



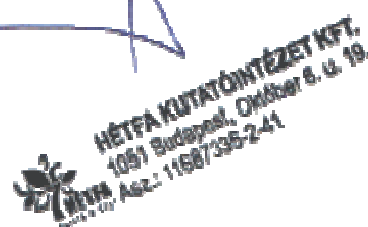
Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelése

Értékelési jelentés

Készült:
a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megrendelésére

Készítették:
Hétfá Kutatóintézet
Budapest Intézet
Revita Alapítvány

2013. március 31.



Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelése – Értékelési jelentés

A jelentést készítették, illetve közreműködtek:

Kiss Norbert [Hétfaludi Kutatóintézet, 7. LOT], vezető értékelő

Csibe András [Hétfaludi Kutatóintézet, 7. LOT]

Elek Péter [Budapesti Intézet, 1. LOT]

Forrai Erzsébet [Revita Alapítvány, 2. LOT]

Kaposvári Csilla [Hétfaludi Kutatóintézet, 7. LOT]

Nagy Zita Éva [Revita Alapítvány, 2. LOT]

Prókai Orsolya [Revita Alapítvány, 2. LOT]

Sőrés Anett [Revita Alapítvány, 2. LOT]

Timár András [Hétfaludi Kutatóintézet, 7. LOT]

Tóth Ágnes [Hétfaludi Kutatóintézet, 7. LOT]

Váradai Balázs [Budapesti Intézet, 1. LOT]

Varga Márton [Budapesti Intézet, 1. LOT]

Tartalomjegyzék

Kulcsüzenetek	5
Vezetői összefoglaló	6
Javaslatok	14
Bevezetés	18
Értékelési területek, kérdések és módszerek	19
<i>Az egészségpolitikai kontextus és a kiválasztott értékelési területek kapcsolódása</i>	19
<i>Az értékelés területei és az értékelési kérdések</i>	20
<i>Az értékelés módszertana</i>	28
A megvalósult fejlesztések áttekintése és az egészségügyi fejlesztések célzottságának vizsgálata	29
<i>Az alkalmazott módszertan bemutatása</i>	29
<i>Megállapítások és következtetések</i>	31
<i>Javaslatok</i>	43
A járóbeteg-ellátás fejlesztése	46
<i>Az alkalmazott módszertan bemutatása</i>	46
<i>Megállapítások és következtetések</i>	53
<i>Javaslatok</i>	84
A gép-műszer kataszter fejlesztése	85
<i>Az alkalmazott módszertan bemutatása</i>	85
<i>Megállapítások és következtetések</i>	86
<i>Javaslatok</i>	92
Életmódprogramok	93
<i>Az alkalmazott módszertan bemutatása</i>	93
<i>Megállapítások és következtetések</i>	94
<i>Javaslatok</i>	101
Feldolgozott dokumentumok, hivatkozások	103
Mellékletek	105
0. <i>Az értékelési területek, kérdések és módszerek kialakításához kapcsolódó mellékletek</i>	105
1. <i>Az egészségügyi fejlesztések és a célzottság értékeléséhez kapcsolódó mellékletek</i>	127
2. <i>A járóbeteg-ellátás fejlesztésének értékeléséhez kapcsolódó mellékletek</i>	146
4. <i>Az életmódprogramok értékeléséhez kapcsolódó mellékletek</i>	169

Rövidítések és ritkán használt fogalmak jegyzéke

ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Hivatal
DAOP	Dél-Alföldi Operatív Program
DDOP	Dél-Dunántúli Operatív Program
ÉAOP	Észak-Alföldi Operatív Program
EKOP	Elektronikus Közigazgatás Operatív Program
Eljárásrend	az Irányító Hatóságnak, illetve a Közreműködő szervezetnek a pályázati rendszer működtetésével összefüggő valamennyi, vagyis a benyújtott pályázatok feldolgozásával, a döntéshozatallal, a szerződéskötéssel, a finanszírozással, az ellenőrzéssel, valamint a monitoring adatok feldolgozásával kapcsolatos eljárási szabályainak összessége
EMIR	Egységes Monitoring és Információs Rendszer, melynek célja, hogy támogassa a pályázati rendszerek hatékony és átlátható működéséhez szükséges adatok nyilvántartását és feldolgozását.
EMKI	Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (jogutódja: GYEMSZI)
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
ÉMOP	Észak-Magyarországi Operatív Program
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (jogutódja: GYEMSZI)
Forrásabszorpció	a rendelkezésre álló fejlesztési források pályázók általi igénylése és leszerződése
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
GOP	Gazdaságfejlesztési Operatív Program
KDOP	Közép-Dunántúli Operatív Program
KMOP	Közép-Magyarországi Operatív Program: Budapest és Pest megye fejlesztési programja
KSK-alapok	A Közös Stratégiai Kerethez tartozó EU-fejlesztési alapok: Európai Regionális Fejlesztési Alap, Európai Szociális Alap, Kohéziós Alap, Európai Mezőgazdasági Vidékfejlesztési Alap és Európai Tengerügyi és Halászati Alap
KSZ	Közreműködő Szervezet: az operatív programok végrehajtásának adminisztratív, pénzügyi feladatait ellátó szervezet, melynek feladatai az irányító hatóság és a közreműködő szervezet közötti együttműködési megállapodásban kerülnek rögzítésre felelősségi körébe tartozó operatív program(ok) stratégiai irányítása, a program végrehajtásának felügyelete és szabályszerűségének biztosítása
NFÜ	Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
NSRK	Nemzeti Stratégiai Referenciakeret: a 2007–2013 programozási időszakban az Európai Unió támogatásával megvalósuló fejlesztések magyarországi programja
NYDOP	Nyugat-Dunántúli Operatív Program
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OP	Operatív Program: az NSRK végrehajtására vonatkozó, több évre szóló prioritások egységes rendszerét tartalmazó dokumentum, melyet a Kormány előterjesztése alapján az Európai Bizottság hagy jóvá
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
ROP	Regionális Operatív Programok: az egyes régiók fejlesztési programjai
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
TIOP	Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program
TVK	Teljesítményvolumen-korlát, az aktív fekvő- és a járóbeteg-ellátásban használt finanszírozási eszköz, lényegében egy olyan havi, intézményi szintű költségvetési korlátot jelent, amely felett a nyújtott egészségügyi szolgáltatások értékét degresszíven téríti csak meg a finanszírozó.

Kulcsüzenetek

1. Magyarország 2007-13 között jelentős mennyiségű forrást fordított egészségügyi beruházásra, melynek döntő része a közfinanszírozott ellátók rendelkezésére állt.
2. A célkitűzések között szerepelt az ellátórendszer hatékonyságának a növelése az alacsonyabb progresszivitási szintű ellátások (elsősorban a kórházi ellátást kiváltó járóbeteg-ellátás) fejlesztésével. A források lekötésének ellátási szintek szerinti vizsgálata ezt a járóbeteg-ellátás esetében igazolta: a 19%-os folyó finanszírozási aránnyal szemben a fejlesztési forrásokból 27,5%-kal részesült.
3. Az alapellátás – a terveknek megfelelően – kevésbé volt hangsúlyos a fejlesztések kapcsán, igaz, ezt magyarázza az is, hogy az infrastruktúra kisebb arányt képvisel az alapellátás költségein belül. A jövőben meg kell határozni, hogy az alapellátásnak milyen szerepet szánunk a lakossághoz közeli integrált szolgáltatásnyújtáshoz kapcsolódóan.
4. Az ellátórendszer hatékonyságának a növelése túlmutat a fejlesztéspolitikai eszközök használatán, a struktúraátalakításban rejlő potenciál kihasználásához szabályozási-finanszírozási változtatásokra is szükség van. Alapvetően finanszírozási ösztönzőkkel érhető el a járóbeteg-ellátás preferálása a kórházi kezeléseket és az alapellátás preferálása a járóbeteg-ellátás helyett.
5. A humán erőforrás-probléma megoldása komplex beavatkozást igényel, melyet a fejlesztéspolitika eszköztárában csak részben képes támogatni. A munkaerő pótlását fejlesztési forrásokból csak pontszerűen, egy-egy rossz helyzetű térségben és szakmában lehetséges megoldani.
6. A komplex megoldás részelemei: az utánpótlás biztosítása az egyetemi és fokozatot nem adó képzési rendszer által, a teljesítményhez kötött bérrendezés (melynek része lehet a paraszolvencia „hivatalos” csatornába való terelése is), az ellátó infrastruktúra további konszolidálásával a speciális szakértelem koncentrációja, továbbá az orvosi és szakdolgozó, valamint a progresszivitás mentén az egyes ellátói szintek kompetenciáinak racionalizálása.
7. A fejlesztési célkitűzések között szerepelt az egészségügyi ellátórendszer hozzáférésbeli különbségeinek mérséklése, és ezáltal a területi egészségügyenélvéltségek csökkentése. A fejlesztési összegek jól célzottak abban az értelemben, hogy az átlagnál nagyobb arányban kerültek a rosszabb egészségügyi mutatóval (nagyobb szükséglettel) rendelkező kistérségek lakóihoz. Különösen szembejövő ez az eredmény az egészségügyi folyó finanszírozással való összehasonlítás, ahol éppen ellenkező a helyzet.
8. A leginkább jól célzott az alapellátás fejlesztése volt, de a járóbeteg-ellátás sem sokkal marad le ettől. Bár kisebb mértékben, de a fekvőbeteg-ellátási fejlesztések esetében is igaz az, hogy a rosszabb helyzetű kistérségek lakossága az átlagnál több fejlesztési forráshoz jutott.
9. A jövőbeli fejlesztések alakításához és az állami ellátórendszer működtetéséhez is javítani kell a szükséglettervezés módszertanát, továbbá ki kell alakítani az ellátási minőséget és a pénzügyi teljesítményt monitorozni képes rendszereket. A megbízható teljesítménymonitoring-adatok rendelkezésre állásával lehet biztosítani, hogy az állami ellátórendszer egyes elemei (nagyterületek, szolgáltatók) hosszú távon is működőképesek maradjanak, illetve fejlődni legyenek képesek.

Vezetői összefoglaló

Az értékelés célja

Az értékelés célja a 2007-13-as időszakban az NSRK keretében **2012. szeptemberig megvalósított egészségügyi fejlesztések elért eredményeinek számbavétele, a végrehajtott fejlesztések még magasabb szintű hasznosulásának elősegítéséhez javaslatok kidolgozása, illetve – az értékelési eredményekből levonható következtetések segítségével – a következő tervezési időszak támogatása.**

Az értékelés keretében megvizsgáltuk az eddig megvalósult egészségügyi fejlesztések eloszlását, főbb jellemzőit, területi és progresszivitási szintek szerinti célzottságát, valamint egyes, az NFÜ által részletes értékelésre kijelölt konstrukciók esetében azt, hogy a **fejlesztési beavatkozások mennyire voltak eredményesek, mennyire fenntarthatóak, és jelentkeznek-e már számszerűsíthető hatásaik.** A hatások értékelése esetében tekintettel kell lenni arra, hogy számos beavatkozásnak az egészségi állapotban jelentkező hatása csak hosszú távon mutatható ki, így az értékelésben azokra a rövid távú hatásokra koncentrálunk, amelyek esetében tudományos bizonyítékok alapján feltételezhető, hogy hozzájárulnak az ellátórendszer gazdasági fenntarthatóságához, illetve az egészségi állapot és a népegészségügyi mutatók javulásához.

Az eredmények alapján – figyelembe véve az Európai Unió 2014-2020-as programozási időszakára vonatkozó, egészségügyet érintő prioritásait is – javaslatokat tettünk arra, hogy a következő kiírások során miképpen lehetne erősíteni a lakosság egészségi állapotának javítását célzó hazai fejlesztéseket. Mivel részletes értékelés csak az egészségügyi fejlesztési konstrukciók egy kijelölt részéről készül, ezért hangsúlyozni kell, hogy az értékelési jelentés jövőbeli tervezést segítő megállapításai csak az ezekkel a beavatkozásokkal analóg területen tekinthetőek érvényesnek.

Az értékelés fókuszja

Az egészségügyi fejlesztések a struktúraátalakítás, e-egészségügyi informatikai fejlesztések, prevenció-egészségfejlesztés és HR-fejlesztés témák köré csoportosíthatók. Az értékelés az első három területen konkrét beavatkozási területek, konstrukciók értékelésére is irányul: a járóbeteg-ellátás fejlesztése (a TIOP-2.1.2, TIOP-2.1.3 és a vonatkozó ROP-konstrukciók), a központi gép-műszer kataszter kialakítása (TÁMOP 6.2.6/08/1), illetve a lakossági életmódprogramok támogatása (TÁMOP-6.1.2 2011. év előtti kiírásai) állnak a vizsgálat középpontjában. A fenti három kiemelt beavatkozási terület értékelése mellett történt meg az egészségügyi fejlesztési források eddigi felhasználásának általános értékelése.

Módszertan

A források egészségügyi fejlesztési célú felhasználását az EMIR-ből származó adatok elemzésével, a fejlesztési dokumentumok tanulmányozásával, valamint szakértői interjúkkal mértük fel. Az értékelésnek ebben a komponensében kitüntetett szerepet kapott a területi célzottság vizsgálata, amelynek során statisztikai módszerrel a kistérségenkénti, elkerülhető halálozással mért egészségügyi szükségletet vetettük össze a kistérségek lakosságára jutó fejlesztési források mennyiségével. Ezt az eloszlást ellátási szintenként összevetettük az egészségügy „hagyományos” finanszírozási csatornáin áramló forrásokkal (azaz az Egészségbiztosítási Alap szolgáltatásvásárlásra fordított kiadásaival). A módszertanból adódóan a statisztikai elemzés csak az eddig lekötött forrásokat tudta figyelembe venni, így a fejlesztési ciklus végéig a célzottság tekintetében kimutatott eredmények módosulására kell számítani.

A **járóbeteg-ellátási fejlesztések** esetében az ellátórendszerre vonatkozó igénybevételi adatok, a táppénz-kifizetésekre vonatkozó adatok, illetve a háziiorvosi minőségi indikátorrendszer egyes, szűrési és gondozási tevékenységekre vonatkozó elemeinek statisztikai elemzése útján értékeltük a rövid távon is várható hatásokat. Összesen 8 fejlesztési helyszínen (4 „zöldmezős” fejlesztés, 2 aktív

kórházi ellátást kiváltó fejlesztés, 1 ROP-ból és 1 KMOP-ból történő fejlesztés) esettanulmányt készítettünk. A kapott eredményeket szakértői, szakpolitikai interjúk segítségével is értékeltük.

A **gép-műszer kataszter fejlesztése** esetében az e-egészségügyi kontextust dokumentumelemzés és szakértői interjúk segítségével mértük fel. A kialakított rendszer működésének megfelelőségét a pályázati dokumentumok elemzésével, az üzemeltetővel, valamint néhány adatszolgáltatóval készített interjú segítségével értékeltük.

Az **életmódprogramok** esetében összesen 33 pályázat beszámolójába tekintettük be, elsősorban a projekt keretében lezajlott szakmai tevékenységek körének feltérképezése és az eredmények mérése, valamint fenntarthatósága szempontjából. A kedvezményezettekől on-line kérdőív segítségével gyűjtöttünk információt. Az eredményeket szakértői, szakpolitikai interjúk segítségével értelmeztük. Az értékelési javaslatok megtételéhez a 2009 után kiírt TÁMOP 6.1.2-es konstrukciók kiírásait is figyelembe vettük.

Kulcseredmények és főbb következtetések

1. Az **egészségügyi fejlesztések áttekintése és a célzottság vizsgálata** alapján az alábbi értékelési megállapításokat tesszük:
 - 1.1. A 2007-13-as fejlesztési periódusban **Magyarország a rendelkezésére álló fejlesztési forrásokból jelentős összeget fordít egészségügyi fejlesztések végrehajtására**. A közfinanszírozott szolgáltatók infrastrukturális beruházásainak finanszírozása a TIOP és a ROP-ok között oszlik meg, a humán jellegű egészségügyi fejlesztések a TÁMOP-ból történnek. Néhány más OP-ből (KEOP, GOP) is történik egészségügyi szolgáltatók fejlesztéseinek támogatása, ide értve a magán-egészségügyi szolgáltatókat is, de ezek volumene az összes egészségügyi fejlesztéshez képest kicsi.
 - 1.2. Vizsgáltuk a **fejlesztési források ellátási szintek szerinti megoszlását**, összevetve az Egészségbiztosítási Alap „normál” finanszírozásának megoszlásával. Elemzésünk a járóbeteg-ellátás esetében az alacsonyabb progresszivitási szint felé való eltolódást igazolta, mert az a 19%-os folyó finanszírozási aránnyal szemben a fejlesztési forrásokból 27,5%-kal részesült. A fekvőbeteg-ellátás az E Alap folyó finanszírozásából kb. 59%-ban részesül, és a fejlesztési források eloszlásában is ez az arány köszön vissza. A „szokásosnál” magasabb összeg jutott egészségfejlesztésre (az életmódprogramok támogatása kapcsán). A vérellátás és mentőszolgálat kb. a folyó finanszírozásának arányában részesült fejlesztési forrásból. Az alapellátás – a terveknek megfelelően – kevésbé volt hangsúlyos a fejlesztések kapcsán, igaz, ezt magyarázza az is, hogy az infrastruktúra kisebb arányt képvisel az alapellátás költségein belül.
 - 1.3. Megvizsgáltuk, hogy a fejlesztési források kistérségi megoszlása milyen összefüggésben volt az egészségügyi szükségletekkel (melyet az elkerülhető halálozás mutatószámával mértünk), illetve az E Alapból megvalósuló „szokásos” forrásfelhasználással (melyet a kistérség lakosaira jutó kiadással fejeztünk ki). **A fejlesztési összegek jól célzottak abban az értelemben, hogy az átlagnál nagyobb arányban kerültek a rosszabb egészségügyi mutatókkal (elkerülhető halálozással) rendelkező kistérségek lakóihoz. Különösen szembetűnő az egészségügyi folyó finanszírozással való összehasonlítás, ahol éppen ellenkező a helyzet: a jobb egészségi állapotú kistérségek lakói az átlaghoz képest nagyobb összeggel részesedtek az allokációból.** Érdekes Budapest példája: az elkerülhető halálozás tekintetében nagyjából a legjobb ötödhez tartozó főváros lakossága a létszamarányosnál (16,7%) kissé nagyobb mértékben (18,6%) részesült a folyó forrásokból, míg az összes fejlesztési forrásból csak 6%-ot kapott. A leginkább jól célzott az alapellátás fejlesztése volt, de a járóbeteg-ellátás sem sokkal marad le ettől. Bár kisebb mértékben, de

a fekvőbeteg-ellátási fejlesztések esetében is igaz az, hogy a rosszabb mutatókkal rendelkező kistérségek lakossága az átlagnál több fejlesztési forráshoz jutott.

- 1.4. Mindebből nem következik az, hogy a fejlesztési források célzásán ne lenne javítási lehetőség (azaz hogy minden rosszabb helyzetű kistérségbe „eljutott” az a forrásmennyiség, ami összességében a lehető leghatékonyabb módon járul hozzá az egészségi állapot javításához), de mivel az egészségügyi beruházásokról okkal feltételezhető, hogy valamilyen mértékben hozzájárulnak az egészségi állapot javulásához, ezért kijelenthető, hogy **a megvalósult fejlesztések nagy valószínűséggel képesek hozzájárulni az egészségügyenlőtlenségek csökkentéséhez.** Az, hogy mi fog történni, természetesen nem csak az így kiépített, felújított infrastruktúrán múlik, az ellátórendszeren belül a humánerőforrás-helyzet alakulása és annak területi egyenlőtlenségei jelentősen befolyásolhatják a jövőbeli eredményeket, csakúgy, mint az ellátórendszeren kívüli tényezők (pl. a helyi társadalmi, gazdasági helyzet alakulása).
- 1.5. **A források lekötése akadozik:** a TÁMOP 6. prioritásában 41, a TIOP 2. prioritásában 72 százalékos. Utóbbi esetében különösen kritikus, hogy az e-egészségügyi fejlesztések esetében még kiírásra is csak alig került sor. A kifizetésben még nagyobbak az elmaradások: a keretösszegnek a TÁMOP-6. esetében 13, a TIOP-2. esetében 27 százaléka került kifizetésre 2013 elejéig. Még ha sikerül is 2013 végéig lekötni a maradék pénzeket, az implementációs nehézségek komoly kockázatot jelentenek a projektek 2015 végéig történő befejezését illetően.
- 1.6. Meglehetősen ritka volt, hogy az infrastrukturális támogatásban részesülő pályázó TÁMOP-forráshoz is jusson. Ez az arány a rendelők és kórházak esetében is csak kb. 25%-os volt.
- 1.7. **A foglalkoztatás és képzés támogatására fordított összegek ugyan jelentősnek tekinthetők a rendelkezésre álló fejlesztési forrásokon belül, ám az ágazat egészének bértömegéhez képest eltörpülnek.** Miközben egy-egy helyszínen ilyen beavatkozás egy-egy lokális problémát meg tud oldani (vagy mérsékelni), az ágazat egészére jellemző humánerőforrás-problémát (képzés, munkaerő-elvándorlás) fejlesztéspolitikai eszközökkel nem lehet kezelni.
- 1.8. Számos bíráló érte azt a gyakorlatot, hogy a közszolgáltatók **pályázati úton** juthattak fejlesztési forráshoz, miközben a szükségletet és ez alapján a tervezett beruházásokat alapvetően az ágazati központi tervezés azonosította. Az egészségügyi rendszerek kapacitástervezésében (különösen a jelentős mennyiségű lekötött tőkét és magas fix működési költségeket generáló kórházi szektort illetően) nemzetközileg elfogadott a központi vagy regionális tervezés létjogosultsága. Az adminisztratív terhek növekedése mellett a pályázati rendszer ugyanakkor azzal az előnnyel is járt, hogy a fejlesztési elképzeléseket a szolgáltatók alaposabban átgondolták.
- 1.9. **Az operatív programok célkitűzései alapján elkezdett projektek végrehajtását és fenntartását nem „veszélyeztette” az ágazati stratégiában 2010-ben bekövetkezett változás.** Ami az ellátórendszerbeli kapacitások fejlesztésének a fő irányait illeti, nem történt jelentős változás: részben más ösztönző eszközökkel ugyan, de továbbra is az ellátások alacsonyabb progresszivitási szintek felé való terelése az egyik fő cél. Az elmaradottság okán ugyanúgy cél volt az infrastruktúra állapotának általános javítása, ami a kórházi beruházásokra mindkét időszakban ugyanúgy vonatkozott. Az egészségügyi informatikai fejlesztések fontosságát a korábbi és a mostani ágazati fejlesztési tervek is elismerik, azonban a fejlesztések előkészítése körüli szakmai-koncepcionális viták jelentős késlekedéshez vezettek-vezetnek.

2. A **járóbeteg-szakellátási fejlesztések értékelése** kapcsán az alábbi értékelési megállapításokat tesszük:
- 2.1. A pályázati eljárásban benyújtott megvalósíthatósági tanulmányok terjedelme, kidolgozottsága és a **szükségleteket alátámasztó számítások módszertana eltérő volt.**
 - 2.2. A 24 hónapos **megvalósítási időszak jellemzően rövidnek bizonyult**, egyes projektek még jelenleg sem zárultak le. A **közbeszerzési eljárások** (bár az elmúlt években történtek pozitív változások) nem támogatják a gyors megvalósítást. **A hatósági engedélyezési és finanszírozási szerződéskötési eljárás több esetben nagyon elhúzódott.** Ez utóbbinak egyik oka lehet, hogy a projektek fizikai zárása után projektmenedzsment-költségek nem számolhatóak el, tehát a kedvezményezetteknek az engedélyek megszerzését és a működés beindítását „saját erőből” kellett elvégezni.
 - 2.3. A fejlesztések eredményeképpen **jól felszerelt, korszerű intézmények jöttek létre**, amelyek szakszerű betegellátási feltételeket, az ellátó személyzet számára pedig kulturált munkakörülményeket teremtenek.
 - 2.4. Az újonnan épült vagy felújított, bővített **épületek mindegyike akadálymentes, ugyanakkor a fogyatékkal élők számára az intézmények megközelítése közösségi közlekedéssel többnyire nem megoldható.** Alacsonypadlós autóbuszok csak elszórva és a helyi közlekedésben vesznek részt.
 - 2.5. **A humánerőforrás-toborzás jelentős terhet rótt az intézményvezetőkre.** Az egyes szakorvosi kapacitások betöltése mellett egyes szakdolgozói helyek betöltése is problémát jelentett (pl. gyógytornász, szakasszisztens), és a kapcsolódó, képzésre fordítható TÁMOP-pályázatokat is csak 2013-ban írták ki. A szakorvosok és a szakasszisztensek jellemzően a legközelebbi megyeszékhelyi kórházakból, klinikákról érkeznek, az asszisztensek és a kiszolgáló személyzet inkább a helyiek közül kerül ki. Az orvosokkal jellemzően az átlagosnál magasabb díjazást tartalmazó, sokszor teljesítményarányos közreműködői szerződéseket kötöttek. Bár a helyzet közel sem megoldott teljes körűen, azok az előzetes félelmek nem igazolódtak be, amelyek arra vonatkoztak, hogy a rendelések nagy részére nem fognak személyzetet találni az új ellátók.
 - 2.6. **A szakellátás elérhetősége elméleti utazási időben kifejezve javult** a fejlesztések révén: mintegy 300-310 ezer ember számára vált gépkocsival elérhetővé az alapszintű (négy alapszakra vonatkozó) járóbeteg-szakellátás 20 percen belül. A tömegközlekedést illetően **több esetben** (a szakrendelőnek helyet adó településen kívülről érkező betegek számára) **a gyakorlati megközelítési lehetőségek mégsem változtak kedvező irányba.** Ennek okai lehetnek: az adott terület hagyományos közlekedési irányai nem a szakrendelő települése felé „vezetnek”, és a tömegközlekedés menetrendje és viszonylatai sem kedvezőek. A települések sokszor falubuszokkal, tanyagondnoki járművekkel enyhítik a problémát.
 - 2.7. Az értékelés során megkérdezett **helyi (kistérségi) lakosok pozitívan vélekedtek a (zöldmezős) fejlesztésekről**, és (akik igénybe vették, azok) elégedettek is az ellátással.
 - 2.8. **A befogadott kapacitások kihasználtsága** a belgyógyászat szakmában átlagos, a többi szakma többségében azonban **elmarad a hasonló nagyságú intézményekben tapasztalttól.** **A megvalósított szakmastruktúrát az adott ellátási szinten összességében megfelelőnek tartják** az általunk megkérdezett szakemberek, kiemelve a diagnosztika jelentőségét. Ugyanakkor a (kötelezően előírt) általános belgyógyászat és általános gyermekgyógyászat magas óraszámai helyett több esetben is inkább ezek specifikus alszakmáira lenne igény (ami viszont az alapszintű szakellátás koncepciójával ellentétes).

- 2.9. **A fizikai infrastruktúra (épület, gépek, műszerek) kihasználtsága a kis üzemméretből adódóan kevésbé lehet hatékony, mint egy átlagos rendelőben.** Az egyes rendelések óraszama, különösen az alapszakmákon túl, kifejezetten alacsony (ez döntő részben a maximális üzemméretre vonatkozó pályázati kötöttségek következménye). Bár általában gyakorlat az, hogy a különböző rendelések osztoznak az egyes helyiségeken, összességében a kihasználtság nem közelíti meg a nagyobb üzemméretű rendelőkben tapasztalhatót.
- 2.10. **A várakozási idők az esettanulmányok során vizsgált intézményekben jellemzően egy-két hét körül alakulnak,** néhány szakmában jellemző az ennél hosszabb, akár 2-3 hónapozás várakozás is (kardiológia). A laborvizsgálatokra általában 1-2 napot kell várni. Ezek a várakozási idők lényegesen rövidebbek, mint más ellátóknál.
- 2.11. A kistérségi lakosság betegútjainak az új, közelebbi ellátóhelyekre való átterelődése messze nem volt teljes. **A három legfontosabb alapszakmában az érintett kistérségi esetszám csupán 35-45%-a került át az új szolgáltatókhoz.** Az átterelődést meghatározó tényezők további, gondos elemzése segíthet az egészségügyi kormányzat – betegutak optimalizálásával kapcsolatos – szakpolitikai erőfeszítéseiben.
- 2.12. **A járóbeteg-ellátási kapacitások kiépítése (TIOP 2.1.2.) a járóbeteg-igénybevétel átlagosan 25-30%-os bővülésével járt** (míg a TIOP 2.1.3. és a ROP esetében csak néhány százalékos emelkedést mértünk). A bővülés a reumatológia szakmacsoportban volt legnagyobb, míg a gyermekgyógyászat szakmacsoportban nem volt szignifikáns emelkedés. A fejlesztések az idősebbek és a nők körében az átlagosnál nagyobb hatással jártak. A fejlesztések hatására a TIOP 2.1.2. által érintett kistérségekben a 100 lakosra jutó járóbeteg-esetszám – a korábbi sokkal alacsonyabb szintről – a nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek átlagára emelkedett. Az esetszámnak a fejlesztések hatására bekövetkező emelkedése azt is mutatja, mennyire fontosak ma Magyarországon a kínálati oldali tényezők az egészségügyi ellátások igénybevételének meghatározásában, és így az itt kapott hatásbecslések más fejlesztések hatásvizsgálatakor is alkalmazhatók lehetnek.
- 2.13. **A tényleges igénybevételt helyi szinten ugyanakkor nagyban befolyásolja a betegutakra hatással bíró szereplők gyakorlata:** elsősorban a háziorvosok beutalási mintái (pl. a korábbi gyakorlathoz való ragaszkodás), de ezen felül például a bentlakásos intézmények által történő igénybevétel is.
- 2.14. **Az egynapos ellátások bevezetése drasztikusan növelte az egynapos ellátási arányt** a sebészet, a szülészeti-nőgyógyászat és a szemészet szakmacsoportokban is. Az aktív fekvőbeteg-ellátás kiváltására vonatkozóan – talán a nem elég hosszú időtáv miatt – nem kaptunk egyértelmű eredményt, ugyanakkor a szürkehályog-műtétek esetén látszik az aktív ellátás csökkenése az egynapos fejlesztés hatására. További, részletes költség-haszon-számítások után (melyek például azt vizsgálnák, hogy a beavatkozások kimaradására miként reagálnak a fekvőbeteg-ellátóhelyek) kiderülhet, mekkora társadalmi haszonnal járt a fejlesztés. Ennek fényében a 2014-2020-as periódusban további, hasonló fejlesztések is ajánlhatóak lehetnek.
- 2.15. A TIOP 2.1.2. és 2.1.3. fejlesztések eredményeképp **csökkent a keresőképtelenségi esetek és napok száma.**
- 2.16. **A projektekben megvalósított informatikai megoldások egy részét a szolgáltatók és a velük kapcsolatban álló egyéb ellátók nem használják ki** (integrációs lehetőség a háziorvos és a szakrendelő rendszere között; online előjegyzés; elektronikus beutalás stb.).
- 2.17. **A pályázatokban benyújtott üzleti tervek nem valósultak meg, azok gyakorlatilag már a szerződéskötéskor elavultak voltak.** Az idők során számos külső tényező (jogsabályi és

finanszírozási változás) módosította az eredeti költségvetést. Az intézmények egy része a működés beindításához hitelt is felvett. A megvizsgált intézmények többsége ma hiánnyal működik (megjegyzendő ugyanakkor, hogy ez a hazai ellátók nagy részére igaz). Több olyan eset is van a zöldmezős fejlesztések esetében, ahol az ellátót működtető gazdasági társaság hiányát az intézménynek is helyet adó önkormányzat egyedül finanszírozza; a közös kistérségi fenntartás így több esetben nem valósult meg.

- 2.18. A gazdasági fenntarthatóság értelmezése kapcsán szükséges visszautalni azokra az egészségpolitikai célokra, amelyek a zöldmezős kistérségi szakrendelők létrehozása mögött álltak: amikor egyes területeken a hozzáférés javítása szándékával kis üzemméretű intézményeket hozunk létre, akkor a hazai (elvszerűen a folyó átlagköltségre építő, gyakorlatilag attól akár el is maradó) **finanszírozási rendszerbe eleve bele van kódolva az, hogy a kis üzemméretű rendelők hátrányba kerülnek. A hasznok az igénybevevőknél vagy az ellátórendszer egészének hatékonyságjavulásában jelentkeznek, ezért ezeknek az intézményeknek a fenntarthatósága nem ítéhető meg pusztán a pénzügyi egyensúlyuk alapján.**
3. A **gép-műszer kataszter** esetében az alábbi értékelési megállapításokat tesszük:
- 3.1. **Nem lehet igazából megítélni, hogy a kataszter kialakítása hogyan illeszkedik az e-egészségügyi fejlesztések kontextusába, mivel az e-egészségügyi program jelentős csúszásban van.** Ezen a területen a megformálás és beindítás előtt álló TIOP-projekteknek köszönhetően változás várható a jövőben (azonban így is kockázatok jelentkeznek az erre a ciklusra jutó e-egészségügyi fejlesztések végrehajthatóságában, illetve abban, hogy azok a kellő időben eléri azt a céljukat is, hogy további fejlesztések alapjául szolgáljanak).
 - 3.2. **Összességében azt a magas szintű célt, hogy naprakész és teljeskörű adatbázis legyen az egészségügyi szolgáltatók gép-műszer állományáról, mostanáig nem sikerült elérni.** A pontosan és rendszeresen jelentő intézmények arányában nincsen jelentős pozitív változás az új rendszer beüzemelése óta.
 - 3.3. Probléma, hogy a jelentéstételi kötelezettséghez **kapcsolódó jogszabályi háttérrel még nem rendezték** (azaz a jelentés elmaradásának semmilyen következménye nincsen), habár ennek igénye – a projektdokumentáció tanulsága szerint – már a projekt előkészítése, illetve bírálata során is felmerült, sőt az ezzel kapcsolatos változások mellett az egészségügyi irányítás el is kötelezte magát.
 - 3.4. A jelentés gépi formátumának publikálásával a nagyobb intézmények számára biztosították, hogy a leltárrendszerükből be tudják tölteni az adatokat, és a kórházi rendszerszállítókkal egyeztettek is a **szükséges interface-ek elkészítése** érdekében (amit a legnagyobb szállítók el is készítettek). Probléma, hogy az **adatszolgáltatás nem minden eleme teljesíthető a leltárrendszerek standard tartalmából** (további üzemeltetési információk is szükségesek). A kisméretű intézmények számára **manuális, webes adatbeviteli és -karbantartási felületet alakítottak ki, ami jól kezelhető** (elsődleges nyilvántartási helyként ugyanakkor nem jól használható, mert az adatok a kataszterből nem tölthetők vissza a leltárrendszerbe). A fejlesztés során meghatározott, a fejlesztési céloknak megfelelő, az üzemeltetéssel kapcsolatos többletinformációkat mindebből következően kevés szolgáltató tartja karban.
 - 3.5. A **nagyfokú transzparencia**, amely egy valid központi adatbázis rendelkezésre állásával megvalósul, **nem feltétlenül érdeke minden szereplőnek** (például láthatóvá válnak az azonos eszközök beszerzési árai közötti különbségek vagy egyes eszközök esetében az életkori korlátok meghaladása).

- 3.6. A fejlesztés filozófiája szerint a projekt a jelentéstételi formátumot modernizálta (és ebben valóban korszerű megoldást alakított ki), de azzal csak kevéssé foglalkoztak, hogy szervezeti szinten milyen működési folyamatok állítják elő az információt (azaz hogyan néz ki egy kórház esetében az ellátási, a műszaki és a gazdálkodási terület közötti információáramlás a jelentés pontos teljesítéséhez). Ez tanulsgként szolgálhat a jövőbeli e-egészségügyi fejlesztésekhez annyiban, hogy ha azok a jelentési formátumok és tartalmak előírására fókuszálnak, akkor **szervezeti szinten az informatikai alarendszereket csak olyan szinten fogják kiépíteni és integrálni, amilyen szinten az az elengedhetetlenül fontos jelentések teljesítéséhez szükséges** (hasonlóan a jelenlegi finanszírozási jelentésekhez).
4. Az **életmódprogramok** esetében az alábbi értékelési megállapításokat tesszük:
- 4.1. A 2009-es TÁMOP-6.1.2-es konstrukciókra összesen 2158 pályázat érkezett be, ebből összesen 307 projekt valósult meg. Ezen projektek az EMIR-adatbázisban elérhető monitoringadatok szerint kb. 250 ezer projektrésztvevőt képviselnek, azaz a magyar lakosság kb. 2,5%-át.
- 4.2. Az életmódprogramok fejlesztési forrásainak elosztása abban az értelemben jól célzottnak tekinthető, hogy az **átlagnál nagyobb** arányban kerültek források a magasabb szükséglettel rendelkező kistérségekhez (az **LHH-s kistérségek számára** külön konstrukció is rendelkezésre állt). A kistérségek szükséglete szerint haladva egy idő után **átfordul a trend**: a jobb egészségi mutatókkal rendelkező (legfejlettebb) kistérségek nagyobb arányban részesültek a pályázati forrásokból, feltehetőleg a rendelkezésükre álló jobb pályázati kapacitások miatt.
- 4.3. Az online kérdőív eredményei alapján a megvalósult életmód projektek **elsődlegesen munkahelyeken (36%), oktatási, nevelési intézményekben (30%), kistérségekben és településeken (17%), célcsoport specifikus (9%) színtereken** (betegcsoport, sportkör, idősek klubja) **zajlottak**. Az oktatási intézményekben megvalósult életmódprogramok 61%-ban általános iskolákban, 17%-17%-ban óvodákban és középiskolákban zajlottak.
- 4.4. A TÁMOP-6.1.2 korai kiírásaiban **a projektek dominánsan az egyéni magatartás megváltoztatását célozzák** az egyéni ismeretek és képességek fejlesztésén, akciójellegű közösségi cselekvések erősítésén keresztül. A vizsgált projektek jellemzően több életmódbeli területet (pl. dohányzás, táplálkozás, testmozgás, lelki egészség, stb.) céloztak meg.
- 4.5. A 2009-es TÁMOP 6.1.2 pályázati kiírásokban **a szakmai tartalom elemei a megvalósítás tekintetében nem voltak kellőképpen specifikálva**. A konstrukció célkitűzésének megfelelően a pályázók viszonylag szabadon valósíthattak meg különböző programokat, igazodva a helyi igényekhez és viszonyokhoz, helyi egészségtervben leképezve a teendőket.
- 4.6. **A nem LHH-s pályázatok sem előzetesen, sem a megvalósulás tekintetében nem voltak egészségfejlesztési szakmai tartalom szempontjából értékelve**. A 2009-es LHH-s konstrukciók esetében nagyobb hangsúly volt fektetve a projektek tervezése és indítása során a szakmai értékelésre, támogatásra.
- 4.7. A 2009-es helyi TÁMOP 6.1.2-es életmódprogramok tervezése és megvalósítása során **a várhatónál kevésbé hasznosultak helyi szinten az országos módszertani intézetek által kidolgozott modellprogramok/ajánlások** szakmai szempontjai, illetve az ÁNTSZ átalakulásával a helyi szakmai/módszertani megmaradt kapacitásokat a projektek kevésbé tudták kihasználni.

- 4.8. Az erősen forrás- és kapacitáshiányos hazai egészségfejlesztési rendszerből az értékelt időszak alatt **hiányzott egy egészségfejlesztési programokra vonatkozó nemzeti szintű minőségbiztosítási rendszer**, ahol már eleve egy szakmai standard rendszerbe tudnának illeszkedni a pályázatok, amely utólag az esetleges eredmények értékelését is könnyebbé teszi.
- 4.9. A fentiek szempontjából **előrelépésként értékelhető, hogy a TÁMOP-6.1 alatt már megvalósult és tervezett konstrukciók későbbi (2011/12-es) kiírásai az egészségfejlesztési rendszer országos és helyi/kistérségi fejlesztését is célul tűzik ki**, amelyek a jövőben eredményesebben biztosíthatják a helyi szintek és közösségek esetében az egészségfejlesztési tevékenységek szisztematikus megvalósítását, illetve korszerű szakmai/módszertani támogatását.
- 4.10. A projekteken belül **kevesebb hangsúlyt kapnak az egészséget támogató helyi környezet, színtér kialakítására és fenntartására**, valamint valóban fennmaradó helyi kapacitások kialakítására **irányuló kezdeményezések**.
- 4.11. Az egyes projektelemek tekintetében elmondható, hogy különösen a nem LHH-s konstrukciók esetében **nehezen látható, hogy az egészségterv/egészségfejlesztési terv az adott intézmény** (munkahely, önkormányzat, egyesület, iskola stb.) **keretén belül hogyan, milyen mértékben kapcsolódott a projekttevékenységekhez**, és vált a projekt során (illetve később is) az egészségfejlesztés tervezési dokumentumává.
- 4.12. Az eredményindikátorok közül **a monitoringindikátorok kiírásban szereplő definíciója, ezáltal a projekt során történő mérése** (pl. a programokban eredményesen résztvevők száma) **nem követett standard eszközöket**, ezáltal kérdéses ezen eredményindikátor megbízhatósága és összegezhetősége. (Az újabb 6.1.2. színtérprogramok kiírásaiban történtek változások, de további indikátorfejlesztés indokolt.)
- 4.13. A vizsgált dokumentumok alapján **nehezen ítéltető meg, hogy a partnerségi együttműködések a partnerségi szerződések alapján mennyire voltak élők** a projektek során, de feltételezhető, hogy több esetben inkább csak a pályázati követelmények formális kielégítését célozták. Jellemző, hogy a partnerségi együttműködések a projekt idejére szóltak, csak néhány esetben foglalkoztak a projekt fenntarthatóságát érintő kérdésekkel.
- 4.14. Kapcsolódva a fentiekhez, a nem LHH-s projekteken **a helyzet- és szükségletfelmérések mérési módszertana jellemzően ad-hoc**, kevésbé elterjedt az elérhető standard módszerek/eszközök használata (a nem LHH-s pályázók nem részesültek külön módszertani segítségben a pályázati kiírásban foglaltakon és az információs napokon elhangzottakon túl).
- 4.15. Mindamellett, hogy – a szakértői vélemények alapján – **lehetséges jó helyi gyakorlatok azonosítása**, amelyek az adott helyi résztvevők csoportjában egészség, vagy akár közösségépítési, illetve élmények szempontjából hasznosnak mondhatók, **a 2009-es konstrukciók alatt megvalósult projektek populációs szintű egészséghatásai szakmailag kétségesek**. Az ezzel kapcsolatos szakértői feltételezések méréssel nem támaszthatóak alá vagy cáfolhatóak meg, hiszen az egészséghatásról csak egy hosszú távú nyomonkövetés adna információt, amelynek ráadásul számos más program együttes hatását kellene vizsgálnia.

Javaslatok

A megvalósult fejlesztésekkel, illetve a folyó fejlesztési ciklussal kapcsolatban az alábbi javaslatokat tesszük:

1. Az **egészségügyi fejlesztések áttekintése és célzottságának vizsgálata** kapcsán:
 - 1.1. A források célzása kapcsán kimutattuk, hogy a nagyobb szükségletű kistérségek több fejlesztési forráshoz jutottak. A fejlesztések egyes elemeivel kapcsolatos szakértői véleményekben azonban megfogalmazódtak kétségek, hogy ezek a források olyan fejlesztésekbe áramoltak-e, amelyek valóban és jelentős mértékben javítják az ellátórendszer hatékonyságát és méltányosságát. A továbbiakban is szükséges **monitorozni**, hogy a fejlesztések milyen hatással járnak, és e vizsgálatok során a fenntarthatóságot sokkal inkább az ellátórendszer – és nem egyes szolgáltatók költségvetésének – szintjén kell vizsgálni.
 - 1.2. A 2011-13-as akciótervben nevesített **e-egészségügyi fejlesztéseket fel kell gyorsítani**, hogy azoknak az eredményei megfelelő alapokat képezhessenek a következő ciklusban várható további e-egészségügyi fejlesztésekhez.
2. A **járóbeteg-ellátás fejlesztése** kapcsán:
 - 2.1. Érdemes lenne a rendelők pénzügyi egyensúlyának megteremtése érdekében megfontolni, hogy **objektív tényezők alapján célzott szubvenciók program** induljon a kis üzemméretben létrehozott (új kistérségi zöldmezős) intézmények számára. Szakértői anyagok és interjúk alapján a nappali kórházi ellátás OEP-finanszírozásával kapcsolatban is megfogalmazódott probléma; ennek rendezése az ellátási forma kiszámítható működéséhez elengedhetetlen. Ez a két példa is rávilágít arra, hogy **az egészségügyi rendszer fejlesztése során a fejlesztéspolitikai és a szabályozási beavatkozásoknak párhuzamosan, egymást erősítő módon kell megvalósulniuk a megfelelő eredmény elérése érdekében.**
 - 2.2. A járóbeteg-ellátás hatékony kihasználása, kihasználhatósága azon is múlik, hogy az ellátórendszer egyes progresszivitási szintjeire, az azok közötti betegáramlásra milyen finanszírozási ösztönzők (és szakmai szabályok) hatnak. Az ilyen **ösztönzőrendszerek kialakítása jellemzően túlmutat a fejlesztéspolitikai eszközökön**, és az egészségügyi finanszírozási rendszer szabályozási elemeinek átalakítását igényli.
3. A **gép-műszer kataszter fejlesztése** kapcsán:
 - 3.1. A gép-műszer kataszter projektje kapcsán levonható tanulság, hogy nem elégséges a jelentési formátumokat meghatározni, hanem **szükséges azt is figyelembe venni, hogy milyen intézményi munkafolyamatok állítják elő a jelentésbe bekerülő információkat**, és az informatikai támogatást e munkafolyamatokhoz szabni.
 - 3.2. Javasolt egy **vállalható menetrend** készítése arra, hogy a törzsadatbázis alapján az intézményi nyilvántartásokban az eszközök standard megnevezése, típusa stb. átvezetésre kerüljön. A számos intézményben fenntartóvá váló GYEMSZI számára ez alapfeltétel ahhoz, hogy a központi adatbázis hasznait ki tudja aknázni. Javasoljuk azt is, hogy **kerüljön felülvizsgálatra a kötelezően szolgáltatandó, illetve nem kötelező, de az adatszolgáltatás során adathiány esetén hibát jelző mezők köre**. Az intézményi adatszolgáltatást segítheti, ha megtörténik az elektronikus műszerkönyv kórházi rendszerekben való megvalósíthatóságának vizsgálata.
 - 3.3. Javasoljuk annak megvizsgálását is, hogy a kataszterbe történő adatszolgáltatás miként képezheti szerves részét a **működési engedély** ÁNTSZ általi kiadásának (pl. a

minimumfeltételek vizsgálata során csak a rendszerben rögzített eszközöket lehessen figyelembe venni, és a működési engedély fenntartásának feltétele az adatok rendszeres karbantartása).

4. Az **életmódprogramok** kapcsán:

- 4.1. A kiírásokban a megvalósítandó szakmai tartalmakat részletesen specifikálni kell szakmai ajánlások mentén. **A monitoring/értékelés tekintetében standard indikátorokat és mérőeszközöket kell meghatározni.** A projektbeszámoló rendszerét ki kell terjeszteni szakmai szempontból is az elérni kívánt célok megfogalmazására, azok megvalósulásának követésére és értékelésére.

A **2014–2020 programozási időszakra** vonatkozóan az alábbi javaslatokat tesszük:

- 5.1. Fokozott figyelmet kell fordítani a fejlesztési beruházások hasznosulásához szükséges **szabályozási háttér megteremtésére és finanszírozási ösztönzők kialakítására.** Az egészségügyi rendszer esetében számos olyan problémával találkozhatunk, amelynek a kezelése elsősorban nem fejlesztéspolitikai eszközök használatát igényli. Így például a humánerőforrás-krízisben az orvosok és ápolók ösztöndíjprogramja, fejlesztési célokhoz kötött bérkiegészítései vagy a hiányszakmák esetében az álláshelyek támogatása indokolható fejlesztési tevékenységek, ám önmagukban, megfelelő ágazati HR-stratégia és erre épülő bérpolitika nélkül csak nagyon korlátozott hatással járhatnak.
- 5.2. **A humánerőforrás-probléma megoldása komplex, a fejlesztéspolitikán túlmutató beavatkozást igényel.** Ennek része az egyetemi és fokozatot nem adó képzési rendszer átalakításával az utánpótlás biztosítása, a teljesítményhez kötött bérrendezés (melynek része lehet a paraszolvencia „hivatalos” csatornába való terelése is), az infrastruktúra további konszolidálásával a szakértelem koncentrációja, továbbá az orvosi és szakdolgozói, valamint a progresszivitás mentén az egyes ellátói szintek kompetenciáinak racionalizálása. Több szakértői vélemény szerint is az orvosok száma elég lenne a biztonságos ellátáshoz, ha csak a valóban orvosi kompetenciát igénylő feladatokat kellene végezniük.
- 5.3. Célszerű **felerősíteni a finanszírozási rendszer átalakításával kapcsolatos szakmai munkát,** és célzottan vizsgálni, hogy a jelenlegi finanszírozási szabályokhoz képest milyen változtatásokra van szükség ahhoz, hogy a kórházi ellátást minél nagyobb mértékben kiválthassa a járóbeteg-ellátás. Szintén vizsgálandó az, hogy az **alapellátás szerepét hogyan lehet erősíteni.** Az eredményes változtatáshoz a rendszert működtető ösztönzőkből kell kiindulni, és a fejlesztéspolitikának a hatékony működés feltételeinek megteremtésében (pl. csoportpraxisok kialakításához köthető fejlesztések, finanszírozási, minőségmérési módszertan kialakítása) juthat szerep. Átgondolandó, hogy az egészségügyi ellátórendszer tervezésében milyen szerepet szánunk a TESZK-eknek, jelenleg ugyanis a feladatkörük e téren meglehetősen üres.
- 5.4. Az alapellátás fejlesztésére vonatkozóan **lakosságközeli, integrált szolgáltatásnyújtásban** érdemes gondolkodni, azaz lokális kapcsolatot kell teremteni a házi orvosok, védőnők, fogorvosok, iskola-egészségügy, foglalkozás-egészségügy, otthonápolás, otthoni segítségnyújtás és a szociális gondozás formái között, kiegészülve az egészségfejlesztési tevékenységek végzésével. Szervezeti/működési/finanszírozási **ösztönzőrendszerek kialakításával javítani kell az egészségügyi ellátórendszer** (alapellátás, védőnői ellátás, foglalkozás-egészségügyi ellátás) **prevenációs kapacitását.**
- 5.5. **A tervezés fázisában sokkal inkább végig kell gondolni, hogy egy fejlesztési konstrukciónak van-e hozzáférési-méltányossági célja.** Ebben az esetben ugyanis a pénzügyi fenntarthatóság csak korlátozottan követelhető meg az egyes szolgáltatók

szintjén, így gondoskodni kell valamilyen objektív tényezőkön alapuló kompenzációs mechanizmus kialakításáról. Már a tervezés során át kell gondolni tehát, hogy a megvalósított beruházás után az adott egészségügyi szolgáltató működése hogyan fog a finanszírozási rendszerbe illeszkedni, és a fejlesztésről szóló döntésnek már ezen paraméterek ismeretében kell megtörténnie.

