejlesztési Törvény az egészségügyi ellátórendszer struktúrájának átalakítására született. Legfontosabb célkitűzése egy fenntartható, hatékony és minőségi ellátást biztosító rendszer kialakítása. Ennek megvalósításában nem csupán az új ellátási hierarchia létrehozása és működtetése, ill. a területi kapacitások meghatározása a legfontosabb feladat, hanem a későbbiek folyamán az ezt kiegészítő komplex egészségbiztosítási modell bevezetése (*Egészségügyi Minisztérium* 2007). Az új struktúra alapelve egyrészt a működő kórházi ágyak csökkentése és a valós igényekhez igazítása, valamint a területi ellátási kötelezettségek hangsúlyozása. Mindezekkel az elsődleges cél az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítása, végső soron az egészségi állapotban, illetve az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható területi különbségek csökkentése.

A magyar egészségügyi ellátórendszer lépcsőzetesen egymásra épülő alap-, szak- és speciális ellátásfajtái szolgálnak az egészség megőrzésére, a betegségek megelőzésére, az egészségi állapot javítására és az életveszély elhárítására (*Osváth* 2004). Ennek az ún. progresszív rendszernek a lényege, hogy a gyógykezelés specializált szakmai és technikai igényétől, bonyolultságától, a betegség jellegétől függően

fokozatokba rendeződik (Bugovics 2005). Így beszélünk a háziorvosi betegellátásról, a járóbeteg-szakrendelőintézeti és a fekvőbeteg-ellátásról. Ez utóbbi területi ellátási kötelezettségek szerinti újjászerveződése a leglátványosabb az egészségügyi reformok kapcsán. Az új ellátórendszer nem az alapvetően háromfokozatú struktúrát változtatta meg, hanem az ellátási szintek számát csökkentette négyre (1. ábra). A változtatások fő célja, hogy a különböző egészségügyi intézmények bizonyos közúti távolságon és/vagy utazási időn belül elérhetők legyenek a rászorulóknak számára. A területi elérhetőség elvét úgy szervezték meg, hogy a súlyponti kórházak átlagosan 55 km-en belül – vagy egyórányi utazással –, a területi kórházak átlagosan 30 km-en belül, a járóbeteg-intézetek átlagosan 20 km-en belül, a mentőállomások pedig mindenki számára 15 percen belül elérhetők legyenek. Területi szempontok alapján szintén prioritást élvez az a másik alapelv, miszerint a 20 km-en belüli ellátási körzetekben meg kell szüntetni a párhuzamosságot, vagyis az adott szolgáltatást nyújtó osztályból egynél több nem működhet a körzetben.

1. ÁBRA

*Az egészségügyi ellátórendszer korábbi és jelenlegi struktúrája
(The Structure of Health Care System Earlier and Now)*



Forrás: Forgács et al. (1995, 159).

Forrás: Saját szerkesztés.

Az egészségügyi rendszer hierarchiájában az alapellátás jelenti az első orvos-beteg találkozót: ide sorolható a felnőtt és gyermek háziorvosi hálózat, a fogászati alapellátás, az iskola-egészségügyi szolgálat, a foglalkozás-egészségügy, a körzeti védőnői szolgálat, valamint a házi beteg- és szakápolás. A korábbi körzeti orvosi hálózat jogilag 1992-ben – 6/1992. (III.31.) sz. kormányrendelet alapján – alakult át a mai háziorvosi szolgáltató rendszerré, megteremtve a szabad orvosválasztás lehetőségét. Ez a folyamat az 1990 utáni egészségügyi reformok eddigi egyik legsikeresebbike volt. A 2007. évi egészségügyi fejlesztések az alapellátás megerősítésére, a háziorvosi praxisok bevételeinek növelésére, ill. az indokolatlan orvos-beteg találkozók csökkentésére irányulnak. Ezzel tovább erősítették a háziorvosok kapuőr szerepét, illetve hangsúlyozták a háziorvos felelősségét a betegutakban, s azok folyamatos nyomon követésében. A háziorvosi hálózat az egészségügyi ellátás

területileg legkiegyenlítettebb alkotóeleme, a területi különbségek főként a településhierarchia szerint jelentkeznek (Molnár 2001). Az aprófalvas térségekben egy háziorvosi körzetbe akár 8–10 község lakosságának ellátása is beletartozik.

Az alapellátás keretei között már nem kezelhető, de alapvetően kórházi ellátást még nem igénylő egészségügyi feladatok és szolgáltatások (pl. diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok) tartoznak a járóbeteg-szakellátáshoz. Ennek működtetése az utóbbi harminc évben többször módosult: 1975-ben következett be a korábban külön intézményként működő kórházak és járóbeteg-szakrendelők integrálása, míg 1990 után már lehetőség volt kórházi háttér nélküli szakrendelők működtetésére is. Sőt, a rendszerváltozás megteremtette a feltételeket a magántulajdonú magánszakrendelések, az ún. poliklinikák kialakulásához is. A jelenlegi törekvések célja, hogy a korábbi rendelőintézetekből, ill. újak kialakításával a kiemelt és területi kórházak köré szerveződve ún. területi egészségügyi központokat hozzanak létre. A jövőben ezen intézmények lennének hivatva a lakosság közeli járóbeteg-szakellátására. Továbbfejlesztési lehetőségeik egyrészt az alapellátással való szorosabb szakmai együttműködésben; másrészt az egynapos sebészeti beavatkozások² megteremtésében; harmadrészt pedig az egyes intézményekhez kötődő mentő és légmentő központok kialakításában körvonalazódnak. A tervek között szerepel legalább 46 egészségügyi intézményben a nappali kórház feltételeinek kialakítása, ami lehetőséget adna a jelenleg krónikus ellátással foglalkozó kórházak számára a sebészeti beavatkozásokra, ill. a korábbi műtők és műtéti felszerelések aktív használatára. Magyarországon az ilyen jellegű szolgáltatások aránya alig haladja meg a 2%-ot, míg Európa legfejlettebb országaiban akár az 50%-ot is túllépi. A szakrendelési intézmények igénybevételének területi különbségei igen nagyok, ami függ egyrészt a kulturális-műveltségi tényezőktől, másrészt a települési struktúrától és az ellátottság színvonalától: például a budapestiek háromszor gyakrabban veszik igénybe a rendelőintézeteket, mint a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élők (Illés 2005).

Az ország 168 kistérsége közül nyolcban egyáltalán nincs járóbeteg-szakrendelő³, 21-ben pedig új rendelő kialakítása szükséges⁴, ill. 37 kiemelten fejlesztendő kistérségnek⁵ minősül. A szakpolitika tervei alapján a meglévő területi aránytalanságok és ellátási hiányok megszüntetésére a leépítésre kerülő aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások 20%-ának megfelelő mennyiségű potenciális többlet kapacitása jelent fedezetet (www.eum.hu).

A kórházi szakellátás szervezeti felépítése korábban a városi és megyei kórházakra, valamint az országos intézetekre épült (1. ábra). Az új hierarchiában a korábbi városi kórházak alakultak át ún. területi kórházzá, míg a megyei és országos kórházak közül csupán 39 válhatott ún. súlyponti kórházzá.

A progresszivitás legmagasabb szintjét képviselő kiemelt, súlyponti kórházak egyben országos szakmai központok, ahol nagy tapasztalatú orvosokkal biztosítják a súlyos, a speciális és/vagy a ritka betegségek kezelését. Csak itt láthatják el a daganatos eseteket, kizárólag ezekben végezhetnek szív-műtétet és szervátültetést,

valamint katasztrófa és járvány esetén 3, ill. 6 órán belül biztosított plusz ágyak bevonásával vesznek részt a veszély elhárításában. A kiválasztásuk szempontjai között szerepelt a jelenlegi felszereltség, a kiemelkedő szakmai és szervezeti tapasztalat, a sokoldalúság és a területi elhelyezkedés is. A kiemelt kórházak az év minden napján 24 órás ügyeletet tartanak, s önmagukban is képesek régiós vagy a régión túlterjeszkedő centrumok működtetésére.

Az általános és krónikus ellátást a területi, régiós kórházak biztosítják, ahol az egyszerű, rutinesetek kezelése történik. Ezek a kórházak szintén szakosodhatnak egy-egy kiemelt területre (például szemészet, belgyógyászat, szülészet). Esetükben az aktív ellátás mellett a jövőben nagyobb szerep jut a rehabilitáció, a krónikus ellátás és az ápolás területére. Súlyos megbetegedés észlelése esetén továbbküldik a beteget a területileg illetékes kiemelt kórházba.