- 5.6. Az egészségügyi ellátórendszer teljesítményének, működésének és az egészségi állapot változásának a **monitorozására** megfelelő rendszert szükséges kiépíteni. A feladat ugyan igényli egy hatékony információs rendszer kialakítását, de a tartalmi kialakítás és működtetés alapvetően egészségügyi szervezési, ellátásminőségi és egészségügyi-finanszírozási szakmai ismereteket igényel. Különösen fontos a teljesítmények nyomkövetése az állami fenntartású ellátók esetében: egy ilyen méretű ellátórendszer csak nagyfokú decentralizáltság mellett működőképes, ahol az országos és regionális központok a pénzügyi és ellátásminőségi monitoring információi alapján (és nem közvetlen irányítással) kontrollálják az egyes szereplőket, erőteljesen építve pénzügyi ösztönzőkre.
- 5.7. Amennyiben a területi egyenlőtlenségek csökkentése, a hátrányos helyzetű csoportok és települések helyzetének célzott javítása és a költséghatékonyság elősegítése fontos cél marad a 2014-2020 periódusban az egészségügyi fejlesztési döntésekben, akkor ennek szolgálatában megfontolandó: (1) az **explicit** – akár az egészségügyi szükségleteken alapuló – **területi célzás használata** a források elosztásában (az LHH-program mintáját követve, de a program tanulságainak felhasználásával); (2) és a források felosztása során a **járóbeteg-ellátás és különösen az alapellátás súlyának növelése**.
- 5.8. Ha a 2014-2020 közötti időszakban további járóbeteg-ellátóhelyek fejlesztésére kerül sor, hasznosnak **látszik a készülő tervek várható hatásainak ex ante értékelése során az itt kapott hatásparaméterek felhasználása**, illetve, pályázatos fejlesztési konstrukció esetén, a pályázatok várható hatásainak központi, az itt kapott paraméterek segítségével történő számszerűsítése. A kvantitatív értékelés eredményei ugyanis – a konkrét utólagos hatásvizsgálaton túl – betekintést nyújtanak a kínálati oldali tényezők (kapacitások) jelentőségére az egészségügyi ellátások igénybevételekor, így az itt kapott hatásbecslések más fejlesztések előzetes hatásvizsgálatakor is irányadóak lehetnek.
- 5.9. Ahogy a gyógyításnak, úgy a fejlesztéspolitikának (és az egészségpolitikának) is akkor van esélye arra, hogy a rendelkezésre álló forrásokat a legnagyobb társadalmi haszonnal költse el, ha adekvát statisztikai eszközökkel vizsgálható, releváns, naprakész, pontos, időben és intézmények, sőt országok között jól összehasonlítható adatokra támaszkodhat. **Az egészségügyi fejlesztések vizsgálata során több ponton láttunk javítási lehetőséget az adatgyűjtésben, -nyilvántartásban és -kezelésben.** Ezek például a járó- és fekvőbeteg-ellátórendszer törzsadatbázisait (többek között azok OEP és ÁNTSZ közötti egységesítését és az intézmények helyének pontosabb megjelölését) vagy az egynapos ellátások pontosabb azonosítását érintik.
- 5.10. A működési hatékonyság növelése, a szükségtelen adminisztratív terhek elkerülése, illetve a medikai adatok nagyobb körét kezelő **jövőbeli e-egészségügyi fejlesztések** potenciáljának megfelelő kiaknázása érdekében kiemelt jelentőségű annak a vizsgálata, hogy az informatikai megoldások és rendszerek hogyan illeszthetők helyi szinten minél jobban az egyes egészségügyi ellátók munkafolyamataihoz.
- 5.11. **Ki kell alakítani az egészségfejlesztési tevékenység átfogó minőségbiztosítási rendszerét**, amely biztosítja, hogy korszerű, a szinterek és célcsoportok szükségleteinek, igényeinek és lehetőségeinek megfelelő, valóban hatékony egészségfejlesztési programok juthassanak el a társadalom széles rétegeihez.

- 5.12. **Elő kell segíteni a népegészségügyi stratégiák/programok** – és az ezek keretében megvalósuló fejlesztési projektek – **kimeneteinek és eredményeinek jobb mérhetőségét**: olyan indikátorokat kell kialakítani (és hozzájuk a standard mérési módszertant is biztosítani), amelyek a megvalósított programelemek sajátosságaihoz igazodva képesek az outputok (és a már rövid távon is hitelesen mérhető eredmények) számszerűsítésére.
- 5.13. **Támogatni kell a hosszú távú, szisztematikus népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének kialakítását**, a jelen fejlesztési ciklusban kialakulóban lévő és a már meglévő népegészségügyi koordinációs és operatív (országos és helyi) egészségfejlesztési intézményrendszer elemek fenntarthatóságát és munkáját. Ennek része a hosszú távú, kutatásra/képzésre épülő humán kapacitásfejlesztés is.
- 5.14. Erősíteni kell az **interszektoriális együttműködések** a fejlesztések direkt és indirekt egészséghatásainak kiaknázása érdekében.
- 5.15. Kis támogatási összegű pályázatok esetében (pl. egészségfejlesztési pályázatok) javasolt az **egyszerűsített költségelszámolási formák (lump-sum, unit cost, rezsihányad)** használata. Lump-sum és unit cost típusú elszámolásnál a kedvezményezettnek nem kell pénzügyi elszámolást készítenie és számlákat benyújtania, a rezsihányad alkalmazása pedig az általános költségek elszámolását egyszerűsíti lényegesen. Lump-sum típusú finanszírozás esetében a támogatási összeget a projekttervben szereplő költségbecslés alapján állapítják meg, a teljesítést pedig az output- és outcome-indikátorok elérése igazolja. Unit cost típusú finanszírozás esetében a kedvezményezett a teljesített outputok vagy outcome-ok arányában jogosult támogatásra. Ezek a finanszírozási technikák a pályázói és KSZ-oldali adminisztratív terheket is jelentősen csökkentik, miközben erősítik a projektek eredményorientált kialakítását és végrehajtását.

Bevezetés

Az egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelésének elvégzésére a **Nemzeti Fejlesztési Ügynökség megbízásából** került sor **2012 júliusa és 2013 januárja** között. Az értékelést a **Hétfa Kutatóintézet, a Revita Alapítvány és a Budapest Intézet** munkatársai végezték. A Hétfa Kutatóintézet részéről az értékelés projektvezetője Csité András, szakmai irányítója Kiss Norbert volt, a munkában értékelő szakértőként részt vesz Kaposvári Csilla, Timár András és Tóth Ágnes. A Revita Alapítvány részéről projektvezető Prókai Orsolya, vezető értékelők Forrai Erzsébet és Sörös Anett voltak, a projektterv kialakításában részt vett Nagy Zita. A Budapest Intézet részéről a projektvezető Váradi Balázs volt, vezető szakértő Elek Péter, értékelő szakértőként közreműködött Varga Márton.

Az értékelés relevanciáját az adja, hogy a 2007-ben kezdődő fejlesztési ciklus ideje alatt a magyar egészségügyben jelentős struktúraátalakítás ment, illetve megy végbe, és hazánk uniós viszonylatban is jelentős mértékben fordított, illetve fordít fejlesztési forrásokat közvetlen egészségügyi beruházásokra. Az átalakuló egészségügyi rendszerben kulcsfontosságú, hogy ezek a fejlesztések a lehető legjobban hasznosuljanak. Bár a következő, 2014-20-as fejlesztési ciklusban az egészségügyi fejlesztési beruházások arányának jelentős visszaszorulása várható, a jelenlegi, uniós prioritásokra vonatkozó ismereteink szerint néhány kulcsterület (prevenciók tevékenységek, lakosságközeli integrált ellátás, e-egészségügy, illetve a leszakadó térségek és népcsoportok ellátáshoz való hozzáférése javítása) továbbra is támogatható lesz.

Az értékelés tárgyát a következő beavatkozások képezik:

- **Járóbeteg-ellátás fejlesztése:** TIOP-2.1.2-07, 2.1.2-08, TIOP-2.1.3-07, 2.1.3-08, 2.1.3-10, DAOP-4.1.1-B/2008, DAOP-4.1.1/B-09-2010, DDOP-3.1.3/B-2009, ÉAOP-4.1.2/B-09-2010, ÉAOP-4.1.2/B-2008, ÉMOP-4.1.1/B-09-2010, ÉMOP-4.1.1/B-2008, KDOP-5.2.1/B-09-2010, KDOP-5.2.1/B-2008, NYDOP-5.2.1/B-2008, KMOP-4.3.2-2008.
- **Gép-műszer kataszter fejlesztése:** TÁMOP 6.2.6/08/1, „B” komponens
- **Életmódprogramok:** TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR, TÁMOP-6.1.2/A-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2.

A fejlesztési források területi és progresszivitási szintek szerinti megoszlásának vizsgálata keretében feldolgoztuk a TÁMOP-6, TIOP-2 prioritások minden konstrukciójának, valamint a ROP-ok egészségügyi programjainak elérhető EMIR-adatait, valamint – kiegészítő jelleggel – azoknak a pályázatoknak az EMIR-adatait, amelyek esetében a kedvezményezett egészségügyi szolgáltató volt.

Az értékelés fő fókuszai a következők voltak:

- A fejlesztési források felhasználásának áttekintése, a források területi (kistérségi) szintű célzottságának vizsgálata (az egészségügyi szükségletekhez, illetve az E Alap folyó forrásallokációjához képest), a fejlesztési források progresszivitási szintek szerinti megoszlásának vizsgálata
- Járóbeteg-ellátók rövid távon mérhető igénybevételi és egészségügyi hatásainak kimutatása, a várakozások felmérése a fejlesztett intézmények pénzügyi fenntarthatóságáról
- A gép-műszer kataszter fejlesztési folyamatának és jelenlegi működésének jellemzése, az adatszolgáltatás változása, a központi adatbázis jelenlegi használhatósága, illetve az egész projekt illeszkedése az e-egészségügyi fejlesztések kontextusába
- Az eddig lezajlott életmódprogramok tartalmának felmérése és jellemzése, a tevékenységek potenciális hatásának értékelése, az eredmények mérhetőségének megítélése, a pályázati lebonyolítás vizsgálata
- Tanulságok megfogalmazása a fenti fejlesztések jobb hasznosítása érdekében, illetve a következő tervezési ciklus támogatása

Értékelési területek, kérdések és módszerek

Az egészségpolitikai kontextus és a kiválasztott értékelési területek kapcsolódása

Az egészségügyi tárgyú fejlesztési beavatkozások kapcsán alapvető annak a vizsgálata, hogy azok hogyan illeszkednek az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos stratégiai célok közé. Az értékelendő fejlesztések olyan egészségpolitikai környezetben valósultak, illetve valósulnak meg, amelynek törekvései négy fő intézkedéscsoport mentén kristályosodnak ki. Az egyik csoportot az ellátórendszer struktúrájának átalakítását szolgáló intézkedések alkotják. Ezeknek az a fő célja, hogy a hatékonyságot azzal növelje a hagyományosan kórházközpontú magyar egészségügyi rendszerben, hogy a jóval olcsóbb (és a betegek számára is kényelmesebb), alacsonyabb progresszivitási szinten történő, azaz járóbeteg- és egynapos (definitív) ellátások nagyobb szerepet kapjanak. Emellett az átalakult szükségletekhez igazodva az aktív ellátások arányának csökkentése és a krónikus, illetve rehabilitációs ellátások szerepének növelése is megjelenik a struktúraváltás fő törekvései között. A struktúraátalakítás ugyanakkor nem zárja ki (nem is zárhatja ki) a kórházi fejlesztéseket: ebben az esetben az irányadó elv az, hogy a megfelelő szintű ellátásokat a megfelelő helyeken kell nyújtani (ez például a specializált ellátások koncentrációját igényli). Az intézményfejlesztési intézkedésekhez kapcsolódik a mentőszolgálat és a vérellátó szolgálat fejlesztése is.

A második intézkedéscsoport az egészségügyi ellátórendszer informatikai oldalára fókuszálva az e-egészségügy fejlesztését szolgálja. Ide tartoznak az intézményi és térségi vagy központi adatgyűjtések fejlesztésére és a különböző információs rendszerek összekapcsolási lehetőségének megteremtésére irányuló törekvések, mind a központi adatbázisok szintjén, mind a szolgáltatók között (közhiteles adatbázisok, monitoring és döntéstámogató rendszerek, elektronikus kórlap és ezt használó intézményközi rendszer, e-recept és további elektronikus megoldások).

A harmadik nagy intézkedési irányvonal elsősorban nem az ellátó intézményeket, hanem a lakosságot érinti. Ide soroljuk azokat a népegészségügyi, egészségfejlesztési programokat, rendezvényeket, kampányokat, amelyek a lakosság egészségügyi ismereteinek bővítését, egészségtudatosságának és egészségi állapotának javítását célozzák. Ide tartoznak a különböző szűréseket népszerűsítő, igénybevitelüket ösztönző és elérésüket a lakosság számára megkönnyítő intézkedések is.

A negyedik beavatkozási terület az ágazati humánerőforrás-probléma kezelése. Az orvosok és szakdolgozók elvándorlása csak a hazai bérviszonyok rendezésével oldható meg (aminek feltétele az egészségügyi makro- és mikrofinanszírozási helyzetének rendezés és ösztönzőinek átalakítása is). Bár a fentebbi három terület problémái sem csak fejlesztéspolitikai beavatkozásokkal kezelhetők, ez utóbbi esetében hatványozottan igaz, hogy a fejlesztéspolitika csak a probléma részleges kezelésére lehet képes.

Az értékelésbe bevont beavatkozások NFÜ általi kiválasztása a fenti első három intézkedéscsoportot képviselő módon történt. A TIOP 2.1.2 és 2.1.3, valamint a vonatkozó ROP konstrukciók az első, a TÁMOP 6.2.6 részét képező gép-műszer kataszter fejlesztése a második, a TÁMOP 6.1.2 konstrukció pedig a harmadik területhez tartozik. Negyedik értékelési területként az egészségügyi fejlesztések átfogó értékelése, célzottságának vizsgálata jelenik meg. A négy fókusztema tehát:

- Egészségügyi fejlesztések célzottságának elemzése
- Járóbeteg-ellátás fejlesztése a struktúraátalakítás részeként
- Gép-műszer kataszter fejlesztése az e-egészségügyi fejlesztések részeként
- Életmódprogramok a népegészségügyi intézkedések részeként

A következő oldalakon e szerkezetben mutatjuk be az értékelés témáit és az értékelési kérdéseket.

Az értékelés területei és az értékelési kérdések

Az egészségügyi fejlesztések általános értékelése és célzottságának vizsgálata

Az értékelés első része az egészségügyi fejlesztéseket összefoglalóan elemzi. A fejlesztési források felhasználásának EMIR-adatokon alapuló statisztikai elemzése mellett az értékelés során kitérünk arra is, hogy a fejlesztéspolitikai kontextus (egészségpolitikai prioritások) változása milyen hatással volt a fejlesztésekre.

Fokozott érdeklődésre tarthat számot annak a vizsgálata, hogy az egészségügyben hogyan lehet a fejlesztéseket hatékonyan menedzselni. Kérdésként merül fel a megfelelő tervezési szint azonosítása (országos vs. regionális operatív programok), felülről lefelé vagy lentől felfelé való tervezés lehetősége (központi kapacitástervezés fejlesztési pontok kijelölésével vs. szolgáltatói szinten készített pályázatok), illetve a régióhatáron túlnyúló ellátások (pl. a központi régióban elhelyezkedő specializált intézmények). A fejlesztések pályázati megvalósításával, illetve a regionális dimenzió alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok feldolgozása azért is aktuális, mert az egészségügyi ellátórendszer tervezésének és menedzsmentjének a jövőben kulcsszereplői lesznek a nagytárségek.

1. A 2007-14-es időszak egészségügyi fejlesztéseire vonatkozó értékelési kérdések

- 1.1. A TÁMOP, TIOP és ROP keretében történt egészségügyi fejlesztések bemutatása, összegzése
- 1.2. A TÁMOP konstrukciók mennyiben kapcsolódnak az infrastrukturális fejlesztésekhez?
- 1.3. Az egészségügyben jelentkező humánerőforrás-problémák milyen hatással vannak a fejlesztésekre, illetve a fejlesztések hatására változott-e az adott szakterületek humánerőforrás-ellátottsága?
- 1.4. Területi dimenzió vizsgálata: A regionális jelleg mennyire érvényesül az egészségügyet érintő fejlesztésekben? A fejlesztések területi eloszlása megfelelő-e?
- 1.5. A projekt- és programfinanszírozás lehetőségei (az állami ellátórendszerek egyenszilárd fejlesztését a pályázati rendszer mennyire optimálisan képes kiszolgálni?)
- 1.6. A megváltozott stratégiai környezet milyen hatással van a projektek végrehajtására, fenntarthatóságára?
- 1.7. Javaslatok a 2014-2020-as tervezési időszak egészségügyi fejlesztéseire és azok végrehajtásához
 - Milyen összefüggések mutathatók ki az egészségügyi fejlesztések és a foglalkoztatás, illetve szegénységi célok között?
 - További infrastrukturális beruházások indokoltsága, illetve a már megteremtett infrastruktúra továbbfejlesztése.
 - Az erőteljes eredményorientáció az ágazat, illetve a végrehajtási rendszer oldalán milyen típusú feltételek megteremtését igényli?

Járóbeteg-ellátás fejlesztése: TIOP 2.1.2. és 2.1.3., illetve ROP-konstrukciók

Kontextus

Az értékelendő konstrukciók egy részének keretet adó TIOP (és ROP-ok) kidolgozása, illetve véglegesítése idején a magyar egészségügyi rendszer stratégiai prioritásait a több-biztosítós (többpénztáros) reform, illetve a 2007. április 1-től életbe lépő (és döntően a kórházi szektort érintő) struktúraátalakítás határozta meg. A szerkezetátalakítás mögött az ellátórendszer hatékonyságának és fenntarthatóságának javítására vonatkozó igény állt, és ebből kifolyólag nagy hangsúlyt kapott az aktív fekvőbeteg-ellátást kiváltani képes, alacsonyabb progresszivitási szintű ellátások fejlesztése. Az átalakuló intézményrendszer feladatainak meghatározása azonban jóval inkább a kórházi szintre fókuszált (lásd a súlyponti kórházi kategória kialakításának példáját), így átfogó koncepció a járóbeteg-ellátás fejlesztésére nem született. Mindezek ellenére a rendszerátalakítás során – a területi egyenlőtlenségek csökkentésének célkitűzése kapcsán – egy hozzáférési típusú cél megfogalmazásra került közvetlenül a járóbeteg-ellátásra is: **a területi járóbeteg-ellátás esetében a 25 percen belüli elérhetőség jelentette a fejlesztéspolitikai számára elérendő célállapotot.** A járóbeteg-ellátás fejlesztésével kapcsolatos további célok gyakorlatilag csak az egész ellátórendszer

hatékonyságának a növelésén (pl. az alacsonyabb progresszivitási szinteken definitív ellátás nyújtásán) keresztül ragadhatóak meg.

Már a fejlesztések megvalósítása alatt, illetve lezárulta után, 2011-ben fogadta el a kormány a Semmelweis Tervet (Nefmi, 2011). A terv az egészségügyi rendszerre vonatkozó korábbi koncepciótól egyes elemeiben gyökeresen különbözik (nyilvánvaló a különbség az egészségügyi finanszírozás csatornáiban, és az állami fenntartású intézményrendszer is markáns eltérést jelent), ugyanakkor változatlanul prioritálja a hatékonyabb, alacsonyabb progresszivitási szintű ellátási formákat (így a fekvőbeteg-ellátást kiváltó, lakosságközeli egynapos beavatkozásokat és a járóbeteg-szakellátást). A szakmai koncepció a hatékonysági deficit egyik okának éppen azt tekinti, hogy a betegek ellátása nem a lehető legalacsonyabb szinten történik, ezért kitörési pontként határozza meg (az alapmellett) a járóbeteg-ellátás megerősítését és kompetenciáinak világossá tételét. Az tehát, hogy a TIOF 2.1.2 és 2.1.3 konstrukció, illetve a ROP-ok keretében megvalósult fejlesztések hatásainak értékelése megtörténjen, a jövőbeli fejlesztéspolitikai döntések megalapozásához is elengedhetetlen.

Az önkormányzati rendszer átalakításának keretében az állami és önkormányzati feladat- és hatáskörök reallokációja is megtörténik, aminek eredményeképpen az egészségügyi ellátás vonatkozásában nő az állami irányítás szerepe. Ez a rendszer hatékonysági problémáinak egyik oka, az egymással ütköző tulajdonosi érdekek kiiktatása mellett lehetővé teszi a kapacitáselosztás és a betegút-szabályozás országosan egységes módszertanon alapuló kialakítását. Az egységes állami ellátásszervezés területi alapját a Semmelweis Tervben felvázolt ún. nagytérségek adják. A nagytérségekben olyan kapacitásrendező, a területi ellátóintézmények koordinációját végző, betegút-szervezést támogató központokat (Térségi Egészség-szervező Központok) hoznak létre, amelyek a kistérségi szinten működő járóbeteg-szakellátó intézmények betegútszervező tevékenységét is támogatják. A vizsgált konstrukciókban kialakított új és fejlesztett intézményeknek működésük során már ezekbe az ellátásszervezési nagytérségi keretekbe kell integrálódniuk.

A járóbeteg- és egynapos ellátás fejlesztésén túl a krónikus betegek költséges intézményi ellátását kiváltó otthoni ápolás fejlesztése, elérhetővé tétele is a hatékonyságnövelést szolgálja. Ezzel összhangban a TIOF járóbeteg-fejlesztések keretében az intézményeknek lehetőségük nyílt otthoni szakápolási kapacitás lekötésére is. Szintén a hatékonyságnövelést szolgálja a nappali kórházi, illetve kúraszerű ellátások fejlesztése is.

Meg kell jegyezni azt is, hogy a magyarországi egészségpolitika fejlesztési célkitűzései jellemzően csak a közfinanszírozott ellátásokra és a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók fejlesztésére irányulnak; az egészségügyi terület fejlesztéspolitikája – az egészségturizmustól eltekintve – jellemzően nem veszi figyelembe a magánellátást. Kérdéses ugyanakkor az, hogy a jövőben ez mennyire lesz tartható: éppen a járóbeteg-szakellátás ugyanis az a terület, ahol a magánellátások aránya növekszik, és a közellátásnak egyre inkább versenyeznie kell a magánellátókkal. A magánellátások aránya már ma is igen jelentős több szakmában (nőgyógyászat, bőrgyógyászat, szemészet), illetve azokon a területeken, ahol a társadalombiztosítás nem térít teljes körű szolgáltatást (például fogászat), vagy a tb által finanszírozott vizsgálatokra, beavatkozásokra esetleg hónapokat kell várni (például képpalkotó diagnosztika). Ez a verseny ráadásul európai szinten is növekedni fog: a határon túlnyúló egészségügyi ellátások ösztönzése érdekében elfogadott uniós direktíva a járóbeteg-ellátás és az egynapos beavatkozások esetében kinyitja a piacot, és társadalombiztosítási (rész)finanszírozással teszi elérhetővé más tagállamok egészségügyi szolgáltatóit.

Ha azt vizsgáljuk, hogy az értékelendő járóbeteg-ellátó intézményeket érintő konstrukciók hogyan járulnak hozzá az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos fejlesztéspolitikai célokhoz a hatékonyság javításával és a területi egyenlőtlenségek csökkentésével, akkor az alábbiakat tapasztaljuk:

- A hatékonyság növelését elsősorban a TIOP 2.1.3 konstrukció szolgálja azáltal, hogy az aktív fekvőbeteg-ellátást a költséghatékonyabb járóbeteg-ellátással váltja ki, de a célhoz – a járóbeteg-ellátási és otthonápolási kapacitások növekedése miatt – a 2.1.2 konstrukció is hozzájárul. Szintén hozzájárulnak a hatékonyság növeléséhez a ROP-ok keretében megvalósított fejlesztések, elsősorban a járóbeteg-ellátás minőségének javításával, másodsorban pedig (kismértékű) kapacitásátrendezéssel.
- A területi egyenlőtlenségek csökkentését – a hozzáférés javításával – elsősorban a 2.1.2 konstrukció szolgálja, de tekintettel az egynapos sebészeti eljárások fejlett országokhoz viszonyított alacsony arányára, a modernebb eljárásokhoz való hozzáférés javításában a 2.1.3 konstrukció is szerepet játszik.

A fenti konstrukciók értékelése során tehát a fenti két alapvető célhoz való hozzájárulás vizsgálata áll a fókuszpontban. Ez egészül ki annak az értékelésével, hogy a fejlesztéspolitikai beavatkozások hatása vajon tartósan is képes-e hozzájárulni e célokhoz, azaz szükséges megvizsgálni az ilyen módon létrehozott, illetve átalakított egészségügyi kapacitások jövőbeli működését a fenntarthatóság kritériuma szempontjából is.

Hangsúlyozni kell ezen a ponton ugyanakkor, hogy számos fejlesztés nem régen fejeződött be, így a hatásmérés is szükségszerűen csak a rövid távon várható hatások kimutatására tud irányulni.

A vizsgált konstrukciók

Az értékelés keretében az alábbi konstrukciókat elemezzük: TIOP-2.1.2-07, 2.1.2-08, TIOP-2.1.3-07, 2.1.3-08, 2.1.3-10, DAOP-4.1.1-B/2008, DAOP-4.1.1/B-09-2010, DDOP-3.1.3/B-2009, ÉAOP-4.1.2/B-09-2010, ÉAOP-4.1.2/B-2008, ÉMOP-4.1.1/B-09-2010, ÉMOP-4.1.1/B-2008, KDOP-5.2.1/B-09-2010, KDOP-5.2.1/B-2008, NYDOP-5.2.1/B-2008, KMOP-4.3.2-2008.

A vizsgálat tárgyát képező konstrukciók alapvető célja a megfelelő minőségű járóbeteg-szakellátás elérhetőségének biztosítása volt (új kapacitások létrehozásával, illetve meglévő kapacitások fejlesztésével). A kiíró átfogó célként a következőket határozta meg (az utolsó két cél ugyan nem minden konstrukció dokumentációjában jelenik meg tétélesen, de a járóbeteg-ellátási fejlesztések esetében átfogó, magas szintű célként azonosítható):

- az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés területi kiegyenlítése;
- a társadalmi esélykülönbségek csökkentése, a szolgáltatási hiányok megszüntetése és bővítése a szükségleteknek megfelelően;
- a definitív és lakossághoz közeli ellátást biztosító szolgáltatások komplex rendszerének kialakítása;
- a munkavállalók munkaerő-piaci esélyeinek javítása a munkavégző-képesség gyors helyreállítása a betegségek megelőzésével, korai felismerésével;
- a térségek versenyképességének, népességmegtartó képességnek megőrzéséhez szükséges feltételek biztosítása az egészségügyi fejlesztésekkel.

A támogatott tevékenységek köre a következő volt: építés, épület energetikai korszerűsítése, eszközbeszerzés (benne kiemelten az informatikai rendszer korszerűsítése), ingatlanvásárlás, előkészítés költségei. A kedvezményezett kör a kötelező társadalombiztosítás keretében szolgáltatást nyújtó szervezetek (illetve új fejlesztés esetén ilyen kapacitást létesítő szervezetek) voltak, a profitorientált gazdasági társaságok kizárásával (a TIOP esetében pedig tovább szűkítéssel: helyi települési önkormányzatok, valamint a 2.1.3-as konstrukció esetében olyan, legalább részben önkormányzati tulajdonban álló non-profit gazdasági társaságok, amelyek már végeztek egészségügyi szolgáltatási tevékenységet).

Az értékelés a hozzáférés és az igénybevétel változásának, valamint a rövid távon feltételezhető gazdasági és egészségügyi hatásoknak a mérése mellett kiemelt figyelmet fordít arra, hogy a létrehozott kapacitások mennyire fenntarthatóak.

2. A járóbeteg-szakellátás fejlesztésére vonatkozó értékelési kérdések

2.1. A közvetlen eredmények: a kiegyensúlyozottabb ellátás értékelése

- A fejlesztések pozicionálása mennyiben találkozott a valós szükségletekkel?
- A földrajzi hozzáférhetőség vizsgálata
 - i. A lakosság mekkora része számára vált elérhetővé a minimális szintű (azaz alapszakmákból álló) közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás a célkitűzésben szereplő elérési időn (20 percen) belül?
 - ii. A lakosság mekkora része számára vált elérhetővé emelt szintű (azaz legalább 6 szakmacsoportban működő) közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás 25 perces elérési időn belül?
 - iii. A közösségi közlekedés járatsűrűségének és menetrendjének a járóbeteg-szakellátás rendelési idejével való összehangoltságának vizsgálata.
- A kapacitásokkal korrigált hozzáférhetőség vizsgálata
 - i. A fejlesztések által érintett intézményekben elégséges kapacitásban állnak-e rendelkezésre az ellátások?
- Tényleges igénybevétel vizsgálata
 - i. A fejlesztések által érintett területek lakossága milyen arányban veszi igénybe a létrehozott vagy a fejlesztés által érintett ellátási kapacitásokat?
 - ii. Elérhetőek-e a kiépített/fejlesztett szolgáltatások a fogyatékkal élők számára?
 - iii. Az ellátási területre eső kártyaszám mekkora hányada vette igénybe az új szolgáltatást?

2.2. A rövid távú hatások értékelése

- Gazdasági hatások
 - i. A konstrukció milyen mértékben váltott ki magasabb progresszivitási szintű ellátásokat?
 - ii. A konstrukció hatására mennyivel nőtt az ellátórendszer igénybevétele?
 - iii. A konstrukció hatására mennyi utazási időt és költséget takarított meg az érintett térségek lakossága a járóbeteg-ellátás igénybevétele során?
 - iv. A beruházással érintett kistérségi járóbeteg-ellátási kapacitások hozzájárultak-e a táppénzen töltött idő csökkenéséhez?
 - v. A beruházással érintett kistérségi járóbeteg-ellátó központok működése hosszú távon is fenntartható-e?
- Egészségügyi hatások
 - i. A szakrendelések elérhetőségének javulása hatott-e pozitívan a krónikus betegek gondozásba vételére, illetve a gondozás során szükséges szakorvosi vizsgálatok elvégzésére?

2.3. Végrehajtás

- i. A ROP és TIOP közötti lehatárolás mennyire volt működőképes, milyen előnyökkel járt? Milyen hatással járt az egyes projektek szintjén? Mennyiben szolgálta a programok lehatárolása az egészségügyi programok sikerességét?
- ii. A kiírások, illetve a projekt-kiválasztási rendszer mennyire biztosítják a stratégiai célok teljesülését?
- iii. Az alapok elválasztásának, a keresztfinanszírozásnak problematikája
- iv. Javaslatok a 2014-2020-as finanszírozási időszakra nézve, jó gyakorlatok

Épület-, gép-műszer-, energiakataszter: TÁMOP 6.2.6.

Kontextus

Az e-egészségügy fogalma az egészségügyi ellátórendszer intézményeinek adminisztratív és pénzügyi működését támogató infokommunikációs rendszereket és szolgáltatásokat foglalja magába. Ide tartoznak az intézményi és intézményközi (integrált) információs rendszerek, a különböző közhiteles nyilvántartások, valamint az adminisztrációt, elszámolást segítő megoldások. Az intézmények közötti kommunikáció fejlesztése (a különleges adatnak számító egészségügyi adatok maximális védelme

mellett) az egész ellátórendszer működésének meghatározó tényezője lehet: a megfelelő időben és helyen rendelkezésre álló információk az ellátás hatékonyságát és minőségét javítják.

Magyarországon az egészségügyi informatika fejlesztésével kapcsolatos stratégiai célok és akciók magas szintű dokumentumokban elsősorban a Semmelweis Tervben (2011) és a Digitális Megújulás Cselekvési Tervben (2010) jelennek meg. Az e-egészségügyi fejlesztések EU-s kontextusát lásd a 0.1. számú mellékletben.

A Semmelweis Tervben a fő hangsúly a transzparens, racionalizált és redundanciamentes működés megteremtésén, valamint az egységes, standardokon alapuló, együttműködő egészségügyi informatikai fejlesztéseken van. A terv főbb nevesített programjai egy közhiteles adatnyilvántartás, valamint ágazati portál létrehozását, szabványos üzenetminták és standard adatstruktúra alkalmazását, egészségügyi monitor és szükséglet alapú kapacitástervezési rendszer megalkotását, központi informatikai megoldások (eTAJ, eRecept stb.) bevezetését és az egészségügyi dolgozók képességeinek fejlesztését foglalják magukba. Ki kell emelni ezeken kívül az ágazati tevékenység összehangolását segítő Egészségügyi Informatikai Tanács létrehozását is.

A Digitális Megújulás Cselekvési Terv az egészségügyi informatikai fejlesztések két fő irányvonalát határozza meg, elkülönítve a központi, kormányzati (egészségügyi folyamatokra, intézményközi együttműködésekre, adminisztrációs és döntéstámogatási feladatokra koncentráló) fejlesztéseket a piacorientáltabb, életvitelt támogató telemedicinális eszközök alkalmazásától. A végrehajtandó akciók tükrözik az európai e-health programok jelentős részét (nevesítve: e-health rendszer kialakítása az ellátó intézményekben és a háziorvosoknál; regionális, integrált intézményközi kórházi információs rendszerek alkalmazása; egészségmonitor és esetkódolás ügyfélszolgálatának működtetése; elektronikus betegazonosító, eKórlap, eRecept, valamint telemedicinális eszközök alkalmazása; e-health-szel kapcsolatos tájékoztatás és népszerűsítés a lakosság körében).

A stratégiai programok tervpontjainak szintetizálását, a célrendszer lebontását a GYEMSZI (2011) egészségügyi információs rendszerekre vonatkozó összeállítás tartalmazza. A dokumentum átfogó és részletekbe menő feltétel- és ajánlásrendszert kínál, továbbá megfogalmazza az informatikai fejlesztésekkel szemben támasztott szükséges követelményeket. Fő cél az egységes és koherens, standardok és protokollok rendszerén alapuló Nemzeti Egészségügyi Informatikai (e-Health) Rendszer létrehozása. A fejlesztési programok és projektek rendszerezési elve alapvetően a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program, a Társadalmi Megújulás Operatív Program és az Elektronikus Közigazgatás Operatív Program vonatkozó fejlesztési projektjein nyugszik (GYEMSZI, 2011), és ez jelenik meg a TIOP és TÁMOP 2011-13-as akcióterveiben is:

- Humán erőforrás monitoring rendszer (TÁMOP 6.2.1),
- Országos egészségmonitorozási és kapacitástérkép adatbázis- és alkalmazásfejlesztés (TÁMOP 6.2.3),
- Nemzeti Egészségügyi Informatikai Rendszer: Elektronikus közhiteles nyilvántartások és ágazati portál fejlesztése (TIOP 2.3.2),
- Nemzeti Egészségügyi Informatikai Rendszer: Központi informatikai rendszerek fejlesztése az intézményen belüli betegazonosítási rendszerek fejlesztésének biztosításához, az intézményen belüli betegazonosítási rendszerek fejlesztése (TIOP 2.3.1),
- Egészségbiztosítási ügyfélkapcsolatok fejlesztése, egészségügyi rendszerekbe integrált adatkezelés és azonosítás megvalósítása (EKOP 2.3.7),
- Nemzeti Egészségügyi Informatikai Rendszer: Térségi funkcionálisan integrált intézményközi információs rendszerek kiépítése (TIOP 2.3.3),
- Nemzeti Egészségügyi Informatikai Rendszer bevezetésének támogatása, módszertan- és képzésfejlesztés (TÁMOP 6.2.7).

Az ellátórendszer működéséhez, illetve az ágazatirányítás számára készülő elemzésekhez és az irányítási döntések megalapozásához kiemelt szerepet játszanak a központi (közhiteles) nyilvántartások. Ezek a nyilvántartások folyamatosan frissülő módon biztosítják a törzsadatok rendelkezésre állását valamennyi olyan szereplő számára, akinek feladatkörében az érintett adatkör felhasználható. A központi nyilvántartást biztosítja azt, hogy minden érintett szereplő azonos adatokkal dolgozzon, és munkájának elvégzéséhez ne legyen szükséges egyedi adatbázist építenie (amelyek redundanciához, illetve a konzisztencia romlásához vezet – a magyar egészségügyből ennek a jelenségnek „klasszikus” példája az intézmény-nyilvántartás és a finanszírozott szolgáltatók nyilvántartásának kettőse).

A központi nyilvántartások sorába illeszkedik a jelen értékeléshez kiválasztott gép-műszer kataszter is. Az ennek működéséből levonható tanulságok felhasználhatóak az ágazati közhiteles nyilvántartások jövőbeli fejlesztései, illetve az e-egészségügyi fejlesztések során.

Konstrukció

Az egészségügyi ágazati adatok gyűjtéséről szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESZCSM rendelet, illetve az országos statisztikai adatgyűjtési program (288/2009. (XII. 15.) Korm. rendelet) is előírja az egészségügyi célú épületek kataszterének, illetve a fekvőbeteg-ellátó intézmények esetében az energiakataszternek a működtetését.

A fejlesztési konstrukció (TÁMOP-6.2.6/08/1.) az egészségügyi ágazati épület-, gép- műszer- és energiakataszter fejlesztésére irányult. Ez egyfelől informatikai fejlesztést jelentett, másfelől pedig a valóságos állapotok és az adatbázis tartalmának a közelítését, problémát jelentett ugyanis az, hogy a múltban az adatszolgáltatás teljesítése és a szolgáltatott adatok pontossága nem volt megfelelő. Az egészségügyi ellátórendszer infrastrukturális ellátottságának ismerete és könnyű elemezhetősége fontos befolyásoló tényezője a fejlesztéspolitikai tervezésnek.

3. A TÁMOP 6.2.6/08/1 konstrukció „B” komponensének értékelésére vonatkozó kérdések

- 3.1. A projekt végrehajtása során figyelembe vették-e az érintettek véleményét?
 - Azonosították-e a projekt érintettjeit, kiemelten az adatok jövőbeli felhasználóit? Az adatbázis leendő felhasználói körében történt-e igényfelmérés? Ha igen, hogyan, és milyen eredménnyel zárult?
 - Felmérték-e az adatszolgáltatók véleményét, elvárásait?
- 3.2. A kialakított informatikai rendszer vizsgálata
 - A választott hardver- és szoftverplatform megfelelősége és gazdaságossága
 - Az adatgyűjtési folyamat megfelelősége
- 3.3. Az adatgyűjtési folyamat hatékonysága
 - Hogyan változtatta meg a kialakított új megoldás az adatszolgáltatók adminisztratív terheit?
 - Vannak-e az adatszolgáltatóknak javaslataik az adatgyűjtési folyamat hatékonyságának a növelésére?
- 3.4. A kialakított megoldás eredményessége
 - Hogyan változott az adatszolgáltatási hajlandóság, milyennek tekinthető az új adatbázis teljessége?
 - A gyűjtött adatok lehetővé teszik-e az egészségpolitikai tervezés támogatását?
 - Kik és hogyan használják az adatbázist? Mennyire elégedettek a rendszer által nyújtott szolgáltatásokkal (adatkör, teljesség, pontosság, megbízhatóság és érvényesség, hozzáférhetőség, felhasználóbarátság szempontjából)? Van-e esetleg olyan érintett csoport, amelyik hasznosnak gondolná az adatbázist, de valamilyen ok miatt nem fér hozzá?
- 3.5. Más ágazati adatgyűjtésekben hasznosítható tapasztalatok
 - Vannak-e e projektnek olyan tapasztalatai, amelyek más ágazati adatgyűjtések (akár egészségügyön kívüli adatgyűjtések) esetében, jövőbeli e-egészségügyi megoldások kialakítása során hasznosíthatóak?

Az épület-, gép- műszer- és energiakataszter kialakítása a TÁMOP 6.2.6/08/1 konstrukció „B” komponensének fő részleme volt. A konstrukció „A” komponense az egészségügyben megvalósuló infrastruktúra-fejlesztésekhez (a pályázati folyamathoz) biztosított szakértői támogatást (építészeti, épületgépészeti-energetikai, környezetmérnöki, gép-műszerbeszerzési, orvosszakmai-finanszírozási, beruházás-technikai-költségvetési és informatikai feladatokkal kapcsolatban). A „B” komponens magába foglalta a korábbról rendelkezésre álló adatbázis minőségének felmérését, a szükséges adattartalom meghatározását, a kataszter modern informatikai megvalósítását, valamint az adatokhoz való hozzáférési jogosultsági rendszer kialakítását.

Az értékelést befolyásolhatja, hogy a projekt megvalósítása közben a kedvezményezett szervezet átalakuláson esett át: az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (egyéb intézmények beolvadásával) átalakult Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetté (GYEMSZI).

Az érintett beavatkozás (kataszter) közvetlen vizsgálatán túl az értékelésnek fel kell mérnie azt is, hogy a megvalósítás során választott informatikai megoldások tapasztalatai hogyan hasznosíthatóak az egészségügyi ágazat más területein megvalósuló adatgyűjtések, illetve az e-egészségügyi megoldások jövőbeli fejlesztésében.

Egészségfejlesztés: a TÁMOP 6.1.2 keretében megvalósult életmódprogramok

Kontextus

Közismert, hogy a magyar népesség egészségi állapota, morbiditási és mortalitási mutatói lényegesen rosszabbak, mint azt az ország gazdasági-társadalmi fejlettsége indokolná. Ezen az elmaradáson az utóbbi időben megfigyelhető javulás sem tudott érdemben változtatni. A lemaradás mögött többek között az egészségtelen életmód áll. A kutatások szerint az egészségi állapotra az egészségügyi ellátórendszer csak korlátozott hatással van az egyéb tényezők (környezet, életmód) mellett. Magyarországon a lakosság egészségtudatossága alacsony, aminek következtében az egészségre káros életviteli minták (dohányzás, alkoholizmus, mozgásszegény életmód stb.) széles körűen elterjedtek.

Az egészségi állapot meghatározó tényezője a munkavállalási korú lakosság munkaerő-piaci aktivitásának, valamint a munkaerő minőségének. A munkaerő-piaci részvétel növelését célul kitűző TÁMOP program az egészségi állapot javításán keresztül kívánja elérni az egészségben eltöltött évek és ezáltal (egyéni szinten) a munkavégző képesség, valamint (társadalmi szinten) a foglalkoztatottság növelését. Ennek egyik eleme a részletes értékelés tárgyát képező, a lakossági tájékozottság növelése céljából az egészségfejlesztést és egészségtudatos magatartást ösztönző, szemléletformáló rendezvényeket, kampányokat és életmódprogramokat támogató TÁMOP 6.1.2 konstrukció.

Konstrukció

A vizsgált konstrukciók (TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR, TÁMOP-6.1.2/A-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2) azon a felismerésen alapulnak, hogy az egészségi állapot mind a társadalmi kohéziót és biztonságot, mind az egyén foglalkoztathatóságát befolyásolja, tehát az ország versenyképességét meghatározó tényező. Az egészség fejlesztése az Európai Unió új növekedési stratégiájának „Európa2020” is integrált része, amely hangsúlyozza az egészséges népesség szerepét az intelligens, fenntartható és inkluzív növekedés tekintetében.

A konstrukció alapvető céljai – a Népegészségügyi Program, illetve Társadalmi Megújulás Operatív Program célkitűzéseivel összhangban – a szív-érrendszeri, daganatos, a táplálkozással vagy szenvedélybetegségekkel összefüggő megbetegedések csökkenésének elősegítése, a korai és megelőzhető halálozás életmódbeli tényezőinek kedvező irányba történő befolyásolása. Szintén a népegészségügyi prioritásoknak megfelelő célkitűzés a lelki egészség megőrzésével összefüggő

ismeretek átadása. Ennek eszköze többek között az egyének saját egészségük iránti felelősségének – az öngondoskodás képességének – fejlesztése, a helyi közösségek és a társas támogatás erősítése, az egészséges életvitelhez szükséges tudás és készségek elsajátításának a hatékony támogatása (szemléletformálás). Az öngondoskodás növelése az alapvető ismeretek és az otthoni ápolási, ellátási vagy elsősegély ismeretek terjesztése révén az egészségügyi ellátórendszer tehermentesítését is szolgálja. A korszerű, tudományosan alátámasztott egészségfejlesztési ismeretek hozzájárulnak az egészségi állapot javításához, a táppénzen töltött napok számának csökkenéséhez és (hosszú távon) az egészségben eltöltött életevek számának növekedéséhez.

A konstrukció alatt vizsgált egészségfejlesztési/életmód programok esetében a programokhoz köthető hatások mérése több szempontból rendkívül nehéz. Egyrészt mind egyéni, mind társadalmi szinten a hasznok jellemzően nagyon hosszú távon jelentkezhetnek (pl. időskori krónikus megbetegedések elkerülése formájában). A TÁMOP által meghatározott indikátor (egészségben eltöltött életevek számának növekedése) csak hosszabb időtávon értékelhető. A programok megvalósítása alatt és után is, számtalan az életmódot potenciálisan befolyásoló egyéb hatás éri/érheti a lakosságot, néhány aktuális példát említve, a dohánytermékekhez való hozzáférés szűkítése azok árának növekedésével, vagy a dohányzás vendéglátó ipari egységekben és/vagy közterületek történő korlátozásával.

Nehezítő körülmény még az értékelés szempontjából, hogy hazánkban késik az egészségfejlesztés minőségügyi rendszerének kialakítása, illetve TÁMOP 6.1.2 konstrukció alatt folyó projektek tartalmi monitorozásának/értékelésének ilyen módszertani támogató rendszerhez történő kapcsolódása.

Az értékelés elsősorban arra irányul, hogy a nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján hatásosnak ítélt módon hajtották-e végre ezeket a programokat, a programok megtalálták-e azokat a célcsoportokat, ahol az életmód-változtatásnak nagy hozadéka lehet, az ilyen decentralizált, projektenként kis összeggel gazdálkodó fejlesztési konstrukció mennyire tekinthető hatásosnak a programszintű vertikális és horizontális célkitűzések végrehajtása szempontjából.

4. A TÁMOP 6.1.2 konstrukció értékelésére vonatkozó kérdések

- 4.1. Az eddig pályázati eredmények összegzése
 - meghirdetések, pályázói aktivitás, befejezett és futó projektek, bevont célközönség és szintér szerint, életmódbeli területek stb.
- 4.2. Az alkalmazott életmódprogramok megfeleltek-e a kívánt célok eléréséhez?
- 4.3. Milyen hatással voltak a pályázott projektek a bevont célközönség tekintetében a fő életmódbeli viselkedések változásában?
 - dohányzás, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, alkoholfogyasztás
 - időbeli fenntarthatóság
- 4.4. Hogyan járultak hozzá a pályázott projektek az egészséges életmód feltételeinek helyi megteremtésében?
 - helyi egészségtervek
 - interszektoriális tervezés
 - partnerségek
- 4.5. A konstrukció lebonyolítása mennyire járul hozzá az egészségügyenlőtlenségek csökkentéséhez?
 - társadalmi-gazdasági tényezők,
 - földrajzi eloszlás mentén,
 - LHH-s és nem LHH-s kistérségekben.
- 4.6. Jó gyakorlatok
 - kritériumrendszer
 - esettanulmányok

Az értékelés módszertana

Az egészségi állapotot javító fejlesztéspolitikai beavatkozások – az egészségüghöz való kapcsolódás szempontjából – kategorizálhatóak közvetlen és közvetett egészségügyi, illetve nem egészségügyi (de az egészségi állapot javítására hatással lévő) beruházásokra (Watson, 2009). Ez azt jelenti, hogy még az egészségi állapottal kapcsolatos célkitűzések értékelése során is tekintettel kell arra lenni, hogy a fejlesztési beavatkozások széles körének lehet (és van) hatása az egészségi állapot alakulására (ez az ún. „health in all” koncepció). Ez a felismerés egybecseng a WHO által az egészségügyi hatásvizsgálatok kapcsán tett felismeréssel, miszerint az egészségügyi ellátórendszer csak egy tényező az egészségi állapotot meghatározó tényezők között (WHO, 2011). Ez az értékelés ugyanakkor csak a közvetlen egészségügyi beruházások vizsgálatára irányul. A következő EU-s fejlesztési ciklusban a közvetlen egészségügyi beruházások súlyának jelentős csökkenése (és a „health in all” megközelítés térnyerése) várható. Mivel Magyarország EU-s összehasonlításban kifejezetten sok fejlesztési forrást allokált közvetlen egészségügyi beruházásra, különösen fontos, hogy a fejlesztések hatásainak értékelése megtörténjen.

Az egyes értékelési területeken alkalmazott módszertanok részletes leírását a további, egyes területekhez kapcsolódó fejezetekben mutatjuk be. Az alkalmazott módszertanokat az 1. sz. táblázat tekinti át.

1. táblázat: Értékelési részfeladatok és a fő vizsgálati módszerek

Értékelési fókusz	Értékelési részfeladat	Szereplők	Módszer
Általános célzottság	Fejlesztési források célzása	Kedvezményezettek, EMIR, OEP	Statisztikai-ökonometriai elemzés
	Egészségügyi fejlesztések áttekintése	Stratégiai dokumentumok, programdokumentumok, releváns értékelések	Dokumentumelemzés
		Szakértők, fejlesztéspolitikai szakemberek	Félig strukturált interjúk
Járóbeteg-ellátás fejlesztése	Pozicionálás, hozzáférhetőség és igénybevétel változása	Kedvezményezettek, OEP, GYEMSZI	Statisztikai-ökonometriai elemzés
		Kedvezményezettek	Esettanulmány
		Szakértők, fejlesztéspolitikai szakemberek	Félig strukturált interjúk
	Gazdasági hatások, fenntarthatóság	Kedvezményezettek	Esettanulmány
		Szakértők, fejlesztéspolitikai szakemberek	Félig strukturált interjúk
	Rövid távon mérhető egészségügyi hatások	Kedvezményezettek, EMIR, OEP	Statisztikai-ökonometriai elemzés
Kedvezményezettek		Esettanulmány	
Gép-műszer kataszter	Fejlesztési folyamat, kialakított megoldás megfelelése	Kedvezményezett, pályázati dokumentáció	Dokumentumelemzés
		Kedvezményezett, szakértők	Félig strukturált interjúk
	Illeszkedés az e-egészségügyi fejlesztések kontextusába	Stratégiai dokumentumok, programdokumentumok, releváns értékelések	Dokumentumelemzés
		Szakértők, fejlesztéspolitikai szakemberek	Félig strukturált interjúk
		EMIR	Statisztikai elemzés
Életmód-programok	Pályázati eredmények összegzése	EMIR	Statisztikai elemzés
	A megvalósított programok tartalma, az eredményesség mérése	Kedvezményezett, pályázati dokumentáció	Dokumentumelemzés
		Kedvezményezettek	On-line kérdőív
	Szakértők, fejlesztéspolitikai szakemberek	Félig strukturált interjúk	

A megvalósult fejlesztések áttekintése és az egészségügyi fejlesztések célzottságának vizsgálata

Az alkalmazott módszertan bemutatása

Az egészségügyi fejlesztési célkitűzések és a megvalósítás értékelése során tanulmányoztuk az ezzel kapcsolatos fejlesztéspolitikai dokumentumokat (OP-k, akciótervek, értékelések, jelentések). A megvalósításról készített számszaki elemzéseket az EMIR-ből történt lekérdezéssel állítottuk elő. A célkitűzések, a megvalósítás, illetve a tanulságok jobb megismerése érdekében szakértői interjúkat készítettünk (az interjúalanyok listáját lásd az 1.2. számú mellékletben).

A fejlesztési források célzására vonatkozó elemzés

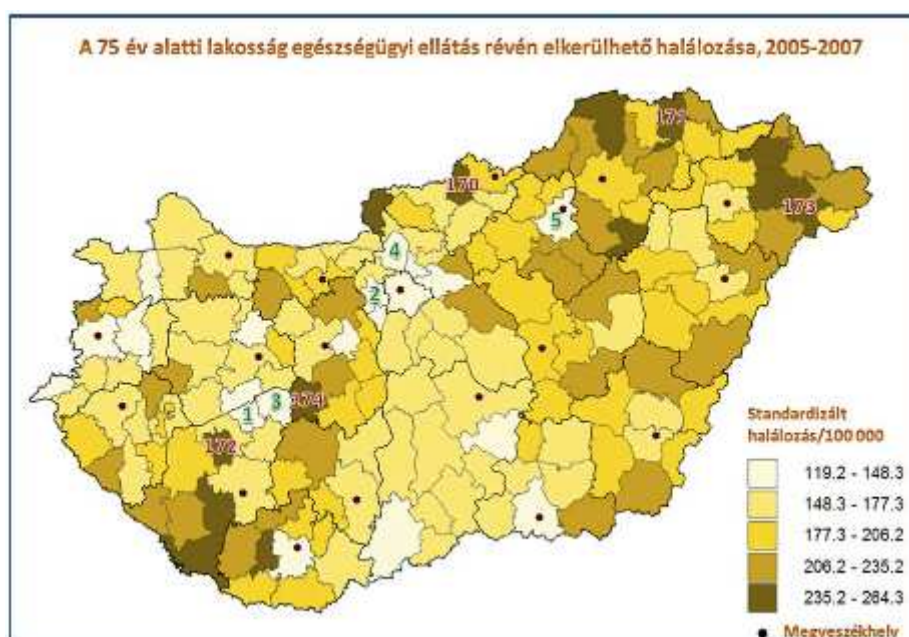
Az egészségügyi fejlesztési források területi és progresszivitási szintek szerinti célzásának vizsgálatakor háromféle adatforrás összefüggését kell elemeznünk.