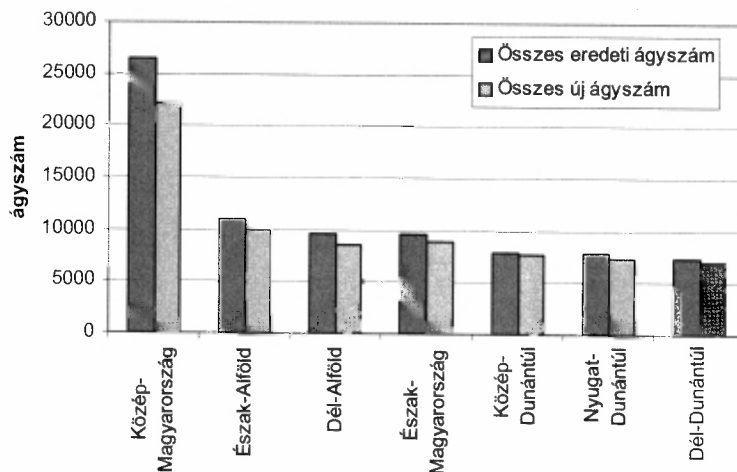
Az egészségügyi fejlesztések egyik eleme, hogy a sürgősségi ellátás keretében működő mentőállomások szorosabban kötődjenek a területi egészségügyi központokhoz. Cél, hogy a mentők mindenki számára 15 percen belül elérhetőek legyenek. Országosan 21 új állomás létrehozása⁶, valamint további 9 állomás fejlesztése (Csorna, Mosonmagyaróvár, Zalaszentgrót, Zalaegerszeg, Letenye, Siófok, Tab, Sárbogárd, Dombóvár településeken) a megoldandó feladat.

A fekvőbeteg-ellátás regionális és intézményi átalakulása

Az Egészségügyi Minisztérium a miniszter ajánlásával 2007. január 8-án hozta nyilvánosságra a kórházi ágyak elosztásával kapcsolatos javaslatait. Ez kórházakra lebontva azt tartalmazta, hogy az egyes intézmények hány ágygal és hány osztállyal működhetnek a jövőben, e lépéssel tulajdonképpen a régiókon belüli kapacitások felosztását tették meg. Minden régióban az ún. Regionális Egészségügyi Tanács (RET) évente ellenőrzi a kihasználtságot és az esetleges kapacitásbővítési igényeket. Ennek függvényében évről évre módosulhat az államilag garantált támogatott ágyak elosztása és száma. Ha a RET döntésképtelen, akkor a mindenkori egészségügyi miniszter dönt. Ez utóbbi történt, amikor idén március 8-án bejelentették az új kapacitásokat, majd április 1-jén hivatalosan is kezdetét vette a kórházszerkezet átalakítása. A Kórháztörvény értelmében az aktív ágyak száma 60 058-ról 44 215-re csökkent, ezzel párhuzamosan viszont a krónikus fekvőbeteg-ellátásban, a rehabilitációban és az ápolásban elérhető krónikus ágyak száma 20 124-ről 27 169-re nőtt. Végeredményben országosan 8 798 kórházi ágy megszüntetésére került sor (2. ábra). A legnagyobb mértékű, vagyis több mint 4 300 ágy leépítése a Középmagyarországi régióban történt meg, ami az összes ágyszám-csökkenés közel 50%-a. Az összes eredeti ágyszámhoz képest több mint 10%-os leépítés még a Dél-alföldi régióban volt tapasztalható, míg a legkisebb mértékű csökkentés – kevesebb mint 4% – Közép- és Dél-Dunántúlon következett be.

2. ÁBRA

*Az összes kórházi ágyszám-változás terület szerint, 2007
(Changes of the Total Number of Hospital Beds by Regions, 2007)*



Forrás: www.eski.hu (2007) alapján saját szerkesztés.

A fekvőbeteg-gyógyintézetek kapacitásai az aktív kórházi ágyak csökkentése, ill. a krónikus ágyak növelése folytán jelentős mértékben módosultak (1. táblázat). Az ország korösszetételének megfelelően a 10 ezer lakosra jutó krónikus ágyak száma közel 30%-kal emelkedett. A legjelentősebb javulás a Dél-Dunántúlon tapasztalható, ahol egyrészt az időskorú népesség részaránya meghaladja az országos átlagot, másrészt, ahol korábban a krónikus ellátás kapacitásai kevésbé tükrözték a régió demográfiai helyzetét. Az aktív kórházi ágyak kihasználtsága korábban az aktív ellátásban 75,7%-os, míg a krónikus ellátásban 87%-os volt (OEP 2006). Egy aktív kórházi ágy fenntartása évente 5,5 millió forintba kerül, s mivel évek óta 20–25%-uk üresen áll (Egészségügyi Minisztérium 2006), ezért nagymértékben csökkent 10 ezer lakosra jutó arányuk.

A végleges kapacitásprogram szerint az országban 39 kiemelt és 132 területi kórház működőképes önálló intézményként. Ez utóbbiak közül 50 csak krónikus ellátással foglalkozik: 52%-uk 50 vagy annál kisebb ágyszámmal bír, míg 38%-uk 100 vagy annál több ágygal rendelkezik. Közülük is a legnagyobb kapacitású a fővárosi Szent Rókus Kórház 300 krónikus ágygal. A kórházi ágyszámok csökkentése egyedül a Közép-magyarországi régióban járt együtt intézmények bezárásával, így erre a sorsra jutott a Svábhegyi Országos Gyermekallergológiai, Pulmonológiai és Fejlesztésneurológiai Intézet, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, valamint a Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ. Ez utóbbi a jövőben valószínűleg magánkórházként üzemel, ugyanis dolgozói vételi ajánlatot tettek a korábbi fenntartónak, a fővárosi önkormányzatnak. Összességében a három intézmény bezárása több mint 1 200 kórházi ágy leépítését jelentette. Feladatkörük

tárgyi és személyi feltételeit más intézmények veszik át, például az OPNI egyes osztályai a Nyíró Gyula Kórházban és a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Neurológiai Klinikáján működnek tovább. Hasonló összevonások szintén folyamatban vannak, például a miskolci Nefrológiai Központ, a kecskeméti Magyar Honvédség Repülőkórház, a Parádfürdői Állami Kórház alkalmazottai más épületben és intézményi keretek között gyógyítanak tovább. Ilyen értelemben fokozatosan zár be a fővárosi Sportegészségügyi Intézet; vagy éppen 2007. július 1-jével a Magyar Honvédség Központi Honvéd Kórház, a Belügyminisztérium Központi Kórház és Intézményei, a MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet, ill. az Országos Gyógyintézeti Központ egyesítéséből jött létre az Állami Egészségügyi Központ⁷. Az új Központi Kórház létrejöttével önálló intézményként teljes mértékben megszűnt a Szabolcs utcai Kórház és a BM Kórház⁸, ill. az összevonással a korábbi négy intézmény kapacitásának 52%-a épült le. Egyébként már korábban is történtek hasonló intézményi összevonások, hiszen 2006 februárjától a Heim Pál és a Madarász Utcai Gyermekkórház közös igazgatás alatt funkcionál. A közeljövő tervei között szerepel egy észak-budai kórházi integráció a Budai Gyermekkórház, a Szent Margit Kórház, a Szent János Kórház és a Kútvölgyi úti Kórház összeolvasztásával, valamint a fővárosi gyermekellátás egyközpontúvá tétele.

1. TÁBLÁZAT

*A fekvőbeteg-gyógyintézetek kapacitása terület szerint
(Capacity of the Inpatient Care by Regions)*

Területi egység	2007. április 1. előtt				2007. április 1. után			
	Aktív kórházi ágyak összesen	Krónikus kórházi ágyak összesen	Aktív kórházi ágyak száma 10 ezer lakosra	Krónikus kórházi ágyak száma 10 ezer lakosra	Aktív kórházi ágyak összesen	Krónikus kórházi ágyak száma 10 ezer lakosra	Aktív kórházi ágyak összesen	Krónikus kórházi ágyak száma 10 ezer lakosra
Közép-Magyarország	19 146	7 345	66,7	25,6	13 654	8 507	47,8	29,8
Közép-Dunántúl	5 247	2 681	47,7	23,0	4 143	3 467	37,4	31,3
Nyugat-Dunántúl	5 371	2 546	53,2	25,5	3 893	3 396	38,2	33,9
Dél-Dunántúl	5 883	1 651	59,3	15,1	4 330	2 670	44,6	27,5
Észak-Magyarország	7 271	2 314	57,6	17,7	5 481	3 404	43,4	26,9
Észak-Alföld	9 216	1 842	59,8	11,8	6 919	3 028	45,1	19,7
Dél-Alföld	7 924	1 745	58,6	12,5	5 795	2 697	43,0	20,0
Ország összesen	60 058	20 124	59,3	19,4	44 215	27 169	43,9	27,0