- A fejlesztési források területi és progresszivitási szintek közötti megoszlása.** Az egészségügyi fejlesztések listáját az EMIR-adatbázisból gyűjtöttük le (a szűrési elveket ld. a 0.3. sz. mellékletben). Hat progresszivitási szintet különböztettünk meg (járóbeteg-, fekvőbeteg-, alapellátás¹, mentés, vérellátás és egészségfejlesztés), és ezekbe csoportosítottuk a fejlesztési forrásokat. Azon nem címkézett támogatási összegeket, amelyek járó- és fekvőbeteg-ellátást is biztosító intézménynek jutottak, az adott intézmény által a két kasszából kapott folyó finanszírozási összeg arányában osztottuk meg a járó- és a fekvőbeteg-ellátás között. A fejlesztési források kistérségi (területi) megoszlását a következőképpen számítottuk ki. A járó- és fekvőbeteg-ellátás esetében – az OEP-től kapott intézményi szintű adatok alapján – az érintett intézmények betegeinek lakóhely szerinti összetétele szerint osztottuk fel és rendeltük kistérséghez az intézménynek juttatott forrásokat. Az országos szintű fejlesztések – pl. országos e-egészségügyi fejlesztések – esetében nem történt kistérségi felosztás, az alapellátás esetében pedig azt feltételeztük, hogy a fejlesztés teljes egészében a megvalósulás helyszíne szerinti kistérségben fejt ki a hatását.
- Az egészségügyi folyó források területi és progresszivitási szintek közötti megoszlása.** A folyó finanszírozási források progresszivitási szintek közötti megoszlását az OEP beszámolóiból, zárszámadásokból és – a vérellátásra és egészségfejlesztésre fordított kiadások esetében – intézményi beszámolókból határoztuk meg.² Az E Alap pénzáramlásának kistérségi felosztása az adott kistérségben lakókra jutó természetbeni szolgáltatásvásárlás (járóbeteg-, fekvőbeteg- és alapellátás) kiadásaival határozódik meg, szintén az OEP-től származó részletes adatok alapján. (Az OEP-adatok részletes specifikációját a 0.2. sz. melléklet tartalmazza.) A kistérségre jutó egészségügyi finanszírozás alatt – hasonlóan a fejlesztési források esetéhez – tehát nem azt értjük, hogy mennyi forrás jut az ott működő szolgáltatóknak, hanem azt, hogy mennyit költenek a kistérség lakosaira, az ellátás helyétől teljesen függetlenül.
- A kistérségi szintű szükségletek.** A kistérségi szintű szükségleteket kétféle mutatóval mérjük. Egyrészt az egészségügyi szükségletet az elkerülhető halálozás mutatószámával közelítjük, és feltételezzük, hogy ez egyben egészségügyi fejlesztési szükségletet is jelöl. Ezt a mérőszámot az ellátórendszer minőségének értékelésére vezették be az 1970-es években, és úgy számítják ki, hogy – nemzetközi módszertan alapján – a különböző halálokok esetén meghatározzák azokat az életkorokat, amikor az adott betegségben való elhalálozás még

¹ Ez elsősorban a háziorvosi ellátást tartalmazza.

² A vérellátásra fordított kiadások az Országos Vérellátó Szolgálat beszámolójából származnak, míg az egészségfejlesztési kiadások esetén az ÁNTSZ három egészségfejlesztéssel foglalkozó intézetének (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, Országos Egészségfejlesztési Intézet és Országos Gyermekegészségügyi Intézet) adatait vettük alapul.

„elkerülhetőnek” tekinthető, majd az így kapott adatokat egy standardizált koreloszlású népeosségre vetítik. Elemzésünkben az elkerülhető halálozás 2005-2007. közötti adatokon való kistérségi szintű becslését használjuk, amelyet Vitrai József és Bakacs Márta készített ezen kvantitatív értékelés részére.³ Eredményeiket az 1. ábra mutatja.



1. ábra: Elkerülhető halálozás kistérségenként

Készítette: Vitrai József és Bakacs Márta a KSH haláloki statisztikai alapján

Az elkerülhető halálozás mellett számításainkban alternatív mutatóként a komplex fejlettségi mutatót is használjuk a szükségletek mérésére. Ez a mutató ugyan nem kapcsolódik közvetlenül az egészségügyi szükségletekhez, de egyrészt szoros korrelációban van vele, másrészt közvetlenebbül használható más (nem egészségügyi) fejlesztések területi dimenzióival való összehasonlításra.

A fenti adatok felhasználásával tehát az alábbi kérdésekre kaphatunk választ:

- az egészségügyi fejlesztési források kistérségi megoszlásának és a kistérségi egészségügyi szükségleteknek a viszonya;
- az egészségügyi fejlesztési források kistérségi megoszlásának és az egészségügy folyó finanszírozásának a viszonya;
- az egészségügyi fejlesztési források és a folyó finanszírozás összevetése az ellátások progresszivitási szintje szerint.

A módszertanból adódóan a statisztikai elemzés csak az eddig lekötött forrásokat tudja figyelembe venni, így a fejlesztési ciklus végéig a célzottság tekintetében kimutatott eredmények módosulására kell számítani.

A fenti elemzéseket kiegészítettük azzal, hogy megvizsgáltuk, hogy a nem egészségügyi fejlesztési célú prioritások esetében (pl. energetikai fejlesztések, akadálymentesítés) mennyi további forrás jutott egészségügyi szolgáltatóknak (ide értve a nem közfinanszírozott szolgáltatókat is). Itt a kedvezményezettek megoszlását TEÁOR-kód szerint és regionális bontásban vizsgáltuk.

³ A mutatóról és részletes kiszámítási módjáról lásd még Vitrai és szerzőtársai (2008) tanulmányát is.

Megállapítások és következtetések

1.1. Az egészségügyi fejlesztések áttekintése

Értékelési kérdés (1.1):

A TÁMOP, TIOP és ROP keretében történt egészségügyi fejlesztések bemutatása, összegzése

Az egészségügyi fejlesztések forrásai

A 2007-13-as fejlesztési periódusban Magyarország a rendelkezésére álló fejlesztési forrásokból jelentős összeget fordít egészségügyi fejlesztések végrehajtására. A közfinanszírozott szolgáltatók infrastrukturális beruházásainak finanszírozása a TIOP és a ROP-ok között oszlik meg (utóbbi esetben egyrészt „nevesített” egészségügyi fejlesztési konstrukciókkal, másrészt a közintézmények számára nyitva álló akadálymentesítési kiírásokkal). A közszolgáltatók további forráshoz juthattak a KEOP-ból is, amely energetikai fejlesztések számára biztosított forrást. A humán jellegű egészségügyi fejlesztések alapvetően a TÁMOP-ból történtek. A TÁMOP egészségügyi prioritásából nem csak egészségügyi intézmények jutottak forráshoz, hanem – az életmódprogramok keretében – más ágazatok közszolgáltatói (pl. iskolák), helyi és kistérségi önkormányzatok, valamint (munkahelyi egészségfejlesztési céllal) magánvállalkozások is. Néhány más OP-ból (KEOP, GOP, a ROP-ok gazdaságfejlesztési típusú konstrukciói) is történik egészségügyi szolgáltatók fejlesztéseinek támogatása, a magán-egészségügyi szolgáltatókat megcélózva.

A 0.3. sz. mellékletben bemutatott módszertan szerint legyűjtöttük az EMIR-ből az egészségügyi beruházásokat: ezek vagy egészségügyi fejlesztési célú prioritásból finanszírozódtak (függetlenül a recipiens személyétől), vagy pedig egészségügyi szolgáltató volt a támogatás címzettje (függetlenül attól, hogy köz- vagy magánfinanszírozott szolgáltatóról van szó). A leválogatás alapján készített prioritásonkénti összesítést a 2. táblázat, a részletes (konstrukció szintű) kimutatást az 1.1. számú melléklet mutatja be.

Az egészségügyi fejlesztésekre leszerződött összegek döntő része a TIOP, TÁMOP és ROP-ok egészségügyi prioritásaiból származik, így az egészségügyi fejlesztések ágazati tervezésének részét képezi. Ezen kívül lényegesen kisebb mértékben jutottak még források egészségügyi közszolgáltatóknak a ROP-ok akadálymentesítési és gyógyturisztikai pályázataiból, a KEOP energetikai korszerűsítési pályázataiból, továbbá az e-egészségügyi fejlesztések egy kis részére az EKOP-ból. A GOP-ból, a ROP-ok gazdaságfejlesztési típusú prioritásaiból, illetve a TÁMOP munkahelyi képzési támogatásából magán-egészségügyi szolgáltatók is részesülhettek (kb. 11,5 Mrd forint értékben, aminek kb. fele fogorvosi rendelők fejlesztésére irányult).

Az infrastrukturális fejlesztések tervezése és végrehajtása szempontjából érdekes kérdés a központi (TIOP) és a regionális (ROP) közötti „munkamegosztás”. Itt az volt az alapelv, hogy a helyi szükségletek által jobban befolyásolt fejlesztések kerüljenek a ROP-okba: így került ide – magától értetődő módon – az alapellátás, a meglévő járóbeteg-ellátók fejlesztése, illetve a rehabilitáció. Az új járóbeteg-ellátók kialakítása, illetve a (z aktív) kórházi fejlesztések a TIOP keretében valósultak meg.

A központi tervezésnek az egészségügyi ellátókapacitások esetében mindenképpen van szerepe. Ez a központi tervezés elsődlegesen a standardok és elvárások (teljesítménykritériumok) meghatározását jelenti; az ellátórendszer tényleges alakítása számos állami fenntartású és finanszírozású rendszerben a regionális szinthez van telepítve. Magyarországon az egészségügyi ellátókapacitások tervezésének módszertana nem kiforrott, és nem világos, hogy a rendszer melyik szereplője milyen feladatokkal, hatáskörrel rendelkezik. Az átalakított rendszerben sem lehet pontosan tudni, mi a szerepe a helyi, a TESZK (regionális), illetve az országos (GYEMSZI) szinteknek, illetve hogyan kapcsolódik ide az OEP mint az a szereplő, aki a finanszírozási szerződést megköti. A tervezés feljebb tolásának (és az egészségügyi ellátórendszer szervezők fölé helyezésének) illusztratív példája az, hogy a pályázati többletkapacitások befogadásáról kormányhatározat született (de 2006-ban a kórházi ágyszámokat is

a Parlament szavazta meg). Az ugyanakkor biztos, hogy ha valódi funkciókkal kezdenek működni a TESZK-ek, akkor valahogyan azt a szintet involválni kell a fejlesztéspolitikába.

2. táblázat: Az egészségügyi terület pályázatainak prioritásonkénti összefoglaló adatai

OP / Prioritás	Pályázat (db)	Megvalósult (db)	Arány (%)	Pályázott összeg (Ft)	Szerződött/megítelt összeg (Ft)
DAOP	125	78	62%	12 937 575 958	8 781 717 022
DAOP-1. Regionális gazdaságfejlesztés	3	1	33%	107 833 932	38 032 778
DAOP-4. Humáninfrastruktúra-fejlesztések	122	77	63%	12 829 742 026	8 743 684 244
DDOP	69	24	35%	12 669 966 536	8 334 384 142
DDOP-1. Városi térségek fejlesztésére alapozott	5	1	20%	108 428 635	16 967 202
DDOP-2. A turisztikai potenciál erősítése a régióban	3	1	33%	1 955 332 214	746 303 897
DDOP-3. Humán közszolgáltatások fejlesztése	61	22	36%	10 606 205 687	7 571 113 043
ÉAOP	223	102	46%	28 074 200 348	11 543 447 616
ÉAOP-1. Regionális gazdaságfejlesztés	3	1	33%	187 000 000	58 110 628
ÉAOP-2. Turizmusfejlesztés	4	2	50%	735 117 900	724 947 356
ÉAOP-4. Humán infrastruktúra fejlesztés	216	99	46%	27 152 082 448	10 760 389 632
EKOP	5	2	40%	3 019 400 000	1 844 249 848
EKOP-1. A közigazgatás és a közigazgatási	1		0%	1 124 400 000	
EKOP-2. A közigazgatási szolgáltatásokhoz történő	2	1	50%	95 000 000	71 250 000
EKOP-3. Kiemelt fejlesztések	2	1	50%	1 800 000 000	1 772 999 848
ÉMOP	304	164	54%	23 929 360 964	12 679 427 769
ÉMOP-1. Versenyképes helyi gazdaság	2		0%	53 955 187	
ÉMOP-4. Humán közösségi infrastruktúra fejlesztése	302	164	54%	23 875 405 777	12 679 427 769
GOP	1277	867	68%	12 686 680 666	6 849 730 282
GOP-1. K+F és innováció a versenyképességért	132	78	59%	4 055 899 996	1 590 489 635
GOP-2. A vállalkozások (kiemelten a kvk-k) komplex	1144	789	69%	8 573 385 995	5 259 240 647
GOP-3. A modern üzleti környezet elősegítése	1		0%	57 394 675	
KDOP	169	61	36%	11 194 760 255	6 137 451 356
KDOP-1. Regionális gazdaságfejlesztés	2		0%	150 000 000	
KDOP-2. Térségi infrastruktúra és települési környezet	2	1	50%	428 400 000	428 400 000
KDOP-5. A kohéziót segítő infrastrukturális	165	60	36%	10 616 360 255	5 709 051 356
KEOP	91	50	55%	13 288 667 566	6 174 587 053
KEOP-3. Természeti értékeink jó kezelése	1		0%	79 916 306	
KEOP-4. Megújuló energiaforrás-felhasználás	30	13	43%	2 649 781 340	967 098 321
KEOP-5. Hatékony energia-felhasználás	44	23	52%	9 728 749 039	4 736 756 561
KEOP-6. Fenntartható Életmód és Fogyasztás	3	2	67%	161 943 382	10 471 055
KEOP-7. Projekt Előkészítés Prioritás	13	12	92%	668 277 499	460 261 116
KMOP	461	298	65%	41 413 174 255	33 432 741 806
KMOP-1. A tudásalapú gazdaság innováció- és	396	263	66%	4 101 989 585	2 314 085 002
KMOP-3. A régió vonzerejének fejlesztése	6	4	67%	274 941 984	214 302 128
KMOP-4. A humán közszolgáltatások	59	31	53%	37 036 242 686	30 904 354 676
NYDOP	126	68	54%	10 250 186 981	6 131 574 372
NYDOP-1. Regionális gazdaságfejlesztés	4	3	75%	190 781 094	138 975 751
NYDOP-5. Helyi és térségi közszolgáltatások	122	65	53%	10 059 405 887	5 992 598 621
TÁMOP	5547	1162	21%	97 524 171 641	21 188 031 472
TÁMOP-2. Alkalmazkodóképesség javítása	100	29	29%	1 163 762 871	145 849 341
TÁMOP-3. Minőségi oktatás és hozzáférés biztosítása	2	1	50%	41 287 600	11 970 000
TÁMOP-5. Társadalmi befogadás, részvétel erősítése	23	6	26%	1 022 728 474	221 921 150
TÁMOP-6. Egészségmegőrzés és egészségügyi	5422	1126	21%	95 296 392 696	20 808 290 981
TIOP	212	119	56%	317 214 455 787	228 337 242 707
TIOP-1. Az oktatási infrastruktúra fejlesztése	1	1	100%	7 586 539	7 586 539
TIOP-2. Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése	200	118	59%	316 857 885 057	228 329 656 168
TIOP-3. A munka-erőpiaci részvételt és társadalmi	11		0%	348 984 191	
Összesen	8609	2995	35%	584 202 600 957	351 434 585 445

A források lekötése

A 3. számú táblázat mutatja be annak a lekérdezésnek az eredményét, amely a TIOP és TÁMOP egészségügyi prioritásai esetében mutatja a rendelkezésre álló keretet, a megkötött szerződések összegét, illetve a mostanáig megtörtént kifizetéseket. Megállapítható, hogy a források lekötése akadozik: a TÁMOP 6. prioritásában 41, a TIOP 2. prioritásában 72 százalékos. Utóbbi esetében különösen kritikus, hogy az e-egészségügyi fejlesztések esetében még kiírásra is csak alig került sor. A kifizetésben még nagyobbak az elmaradások: a keretösszegnek a TÁMOP-6. esetében 13, a TIOP-2. esetében 27 százaléka került kifizetésre 2013 elejéig. Még ha sikerül is 2013 végéig lekötni a maradék pénzeket, az implementációs nehézségek komoly kockázatot jelentenek a projektek 2015 végéig történő befejezését illetően.

3. táblázat: A TÁMOP és TIOP egészségügyi prioritások lekötöttsége

2013. jan. 10.	Indikatív forrásallokáció (IH köt.váll. akciótervből)	1. Beérkezett pályázatok	2. Igényelt támogatás	5. Hatályos szerződések	6. Hatályos szerződések összege	%	8. Kifizetett összeg	%
TÁMOP	1 146 809 557 089 Ft	28 975 db	1 649 577 875 804 Ft	8 552 db	772 174 236 117 Ft	67%	444 795 948 228 Ft	39%
TÁMOP-6.	71 142 237 865 Ft	5 446 db	96 537 375 302 Ft	1 190 db	29 087 300 767 Ft	41%	9 357 848 606 Ft	13%
TÁMOP-6.1.		4 873 db	69 188 729 842 Ft	942 db	13 779 636 593 Ft		4 847 043 409 Ft	
TÁMOP-6.2.		573 db	27 348 645 460 Ft	248 db	15 307 664 174 Ft		4 510 805 197 Ft	
TIOP	572 052 791 908 Ft	3 448 db	648 868 978 744 Ft	1 891 db	410 339 443 184 Ft	72%	224 777 274 098 Ft	39%
TIOP-2.	316 063 791 908 Ft	200 db	316 857 885 057 Ft	118 db	228 329 656 168 Ft	72%	86 779 380 931 Ft	27%
TIOP-2.1.		44 db	40 312 025 083 Ft	32 db	28 061 985 128 Ft		26 946 781 338 Ft	
TIOP-2.2.		150 db	262 564 110 984 Ft	85 db	196 785 036 392 Ft		59 444 054 408 Ft	
TIOP-2.3.		6 db	13 981 748 990 Ft	1 db	3 482 634 648 Ft		388 545 185 Ft	

Forrás: EMIR publikus jelentéskészítő (2013. jan. 10-i lekérdezés); TIOP és TÁMOP 2011-13 akciótervek, technikai keret nagysága a TIOP és TÁMOP végrehajtási jelentésekből

A források célzása progresszivitási szintek szerint

A fejlesztési forrásokat és az Egészségügyi Alap folyó finanszírozását először progresszivitási szint szerinti célzás alapján hasonlíthatjuk össze. A 4. táblázat mutatja, hogy – hasonlóan a folyó finanszírozáshoz – a 2008-2012. közötti időszak fejlesztési forrásainak mintegy 60%-a a fekvőbeteg-ellátáshoz került. A járóbeteg-ellátás a folyó finanszírozásban megfigyelhetőnél nagyobb arányban (majdnem 30%-ban) részesedett a fejlesztési forrásokból, viszont az alapellátás a folyó finanszírozásban betöltött szerepéhez képest sokkal kisebb, 5%-os arányban. Ennek persze egyik oka a háziorvosi ellátás relatíve nagy élőlomunka- és kis infrastrukturális ráfordítás igénye. Az egészségügyi ellátás egyes szintjeinek eltérő beruházási és bérhányadát mutatja be az 1.3. és az 1.4. számú melléklet.

Az egészségfejlesztést szolgáló programok az összes fejlesztési forrás 3-4%-át tették ki az időszak folyamán. Ez mindenképpen nagyobb az egészségfejlesztésnek a folyó finanszírozásban betöltött szerepénél, bár nyilván ez utóbbit nehezebb mérni. (Mint korábban említettük, a táblázat adatainak számítása során az ÁNTSZ három, egészségfejlesztési célú intézményének összesített költségvetését vettük alapul.)

4. táblázat: A fejlesztések és a folyó finanszírozás megoszlása progresszivitási szintek szerint

	E Alap folyó finanszírozás (2011)		Fejlesztés (2008-2012)	
	Összeg (Mrd Ft)	Arány (%)	Összeg (Mrd Ft)	Arány (%)
Alap	129,1	17,1%	15,0	4,5%
Járó	143,2	19,0%	93,5	27,5%
Fekvő	446,3	59,3%	199,9	59,1%
Mentés	25,3	3,4%	15,3	4,5%
Vérellátás	8,2	1,1%	3,2	1,0%
Egészségfejlesztés	0,5	0,1%	11,4	3,4%
Összesen	752,7	100,0%	336,3	100,0%

Forrás: saját számítás OEP-, EMIR-, zárszámadási és intézményi beszámolás adatok alapján

A gazdaságfejlesztési típusú, egészségügyi szolgáltatók fejlesztésére fordított források

A folyamatban lévő, illetve megvalósult, egészségügyi szolgáltató felé irányuló gazdaságfejlesztési projektek száma eléri a 1.171-et, a pályázók számára megítélt támogatási összeg pedig 11.585.504.118 forintot tesz ki. (A részletes adatokat lásd az 1.5. számú mellékletben.)

87 esetben (a pályázatok számának 7,43%-a, de a támogatási összeg mindössze 2,27%-a) nem lehetett pontosan következtetni TEOÁR kód alapján a pályázó tevékenységének jellegére. Az azonosítható projektek között a fogorvosi járóbeteg-ellátás képvisel döntő többséget mind a pályázatok számát (48,76%), mind a támogatási összeget tekintve (4 554 098 eFt, az egész támogatási összeg 39,31%-a), megelőzve az egyéb humán-egészségügyi ellátással kapcsolatos – a pályázatok 19,30%-át és támogatási összeg 23,49%-át kitevő – 226 darab projektet, valamint az egymáshoz képest nagyságrendileg hasonló pályázati darabszámmal és támogatással rendelkező általános és szakorvosi járóbeteg-ellátás támogatottjait. A fekvőbeteg-ellátáshoz köthető pályázók alacsony száma ellenére (21 db kedvezményezett) a megítélt támogatások 9,39%-a (1.088.055 eFt) felett rendelkezhetnek, míg az orvosi eszköz gyártásával foglalkozó projektek elenyésző súlyt képviselnek. (Utóbbi két kategória esetében azonban gyanítható, hogy az EMIR-adatbázisban szereplő TEÁOR-kódok több esetben tévesek.)

A pályázatok számának és megoszlásának a régiók lakosságszámával és megoszlásával történő összevetésekor a nyugat-dunántúli régióban feltűnő aránytalanság tapasztalható. Az adott régióból érkezett pályázatok arányaiban többszörösen felülmúlják a régióknak az ország népességében jelentett súlyát. Korántsem akkora mértékben, de a dél-dunántúli pályázók is nagyobb arányban vannak képviselve, míg a régiók közül Közép-Magyarországon marad el leginkább a pályázók száma a népesség számához viszonyítva. A népesség megoszlásához képest a nyugat- és a dél-dunántúli régiók a megítélt pályázati összeg tekintetében is nagyobb súlyt képviselnek, noha ez az egyenlőtlenség Nyugat-Dunántúl esetében már kisebb mértékű. Közép-Magyarország népességi súlyánál jelentősen kisebb mértékben részesül a támogatásokból, de kisebb a dél-alföldi és az észak-magyarországi régiók részesülése is a lakosság számukhoz képest.

1.2. A TÁMOP-konstrukciók kapcsolódása más fejlesztésekhez

Értékelési kérdés (1.2):

A TÁMOP konstrukciók mennyiben kapcsolódnak az infrastrukturális fejlesztésekhez?

A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatókat az EMIR adatbázis alapján vizsgálva az jelenthető ki, hogy a források elosztása kapcsán az volt a jellemző, hogy egy szolgáltató egy operatív programból jutott forráshoz: a 636 támogatottból 577-re ez volt a jellemző. 2 OP-ből kapott forrást 44 egészségügyi szolgáltató, 3-ból 12, és 4-ből 3. A TIOP-ból vagy ROP-ból fejlesztési forráshoz jutó szolgáltatóknak 7,1%-a jutott forráshoz TÁMOP-ból is.

Ha a vizsgálatot megismételjük csak a járó- és fekvőbeteg-ellátó intézményekre (azaz többieket, döntően a háziorvosi szolgálatokat kihagyjuk a számításból), akkor is jellemző marad az, hogy valaki csak egy OP-ből kapott támogatást: 199-ből 52 esetben fordult elő, hogy 2 vagy annál több OP-ből támogattak egy szolgáltatót. TIOP-ból vagy ROP-ból 127 járó- vagy fekvőbeteg-ellátó intézmény jutott forráshoz, és közülük 34-en (27 százaléknyan) kaptak TÁMOP-pénzt is.

Az egészségügyi ellátók működésének és a népegészségügyi fejlesztéseknek az összekapcsolására irányul a nemrég kiírt TÁMOP-6.1.2/11/3 konstrukció, amelynek keretében térségi egészségfejlesztési irodákat kell létrehozni. Itt a kistérségben található járó- és fekvőbeteg-ellátók bevonása kötelező. (A kistérségi esettanulmányok során több olyan példával találkoztunk, ahol a létrehozott vagy felújított járóbeteg-ellátó „vezetésével” készült a pályázat.) Az egészségfejlesztésről bővebben az életmódprogramok értékelésének keretében külön fejezetben írunk.

1.3. A humán erőforrások helyzete az egészségügyben

Értékelési kérdés (1.3):

Az egészségügyben jelentkező humán erőforrás-problémák milyen hatással vannak a fejlesztésekre, illetve a fejlesztések hatására változott-e az adott szakterületek humán erőforrás-ellátottsága?

Az egészségügy rossz humán erőforrás-helyzete (orvosok és szakdolgozók elvándorlása, az ellátószemélyzet elöregedése, hiányszakmák kialakulása, képzési-utánpótlási problémák) az utóbbi évek visszatérő egészségpolitikai témája. A TÁMOP keretében két konstrukciócsoport irányult az ágazati humán erőforrás-problémák kezelésére: a TÁMOP-6.2.2. konstrukciók keretében képzésre, a TÁMOP-6.2.4. konstrukciók keretében elsősorban hiányszakmákban történő foglalkoztatás támogatása, képzésre, mobil teamek kialakítására pályázhattak a közfinanszírozásban részt vevő egészségügyi szolgáltatók. Az EMIR-ből készített 2012. október 1-i kimutatás szerint összességben 173 megvalósított vagy aktív pályázat volt, kb. 8,5 Mrd Ft összértékben. A pályázatok nagy része (122 darab, majdnem 7 Mrd forint) kórházakhoz tartozik.

A foglalkoztatás és képzés támogatására fordított összegek ugyan jelentősnek tekinthetők a rendelkezésre álló TÁMOP-os fejlesztési forrásokon belül, ám az ágazat egészének bértömegéhez képest eltörpülnek. Miközben egy-egy helyszínen ilyen beavatkozás egy-egy lokális problémát meg tud oldani (vagy mérsékelni), az ágazat egészére jellemző humán erőforrás-problémát (képzés, munkaerő-elvándorlás) fejlesztéspolitikai eszközökkel nem lehet kezelni. Az EKH rendszeresen közöl adatokat az orvosok külföldi munkavállalásához szükséges igazolások kiadásáról, és ezen adatok szerint az elvándorlás nem csökken. A vándorlás az országon belül is problémát okoz, erősítve a területi különbségeket. Az egyik megkérdezett szakértő úgy jellemezte a helyzetet, hogy „Budapesten mindig lesz orvos, ide vándorolnak vidékről, nagyjából még a megyei kórházak is ellesznek, de azon kívül kikopnak az orvosok.”

A kistérségi esettanulmányokból kiderült, hogy (ahogyan azt a szakértők egy része korábban jelezte) a humán erőforrás-rekrutáció jelentős terhet rótt az intézményvezetőkre. Van olyan zöldmezős intézmény, amelynek engedélyezési eljárása még nem zárult le a szakorvoshiány miatt. Az egyes szakorvosi kapacitások betöltése mellett bizonyos képzettséget igénylő szakdolgozói helyek betöltése is problémát jelentett (pl. gyógytornász, szakasszisztens, megfelelő gyakorlattal rendelkező ápoló az otthoni szakápolási vizitek lebonyolításához), többek között azért, mert a kapcsolódó, képzésre fordítható TÁMOP pályázatokat az előzetes várakozásokkal szemben végül nem írták ki.

A szakorvosok és a szakasszisztensek jellemzően a legközelebbi megyeszékhelyi kórházakból, klinikákról érkeznek a kistérségi rendelőkbe, az asszisztensek és a kiszolgáló személyzet inkább a helyiek közül kerül ki. Az orvosokkal jellemzően egyedi, az átlagosnál magasabb díjazást tartalmazó közreműködői szerződéseket kötöttek. Az intézmények elsősorban a teljesítményösztönző megállapodásokat preferálják. Az asszisztensek és egyéb dolgozók ezzel szemben jellemzően munkaviszonyban, az ágazatra jellemző bérezéssel dolgoznak. A vizsgált szakrendelők egyike azt a stratégiát követte, hogy a helyi munkaügyi központtal együttműködve szervezett OKJ-s ápolói képzést munkanélkülieknek, és az intézmény ápolói állásait az így kiképzett (helyi) munkaerővel töltötte fel.

Bár akadnak problémák (mint az a fentiekből is látszik), kijelenthető, hogy a munkaerőhiány mindazonáltal nem lehetetlenítette el az új kapacitások beindítását.

De a nagyobb kórházak is már évek óta szembesülnek azzal, hogy a patológusoknak, altatóorvosoknak többet kell fizetni. A munkaerő-piaci erők tagadhatatlanul működnek; ez az ágazati humán erőforrás-tervezést jelentősen nehezíti. Az orvos- és szakdolgozó-képzés finanszírozása, illetve később az állami intézményrendszerben való foglalkoztatás miatt a munkaerő-piaci tervezést e foglalkoztatási szegmensben ugyanakkor biztosan nem lehet a piaci erőkre bízni. A munkakörök,

kompetencialisták, szakmai minimumfeltételek alakításával az állam maga is hatással van a munkaerő-piaci igényekre. Az ágazati tervezés támogatását szolgálja a 0,5 Mrd forintos keretösszegű támogatással készülő humánerőforrás-monitoring rendszer.

A humánerőforrás-probléma megoldása komplex beavatkozást igényel, melyet fejlesztéspolitikai eszközökkel csak részben lehetséges támogatni. A komplex megoldásnak része az egyetemi és fokozatot nem adó képzési rendszer átalakításával az utánpótlás biztosítása, a teljesítményhez kötött bérrendezés (melynek része lehet a paraszolvencia „hivatalos” csatornába való terelése is), az ellátó infrastruktúra további konszolidálásával a speciális szakértelem koncentrációja, továbbá az orvosi és szakdolgozói, valamint a progresszivitás mentén az egyes ellátói szintek kompetenciáinak racionalizálása. Több szakértői vélemény szerint is az orvosok száma voltaképpen elég lenne Magyarországon a biztonságos ellátáshoz, ha csak a valóban orvosi kompetenciát igénylő feladatokat kellene végezniük.

1.4. A területi célzottság vizsgálata

Értékelési kérdés (1.4):

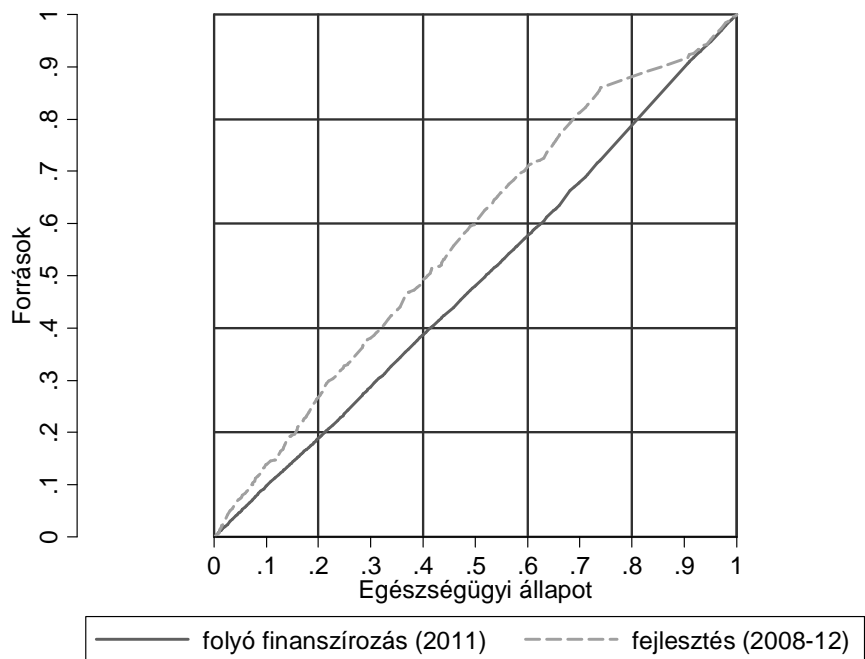
Területi dimenzió vizsgálata: A regionális jelleg mennyire érvényesül az egészségügyet érintő fejlesztésekben? A fejlesztések területi eloszlása megfelelő-e?

A fejlesztések területi célzását leíró statisztikai mutatószámok, ún. (általánosított) Lorenz-görbe, illetve regresszió modellek segítségével vizsgálhatjuk. Mindegyik módszerrel azt elemezzük, hogy a különböző progresszivitási szintű fejlesztések az egyenletesen várhatóhoz képest inkább a rosszabb vagy a jobb szükségletekkel (például elkerülhető halálozással) jellemezhető kistérségek lakóihoz kerültek-e – illetve milyen mértékű az arányos elosztástól való eltérés. A fejlesztések célzását érdemes az egészségügyi folyó finanszírozási kiadások célzásához – mint benchmarkhoz – is viszonyítani.

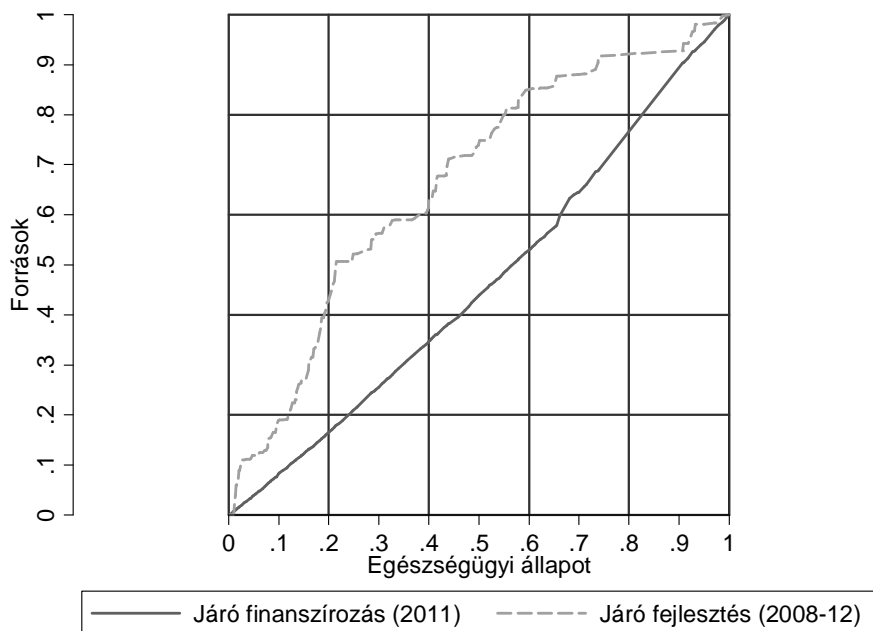
Leíró elemzés

A 2. ábra mutatja az összes fejlesztés illetve az összes folyó egészségügyi kiadás célzásának általánosított Lorenz-görbéjét a kistérségek elkerülhető halálozása szerint. Azaz sorbaállítjuk a kistérségeket a szükségletek alapján (alul vannak a legrosszabb, felül pedig a legjobb mutatójú kistérségek), és a vízszintes tengelyen ezek kumulált lakosságszámát, a függőleges tengelyen pedig az ezekbe jutó kumulált fejlesztési összeget, illetve folyó egészségügyi kiadást ábrázoljuk. Láthatjuk, hogy a fejlesztési összegek jól célzottak abban az értelemben, hogy az átlagnál nagyobb arányban kerültek a rosszabb egészségügyi mutatókkal (elkerülhető halálozással) rendelkező kistérségek lakóihoz. Különösen szembetűnő az egészségügyi folyó finanszírozással való összehasonlítás, ahol éppen ellenkező a helyzet: a jobb egészségi állapotú kistérségek lakói az átlaghoz képest nagyobb összeggel részesedtek az allokációból. Érdekes Budapest példája: az elkerülhető halálozás tekintetében nagyjából a legjobb ötödhez tartozó főváros lakossága a létszamarányosnál (16,7%) kissé nagyobb mértékben (18,6%) részesült a folyó forrásokból, míg az összes fejlesztési forrásból csak 6%-ot kapott. Ennek oka elsősorban az, hogy a fővárosi kórházak az összes fekvőbeteg-ellátási forrásból a regionális fejlesztési politika célkitűzései miatt csak kevesebbet nyertek.

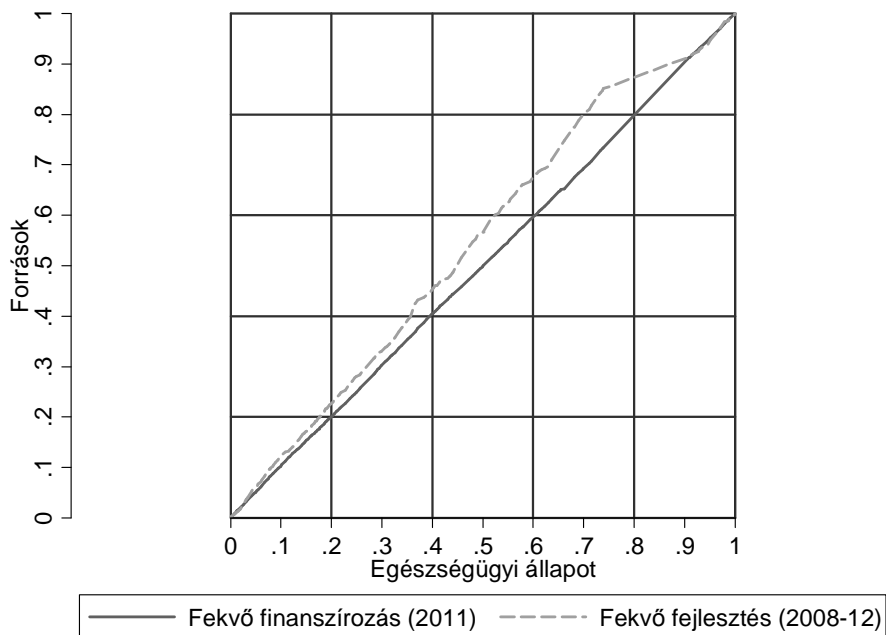
A következő ábrák (ld. 3-5. ábrák) hasonló Lorenz-görbéket mutatnak a fekvő-, járó- és alapellátásra vonatkozóan. Egyértelmű, hogy a leginkább jól célzott az alapellátás fejlesztése volt, de a járóbeteg-ellátás sem sokkal marad le ettől. Bár kevésbé, de a fekvőbeteg-ellátási fejlesztések esetében is igaz marad az, hogy a rosszabb elkerülhető halálozási mutatókkal rendelkező kistérségek lakossága az átlagnál erősebben profitált a fejlesztésekből – ha figyelembe vesszük azt, hogy a fejlesztett nagy kórházak is jelentős arányban látnak el rossz helyzetű kistérségekből származó betegeket.



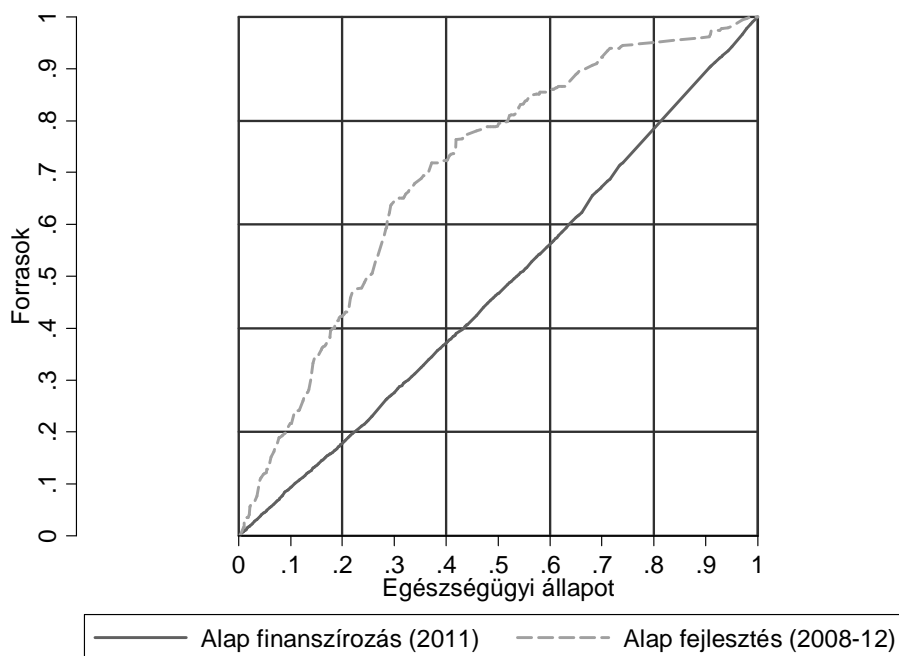
2. ábra: A fejlesztési és folyó finanszírozási források célzása a kistérségi elkerülhető halálozás szerint



3. ábra: A járóbeteg-ellátási fejlesztések és folyó finanszírozási források célzása a kistérségi elkerülhető halálozás szerint



4. ábra: A fekvőbeteg-ellátási fejlesztések és folyó finanszírozási források célzása a kistérségi elkerülhető halálozás szerint



5. ábra: Az alapellátási fejlesztések és folyó finanszírozási források célzása a kistérségi elkerülhető halálozás szerint

Az 5. táblázat két, a forráselosztási egyenlőtlenségeket jellemző indikátort tartalmaz. Látható, hogy az ország lakosságának (elkerülhető halálozás szempontjából) rosszabb helyzetben levő fele az összes fejlesztési forrás 60%-át, míg az alapellátási és járóbeteg-ellátási fejlesztések 75-80%-át kapta. A folyó finanszírozási kiadásokból ugyanakkor átlagosan csak 48%-ban részesült. A kistérségek lakosságszám alapján számított legjobb és a legrosszabb helyzetben levő tizede (decilis) által kapott fejlesztési forrásösszeg aránya 0,62, míg a folyó finanszírozási források aránya nem különbözik jelentősen egytől. Mindez a fejlesztések területi célzásának megfelelőségét mutatja.

5. táblázat: A fejlesztések és a folyó finanszírozás célzása a kistérségi elkerülhető halálozás szerint, kvantitatív mutatók

	Összes forrás	Fekvőbeteg	Járóbeteg	Alapellátás
Egészségügyi állapot szerint az alsó 50% az összes forrás hány százalékából részesül?				
Fejlesztési források	60,1	56,5	74,4	79,2
Folyó finanszírozási források	48,1	49,9	43,9	46,7
Egészségügyi állapot szerint a legjobb és a legrosszabb helyzetű decilis forrásának aránya				
Fejlesztési források	0,62	0,73	0,38	0,18
Folyó finanszírozási források	1,04	0,94	1,29	1,14

Saját számítás részletes OEP és EMIR adatok alapján

Alternatív mérőszámként a 6. táblázat mutatja be a célzatos vizsgálat eredményét akkor, ha a szükségleteket a kistérségi komplex mutatóval definiáljuk. Mivel az NFÜ programokban szereplő leghátrányosabb helyzetű (LHH) kistérségek körét ez alapján a mutató alapján határozzák meg, külön sorban tüntetjük fel azt, hogy a források hány százaléka jutott az így definiált LHH kistérségeknek (amelyek körülbelül az ország lakosságának 10 százalékát fedik le).⁴ Az eredmények hasonlóak az egészségügyi szükségletek szerinti vizsgálathoz.⁵ A fejletlenebb 50%-ba tartozó lakosság az összes fejlesztési forrás több mint 60%-át kapta, de például az alapellátási fejlesztésekből több mint 80%-ban részesült. Még érdekesebbek azok az eredmények, amelyek az LHH kistérségek (lényegében az alsó decilis) forráshoz jutását mutatják. Látható, hogy míg a folyó finanszírozási forrásokból a lakosságarányosnál kevésbé részesednek az LHH kistérségek, addig a fejlesztési forrásokból a vizsgált időszakban 16% jutott lakosságuknak. Ez az arány körülbelül 30% a járóbeteg-fejlesztések és az alapellátás esetében, viszont alig tér el az egyenletestől a fekvőbeteg-fejlesztéseknél. Ha a legfelső és a legalsó decilis lakossága által kapott források arányát tekintjük, akkor azt tapasztaljuk, hogy ezen mutató szerint a célzás jobb volt, mint az elkerülhető halálozás szerint. Ez nem meglepő, lévén a komplex fejlettségi mutató és az LHH besorolás alapvető mérőszámok a fejlesztéspolitikai döntéshozatalban. Az 1.6 sz. melléklet tartalmazza a komplex fejlettségi mutató szerinti Lorenz-görbét.

6. táblázat: A fejlesztések és a folyó finanszírozás célzása a kistérségi komplex fejlettségi mutató szerint: kvantitatív mérőszámok

	Összes forrás	Fekvőbeteg	Járóbeteg	Alapellátás
Komplex fejlettségi mutató szerint az alsó 50% az összes forrás hány százalékából részesül?				
Fejlesztési források	61,9	58,6	75,4	83,6
Folyó finanszírozási források	48,0	49,6	45,0	46,3
Komplex fejlettségi mutató szerint a legjobb és a legrosszabb helyzetű decilis forrásainak aránya				
Fejlesztési források	0,22	0,30	0,06	0,03
Folyó finanszírozási források	1,08	0,96	1,48	1,12
Az LHH-kistérségek részesedése a forrásokból (%)				
Fejlesztési források	15,5	11,8	28,3	30,5
Folyó finanszírozási források	9,3	9,9	7,8	8,9

Saját számítás részletes OEP és EMIR adatok alapján

⁴ LHH kistérség alatt itt az NFÜ LHH programja által támogatott 33 kistérséget értjük, nem pedig a kicsit tágabb, 47 kistérséget tartalmazó besorolást.

⁵ A két mutató közötti korreláció kistérségi szinten 0,64, tehát a fejlettség részben más dimenzióit méri.

Mindebből nem következik az, hogy a fejlesztési források célzásán ne lenne javítási lehetőség, azaz hogy minden rosszabb helyzetű kistérségbe „eljutott” az a forrásmennyiség, ami összességében a lehető leghatékonyabb módon vezet a lehető legnagyobb egészségi állapot-javuláshoz. Az azonban következik, hogy a fejlesztések nem növelték tovább az egészség-egyenlőtlenségeket, sőt mivel az egészségügyi beruházásokról feltételezhető, hogy valamilyen mértékben hozzájárulnak az egészségi állapot javulásához, ezért kijelenthető, hogy a megvalósult, megvalósuló fejlesztések nagy valószínűséggel képesek hozzájárulni az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez. Az, hogy mi fog történni az egészség-egyenlőtlenségekkel, természetesen nem csak az így kiépített, felújított infrastruktúrán múlik. Az ellátórendszeren belül a humán erőforrás-helyzet alakulása és annak területi egyenlőtlenségei jelentősen befolyásolhatják a jövőbeli eredményeket, csakúgy, mint az ellátórendszeren kívüli tényezők, pl. az egészségmagatartás vagy a helyi társadalmi, gazdasági helyzet alakulása.

Regressziós elemzés

A fenti statisztikai mutatószámok és Lorenz-görbék a célzottság leíró statisztikai elemzését adják. Ezenkívül regressziós modellekkel is megvizsgáltuk, hogy a kistérségi szintű szükségletek (életkorra standardizált elkerülhető halálozásban illetve a komplex fejlettségi mutatóban mérve) mennyiben befolyásolták az adott kistérségnek jutó folyó finanszírozási és fejlesztési forrásokat. A 7. táblázatban található becslések során mindig kontrolláltunk a kistérség lakosságának koreloszlására, hiszen az alapvetően befolyásolja az igénybevételt.

A táblázat felső részében található eredmények megerősítik a fenti leíró kapcsolatokat: a kistérségek elkerülhető halálozása pozitív, a komplex mutató erős negatív kapcsolatban van az egy lakosra jutó fejlesztési forrásokkal, ugyanakkor a folyó finanszírozási forrásokkal való kapcsolat – a kistérség koreloszlására való kontrollálás után – az összes forrás esetén nem szignifikáns, a források progresszivitási szint szerinti vizsgálata során pedig vegyes előjelű.

A források allokációjának mechanizmusába mélyebb betekintést nyújt a táblázat alsó része, amely az elkerülhető halálozást és a komplex mutatót együtt tartalmazó regressziók eredményeit mutatja. Látható, hogy a komplex mutató egy százalékkal nagyobb értéke az egy főre jutó fejlesztési forrásokat kb. 1,5%-kal – az alapellátás és a járóbeteg-ellátás esetén pedig 2,5-3%-kal – csökkentette, és ennek a hatásnak a kiszűrése után az elkerülhető halálozás együtthatója már nem szignifikáns. Az tehát, hogy a fejlesztések jól céloznak a kistérségi egészségügyi szükségletek szerint, annak a következménye, hogy a kistérségek elkerülhető halálozása szoros kapcsolatban van általános fejlettségükkel, és a szakpolitikai döntéshozatal ez utóbbit a források allokációnál erőteljesen figyelembe vette.

A teljes folyó OEP-finanszírozás egy főre jutó értékét – a koreloszlásra való kontrollálás után – az elkerülhető halálozás enyhén negatívan befolyásolta, viszont a komplex mutató nem volt rá szignifikáns hatással. Ez összhangban áll azzal, hogy az általánosított Lorenz-görbék tapasztalatai szerint a finanszírozás enyhén a jobb egészségi állapotú kistérségekbe irányult.

7. táblázat: A fejlesztések és a folyó finanszírozás célzása (regressziós modellek)

	Összes forrás	Fekvőbeteg	Járóbeteg	Alapellátás
Log (elkerülhető halálozás) együtthatója a csak ezt és a koreloszlást tartalmazó modellben				
Függő változó: log (fejlesztés / lakos)	0,929*** (0,305)	0,564** (0,282)	1,518 (1,014)	2,744*** (0,673)
Függő változó: log (folyó / lakos)	-0,0384 (0,0441)	0,154** (0,0678)	- 0,391*** (0,0910)	-0,179** (0,0758)
Log (komplex mutató) együtthatója a csak ezt és a koreloszlást tartalmazó modellben				
Függő változó: log (fejlesztés / lakos)	-1,340*** (0,188)	-0,874*** (0,171)	- 2,408*** (0,627)	-2,949*** (0,519)
Függő változó: log (folyó / lakos)	-0,0154 (0,0295)	-0,110*** (0,0290)	0,179*** (0,0557)	0,119** (0,0516)
Elkerülhető halálozást és komplex mutatót is tartalmazó modellek				
<i>Függő változó: log (fejlesztés / lakos)</i>				
Log (elkerülhető halálozás) együtthatója	-0,468 (0,291)	-0,375 (0,306)	-1,092 (1,257)	0,875 (0,685)
Log (komplex mutató) együtthatója	-1,545*** (0,235)	-1,038*** (0,221)	- 2,886*** (0,797)	-2,630*** (0,577)
<i>Függő változó: log (folyó / lakos)</i>				
Log (elkerülhető halálozás) együtthatója	-0,0866* (0,0523)	0,0900 (0,112)	- 0,379*** (0,133)	-0,118 (0,0915)
Log (komplex mutató) együtthatója	-0,0533 (0,0331)	-0,0709 (0,0627)	0,0131 (0,0802)	0,0671 (0,0617)

Saját számítás részletes OEP és EMIR adatok alapján

Megjegyzés: minden modellben kontrolláltunk a kistérség koreloszlására (0-17, 18-59 és 60+ korcsoportok aránya). Zárójelben a heteroszkedaszticitásra robusztus standard hibák.