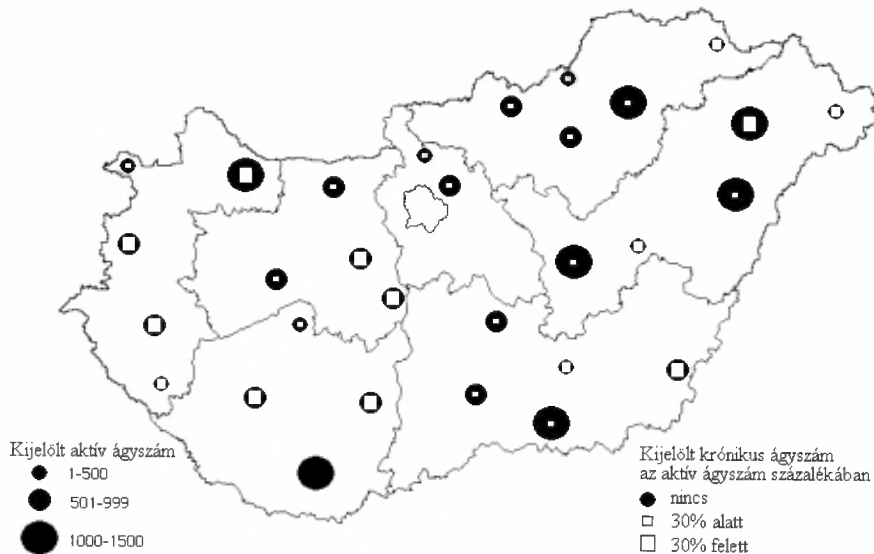
Forrás: OEP (2006, 161–163), illetve a www.oep.hu adatai alapján saját számítás.

A kórházi kapacitások területi megoszlása

A kiemelt kórházak kapacitásuk egy részét garantáltan megkapják, ezen felül pályázhatnak további kapacitásokért régiós szinten, valamint lehetőségük van a számukra előírt kereten belül a kapacitás legfeljebb 10%-át átcsoportosítani a szakterületek között. Teljesítményükről évente referál az egészségügyi miniszter a Parlament Egészségügyi Bizottsága előtt, így évről évre változhat a listájuk.

3. ÁBRA

A kiemelt kórházak kapacitása, 2007
(Capacity of the Center of Gravity Hospitals, 2007)



Forrás: www.eum.hu (2007) adatai alapján saját szerkesztés.

A súlyponti kórházak tervezete a korábban ismertetett 31 intézményt tartalmazó változathoz képest 39-re bővült 2006 decemberében (3. ábra). Így került a listára a soproni, a siófoki és a karcagi kórház, valamint öt fővárosi intézmény (Szent János, Szent Imre, Bajcsy-Zsilinszky, Jahn Ferenc, Uzsoki utcai Kórház). Sopron 412-vel, Siófok 327-tel, míg Karcag 342-vel csökkentette az adott Regionális Egészségügyi Tanácsban elosztható aktív ágyak számát. Ez különösen Sopron esetében okozott vitát, mivel a városi kórház súlypontivá minősítésével alig 600-ra csökkent azoknak az aktív ágyaknak a száma, amelyeken a Nyugat-dunántúli régió több mint egy tucat intézménye osztozhatott. Továbbá bővült a debreceni, a szolnoki és a salgótarjáni kórházak kapacitása, valamint a Közép-dunántúli és az Észak-magyarországi régió ágyszáma. Azonban az országos összes ágyszám nem növekedett, ezért a Közép-magyarországi régióban 2 717-tel, a Nyugat-dunántúli régióban pedig 500-zal kevesebb aktív ágygal gazdálkodhattak a területi kórházak. Ez az oka annak, hogy az

aktív kórházi ágyak regionális elosztásában a legnagyobb vesztes a Közép-magyarországi régió (Uzzoli 2007). A Központi régióban a korábbi összes kórházi ágyszámot 26 524-ről 22 161-re csökkentették. Ezen belül a korábbi 19 148 és 7 376 aktív–krónikus ágyszám arányt az új elosztás szerint 13 654, ill. 8 507 arányban határozták meg. Így a régió összes kórházi ágyszáma 4 363-mal, az aktív ágyak száma 5 494-gyel csökkent, a krónikus ellátás pedig 1 131 ágygal növekedett (Varga 2007).

A Közép-magyarországi régióban jelenleg összesen 13 654 aktív és 8 507 krónikus ágy működik a súlyponti és a területi kórházak együttesében. A fővárosi kórházak kiemelésével 8 957-ről 6 240-re csökkent a Közép-magyarországi régióban megpályázható aktív, és 7 989-ről 6 362-re a krónikus ágyak száma.

4. ÁBRA

Budapest súlyponti kórházainak kapacitása, 2007
(Capacity of the Center of Gravity Hospitals in Budapest, 2007)



Forrás: www.antsz.hu (2007) adatai alapján saját szerkesztés.

Az ország 39 kiemelt kórházából 11 ebben a régióban – közülük kilenc a fővárosban – található: ez az összes súlyponti kórház kapacitásának közel 30%-a (4. ábra). A fővároson kívüli súlyponti kórház az említett régióban még Kistarcsán (Flór Ferenc Kórház) és Vácott (Jávorszky Ödön Kórház) található. Az összes területi kórházból 39 helyezkedik el a Közép-magyarországi régióban: közülük 12 Budapesten kívüli, s csupán Cegléden, Törökbálinton és Pomázon foglalkoznak aktív ellátással. A kórház-átalakítások következtében Budapesten a működő aktív kórházi ágyak száma 16 434-ről 11 752-re csökkent, a krónikus pedig 5 931-ről 6 669-re nőtt. A súlyponti kórházak esetében az aktív ágyak 17,8%-a, a területi kórházak

esetében pedig 33,3%-a összpontosul a fővárosi fekvőbeteg-ellátó intézményekben. Ugyanez az arány a krónikus ágyak esetében 18,1% és 25,5%.

A 2007. évi ágyszám-csökkentés következtében Pest megyében a működő aktív kórházi ágyak száma 2 605-ről 1 902-re csökkent; a krónikus ágyak száma pedig 1 383-ról 1 838-ra nőtt. A tízezer lakosra jutó kórházi ágyak száma Pest megyében a legalacsonyabb az országban, ugyanis már a kilencvenes évek eleji kórházi ágyszám csökkentés is éppen ezt a megyét érintette a leginkább. Jelenleg a súlyponti kórházak esetében az aktív ágyak 3%-a, a területi kórházak esetében pedig 2,3%-a összpontosul Pest megye fekvőbeteg-ellátó intézményeiben. Ugyanez az arány a krónikus ágyak alapján 4,5% és 8,7%. Pest megye kórházai még mindig nem képesek maradéktalanul ellátni a lakosságot, így ebben továbbra is kiemelt szerepe van Budapest fekvőbeteg-ellátó intézményeinek. Az új területi ellátási kötelezettségek meghatározásával és a kórházi ágyak csökkentésével a kórházreform egyik feladata Budapest kórházi központ szerepének ellensúlyozása volt, amit azonban alapvetően a leírt intézkedésekkel sem tudtak enyhíteni.

A területi kórházak kapacitásait keretszámok alapján a Regionális Egészségügyi Tanácsok döntenek el. Ennek megfelelően 2007-ben összesen 19 946 aktív és 21 127 krónikus fekvőbeteg-szakellátási ágyszám került elosztásra. Regionálisan a fennmaradó ágyszámokra pályázó területi kórházaknak akkor nagyobb az esélyük az évenkénti kapacitáselosztásban, ha képesek sürgősségi feladatokat is ellátni. A Központi régió kivül az ország összes területi kórházából kizárólag krónikus ellátással foglalkoznak Szikszón, Várpalotán, Oroszlányban, Zircen, Kapuváron, a Soproni Állami Szanatóriumban, Mezőkövesden, Komlón, Harkányban, Hévízen, Sárváron, Sümegen, Balatonfüreden, Szentgotthárdon, a miskolci Szent Ferenc Kórházban és a dorogi Szent Borbála Kórházban. Némi aktív ellátással – kevesebb, mint 50 aktív ágygal – bír a siklósi, a celldömölki, a kisbéri és a bonyhádi kórház.

2. TÁBLÁZAT

*A területi kórházak kapacitása régiók szerint, 2007
(Capacity of the Regional Hospitals by Regions, 2007)*

<i>Területi egység</i>	<i>Aktív kórházi ágyak összesen</i>	<i>Krónikus kórházi ágyak összesen</i>	<i>Aktív kórházi ágyak száma 10 ezer lakosra</i>	<i>Krónikus kórházi ágyak száma 10 ezer lakosra</i>
Közép-Magyarország	5 556	6 362	19,5	22,3
Közép-Dunántúl	1 271	2 225	11,5	20,1
Nyugat-Dunántúl	517	350	5,2	20,6
Dél-Dunántúl	1 252	1 903	12,9	19,6
Észak-Magyarország	2 168	2 767	17,2	21,9
Észak-Alföld	2 478	1 882	16,2	12,3
Dél-Alföld	2 104	1 756	15,6	13,0
<i>Ország összesen</i>	<i>15 346</i>	<i>17 245</i>	<i>15,2</i>	<i>12,9</i>

Forrás: www.eum.hu alapján saját számítás.