1.5. A projekt- és programfinanszírozás

Értékelési kérdés (1.5):

A projekt- és programfinanszírozás lehetőségei (az állami ellátórendszerek egyenszilárd fejlesztését a pályázati rendszer mennyire optimálisan képes kiszolgálni?)

Számos bíráló érte azt a gyakorlatot, hogy a közszolgáltatók pályázati úton juthattak fejlesztési forráshoz, miközben a szükségletet és ez alapján a tervezett beruházásokat alapvetően az ágazati központi tervezés azonosította. Az egészségügyi rendszerek kapacitástervezésében (különösen a jelentős mennyiségű lekötött tőkét és magas fix működési költségeket generáló kórházi szektort illetően) nemzetközileg elfogadott a központi vagy regionális (de a helyinél mindenképpen magasabb szintű) tervezés létjogosultsága. A központi projektek esetében még furcsább a pályázati rendszer, amikor kifejezetten egy adott szervezet részére írják ki a pályázatot (de ez nem egészségügyi sajátosság, EKOP és ÁROP projektek esetében nagy számban fordulnak elő hasonló esetek).

A pályázati kötöttségek betartása adminisztratív feladatok nagy tömegének az elvégzését teszi szükségessé. Az adminisztratív terhek növekedése mellett a pályázati rendszer ugyanakkor azzal az előnnyel is járt, hogy a fejlesztési elképzeléseket valamilyen szinten kénytelenek voltak előzetesen

átgondolni a szolgáltatók. Persze sok esetben, ha a pályázatigazából „kijelölés” alapon ment, és nem nyert valamelyik kiszemelt pályázó, akkor megismételt pályázatot írtak ki. A második kiírásban azonban a feltételeket többször némileg eltérő módon alakították ki, ezért – az első pályázat hibáit kijavítva sem – nyújthatták be ugyanazt a pályázatot még egyszer, további adminisztratív költségeket gerjesztve. Időnként az is problémát jelentett a ROP-os pályázatoknál, hogy az egyes ROP-ok eltérő feltételeket vagy adatszükségletet fogalmaztak meg lényegében ugyanolyan kiírásokra, többlet adminisztratív költséget gerjesztve ezzel a pályázóknál és pályázatiíróknál, de a fejlesztési intézményrendszer oldalán is. A pályázati rendszer alkalmazásával egyben a nagyprojektté nyilvánítást is elkerülte az ágazat.

A fejlesztések tartalmának kialakítása során problémát jelentett ugyanakkor, hogy a szükséglettervezésnek nincsen általánosan használt és elfogadott módszertana Magyarországon, így – a járóbeteg-ellátási pályázatok dokumentumainak tanulmányozása alapján levont következtetésünk szerint – az egyes pályázatok nagymértékben eltérő képet mutattak, és eltérő minőségben teljesítették ezt a feltételt.

A végrehajtás során is jellemzően jelentős adminisztratív terhek jelentkeznek, a megfelelő pénzügyi elszámoláshoz mindent részletesen dokumentálni kell. Az egyik kedvezményezett a vele készített interjúban egyébként nagyon megértő volt a fejlesztési rendszer bürokratikuságával kapcsolatban, és csak annyit mondott: „magyarok vagyunk, kell az ellenőrzés.” Bár ilyen irányú vizsgálatokat ezen értékelés keretében nem végeztünk (kifejezetten hangsúlyoztuk, hogy az értékelés nem jogszerségi vagy megfelelőségi típusú, hanem „policy evaluation” jellegű), más források és elbeszélések azonban rámutatnak, hogy korántsem biztos az, hogy a visszaéléseket és célszerűtlen erőforrás-felhasználásokat ezzel sikerül lényegesen visszaszorítani.

1.6. A stratégiai környezet változása

Értékelési kérdés (1.6):
A megváltozott stratégiai környezet milyen hatással van a projektek végrehajtására, fenntarthatóságára?

Az értékelési kérdések kontextusát ismertető, „Értékelési területek, kérdések és módszerek” c. fejezetben már bemutattuk az egészségügyi ágazati tervezés időben változó keretdokumentumait. A stratégiai keretrendszer változásával kapcsolatos hatásokat több szakértői interjú keretében is igyekeztünk érinteni. Összességében kijelenthető, hogy az operatív programok célkitűzései alapján elkezdett projektek végrehajtását és fenntartását nem „veszélyeztette” az ágazati stratégiában 2010-ben bekövetkezett változás. Ami az ellátórendszerbeli kapacitások fejlesztésének a fő irányait illeti, nem történt jelentős módosítás: részben más ösztönző eszközökkel vagy más sémák mentén ugyan, de továbbra is az ellátások alacsonyabb progresszivitási szintek felé való terelése az egyik fő célja az infrastruktúrafejlesztéseknek. Az elmaradottság okán a fejlesztési ciklus elején és végén is ugyanúgy cél volt az infrastruktúra állapotának általános javítása, ami a kórházi beruházásokra mindkét időszakban ugyanúgy vonatkozott. Az egészségügyi informatikai fejlesztések fontosságát a korábbi és a mostani ágazati fejlesztési tervek is felismerik, elismerik, azonban sajnos az is jellemző volt mindkét periódusra, hogy a fejlesztések előkészítése körüli szakmai-koncepcionális viták jelentős késlekedéshez vezettek-vezetnek.

A stratégiai környezet megváltozása kapcsán szót kell ejteni a gazdasági válság hatásáról is: az egészségügyi ellátórendszer számára kézzel fogható, hogy kevesebb forrásból kell gazdálkodnia (egyes részterületeken akár még nominális értékben is csökkennek a források, nem csak reálértéken számítva), ami a fenntarthatóság követelményét előtérbe helyezi: egyre kevésbé opció az olyan kapacitásbővítés, ami az egészségügyben korábban megszokott kiadásnövekedésre és az ezzel járó növekvő folyó finanszírozásra épít. Az EU-s stratégiai környezet is változik: az európai fejlesztési elképzelések túllépnek a kórházcentrikus modellen, és a közösséghez közeli integrált (szociális és

egészségügyi) ellátási formákat, a népegészségügyi beavatkozásokat, az átláthatóságot növelő és a hatékonyságot javító e-egészségügyi megoldások kialakítását támogatják.

A kórházi és szakrendelői kapacitások átalakítására, felújítására fordított jelentős források után is maradhettek persze még olyan területek, ahol akár infrastrukturális beruházások is szükségesek lehetnek – de ennek az elfogadtatása megalapozott stratégia meglétét és az ellátórendszer állapotának, a kielégítendő szükségleteknek a pontos leírását és ezáltal a beavatkozás szükségességének a demonstrálását igényli. Ez erősíti az igényt a szükséglettervezés és az ágazati teljesítménymérő és monitoring rendszerek iránt.

Az esetleges kórházi fejlesztési igények mellett világosan kell tudni demonstrálni azokat a mechanizmusokat is, amelyek az ellátórendszer egészében szolgálják a hatékonyság javítását (így pl. a kórházi struktúraátalakítás folytatása, továbbá a járóbeteg-ellátók, egynapos ellátások, háziorvosi ellátás, otthonápolás ösztönzése az ott is ellátható betegek befogadására, és a magasabb progresszivitási szintek ellenérdekeltté tétele a betegek ott „marasztalására”). Ilyen mechanizmusok és ezekhez a mechanizmusokhoz kapcsolódó fejlesztési célok nélkül kevésbé reális nagyobb volumenű kórházi fejlesztés EU-s forrásból történő finanszírozása.

A magyar egészségügy közeli jövőjének talán a legnagyobb kihívása a korábbi, 1.3. számú alfejezetben is tárgyalt emberierőforrás-helyzet kezelése. Az ott is említett komplex program végrehajtásának több eleméhez is szükség van fejlesztési források becsatornázására. A humán erőforrás-krízisben az orvosok és ápolók ösztöndíjprogramja, fejlesztési célokhoz kötött bérkiegészítései vagy a hiányszakmák esetében az álláshelyek támogatása indokolható fejlesztési tevékenységek, ám önmagukban, megfelelő ágazati HR-stratégia és erre épülő bérpolitika nélkül csak nagyon korlátozott hatással járhatnak.

Javaslatok

Értékelési kérdés (1.7):

Javaslatok a 2014-2020-as tervezési időszak egészségügyi fejlesztéseire és azok végrehajtásához:

- Milyen összefüggések mutathatók ki az egészségügyi fejlesztések és a foglalkoztatás, illetve szegénységi célok között?
- További infrastrukturális beruházások indokoltsága, illetve a már megteremtett infrastruktúra továbbfejlesztése.
- Az erőteljes eredményorientáció az ágazat, illetve a végrehajtási rendszer oldalán milyen típusú feltételek megteremtését igényli?

A források célzásával kapcsolatos elemzés kimutatta, hogy a rosszabb egészségi állapotú, nagyobb szükségletű kistérségek több fejlesztési forráshoz jutottak hozzá. A fejlesztések egyes elemeivel kapcsolatos szakértői véleményekben azonban megfogalmazódtak kétségek, hogy ezek a források olyan fejlesztésekbe áramoltak-e, amelyek valóban és jelentős mértékben javítják az ellátórendszer hatékonyságát és méltányosságát. A továbbiakban is szükséges monitorozni, hogy a fejlesztések milyen hatással járnak, és e vizsgálatok során mindenképpen túl kell lépni az egyes szolgáltatók szintjén értelmezett pénzügyi fenntarthatóság (költségvetési egyensúly) szempontján (egy öt éven át fenntartott beruházás és annak eredményessége között kicsi a kapcsolat, hiszen számos olyan külső hatást generál egy intézmény az egészségi állapotban vagy a rendszer egészében, amely a költségvetésében nem jelenik meg).

De emellett az egészségügyi ellátórendszer teljesítményének, működésének és az egészségi állapot változásának a monitorozására is szükséges egy megfelelő rendszert kiépíteni. Hangsúlyozandó, hogy ez a feladat csak kis részben informatikai jellegű: ugyan igényli egy hatékony információs rendszer kialakítását, de a fejlesztés fő hozzáadott értéke a rendszerbe kerülő információk meghatározásán van, így alapvetően egészségügyi szervezési, ellátásminőségi és egészségügy-finanszírozási szakmai

ismereteket igényel. A GYEMSI létrehozása és feladatkörének meghatározása ebbe az irányba mutat. Különösen fontos szerepet kaphat a teljesítmények nyomonkövetése az állami fenntartásba vont ellátórendszer esetében: a nemzetközi (pl. angol) példák azt mutatják, hogy egy ilyen méretű ellátórendszer csak nagyfokú decentralizáltság mellett működőképes, és az országos és regionális központok a pénzügyi és ellátásminőségi monitoring információi alapján (és nem közvetlen irányítással) kontrollálják az egyes szereplőket, miközben a kívánatos magatartásformák kialakítása érdekében komplex pénzügyi ösztönzőket (kvázi piaci megoldásokat) alkalmaznak.

A jövőben célszerű felerősíteni az egészségügyi finanszírozási rendszer átalakításával kapcsolatos szakmai munkát, és célzottan vizsgálni, hogy a jelenlegi finanszírozási szabályokhoz képest milyen változtatásokra van szükség ahhoz, hogy a kórházi ellátást minél nagyobb mértékben kiválthassa a járóbeteg-ellátás. Ezek a problémák az intézményrendszer járóbeteg-ellátási részének most folyó állami fenntartásba vételével sem oldódnak meg: ebben az esetben is fokozottan kell ügyelni arra, hogy az intézményeknek megérje minél több ellátást alacsonyabb progresszivitási szintre vinni. Szintén vizsgálandó témakör az, hogy az alapellátás szerepét hogyan lehet erősíteni a járóbeteg-ellátással szemben, és ezzel a lakosságközeli, integrált, alacsonyabb költséggel működtethető ellátási formák szerepét növelni. Az eredményes változtatáshoz a rendszert működtető ösztönzőkből kell kiindulni, és a fejlesztéspolitikának a hatékony működés feltételeinek megteremtésében (pl. csoportpraxisok kialakításához köthető fejlesztések, finanszírozási, minőségmérési módszertan kialakítása) juthat szerep. Átgondolandó, hogy az egészségügyi ellátórendszer tervezésében milyen szerepet szánunk a TESZK-eknek, jelenleg ugyanis a feladatkörük e téren meglehetősen üres.

Az alapellátás fejlesztésére vonatkozóan lakosságközeli, integrált szolgáltatásnyújtásban érdemes gondolkodni, azaz lokális kapcsolatot kell teremteni a házi orvosok, védőnők, fogorvosok, iskolaegészségügy, foglalkozás-egészségügy, otthonápolás, otthoni segítségnyújtás és a szociális gondozás formái között, kiegészülve az egészségfejlesztési tevékenységek végzésével. Ennek érdekében a csoportpraxisok kialakítására vonatkozóan pilot-programot is érdemes lehet indítani (illetve a jelenleg megvalósítás alatt álló, praxisok együttműködésére épülő pilot projektet figyelemmel kell kísérni).

Az e-egészségügyi megoldások fejlesztése a fenntarthatóság (és az EU esetében a belső piaci mobilitás növelése) érdekében elengedhetetlen (tekintettel kell lenni ugyanakkor arra, hogy még nincsenek igazán kiforrott EU-s kapcsolódási pontok). A gép-műszer kataszter vizsgálata kapcsán is megfogalmazódott tanulság (ld. ott is), hogy a jövőbeli e-egészségügyi fejlesztések potenciáljának megfelelő kiaknázása érdekében kiemelt jelentőségű annak a vizsgálata, hogy az informatikai megoldások és rendszerek hogyan illeszthetők helyi szinten minél jobban az egyes egészségügyi ellátók munkafolyamataihoz. Az intézményközi kommunikációs rendszer, illetve a központi jelentési rendszer akkor tud hatékonyan működni, ha már az intézményi működési folyamatok során keletkező alapinformációk rögzítésének informatikai támogatása is megfelelő.

Ami az egészségügyi fejlesztések területi dimenzióját illeti, már tervezés fázisában sokkal inkább végig kell gondolni, hogy egy fejlesztési konstrukciónak elsősorban hatékonyságnövelési vagy pedig hozzáférési-méltányossági célja van-e. Utóbbi esetben ugyanis a költségvetési egyensúlyként definiált pénzügyi fenntarthatóság csak korlátozottan követelhető meg egy-egy érintett intézménytől, így gondoskodni kell valamilyen kompenzációs mechanizmus kialakításáról. Már a tervezés során át kell gondolni tehát, hogy a megvalósított beruházás után az adott egészségügyi szolgáltató működése hogyan fog a finanszírozási rendszerbe illeszkedni, és a fejlesztésről szóló döntésnek már ezen paraméterek ismeretében kell megtörténnie. A hiány feltétel nélküli (vagy gyakorlatilag feltétel nélküli) kipótlása a puha költségvetési korlát jelenségéhez vezet (amelynek káros hatásait évről évre megfigyelhetjük a magyar egészségügyi finanszírozásban). A fejlesztési elképzelések ismeretében az ex-ante értékelés egyik feladata lehet az ilyen mechanizmusok feltárása és megoldási javaslatok összegyűjtése.

Amennyiben a területi egyenlőtlenségek csökkentése, a hátrányos helyzetű csoportok és települések helyzetének célzott javítása és a költséghatékonyság elősegítése fontos cél marad a 2014-2020 periódusban az egészségügyi fejlesztési döntésekben, akkor ennek szolgálatában megfontolandó az explicit területi célzás használata a források elosztásában (az LHH-program mintáját követve, de a program tanulságainak felhasználásával). A források elosztása során a kistérség általános fejlettségénél specifikusabb, az egészségügyi szükségleteket mérő indikátorok használatára is sor kerülhetne. Az egyik ilyen indikátor lehet – megfelelő tesztelés és finomhangolás után – az elkerülhető halálozás standardizált mérőszáma.

A járóbeteg-ellátás fejlesztése

Az alkalmazott módszertan bemutatása

A járóbeteg-ellátás értékelése esetében az egészségügyi források felhasználásának „általános” értékelése kapcsán már használt dokumentumelemzési és szakértői interjúk módszertanon kívül statisztikai-ökonometriai elemzést végeztünk, valamint 8 fejlesztési helyszínen esettanulmányt készítettünk.

Az alkalmazott statisztikai-ökonometriai módszertan bemutatása

Az alábbiakban összefoglaljuk a járóbeteg-ellátás fejlesztésének statisztikai vizsgálatában felhasznált adatbázisokat és az alkalmazott módszertant.

Adatok

OEP-adatok

A kvantitatív elemzések során több különböző adatbázist felhasználtunk. A legfontosabb az az OEP által szolgáltatott sokdimenziós adatbázis, amely összesített esetszám- és egyéb igénybevételi adatokat tartalmaz 2008 januárja és 2012 augusztusa között minden hónapra, a nem közép-magyarországi és nem megyeszékhely kistérségek lakóira a következő szempontok szerinti együttes bontásban:

- igénybevétel helye (járó- illetve fekvőbeteg-ellátó intézmény osztálya)
- igénybevevő lakóhelyének irányítószáma
- igénybevevő korcsoportja
- igénybevevő neme.

Az igénybevételi mutatók közül a járóbeteg-ellátás esetén az esetszámot és az eset súlyosságát mérő – a finanszírozás alapjául szolgáló – német pontszámot használtuk elemzéseinkben, míg a fekvőbeteg-ellátás esetén az esetszámot és a – szintén az eset súlyosságát jelző – súlyszámot. Az adatbázisokhoz hozzákapcsoltuk a járó- illetve a fekvőbeteg-ellátók törzsadatbázisát, amely tartalmazza többek között az osztályokhoz tartozó szakmát, kapacitást (óraszámot illetve ágyszámot) és az osztály típusát. Az összekapcsolt adatbázison adattisztítást végeztünk (például javítottuk a tagintézmények helyszínadatait). Az adatok részletesebb leírását a 0.2. számú melléklet tartalmazza.

A járóbeteg-adatbázis a „klasszikus” járóbeteg-eseteken túl a járóbeteg-ellátók által végzett nappali kórházi ellátások adatait, a fekvőbeteg-adatbázis pedig az aktív és krónikus eseteken túl az egynapos beavatkozások (és a fekvőbeteg-ellátók által végzett nappali kórházi ellátások) adatait is tartalmazza. Ezeket az osztály jellemzői alapján választottuk el a többi esettől, és elemzésünkben külön vizsgáljuk.⁶

Az elemzésünkben ezenkívül felhasználtuk a keresőképtelenségi esetek és napok számának alakulását 2008 és 2012 között havonta kistérségi bontásban, valamint a háziorvosi indikátorrendszerből származó, a krónikus betegek gondozásba vételére és további gondozására vonatkozó adatokat, amelyek szintén kistérségi bontásban, de negyedévente álltak rendelkezésre a 2010 negyedik negyedéve és 2012 második negyedéve közötti időszakra. Ezek részletes leírását szintén a 0.2. számú melléklet tartalmazza.

A fejlesztések működésének kezdetét is az OEP által átadott adatok alapján határoztuk meg, azzal a módosítással, hogy csak azt a szakmát tekintettük fejlesztettnek egy adott helyszínen, amelyben tényleges kapacitásnövekedés volt megfigyelhető. Ezzel tehát a ROP-ban gyakori „minőségi fejlesztéseket” (például digitális röntgengép vásárlását) – amelyek statisztikailag kimutatható hatása

⁶ Nappali ellátóhelynek azt az osztályt tekintettük, amely finanszírozási kódjának ötödik betűje N. Az egynapos osztályt pedig úgy definiáltuk, hogy típusa „E”, vagy finanszírozási kódjában szerepel az „E”, vagy nulla aktív és krónikus ágyszámmal rendelkezik.

ilyen rövid idő alatt valószínűleg ügyis csekély – nem vizsgáltuk. A 0.4. számú mellékletben mutatjuk be a fejlesztési helyszíneket és azok indulási időpontjait.

Egyéni szintű fekvőbeteg-adatbázis a GYEMSZI-től

A másik, GYEMSZI-től kapott adatbázis minden, a mintába bekerült fekvőbeteg-ellátási esetre (tehát egyéni szinten) tartalmazza az igénybevevő lakóhelyének irányítószámát, nemét és életkorát, az igénybevétel helyét (osztály), a felvétel és elbocsátás dátumát, az ápolási napok számát és az ápolást indokló fődiagnózist. Az adatbázis csak azon kistérségek lakóit – és a hozzájuk választott kontroll kistérségek lakóit – tartalmazza, ahol a fejlesztések legkésőbb 2011. november 1-jén elindultak. Így a GYEMSZI-adatbázisban 17 darab TIOP 2.1.2.-es, 7 darab TIOP 2.1.3.-es és négy darab ROP-os kistérség lakóira, valamint a hozzájuk választott kontroll kistérségek lakóira van adat. Azokat a kistérségeket választottuk kontrollnak, amelyek támogatási valószínűsége egy minimális (0,08-nak választott) küszöböt meghalad⁷ (részletesebben lásd alább a módszertani leírásban). A GYEMSZI-adatok részletes specifikációját a 0.5. számú melléklet, a mintába került fejlesztett és kontroll kistérségek meghatározását a 0.6. számú melléklet tartalmazza.

Az adatbázis előnye tehát, hogy az egyéni szintű, betegcsoportokat is tartalmazó adatok miatt lehetővé válhat a hatások pontosabb becslése. Például az, hogy az egynapos ellátások milyen mértékben váltottak ki aktív kórházi ellátást, az érintett betegcsoportokra lebontva vizsgálható lehet. Hátránya ugyanakkor az adatbázisnak, hogy csak a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozik, és – az OEP-adatokkal ellentétben – 2011 végén lezárul, ezért csak kisebb számú (2011 végén már stabilan működő) fejlesztés hatása elemezhető a segítségével. Éppen ezért vizsgálatunkban az adatbázist csak kiegészítő elemzésekre, elsősorban az egynapos ellátások bevezetésének hatásvizsgálatára használjuk fel. (Eredeti adatkérésünkben 2012 júniusáig kértük az adatokat, és a fekvőbeteg-ellátás mellett a járóbeteg-ellátásra is, de a GYEMSZI technikai problémák miatt csak a 2008-2011 közötti időszakra vonatkozó fekvőbeteg-adatbázist tudta biztosítani.)

Egyéb felhasznált adatbázisok

- a magyarországi települések (irányítószámok) közötti távolságok és (gépkocsival számított) elérési idők mátrixa, amelyet a GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság bocsátott a rendelkezésünkre;
- a magyarországi települések közötti (reggeli) autóbuszos elérési idők mátrixa, amelyet az MTA KRTK KTI Adatbankja bocsátott rendelkezésünkre;
- az egyes fejlesztések területi ellátási kötelezettségei, amit az ÁNTSZ bocsátott rendelkezésünkre;
- kistérségi szintű területi statisztikai adatok a TSTAR adatbázisból.

Hatásvizsgálati módszertan

A fejlesztések igénybevételi, egészségügyi és gazdasági vizsgálatát klasszikus hatásvizsgálati („program evaluation”) keretben végezzük, a fejlesztés utáni eredményeket a tényellentétes („counterfactual”) állapotokkal összehasonlítva. (Tényellentétes állapotnak nevezzük a fejlesztett kistérségek fejlesztés nélkül megvalósuló „hipotetikus” helyzetét.) Alapvetően kétféle adatforrásból dolgozunk. Az elemzés nagy részében kistérségi szintű idősoros adataink állnak rendelkezésre a fejlesztett és a nem fejlesztett (kontroll) kistérségek lakossága által igénybevett járó- és fekvőbeteg szolgáltatásokról, szűrővizsgálati részvételéről, krónikus betegek gondozásának megfelelőségéről, keresőképtelenségben töltött idejéről. Az elemzés másik (kisebb) részében pedig egyéni szintű igénybevételi adatokat aknázunk ki a hatások pontosabb becslése érdekében.

⁷ A mintába került kistérségek köre tehát jóval kisebb az OEP-adatokénál, amely az összes nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérséget tartalmazza.

A kistérségi (szemiaggregált) idősoros adatok elemzése során a hatások mérésére a nemzetközi szakirodalom legutóbbi néhány évének fejleményei alapján három lehetőség kínálkozik.

- Az első módszer egy klasszikus panelregressziós keret, ahol fixhatás-beccsléssel kontrollálunk a kistérségek egyedi jellemzőire, és a fejlesztések hatását mérő késleltetett kétértékű (dummy) változókat használva figyelembe vesszük, hogy a fejlesztések nem azonnal, hanem csak bizonyos időtáv után fejtik ki a hatásukat. Ezen modellezési keret egy változatában a fejlesztett kistérségeken kívül csak azokra a kontroll kistérségekre futtatjuk a regressziós modellt, amelyek – a fejlesztési programba való kiválasztás valószínűsége, az ún. propensity score szerint (ld. részletesen alább) – hasonlónak tekinthetők a fejlesztett kistérségekhez. A regressziós minta propensity score alapú előszűrése az utóbbi években gyakori eljárás lett a hatásvizsgálati irodalomban. Crump és szerzőtársai (2009) például a 0,1 és 0,9 közötti propensity score-ral rendelkező mintaelemekre javasolják leszűkíteni a mintát.
- A második módszerben a fejlesztett kistérségek igénybevételi mutatóinak változását (azaz a fejlesztések után és előtt megfigyelhető igénybevételi értékek különbségét) hasonlítjuk össze a kontroll kistérségek mutatóinak adott időszak alatti változásával, a hatást a két változás különbségeként becsülve. A fejlesztésekhez a legközelebbi „propensity score” alapján választjuk a kontroll kistérségeket. Ez tehát a különbségek különbsége (difference in differences) módszer propensity score alapú párosítással kombinálva, amelynek hatásvizsgálati alkalmazásairól lásd például Blundell és Costa-Dias (2009) tanulmányát.
- Végül harmadik lehetőségként adódik az utóbbi évek programértékelési gyakorlatában népszerű szintetikus kontrollcsoport módszer. Ennek során úgy súlyozzuk össze a nem fejlesztett kistérségek adatait, hogy a súlyozott átlagolás után kapott „szintetikus” kontrollcsoportnak a fejlesztési időszak előtti adatai a lehető legjobban közelítsék a fejlesztett kistérségekre vonatkozó korábbi (fejlesztések előtti) adatokat. Ekkor a fejlesztések hatását úgy mérhetjük, hogy megnézzük, mennyiben térnek el a fejlesztési időszak után a fejlesztett kistérségek igénybevételi adatai a szintetikus kontrollcsoport igénybevételi adataitól. Ha jól választottuk meg a szintetikus kontrollcsoportot, akkor az jól közelíti a fejlesztett kistérségek „tényellentétes”, azaz fejlesztés nélkül hipotetikus megvalósuló állapotát, így a különbség jól becsüli a fejlesztés hatását. A szintetikus kontrollcsoport módszer leírása és alkalmazása például Abadie et al. (2010) tanulmányában található meg.

Kontroll kistérségek kiválasztása propensity score alapú párosítás módszerével

Mint már fentebb említettük, a fejlesztett kistérségekhez hasonló, ám nem fejlesztett kistérségek kiválasztása a „propensity score” alapú párosítás módszerével történhet. Ehhez először meghatározzuk a kistérségek támogatáshoz jutási esélyét befolyásoló tényezőket, majd az így kapott modell segítségével előrejelezzük a támogatás valószínűségét („propensity score”) minden kistérségre. Ezután minden fejlesztett kistérséghez hozzárendeljük a hozzá támogatási valószínűségben legközelebb levő (egy vagy néhány) kistérséget, majd a fejlesztett és az így kapott kontroll kistérségek igénybevételi adatait hasonlítjuk össze például a propensity score alapú különbségek különbsége módszerével. Egy másik, regressziós megközelítésben pedig a regressziós minta előszűrésére használjuk a propensity score értékeket, például csak azokat a kistérségeket szerepeltetve a regresszióban, amelyek esetében az előrejelzett támogatási valószínűség 0,1 és 0,9 közötti.

A támogatási valószínűséget a három vizsgált támogatási forma esetében – a konstrukciókból adódóan – más és más változók határozzák meg. A programkiírásból is következik, hogy TIOP 2.1.2. fejlesztés olyan kistérségekbe irányult, ahol a fejlesztés előtt nem volt (vagy esetleg csak minimális óraszám volt) járóbeteg-ellátó kapacitás, ezért ebben az esetben a négy fő szakma összesített, fejlesztések előtti járóbeteg-ellátási kapacitását használtuk a támogatási valószínűséget előrejelző fő magyarázó változóként. Ezenkívül a pályázási, illetve támogatási döntést befolyásolhatták a kistérség társadalmi-gazdasági és demográfiai jellemzői is. A társadalmi-gazdasági fejlettséget az

érettségizettek és a személygépkocsik helyi arányával, a helyi munkanélküliségi rátával, a helyi adóbevételekkel és hasonló változókkal ragadtuk meg, míg a demográfiai jellemzőket a kistérség lakosságszámával és a 7000 főnél népesebb kistérségi települések lakosságának a teljes kistérségi lakossághoz viszonyított arányával modelleztük. A támogatási valószínűséget magyarázó logit modellből végül az derült ki, hogy a fejlesztések előtti kapacitások hiányának volt meghatározó szerepe a támogatási valószínűségben. (Magyarázó változóként szerepeltettük azt is, hogy a kistérségi központ polgármestere kormánypárti-e, de ez a változó egyáltalán nem volt statisztikailag szignifikáns.) Összességében a logit-modell jól magyarázza a támogatási döntést, amit az is mutat, hogy a 20, időben beindult és ezért vizsgálható TIOP 2.1.2. fejlesztéshez csupán ugyanennyi olyan kistérség adódott, amelynek propensity score valószínűsége a 0,08-as küszöböt meghaladta.

A TIOP 2.1.3. fejlesztések – a pályázati kiírásokból adódóan – elsősorban olyan kistérségekbe irányultak, ahol – a korábbi struktúraátalakítást követően – aktív fekvőbeteg-ellátás nem (vagy csak alig) volt, krónikus ellátási kapacitások viszont rendelkezésre álltak, így a támogatáshoz jutást leíró logit modellben ez volt a legjelentősebb magyarázó változó. (Itt is szerepeltettük ugyanakkor a fenti gazdasági és demográfiai változókat.) Összességében 9 olyan kontroll kistérséget találtunk, amely annyira hasonló a TIOP 2.1.3. által támogatott kistérségekhez, hogy támogatáshoz jutási (propensity score) valószínűsége 0,08 felett volt. Hasonló módszerrel a négy darab részletesen vizsgálható ROP-fejlesztéshez kilenc potenciális kontrollt találtunk.

Végül automatikusan kontrollként azonosítottuk azokat a kistérségeket, amelyek kaptak támogatást, de még nem indult be a fejlesztés.

Mikroszintű adatokon alapuló becslési eljárások

Projekttervünkben nagy hangsúlyt kapott az egyéni szintű (GYEMSZI-től származó) adatok használata, hiszen ezek segítségével számos, a kistérségi szintű adatokkal nem kezelhető kérdés megválaszolható lenne. Segítségükkel ugyanis nemcsak az aggregált viselkedés változását lehet vizsgálni, hanem azt is, hogy a fejlesztések hatása mely szegmensekben jelentkezett inkább. Például a korábbi gondozottak igénybevételi intenzitása változott-e meg, vagy inkább új gondozottak jelentek meg nagyobb arányban? Ezenkívül elemezhető lenne például a továbbküldési mintázatok változása a különböző „szintű” (specializáltságú) járóbeteg-szolgáltatók között, illetve a fekvőbeteg-ellátórendszer felé.

A mikroszintű adatok esetén a fent tárgyalt lineáris panelregressziós módszer mellett további eljárások is alkalmazhatók lennének. A „rég” betegek járóbeteg-ellátási igénybevételének változását időtartam-moddellel (duration model) elemezhetnénk, az új gondozásba vételek valószínűségeit pedig probit / logit módszerrel modellezhetnénk. (Az egészségpolitikai intézkedések további, egyéni szintű hatásvizsgálatai módszereiről Elek (2011) ad összefoglalást, mikroszintű eszköztárat felvonultató magyar hatásvizsgálatai elemzést illetően pedig lásd Mihalicza és szerzőtársai (2011) tanulmányát.) A jelen elemzésben azonban a GYEMSZI adatok csak részlegesen állnak rendelkezésre (csupán a fekvőbeteg-adatbázis érkezett meg), ezért azokat csak korlátozottan tudtuk alkalmazni.

Az esettanulmány-módszertan bemutatása

Az esetek kiválasztása

Az eset

- Jelen vizsgálatban esetnek tekintettük a TIOP-2.1.2-07, 2.1.2-08, TIOP-2.1.3-07, 2.1.3-08, 2.1.3-10, DAOP-4.1.1-B/2008, DAOP-4.1.1/B-09-2010, DDOP-3.1.3/B-2009, ÉAOP-4.1.2/B-09-2010, ÉAOP-4.1.2/B-2008, ÉMOP-4.1.1/B-09-2010, ÉMOP-4.1.1/B-2008, KDOP-5.2.1/B-09-2010, KDOP-5.2.1/B-2008, NYDOP-5.2.1/B-2008 és a KMOP-4.3.2-2008 nyertes projekteket (és kapcsolódó ellátási területüket). Minden projektben van egy „vezető település” (a pályázó települése), amely a kiindulási pont, így az érintett, vizsgált kör az ellátási terület; az ellátási területtel kapcsolatban vizsgálandó a fejlesztések köre.

Mintavételi eljárás:

- maximum variációs mintavétel.

A kiválasztás szempontjai:

- az esettanulmányok készítéséhez 8 helyszín (és ezzel ellátás) került kiválasztásra, amelyből:
 - 4 eset „zöldmezős”, újonnan létrehozott járóbeteg-ellátás;
 - 4 eset nem „zöldmezős” ellátás, ebből két kórházi ellátást kiváltó, egy meglévő járóbeteg-ellátást fejlesztő, egy Közép-magyarországi régióban megvalósult fejlesztés.

Kiválasztott helyszínek:

- „Zöldmezős”, újonnan létrehozott kistérségi járóbeteg-ellátók (TIOP-2.1.2.):
 - Abaúj-hegyközi kistérség (Gönc),
 - Baktalórántházi kistérség (Baktalórántháza),
 - Derecske-Létavértesi kistérség (Létavértes),
 - Sellyei kistérség (Sellye).
- Nem „zöldmezős” ellátás, aktív (kórházi) ellátást kiváltó járóbeteg-ellátók (TIOP-2.1.3.):
 - Zirci kistérség (Zirc),
 - Szikszói kistérség (Szikszó).
- Nem „zöldmezős” ellátás, meglévő járóbeteg-ellátást fejlesztő ellátók:
 - ROP – Mórahalmi kistérség (Mórahalom);
 - KMOP – Szentendrei kistérség (Szentendre).

A Revita Alapítvány 5 esettanulmányt készített el (Gönc, Baktalórántháza, Derecske-Létavértes, Szikszó, Szentendre), a Hétfa Kutatóintézet pedig 3-at (Sellye, Zirc, Mórahalom).

Dokumentumelemzés

Az esettanulmányok keretében végzett helyszíni vizsgálatokat megelőzően a kiválasztott projektek dokumentációját áttanulmányoztuk az ESZA, illetve a MAG Zrt. telephelyén.

Félig strukturált egyéni interjú**Az interjúval megkérdezettek köre:**

Minden esetben készült interjú:

- a vezető település polgármesterével (összesen 8 interjú – amennyiben a polgármester elérhetetlennek bizonyult az esettanulmány-készítés ideje alatt, akkor a projekt önkormányzati felelősével készült interjú),
- a vezető település háziorvosával (összesen 8 interjú),
- az ellátási területen más településen működő háziorvossal (összesen 8 interjú),
- a pályázatot megvalósító intézmény vezetőjével (összesen 8 interjú).

Amennyiben megvalósult a vizsgált területen TÁMOP 6.1.2 projekt, interjú készült

- a TÁMOP 6.1.2 projektet megvalósító intézménnyel (összesen 3 interjú).

Zöldmezős, új járóbeteg-ellátás esetében fentiekén túl készült interjú

- az ellátási területen lévő települések közül egynek a polgármesterével (összesen 4 interjú),
- a korábbi szolgáltató vezetőjével (összesen 4 interjú).

Az interjúalanyok kiválasztása:

Az egyes esetekben az interjúalanyok az alábbi szempontok szerint kerültek kiválasztásra:

- a vezető település polgármestere (nem szükséges kiválasztás, amennyiben a fejlesztés teljes ideje alatt ugyanaz maradt a polgármester személye – 2 esetben, Mórahalmon és Szentendrén nem sikerült a polgármesterrel interjúdíópontot találni, itt az önkormányzati projektmenedzserrel beszéltünk),

8. táblázat: Az megkérdezett interjúalanyok kistérségeként

Kistérség / Interjúalany		Vezető település polgármestere	Vezető település háziorvosa	A megvalósító intézmény vezetője	Nem vezető település polgármestere	Nem vezető település háziorvosa	Korábbi szolgáltató vezetője	TÁMOP 6.1.2-t megvalósító intézmény vezetője
Új kistérségi járóbeteg-ellátó	Baktalórántháza	x	x	x	x	x	x	x
	Derecske-Létavértes	x	x	x	x	x	x	
	Gönc	x	x	x	x	x	x	x
	Sellye	x	x	x	x	x	x	
Aktív kiváltó	Szikszo	x	x	x		x		
	Zirc	x	x	x	x	x		
ROP/KMOP	Mórahalom	(x)	x	x		x		
	Szentendre	(x)	x	x		x		x

- vezető település háziorvosa: a vezető település polgármesterének javaslata alapján, reputációs mintavétellel,
- az ellátási területen más településén dolgozó háziorvos: olyan település háziorvosa, ahol mind ő, mind a polgármester végigkísérték a projektet (véletlen mintavétellel vagy – lehetőség szerint – a vezető település polgármesterének javaslata alapján, reputációs mintavétellel),
- a projektet megvalósító intézmény vezetője (nem szükséges kiválasztás),
- a TÁMOP 6.1.2 projektet megvalósító intézmény vezetője (amennyiben volt ilyen projekt – 3 eset): a kistérségben megvalósuló életmódprojektek szakértői mintavétellel kerültek kiválasztásra (a megvalósító intézmény vezetője sokszor egybeesett a vezető település polgármesterével),
- az ellátási terület másik településének polgármestere (csak „zöldmezős” projektek esetében – 4 eset): olyan település polgármestere, ahol mind ő, mind a háziorvos végigkísérték a projektet (véletlen mintavétellel vagy – lehetőség szerint – a vezető település polgármesterének javaslata alapján, reputációs mintavétellel),
- korábbi szolgáltató vezetője (csak „zöldmezős” projektek esetében – 4 eset): az intézmény kiválasztása betegáramlási mutatók és az interjúalanyok javaslata alapján (1 esetben, Sellyén telefonos megkérdezés történt).

Az interjúkészítés módszertani leírása

Az értékelő kutatásoknál – ahogy jelen esetben is – jellemzően ún. félig strukturált interjúkat készítünk: azaz a kutatott terület főbb témáira előzetesen megfogalmazunk kérdéseket, amelyeket az interjú során körül akarunk járni. Ez a forma bizonyos fokú standardizáltságot biztosít (ezért lehetővé válik az interjúk összehasonlítása is), ugyanakkor a szerkezete kellően rugalmas ahhoz, hogy az adatfelvétel során olyan témakörök, kérdések is szóba kerülhessenek, amelyek eredetileg nem szerepeltek interjúvázlatunkban, de az interjú témájához szorosan kapcsolódnak.

A félig strukturált interjú módszer az értékelő kutatásokban elsősorban a válaszadók véleményének, nézeteinek, tapasztalatainak összegyűjtését teszi lehetővé, vagyis az interjúkból „mélyebb”, „minőségi” információkat nyerhetünk. Kevésbé alkalmas statisztikai jellegű adatok gyűjtésére, és a legritkább esetekben alkalmas statisztikai általánosításra (csak akkor, ha az interjúalanyok kiválasztása véletlen eljárás alapján). Az interjúkból származó adatok azonban alkalmasak létezési, hipotetikus elterjedtségi, analógiás általánosítások megtételére, valamint a kvantitatív adatok árnyalására.

A zöldmezős kistérségi járóbeteg-ellátók esetében készített interjúk vázlatát a 2.2. számú melléklet mutatja be. Az aktív ellátást kiváltó, illetve a már meglévő szakrendelőkre vonatkozó fejlesztések

esetében használt interjúvázlalatokat helytakarékossági okokból nem mutatjuk be az értékelési jelentés mellékletében, mivel azok tartalma jelentős átfedést mutat a zöldmezős esetekben használt vázlattal (az eltérések miatt a kérdéseket értelemszerűen átírtuk, ahol szükséges volt, néhány új kérdést hozzáadtunk, illetve kérdéseket eltávolítottunk).

Fókuszcsoportos, illetve betegekkel készített interjúk

A megkérdezettek köre:

- Jelen vizsgálatban azokban az esetekben került sor lakossági megkérdezésre, ahol a projekt során új intézmény jött létre (4 eset). A fókuszcsoportban, illetve az interjúkban az intézmény ellátási területén élő lakosokat kérdeztük meg. Célunk az volt, hogy minél több, az intézmény által ellátott településről kerüljön be legalább egy személy a fókuszcsoportba, ám a létszámuk – a módszer sajátosságaiból adódóan – nem haladhatta meg a 12 főt fókuszcsoportok esetében.
- A lakossági fókuszcsoportos vizsgálat kockázata az alacsony lakossági érdeklődés – a motiváció hiánya miatt. Egy esetben (Baktalórántházi kistérség) ebből kifolyólag nem is sikerült résztvevőket toborozni, így a fókuszcsoportos interjú által várt adatokat rövid, strukturált lakossági interjúk lefolytatásával pótoltuk. Egy esetben (Sellyei kistérség) 15 fő egyéni megkérdezését végeztük el a helyszínen.

A fókuszcsoportos megkérdezés módszertani leírása

A fókuszcsoport alkalmazása lehetővé teszi, hogy az érintettek véleményét a csoportdinamikai sajátosságokkal együtt (pl. vita, vélemény elhallgatása) ismerjük meg. A fókuszcsoport speciális jellemzői a következők:

- (Egymást nem ismerő) embereket adott alkalomra toborzunk (6-12 fő), ahol
- a csoport tagjai kontrollált körülmények között,
- moderátor irányításával,
- meghatározott időkeretben
- adott témáról beszélgetnek.

A fókuszcsoport legnagyobb hozzáadott értékének az interakciót tekinthetjük: a fókuszcsoport egyes résztvevőinek tapasztalata, véleménye ösztönzőleg hathat a többi résztvevőre saját véleménye kifejtésében. Az interakciók megfigyelése olyan ismereteket, jelenségeket (pl. a véleményformálódás folyamata, társadalmi viták „modellezése”) hozhat felszínre, melyek más vizsgálati módszerrel nem kerülnének a kutatás fókuszába. A fókuszcsoport alkalmazása éppen ezért különösképpen javasolt abban az esetben, amikor az értékelési kérdés új szempontok, elképzelések, javaslatok összegyűjtésére irányul. A módszer további nagy előnye a praktikussága: relatív olcsóság, tömörség, gyorsaság jellemzi.

A fókuszcsoportok eredményeiből – az interjúk kutatásokhoz hasonlóan – statisztikai általánosítást nem tehetünk, illetve nem alkalmas arra sem, hogy az egyéni, az egyes ember véleményét megismerjük. A fókuszcsoportos beszélgetésekhez használt vezérfonalat a 2.3. számú melléklet mutatja be. Az egyéni megkérdezésekben ugyanezeket a témaköröket szerepeltettük.

Az esettanulmányok felhasználása az értékelés során

Az esettanulmányokból rövid (kb. 5-10) oldalas összefoglalókat, valamint 1-2 oldalas, a legfőbb tanulságokat kiemelő, összefoglaló dokumentumokat készítettünk. A 7. lot elsősorban ezekre az összefoglalókra támaszkodott az értékelési kérdések megválaszolása során abban az 5 esetben, amelyet a 2. lot készített el. A terjedelmi korlátokra való tekintettel ennek a dokumentumnak a mellékletében csak a legfontosabb tanulságok összegzését helyeztük el (lásd a 2.4. számú mellékletet).

Megállapítások és következtetések

2.1. Közvetlen hatások: a kiegyensúlyozottabb ellátás értékelése

2.1.1. A fejlesztések pozicionálása

Értékelési kérdés (2.1.1):
A fejlesztések pozicionálása mennyiben találkozott a valós szükségletekkel?

Az áttekintett pályázati dokumentációk vizsgálata a szükségleteket bemutató elemzésekre is kiterjedt. Megállapítható, hogy az egyes megvalósíthatósági tanulmányok eltérő terjedelműek és igen eltérő módszertannal készültek. Több olyan megvalósíthatósági tanulmánnyal is találkoztunk, amelyben a pályázók szakmák szerint bontva, tényleges igénybevételi adatokkal (beteg- és esetszámok, BNO-kódok) támasztották alá a kialakítandó szakmastruktúra és kapacitás szükségességét. Más esetekben a megvalósíthatósági tanulmány vonatkozó fejezetei csak „anekdotaszerű” megállapításokat tartalmaztak, tényleges igénybevételi adatok nélkül. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a pályázati útmutató nem határozta meg részletesen a szükségletszámítás módszertanát (és ilyen számításokat rutinszerűen az egészségügyi tervezés egésze sem használt a fejlesztési periódusban). Az útmutatóban megfogalmazott elvárások szerint a helyzetértékelés keretében a pályázó feladata „a térség demográfiai, egészségügyi mutatóinak (pl. morbiditási, mortalitási, stb.) jellemzőinek bemutatása, illetve a mutatók viszonyítása: országos és adott régió belüli átlaghoz”; valamint annak bemutatása, hogy „ki, hol veszi igénybe jelenleg a szolgáltatást szakmacsoport és leggyakoribb BNO szerint”.

Az esettanulmányok készítésekor olyan pályázattal is találkoztunk, amelyben ugyan megállapították egy adott szakma telepítésének szükségességét, de a szakorvostoborzás várható nehézségeire tekintettel végül a szakmastruktúrából az adott szakmát kihagyták. Olyan esetet is regisztráltunk, ahol a megvalósíthatósági tanulmányhoz felhasznált részletes igénybevételi adatok OEP-től történő beszerzése nagy nehézségekbe ütközött. Az adatszolgáltatás átfutási ideje a pályázati határidőhöz képest túlságosan hosszú, ráadásul a pályázó a kért adatokat csak térítés ellenében kaphatta meg az egészségbiztosítótól.⁸

A fejlesztett intézmények igénybevételi adatait megvizsgálva megállapítható volt az is, hogy a „felfutási időszak” meglehetősen rövidebb volt, azaz a rendelők kapacitásának kihasználtsága működésük első hónapjaiban kedvezőbb volt az előzetes várakozásoknál (lásd a 2.1. számú mellékletet).

A TIOP 2.1.2. „zöldmezős” egészségügyi fejlesztések esetében a kistérségi kapacitásokat, valamint az elkerülhető halálozási és a komplex fejlettségi mutatókat is megvizsgáltuk annak elemzésekor, hogy a fejlesztések pozicionálása találkozott-e a valós szükségletekkel. A TIOP 2.1.2. fejlesztések előtt a kistérségek többségében egyáltalán nem állt rendelkezésre járóbeteg-kapacitás, kisebb részükben pedig minimális kapacitás volt. 2008-ban az ezer lakosra jutó szakorvosi és nem szakorvosi órák átlagos száma az összes nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségben 18, míg a húsz érintett (fejlesztett) kistérségben 1 volt. Így ezek a fejlesztések tényleg kapacitással (szinte) egyáltalán nem rendelkező területekre kerültek. A konstrukció hatására az óraszám-mutató 2012-re elérte a 15 óra / ezer lakos értéket.

A húsz érintett fejlesztés közül kilenc található az NFÜ programok által definiált 33 LHH-kistérségben, tehát a komplex fejlettségi mutató szerint is megfelelően célzott a TIOP 2.1.2. fejlesztés. Az egészségügyi szükségleteket vizsgálva is hasonló eredményre jutunk: hat fejlesztés (azaz a fejlesztett

⁸ Nyilvánvalóan vannak olyan esetek, amikor elfogadható vagy kívánatos, hogy az adatok felhasználója térítse meg az adatelőkészítés költségeit, de az mindenképpen érdekes és ellentmondásos eset, hogy az egészségügyi kapacitások lekötéséért felelős szereplő térítési díjat kér a saját ellátórendszerének fejlesztése kapcsán.

kistérségek 30%-a) tartozik az elkerülhető halálozás szerinti legrosszabb lakossági decilisbe. Van ugyanakkor jelentős kivétel is: például a gárdonyi kistérség – ahol szintén volt fejlesztés – a legjobb elkerülhető halálozású decilisbe tartozik. Mindazonáltal a célzás összességében mind a kapacitások, mind a fejlesztéspolitikai illetve egészségügyi szükségletek szempontjából jónak mondható.

2.1.2. Az elérhetőség változása

2.1.2.i Az alapszintű járóbeteg-szakellátás elérési idejének változása

Értékelési kérdés (2.1.2.i):

A lakosság mekkora része számára vált elérhetővé a minimális szintű (azaz alapszakmákból álló) közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás a célkitűzésben szereplő elérési időn (20 percen) belül?

Mint korábban kifejtettük, az egészségügyi fejlesztések egyik fontos célja az ellátáshoz való hozzáférés javítása, és ennek az új TIOP-indikátorok között is megfogalmazott egyik számszerűsített mutatója a járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli elérhetősége. Mivel a vizsgált egészségügyi fejlesztések az alapszintű (illetve egyes esetekben az emelt szintű) ellátás hozzáférhetőségét tűzték ki célul, kvantitatív elemzésünkben először azt vizsgáljuk, hogy hányan laknak olyan településeken, ahonnan korábban nem volt elérhető, de a fejlesztés hatására elérhetővé vált az alapszintű ellátás 20 percen belül. (Az emelt szintű ellátással a következő alpont foglalkozik.) Alapszintű szakellátáson a fejlesztéspolitikai dokumentumokat követve az alapszakmák (belgyógyászat, sebészet, szülészeti-nőgyógyászat, gyermekgyógyászat szakmacsoportok) mindegyikének jelenlétét értjük. (A szakmakódok pontos, az értékelés céljához illeszkedő besorolását a szakmacsoportokba a 0.7. számú melléklet tartalmazza).

A 20 perces hozzáférés számításához gépkocsi és autóbuszos elérési időket is használtunk. A gépkocsi elérés számításához szükséges – a települések közötti, 2010. évre becsült elérési időket tartalmazó – mátrixot a GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság bocsátotta rendelkezésünkre. Az elérési idők a különböző útvonalakon jellemző haladási sebességek figyelembe vételével kerültek kiszámításra.⁹

Továbbá azt is megvizsgáltuk, hogyan javul a hozzáférés, ha a gépkocsi elérési idő helyett autóbuszos elérési időket veszünk figyelembe. A buszos elérhetőség a reggel 9 óra előtt induló VOLÁN járatok 2006-ban érvényes menetidejére vonatkozik, amely adatot az MTA KRTK KTI Adatbankjának jóvoltából használhattuk.¹⁰ A reggeli elérési idők használata természetesen csak közelítés – hiszen a fejlesztett szolgáltatók némelyikének alacsony óraszámai miatt nem biztos, hogy reggel kezdődik a rendelés –, de mégis megfelelőbb megoldás a tetszés szerinti időpontban induló járatok menetidejének használatánál, hiszen egy délután induló buszjáratral a délelőtti rendelés biztosan nem érhető el. További problémát okozhat, hogy a rendelésről időben haza is kell jutni, amely a 2.1.2. alfejezet tapasztalatai szerint egyes esetekben csak nagyon körülményesen oldható meg tömegközlekedéssel. Meg jegyezzük ezenkívül, hogy az autóbuszos elérési idő nem feltétlen egyezik meg az egyes rendelők tömegközlekedéssel való megközelíthetőségével, hiszen ahhoz további ismeretek, vasúti vagy kombinált vasúti-távolsági buszos elérhetőségi adatok volnának szükségesek. Mégis úgy gondoljuk, hogy az autóbuszos elérési számítások jól kiegészítik a gépkocsi számításainkat.