A területi kórházak kapacitása alapján továbbra is a Közép-magyarországi régió helyzete a legkedvezőbb a 10 ezer lakosra jutó aktív és krónikus ágyszámok alapján (2. táblázat). Ebben természetesen kimagasló szerep jut Budapest kórházainak. A Nyugat-Dunántúl az egyetlen olyan régió, ahol az országos átlagtól jóval elmarad a régiós kórházak aktív kapacitása. Különösen kedvezőtlen Vas megye helyzete, hisz a régió összesen 11 területi kórházából csupán négy található e megyében, s azok közül is kettő kizárólag krónikus ellátással foglalkozik. Így a területi ellátási elv alapján a régió betegeit a Közép- és Dél-Dunántúl intézményeiben is ellátják, sőt bizonyos esetek kezelése a fővárosban történik. Hasonló a helyzet az Észak-Alföld krónikus ellátásában, mivel az Észak-magyarországi régió országosan is jelentős számú krónikus ágygal rendelkezik.

Összegzés

A magyar egészségügyi rendszer évtizedek óta fennálló válsághelyzete (Szalai 1986; Orosz 1989; Losonczy 1998) nem csupán a kórház- és Budapest-központúsággal, a jelentős mértékű kapacitáskülönbségekkel és a nem megfelelő finanszírozással magyarázható. Sokkal nagyobb problémának látjuk, hogy az egészségi állapot évtizedekig tartó romlására, s a jelenleg is tapasztalható jelentős területi különbségeire a rendszer eddig nem tudott hatékony megoldást nyújtani. Az aktuális reformok az egyenlő hozzáférés, a progresszív betegellátás és a méretgazdaságosság jegyében erőteljesen hangoztatják az egyén felelősségét életkörülményei, életmódja, s így egészségi állapota alakulásában. Azonban az életmód, amely az igények, lehetőségek és az ezekkel kapcsolatos választások, döntések eredménye, maga is társadalmilag meghatározott (Pikó 2002). A választási keretek minden társadalmi réteg számára erősen behatároltak, különösen a társadalmi hierarchia alacsonyabb fokain. Mindezek következménye, hogy az egészségügyi rendszer reformja elképzelhetetlen a szociális ellátórendszer hatékonyabbá tétele nélkül (Beke-Kalmár 2007).

Végső soron az ágyszám-csökkentés, a kórházszerkezet átalakítása és az új kapacitáselosztás a kórházi ellátásban már meglévő területi aránytalanságokat kevésbé oldotta meg. Az eddig is létező, azonban hangsúlyossá igazán csak most váló területi ellátási kötelezettségek a kezdeti nehézségek után valószínűleg ésszerűbbé teszik az egészségügy működését. Egyébiránt 1990 után az egészségügy átalakítására irányuló egészségpolitikai kezdeményezések már egyre inkább hangoztatták a területi szempontokat az ellátási feladatokban. Az állami finanszírozású és a biztosítási elvekre épülő egészségügyben a területi elv megvalósulásának lehetőségei a regionális modell (Mihályi 2000) kialakításában körvonalazódnak. Mindenesetre az elkövetkezendő években a magyar egészségügy működésének és a finanszírozásának racionalizálása igen komoly szervezési feladatokkal, ill. társadalmi és egyéni áldozatvállalással jár majd együtt.

Véleményünk, hogy az ellátásszervezés átalakításával felszabaduló forrásokat a jövőben olyan népegészségügyi és egészségfejlesztési programok megvalósítására szükséges fordítani, amelyek ténylegesen a népegészségügyi helyzet javulását eredményezhetik. A betegségmegelőzés és a szűrőprogramok sikere érdekében sokkal hatékonyabbá kell tenni az egészségkommunikációt, hogy a mindennapok embere számára is egyértelművé váljon az egészségügyi reform üzenete.

Jegyzetek

- ¹ A tanulmány az OTKA PF63859 számú pályázat támogatásával készült.
- ² A struktúra-átalakítás révén az első egynapos sebészetet a főváros XIII. kerületi Szegedi úti szakrendelőjében adták át 2007. június 29-én.
- ³ Az Abai, a Balatonföldvári, a Bátorfyerenyi, a Bélapátfalvai, a Gárdonyi, a Hajdúhadházi, a Lengyel-tóti és a Polgári kistérségekben jelenleg nincs járóbeteg-szakrendelő.
- ⁴ Többek között a Kőszegi, a Téti, a Sásdi, a Rétsági, a Kiskunmajsai, a Szeghalmi, a Bodroglői, a Vásárosnaményi vagy a Derecske–Létavértesi stb. kistérségekben új szakrendelő kialakítása szükséges.
- ⁵ A Közép-Dunántúlon 9, a Nyugat- és Dél-Dunántúlon 7–7, Észak-Magyarországon 4, az Észak-Alföldön 7, a Dél-Alföldön pedig 3 olyan kistérség található, ahol kiemelt feladat a rendelőintézetek fejlesztése.
- ⁶ Új mentőállomások a jövőben a következő településeken létesülnek: Aggtelek, Bátaszék, Böhönye, Budapest északi részében kettő állomás, Igal, Jánoshalma, Kadarkút, Kölcse, Kőtelek, Krasznokvajda, Mezőberény, Recsk, Sárospatak, Sásd, Söjtör, Szentlőrinc, Tarpa, Tótkomlós, Visegrád, Veszprémvarsány.
- ⁷ Az új kórházkomplexum a Honvéd Kórház telephelyén (XIII. Róbert K. krt.) működik.
- ⁸ A megszűnő BM Központi Kórház 2007. július 1-től már nem végez semmilyen ellátást, míg az Országos Gyógyintézeti Központ 2007. december 31-ig még bizonyos osztályokon fogadja a betegeket. Ezután a kormányzat értékesíti a telephelyet.

Irodalom

- A 2006. évi CXIII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. (<http://www.eski.hu/new3/politika/regios/T-1375.pdf>)
- Beke, Sz.–Kalmár, G. (2007) Regional inequalities of source of power of the Hungarian health care area on the eve of the 21st century. – *Revista Medicala Oradeana*. (megjelenés alatt)
- Bugovics E. (2005) *A fenntartható egészségügy, avagy az egészségügy körtana*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Egészségügyi Minisztérium (2006) *Zöld Könyv az egészségügyről*. (www.zoldkonyv.hu)
- Egészségügyi Minisztérium (2007) *Terápia 2007 – Egészségügyi reform*. (www.terapia2007.hu)
- Forgács I.–Paksy A.–Pauka T. (1995) *Népegészségtan*. HIE TE, Budapest.
- Illés I. (2005) *Az egészségügyi ellátás rendszere*. – Perczel Gy. (szerk.) *Magyarország társadalmi-gazdasági földrajza*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 484–502. o.
- Központi Statisztikai Hivatal (2005) *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2004*. Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal (2006) *Demográfiai Évkönyv 2005*. Budapest.
- Losonczy Á. (1998) *Utak és korlátok az egészségügyben*. Magyarország az ezredfordulón. Magyar Tudományos Akadémia Stratégiai Kutatások, Budapest.
- Magyar Köztársaság Kormánya (2006) T/1375. számú törvényjavaslata az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről. (www.eum.hu)
- Mihályi P. (2000) *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*. Springer Kiadó, Budapest.
- Molnár D.L. (2001) *Területi ellátási egyenlőtlenség az egészségügyben*. (<http://www.sociomed.hu/includes/terulm2.pdf>)

- Orosz É. (1989) Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – Az újraértelmezés szükségességéről. – *Tér és Társadalom*. 2. 3–19. o.
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2005) *Fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátó intézetek Évkönyve 2004*. OEP – ÁNTSz, Budapest.
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2006) *Országos Egészségbiztosítási Pénztár Statisztikai Évkönyve 2005*. OEP, Budapest.
- Osváth S. (2004) *Az egészségünk napjainkban Magyarországon*. G-Mentor Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2002) *Egészségszociológia*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Szalai J. (1986) *Az egészségügy betegségei*. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest.
- Uzzoli A. (2007) A Közép-Magyarországi Régió egészségügyi helyzete. – Koós B. (szerk.) *Közép-Magyarországi Régió*. Csiszér Kiadó, Budapest. (megjelenés alatt)
- Varga T. (2007) *Az egészségügyi ellátórendszer területi jellemzői a Közép-Magyarországi Régióban*. Szakdolgozat. ELTE TTK Regionális Földrajzi Tanszék, Budapest.
- www.antsz.hu
www.dr.info.hu/drinfo
www.eski.hu
www.eum.hu
www.medicinenet.hu
www.oep.hu
www.terapia2007.hu
www.zoldkonyv.hu
www.weborvos.hu