Mindegyik TIOP 2.1.2. fejlesztés olyan helységbe települt, ahol a fejlesztés előtt nem volt meg mind a négy alapszakmából álló járóbeteg-szakellátás; ezt a minimális pozicionálási feltételt a fejlesztések természetesen teljesítik. A 20 fejlesztett település között 5 olyan azonban akadt, amelyből legfeljebb 20 perc autóútra elérhető volt egy már működő, mind a négy alapszakmát kiszolgáló rendelőintézet.

⁹ Lakott területen kívül autópályán például 110 km/h, autóúton 90 km/h, elsőrendű úton 70 km/h, másodrendű úton és főúton 60 km/h; belterületen elsőrendű úton 40 km/h, másodrendű úton és főúton 35 km/h, utcán pedig 25 km/h a feltételezett sebesség.

¹⁰ Amennyiben több járat köt össze két pontot, akkor az autóbuszos utazási idők minimumával számoltunk.

Ez is mutatja, hogy a fejlesztések rendkívül heterogének abban a tekintetben, hogy hány ember számára tették 20 percen belül elérhetővé a minimális szintű járóbeteg-ellátást. A létavérsi fejlesztés esetén ez 30 ezer embert jelent, más esetekben – például Polgáron Tiszaújváros közelsége miatt – viszont csak néhány ezret; a részletes kimutatást a **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** táblázat tartalmazza. Számításaink szerint összesen mintegy 310 ezer ember számára vált elérhetővé a 20 darab fejlesztés hatására a 20 percen belüli gépkocsi hozzáférés. Látható, hogy közülük csak mintegy 235 ezer élt a fejlesztések kistérségeiben, tehát 75 ezer, azokon kívül élő lakos számára is elérhetővé vált 20 percen belül járóbeteg-ellátás (a fejlesztett szolgáltatók ellátási területe sok esetben túlnyúlik a kistérségi határokon). A 310 ezer ember számára történt hozzáférés-javulást annak fényében kell értékelni, hogy számításaink szerint 2010 elején mintegy 2 millió embernek nem volt 20 percen belüli gépkocsi hozzáférése a négy alapszakma mindegyikéhez.

Az autóbusszos elérhetőséggel számolva a kapott eredmények nagyságrendben változatlanok maradnak.¹¹ Így számolva 300 ezer ember kapott hozzáférést az alapszintű járóbeteg-ellátáshoz, melyből 233 ezer az intézmények saját kistérségében lakik. Ugyanakkor az országban jelentős azok száma, akiknek rossz a (reggeli) autóbusszos hozzáférése: 2010-ben közel 3,5 millió ember nem ért el alapszintű járóbeteg-ellátást 20 percen belül.

9. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása az alapszintű járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli elérhetőségére (ezer fő)

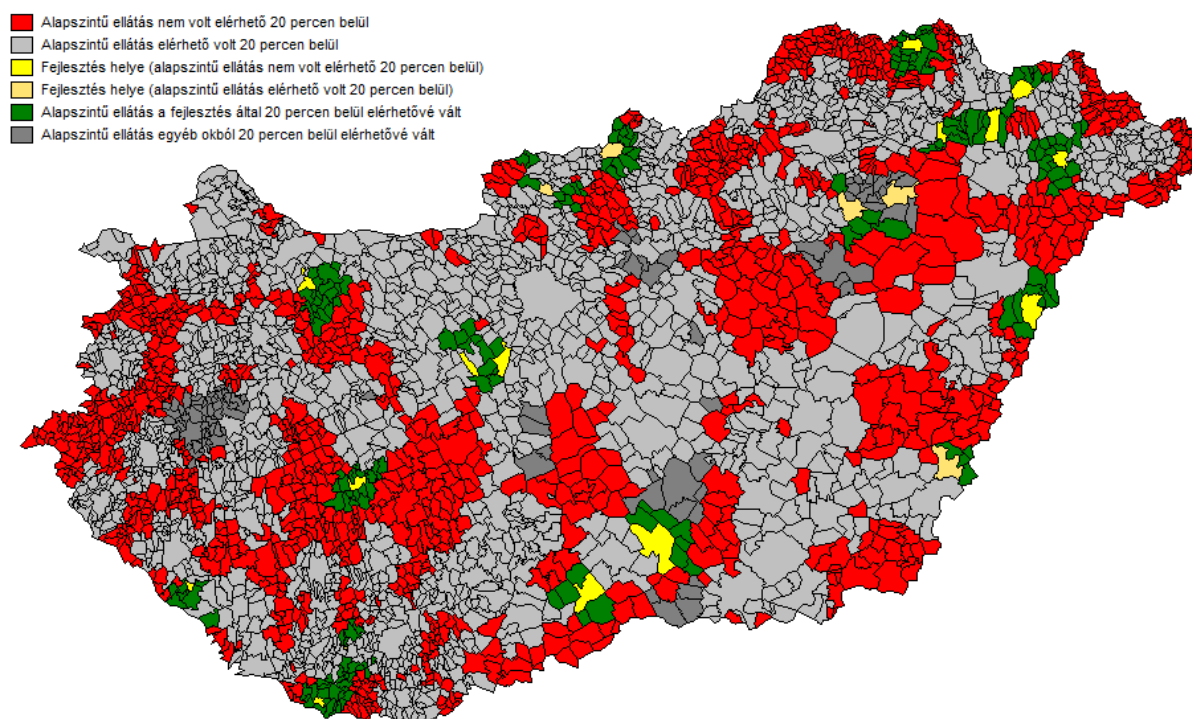
Fejlesztés helye	Gépkocsi elérés		Autóbusszos elérés	
	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül
Baktalórántháza	34,7	25,9	25,7	18,9
Cigánd	8,6	8,6	13,3	13,3
Csurgó	8,7	8,7	5,8	5,8
Ercsi	18,0	12,1	37,6	12,1
Gönc	12,8	10,0	4,5	4,5
Ibrány	24,6	24,6	16,8	16,8
Jánoshalma	19,5	16,8	16,8	16,8
Kiskunmajsa	24,1	19,9	7,5	7,5
Létavértes	30,1	20,7	19,0	18,0
Mezőcsát	9,6	4,3	18,8	13,6
Pannonhalma	17,4	13,5	8,9	8,9
Polgár	1,5	1,5	4,7	4,7
Rétság	11,0	8,7	16,8	16,8
Sarkad	5,5	5,5	20,5	16,0
Sellye	10,1	9,9	1,7	0,0
Szécsény	13,6	13,1	19,8	19,3
Szentlőrinc	5,8	4,2	0,3	0,0
Tab	14,3	11,7	10,6	10,2
Tokaj	14,5	5,9	13,6	7,3
Velence	24,8	9,4	37,8	23,0
Összesen	309,4	235,2	300,5	233,4

Saját számítás a GYEMSI-től (gépkocsi) és az MTA KRTK KTI-től (autóbussz) kapott távolság-adatok alapján

¹¹ Az autóbusszos és a gépkocsi hozzáférés a következők miatt tudott hasonló nagyságrendben javulni. Természetesen vannak olyan települések, ahonnan az új fejlesztést autóbusszal nem lehet, gépkocsival viszont el lehet érni; de olyanok is vannak szép számmal, ahonnan egy másik szakrendelő csak gépkocsival volt elérhető, az új szakrendelő viszont autóbusszal is elérhető. Ez utóbbi miatt lehetnek az elérési táblázatban olyan fejlesztések, amelyek az autóbusszos elérést jobban javították, mint a gépkocsi elérést.

A fejlesztések hatását az alapszakmák 20 percen belüli gépkocsi elérhetőségére a **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** illusztrálja. A szürkével jelölt településekről már 2010. január 1-jén is (20 percen belül) elérhetőek voltak az alapszakmák, a pirossal jellettekről viszont nem voltak és jelenleg sem elérhetőek 20 percen belül. Zölddel jelöljük azon településeket, amelyekről a fejlesztések hatására elérhető lett mind a négy alapszakma. Magukat a fejlesztési helyszíneket kétféle sárgával jelöljük attól függően, hogy korábban tőlük elérhető volt-e mind a négy alapszakma. Végezetül sötétszürke szín jelöli azokat a településeket, ahonnan az alapszintű ellátás a 2010-2012. közötti időszakban a TIOP 2.1.2. fejlesztésektől független ok miatt elérhetővé vált. Megjegyezzük, hogy az elérhetőségi számításokat nagyban befolyásolja az, hogy a gyermekgyógyászatot (a pályázati feltételeknek és az egészségügyben használatos definíciónak megfelelően) alapszakmának tekintettük – az ország kisebb járóbeteg-szakrendelőinek egy jelentős hányadában ilyen ellátás nem érhető el.

6. ábra: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása az alapszintű járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli gépkocsi elérhetőségére



A továbbiakban a gépkocsi és az autóbuszos elérhetőség hasonló változása, valamint a gépkocsi hozzáférési mátrix nagyobb pontossága és időszerűsége miatt csupán a gépkocsi elérhetőség változását vizsgáljuk.¹² A TIOP 2.1.3. konstrukció esetén már meglévő ellátások továbbfejlesztéséről van szó, így szigorúan véve egyik településről sem vált a fejlesztés hatására elérhetővé a négy alapszakma 20 percen belül. A konstrukciót azonban érdemes az egészségügyi rendszer struktúraváltásával (jelen esetben a fejlesztett településeken az aktív kórházi ellátás megszüntetésével) összhangban vizsgálni. Így felvethető az a kérdés, hogy a fejlesztések hatására hány ember számára „maradt” elérhető az alapszintű szakellátás 20 percen belül (hány olyan ember van, akik számára a TIOP 2.1.3. konstrukció helyszínei biztosítják az alapszakmák elérését.)¹³ Az eredményeket a 10. táblázat és a 7. ábra mutatja: a hét vizsgált helyszín összesen mintegy 170 ezer ember számára biztosítja a 20 percen belüli hozzáférést. A legnagyobb „vonzáskörzete” Pásztónak, Bonyhádnak és Mórnak van, míg Sárvár egy település számára sem biztosítja az alapszakmák

¹² Mint fentebb említettük, az autóbuszos hozzáférési mátrix a 2006. évi reggeli menetrend alapján készült.

¹³ Hatásvizsgálati keretben maradva, az a kérdés, hogy mit definiálunk tényellentétes állapotnak.

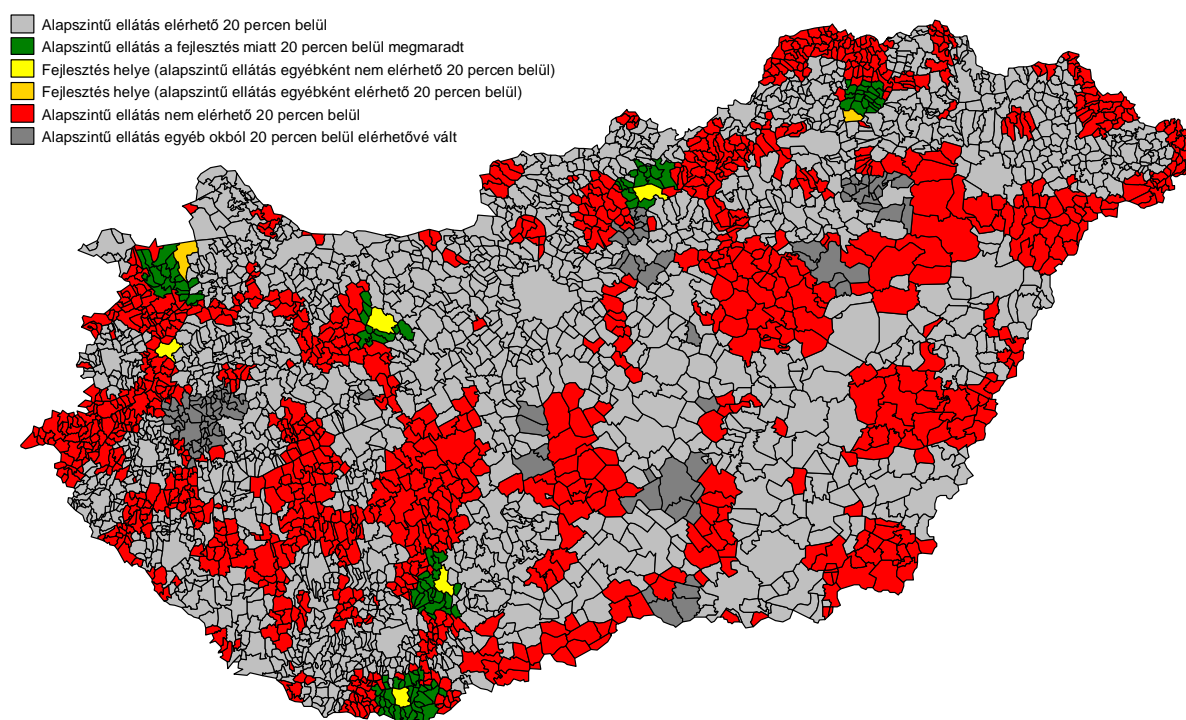
elérhetőségét, mert az OEP-től kapott törzsadatbázis szerint gyermekgyógyászati osztály ott nem működik.

10. táblázat: Az alapszintű járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli gépkocsis elérhetőségének megmaradása a TIOP 2.1.3. helyszíneken (ezer fő)

Fejlesztés helye	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül
Bonyhád	33,6	24,6
Kapuvár	20,9	8,0
Mór	28,0	26,2
Sárvár	0,0	0,0
Siklós	33,2	30,3
Szikszó	16,5	11,8
Páasztó	34,8	18,1
Összesen	167,1	118,9

Saját számítás a GYEMSZI-től kapott távolság-adatok alapján

7. ábra: Az alapszintű járóbeteg-szakellátás 20 percen belüli gépkocsis elérhetőségének megmaradása a TIOP 2.1.3. helyszíneken



2.1.2.ii Az emelt szintű járóbeteg-szakellátás elérési idejének változása

Értékelési kérdés (2.1.2.ii):

A lakosság mekkora része számára vált elérhetővé emelt szintű (azaz legalább 6 szakmacsoportban működő) közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás 25 perces elérési időn belül?

Emelt szintű szakellátást kvantitatív értékelésünkben ott definiálunk, ahol a négy alapszakmán túl rendelkezésre áll a kardiológia és a traumatológia is. (Használhatnánk azt a definíciót is, hogy a négy alapszakmán kívül még legalább bármely két szakma rendelkezésre áll, de ezt a két szakmát a népegészségügyi jelentősége és ellátásbeli fontossága kiemeli.¹⁴ Ráadásul a négy alapszakmán túl két

¹⁴ Érdemes megjegyezni, hogy az egészségügyi rendszer terminológiája nem ismeri az alapszintű és emelt szintű szakrendelő fogalmát, ezek a fogalmak a fejlesztéspolitikai dokumentumokban és a pályázati konstrukciókban jelentek meg.

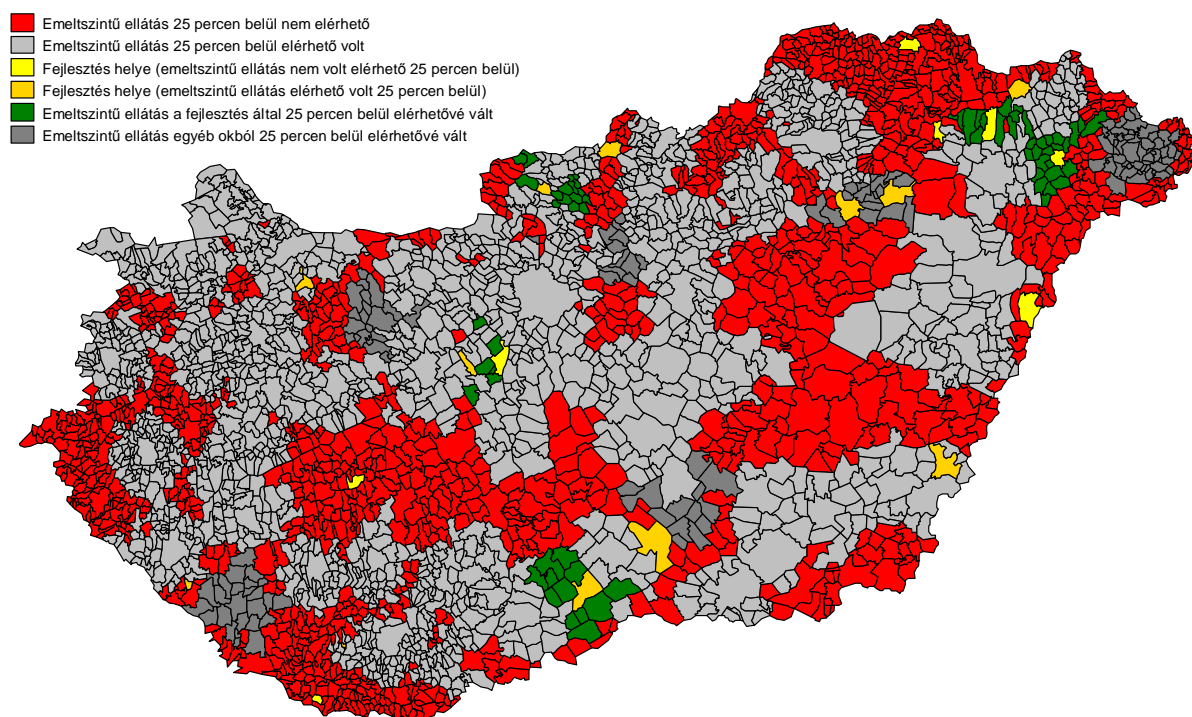
további szakmát mindegyik TIOP 2.1.2. helyszínen fejlesztettek, tehát az eredmények az alternatív definíció esetén nem különböznenek jelentősen a 2.1.2.i. alfejezet eredményeitől.)

11. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása az emelt szintű ellátás 25 percen belüli gépkocsi elérhetőségére (ezer fő)

Fejlesztés helye	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül
Baktalórántháza	51,5	25,9
Ercsi	21,5	13,3
Ibrány	28,6	27,5
Jánoshalma	38,2	16,8
Rétság	13,6	10,5
Összesen	153,2	93,9

Saját számítás a GYEMSZI-től kapott távolság-adatok alapján

8. ábra: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása az emelt szintű ellátás 25 percen belüli gépkocsi elérhetőségére



Mint a 11. táblázat mutatja, csupán öt olyan TIOP 2.1.2. fejlesztés volt, ahol a fenti módon definiált emelt szintű ellátás is elérhető lett 25 percen belül a lakosság bizonyos köre – összesen mintegy 150 ezer fő – számára.¹⁵ Ennek oka, hogy a fejlesztések többségében nem alakítottak ki traumatológiát. A 8. ábra a hozzáférést nyert települések területi mintázatát mutatja zölddel. (Az ábrán – az emelt szintű ellátáshoz való hozzáférés függvényében – kétféle sárga színnel jelöltük a fejlesztések helyszíneit, zölddel pedig azokat a településeket, ahonnan a fejlesztések hatására az emelt szintű ellátás 25 percen belül hozzáférhetővé vált.)

Itt is megvizsgáltuk, hogy a TIOP 2.1.3. fejlesztési helyszínek hány ember számára biztosítják az emelt szintű ellátáshoz való 25 perces hozzáférést (azaz az ellátás megszűnése esetén hány ember számára szűnne meg az elérhetőség). Az eredményeket a **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** mutatja. Látható, hogy a hét fejlesztés közül négyben van definíciónk szerinti emelt szintű ellátás (a többi

¹⁵ Autóbuszos elérhetőséggel számolva ez az érték 120 ezer fő, és a kistérségen belüli hozzáférésre 84 ezer fő.

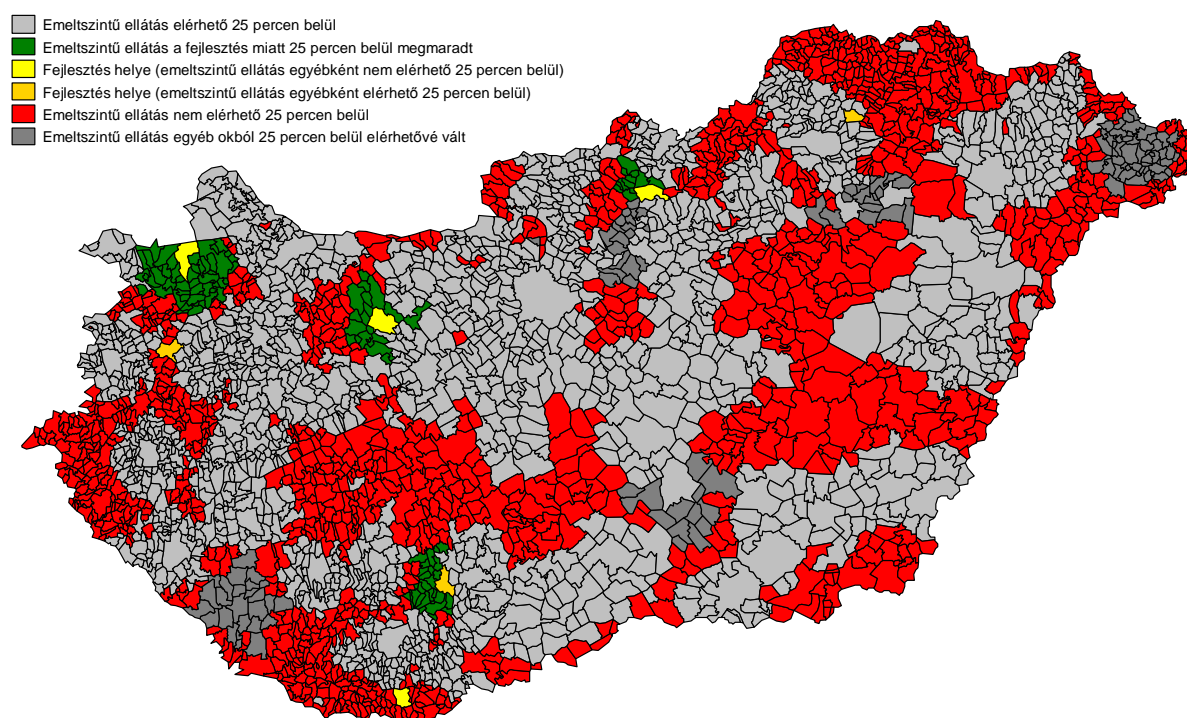
esetben ez a traumatológia hiánya miatt nem teljesül), és ezek mintegy 140 ezer ember számára biztosítják a 25 percen belüli hozzáférést. A vonatkozó térképet a 9. ábra tartalmazza.

12. táblázat: Az emelt szintű járóbeteg-szakellátás 25 percen belüli gépkocsis elérhetőségének megmaradása a TIOP 2.1.3. helyszíneken (ezer fő)

Fejlesztés helye	Összesen	Fejlesztett kistérségen belül
Bonyhád	21,2	11,0
Kapuvár	67,3	25,0
Mór	38,7	22,0
Páztó	17,4	15,4
Összesen	144,5	73,4

Saját számítás a GYEMSZI-től kapott távolság-adatok alapján

9. ábra: Az emelt szintű járóbeteg-szakellátás 25 percen belüli elérhetőségének megmaradása a TIOP 2.1.3. helyszíneken



Megjegyzendő az értékelés e pontja kapcsán, hogy az emelt szintű ellátók (ROP-konstrukciókból történő) támogatásának, illetve az aktív ellátást kiváltó TIOP 2.1.3 konstrukciónak nem volt célja az emelt szintű ellátáshoz való hozzáférés növelése. A konstrukciók keretében már meglévő – és szerkezetüknél fogva az emelt szintű ellátás definíciójának az esetek túlnyomó többségében eleve megfelelő – ellátók támogatása történt, elsősorban a járóbeteg-ellátás minőségének javítása – és így pozíciójának megőrzése –, másodsorban a helyi igényekhez való igazítás, kisebb mértékű kapacitásátcsoportosítás segítségével. Az emelt szintű ellátáshoz való hozzáférés növekedése a TIOP 2.1.2. zöldmezős beruházásoknak köszönhető, ahol az alapszakmákon túl számos más szakmát is kialakítottak.

2.1.2.iii Megközelíthetőség közösségi közlekedési eszközökkel

Értékelési kérdés (2.1.2.iii):

A közösségi közlekedés járatsűrűségének és menetrendjének a járóbeteg-szakellátás rendelési idejével való összehangoltságának vizsgálata.

A közösségi közlekedés menetrendjének a rendelési időkkel történő összehangolása egyik általunk vizsgált helyszínen sem volt valósult meg. A járóbeteg-ellátók több esetben is kezdeményeztek egyeztetést a busztársaságokkal, amelyek azonban nem vezettek eredményre. Megállapítható, hogy ahol már korábban is viszonylag kedvezően alakult a menetrend, ott nem okoz problémát az intézmény megközelítése, máshol viszont nem sikerült kedvező módosításokat elérni. Több olyan járóbeteg-szakrendelő szerepel az esettanulmányok között, ahonnan egyes délutáni-esti szakrendelésekről a környező falvakból érkező betegek nem tudnak busszal hazamenni. A távolabbi településekről, tanyákról érkező betegek számára az ellátó intézmények általában igyekeznek olyan időpontot adni (az előjegyzés során), amely lehetővé teszi, hogy közösségi közlekedéssel haza tudjanak utazni.

A közösségi közlekedésen kívül tanyagondnoki járművek, illetve falubuszok is részt vesznek a betegek szakorvosi vizsgálatra történő eljuttatásában, és természetesen a betegszállítás is rendelkezésre áll. Ezek azonban a betegek számára nehezen tervezhető és rugalmatlan szállítási módok.

Az egyik fejlesztett intézményben talákoztunk olyan beteggel, aki betegszállítóval érkezett a vizsgálatra. 12.50-re kapott időpontot az egyik rendelésre. A beteget a szállítók reggel fél 8-kor vették fel otthonából. A szakrendelőbe 10 órára érkeztek meg vele, ahol még csaknem 3 órát várákozott az ortopédiai vizsgálatra, amelyre pontosan hívták be. Hazaszállítását a betegszállító tudta vállalni kapacitáshiány miatt. A beteg a hazautazást egy olyan busszal tudta megoldani, amelyre még körülbelül 2 órát kellett várnia, és a lakhelyével szomszédos faluig tud utazni. Onnan még 3 km gyaloglással tudott végül otthonába hazajutni az egyébként botal közlekedő beteg.

Volt példa arra is, hogy a közösségi közlekedés jellemző irányai és eltérő menetsűrűsége miatt egy-egy településről a korábban is igénybe vett megyeszékhely ellátóját rövidebb idő alatt „meg lehet járni”, mint a földrajzilag közelebb lévő új kistérségi központot.

A tapasztalatok alapján az jelenthető ki, hogy számos olyan kistérség és település van, ahol az új kistérségi rendelő az igénybevételre fordítandó teljes (utazással, várákozással együtt értendő) időt lényegében nem volt képes csökkenteni azok számára, akik nem egyénileg (gépjárművel), hanem tömegközlekedési eszközökkel közelítik meg a helyszínt.

2.1.3. A kapacitások megfelelősége

Értékelési kérdés (2.1.3):

A fejlesztések által érintett intézményekben elégséges kapacitásban állnak-e rendelkezésre az ellátások?

A megvizsgált intézmények nagy része a számára biztosított TVK-t kihasználja, és a korábban tervezettnél rövidebb „felfutási” időszak után érte el jelenlegi kihasználtsági fokát. A lakossági véleményfelmérés során jellemzően pozitív visszajelzéseket, elégedettséget regisztráltunk. Az intímabb vagy régóta fennálló orvos-beteg kapcsolatok fennmaradtak ugyan a korábbi ellátóval, de a helyi betegek nagy többsége a fejlesztett intézményeket veszi igénybe. A megyeszékhelyek „elszívó hatása” is érvényesül még valamennyire.

A házi orvosok részéről intézményenként egy-két hiányzó szakma merült fel, bár ezek telepítése ezen az ellátási szinten nem jellemző (pl. érsebészet) vagy hagyományosan hiányszakmának tekinthető (pl. endokrinológia). Ennek kapcsán jegyezzük meg, hogy az intézmények részéről is tapasztalható az a törekvés, hogy az általános alapszakmák rendeléseit speciálisabb tartalommal töltsék fel, például

általános gyermekgyógyászat helyett gyermekpulmonológiai fókuszú ellátást vagy belgyógyászat helyett gastroenterológiai vagy endokrinológiai szakrendelést nyújtsanak. (A szakrendeléseként működtetett általános gyermekgyógyászat iránti igény a kistérségi központokban jellemzően elérhető gyermek-háziorvosi szolgálatok léte miatt is alacsony.) Ezek a módosítások azonban a fenntartási kötelezettségek miatt nehezen kivitelezhetőek.

A szakemberek felvétele eltérő nehézséget okoz(ott). Volt olyan pályázó, aki már a tervezési fázisban elvetette olyan szakma kialakítását, amelyre ugyan lenne igény, de hiányszakma, így aligha talált volna orvost az állás betöltésére.

A kapacitások kihasználtságát az OEP-től kapott részletes igénybevételi adatokon vizsgáltuk. A kapacitások kihasználtságának természetes viszonyítási csoportja a nem megyeszékhelyen (és nem Közép-Magyarországon) működő rendelőintézetek köre – illetve ezek közül is a kisebbek. A 13. táblázat mutatja ugyanis, hogy egy átlagos TIOP 2.1.2. fejlesztés lényegesen kevesebb órászámmal rendelkezik, mint a nem megyeszékhelyen levő, az adott szakmacsoportban működő rendelőintézetek általában. Például az átlagos heti szakorvosi óraszám a belgyógyászat esetében 23 óra, a sebészet és szülészeti-nőgyógyászat esetében 19-20 óra, míg egy átlagos nem megyeszékhelyi rendelőintézetben ezeknek két-háromszorosa. Az átlagos gyermekgyógyászati óraszám pedig csupán 7, ráadásul három településen (Gönc, Sellye és Tab) a finanszírozási engedély ellenére praktikusán nincs gyermekgyógyászat, mert a házi gyermekorvos jelenléte esetén a gyermekgyógyászati szakrendelésre sok esetben nem mutatkozik igény. Az új fejlesztések tehát kicsi – de nem extrém kisméretű – szolgáltatók.

13. táblázat: Szakorvosi óraszám és kihasználtság a TIOP 2.1.2. intézmények és a nem megyeszékhelyen működő hasonló intézmények (nem nappali) járóbeteg-osztályain

	Átlagos heti szakorvosi óraszám		Átlagos kihasználtság (eset / szakorvosi óra)			Súlyozott átlagos kihasználtság (eset / szakorvosi óra)		
	TIOP 2.1.2.	Nem megyeszékhely	TIOP 2.1.2.	Nem megyeszékhely	Kicsi, nem megyeszékhely	TIOP 2.1.2.	Nem megyeszékhely	Kicsi, nem megyeszékhely
Belgyógyászat	23,1	74,2	2,56	2,74	2,36	2,67	2,80	2,44
Sebészet	19,3	41,2	2,72	4,44	4,33	2,66	4,23	4,65
Traumatológia	10,5	40,3	3,10	4,74	4,39	3,07	4,91	4,23
Szülészeti-nőgyógyászat	20,2	39,9	3,22	4,50	4,68	3,09	4,37	4,85
Gyermekgyógyászat	6,9	34,3	1,55	1,78	1,59	1,35	1,84	1,54
Fül-orr-gégészet	10,9	33,7	3,70	4,35	4,25	3,39	4,18	4,33
Szemészet	14,7	37,9	2,94	3,67	3,48	2,84	3,63	3,37
Bőrgyógyászat	10,1	29,8	4,75	4,46	5,02	4,57	3,92	4,57
Ideggyógyászat	9,8	30,1	3,53	3,34	3,78	3,63	3,08	3,72
Ortopédia	5,9	13,8	3,99	3,98	4,14	3,63	3,79	4,02
Urológia	6,0	17,9	3,17	4,65	5,05	3,12	4,46	4,69
Reumatológia	15,3	33,0	25,46	15,57	17,96	23,35	13,73	17,06
Elmegyógyászat	13,4	53,2	2,47	2,92	3,00	2,46	2,80	2,72
Tüdőgyógyászat	12,8	45,0	2,20	3,93	3,29	2,15	4,22	3,42
Kardiológia	10,8	32,6	2,10	3,16	2,97	2,11	3,30	2,96

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Az átlagos óraszám azon intézmények átlagára vonatkozik, ahol működik az adott szakmacsoportba tartozó ellátás. Az átlagos kihasználtságot a nappali kórházi ellátások nélküli esetszám és óraszám arányaként határoztuk meg, minden mutatót heti frekvenciára hozva. A számításokat súlyozatlanul és az órászámmal súlyozva is elkészítettük (utóbbi esetben a nagyobb órászámú intézmények az átlagban nagyobb súlyt kapnak). Az adatok a 2012. május és augusztus közötti időszakra vonatkoznak, a baktalórántházai fejlesztés kihagyásával.

A 13. táblázat mutatja a 2012 májusa és augusztusa közötti időszakra általunk számolt kihasználtsági mutatókat (az egy rendelt órára jutó átlagos esetszámot) a TIOP 2.1.2. fejlesztések esetében.¹⁶ Látható, hogy az új intézmények kihasználtsága a belgyógyászat szakmacsoportban nem marad el a

¹⁶ A kihasználtsági mutatók számításakor kihagytuk a baktalórántházai fejlesztést, mivel az 2012. május 1-jén indult el, és adataink csak 2012 augusztusig álltak rendelkezésre. Az összes többi fejlesztés 2012 májusában már legalább három hónapja működött.

többi hasonló intézményétől, viszont sebészet és szülészet-nőgyógyászat szakmákban 30-40%-kal alacsonyabb, és más szakmákban is inkább kisebb a kihasználtság a többi városi rendelőintézethez képest. (Kivételek a reumatológia, de ott az eredményeket a nem szakorvosi órák torzíthatják.) Természetesen elképzelhető, hogy ez az elmaradás annak köszönhető, hogy egy nagyobb óraszámú rendelkező osztályon jobban lehet szervezni a betegeket, rendeléseket. Ennek ellenőrzéseként összehasonlítottuk a mutatókat a nem megyeszékhelyeken működő „kis” ellátóhelyek adataival. (Egy ellátóhelyet „kicsinek” tekintettünk, ha szakorvosi óraszámja nem haladja meg az adott szakmában a maximális óraszámú TIOP 2.1.2. fejlesztését. A belgyógyászat esetében ez például 72 szakorvosi órát jelentett.) Látható az adatokból, hogy ezek a kicsi ellátóhelyek is hasonló kihasználtsággal dolgoznak, mint a többi nem megyeszékhelyi szolgáltató, tehát nem a szolgáltatómérettel függ össze a TIOP 2.1.2. fejlesztések enyhén kisebb kihasználtsága. Elképzelhető persze az is, hogy a vizsgált szolgáltatók még az indulás utáni felfutási periódusban vannak – bár a felfutási periódus a korábbiak szerint nem annyira jelentős, és a számításokhoz csak azokat a szolgáltatókat használtuk, amelyek már legalább három hónapja működtek az időszak kezdetén.

14. táblázat: Szakorvosi óraszám és kihasználtság a TIOP 2.1.3. és ROP intézmények és a nem megyeszékhelyen működő intézmények (nem nappali) járóbeteg-osztályain

	Átlagos heti szakorvosi óraszám			Átlagos kihasználtság (eset / szakorvosi óra)			Súlyozott átlagos kihasználtság (eset / szakorvosi óra)		
	TIOP 2.1.3.	ROP	Nem megyeszékhely	TIOP 2.1.3.	ROP	Nem megyeszékhely	TIOP 2.1.3.	ROP	Nem megyeszékhely
Belgyógyászat	127,0	108,3	74,2	2,25	1,94	2,74	1,73	1,71	2,80
Sebészet	72,7	53,2	41,2	3,11	2,80	4,44	2,46	2,23	4,23
Traumatológia	64,3	59,7	40,3	3,85	2,54	4,74	1,87	2,12	4,91
Szülészet-nőgyógyászat	57,6	65,9	39,9	3,13	3,07	4,50	1,94	2,45	4,37
Gyermekgyógyászat	99,6	66,0	34,3	1,30	1,09	1,78	1,37	1,23	1,84
Fül-orr-gégészlet	49,5	47,7	33,7	2,88	3,18	4,35	1,82	2,14	4,18
Szemészet	57,8	51,4	37,9	2,39	2,59	3,67	1,70	2,01	3,63
Bőrgyógyászat	33,7	42,0	29,8	3,30	3,00	4,46	2,19	2,08	3,92
Ideggyógyászat	45,9	46,1	30,1	1,94	2,92	3,34	1,23	1,70	3,08
Ortopédia	25,8	22,8	13,8	3,41	2,52	3,98	1,74	1,76	3,79
Urológia	31,4	30,9	17,9	3,19	2,26	4,65	1,99	1,85	4,46
Reumatológia	47,7	42,9	33,0	19,85	11,32	15,57	9,00	7,99	13,73
Elmegyógyászat	70,0	84,2	53,2	2,20	2,45	2,92	1,18	1,59	2,80
Tüdőgyógyászat	78,1	64,9	45,0	3,60	2,25	3,93	3,19	1,98	4,22
Kardiológia	58,1	48,7	32,6	2,55	1,80	3,16	1,81	1,48	3,30

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Az átlagos óraszám azon intézmények átlagára vonatkozik, ahol működik az adott szakmacsoportba tartozó ellátás. Az átlagos kihasználtságot a nappali kórházi ellátások nélküli esetszám és óraszám arányaként határoztuk meg, minden mutatót heti frekvenciára hozva. A számításokat súlyozatlanul és az órással súlyozva is elkészítettük (utóbbi esetben a nagyobb óraszámú intézmények az átlagban nagyobb súlyt kapnak). Az adatok a 2012. május és augusztus közötti időszakra vonatkoznak.

A TIOP 2.1.2. fejlesztésekkel ellentétben, a TIOP 2.1.3. és ROP fejlesztések átlagos heti óraszámja (14. táblázat) rendre meghaladja a nem megyeszékhelyen található intézmények átlagos heti órásszámát. Vélhetően ez annak tudható be, hogy ezen fejlesztések között jelentős számban szerepelnek kórházakhoz tartozó járóbeteg-ellátó központok. A szakorvosi órásszám a TIOP 2.1.3. fejlesztések esetében általában magasabb, mint a ROP fejlesztések esetében, néhány kivétellel, mint például a szülészet-nőgyógyászat, a bőrgyógyászat és az elmeorvosászat. A kihasználtsági mutatókat illetően megállapíthatjuk, hogy a tárgyalt két fejlesztési típus a TIOP 2.1.2.-es intézményeihez hasonlóan szinte valamennyi szakmában elmarad a nem megyeszékhelyeken található intézmények átlagos kihasználtsági rátáitól. A TIOP 2.1.2. kapcsán tett megállapítás, mely szerint nem a szolgáltató méretével függ össze a kihasználtság, itt is érvényes lehet, hiszen mint említettük, a TIOP 2.1.3-as fejlesztések kórházi rendelőintézeteket céloztak meg. Ennek fényében különösen figyelemre méltó, hogy egy átlagos nem megyeszékhelyen működő intézmény jobb kihasználtsággal üzemel, mint egy átlagos fejlesztett intézmény.

A kapacitások megfelelőségének vizsgálatakor érdemes azt is elemezni, hogy az intézmények inkább a saját kistérségük, vagy más kistérségek lakosságát szolgálják-e ki. A 15. táblázat mutatja, hogy a TIOP 2.1.2. keretében újonnan felépített járóbeteg-ellátó központokban mekkora az éves esetszám, valamint azt, hogy az összes eset milyen arányban oszlik meg a saját kistérségből származó illetve az azon kívülről jövő esetek között. Az új intézmények összesen becsülhetően évi 1 milliós esetszámmal üzemelnek, melynek 90%-a a saját kistérségből kerül ki. A saját kistérségekből származó esetarány nem szóródik lényegesen szakmánként. A leginkább saját kistérségbelieket ellátó szakma az ideggyógyászat és a röntgen, valamint az alapszakmák közül a belgyógyászat, amelyek több mint 90%-ban saját kistérségbeli eseteket látnak el. A legtöbb kistérségen kívülről érkező eset egyértelműen és kiugróan a gyermekgyógyászat esetében van, ahol az esetek közel 30%-a nem az intézmény kistérségéből érkezik. Ebből arra lehet következtetni, hogy azok, akik speciálisan gyermekgyógyászati szakrendelést kívánnak igénybe venni, hajlandóak többet utazni és a kistérségükön kívül ellátást keresni. Ennek egyik oka lehet az általános hiány gyermekorvosi ellátásban a fejlesztett kistérségek vonzáskörzetében.

15. táblázat TIOP 2.1.2. fejlesztett intézmények (nem nappali és nappali együtt) járóbeteg osztályainak éves összes és saját kistérségből érkező esete

	Intézmények összes esete	Saját kistérségből érkező esetek	Saját kistérségből származó esetarány
Belgyógyászat	62049	56409	90,9%
Sebészet	49623	44181	89,0%
Traumatológia	10173	9168	90,1%
Szülészeti-nőgyógyászat	61644	54558	88,5%
Gyermekgyógyászat	8073	5715	70,8%
Fül-orr-gégészeti	35097	29622	84,4%
Szemészet	42456	36780	86,6%
Bőrgyógyászat	42753	36876	86,3%
Ideggyógyászat	37035	34083	92,0%
Ortopédia	18423	15792	85,7%
Urológia	16386	14931	91,1%
Reumatológia	356790	320376	89,8%
Elmegyógyászat	31491	26424	83,9%
Tüdőgyógyászat	20085	17991	89,6%
Kardiológia	20517	17709	86,3%
Labordiagnosztika	126321	112752	89,3%
Röntgen	64761	59049	91,2%
Ultrahang	39657	32256	81,3%
Összes szakma	1043334	924672	88,6%

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: A becslés a 2012. május és augusztus közötti időszak adatai alapján számolt éves forgalom becslése, a baktalórántházi fejlesztés kihagyásával.

2.1.4. Az igénybevétel jellemzői

2.1.4.i A fejlesztett járóbeteg-szakellátó igénybevétele a helyi betegek körében

Értékelési kérdés (2.1.4.i):
A fejlesztések által érintett területek lakossága milyen arányban veszi igénybe a létrehozott vagy a fejlesztés által érintett ellátási kapacitásokat?

Az újonnan létrehozott intézmények esetében a helyi interjúalanyok szerint jellemző, hogy a betegek nagy része az új szakrendelőt veszi igénybe a korábbi ellátó helyett: az esettanulmányok készítése során felkeresett házi orvosok 80-90%-ra becsülték az átterelődési arányt. A korábbi ellátóhoz történő ragaszkodás elsősorban az olyan szakmákban figyelhető meg, amelyekben az orvos és a beteg közötti viszony különösen bizalmas: ilyen a nőgyógyászat, az urológia-andrológia vagy a pszichiátria.

A statisztikai vizsgálat eredményei ennél alacsonyabb átterelődési arányokra utalnak. Mint a 16. táblázat mutatja, a fejlesztett kistérségek lakosai átlagosan a belgyógyászatot csak 35%-ban, a

sebészetet és a szülészet-nőgyógyászatot 40-45%-ban, míg a gyermekgyógyászatot ennél kisebb arányban választják saját kistérségükön belül – ezekben a szakmákban tehát 2012 májusa és augusztusa között az enyhe többség még mindig a kistérségen kívüli szolgáltatót vette igénybe. Ugyanakkor a kistérségek között nagy a szóródás ebben a tekintetben: a táblázat szerint van olyan kistérség és alapszakma, ahol már most (a 2012. május és augusztus közötti időszakban) megvalósult a 80%-os arány. A nagy kistérségi heterogenitásnak az lehet az oka, hogy – mint a 9. táblázatban láttuk – egyes kistérségek egésze, más kistérségeknek csak egyes részei értek el nagy időnyereséget a fejlesztés által. A területi ellátási kötelezettségek sem mindig esnek egybe a kistérségi határokkal, ami szintén módosíthatja az eredményeket. Ezen hipotézisek ellenőrzésére a táblázat tartalmazza a kistérségi központok lakosaira vonatkozó adatokat is (tehát azt, hogy a kistérségi központok irányítószámán lakók milyen arányban vették igénybe saját kistérségükben az ellátást 2012 májusa és augusztusa között). Mivel a fejlesztések – egy kivétellel – a kistérségi központokba települtek, itt nagyobb arányokat várunk. Ez így is van, a sebészet és a szülészet-nőgyógyászat esetén például 65% körüli átlagos arányokkal találkozunk, és van olyan kistérségi központ is, ahol az arányok a 90%-ot közelítik.

Viszont a gyermekgyógyászatban az új intézményekbe való átáramlás még a kistérségi központok lakosai körében is kevesebb, mint 20%. Ez azzal lehet magyarázható, hogy a házi gyermekorvosi ellátás rendelkezésre állása esetén a gyermekgyógyászati szakrendelés specializáltabb formáira van igény, amely továbbra is inkább a nagyobb központokban áll rendelkezésre. Ezenkívül a gyermekgyógyászatban aránylag nagy szerepe van az orvos-beteg kapcsolatnak, ami szintén a betegutak stabilitása irányába hat.

16. táblázat: A saját kistérségben igénybe vett esetek aránya az összes eset között a fejlesztéssel érintett kistérségek lakói körében (%)

	Kistérségek lakói			Kistérségi központok lakói		
	Átlag	Minimum	Maximum	Átlag	Minimum	Maximum
Belgyógyászat	35,8	13,7	68,9	55,0	18,9	77,8
Sebészet	43,8	14,3	65,3	64,4	32,2	83,4
Szülészet-nőgyógyászat	43,9	17,0	80,1	64,2	22,8	87,5
Gyermekgyógyászat	11,6	1,2	35,4	18,7	3,0	49,8

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Az adatok a 2012 május és augusztus közötti időszakra vonatkoznak, a baktalórántházi fejlesztés kihagyásával. Átlag: fejlesztett kistérségek lakóira átlagosan, minimum és maximum: szélsőértékek.

A fenti kérdéshez kapcsolódva a 17. táblázat mutatja a TIOP 2.1.2. konstrukcióban fejlesztett kistérségek lakóinak a saját kistérségükön belülre, más nem megyeszékhely kistérségekbe és a megyeszékhelyekre irányuló betegforgalmának alakulását 2010 és 2012 között a négy alapszakmában. Látható, hogy a belgyógyászatban, a sebészetben és a nőgyógyászatban a kistérségen kívülre, de nem megyeszékhelyre irányuló esetszám 20-35%-kal, a megyeszékhelyre irányuló esetszám viszont csupán 6-13%-kal esett vissza. Ez arra utal, hogy a szomszédos kistérségek rendelőintézetéből áramlott át a betegforgalom nagy része, míg a jellemzően megyeszékhelyen levő, specializáltabb szakrendelések igénybevétele kevésbé változott. Másrészt az eredmény – kisebb részben – annak a technikai következménye is lehet, hogy az állandó lakhellyel a kistérségben élő, de átmenetileg máshol (főleg megyeszékhelyen) tanuló vagy dolgozó betegek a fejlesztés előtt és után is a megyeszékhelyek ellátóhelyeit vették igénybe. A specializáltabb szakmák felé történő továbbküldési mintázatok egyéni szintű járóbeteg-adatok rendelkezésre állása esetén lennének részletesebben vizsgálhatók.

A gyermekgyógyászatban a kistérségen kívülre irányuló esetszám csak kissé csökkent – nyilván nem függetlenül attól, hogy ez utóbbi szakmacsoportban volt eddig a legcsekélyebb az új szolgáltatókhoz való átáramlás. Az is látszik a táblázatból, hogy a lakosság által igénybe vett összesetszám emelkedett, ennek részletesebb, kontrollcsoportos vizsgálatát a 2.2.1.ii. alfejezet tartalmazza.

17. táblázat: A kistérségen belülről és kívülről irányuló betegforgalom alakulása a TIOP 2.1.2. fejlesztési helyszíneken 2010 és 2012 között

	Átlag	Kistérségen belülről		Kistérségen kívülről de nem megyeszékhelyre			Megyeszékhelyre		
		Eset	Vált.	Eset	Vált.	Vált. (%)	Eset	Vált.	Vált. (%)
Belgyógyászat	2010. V-VIII.	1327	16529	16441	-3625	-22,0	21614	-2511	-11,6
	2012. V-VIII.	17856		12816			19103		
Sebészet	2010. V-VIII.	47	14303	11869	-4223	-35,6	11411	-672	-5,9
	2012. V-VIII.	14350		7646			10739		
Szülészeti-nőgyógyászat	2010. V-VIII.	5205	12749	11811	-2385	-20,2	15542	-2031	-13,1
	2012. V-VIII.	17954		9426			13511		
Gyermekgyógyászat	2010. V-VIII.	58	1671	3884	-391	-10,1	12980	-1035	-8,0
	2012. V-VIII.	1729		3493			11945		

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Az adatok a 2012 májusa és augusztusa közötti időszakra vonatkoznak, és a baktalórántházai fejlesztés kivételével az összes TIOP 2.1.2. fejlesztési helyszín esetadatait tartalmazzák.

A közelebbi, új/fejlesztett ellátó megközelítése a betegek számára gyorsabb és olcsóbb (különösen a megyeszékhelyekkel szemben felmerülő előny a könnyebb és ingyenes parkolás), a várakozási idő (várólista) pedig rendszerint (jóval) rövidebb. Ha továbbra is a korábbi ellátóhelyre járnak, akkor annak többnyire egy régi (akár több évtizedes) orvos-beteg kapcsolat az oka. Egyik háziorvos interjúalanyunk véleménye szerint ezeket a betegigényeket méltányolni kell, hiszen bizalmi kapcsolatokról van szó.

A legtöbb intézmény az ellátási területén kívülről érkező betegeket is ellát. A TEK-en kívüli betegek sokszor rokonuktól, szomszédjuktól hallanak az új rendelőről. Az általunk megkérdezett betegek túlnyomó többsége elégedett az ellátással.

A járóbeteg-ellátó és az alapellátás szereplői közötti szakmai és informális kapcsolat is meghatározó a betegutak szempontjából. Az esettanulmányok során mind pozitív, mind negatív példával talákoztunk. Ebből a szempontból azokat a projekteket tekinthetjük sikeresnek, ahol nagy hangsúlyt fektettek a beutaló orvosok (háziorvosok) tájékoztatására (például olyan rendezvényeket szerveztek, amelyeken az alapellátásban dolgozók megismerhették a járóbeteg-ellátó szakorvosait; a háziorvosoknak részletes tájékoztatást küldtek a rendelési időkről, stb.). Előfordul ugyanakkor olyan példa is, ahol egy-egy háziorvos kifejezetten nem preferálja az új rendelőbe való betegküldést, és a saját korábbi beutalási rendjéhez ragaszkodik.

2.1.4.ii Megközelíthetőség fogyatékkal élők számára

Értékelési kérdés (2.1.4.ii):

Elérhetőek-e a kiépített/fejlesztett szolgáltatások a fogyatékkal élők számára?

Az újonnan épült, illetve fejlesztett épületek mindegyike (a pályázati követelményeknek megfelelően) akadálymentes. A mozgásukban korlátozottak számára mind az épületbe bejutás, mind az épületen belüli közlekedés lehetséges. A fejlesztéssel érintett többszintes rendelőépületek mindegyikében lift üzemel.

A fogyatékkal élők, mozgásukban korlátozottak, babakocsival közlekedők stb. számára azonban az épületek akadálymentes megközelítése nem biztosított. Mivel alacsonypadlós buszjáratok a helyközi közlekedésben csak elvétve fordulnak elő, a fogyatékkal élő betegek tömegközlekedéssel nem tudnak eljutni az érintett szakrendelőbe. Egyes kistérségekben a falubuszok, a szociális szolgálat vagy esetenként maga a háziorvos oldja meg a mozgáskorlátozott betegek elszállítását a szakrendelőbe.

2.1.4.iii A járóbeteg-szakellátás igénybevétele

**Értékelési kérdés (2.1.4.iii):
Az ellátási területre eső kártyaszám mekkora hányada vette igénybe az új szolgáltatást?**

A leíró elemzés végén megvizsgáltuk azt is, hogy a TIOP 2.1.2. keretében fejlesztett intézmények saját kistérségből érkező évi kb. 900 ezres esetszáma hogyan aránylik a kistérségi lakosok kártyaszámához. (Mint azt később részletesen bemutatjuk, a területi ellátási kötelezettség több mint 80%-ban átfed a fejlesztés kistérségével, ezért itt az összehasonlíthatóság érdekében az ellátási területet az intézmény kistérségével definiáljuk.) A 18. táblázat szerint éves szinten mintegy 213, az adott intézményben ellátott eset jut 100 kistérségi lakosra, és ennek több mint egyharmada reumatológiai. Azt egyéni szintű járóbeteg-adatok hiányában nem tudjuk meghatározni, hogy ez az esetszám hány különböző beteget jelentett egy év folyamán.

18. táblázat: 100 lakosra jutó, az adott kistérségből származó esetszám a TIOP 2.1.2. fejlesztett intézményekben

	100 lakosra jutó esetszám
Belgyógyászat	13,0
Sebészet	10,2
Traumatológia	2,1
Szülészet-nőgyógyászat	12,6
Gyermekgyógyászat	1,3
Fül-orr-gégészet	6,8
Szemészet	8,5
Bőrgyógyászat	8,5
Ideggyógyászat	7,9
Ortopédia	3,6
Urológia	3,4
Reumatológia	73,9
Elmegyógyászat	6,1
Tüdőgyógyászat	4,1
Kardiológia	4,1
Labordiagnosztika	26,0
Röntgen	13,6
Ultrahang	7,4
Összes szakmára	213,3

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Egy évre vetített adatok 2012 májusa és augusztusa közötti időszakos adatok alapján, nappali és nem nappali ellátás együtt az intézmény kistérségének népességével osztva.

2.2. Rövid távú hatások

Ebben az alfejezetben a korábban ismertetett hatásvizsgálati eljárásokat alkalmazzuk a fejlesztéseknek az ellátórendszer igénybevételére, a keresőképtelenségben töltött időre, a háziorvosi indikátorrendszer mutatóira és az utazási időre kifejtett hatásainak becsléséhez. Az ökonometriai hatásbecsléseken túl a 2.5 számú melléklet mutatja be, speciálisan hogyan alakultak az itt használt mutatószámok az általános értékelésben interjúzott kistérségekben.

2.2.1. (Egészség)gazdasági hatások

2.2.1.ii Az ellátórendszer igénybevételének változása¹⁷

Értékelési kérdés (2.2.1.ii):

¹⁷ A kvantitatív értékelés logikájának megfelelően megcseréltük a 2.2.1.ii. és 2.2.1.i. alfejezetek sorrendjét.

A konstrukció hatására mennyivel nőtt az ellátórendszer igénybevétele?

A fejlesztést megvalósító kistérségekben a többletkapacitások létrehozásának egyik oka az átlagosnál alacsonyabb igénybevétel volt. A fejlesztett, illetve új intézmények esetén feltételezzük, hogy az igényekhez való igazodás miatt nő az érintett terület lakosságának igénybevétele. A növekedésnek korlátot jelent természetesen az intézmény számára meghatározott teljesítményvolumen-korlát, amelyet az új intézmények számára az országos átlagnak megfelelő esetszámok alapján állapítottak meg. A fejlesztés hatására tehát hipotézisünk szerint az átlaghoz közeledett a lakossági igénybevétel a korábban attól elmaradó térségekben.

A többlet-igénybevétel nem csupán a fejlesztett járóbeteg-ellátóban, hanem különböző ellátási szinteken jelentkezik:

- a működés beindulásakor pusztán a kínálat megjelenése keresletet generálhat a betegek részéről – az esettanulmányok készítése során azonban nem kaptunk olyan visszajelzést, hogy megnőtt volna az ellátórendszer „indokolatlan” igénybevétele;
- az elérhetőség javulása miatt nő a diagnosztika, a szakrendelések, gondozók és fizioterápiás kezelések, egynapos ellátások igénybevétele (az új intézményben);
- a diagnosztika elérhetőségének javulása a felismert (és korán felismert) betegségek számának növekedése miatt hat mind a járóbeteg-, mind a fekvőbeteg-ellátás igénybevételére, ugyanakkor hosszabb távon a jobb kiszűrés és a magasabb progresszivitási szintű ellátás kiváltására alkalmas ellátások telepítése egy ezzel ellentétes irányú átrendeződést (csökkenést) is indukál (ha rendelkezésre áll megfelelő kapacitás);
- nő a gondozott krónikus betegek száma, akik rendszeresen igénybe veszik az ellátást; a szakrendelések elérhetőségének javulása visszahat a házi orvosoknál jelentkező betegforgalomra is: a szakorvosi javaslattal házi orvosok gondozásában részesülő krónikus betegek száma nő (mindezt az esettanulmányok során készített házi orvosok is megerősítették).

A TIOP 2.1.2., 2.1.3. és ROP fejlesztések a kapacitások emelésén (a kínálati oldalon) keresztül befolyásolhatták a járóbeteg-ellátórendszer igénybevételét. Így az utólagos hatásvizsgálat eredményei önmagukban is érdekesek: abba engednek betekintést, hogy a kínálati oldali tényezők milyen jelentőségűek ma Magyarországon az ellátórendszer igénybevételének meghatározásában.

A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatására az érintett kistérségekben a járóbeteg-ellátási kapacitások az elenyésző szintről a nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely átlag közelébe emelkedtek. Emellett a TIOP 2.1.3. és a ROP konstrukciók helyszínein is 15-20%-kal emelkedett a kapacitás 2009 és 2012 között. Mindeközben a nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek összesített óraszámában lényegében szinten maradt, tehát a kapacitások változásának hatását jól tudjuk mérni a három fejlesztés vizsgálatával.

Mint a statisztikai-ökonometriai módszertan leírásában szerepel, a fejlesztéseknek az ellátórendszer igénybevételére kifejtett hatását nem tudjuk meghatározni a fejlesztések utáni és előtti igénybevétel nyers összehasonlításával, hiszen lehetnek olyan egyéb tényezők, amelyek a vizsgált időszakban az adott kistérségekben az igénybevételt szintén befolyásolták. Az egyéb tényezők kiszűrését párosításos különbségek különbsége módszerrel és panelregressziós fixhatás-becsléssel is elvégezzük.

A TIOP 2.1.2. konstrukció hatása

Tekintsük először a TIOP 2.1.2. konstrukciót. Mivel a hozzáférés változása itt volt a legerősebb, ezért itt várjuk a legnagyobb hatást is. A 19. táblázat mutatja a becsült hatást összesen és szakmacsoportokra lebontva. Az első három oszlop a párosításos különbségek különbsége módszer eredményét mutatja: a fejlesztett és kontroll kistérségek esetszámainak változását, valamint ezek különbségeként a hatás becslését. A következő oszlopok a panelregressziós eredményeket

tartalmazzák: a hatás becslését, a standard hibát és azt, hogy az adott szakmacsoport hatása az átlagos (összes szakmára számított) hatáshoz képest szignifikánsan nagyobb vagy kisebb.

19. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása a (nem nappali) járóbeteg-esetszámra

	Párosításos DID			Fixhatás-panelregresszió		
	Kezelt vált. (%)	Kontroll vált. (%)	Hatás (%)	Hatás (%)	St.hiba	Átlaghoz képest
Összes szakmára	30,7	2,6	28,0	26,7 ***	2,8	
Belgyógyászat	13,7	2,6	10,6	14,2 ***	4,2	-
Sebészet	38,2	0,0	38,1	39,7 ***	5,2	+
Traumatológia	20,3	-2,1	22,9	19,0 **	8,0	
Szülészeti-nőgyógyászat	24,4	4,6	19,0	22,5 ***	4,1	
Gyermekgyógyászat	-1,7	-3,9	2,3	5,3	4,5	-
Fül-orr-gégészet	19,9	-6,5	28,2	32,0 ***	6,8	
Szemészet	30,0	1,9	27,5	34,3 ***	3,1	+
Bőrgyógyászat	36,0	-2,6	39,6	39,1 ***	8,8	
Ideggyógyászat	32,3	1,8	30,0	28,1 ***	4,1	
Ortopédia	36,5	20,3	13,4	40,6 ***	4,6	+
Urológia	22,2	9,8	11,3	20,2 ***	3,8	
Reumatológia	83,0	0,5	82,0	88,3 ***	16,8	+
Elmegyógyászat	17,9	2,1	15,4	16,1 ***	3,9	-
Tüdőgyógyászat	-16,1	-33,4	25,9	-1,3	5,3	-
Kardiológia	24,4	5,2	18,2	31,0 ***	7,7	
Labor	21,9	9,9	10,9	14,5 *	7,9	
Röntgen	34,2	5,3	27,4	25,9 ***	3,9	
Ultrahang	20,3	8,3	11,1	19,0 ***	4,9	

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

„Átlaghoz képest”: az adott szakmacsoport igénybevételének változása szignifikánsan nagyobb (+) vagy kisebb (-) az összes szakmára vonatkozó becsléshez képest

Megjegyzés: A párosításos módszer esetén a becslések 2012. május – augusztus és 2010 azonos időszakának összehasonlítására vonatkoznak.

A panelregressziós fixhatás-becslésekben az adatok: havi esetszám-adatok az igénybevevő lakóhelyének kistérsége szerint (nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek) 2008. január és 2012. augusztus között. Független változó: log (esetszám); kontrolláltunk trendre, szezonáltságra, kistérség munkanélküliségi rátájára, többi (TIOP 2.1.3., ROP) fejlesztésre. A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

A járóbeteg-ellátáshoz való közvetlen hozzáférés megteremtésének eredményeként az összes (nem nappali) járóbeteg esetek száma kb. 25-30%-kal, minden szokásos szinten statisztikailag szignifikánsan emelkedett. Ennél szignifikánsan még magasabb volt a hatás a reumatológia, ortopédia, sebészet és szemészet szakmacsoportokban (a reumatológia esetében majdnem 90%), ami nem meglepő, hiszen ezek közül az első három szakmában különösen magas a távoli szakrendelés elérésének „kényelmi” költsége. Az átlagos 27%-nál szignifikánsan kisebb, de még mindig pozitív volt a hatás a belgyógyászat és elmeorvosok esetében, míg a gyermekgyógyászat és a tüdőgyógyászat esetén nem mértünk szignifikáns hatást.¹⁸ A gyermekgyógyászat esetében az eredmény nem meglepő, hiszen – mint már említettük – nem volt jelentősebb áttérő az új szolgáltatók felé. A becslések megbízhatóságát¹⁹ mutatja, hogy – a tüdőgyógyászat kivételével – a párosításos és a fixhatás eljárás nagyon közeli eredményt adott, pedig eltérő becslési stratégiát használnak.²⁰

¹⁸ A tüdőgyógyászat esetében a párosításos módszer pozitív hatást mért.

¹⁹ A hatásvizsgálati irodalomban elterjedt szóhasználat: a mérési stratégia „belső validitását”

²⁰ Például a párosításos eljárás a fejlesztések indulási idejétől függetlenül a 2012. május – augusztusi időszakot hasonlítja össze 2010 ugyanezen időszakával, míg a fixhatás-becslés figyelembe veszi az eltérő indulási időket. A mérési stratégia megalapozottságára utal az

A fenti vizsgálatot elvégeztük az esetek finanszírozási igényét mérő német pontokkal is. Az összes szakmára vonatkozó átlagos hatás itt 20%-nak adódott, azaz hasonló (bár kicsit alacsonyabb) volt az esetszámoknál mért hatáshoz képest. Ez azt jelenti, hogy érdemi elmozdulás az átlagos ellátott eset erőforrás-igényessége (német pont / eset) nem következett be a fejlesztés hatására. A szakmánkénti vizsgálat eredményei is hasonlóak az esetszámoknál látottakhoz: a legnagyobb emelkedés a reumatológiában, kardiológiában és bőrgyógyászatban volt, míg nem volt szignifikáns pontszám-emelkedés a gyermekgyógyászatban, a tüdőgyógyászatban és a laborvizsgálatokban. A pontszám az esetszámnál jelentősen (és statisztikailag szignifikánsan) gyorsabban emelkedett a kardiológiában (54% vs. 31%), tehát ez az egyedüli szakmacsoport, ahol az egy esetre jutó erőforrás-igényesség érdemben emelkedhetett.

20. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása a (nem nappali) német pontokra

	Párosításos DID			Fixhatás-panelregresszió		
	Kezelt vált. (%)	Kontroll vált. (%)	Hatás (%)	Hatás (%)	St.hiba	Átlaghoz képest
Összes szakmára				20,1 ***	2,2	
Belgyógyászat	24,9	-5,2	31,7	23,6 ***	6,3	
Sebészet	36,6	1,7	36,6	44,5 ***	6,9	+
Traumatológia	18,2	-3,3	18,2	27,4 ***	9,4	
Szülészeti-nőgyógyászat	42,2	4,1	42,2	33,9 ***	6,1	+
Gyermekgyógyászat	4,2	-0,2	4,2	1,4	3,5	-
Fül-orr-gégészet	25,1	-13,1	25,1	39,1 ***	10,9	
Szemészet	34,7	-1,6	34,7	38,5 ***	4,8	+
Bőrgyógyászat	64,6	12,9	64,6	55,3 ***	18,9	+
Ideggyógyászat	36,7	9,3	25	35,1 ***	6,7	+
Ortopédia	42	11,5	42	48,3 ***	7,5	+
Urológia	24,3	-6,2	24,3	21,4 ***	6	
Reumatológia	73	12,5	53,8	65,4 ***	11,7	+
Elmegyógyászat	38,6	18,4	38,6	25,2 ***	5,8	
Tüdőgyógyászat	20,6	3,8	20,6	9,7	7,2	
Kardiológia	47,5	14,2	47,5	53,6 ***	10,2	+
Labor	14,1	13,5	14,1	2,3	3,4	-
Röntgen	17,1	1	17,1	24,4 ***	4,8	
Ultrahang	34,6	8,9	34,6	33,2 ***	6,7	+

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

„Átlaghoz képest”: az adott szakmacsoport becslése szignifikánsan nagyobb (+) vagy kisebb (-) az összes szakmára vonatkozó becsléshez képest

Megjegyzés: A párosításos módszer esetén a becslések 2012. május – augusztus és 2010 azonos időszakának összehasonlítására vonatkoznak.

A panelregressziós fixhatás-becslésekben az adatok: havi pontszám-adatok az igénybevevő lakóhelyének kistérsége szerint (nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek) 2008. január és 2012. augusztus között. Független változó: log (német pont), és kontrolláltunk trendre, szezonálásra, a kistérség munkanélküliségi rátájára és a többi (TIOP 2.1.3., ROP) fejlesztésre. A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

Az OEP-től kapott esetadatokat vizsgálhatjuk nem és életkor szerinti bontásban is. A 21. táblázat mutatja a TIOP 2.1.2. fejlesztések (összes szakmára együttesen vonatkozó) igénybevételi hatását a különböző korcsoportokra és nemekre. Látható, hogy az idősebb korosztály (60 éven felüliek) esetében az igénybevétel változása kb. 15-20 százalékponttal magasabb, mint a 60 év alattiak esetében; a nők esetszám-változása pedig mintegy 4 százalékponttal magasabb a férfiakéhoz képest (és mindkét eredmény statisztikailag szignifikáns). A számítások szerint tehát a 60 év felettek körében – nemtől függően – körülbelül 36-43%, míg a fiatalabbak körében 13-23% lehetett a fejlesztések hatása az igénybevételre.

is, hogy a nagy esetszámú szakmacsoportokban a kontroll kistérségek esetszámának változása (néhány kisebb szakmától eltekintve) minimális, tehát egyéb, exogén tényezők nem változtatták lényegesen az időszak alatt az igénybevételt.

Az idősebb korosztály és a nők erősebb alkalmazkodása arra is utalhat, hogy az igénybevétel emelkedését elsősorban a kontrollvizsgálatok számának emelkedése okozta (azaz a már meglévő betegek látogatásainak száma nőtt, nem pedig új betegek jutottak el az orvoshoz). Ugyanakkor az is lehet a jelenség háttérében, hogy a fiatalabbak közül többen máshol (például nagyobb városban) dolgoznak, így ők korábban is ott mentek szakorvoshoz, tehát számukra kisebb kínálati javulást jelentett a zöldmezős fejlesztés. Ezeknek a hipotéziseknek a részletesebb vizsgálatához azonban egyéni (eset-) szintű járóbeteg-adatok kellenének, amelyek egyelőre nem álltak rendelkezésünkre.

21. táblázat: A TIOP 2.1.2. fejlesztések hatása a (nem nappali) járóbeteg-ellátások esetszámára korcsoportonként és nemenként

Regressziós modell eredményei (függő változó: log (eset))						
Korcsoport hatása (referencia: 0-17 éves)		18-39	40-59	60-69	70-	
Hatás		- 0,018	0,030	0,169***	0,176***	
St. hiba		0,025	0,025	0,027	0,028	
Nem hatása (referencia: férfi)		nő				
Hatás		0,040**				
St. hiba		0,016				
Számolt hatások korcsoport – nem bontásban (%)		0-17	18-39	40-59	60-69	70-
férfi		14,9	12,9	18,4	36,1	37,0
nő		19,6	17,5	23,2	41,6	42,6

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Megjegyzés: A panelregressziós fixhatás-bebecslésben az adatok: havi esetszám-adatok az igénybevevő neme, korcsoportja és lakóhelyének kistérsége szerint (nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek) 2008. január és 2012. augusztus között. Független változó: log (eset), és kontrolláltunk trendre, szezonálisra, a kistérség munkanélküliségi rátájára. A táblázat a robusztus standard hibákat tartalmazza.

A TIOP 2.1.2. járóbeteg-fejlesztések tehát a (nem nappali) járóbeteg-esetszám átlagosan 27% körüli emelkedését indukálták. Érdekes megvizsgálni azt is, hogy ezzel az emelkedéssel a száz lakosra jutó esetszám a hasonló kistérségek aránymutatója fölé emelkedett, vagy még alatta maradt annak. Hasonló kistérségnek azokat a nem közép-magyarországi és nem megyeszékhely kistérségeket tekintettük, amelyekben már a fejlesztések előtt rendelkezésre állt legalább 200 szakorvosi óra kapacitás. (Az indokolja az utóbbi feltétel használatát, hogy a kapacitás nélküli vagy minimális kapacitással rendelkező kistérségekben az egészségügyi szükségletekhez képest várhatóan egyébként is alacsonyabb az esetszám.)²¹

A 22. táblázat mutatja a korcsoportonkénti és a nyers esetszám-arányok, valamint a standardizált korcsoportra vett összesített arány alakulását a fejlesztés előtt és után a TIOP 2.1.2. konstrukció kistérségeiben és a fenti módon definiált hasonló kistérségekben.²² Látható, hogy a fejlesztés előtt a standardizált igénybevétel mintegy 22%-kal maradt el a hasonló kistérségek igénybevételétől, ami a fejlesztés hatására lényegében a hasonló kistérségek szintjére ugrott (sőt kicsit meg is haladta azt).²³ A jelenlévő igénybevételi egyenlőtlenségeket tehát a fejlesztések érdemben csökkentették. Figyelembe véve ráadásul a fejlesztett kistérségek átlagosnál rosszabb egészségügyi mutatóit (például az elkerülhető halálozást, lásd a 2.1.1. alfejezetet) és azt, hogy a „hasonló” kistérségeket itt a kapacitások megléte és nem az egészségügyi szükségletek alapján definiáltuk, valószínűleg további esetszám-emelkedés is indokolható lenne a szükségletek alapján. Ugyanakkor persze más kutatások alapján nem egyértelmű, hogy mi a „szükségleteknek megfelelő” esetszám, ezért végső következtetést az adatok alapján ebben a kérdésben nem vonhatunk le.

²¹ A cél a TIOP 2.1.2. konstrukcióban a 200 szakorvosi óra elérése volt. Nem változnak ugyanakkor érdemben a lenti eredmények akkor sem, ha ezt a feltételt elhagyjuk a kritériumok közül.

²² A TIOP-indikátorok között a labor diagnosztika nélküli járóbeteg-esetszám növekedése szerepel, ezért mi is ezt a definíciót használjuk itt.

²³ Ezek az adatok nem pontosan esnek egybe a fenti esetszám-regressziók eredményeivel például a kontroll kistérségek definíciójának eltérése miatt, de az itteni 25% körüli emelkedések nagyon közel esnek az ott kapott értékekhez.

22. táblázat: A 100 lakosra jutó (nem nappali és nem labor) járóbeteg-esetszám a TIOP 2.1.2. konstrukció kistérségeiben, valamint a hozzájuk hasonló kistérségekben

100 lakosra jutó évesített esetszám (nem nappali, labor diagnosztika nélkül)	0-17 év	18-59 év	60 év felett	Átlag	Standardizált	Eltérés a hasonló kistérségek értékeitől
TIOP 2.1.2. kistérségek						
2010 máj. – aug. alapján	204	354	480	350	355	-21,5%
2012 máj. – aug. alapján	242	443	706	457	465	1,3%
Hasonló kistérségek						
2010 máj. – aug. alapján	258	437	645	452	452	
2012 máj. – aug. alapján	251	426	712	459	459	

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

Megjegyzés: Az adatok a május – augusztusi időszakok alapján az adott évre évesített arányszámokat mutatják (éven belüli szezonális figyelembe vétele nélkül). A standardizált arányszám a hasonló kistérségek korosztályi megoszlása alapján készült. Hasonló kistérségek: nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek, ahol már 2010-ben is volt 200 szakorvosi óra kapacitás. Csak három korosztályt tudunk megkülönböztetni, mert a kistérségek lakosságának összetételéről csak ilyen bontásban áll rendelkezésre adat.

Végezetül, a figyelmes olvasónak feltűnhetett, hogy az igénybevételi számításokban kistérségi szinten vizsgáltunk, pedig a járóbeteg-szolgáltatók igénybevételét a területi ellátási kötelezettség (TEK) is érdemben befolyásolja. A kistérségi szintű vizsgálat oka, hogy az igénybevételt befolyásoló egyéb tényezők (társadalmi-demográfiai összetétel, gazdasági – például munkanélküliségi – mutatók) kistérségi szinten állnak teljeskörűen rendelkezésre, ezért a panelregressziók és a párosítási módszer természetes elemzési egysége a kistérség. Azt azonban, hogy a területi ellátási kötelezettség figyelembe vétele nem befolyásolná érdemben az eredményeinket, a 23. táblázat mutatja. Itt látható a belgyógyászat szakmacsoporton illusztrálva, hogy a kistérség és a területi ellátási kötelezettség mennyiben tér el a TIOP 2.1.2.-ben fejlesztett intézmények esetén, és hogy az igénybevételi mutatók miként alakultak kistérségi szinten és a területi ellátási kötelezettség szintjén. A fejlesztett kistérségek lakóinak körében tehát 2010-ben mintegy 44 ezer, míg a fejlesztések TEK-jei lakosainak körében 41 ezer eset volt, de ezek jelentős részben (37 ezer) teljesen átfedtek. Tehát a TEK-ekből származó esetszámok több mint 90%-a a fejlesztett kistérségből származott, míg a kistérségi lakosok esetszámainak 85%-a TEK-beli volt. Az is látszik, hogy 2010 május – augusztus és 2012 ugyanezen időszaka között a kistérségi lakosság belgyógyászati igénybevétele 15,8%-kal, a TEK-lakosság esetszáma pedig 17,4%-kal emelkedett. Tehát a kistérségi népesség elemzése a nagy átfedés miatt teljesen hasonló eredményt ad, mint a TEK által lefedett népességé.

23. táblázat: A TIOP 2.1.2. intézmények kistérségeiben és területi ellátási kötelezettségén (TEK) élők (nem nappali) belgyógyászati járóbeteg-esetszáma (2010-2012)

	2010 máj.-aug.			2012 máj.-aug.			Változás (%)			
	TEK lakos		össz. kistérségi lakos	TEK lakos		össz. kistérségi lakos	TEK lakos		összes kistérségi lakos	
	igen	nem		igen	nem		igen	nem		
Kistérségi lakos	igen	37368	6525	43893	44289	6518	50807	18,5	-0,1	15,8
	nem	3500			3676			5,0		
összes TEK lakos		40868			47965			17,4		

Saját számítás részletes OEP-adatok és ÁNTSZ TEK-adatok alapján

A TIOP 2.1.3. és ROP konstrukciók hatása

Mint említettük, e két konstrukció keretében a már meglévő kapacitások csupán 15-20%-kal emelkedtek, tehát a TIOP 2.1.2.-nél látott több mint 20%-os esetszám-emelkedésnél jóval kisebb hatás várható. A 24. táblázat mutatja a panelregressziós fixhatás-becsléseknek a két konstrukcióra vonatkozó eredményeit. Eszerint a konstrukciók 2-3,5%-kal emelték az érintett kistérségek lakosságának járóbeteg-esetszámát illetve pontszámát, de a becslések csak a ROP esetén statisztikailag szignifikánsak. (A másik konstrukció nem szignifikáns eredményét persze az is okozhatja, hogy ott összesen csupán hét fejlesztett kistérség van.) A szakmacsoportokra vonatkozó hatások hasonlóképpen csak nagy bizonytalansággal becsülhetők, és alig néhány esetben szignifikánsak, tehát azokat az eredményeket nem mutatjuk be.

24. táblázat: A TIOP 2.1.3. és ROP fejlesztések hatása a (nem nappali) járóbeteg-ellátások eset- és pontszámára

	TIOP 2.1.3.		ROP	
	Hatás (%)	St. hiba	Hatás (%)	St. hiba
Esetszám	2,7	2,1	2,2***	0,8
Német pontok száma	3,5	2,2	2,5***	0,9

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Megjegyzés: A panelregressziós fixhatás-becslésben adatok: havi esetszám- és pontszám-adatok az igénybevevő lakóhelyének kistérsége szerint (nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek) 2008. január és 2012. augusztus között. Független változó: log (esetszám) illetve log (pontszám), és kontrolláltunk trendre, szezonálisra, a kistérség munkanélküliségi rátájára és a többi (TIOP 2.1.2.) fejlesztésre. A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

2.2.1.i Magasabb progresszivitási szintű ellátások kiváltása**Értékelési kérdés (2.2.1.i):**

A konstrukció milyen mértékben váltott ki magasabb progresszivitási szintű ellátásokat?

Az esettanulmányok készítése felkeresett szakemberek a magasabb progresszivitási szintű ellátások kiváltása szempontjából elsősorban az egynapos ellátásokat és (betegségek korai felismerése miatt) a lakosságközeli, relatíve könnyen és gyorsan elérhető diagnosztikai vizsgálatok szerepét emelték ki. Ezért a kvantitatív értékelés során kiemelten vizsgáljuk az egynapos ellátások elterjedését és hatását az aktív kórházi ellátásokra, de kitérünk arra is, hogy a járóbeteg-ellátás általános fejlesztése változtatta-e a kórházi betegforgalmat.

Nappali kórházak és egynapos ellátások

Mint korábban említettük, az egészségpolitikai fejlesztések egyik célja az alacsonyabb progresszivitási szintű beavatkozások térnyerésének elősegítése volt, ezért mindhárom fejlesztési konstrukció keretében kialakításra (illetve fejlesztésre) került nappali kórházi ellátás és / vagy egynapos műtéti kapacitás.

Egynapos műtéti osztályokat a TIOP 2.1.3. és ROP keretében a sebészet, traumatológia, szülészeti-nőgyógyászat, fül-orr-gégészet, szemészet, ortopédia és urológia szakmacsoportokban fejlesztettek három-három helyszínen (Bonyhádon, Móron és Szikszón, illetve Bicskén, Szerencsen és Tiszaújvárosban). Leggyakoribb ilyen beavatkozásként a szürkehályog-műtét említhető.

A fenti egynapos beavatkozásokat nem járóbeteg-intézményekben végzik, ezért az egészségügyi finanszírozási rendszerben a fekvőbeteg-ellátás alatt kerülnek elszámolásra, így adatbázisainkban is

ott szerepelnek. Meg kell különböztetnünk ezektől a járóbeteg-intézmények nappali részlegei által (is) végzett, jellemzően infúziós kezeléseket, amelyeket a TIOP 2.1.2. és TIOP 2.1.3. helyszínek többségében, és sok ROP helyszínen is kialakítottak. A hatályos rendelkezések szerint csak a beavatkozások szűk köre végezhető nappali járóbeteg-ellátásként, ezért ilyen fejlesztések csupán a belgyógyászat, ideggyógyászat és reumatológia szakmacsoportokban történtek. A nappali ellátásokat a járóbeteg-ellátás keretében finanszírozzák, így a járóbeteg-adatbázis tartalmazza őket. Az OEP-adatbázisban nappali ellátásnak a járóbeteg-intézmény nappali osztályán végzett ellátást tekintettük (ezek finanszírozási kódjának ötödik eleme „N”). Fontos azonban megjegyezni, hogy nappali ellátás keretében végzett beavatkozásokat a kórházakban is végeznek, és ezeket nem tudjuk azonosítani adatbázisainkban. Ezért a nappali ellátásról elemzési lehetőségeink korlátozottak, így az alábbiakban a fekvőbeteg-adatbázisban szereplő egynapos beavatkozásokra összpontosítunk.

Az egynapos ellátások fogalmát az OEP-től kapott irányítószám szintű fekvőbeteg-adatok és a GYEMSZI-től kapott esetszintű adatbázis eltérései miatt a két adatforrásban máshogy definiáltuk. Az OEP-adatbázisban csak az osztály adataiból tudunk kiindulni, és – mint az adatok leírásánál említettük – az egynapos osztályok által ellátott eseteket tekintettük egynapos beavatkozásnak. (Egynapos osztályként azt az osztályt definiáltuk, amely finanszírozási kódjának ötödik jegye „E”, vagy finanszírozási típusa „E”, vagy nulla aktív és krónikus ágy száma van.) Ezzel tehát kihagytuk az elemzésből a nem egynapos osztályok által végzett ilyen beavatkozásokat. A GYEMSZI-től kapott esetszintű adatbázisban ennél lényegesen gazdagabb adatokra tudunk támaszkodni, hiszen szerepelnek az esetek hbcs- (homogén betegségcsoport) kódjai és az ápolási napok száma is. Így az elemzést leszűkíthetjük bizonyos, gyakran egynaposként végzett beavatkozásokra (pl. szürkehályog-műtét), és ezen a körön belül a nulla ápolási napú eseteket vagy – a magyar formális definícióval jobban összhangban – a nulla vagy egy ápolási napú eseteket tekinthetjük egynaposnak.²⁴

Először az OEP-adatbázis alapján készült eredményeket mutatjuk be a három leggyakrabban fejlesztett szakmacsoportra (sebészet, szülészeti-nőgyógyászat, szemészet). Olyan helyszíneken vizsgáljuk a hatást, ahol a fejlesztés előtt egyáltalán nem volt egynapos ellátás, így Bonyhád és Szikszót kihagyva az elemzésből négy darab fejlesztett helyszín marad (Mór, Bicske, Szerencs, Tiszaújváros). A 25. táblázat első két oszlopa mutatja az egynapos ellátási arányt (az egynapos ellátásoknak az összes aktív – egynapos és nem egynapos – ellátáshoz viszonyított arányát) a fejlesztett helyszíneken a fejlesztés előtt és után. Látható, hogy az egynapos ellátási arány érdemben nőtt mindhárom szakmacsoportban, de leginkább a szemészet területén (a szürkehályog-műtétek magas aránya miatt). Mindeközben a nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségekben az arány két szakmában inkább csökkent. Egyszerű különbségek különbsége módszerrel vizsgálódva (azaz a fejlesztett helyszínek mutatójának változásából kivonva a kontroll helyszínek mutatójának változását 2012 és 2010 között), azt kapjuk, hogy a fejlesztések a szemészeti egynapos beavatkozások arányát drasztikusan, 38 százalékponttal, míg a másik két szakmabeli egynapos arányt kb. 9 százalékponttal emelték. Fixhatás panelregressziós becsléssel – számos kontrollváltozót használva – ennél még magasabb hatást: a szemészet esetében 43 százalékpontos, a sebészet és szülészeti-nőgyógyászat esetében pedig kb. 14 százalékpontos hatást mutathatunk ki. Az egynapos műtét lehetősége a kistérség központjában tehát drasztikusan emelte az egynapos keretben elvégzett beavatkozások számát az adott kistérség lakosai között.

²⁴ Egynapos beavatkozás esetén a magyar szabályrendszer szerint a beteg kórházban tartózkodása nem haladja meg a 24 órát, ami elképzelhetővé tesz egy éjszaka ott tartózkodást. Ez a definíció nincs összhangban a nemzetközi standardokkal és a betegek egynapos ellátásról alkotott elképzeléseivel.

25. táblázat: Az egynapos fejlesztések hatása az egynapos ellátási arányra

	Különbségek különbsége módszer				Fixhatás-panelregresszió		
	Fejlesztett helyszínek (%)		Kontroll (%) (nem KMo vagy megyeszékhely)		Hatás (%pont)	Hatás (%pont)	St. hiba
	2010. II.-V.	2012. II.-V.	2010. II.-V.	2012. II.-V.			
Sebészet	8,5	14,6	8,4	5,6	8,8	13,6***	2,8
Szülészet-nőgyógyászat	6,4	12,5	9,6	6,6	9,2	14,5***	6,5
Szemészet	13,5	51,7	14,6	15,0	37,7	43,2***	11,0

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Megjegyzés: Függő változó: egynapos esetek / összes (egynapos + nem egynapos) aktív eset. Az egynapos eseteket az ellátó osztály besorolása alapján definiáltuk.

A különbségek különbsége módszer során 2012. február – májusi adatokat hasonlítottunk 2010. február – májusi adatokhoz, mert így az eredményeket nem befolyásolja a 2012 júniusában a TIOP 2.1.3. intézményekben megszűnt aktív fekvőbeteg-ellátás. Mivel csak négy fejlesztett helyszínt vizsgálunk, kontrollként nem a propensity score alapján kapott kontrollokat, hanem az összes nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérséget választottuk.

A panelregressziós fixhatás-bebecslésekben adatok: havi egynaposarány-adatok az igénybevevő lakóhelyének kistérsége szerint (nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek) 2008. január és 2012. május között. Kontrolláltunk trendre, szezonálásra és a kistérség munkanélküliségi rátájára. A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

Vizsgáljuk meg az egynapos ellátások bevezetésének hatását a GYEMSZI-től kapott esetszintű fekvőbeteg-adatbázis alapján is. Mint már említettük, az esetszintű adatbázis egyik előnye, hogy hbcs-szinten, a leggyakrabban egynapos beavatkozásként végzett műtétek szintjén külön vizsgálódhatunk. Hátránya ugyanakkor, hogy csak 2011 végéig tartalmaz adatokat (az OEP-től kapott aggregáltabb adatok viszont 2012 augusztusáig állnak rendelkezésre), ezért – mivel az egynapos fejlesztések általában 2011 második felében indultak be – csupán két egynapos helyszínt, Mórt és Szikszót elemezhetünk.²⁵ Mindkét helyszínen 2010 közepén valósult meg a TIOP 2.1.3. fejlesztés.

Elemzésünkben a szürkehályog-műtétekre összpontosítunk, ugyanis ezt a nemzetközi gyakorlatban jellemzően egynapos ellátási keretben végzik. (A legtöbb OECD-országban az egynapos kataraktaműtétek aránya meghaladja az 50%-ot, és nem véletlen, hogy Magyarországon az egynapos ellátások közül specifikusan a szürkehályog-műtétekről készült részletes elemzés, lásd Uzzoli és szerzőtársai [2011].) A 26. táblázat mutatja a szikszói és a móri kistérség lakosainak körében, valamint a TIOP 2.1.3. fejlesztésekhez választott kontroll kistérségek lakóinak körében a nulla, egy és legalább két ápolási napos szürkehályog-műtétek eloszlását. Első pillantásra meglepőnek tűnik, hogy Szikszón az egész időszak alatt az egy ápolási napos esetek voltak túlnyomó többségben, míg Móron 2008-ban az egy és legalább két ápolási napos esetek fele-fele arányban oszlottak meg, majd 2009-től kezdve a nulla ápolási napos esetek kerültek döntő többségbe – pedig a TIOP 2.1.3. fejlesztés 2010 közepén lépett életbe. A statisztikai furcsaság oka kettős. Egyrészt a szikszói egynapos szemészeti osztály – amely már 2008-ban működött – konzisztensen egy ápolási nappal szerepel a fekvőbeteg-adatbázisban. Másrészt Móron 2009 februárja és szeptembere között működött egynapos szemészet a székesfehérvári kórház osztályaként, ezért nem meglepő, hogy már 2009-ben megugrott az egynapos (itt nulla ápolási nappal jelentett) ellátások aránya. Az mindenestre látszik, hogy azokban a kistérségben, ahol egynapos osztály működik, ott drasztikusan, 80-90%-ra ugrik a szürkehályog-műtétek egynapos aránya – még ha ezt egyes esetekben nulla, más esetekben egy ápolási nappal jelentik is. Mindeközben a TIOP 2.1.3. kontroll kistérségekben a nulla ápolási napos esetek aránya egyenletesen, a négy év alatt 15%-ról 30%-ra nőtt, míg az egy ápolási napos esetek aránya szinte nem változott.

²⁵ Mint korábban említettük, Móron új fejlesztés, Szikszón pedig már meglévő egynapos ellátás fejlesztése valósult meg.

26. táblázat: Szürkehályog-műtétek ápolási napjainak eloszlása két TIOP 2.1.3. kistérségben és a kontroll kistérségekben, 2008-2011

Év	Ápolási napok számának eloszlása (%)		
	0	1	legalább 2
Sziksói kistérség			
2008	0,85	78,81	20,34
2009	1,30	81,82	16,88
2010	2,56	80,34	17,09
2011	6,90	82,07	11,03
Móri kistérség			
2008	3,09	48,15	48,77
2009	82,11	10,00	7,89
2010	93,12	3,64	3,24
2011	90,35	8,49	1,16
Kontroll kistérségek			
2008	15,05	34,24	50,71
2009	22,07	35,16	42,77
2010	23,70	36,47	39,83
2011	30,39	37,95	31,65

Saját számítás a GYEMSZI-től kapott egyéni szintű fekvőbeteg-adatok alapján
Kontroll kistérségek: összes TIOP 2.1.3. kontroll kistérség. A szürkehályog-műtéteket hbcs alapján válogattuk le.

Hatások az aktív fekvőbeteg-ellátásra

A hospitalizációs indexet (a 100 ezer lakosra jutó nem egynapos aktív kórházi esetek számát) az egynapos műtéti lehetőségek és a nappali kórházi ellátások elérhetősége inkább csökkentheti, míg általában a járóbeteg-fejlesztések növelhetik vagy csökkenthetik is. A járóbeteg-ellátórendszernek a fejlesztések hatására megnövekedett igénybevétele és a betegségek korai felismerése önmagában a kórházi továbbutalások számának növekedéséhez vezet, ugyanakkor a korai felismerés utáni megfelelő járóbeteg-kezelés hosszú távon megelőzheti a súlyosabb, kórházi kezelést igénylő állapotokat. A kérdést fixhatás-panelregressziós keretben vizsgáljuk, függő változóként a hospitalizációs indexet, magyarázó változóként pedig az egynapos fejlesztéseket, a TIOP 2.1.2. zöldmezős intézménylétesítéseket, a TIOP 2.1.3. és ROP járóbeteg-fejlesztéseket, valamint egyéb kontrollváltozókat használunk.

A 27. táblázat mutatja a regresszió eredményeit. A járóbeteg-fejlesztések esetén az együtthatók a pozitív irányba mutatnak és a TIOP 2.1.2. és ROP fejlesztésekre összességében szignifikánsak is. A hatás nagyságrendjét azonban mutatja, hogy például a sebészet és a szülészet-nőgyógyászat szakmacsoportban, ahol aránylag sok szignifikánsan pozitív eredmény található, a 100 ezer lakosra jutó havi esetszám mintegy 110-150, így annak legfeljebb egytizedét-egyötödét érik el a konstrukciók mért hatásai. Egyébként a TIOP 2.1.2. kistérségekben az aggregált, illetve a sebészeti hospitalizációs index értéke hasonló a nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségek ugyanezen mutatóihoz, míg a szülészeti hospitalizációs index értéke mintegy 30%-kal magasabb azoknál.

Hangsúlyozzuk ezenkívül, hogy a becslések a járóbeteg-fejlesztések rövid távú, alapvetően a kórházi beutalásokon keresztül megmutatkozó hatásait mérik, és ettől a hosszú távú hatások – például az egészségügyi állapot javulásán keresztül – érdemben eltérhetnek.

A 27. táblázat szerint az egynapos ellátások csökkenteni látszottak az aktív, nem egynapos kórházi esetek számát, ugyanakkor ezek a paraméterek nem szignifikánsak egyik szakmában sem. Ennek oka lehet az, hogy az egynapos ellátások körét nem tudtuk pontosan meghatározni az OEP-adatbázis alapján, vagy az, hogy túl általános a szakmacsoportok szintjén való vizsgálódás, vagy az, hogy a fejlesztések után a vizsgált időtáv túl rövid. (Elképzelhető, hogy az egynapos beavatkozások térnyerése rövid távon a várólisták csökkenéséhez vezet, és csak utána vált ki aktív ellátást.)

27. táblázat: Az egynapos és a járóbeteg-fejlesztések hatása a hospitalizációs indexre (a 100 ezer lakosra jutó nem egynapos aktív kórházi esetek számára)

	Egynapos		TIOP 2.1.2.		TIOP 2.1.3.		ROP	
	Hatás	St. hiba	Hatás	St. hiba	Hatás	St. hiba	Hatás	St. hiba
Összes alábbi szakmára együtt becsülve	-9,9	6,8	4,5*	2,5	4,6	6,6	10,7*	5,6
Belgyógyászat			-2,8	11,5	0,9	11,9	28,3***	8,5
Sebészet	-5,2	5,8	18,9***	4,0	13,5**	5,4	10,0*	5,9
Szülészet-nőgyógyászat	-12,3	10,8	11,3***	3,6			21,3***	6,1
Gyermekegyógyászat			-0,3	4,0	8,9	9,9	-4,9	6,6
Szemészet	-6,6	6,8	6,3**	2,5	7,7	5,6	-20,6	16,2
Reumatológia			-0,7	1,0	-0,3	5,3	11,3	7,7

Saját számítás részletes OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

„Összes alábbi szakmára együtt becsülve”: panelregressziós becslés, ahol a keresztmetszeti változó a kistérség és a szakma együtt

Adatok: kistérségi szintű hospitalizációs index adatok a nem közép-magyarországi nem megyeszékhely kistérségekre, 2008. január és 2012. május között havonta

Függő változó: 100 ezer lakosra jutó nem egynapos aktív kórházi esetek havi száma. Az egynapos eseteket az ellátó osztály besorolása alapján definiáltuk.

Megjegyzés: A panelregressziós fixhatás-becslésekben kontrolláltunk trendre, szezonaritásra, a kistérség munkanélküliségi rátájára és a fejlesztésekre. (Egynapos fejlesztések a vizsgált szakmák közül csak a sebészetben, szülészet-nőgyógyászatban és szemészetben voltak.) A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

A GYEMSZI-től kapott esetszintű fekvőbeteg-adatok alapján részletesebben is megvizsgáltuk a szürkehályog-műtétekre vonatkozó hospitalizációs (nem egynapos aktív ellátási) indexet a móri kistérségben, ahol a fentiek alapján a fejlesztés hatására jelentősen emelkedett az egynapos arány. A 28. táblázat mutatja be – a standardizálás érdekében – a legalább 60 éves populációra vonatkozó eredményeket.²⁶ Látható, hogy az összes szürkehályog-műtét gyakorisága 2008-ban, a fejlesztések előtt még kisebb volt a móri kistérségben, mint a kontroll kistérségekben, majd 2011-re több mint másfélszeresére emelkedett, miközben a kontroll kistérségekben enyhén csökkent. Mindeközben az igénybe vett nem egynapos ellátások száma az eredetinek kevesebb mint 15%-ára csökkent. A móri fejlesztés esetében tehát egyértelműen kimutatható az aktív kórházi szürkehályog-műtétek kiváltása az egynapos műtétekkel. A többi egynapos fejlesztés hatását sajnos a 2011-ig rendelkezésre álló adatok alapján nem tudjuk egyéni szinten vizsgálni.

28. táblázat: A legalább 60 évesek egynapos és nem egynapos szürkehályog-műtéteinek 100 ezer lakosra jutó száma a móri kistérségben és a kontroll kistérségekben, 2008-2011

Év	100 ezer (legalább 60 éves) lakosra jutó esetek száma		
	Nem egynapos	Egynapos	Összesen
Móri kistérség			
2008	1924	42	1966
2009	354	1909	2263
2010	170	2857	3027
2011	269	3013	3281
Kontroll kistérségek			
2008	1991	331	2322
2009	1608	448	2056
2010	1408	408	1816
2011	1408	575	1983

Saját számítás a GYEMSZI-től kapott egyéni szintű fekvőbeteg-adatok alapján

Kontroll kistérségek: összes TIOP 2.1.3. kontroll kistérség. A szürkehályog-műtétek leválogatása a hbcs alapján történt. Egynapos műtétnek a nulla ápolási napú eseteket tekintettük.

²⁶ A vizsgált kistérségekben a szürkehályog-műtétek 85%-a a legalább 60 éveseket érintette.

2.2.1.iii Az utazási idő változása

Értékelési kérdés (2.2.1.iii):
A konstrukció hatására mennyi utazási időt és költséget takarított meg az érintett térségek lakossága a járóbeteg-ellátás igénybevétele során?

A gazdasági hatások vizsgálata során azt is elemezzük, hogy az érintett kistérségek lakossága átlagosan mennyi utazási időt takarított meg az új szakrendelők igénybevételével. A 29. táblázat mutatja, hogy a fejlesztett kistérségek lakói a TIOP 2.1.2. fejlesztések előtt illetve után átlagosan hány perc alatt érték el az általuk igénybe vett szakrendelést a négy alapszakmában. Látható, hogy a felkeresett belgyógyászati szakrendelés átlagos elérési ideje a fejlesztés előtt 35 perc volt, ami 9 perccel, 26 percre csökkent a fejlesztés hatására. Az átlagos elérési idő tehát még mindig 20 percnél nagyobb, ami nyilván abból is következik, hogy egyes specializáltabb rendelésekre – például a belgyógyászat szakmacsoporton belül endokrinológiára – továbbra is messzebb kell utazni. Az elérési idő csökkenése a sebészetben és szülészet-nőgyógyászatban ehhez hasonló, a gyermekgyógyászatban viszont minimális mértékű volt, hiszen ez utóbbi szakmában érdemi átrendeződés nem is következett be a szolgáltatók között.

Az elérési idő csökkenése – a fejlesztések előtti igénybevételi mutatókat használva az aggregáláskor – évente 46 ezer gépkocsi óra időmegtakarítást jelenthetett. Ennél a tényleges megtakarítás vélhetően nagyobb, hiszen a tömegközlekedési elérési idők nagyobbak a gépkocsi elérési időknél, ezért tömegközlekedés használata esetén a megtakarítás abszolút percekben mérve magasabb lehet. Ennél pontosabban azonban nem lehet a tömegközlekedési elérési idők változását számszerűsíteni, hiszen – mint azt az általános értékelés esettanulmányai bemutatták – a menetrendeket nem mindenhol igazították az új rendelésekhez, ezért a rendelések felkeresése sokszor jelentős mértékű „holtidővel” jár.²⁷

29. táblázat: Az igénybe vett szakrendelések átlagos elérési ideje a négy alapszakmában a TIOP 2.1.2. fejlesztések előtt és után az érintett kistérségekben

	Átlagos elérési idő (perc)			Éves összmegtakarítás (ezer óra)
	előtte	utána	változás	
Belgyógyászat	34,8	25,7	-9,1	17,9
Sebészet	36,5	24,2	-12,3	14,3
Szülészet-nőgyógyászat	30,9	23,9	-7,0	11,4
Gyermekgyógyászat	35,8	33,4	-2,4	2,0
Összes alapszakma	34,2	26,0	-8,1	45,7

Saját számítás részletes OEP-adatok és GYEMSZI-től kapott távolságadatok alapján

Megjegyzés: „előtte”: 2010. május – augusztus, „utána”: 2012. május – augusztus. Az elérési időket az igénybe vett szakrendelésekre vonatkozóan átlagoltuk, az éves összes időmegtakarítást pedig a 2010-es igénybevételi számokkal szorozva határoztuk meg.

2.2.1.iv Keresőképtelenségben töltött idő változása

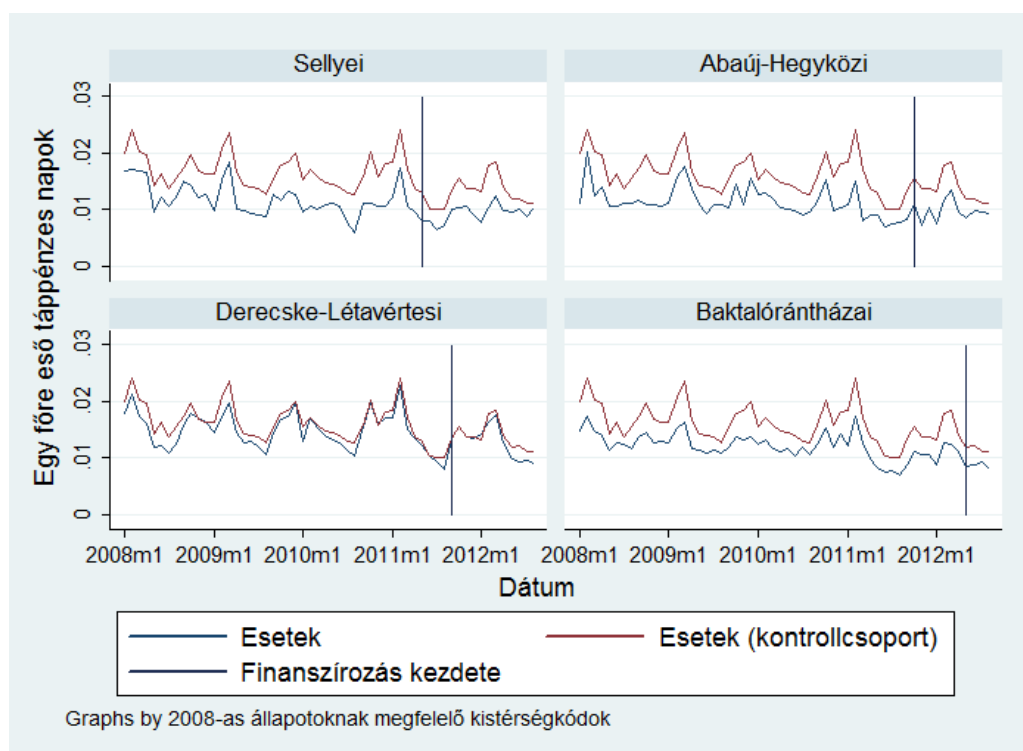
Értékelési kérdés (2.2.1.iv):
A beruházással érintett kistérségi járóbeteg-ellátási kapacitások hozzájárultak-e a táppénzen töltött idő csökkenéséhez?

A járóbeteg-szolgáltatók fejlesztése több csatornán keresztül is hatást gyakorolhat a keresőképtelenségben töltött időre. Egyrészt az egészségügyi állapot javulása miatt, valamint az egynapos ellátások térnyerése folytán csökkenhet a keresőképtelenségi idő, másrészt viszont az ellátás fejlesztése (a TIOP 2.1.2. konstrukció esetén például a lakóhelyhez közelebb kerülése) a kisebb

²⁷ A „holtidők” költségként való elszámolása módszertani kérdéseket is felvet, mert ezalatt más tevékenységet (például bevásárlás, hivatalos ügyek intézése) végezhet a beteg.

betegségek kiszűrését is eredményezheti, ami a keresőképtelenségi napok növekedését okozza. Illusztrációként a 10. ábra mutatja a keresőképtelenségi napok számának teljes lakosságra vetített arányának havi alakulását – az OEP-től kapott adatok alapján – abban a négy TIOP 2.1.2. program által fejlesztett kistérségben, ahol esettanulmány is készült. A fejlesztett kistérségek mutatóinak trendjét nem az országos trenddel hasonlítottuk össze, hiszen a nagyobb városokban vagy Budapesten más tényezők befolyásolhatják a mutatók trendjét, mint a fejlesztett, zömmel kisvárosias jellegű kistérségekben. Így összehasonlítható (kontroll-) csoportnak azokat a kistérségeket választottuk, amelyek fejlesztés előtti egészségügyi kapacitásaik (pl. járóbeteg-szakorvosi órák száma), társadalmi-gazdasági jellemzőik (például kistérségi munkanélküliségi ráta) és földrajzi mutatóik (például a kistérségi központ mérete) alapján hasonlóak a fejlesztett kistérségekhez, de nem volt ott fejlesztés. (A kontroll kistérségek kiválasztásának pontos – propensity score alapú – módszerét lásd a módszertani leírásban.)

10. ábra: Az egy főre jutó keresőképtelenségi esetek számának alakulása a négy interjúzott kistérségben és a kontrollcsoportban



Mint látható, a fejlesztés után a sellyei és az abaúj-hegyközi kistérségben inkább kissé emelkedett, a derecske-létavértesi kistérségben inkább kissé csökkent a kontrollcsoport trendjéhez képest a keresőképtelenségi esetek alakulása, de ezek az egyedi változások nagy zajt tartalmaznak, statisztikai következtetésre nem alkalmasak.²⁸ A módszertani leírásban található panelregressziós eljárás segítségével azonban a 20 darab TIOP 2.1.2. fejlesztés egyedi kis változásai együtt már vizsgálhatók, és elemezhető a TIOP 2.1.3. illetve a ROP fejlesztések hatása is. A 30. táblázat mutatja a keresőképtelenségi napok és esetek számára becsült hatásokat. Látható, hogy a két TIOP-fejlesztés az esetek és a napok számát 4-6% körüli mértékben csökkentette, és a hatásbecslések statisztikailag enyhén szignifikánsak. A ROP esetében hatást nem tudtunk kimutatni.

²⁸ A minden helyszínen megfigyelhető csökkenő trendet többek között a táppénzszabályok időközben bekövetkezett szigorodása (például a táppénzplafon csökkenése) okozza.

30. táblázat: A fejlesztések hatása a keresőképtelenségi napok és esetek számára

	TIOP 2.1.2.		TIOP 2.1.3.		ROP	
	Hatás (%)	St. hiba	Hatás (%)	St. hiba	Hatás (%)	St. hiba
Esetek / lakos	-4,0**	1,9	-4,3**	2,1	0,8	1,7
Napok száma / lakos	-4,3*	2,3	-6,0*	3,4	-0,6	2,1

Saját számítás OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Megjegyzés: A panelregressziós fixhatás-becslésben adatok: keresőképtelenségi adatok kistérségi szinten (nem közép-magyarországi, nem megyeszékhely kistérségekre) havonta 2008. január és 2012. augusztus között. Független változó: log (eset / lakos) illetve log (napok száma / lakos), és a fejlesztési dummyk mellett kontrolláltunk trendre, szezonálisra, a kistérség munkanélküliségi rátájára. A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

2.2.1.v Gazdasági fenntarthatóság**Értékelési kérdés (2.2.1.v):****A beruházással érintett kistérségi járóbeteg-ellátó központok működése hosszú távon is fenntartható-e?**

A pályázatokban bemutatott üzleti tervek nem teljesültek, és gyakorlatilag már a megvalósítás kezdetén elvesztették aktualitásukat. A pályázat benyújtása és a megvalósítás, majd a működés beindulása között hosszú idő tel el, ami alatt a működtetés feltételei megváltoztak: változott a járóbeteg-ellátás finanszírozása, a nappali kórházi ellátás finanszírozási módja, az áfa mértéke, a minimálbér összege stb. Mindez komoly hatással volt a pályázatokban bemutatott üzleti tervekre, hiszen az intézmények tervezett bevételeit és kiadásait is érintette.

A járóbeteg-ellátók jövőbeli fenntarthatósága az egészségügyi rendszer folyamatban lévő átalakulása miatt egyelőre nehezen becsülhető. Ugyanakkor elmondható, hogy az értékelés során vizsgált zöldmezős járóbeteg-központok jelentős fenntartói támogatásra szorulnak. Az intézmények egy része a működés beindításához hitelt vett fel, hogy a fogyóeszközök megvásárlását és az egészségbiztosítótól érkező első finanszírozás megérkezéséig eltelt időszak működését finanszírozni tudja. A megvizsgált intézmények többsége ma hiánnyal működik. A hiány fedezésére a megvalósító (a fejlesztésnek helyet adó) települések önkormányzatai vállaltak kötelezettséget.

Ide kapcsolódik, hogy az egészségügyi ellátók fenntartásában régóta jelentős probléma volt a „potyautas” jelenség. A folyó finanszírozás az E Alapból csak a működési kiadásokra ad fedezetet, az amortizációra nem – a beruházásokat így a fenntartónak kell finanszíroznia. A fenntartó sok esetben a helyi önkormányzat volt, azonban az intézményt más települések lakosai is használják. Az új kistérségi járóbeteg-ellátók esetében a pályázati konstrukció olyan megoldást alkalmazott, hogy valamennyi érintett önkormányzatnak részt kell vállalnia a létrehozott intézmény finanszírozásából. Több olyan eset is van a zöldmezős fejlesztések esetében, ahol az ellátót működtető gazdasági társaság hiányát az intézménynek is helyet adó önkormányzat egyedül finanszírozza (és egyben a gazdasági társaságban is többségi, akár 75%-ot meghaladó részesedése van, így az az irányítása alatt áll); a közös kistérségi fenntartás így több esetben lényegében nem valósult meg.

Némelyik helyszínen az opcionális szolgáltatások fenntarthatóságához való hozzájárulása sem váltotta be a korábbi reményeket. Az LHH-s kistérségekben számolni kell azzal is, hogy a tervezett opcionális szolgáltatások részben vagy egészben nem üzemeltethetők gazdaságosan a fizetőképes kereslet hiánya miatt.

Több szakember hangsúlyozta azonban, hogy ezen intézmények létrehozását elsősorban méltányossági, hozzáférési szempontok indokolták. Nem tekinthetőek méretgazdaságosnak, a nagyobb városoktól távolabb, többször a „normálnál” rövidebb rendelési időre csak fajlagosan

drágábban lehet orvost szerződtetni, így az (elvileg) az országos átlagköltségre építő finanszírozási rendszerben óhatatlanul veszteséget termelnek. A fenntartási kötelezettség és a garancia megőrzése miatt az infrastruktúra „lelakása” sem opció, mint sok más intézmény esetében.

Ha viszont az összes egészségügyi költséget figyelembe vesszük, akkor az olcsóbb ellátási forma akár még a szolgáltatók veszteségével együtt is társadalmi megtakarítást jelenthet. Ez a megtakarítás azonban akkor tud igazán realizálódni, ha a drágább ellátási forma fix költségeit is sikerül emellett redukálni.

Az aktív kórházi ellátást kiváltó, illetve fejlesztett intézmények helyzete az esettanulmányok alapján kedvezőbbnek tekinthető. A zöldmezős ellátók különböző stratégiákat dolgoztak ki a fenntarthatóság javítására: több intézmény a gyógyfürdőre (is) építő egészségügyi fejlesztést tervez. Több, az országhatárhoz közel eső szakrendelő külföldi betegek ellátását végzi vagy tervezi, amely többletbevételt jelent(ene) az intézmény számára. Ezeknek a terveknek a megalapozottsága ugyanakkor meglehetősen kérdéses.

2.2.2. Egészségügyi hatások

Értékelési kérdés (2.2.2):

A szakrendelések elérhetőségének javulása hatott-e pozitívan a krónikus betegek gondozásba vételére, illetve a gondozás során szükséges szakorvosi vizsgálatok elvégzésére?

A járóbeteg-szolgáltatók fejlesztése közép- és hosszú távon több csatornán keresztül is befolyásolhatja az egészségügyi helyzetet. Például az igénybevételi mutatók javulásával a betegségek korábban kiszűrhetők és jobban kezelhetők, az egynapos ellátásokkal pedig kiváltható a betegek számára kényelmetlen és több szövődémmel járó kórházi tartózkodás egy része. Ezeknek a változásoknak az egészségügyi állapotra kifejtett hatásai sajnos közvetlenül nem mérhetők a fejlesztések óta eltelt kis idő miatt, de bizonyos magatartásváltozások már most észlelhetőek lehetnek. Ilyen lehet a szűrővizsgálatokon és a krónikus betegek évenkénti ellenőrző vizsgálatain való nagyobb részvétel. Az OEP-től kapott háziorvosi indikátorrendszeri adatok alapján vizsgáljuk e hipotézis helyességét.

Az általános értékelés esettanulmányainak készítése során a megkérdezett orvosok úgy nyilatkoztak, hogy a szakrendelések és a diagnosztika elérhetőségének javulása kedvezően hatott a betegségek korai felismerésére, valamint a krónikus betegségek gondozására. A fejlesztett intézményekben a diagnosztikai rendelések a korábbi ellátóknál rövidebb várakozással érhetőek el, és több interjúalany kiemelte, hogy a fejlesztés eredményeként javult a daganatos megbetegedések korai felismerése. Kvantitatív értékelésünkben kiemelten elemezzük azt a négy TIOP 2.1.2. fejlesztési helyszínt, ahol interjú vizsgálatok is folytak, hogy megvizsgáljuk, a fenti kvalitatív megállapításokat mennyiben támasztja alá a „kemény” adatokat felhasználó vizsgálat.

Hasonlón az előző alfejezethez, az ábrákban a fejlesztett kistérségek mutatóinak trendjét nem az országos trendhez viszonyítjuk, hiszen a nagyobb városokban vagy Budapesten más tényezők befolyásolhatják a mutatók trendjét, mint a fejlesztett, zömmel kisvárosias jellegű kistérségekben. Így összehasonlító (kontroll-) csoportnak azokat a kistérségeket választottuk, amelyek fejlesztés előtti egészségügyi kapacitásaik (pl. járóbeteg szakorvosi órák száma), társadalmi-gazdasági jellemzőik (például kistérségi munkanélküliségi ráta) és földrajzi mutatóik (például a kistérségi központ mérete) alapján hasonlóak a fejlesztett kistérségekhez, de nem volt ott fejlesztés.

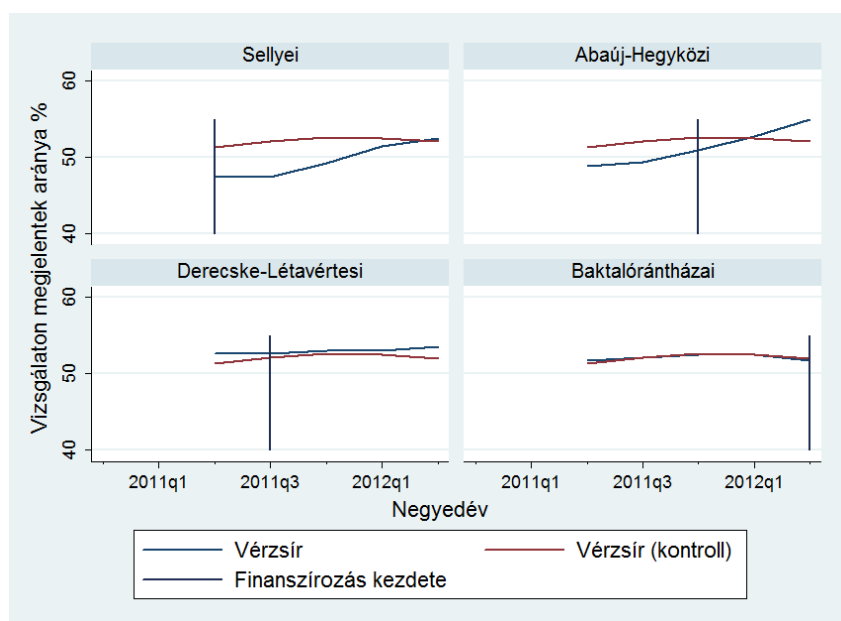
A háziorvosi indikátorrendszerben négy, kistérségi szintű indikátort vizsgálunk, 2010 negyedik negyedétől 2012 második negyedévéig terjedő, negyedéves adatok alapján.²⁹

²⁹ A vérzsírszint indikátor adatai csak 2011 második negyedétől kezdve állnak rendelkezésre.

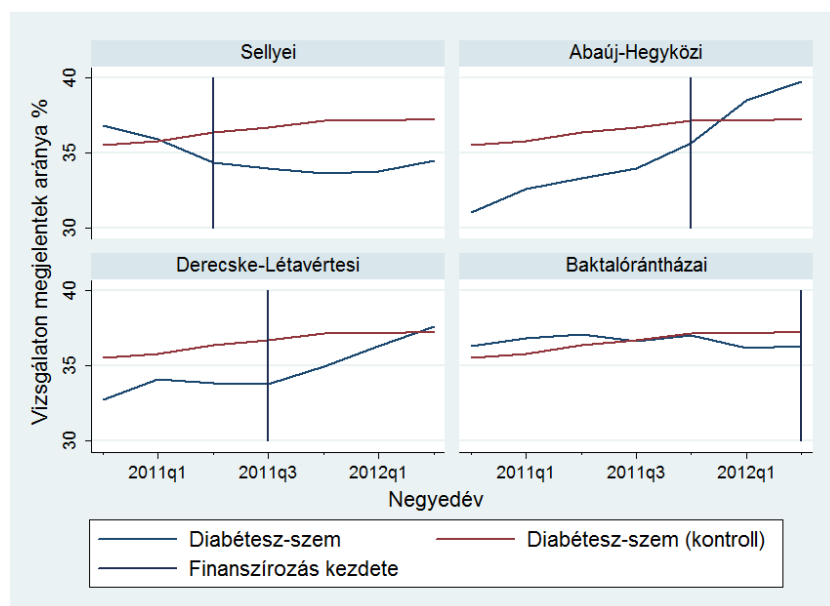
- vérszír szint meghatározáson részt vettek aránya az elmúlt egy évben a diabetes mellitus / magas vérnyomású betegek között;
- évenkénti Hb1Ac vizsgálati arány a diabetes mellitus betegek körében;
- évenkénti szemészeti szakvizsgálati arány a diabetes mellitus betegek körében;
- mammográfiás emlőszűrési indikátor a 45-65 év közötti nők körében.

A következő ábrák mutatják a négy interjúhely átlagának trendjét a négy mutató tekintetében, összehasonlítva a kontrollcsoport trendjével. Az interjúhelyek esetén függőleges vonallal jelöltük a fejlesztés indulásának dátumát. Látható, hogy a különböző fejlesztési helyeken a különböző indikátorok nagyon eltérő módon alakulnak. Az abaúj-hegyközi kistérség például a vérszír szint és a szemészeti indikátor esetén pozitív példa, a másik két indikátor esetén viszont kevésbé. Sellyén a szemészeti indikátor csökkenése állt meg a fejlesztés beindulása után, a derecske-létavérsesi kistérségben pedig a szemészeti indikátor szempontjából pozitív példa.

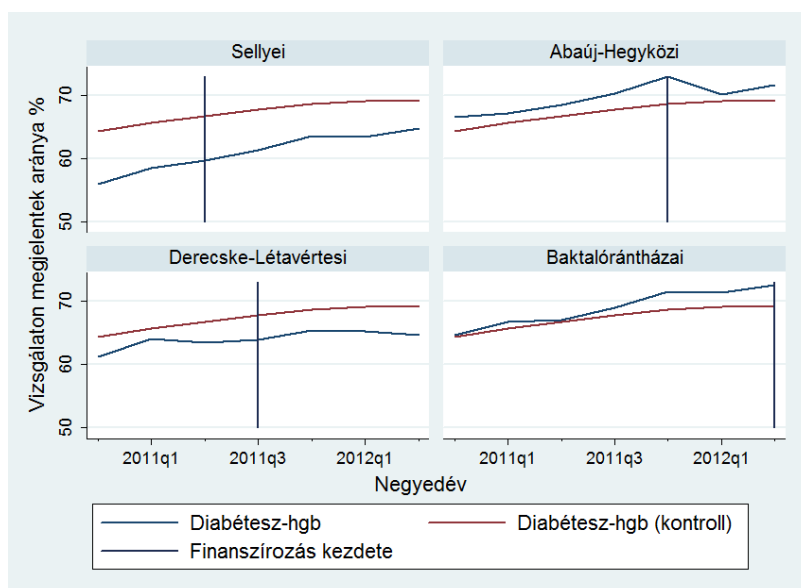
11. ábra: A vérszír szint-indikátor alakulása a négy interjúzott kistérségben és a kontrollcsoportban



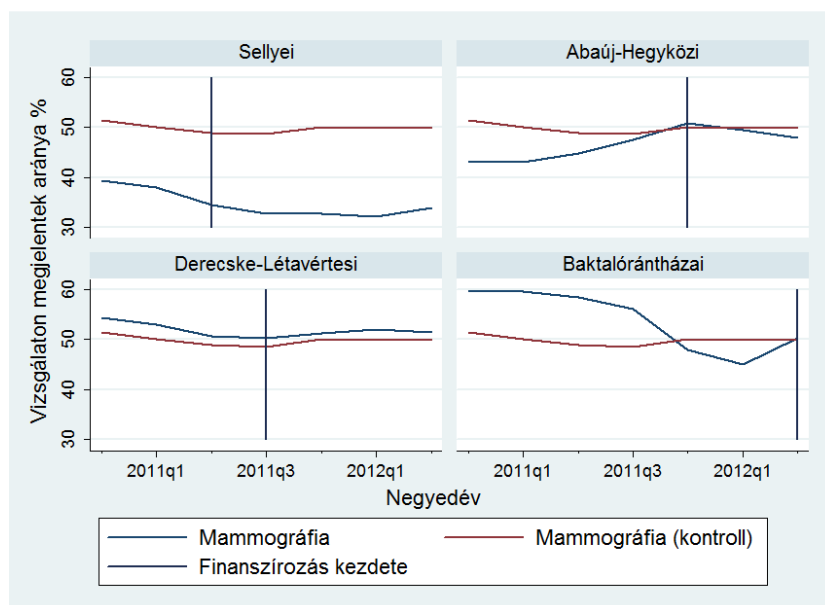
12. ábra: A szemészeti indikátor alakulása a négy interjúzott kistérségben és a kontrollcsoportban



13. ábra: A Hb1Ac indikátor alakulása a négy interjúzott kistérségben és a kontrollcsoportban



14. ábra: A mammográfiai indikátor alakulása a négy interjúzott kistérségben és a kontrollcsoportban



Ökonometriai eszközökkel most is megvizsgálható, hogy a fejlesztések egyedi példái között akad-e szignifikáns mintázat – azaz bebizonyítható-e a fejlesztések pozitív hatása a szűrővizsgálati indikátorokra. Mint a 31. táblázat mutatja, jelentős nagyságú és statisztikailag erősen szignifikáns hatással csak a szemészeti indikátorra vannak a fejlesztések (és ott is csak a TIOP 2.1.2. konstrukció). A becslés szerint a konstrukció mintegy 8%-kal emelte az indikátor értékét. Jelentős nagyságú, de statisztikailag csak enyhén szignifikáns a hatása még a TIOP 2.1.3. fejlesztéseknek a mammográfiai szűrővizsgálatokra.

31. táblázat: A fejlesztések hatása a háziorvosi indikátorrendszer adataira

	TIOP 2.1.2.		TIOP 2.1.3.		ROP	
	Hatás (%)	St. hiba	Hatás (%)	St. hiba	Hatás (%)	St. hiba
Vérzsírszint	-0,4	1,2	1,9	2,0	-1,1**	0,5
Hb1Ac	1,9	1,3	4,1	2,9	-1,1	0,9
Szemészet	7,5***	2,6	2,3	3,0	-2,4	1,2
Mammográfia	-3,6	2,7	14,1*	8,0	0,8	3,7

Saját számítás OEP-adatok alapján

***: $p < 0,01$; **: $p < 0,05$; *: $p < 0,1$

Adatok: háziorvosi indikátorrendszer negyedéves adatai 2010. IV. negyedéve és 2012. II. negyedéve között (vérzsírszint esetén csak 2011. II. negyedévétől) a nem közép-magyarországi és nem megyeszékhely kistérségekre.

Megjegyzés: A panelregressziós fixhatás-becslésben a függő változó: log (indikátor), és a fejlesztési dummyk mellett kontrolláltunk trendre, szezonálításra, a kistérség munkanélküliségi rátájára. A táblázat az autokorrelációra robusztus standard hibákat tartalmazza.

Az esettanulmányok készítése során a megkérdezett orvosok megerősítették, hogy a szakrendelések és a diagnosztika elérhetőségének javulása kedvezően hatott a betegségek korai felismerésére, valamint a krónikus betegségek gondozására. A fejlesztett intézményekben a diagnosztikai rendelések a korábbi ellátóknál rövidebb várakozással érhetők el. Több interjúalanyunk kiemelte, hogy a fejlesztés eredményeként javult a daganatos megbetegedések korai felismerése.

2.3. Végrehajtás

Értékelési kérdés (2.3.i-iii):

- i. A ROP és TIOP közötti lehatárolás mennyire volt működésképes, milyen előnyökkel járt? Milyen hatással járt az egyes projektek szintjén? Mennyiben szolgálta a programok lehatárolása az egészségügyi programok sikerességét?
- ii. A kiírások, illetve a projekt-kiválasztási rendszer mennyire biztosítja a stratégiai célok teljesülését?
- iii. Az alapok elválasztásának, a keresztfinanszírozásnak problematikája

A TIOP 2.1.2, 2.1.3, illetve ROP kiírások egyaránt az esélyegyenlőség javítását célozták az ágazatban. A szakértők véleménye szerint a pályázati kiírások megjelenésükkor a stratégiai célokkal összhangban voltak. Ugyanakkor az infrastruktúrafejlesztés mellett a valódi decentralizációt és struktúraváltást támogató mechanizmusok nem léptek életbe (erre utal pl. a nappali kórházi finanszírozás rendezetlensége).

Számos bírálat érte azt a gyakorlatot, hogy a fejlesztési forrásokhoz a közszolgáltatók pályázati úton juthattak hozzá, miközben a fejlesztési szükségleteket központilag azonosították (és a potenciális pályázók körét az előzetes többletkapacitás-befogadásról szóló kormányhatározatok tételesen is megállapították). Az esettanulmányok során felkeresett önkormányzatok a kiírás megjelenésekor éppen ezért nem is mérlegelték komolyabban azt a lehetőséget, hogy ne induljanak a számukra „dedikált” forrásnak tekintett pályázaton.

A pályázatok benyújtásához kapcsolódó tervezési és dokumentációs-adminisztrációs tevékenységekre azonban maguk a pályázók sem voltak felkészülve, legalábbis erre utal, hogy a kiírások első körében csak viszonylag kevés pályázatot nyilvánítottak támogatandónak. A pályázati rendszer ugyanakkor hasznos „fegyelmező” funkcióval rendelkezik, hiszen a fejlesztések gondos(abb) megtervezését, a fenntarthatóság modellezését, kötelezettségvállalást és nem utolsósorban pontos elszámolást és a költségek indoklását követeli meg a kedvezményezettektől.

A pályázati rendszer egészéről az 1. értékelési kérdés kapcsán az 1.5. számú alfejezetben részletesen is írunk. Ugyanígy, az 1. értékelési kérdés kapcsán tárgyaljuk a különböző OP-k és konstrukciók kapcsolódását is, amely megállapítások a járóbeteg-ellátás fejlesztésére is igazak.

Javaslatok

Értékelési kérdés (2.3.iv):

Javaslatok a 2014-2020-as finanszírozási időszakra nézve, jó gyakorlatok

A kedvezményezettek részéről az interjúk során a pályázati folyamattal kapcsolatban leggyakrabban az az észrevétel hangzott el, hogy a bírálati eljárás lassú, a módosítások átfutási ideje pedig túlságosan hosszú. A módosítások átvitelét a támogatási szerződés megkötése után nehézkesnek, a rendszert a kedvezményezettek egy része rugalmatlannak találta. Ugyanakkor többen is arról számoltak be, hogy a tervezett módosításokat (részben vagy egészben) sikerült keresztülvinniük.

Egyik interjúalanyunk azt is jelezte, hogy az elektronikus beküldés során a nagy méretű állományok feltöltése nagyon sokáig tart. Ha a folyamat gyorsítható lenne (akár a szerverkapacitások növelésével), akkor az adminisztrációs kötelezettség teljesítése a kedvezményezettek részéről jóval kevesebb időt venne igénybe.

Általános tapasztalat, hogy az eredetileg meghatározott 24 hónapos megvalósítási időszak kevésnek bizonyult. A projektek előrehaladását hátráltató tényezők között a régészeti feltárás, a kivitelezés problémái, a hatósági engedélyek megszerzésének nehézségei mellett a közbeszerzési eljárások elhúzódásával találkoztunk a legtöbb esetben. Bár történtek kedvező irányú változások az elmúlt években, a közbeszerzési gyakorlat még ma sem támogatja a gyors megvalósítást. Az is megállapítható ugyanakkor, hogy a kedvezményezettek egy része a hasonló vagy hasonló nagyságrendű beruházások menedzselésében nem volt járatos, és ez is hozzájárult a projektek ütemezésének csúszásához. A fizikai zárást követően a külső projektmenedzsment szereplők költségeit már nem lehetett a projektekben elszámolni, ezért a pályázók a működési engedélyezési és projektzárás-elszámolási fázisban „magukra maradtak”, ami sok esetben nagyon nagy terhet jelentett számukra. (Egyes vélemények szerint a hasonló projekteknél célszerű lenne, ha a KSZ biztosítana projektmenedzsmentet.)

A járóbeteg-ellátás hatékony kihasználása, kihasználhatósága azon is múlik, hogy az ellátórendszer egyes progresszivitási szintjeire, az azok közötti betegáramlásra milyen finanszírozási ösztönzők (és szakmai szabályok) hatnak. Az ilyen **ösztönzőrendszerek kialakítása jellemzően túlmutat a fejlesztéspolitikai eszközökön**, és az egészségügyi finanszírozási rendszer szabályozási elemeinek átalakítását igényli. A járóbeteg-ellátás kapcsán, különösen az elmaradott vidéki térségekben fel kell vetni az alapellátás szerepét is. A szakrendelés és a háziorvosok közötti, illetve a háziorvosok (és más alapellátási szereplők) közötti intenzívebb együttműködést eredményező formák és mechanizmusok kitalálása és létrehozásuk támogatása fontos prioritás lehet a jövőben.

A gép-műszer kataszter fejlesztése

Az alkalmazott módszertan bemutatása

A **gép-műszer kataszter fejlesztése** esetében a tágabb, e-egészségügyi kontextust hazai és uniós dokumentumelemzéssel, valamint szakértői interjúk segítségével mértük fel. A konkrét projekt végrehajtását dokumentumelemzés, szakértői interjúk és felhasználói interjúk segítségével értékeltük. (Ennek eredményét az értékelési terület bemutatásáról szóló fejezetben fejtettük ki.)

Dokumentumelemzés segítségével az alábbi források alapján az alábbi kérdésköröket vizsgáltuk:

- A fent említett kontextuális anyagok
- Gép-műszer kataszter pályázati anyaga és beszámolóí:
 - előkészítő és belső döntéstámogató dokumentumok (PEMCS és a pályázat értékelése) alapján azt, hogy milyen szempontok és feltételek mellett történt az elköteleződés a kataszter fejlesztése mellett;
 - kiírás;
 - a projektvégrehajtásra vonatkozó dokumentumok (megvalósíthatósági tanulmány, kockázatelemzés) alapján a megfelelő előkészítettséget;
 - a projekt előrehaladásáról szóló beszámolók (PEJ-ek és ZPEJ), valamint az alátámasztó dokumentumok (pl. a közbeszerzés során beadott ajánlatok és azok értékelése) alapján a kialakítási folyamatot, a fejlesztés során megvizsgált technológiai lehetőségeket, az elért köztes és végeredményeket, illetve azt, hogy a projekt során mennyiben jelent meg az érintettszemlélet (azaz hogyan vették figyelembe az adatszolgáltatók és felhasználók véleményét, elvárásait).
- Gép-műszer kataszter honlapja és letölthető útmutatója
- Az orvosi eszközök nyilvántartására vonatkozó EU-s szabályok, illetve a GMDN Agency honlapja (utóbbi az eszközök nomenklatúráját tartja karban)
- Az Állami Számvevőszék által 1999-ben az önkormányzati egészségügyi intézmények gép-műszer ellátottságáról készített jelentése (ÁSZ, 1999)
- Hazai jogszabályi háttér

Szakértői interjú keretében vizsgáltuk, illetve tárgyaltuk:

- a kialakított rendszer működését a GYEMSZI telephelyén (ahol felmértük azt is, hogy milyen felhasználói vannak a rendszernek az ágazati irányítás körében);
- a kialakított rendszer illeszthetőségét a tervezett e-egészségügyi fejlesztések közé;
- a kialakított informatikai megoldás megfelelőségét;
- az adatbázis felhasználhatóságát az ágazati irányítás és tervezés számára.

Felhasználói interjú keretében vizsgáltuk:

- a rendszer értékelését az adatszolgáltatók szempontjából, egyrészt a járóbeteg-ellátásra vonatkozó esettanulmányokhoz készített interjúk keretében (a kistérségi járóbeteg-ellátók esetében alkalmazott interjúkérdéseket ld. a 2.2. számú mellékletben szereplő interjúvázlal részeként), másrészt pedig további felkeresett két kórházban és egy járóbeteg-szakrendelőben.

Megállapítások és következtetések

3.1. Az érintettek bevonása

Értékelési kérdés (3.1.1-2):

A projekt végrehajtása során figyelembe vették-e az érintettek véleményét?

- Azonosították-e a projekt érintettjeit, kiemelten az adatok jövőbeli felhasználóit? Az adatbázis leendő felhasználói körében történt-e igényfelmérés? Ha igen, hogyan, és milyen eredménnyel zárult?
- Felmérték-e az adatszolgáltatók véleményét, elvárásait?

Az adatgyűjtési folyamatok olyan értelemben komplex feladatot jelentenek, hogy az adatgyűjtő szervezetnek nem csak a saját adatbázis-szervezési és publikációs feladatait kell megoldania, hanem figyelemmel kell lennie arra, hogy az adatszolgáltatóknál milyen szervezeti folyamatok milyen adminisztratív költség mellett állítják elő az információt (ez döntő befolyással van a szolgáltatott adatok pontosságára, illetve magára az adatszolgáltatási hajlandóságra is), illetve hogy az előállított adatbázis milyen későbbi ellenőrzési vagy tervezési döntések megalapozását szolgálja (azaz az összegyűjtött adatok ki által és mire használhatóak fel; a tényleges felhasználási lehetőségek pedig nyilvánvalóan összefüggésben vannak az összegyűjtött adatok minőségével). Egy hatékony adatgyűjtési folyamat kialakításához ezért elengedhetetlen, hogy a folyamatba az érintettek bevonása már a korai, tervezési szakaszban megtörténjen.

A projekt megvalósíthatósági tanulmányában végeztek kockázatelemzést a kataszter fejlesztésével kapcsolatban, és az alábbi kockázatokat, illetve megelőzési módokat azonosították:

- A kataszter teljessége nem biztosított (a kockázati szint magas, hatása közepes); megelőzése a jelentési kötelezettség szabályozásával és tájékoztatással történhet.
- Az adatok teljessége és minősége nem lesz megfelelő (a kockázati szint magas, hatása magas); megelőzése felhasználóbarát rendszer kialakításával, a felhasználók igényeinek alapos megismerésével, a jelentési kötelezettség és az OEP-finanszírozás összekötésével, a miniszteri rendelet szankcionálási elemekkel történő kiegészítésével történhet.

Az informatikai rendszer kialakítása két tervezési lépcsőben zajlott: a koncepcionális tervezés a fő igényeket fogalmazta meg, és egy olyan követelményrendszer megfogalmazásához vezetett, ami alkalmas volt a rendszerfejlesztésre szóló közbeszerzési eljárás lefolytatására. A második szakaszban készült el a részletes specifikáció, amely során a kiválasztott beszállító a korábban megfogalmazott követelményrendszernek megfelelő, az ajánlatban tovább részletezett informatikai megoldást tervezte meg részleteiben, majd végezte el a fejlesztést és beüzemelését ez alapján. A folyamatot a beszállítótól független informatikai tanácsadó-minőségbiztosító támogatta.

A projektdokumentáció alapján kijelenthető, hogy az érintett szervezeteket azonosították és a rendszer koncepcionális tervezése során megszólították: voltak be kórházi szakértőt, illetve volt informatikai tanácsadó, aki a követelmények kialakítása során járt két adatszolgáltatónál, egészségügyi informatikai szakértőnél, illetve számos, az adatbázist a későbbiekben potenciálisan felhasználó ágazati szereplőnél (EEKH, ÁNTSZ, OSZMK, EBF, EüM, KSH, NFÜ, gyártói szövetség). A megbeszélésekről emlékeztető készült, amelyek alapján megállapítható, hogy a kiírásban megfogalmazott célok alapvetően visszaköszöttek az elvárásokban. A második fejlesztési szakaszban, a rendszer pontos specifikálása során ezeket a szereplőket újra felkeresték.

A potenciális (ágazati ellenőrzési és tervezési) felhasználók széles körét keresték tehát fel a projekt során, és adatszolgáltatók is bevonásra kerültek (egyrészt néhány egészségügyi szolgáltató, másrészt pedig kórházi informatikai rendszereket ismertő informatikai szakértő útján). Mint azt a projekt későbbi eredményei sugallják, utóbbiak köréből talán célszerű lett volna nagyobb kör bevonása (bár

azt meg kell jegyezni, hogy a korábbi adatbázis validálásának 1. szakaszában 12 egészségügyi intézményt kerestek fel az EMKI munkatársai, ami alkalmat adott az adatszolgáltatói elvárások részletesebb megismerésére).

3.2. A kialakított informatikai rendszer

Értékelési kérdés (3.2.1-2):

A kialakított informatikai rendszer vizsgálata:

- A választott hardver- és szoftverplatform megfelelősége és gazdaságossága
- Az adatgyűjtési folyamat megfelelősége

A központi adatbázis, a jelentő és feldolgozó rendszer kialakítása érdekében alkalmaztak informatikai tanácsadót, aki a közbeszerzési felhívás műszaki leírásának az elkészítésében is részt vett, illetve segítette a kiválasztási és megvalósítási folyamatot. A közbeszerzési pályázaton 6 induló is volt, és versengés alakult ki. A beszerzés során a szükséges hardvert és szoftvert sem határozták meg előre, hogy ezzel az egyes platformok versenyét se korlátozzák előre. Az ajánlat keretében kérték a pályázókat, hogy az elvárt működési jellemzők (válaszidő, konkurens felhasználók száma) alapján készítsenek ajánlatot arra, hogy milyen hardver- és szoftverkönyezetet igényel az ajánlott megoldás, ezzel is ösztönözve őket az erőforrás-takarékos megoldások kialakítására.

A végül kialakított megoldás a feladathoz illeszkedő (széles körben használt) hardver- és szoftverelemeket tartalmazott, amelyeknek a beszerzésére központosított közbeszerzés alapján került sor. Az adatgyűjtési és adatfeldolgozási rendszer természetesen egyedi fejlesztést igényelt (a GYEMSZI tájékoztatása szerint a rendszer forráskódjával rendelkeznek, ami a beszállítótól való függést mérsékli).

Az intézmények és a központi adatbázis viszonyában alkalmazott informatikai megoldás megfelel a kor követelményeinek:

- Modern jelentési formátumot (xml) alkalmaz, ez a változó igények szerint könnyen módosítható, továbbfejleszhető.
- Feltétel volt az interoperabilitás biztosítása: egyrészt a korábbi rendszerből (dbf) kellett átvinni az adatokat (igaz, adattisztítás nélkül), de a kórházi nyilvántartó rendszerekből is biztosítani kellett a betöltést (csv, xml átvétele). Ezen kívül támogatni kellett az automatikus email-küldést, továbbá a központi rendszeren (BEDSZ, hivatali kapu) keresztüli dokumentumküldést és ügyfélkapu-azonosítást is. A beszerzési tárgyalások során a központi rendszeren keresztüli azonosítást (BEDSZ, ügyfélkapu) végül nem reális igénynek minősítette az ajánlatkérő, de fenntartotta, hogy az később legyen megvalósítható. Tekintve, hogy az időtájt még nem volt (és egyébként ma sincsen) végleges koncepció a közhiteles adatbázisok működésére, az abba való hivatalos adatszolgáltatás mikéntjére (a több éve működő ügyfélkapu alapvetően egyéni ügyfelek és nem szervezetek vagy hivatalok azonosítását szolgálja), ez nem tekinthető hibának. Rávilágít ugyanakkor arra a problémára, hogy az ágazati adatgyűjtésekre és közhiteles nyilvántartásokra vonatkozó koncepció hiánya számos informatikai fejlesztés számára jelent problémát azáltal, hogy az ágazati igazodási pontok nem világosak.
- A beküldésre a rendszer elektronikus on-line csatornát biztosít (a korábbi floppy-s, rendkívül elavult megoldás helyett), az ajánlatkérés során a feltétel volt a „böngészős” és „interface-es” adatbeviteli módok támogatása is: előbbi a kevés eszközzel rendelkező kis intézményeknek szólhat, ahol a manuális adatbevitel megvalósítható, utóbbi a sok eszközzel rendelkező nagy intézmények kórházi rendszerei számára biztosít automatikus adatbetöltést.
- Az interface kliensoldali (kórházi rendszeri) elkészítése nem volt a projekt feladata, de az EMKI kapcsolatba lépett a rendszerszállítókkal (a leltár miatt ez alapvetően a gazdálkodási rendszerek szállítóit jelentette, 14 informatikai céggel egyeztettek a kataszterról). Az

interface-t végül a kórházak oldaláról az intézmények jelentős részét lefedő 2 nagy rendszerszállító készítette el, ezen kívül van még számos kisebb, jellemzően helyi fejlesztés, ahol az automatikus adatátadás nem megoldott (és az adatbázis üzemeltetőjének a tájékoztatása szerint van olyan megyei kórház is, amelyik a manuális adatbevitelt alkalmazza).

A fejlesztés során a jelentés adattartalma (a tervezési útmutatóban megfogalmazott részcélok teljesítése érdekében) kibővült: a beruházásokhoz kapcsolódó költséghatékonysági mérések, új azonosítási rendszer bevezetése, a kódrendszer korszerűsítése, az eszközvonatkozású baleseteket figyelő-megelőző rendszer kiépítése (és ezáltal a betegbiztonság javítása) az uniós törekvésekkel összhangban – ezek mind olyan elemek voltak, amelyek indokoltsága egy modern egészségügyi rendszerben aligha kérdéses (sőt a figyelő-megelőző rendszer működésére uniós direktíva is vonatkozik). Mindez azonban oda vezetett, hogy a – korábbiaktól eltérően – az átalakított jelentést már nem lehetett teljesíteni csak a gazdálkodási rendszer tárgyeszköz-nyilvántartó moduljának az adatai alapján. A projekt során nem kerül részletes vizsgálatra, hogy a jelentéshez szükséges adatok hogyan „keletkeznek” a műszaki karbantartás, létesítményüzemeltetés (facility management), gazdasági adminisztráció és az egészségügyi ellátás során, és hogyan érintik az informatikai rendszer egyes moduljait (amely modulok mindegyike nincs is feltétlenül használatban minden intézményben, vagy nem is ugyanahhoz a rendszerszállítóhoz tartozik).

Ennek a helyzetnek a fennállása egyébként korántsem előzmény nélküli. Már az Állami Számvevőszék 1999-es jelentése megállapítja, hogy a „több ezer féle műszer alkatrész ellátása, javítása, szervizelése, fogyóanyaggal való ellátása (reagens, kontraszt anyag, csövek stb.), a készülékek szakszerű üzemeltetése, biztonságos, megfelelő használata egyre nagyobb jelentőséget kap a kórházi gazdálkodásban. [...]” Ugyanakkor „[...] a] számítástechnika biztosította lehetőségeket a kórházak egy része nem használta ki, ennek okai között személyi, technikai és feldolgozási rendszer problémák egyaránt kimutathatóak. [...] M]egfelelő számítógépes hálózat hiányában nem biztosított a különböző felhasználó helyek adatigényének (pénzügy, számvitel, anyaggazdálkodás, műszercsoport) egy nyilvántartási rendszer keretében történő kielégítése, ezért különböző párhuzamos nyilvántartásokat vezetnek. [A] meghibásodásokkal, a javítások időigényével, költségével, a karbantartáshoz felhasznált anyagok, alkatrészek nyilvántartásával kapcsolatos információ igények meg sem fogalmazódtak, illetve az ezeket szolgáltató integrált kórházi informatikai rendszer nem épült ki.”

A jelentés „szabályszerű” teljesítését segíti, hogy a rendszerfejlesztés során kötelező és opcionális mezőket is megkülönböztettek, így a kötelező mezők nagyjából továbbra is kitölthetőek a gazdálkodási rendszerből. Ez azonban pont a központi nyilvántartás fejlettebb funkcióinak megvalósítását teszi lehetetlenné (hiszen pl. ha az ellátási igénybevételi adatok hiányoznak, akkor a műszerek költséghatékonyságát sem lehet megállapítani).

Problémát jelent, hogy a nyilvántartásban az eszközök nomenklatúráját az EU-s igények szerint biztosító adatbázis (Global Medical Device Nomenclature, GMDN) csak licenstdíj fizetése ellenében lenne igénybe vehető, így ennek végül csak a lehetőségét implementálták a rendszerbe.³⁰

Fontos előrelépést jelent az adattartalomnak az a típusú bővülése, hogy a projekt keretében kialakították az informatikai kataszter kereteit. Az e-egészségügyi fejlesztések megfelelő támogatása érdekében alapvető fontosságú, hogy az egészségügyi intézmények informatikai „ellátottságáról” megfelelő összefoglaló kép legyen, ezt a kataszter kialakítása jól támogathatja. Az ilyen irányú felhasználást valószínűsíti az is, hogy a komponensnek része volt a „Javaslat a kataszter kialakítására”. Ez elkészült, de ennek vizsgálata nem képezte jelen értékelés tárgyát (bár megjegyzendő, hogy a minimumkövetelmények

³⁰ A probléma egyébként nem korlátozódik Magyarországra. A medikai eszközök nyilvántartására vonatkozó EU-s direktíva létrehozta az EUDAMED (European Databank on Medical Devices) adatbázist, amely a GMDN nomenklatúrát használja. A rendszerrel kapcsolatos nemzetközi kritikák is említik, hogy ugyanakkor a nomenklatúrát karbantartó GMDN Agency komoly licenstdíjakat szed a felhasználóktól (pl. egyetlen kórháztól a listaár szerint évi 800 eurót kér).

megfelelő részletezettségű, egy országos e-egészségügyi rendszer bevezetését az egészségügyi szolgáltatóknál alkalmazott rendszerek szintjén is támogatni képes követelményrendszer kialakítása messze túlmutat egy ilyen terjedelmű és költségvetésű projekten).

Összességében tehát megállapítható, hogy a jelentés gépi formátumának publikálásával a nagyobb intézmények számára biztosították, hogy a leltárrendszerükből be tudják tölteni az adatokat, és a kórházi rendszerszállítókkal egyeztettek is a szükséges interface-ek elkészítése érdekében (a legnagyobb szállítók ezt el is készítették) – de itt is probléma, hogy az adatszolgáltatás minden eleme a leltárrendszerek standard tartalmából nem teljesíthető, üzemeltetési információk is szükségesek hozzá. A kisméretű intézmények számára manuális, webes adatbeviteli és -karbantartási felületet alakítottak ki, ami jól kezelhető. Ez a webes adatbázis ugyanakkor elsődleges nyilvántartási helyként nem jól használható, mert az adatok a kataszterből nem tölthetők vissza a leltárrendszerbe, ahol viszont a számviteli előírások miatt mindenképpen nyilván kell tartani az eszközöket. A fejlesztés során meghatározott, a fejlesztési céloknak megfelelő, az üzemeltetéssel kapcsolatos többletinformációkat mindebből következően kevés szolgáltató tartja karban, a jelentés során a többség – a korábbihoz hasonlóan – a leltárinformációkat továbbítja csak. Ezt az információt a rendszer üzemeltetője és több, egészségügyi intézményben dolgozó interjúalanyunk is megerősítette.

3.3. Az adatgyűjtési folyamat hatékonysága

Értékelési kérdés (3.3.1-2):

Az adatgyűjtési folyamat hatékonysága:

- Hogyan változtatta meg a kialakított új megoldás az adatszolgáltatók adminisztratív terheit?
- Vannak-e az adatszolgáltatóknak javaslataik az adatgyűjtési folyamat hatékonyságának a növelésére?

Mint az a 3.2. alfejezetben kifejtettük, a jelentendő adattartalom a projekt hatására bővült (üzemeltetési adatok, használat mértéke, felülvizsgálatok), illetve problémás pont, hogy az adatszolgáltatóknak az intézmény több funkcionális területéről kell összeszedniük az adatokat, ha mindent „rendesen” jelenteni kívánnak. A magyar egészségügyi szolgáltatók nem használnak olyan informatikai megoldásokat, amelyek a teljes adatkört integráltan tudnák nyújtani. Ha az intézmények „rendesen” akarnának jelenteni, az az adminisztratív terheiket mindenképpen növelné (referenciaként elmondható, hogy egy felújított kistérségi járóbeteg-ellátó esetében az adatszolgáltatóknak kb. évi 1 napja megy el erre a feladatra jelenleg, bár még nem üzemeltek be minden új eszközt – ez mindenképpen több, mint a leltárból *valamilyen* kivonat beküldése).

Tovább növeli az adatszolgáltatói terheket, hogy az átalakítás során (egyébként adatbázis-szervezési szempontból mindenképpen indokolható és elvárható módon) igyekeztek kialakítani a gépeket, műszereket tartalmazó törzsadatbázist, és biztosítani azt, hogy a nyilvántartásban megjelenő eszközök e törzsadatbázis alapján legyenek nyilvántartva.³¹ Az átállás és adattisztítás ideje alatt ez nyilvánvalóan többletfeladatot rótt (volna) az intézményekre.

Mivel azonban a szolgáltatóknak csak kis része igyekszik a jelentési kötelezettségét „jó” teljesíteni, és így a szükséges adattisztításokat, kiegészítéseket megejteni, ezért a nagy többség számára az adatszolgáltatás terhe nem változott: jellemző, hogy a tárgyeszköz-nyilvántartásból továbbra is beküldenek valamilyen adatsort, és utána nem foglalkoznak a kérdéssel. Olyan intézményre is találtunk példát, ahonnan egyáltalán nem jelentenek: miután „normálisan” ügyse tudnák megcsinálni, inkább nem is foglalkoznak vele.

³¹ A korábbi gyakorlat szerint az eszközöknek nem volt központi azonosítjuk, és gyártójuk, márkájuk, típusjelük, megnevezésük helyi adatbázisokba rögzítése sem követett szigorú elveket (azaz a gyakorlatban a bizonylatokat rögzítő embereken múlt, hogy pontosan milyen karaktersorral is jelölték a leltárban az adott eszközt).

A rendszerrel kapcsolatos nagyfokú elutasítás miatt a folyamat hatékonyságának növelésére az interjúalanyok nem fogalmaztak meg javaslatokat. Az elektronikus műszerkönyv általános használata minden bizonnyal javítaná az adatszolgáltatási folyamat hatékonyságát, és egyben az adattartalom minőségét, de ilyen megoldást az egészségügyi intézmények nem implementáltak. Úgy tűnik, hogy az előző fejezetben idézett 1999-es ÁSZ-jelentés erre vonatkozó megállapítása máig megállja a helyét: az intézményeket helyi szinten kevéssé érdekli az eszközök hatékony és biztonságos üzemeltetése.

3.4. A kialakított megoldás eredményessége

Értékelési kérdés (3.4.1-3):

A kialakított megoldás eredményessége:

- Hogyan változott az adatszolgáltatási hajlandóság, milyennek tekinthető az új adatbázis teljessége?
- A gyűjtött adatok lehetővé teszik-e az egészségpolitikai tervezés támogatását?
- Kik és hogyan használják az adatbázist? Mennyire elégedettek a rendszer által nyújtott szolgáltatásokkal (adatkör, teljesség, pontosság, megbízhatóság és érvényesség, hozzáférhetőség, felhasználóbarátság szempontjából)? Van-e esetleg olyan érintett csoport, amelyik hasznosnak gondolná az adatbázist, de valamilyen ok miatt nem fér hozzá?

A projekt végrehajtása során az alábbi validálási munkákat végezték el:

- Az 1. (próba)körben 437 eszközt ellenőriztek a helyszínen, és ezek 39,13%-át találták rendben (azaz a központi nyilvántartással összhangban lévőnek). Figyelembe véve azt is, hogy az intézmények (viszonylag) aktuálisan jelentettek-e (azaz az jelentési kötelezettségüket a vizsgálat időpont előtti 3 éves intervallumban teljesítették-e), az ilyen intézmények arányával korrigálva az adatbázis teljes validitását 11,15%-ban becsülték meg.³²
- A projekt végére (a ZPEJ leírása szerint) 122.220 műszer volt megtalálható az adatbázisban (200 regisztrált intézménytől). A második validálási körben további 6082 darab eszközt ellenőriztek az intézményekben, és 32,8%-ukat találták rendben lévőnek. A teljes validitást (a 2007-09-ben jelentést adó intézmények arányával való korrekció után) 12,56%-ban határozták meg.
- A projekt során összesen 171 intézményt kerestek fel az eszközök és nyilvántartás egyeztetése céljából. Ennek során mintavételes eljárással dolgoztak, a ZPEJ szerint az orvostechikai eszközök 4,35%-át ellenőrizték.³³

Az előkészítő megbeszélések emlékeztetői alapján úgy tűnik, mintha nem lett volna egyértelmű minden fél számára, hogy (a) a projekt egy jövőben jól használható keretrendszer létrehozásáról szól, ahol majd az adatszolgáltatók és adatbázis-üzemeltetők idővel ki tudják javítani az „örökölt” adatbázis adathibáit, vagy pedig (b) magának a projektnek a része egy olyan adatmigráció, ami teljes körűen érvényesíti, aktualizálja is az adatokat. A különböző szereplők ezért a „validálás” szó alatt is mást-mást értettek. A projekt során „validálásnak” végül azt tekintették, hogy mintavételes eljárással megbecsülték az adatbázisban található rekordok megfelelőségi arányát (de a mintavételen kívülre eső rekordokat nem javították ki). Megjegyzendő, hogy az adatok teljes körű javításával végrehajtandó migráció minden bizonnyal nagyobb forrásmennyiséget igényelt volna (különösen akkor, ha azt is figyelembe vesszük, hogy ez az adatszolgáltató intézményekre is jelentős adminisztratív többletterhet rótt volna, aminek van költsége).

³² Ez a fajta számítás ugyan felvet módszertani problémákat (negyedéves, illetve éves jelentési gyakoriság esetén is megengedőbb, 3 éves intervallum figyelembe vétele, az átlagos jelentési aránnyal történő korrekció során annak a figyelmen kívül hagyása, hogy a jelentési hajlandóság az intézményméret és eszközsám függvénye lehet), de valószínűleg nem rejt magában nagyságrendi tévedést az adatbázis érvényességi szintjéről illetően.

³³ Az adathiányok miatt ugyanakkor a valós ellenőrzési mérték ennél alacsonyabb lehet. Az interjúink során talákoztunk több olyan intézménnyel, amelyek egyáltalán nem jelent semmit a gép-műszer kataszterbe.

A 10%-os arány, úgy tűnik, jellemző is maradt a kataszter működésére. A kataszter GYEMSZI részéről való üzemeltetőjének 2012. novemberi tájékoztatása szerint kb. 10%-ra tehető azoknak az intézményeknek az aránya, ahonnan a jelentést rendszeresen teljesítik, a változásokat lejelentik, és az adatszolgáltatásuk adatminőségi szempontból is megfelelőnek tekinthető.

A projekt során voltak oktatások is: 4 alkalommal összesen 186 fő vett részt. A GYEMSZI azóta is működtet helpdesket az adatszolgáltatás támogatására, illetve a kórházak állami fenntartásba vétele után is tartottak újabb tájékoztató köröket. A fenntartásnak a gépekkel, műszerekkel való gazdálkodás, illetve a közös beszerzés része lehet, így ebből a szempontból fontos(abb) szerep juthat a kataszternek a jövőben. Jelenleg azonban nem tűnik úgy, hogy az ilyen jellegű tájékoztatással túl lehetne lépni azon, hogy a szolgáltatók számára voltaképpen semmilyen ösztönző vagy érdekelttség nem mutat az adatszolgáltatás teljesítésének irányába.

Összességében azt a magas szintű célt, hogy naprakész és teljeskörű adatbázis legyen az egészségügyi szolgáltatók gép-műszer állományáról, mostanáig nem sikerült elérni. A pontosan és rendszeresen jelentő intézmények arányában nincsen jelentős pozitív változás az új rendszer beüzemelése óta. A GYEMSZI 2011-től dolgozik azon, hogy a projektben vállalt feladatoknak és kötelezettségeknek eleget tegyen, valamint hogy a projekt a rendeltetését betöltse a gép-műszer katasztert illetően is (pl. további tájékoztatókat tart, folyamatosan javítja a törzsadatbázist). A GYEMSZI fenntartása alá tartozó intézeteknél törekedett és törekszik arra, hogy megtegye a szükséges intézkedéseket a jelentési fegyelem javításának érdekében (pl. a vis maior alapból való pénzügyi segítségnyújtást a jelentés teljesítéséhez kötve).

A háttérben meghúzódó probléma az, hogy a jelentéstételi kötelezettséghez kapcsolódó jogszabályi háttérrel nem rendezték (azaz a jelentés elmaradásának semmilyen következménye nincsen), habár ennek igénye – a projektdokumentáció tanulsága szerint – már a projekt előkészítése, illetve bírálata során is felmerült, sőt az ezzel kapcsolatos változások mellett az egészségügyi irányítás el is kötelezte magát. Egy ilyen „komolyabb” ösztönző megteremtése azonban újra felveti azt a problémát, hogy a kötelezettséget az intézmények az integrált belső informatikai rendszerek hiányában csak nagy nehézségek árán tudnák teljesíteni.

Azt is meg kell jegyezni, hogy az a nagyfokú transzparencia, amely egy valid központi adatbázis rendelkezésre állásával megvalósulna, nem feltétlenül érdeke minden szereplőnek. Például láthatóvá válnának az azonos eszközök beszerzési árai közötti különbségek, vagy könnyen kimutatható lenne, hogy az eszközök az életkori korlátokat országosan hány helyen, mely intézményben haladják meg. Ha az adatokhoz ráadásul az ágazatirányításon kívüli szereplők is hozzá tudnak férni, akkor ezek a problémák „kontrollálhatatlan” módon derülhetnek ki. Világos ugyanakkor, hogy az „adatok elzárása” nem jelentene megoldást – de egyébként az adatbázis alacsony érvényességi szintje jelenleg eleve meg is gátolja azt, hogy az egészségügyi rendszerre általános érvényű kijelentéseket tegyünk az adatok alapján.

Mivel az adatok rendkívül hiányosak, azért aztán az ágazati szereplők nem is használják tervezési, ellenőrzési döntéseik támogatására. Jelenleg az ÁNTSZ-nek van saját hozzáférése a rendszerhez, a többi ágazati irányítónak nincs, de igazából igényük sincs rá. Az üzemeltető a Katéter-Mónika rendszer számára szolgáltatott már adatot a GYEMSZI-n belül, de ezen túl további lépés nem történt. Megkeresések voltak a műszerforgalmazók részéről is, akiknek hozzáférésük is van a „saját” eszközeikhez: a forgalmazóknak ugyan lenne lehetőségük javítani a saját termékeik rekordjait, de nem foglalkoznak vele, inkább „piackutatási” lehetőségként tekintenének az adatbázisra – de arra meg nem használhatják, hiszen csak a „saját” eszközeikhez kapnak jogosultságot.

3.5. Tapasztalatok más adatgyűjtésekhez

Értékelési kérdés (3.5):

Vannak-e e projektnek olyan tapasztalatai, amelyek más ágazati adatgyűjtések (akár egészségügyön kívüli adatgyűjtések) esetében, jövőbeli e-egészségügyi megoldások kialakítása során hasznosíthatóak?

Nem lehet igazából megítélni, hogy a kataszter kialakítása hogyan illeszkedik az e-egészségügyi fejlesztések kontextusába, mivel az e-egészségügyi program jelentős csúszásban van, és jelenleg még koncepcionális szinten sem ad igazodási pontokat az informatikai fejlesztésekhez. Ezen a területen a megformálás és beindítás előtt álló TIOP-projekteknek köszönhetően változás várható a jövőben (azonban így is kockázatok jelentkeznek az erre a ciklusra jutó e-egészségügyi fejlesztések végrehajthatóságában, illetve abban, hogy azok a kellő időben elérik azt a céljukat is, hogy további fejlesztések alapjául szolgáljanak).

A kataszter fejlesztési filozófiája az volt, hogy a jelentéstételi formátumot modernizálta a projekt (ebben valóban korszerű megoldást alakítottak ki), de azzal csak kevésbé foglalkoztak, hogy szervezeti szinten milyen működési folyamatok állítják elő az információt (azaz hogyan néz ki egy kórház esetében az ellátási, a műszaki és a gazdálkodási terület közötti információáramlás, és kitől milyen információ szükséges a jelentés pontos teljesítéséhez). Ez tanulságként szolgálhat a jövőbeli e-egészségügyi fejlesztésekhez annyiban, hogy ha azok a jelentési formátumok és tartalmak előírására fókuszálnak, akkor szervezeti szinten az informatikai alaprendszereket csak olyan szinten fogják kiépíteni és integrálni, amilyen szinten az az elengedhetetlenül fontos jelentések teljesítéséhez szükséges (pl. a múltban is ilyen hatása volt a finanszírozási jelentésnek, hiszen annak megfelelő teljesítésétől az intézmény folyó bevételei közvetlenül függenek). A gép-műszer kataszter projektje kapcsán levonható tanulság tehát, hogy nem elégséges a jelentési formátumokat meghatározni, hanem szükséges azt is figyelembe venni, hogy milyen intézményi munkafolyamatok állítják elő a jelentésbe bekerülő információkat, és elősegíteni azt, hogy ezeknek a munkafolyamatoknak az informatikai támogatása megvalósuljon.

Javaslatok

A gép-műszer kataszter kapcsán javasolt egy vállalható menetrendet készíteni arra, hogy a törzsadatbázis alapján az intézményi nyilvántartásokban az eszközök standard megnevezése, típusa, besorolása stb. átvezetésre kerüljön. A számos intézményben fenntartóvá váló GYEMSZI számára ez alapfeltétel ahhoz, hogy a központi adatbázis hasznait ki tudja aknázni. A vállalható és reális menetrend kialakítása érdekében javasoljuk azt is, hogy kerüljön felülvizsgálatra a kötelezően szolgáltatandó, illetve nem kötelező, de az adatszolgáltatás során adathiány esetén hibát jelző mezők köre. Az intézményi adatszolgáltatást segítheti, az ha megtörténik az elektronikus műszerkönyv kórházi rendszerekben való megvalósíthatóságának vizsgálata.

A felelős szakigazgatási szerveknek javasoljuk annak megvizsgálását, hogy a gép-műszer kataszterbe történő adatszolgáltatás miként képezheti szerves részét a működési engedély ÁNTSZ általi kiadásának (pl. a minimumfeltételek vizsgálata során csak a rendszerben rögzített eszközöket lehessen figyelembe venni, és a működési engedély fenntartásának feltétele az adatok rendszeres karbantartása).³⁴

³⁴ Bár a minimumfeltételek kataszter alapján történő (folyamatos) ellenőrzése nem volt célkitűzés a projekt kiírása szerint, ilyen irányú felhasználási lehetőség nyilvánvalóan adódna. Megjegyzendő, hogy a jelenleg folyó humán erőforrás-monitoring rendszerben a célkitűzések között is szerepel a minimumfeltételekkel való összevetés biztosítása.

Életmódprogramok

Az alkalmazott módszertan bemutatása

Projekt dokumentumok elemzése

Az értékelési időszakban az értékelők 33 projekt előrehaladási jelentéseibe és kiegészítő dokumentumaiba tekintettek be. A rendelkezésre bocsájtott projektek dokumentumainak áttekintése a projektek szakmai tartalmi mélyebb megismerését célozta, és az alábbi fő projektelemekre terjedt ki:

- szükséglet és/vagy igényfelmérés, projekt monitorozás és eredményesség mérési módszerei;
- a megcélzott életmód területek;
- beavatkozások és célcsoportok;
- egészségterv;
- partnerségek és partnerségi együttműködések;
- kommunikációs anyagok.

A projekteket az ESZA választotta ki a vizsgálat kezdetéig lezárult a 6.1.2-es pályázati anyagokból úgy, hogy a kiválasztott minta az eltérő pályázói típusokat lefedje, valamint az értékelők kérésére további LHH-s és konvergencia régiókban megvalósuló projektek lettek kiválasztva. Az áttekintett projektek listáját a 4.1. számú mellékletben közöljük.

A projektdokumentumokba történő betekintés tapasztalatai részben az on-line kérdőív tartalmi elemeinek kidolgozása során hasznosultak, részben pedig az értékelés fő megállapításainak kialakításához közvetlenül is hozzájárulnak.

Szakértői és projektinterjúk

A szakértői interjúk lebonyolítása 2012. november és 2013. január hónapokban zajlott. Összesen 7 interjú valósult meg. A konstrukcióra vonatkozó szakértői interjú alanyok a hazai egészségfejlesztéssel foglalkozó népegészségügyi szakmai/módszertani intézmények képviselői és a főbb egyetemek szakemberei közül kerültek ki. Az interjúalanyok kiválasztása annak alapján történt, hogy akár intézményi, akár szakmai tevékenységük révén a konstrukciók előkészítési /megvalósítási/lebonyolítási szakaszaiban, vagy az életmód pályázatok egyes főbb elemeinek tekintetében tapasztalattal rendelkezhetnek. Az interjúk félig strukturált kérdőíven alapulnak. A szakértői interjúk témaköreit úgy alakítottuk ki, hogy azok a főbb értékelési kérdések mentén megfelelő információval szolgálhassanak az értékelés kulcskérdéseire és szempontjaira vonatkozóan (korszerű egészség és egészségfejlesztési koncepció, korszerű és hatékony egészségfejlesztési gyakorlatok ismérvei és hazai kritériumai, ennek szakmai-módszertani támogatási gyakorlata és fejlesztési lehetőségei).

A szakértői interjúk, a szakirodalmi áttekintés valamint a tervezett projekt interjúk főleg a konstrukcióval kapcsolatos javaslatok megfogalmazásához járultak hozzá.

On-line kérdőív a kedvezményezettek körében

2012. szeptember-október folyamán meghatároztuk és véglegesítettük az on-line kérdőív témaköreit és az azokhoz tartozó kérdéseket; elkészült a válaszadók által használt kitöltői webes felület az adatbeviteli programmal együtt. Az on-line kérdőív szakértői tesztelés után 2012. november elején aktiválásra került. A résztvevő projektek esetében az EMIR-adatbázisban szereplő kapcsolattartó személyeket e-mailben kértük fel a válaszadásra.

Az on-line kérdőív az alábbi **konstrukciókat** érintette: TÁMOP-6.1.2/A-09/1, TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2. Az on-line kérdőív célcsoportjába minden

olyan 6.1.2-es projekt bekerült, amely az EMIR-adatbázis alapján sikeres pályázatot nyújtott be ezekben a konstrukciókban, a szerződéskötés megtörtént, és sem a KSZ, sem a kedvezményezett nem lépett később vissza vagy állt el. Azokat az eseteket sem vettük figyelembe, ahol a szerződés kifizetés után szűnt meg. Az on-line kérdőív célcsoportjának nagysága összességében így 308 projekt volt. Ezen projektek az EMIR-adatbázisban elérhető monitoringadatok szerint kb. 250 ezer projektrésztvevőt képviselnek (a lekérdezést tartalmazó fájl dátuma: 2012. október 1.).

Annak érdekében, hogy megfelelő számú feldolgozható válasz álljon rendelkezésre, az elvárt válaszok mennyiségét 150 kitöltött kérdőívben határoztuk meg. Kvótákat határoztunk meg annak érdekében, hogy az elvárt válaszok belső aránya az EMIR-adatbázisban elérhető adatok alapján kiválasztott csoportképző tényezők mentén a lehető legjobban tükrözze az eredeti célcsoport belső arányait. A kvótákat az alábbi két tényező alapján határoztunk meg: LHH/nem LHH és a pályázó működési formája (gazdasági társaság / önkormányzati intézmény / többcélú kistérségi társulás / non-profit, civil szféra, egyház, egyesület).

Az on-line kérdőív zárt és nyitott kérdéseket egyaránt tartalmaz. Az **on-line kérdőív témaköreit** és kérdéseinek kialakításánál többek között figyelembe vettük a megrendelő azon igényét is, hogy a kérdésekkel célzott adatok lehetőleg ne legyenek átfedésben a projekt monitoringból egyébként megismerhető adatokkal.

A kérdőív főbb témakörei:

- szemlélet és tervezés
- színtér, célcsoport
- életmódbeli terület, tevékenységek jellege
- egészségterv
- közreműködő intézetek/szakemberek, partnerségi együttműködések
- projekt eredményességének megítélése és mérésének módja
- projekttel és pályázati rendszerrel kapcsolatos tapasztalatok, javaslatok

A kérdőív tartalmát a 4.2. számú melléklet mutatja be részletesen.

Az on-line kérdőív **adatgyűjtési időszaka** 2012. november második felében zárult le. Az on-line kérdőív adatbázisa és az EMIR-adatbázisok főbb projektadatai az elemzéshez egyesítésre kerülnek. Ezt követően az eredmények leíró statisztikai feldolgozása történt meg, amely lehetővé tette, hogy az életmódprogramok tekintetében a kérdőív témakörei mentén megállapításokat tegyünk. A kérdőíves felmérés során gyűjtött egyedi projektadatokat az elkészített elemzésben nem közlünk, az értékelési jelentésbe az adatok csak statisztikai összesítést követően kerültek be (ezáltal az egyedi válaszadókat anonimizáltuk).

Megállapítások és következtetések

4.1. A pályázati eredmények áttekintése

Értékelési kérdés (4.1):

Az eddig pályázati eredmények összegzése (meghirdetések, pályázói aktivitás, befejezett és futó projektek, bevont célcsoport és színtér szerint, életmódbeli területek stb.)

A pályázati aktivitásról készült statisztika az NFÜ honlapján elérhető nyilvános EMIR-adatbázis segítségével készült (2013. január 9-i állapot). A TÁMOP-6.1.2/A-09/1, TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2 konstrukciókra 2158 pályázat érkezett be, ebből összesen 307 projekt valósult meg. Ezen projektek az EMIR-adatbázisban elérhető monitoring adatok szerint kb. 250 ezer projektrésztvevőt képviselnek, azaz a magyar lakosság kb. 2,5%-át. Az életmódpályázatok konstrukciók szerinti megoszlását a 32. számú táblázat mutatja be.

32. táblázat: Életmódpályázatok megoszlása konstrukciók szerint

Pályázati konstrukciók	Beérkezett pályázat	Támogatott projekt	Megítélt támogatás	Hatályos szerződés	Hatályos szerződések összege	Kifizetett összeg
TÁMOP -6.1.2/A-09/1	1 406 db	170 db	1 554 559 581 Ft	170 db	1 554 495 581 Ft	1 436 364 923 Ft
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR	689 db	135 db	1 252 546 799 Ft	135 db	1 252 546 799 Ft	1 068 866 420 Ft
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1	50 db	14 db	764 442 802 Ft	14 db	764 442 802 Ft	638 503 871 Ft
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2	13 db	1 db	19 645 828 Ft	1 db	19 645 828 Ft	12 954 979 Ft

Mivel az EMIR-adatbázis nem tartalmaz a megvalósított egészségfejlesztési tevékenységekre vonatkozó főbb adatokat, ezt az online kérdőív eredményei alapján összegezzük.

Az online kérdőív eredményei alapján az életmód projektek elsődlegesen munkahelyeken (36%), oktatási, nevelési intézményekben (30%), kistérségekben és településeken és azok intézményeiben (17%), célcsoport specifikus (9%) szintereken (betegcsoport, sportkör, idősek klubja) zajlottak. Az oktatási intézményekben zajlott életmódprogramok 61%-ban általános iskolákban, 17%-17%-ban óvodákban és középiskolákban, 2%-2%-ban bölcsődében és kollégiumban valósultak meg.

33. táblázat: Színtérprogramok megoszlása a nem LHH-s konstrukciók esetében

Elsődleges szinterek	TÁMOP -6.1.2/A-09/1	TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR
Kistérség/település	12%	15%
Oktatási, nevelési intézmény	35%	24%
Munkahely	34%	46%
Célcsoport specifikus szintér	12%	6%
Egyéb	7%	9%

Megállapítható, hogy országosan a munkahelyi egészségfejlesztési és az oktatási intézményen belüli egészségfejlesztési szintér aktivitások domináltak, a KMR-régióban pedig – a többi 6 régióban megvalósult projektekkel összevetésben – a munkahelyi egészségfejlesztési szintér volt jelentős.

A projektek 12%-a jelölt meg célcsoportként valamilyen hátrányos helyzetű csoportot (fogyatékosok, munkanélküliek, romák), 10%-a az időseket, 8%-a valamilyen betegcsoportot. A projektekben résztvevők száma 20-tól 20.000 főig terjedt a mintában. A projektek 32%-ának 100 vagy 100 fő alatti résztvevője volt. A projektek 25%-a 1.000 fő feletti résztvevőt jelölt.

A projektek 87%-a választotta témájaként a testmozgást, 85% az egészséges táplálkozást, 47% célzottan a túlsúly, elhízás megelőzését, 40% a dohányzást, 60% a lelki egészség védelmét/megőrzését, 33% az életvezetési kompetenciák fejlesztését, 22% az egészséges környezet/életér feltételeinek megteremtését, 12% az idősek egészségfejlesztését, míg 7% az egészséges választék megteremtését. Jellemző volt, hogy a projektek egyszerre több egészségfejlesztési területtel foglalkoztak, elaprózva ezáltal az egyébként sem túl nagy forrásokat.

A pályázók jelentős része (87%) a projekt során készítette el vagy aktualizálta az egészségtervét, a fennmaradó 13%-nak már volt 3 évnél nem régebbi egészségterve, ezért az a projekt során nem került sem elkészítésre, sem aktualizálásra. A kistérségek 88%-a, az oktatási nevelési intézmények közel fele, a munkahelyek valamivel több mint fele (52%), míg a célcsoport specifikus szinterek 79%-a a projekt során készítette el az egészségtervét.

A projektek 89%-a jelezte azt, hogy az egészségfejlesztési terv elkészítésekor történt szükségletfeltárás.

A projektek jelentős része (88%-a) nem mérte a projekt eredményességét a kötelező monitoringindikátorokon kívül – akik mégis, azok zömmel az elégedettséget, valamint az egészségi állapot változását mérték. A projektek 65%-a jelezte, hogy nem voltak számszerűsített indikátorok megállapítva a célkitűzések elérésének ellenőrzésére, de célkitűzéseket ugyanakkor megfogalmazott a terv.

A projektek fele jelezte, hogy az egészségterv kialakításában partnerként részt vettek egészségügyi intézmények, háziorvosok, védőnők, a mentőszolgálat vagy a Vöröskereszt. 5%-5%-ban ÁNTSZ kistérségi intézménye, illetve az ÁNTSZ országos intézménye vett részt. A projektek 58%-a vette igénybe valamilyen tanácsadó vagy pályázatíró cég segítségét az egészségterv kialakításában. A projektek 40%-a a célcsoport képviselőit, 24%-a pedig a helyi lakosokat is bevonta valamilyen véleményeztetési folyamaton keresztül.

Az on-line felmérés idején a projektek 32%-a válaszolta, hogy fenntartottak a projekt alatt megkezdett egészségfejlesztési tevékenységet a projekt lezárása után is (a fenntartási kötelezettség szerint).

4.2. A programok megfelelése

Értékelési kérdés (4.2):

Az alkalmazott életmódprogramok megfeleltek-e a kívánt (a programban/konstrukciókban megfogalmazott) célok eléréséhez?

A 2009-es TÁMOP 6.1.2 konstrukciókkal kapcsolatban megfogalmazódik az a kétely – mint ahogyan erre a szakértői interjúk is rávilágítottak –, hogy mennyire volt megfelelő a 2003-as Népegészségügy Program prioritásai mentén való elindulás a népegészségügyi fejlesztéseket illetően, miközben a gazdasági válság hatásának következményeként romló életfeltételek alapvetően új helyzetet jelentettek a mintegy 7 évvel korábban megfogalmazottakhoz képest. Felmerült az a szempont is, hogy az ÁNTSZ múltbeli átalakítása (és ezáltal az olyan helyi szintű puhább népegészségügyi funkciók, mint az egészségfejlesztés, további meggyengülése) után az egyéni és közösségi életmód- és szemléletváltozást preferáló cselekvések helyett inkább a szisztematikus és rendszeres egészségfejlesztési tevékenységre képes helyi kapacitások kialakítását kellett volna preferálni. Ez akár az intézményrendszer, akár a kutatás/oktatás/képzés területén elvégzendő feladatot definiált volna, majd ezen kapacitások munkájára a későbbiekben lehetett volna ráépíteni a TÁMOP 6.1.2-es életmód- és szemléletformáló tevékenységeit. Ez a megközelítés az új, 2011-12-es évben kiírt 6.1.2-es konstrukciókban már tetten érhető.

A TÁMOP pályázati rendszer sajátossága (a kiírást és az elszámoltatást illetően is), hogy a megvalósított életmódprogramok valódi szakmai tartalmait nehéz azonosítani/követni, és ezáltal a színtereknek, célcsoportoknak/helyi szükségleteknek való megfelelésüket értékelni. A nem LHH-s konstrukciók tekintetében az egészségfejlesztési szakmai tartalmak minőségbiztosítása kimaradt a teljes pályázati folyamatból, nem történt szakmai elő- vagy utóértékelés. A pályázatok kiválasztását a kiírás formai/tartalmi megfelelése vezérelte.

Megállapítható az is, hogy a helyi életmódprogramok tervezése és megvalósítása során csak valamelyest hasznosultak helyi szinten az országos módszertani intézetek által kidolgozott modellprogramok/ajánlások szakmai szempontjai, a projektgazdák kevésbé használták az egyébként rendelkezésre álló módszertani anyagokat. Az egészségfejlesztési, népegészségügyi rendszer és intézményei csak kevésbé tudtak szakmai/módszertani támogatást biztosítani a kiírások vonatkozásában a bizonyítottan hatékony, komplex egészségfejlesztési projektek helyi színtereken való megtervezéséhez és sikeres megvalósításához, mivel a projektgazdák az esetek nagy részében sem a tervezésbe, sem a megvalósításba nem vonták be őket.

A helyi szükségleteknek, igényeknek, lehetőségeknek való megfelelés fő eszközét a vizsgált konstrukciókban a helyi közösségek és célcsoportok aktív részvételével elkészített egészségtervek megvalósítása jelentette. Megállapítható azonban, hogy ez az alapvetően szakértői-egyeztetési folyamat gyakran nem lépett túl a formális és/vagy „csupán szakértői” tevékenységen, jellemzően nem érintette a célcsoport, közösség által észlelt, érzékelt szükségletek és igények felmérését, azok alapján célok meghatározását, a célcsoportok tervezésbe való bevonását. A korai konstrukciók tapasztalatai ezt jól mutatták: az LHH-s pályázatok esetében az önkormányzatok által beadott projektervekben megfogalmazott cselekvések több esetben módosításra kerültek annak nyomán, hogy a projekt előkészítésének egy későbbi lépéseként készültek el a helyi viszonyokat tükröző egészségtervek.

A nem LHH-s konstrukciók esetében ilyen kontrollmechanizmusok egyáltalán nem voltak beépítve a folyamatba. A nem LHH-s konstrukciók esetében előfordult, hogy az egészségtervet egy szakértő már meglévő egészségadatok alapján elkészítette, általános célokat és cselekvéseket fogalmazott meg, amelyekhez konkrét cselekvési terv nem kapcsolódott. Sok esetben nem lehetett megállapítani, hogy mennyire váltak az egészségtervek a döntéseket és cselekvéseket hosszútávon megalapozó, elfogadott dokumentumává.

Az egyik megkérdezett interjúalany az egyes projekt típusok közötti különbségekről ezt mondta: „Az iskolai projektek például körülhatároltabbak voltak, ott általában külső szolgáltató ment be az iskolákba, ezeknél azonban az nem látható, hogy mennyire illeszkedtek bele egy átfogó iskolai egészségfejlesztési koncepcióba és mennyire voltak külső szolgáltatók által elvégzett sporadikus egészségfejlesztési célú események.”

A pályázatok számának jelentős részét kitevő, ám zömmel kis célcsoportot felölelő munkahelyi életmódprogramok esetében főleg a munkahelyi stressz kezelésére irányuló tréning jellegű programok, ismeretterjesztés és munkahelyi sportolási események/lehetőségek szervezése volt jellemző. Itt részben tetten érhető egyes pályázatóró cégek üzletszerű, a formális teljesítést előtérbe helyező, ezáltal a helyi igényeket kevésbé figyelembe vevő tevékenysége is. (A 2012-es kiírásnak ezért már szakmai melléklete is van.) Vannak ugyanakkor jó gyakorlatok is: a már egyébként is meglévő vállalati teljesítménymonitorozó/értékelő kultúra egyes pályázatok esetében az egyéni szükségleteket felmérő, célokat megfogalmazó és megvalósulásukat követő/korrigáló, pontos mérésekre alapozott projekteket eredményezett – leginkább a stresszkezelés és egyes életmódbeli tényezők (mint a dohányzás vagy testsúlykontroll) területén.

A 2009-es TÁMOP-6.1.2 projektek dominánsan az életmód és a szemlélet megváltoztatását célozták az egyéni és közösségi ismeretek, képességek és készségek fejlesztésén keresztül, döntően akció- és kampányjellegű tevékenységek megvalósításával. A megvalósított projekteken belül kevesebb hangsúlyt kaptak az egészséget támogató helyi környezet, színtér kialakítására és fenntartására, az egészséges választék megteremtésére, a hosszútávon fennmaradó helyi kapacitások létrehozására irányuló kezdeményezések. Ezek alapján azt feltételezhetjük, hogy valóban hosszútávon fennmaradó életmódváltozást populációs és közösségi szinten ezek a projektek nem érthettek el – mindezt alátámasztják a szakértői által adott vélemények is. Az időközi visszajelzések annyiban hasznosultak is, hogy a 2012-es kiírásoknak már eleme a kapacitásépítés.

4.3. A programok megfelelése

Értékelési kérdés (4.3):

Milyen hatással voltak a pályázott projektek a bevont célközösség tekintetében a fő életmódbeli viselkedések változásában? (Dohányzás, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, alkoholfogyasztás; időbeli fenntarthatóság)

A vizsgált projektek dominánsan több életmódbeli területet (pl. dohányzás, táplálkozás, testmozgás, lelki egészség stb.) céloztak meg különböző intenzitású, akció- vagy kampány jellegű tevékenységek,

illetve rendszeresebb foglalkozások (pl. klubfoglalkozás, főzőtanfolyam) keretében. Mint már említettük, a projekt szintjén gyakran nem fogalmazódtak meg az életmód- és viselkedésváltozáshoz vezető lépéseknek (pl. ismeretek, attitűdök motivációk változásának) a számszerűsíthető céljai, és még kevesebb esetben történt meg azok standard indikátorokra és mérőeszközökre alapozott mérése a beavatkozások előtt és után. Mindemellett majdhogynem ismeretlen az életmódot meghatározó egyéb tényezők alakulása: az életmódról, az egészségmagatartásról, az egészségtudatosságról, a főbb meghatározó tényezőkről és alakulásukról szóló országos adatgyűjtésekből nem érhetők el kistérségi szinten megbízható idősoros becslések, amelyek segíthetnének e kérdés megválaszolásában.

Nagyon fontos elemként meg kell itt említeni az egészségkommunikáció és a egészséggel kapcsolatos üzenetek fontosságát. Ismert, hogy ezen a területen a hazai egészségfejlesztési rendszer igencsak elmaradottnak mondható, nincsenek megfelelő információink arról, hogy milyen kommunikációs stratégiák, milyen üzenetek működnek hatékonyan – és miért – az egyes célcsoportok felé. (2012 legvégén jelent meg a „TÁMOP 6.1.3./B/12/1 – Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése” felhívás.)

Meg kell azt is jegyeznünk, hogy az értékelés során a dokumentumelemzések keretében kizárólag olyan kommunikációs elemeket tudtunk áttekinteni, amelyeknek költségvonzata volt, tehát olyan egészségüzeneteket, kampányanyagokat, felvilágosító anyagokat, amelyek fizetett szolgáltatásként jelentek meg. Ezen anyagok áttekintése során megállapítható volt, hogy a tartalmi elemek forrásai gyakran internetről leszedhető, összeollózott laikus tartalmak voltak. Jellemző volt az is, hogy a kommunikációs tartalmat külső megbízott készítette el ismeretlen források alapján olyan esetben is, amikor az adott témában a szakmai intézmények által kidolgozott és tesztelt tartalmak egyébként széles körben elérhetőek.

Az életmódot meghatározó főbb területekkel (dohányzás, testsúly, táplálkozást, stb.) kapcsolatos mérést a projektek tehát csak szórványosan tartalmaztak. Egyes projektek és egyének szintjén könnyen lehetséges, hogy történt pozitív változás, ám tetten érhető populációs változás ezeken a területeken már a projektek által elért teljes célcsoport kicsinysége miatt sem várható.

4.4. Hozzájárulás a helyi feltételek megteremtéséhez

Értékelési kérdés (4.4):

Hogyan járultak hozzá a pályázott projektek az egészséges életmód feltételeinek helyi megteremtésében? (Helyi egészségtervek, interszektoriális tervezés, partnerségek.)

Az egészséges életmód feltételeinek megteremtése kapcsán a helyi egészségterveket, mint a helyi viszonyokat, igényeket, cselekvéseket megjelenítő tervezési dokumentumokat vizsgáltuk. Kitértünk még arra is, hogy a helyi kezdeményezések mennyire vontak be más, nem egészségügyi szektorokat a tervezésbe és megvalósításba, illetve ezzel szorosan kapcsolatban vizsgáltuk a partnerségek megvalósulását.

Különösen a nem LHH-s projektekre volt jellemző, hogy nem látható az, hogy az egészségterv/egészségfejlesztési terv az adott intézmény (munkahely, önkormányzat, egyesület, iskola stb.) keretén belül hogyan, milyen mértékben kapcsolódik a helyi viszonyokhoz és igényekhez, a projekttevékenységekhez, és válik a projekt során (illetve később is) az egészségfejlesztés tervezési dokumentumává. (Például: iskolai programok esetében hogyan illeszkednek bele az iskolai egészségnevelés tevékenységeibe, vagy hogyan kapcsolódnak az iskolákon belül futó más országos egészségfejlesztési programokhoz, pl. a leggyakrabban említett Iskolatej és Iskolagyümölcs programhoz vagy a Happy 7 Iskolai Vízfogyasztást támogató programokhoz.) A kérdés megítélését nehezítette az a tényező is, hogy a projektek azon részénél, ahol 3 évnél nem régebbi egészségtervek

álltak rendelkezésre, ezek nem is kerültek beküldésre a közreműködő szervezet felé, tehát a dokumentumelemzés során fel sem lehetett mérni a pályázott tevékenységek kapcsolódását.

Az LHH-s kistérségek projektjeinek esetében a tervezési szakaszban nyújtott népegészségügyi szakmai támogatás és értékelési lépések biztosították egyrészt az egészségtervek elkészítésére vonatkozó szakmai ajánlások érvényesülését az egészségtervek elkészítése során, másrészt előírás volt annak hivatalos elfogadtatása.

Más szektorok bevonása a szociális szférával való együttműködés tekintetében volt leginkább tetten érhető a projektek kapcsán, illetve egy-egy helyi kezdeményezés esetében, amikor helyi termelőket, kereskedőket vontak be az egészséges ételkészítés biztosítása érdekében a projekt rendezvényein. Sajnos találtunk arra is példát, hogy a projekt ideje alatt a helyi óvoda gyermekeinek eladásra alkalmatlan zöldségeket biztosítottak. De találtunk példát arra is egy LHH-s projektben, hogy a jövőbeli feladatként az egészséget meghatározó gazdasági-társadalmi-környezeti tényezők mentén a helyi viszonyok (pl. helyi közlekedés, bicikliutak stb.) lehetséges egészséghatásainak vizsgálatát tűzték ki célul, valamint az e szereplőkkel való szoros együttműködést a helyi lakosság egészségi állapotának és az életfeltételek egészség szempontú javításának érdekében.

A partnerségi együttműködések tehát dominánsan a projektek idejére szóltak, és dominánsan az egészségügyi szolgáltatókra fókuszáltak, kevésbé volt jellemző, hogy a projekt fenntarthatóságát célozták volna a projekt utáni időszakban. Volt arra is példa, hogy a partnerségi együttműködések vélhetően mindössze a projektfeltételek formális teljesítését célozták.

Megállapítható, hogy az egészséges életmód feltételeinek fenntartható helyi megteremtéséhez a projektek kevésbé járultak hozzá. Gondolunk itt olyan – egyébként nem feltétlenül magas költségigényű – tevékenységekre, mint pl. főzőiskola felszerelése vagy felszerelésének javítása, ami az egészséges táplálkozásról szóló projekt utáni időszakában is fennmaradó tevékenységeknek biztosíthat teret – ezekre alig akadt néhány példa. De ilyen lehet pl. az Angliában igen elterjedt „gyalogló iskolabusz” szervezése is. Az iskolakertek, közösségi kertek kialakítása viszonylag alacsony költségű, ám szervezésigényesebb lehetőség – ezek ugyanakkor hatékonyan bizonyulnak a gyermekek és felnőttek zöldség-gyümölcs fogyasztásának, illetve a rendszeres testmozgásnak az elősegítésében. A projektek ugyanakkor gyakran a helyi sport- és/vagy fitness-létesítményekkel vagy akár lovardákkal partnerségben megvalósított, egyébként jóval költségesebb (aquafitness, lovaglás) tevékenységeit preferálták.

4.5. Hozzájárulás az egészséges életmódtólenségek csökkentéséhez

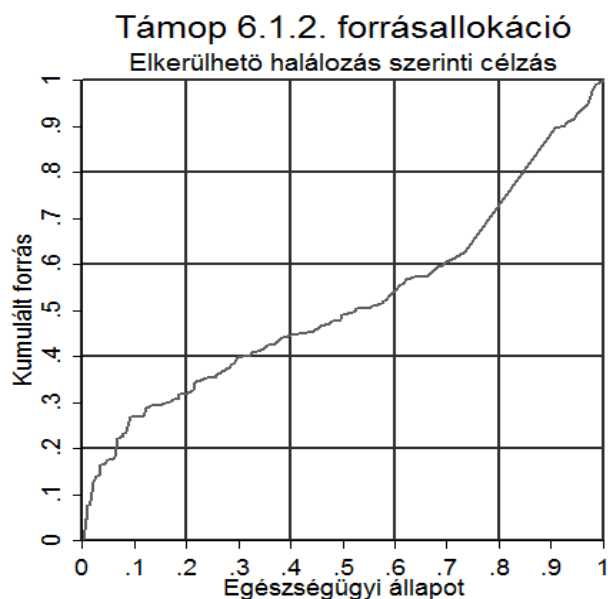
Értékelési kérdés (4.5):

A konstrukció lebonyolítása mennyire járul hozzá az egészséges életmódtólenségek csökkentéséhez? (Társadalmi-gazdasági tényezők, földrajzi eloszlás mentén, LHH-s és nem LHH-s kistérségekben)

Megvizsgáltuk azt, hogy az életmódprogramok keretében elosztott források célzása milyen összefüggést mutat az egészségügyi szükséglettel. (A módszertant ld. bővebben az 1. értékelési területben szereplő forrásallokációs példánál.) A 15. számú ábrán a TÁMOP 6.1.2 alatt megvalósult forrásallokáció kistérségi elkerülhető halálozás szerinti célzása látható.

Az életmódprogramok fejlesztési forrásainak elosztása abban az értelemben tekinthető jól célzottak, hogy az **átlagnál nagyobb** arányban kerültek a rosszabb egészségi mutatókkal (elkerülhető halálozással) rendelkező kistérségekhez (ennek az oka nyilvánvalóan az, hogy az **LHH-s kistérségek számára** külön konstrukció állt rendelkezésre). Ha haladunk sorba a kistérségek egészségi állapota szerint, akkor egy idő után **átfordul a trend**: a jobb egészségi mutatókkal rendelkező (fejlettebb) kistérségek a rosszabb (kevésbé fejlett) kistérségekhez képest nagyobb arányban részesültek a pályázati forrásokból, feltehetőleg a rendelkezésükre álló jobb pályázati kapacitások miatt.

Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a forrásallokáció célzottsága önmagában nem elég az egészségügyenlétlenségekre tett hatások megítélésében, hiszen a források felhasználása sokféle, eltérő hatékonyságú tevékenység keretében valósulhat meg.



15. ábra: A TÁMOP 6.1.2. forrásainak allokációja a kistérségi elkerülhető halálozás szerint sorba rendezve

Az életmódbeli kiírások alapján az esélyegyenlőségi szempont horizontális célként jelent meg. Megállapítható, hogy a projektek csak kevés esetben gyűjtöttek megfelelő információt a résztvevő célcsoport jellemzőiről az egészséget meghatározó társadalmi-gazdasági tényezők mentén (pl.: életkor, nem, iskolázottság, gazdasági aktivitás stb.), illetve a hátrányos helyzetű csoportok részvételéről. A monitoringmutató mérése érdekében végzett adminisztráció ellentmondásos helyzetekhez is vezetett: volt arra példa, hogy egy iskolai program keretén belül a résztvevő gyerekeket külön hátrányos helyzetű megjelölésű papíron listázták, és a gyerekek ezt a papírt írták alá jelenléti ívként. Ezért az egyes projektek tekintetében nehéz megállapítani, hogy milyen mértékben érték el a hátrányos helyzetű, rosszabb egészségi állapotú lakossági csoportokat ott, ahol nem kifejezetten ez volt a projekt által kijelölt célcsoport. Ez a kérdés még egyes LHH-s projektek tekintetében is felmerült.

Az átnézett dokumentumokban nem találtunk példát arra, hogy a megvalósított tevékenységek egyes társadalmi csoportok tekintetében differenciált hatását számba vették volna olyan projektekben, ahol nem kifejezetten speciális vagy hátrányos helyzetű társadalmi csoport volt az elsődleges célcsoport. Főleg a települési projekteknel volt érezhető a „one size fits all” gyakorlat. De volt arra is példa, hogy egy kistérség és annak központja jól behatárolt célcsoportok és szinterek mentén sikeresen pályáztak több projekttel a vizsgált konstrukciókra, ezáltal több forrást értek el, amely lehetőséget adott arra, hogy az egyes célcsoportokhoz jobban illeszkedő tevékenységeket tervezhessenek és valósíthassanak meg.

„Ha ezek a programok valamit segítettek, az legfeljebb a felső középosztály alsóbbik része körében jöhetett létre”, értékelt az egyik interjúalanyunk. Szakirodalomból ismert, hogy az egészségkampányok gyakran inkább növelik az egyenlőtlenségeket, mert az egyes célcsoportokra differenciáltan hatnak. A rosszabbodó társadalmi-gazdasági helyzetben az életkörülmények romlása és növekvő egyenlőtlenségek mellett kétséges, hogy a projektekre jellemző, dominánsan hagyományos egészségnevelésre alapozott egészségkommunikációval és beavatkozásokkal lehet-e

javítani a lakosság életmódját. A fentiek alapján megkérdőjelezhető, hogy volt-e a projekteknek a helyi vagy a nagyobb populációs szinten egészségyenlőtlenség-csökkentő hatása.

4.6. Jó gyakorlatok

Értékelési kérdés (4.6):

Jó gyakorlatok (kritériumrendszer, esettanulmányok)

A fentiekben, az egyes értékelési kérdések nyomán kitértünk azokra az elemekre, amelyek a projektek tervezése, kontextusba illesztése, végrehajtása és monitorozása során jó gyakorlatnak tekinthetők. Sajnos az értékelés során sok „rossz gyakorlattal” is találkoztunk – az ajánlható jó gyakorlatot tehát ezeknek az elkerülése jelentené a jövőben. A jó gyakorlat kialakítására vonatkozó javaslatainkat a következő alfejezetben fogalmazzuk meg.

Javaslatok

Az elvégzett értékelés alapján az alábbi javaslatokat tesszük:

- A kiírásokban a megvalósítandó szakmai tartalmakat részletesen specifikálni kell szakmai ajánlások mentén (az erre vonatkozó követelmények a 2012-es kiírásban már bővültek). A monitoring/értékelés tekintetében standard indikátorokat és mérőeszközöket kell meghatározni. A projektbeszámolók rendszerét ki kell terjeszteni szakmai szempontból is az elérni kívánt célok megfogalmazására, azok megvalósulásának követésére és értékelésére.
- A projektek beszámolási kötelezettsége tartalmazzon szakmai szempontú beszámolási kötelezettséget is. A szakmai tartalom/teljesítés főbb jellemzői jelenjenek meg közös adatbázisban az adminisztratív adatokkal együtt. Ez nagyban elősegíti a pályázatok összességével kapcsolatos gyors adatszolgáltatást kormányzati és egyéb helyekre, átláthatóbbá teszi a konstrukciók mentén elvégzett tevékenységeket és eredményeket.
- Ki kell alakítani az egészségfejlesztési tevékenység átfogó minőségbiztosítási rendszerét, amely biztosítja, hogy korszerű, a szinterek és célcsoportok szükségleteinek, igényeinek és lehetőségeinek megfelelő, valóban hatékony egészségfejlesztési programok juthassanak el a társadalom széles rétegeihez. Ezen túl ez lehetővé tenné az eddigi (TÁMOP alatt vagy azon kívül) zajlott/zajló egészségfejlesztési projektek szisztematikus értékelését, sikertényezőket és jó gyakorlatok azonosítását is. (Részben ehhez kapcsolódik a tervezett „TÁMOP-6.1.1. – Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési ismeretek kidolgozása az oktatás különböző szintjei és különböző korosztályok számára” konstrukció, amely az NFÜ honlapján elérhető pályázati menetrend szerint várhatóan 2013. első negyedévében kerül meghirdetésre.)
- Ezzel összefüggésben elő kell segíteni a népegészségügyi stratégiák/programok – és az ezek keretében megvalósuló fejlesztési projektek – kimeneteinek és eredményeinek jobb mérhetőségét: olyan indikátorok rendszerét kell kialakítani (és hozzájuk a standard mérési módszertant is biztosítani), amelyek a megvalósított programelemek sajátosságaihoz igazodva képesek az outputok (és a már rövid távon is hitelesen mérhető eredmények) számszerűsítésére.
- További összehangolt és egymásra épülő fejlesztési lépésekkel támogatni kell a hosszú távú, szisztematikus népegészségügyi cselekvés feltételrendszerének kialakítását, a jelen fejlesztési ciklusban kialakulóban lévő és a már meglévő népegészségügyi koordinációs és operatív (országos és helyi) egészségfejlesztési intézményrendszer elemek fenntarthatóságát és munkáját.

- Ezzel együtt tovább kell támogatni a hosszú távú, kutatásra/képzésre épülő humán kapacitásfejlesztést a népegészségügyben, amely képessé teszi a rendszert arra, hogy a napjainkban valóban legfontosabb népegészségügyi kihívásokra adekvát válaszokat tudjon adni.
- Erősíteni kell az egyes ágazati fejlesztések összehangolásával az interszektoriális együttműködések lehetőségét a fejlesztések direkt és indirekt egészséghatásainak kiaknázása érdekében.
- Szervezeti/működési/finanszírozási ösztönzőrendszerek kialakításával javítani kell az egészségügyi ellátórendszer (alapellátás, védőnői ellátás, foglalkozás-egészségügyi ellátás) prevenciók kapacitását.
- Kis támogatási összegű pályázatok esetében (pl. egészségfejlesztési pályázatok esetében) javasolt az egyszerűsített költségelszámolási formák (lump-sum, unit cost, rezsihányad) használata. Lump-sum és unit cost típusú elszámolásnál a kedvezményezettnek nem kell pénzügyi elszámolást készítenie és számlákat benyújtania, a rezsihányad alkalmazása pedig az általános költségek elszámolását egyszerűsíti lényegesen. Lump-sum típusú finanszírozás esetében a támogatási összeget a projekttervben szereplő költségbecslés alapján állapítják meg, a teljesítést pedig az output- és outcome-indikátorok elérése igazolja. Unit cost típusú finanszírozás esetében a kedvezményezett a teljesített outputok vagy outcome-ok arányában jogosult támogatásra. Ezek a finanszírozási technikák a pályázói és KSZ-oldali adminisztratív terheket is jelentősen csökkentik, miközben erősítik a projektek eredményorientált kialakítását és végrehajtását.

Feldolgozott dokumentumok, hivatkozások

- Abadie, A., A. Diamond, J. Hainmueller (2010): Synthetic control methods for comparative case studies: estimating the effect of California's tobacco control program. *Journal of the American Statistical Association* 105, 493-505.
- Abadie, A., G. W. Imbens (2008): On the failure of the bootstrap for matching estimators. *Econometrica* 76, 1537-1557.
- Agenda Kft., Expanzió Kft., KTI Közlekedéstudományi Intézet Kft. (2010): KKV-k technológia fejlesztési célú beruházás támogatási alintézkedés (GVOP 2.1.1.) értékelése. Értékelő jelentés.
- ÁSZ (1999): Jelentés az önkormányzati egészségügyi intézmények gép-műszer ellátottságának valamint egyes diagnosztikai részlegek teljesítményének vizsgálatáról (9905). Állami Számvevőszék, Budapest.
<http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/F0647E9C91CDA3E7C1256CB10044A1C2?OpenDocument>
- A társadalmi infrastruktúra operatív program (TIOP) ex-ante értékelése. [2006] Compudoc Kkt – Forenviron Kft.
Letölthető: www.nfu.hu/download/1015/TIOP.doc (A letöltés időpontja: 2012. május 5.)
- Blundell, R., M. Costa-Dias (2009): Alternative approaches to evaluation in empirical microeconomics. *Journal of Human Resources* 44(3), 565–640.
- Crump, R. K., V. J. Hotz, G. W. Imbens, O. A. Mitnik (2009): Dealing with limited overlap in estimation of average treatment effects. *Biometrika* 96(1), 187-199.
- Cseres-Gergely Zs., Scharle Á. (2010): Az Állami Foglalkoztatási Szolgálat modernizációjának értékelése. IFUA és Budapest Intézet, http://www.budapestinstitute.eu/uploads/BI_AFSZ_modernizacio_ertekeles_100705.pdf
- Elek P. (2011): Egészségpolitikai intézkedések hatása egészségügyi indikátorokra Magyarországon. Módszertani útmutató egyéni szintű adatokon alapuló becslések készítéséhez. Budapest Intézet,
http://www.budapestinstitute.eu/uploads/eu_hatasvizsgalatok_modszertana_2011.pdf
- Euregio III (2011): New perspectives on the application of health care related Structural Funds. [http://euregio3.eu/Europe 2020 Strategy](http://euregio3.eu/Europe%2020%20Strategy), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>
- Füzesi Zsuzsanna, Kósa Karolina, Solymosy József: Az egészségfejlesztés minőségügyi rendszerének kialakítása – Szintér egészségfejlesztési programok, települési egészségfejlesztési programok. Letölthető: www.emki-minosegfejlesztes.hu/site/conf/upload/528_4.pdf (A letöltés időpontja: 2012. november 15.)
- Humán infrastruktúra fejlesztés a regionális operatív programokban. ROP irányító hatóság. Letölthető: www.nfu.hu/download/32044/human_ROP.pdf (A letöltés időpontja: 2012. június 26.)
- Kézdi G., Surányi É. (2007): Egy sikeres iskolai integrációs program tapasztalatai. A hátrányos helyzetű tanulók oktatási integrációs programjának hatásvizsgálata 2005–2007. Kutatási összefoglaló.
<http://bin.sulinet.hu/tanar/szabadido/planetarium/8.1.1.pdf>
- Kézdi G. (2011): A programok hatásvizsgálatának módszertana. Munkaerőpiaci Tükör 2011., 54-71., MTA KTI, Budapest
- Magyarország Nemzeti Stratégiai Referenciakerete [NSRK] 2007–2013 „Új Magyarország Fejlesztési Terv” [http://www.nfu.hu/download/479/UMFT_HU_NSRK-hun_Accepted.pdf]
- Mihalicza, P., Elek, P. et al. (2011): Pszichiátria-addiktológiai eredményességi indikátorok elemzése. In: A 2006 és 2008 közötti egészségpolitikai intézkedéseket monitorozó indikátorok alakulásának elemzése. Kutatási jelentés WHO-BCA 2008-2009 keretében.
- Nefmi (2011): Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.
- OEP (2011): a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2011. április 1-től.
http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/SZAKMA/OEPHUSZAK_EUSZOLG/ALAPSZAKELL/H%C3%81ZIORVOSI_INDIK%C3%81TOROK_20110401.PDF
- Operatív programok - http://www.nfu.hu/umft_operativ_programok
- Operatív programok akciótervei (2007-2008) – <http://www.nfu.hu/doc/324>
- Operatív programok akciótervei (2009-2010) – <http://www.nfu.hu/doc/1378>

Operatív programok akciótervei (2011-2013) – <http://www.nfu.hu/doc/2670>

Pályázati felhívás és útmutató a TÁMOP-6.1.2/A-09/1, TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1, TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2 konstrukciók esetében

Papke, L. (1994): Tax policy and urban development: evidence from the Indiana enterprise zone program. *Journal of Public Economics* 54(1), 37-49.

Rosenbaum, P. R., Rubin, D. B. (1983): The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 70, 41–55.

TÁRKI Zrt. (2009): TIOP-indikátorok részletes értékelése. 2009. december 22.

Turcsányi Katalin, Juhász Ildikó, Nagy Zsolt, Varsányi Attila, Tóth Árpád (2011): Kistérségi járóbeteg szakellátás EU-s forrásból történő fejlesztése és fenntarthatósága. Előadás, V. Egészség-gazdaságtani Konferencia

Vitrai J. et al. (2008): Az egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez. *Egészségmonitor*, Budapest
<http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Egeszseg-egyenlotlensegek%20Magyarorszagon.pdf>

Vitrai J., Bakacs M., Kaposvári Cs., Németh R. (2010): Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon. Kutatási jelentés, *Egészségmonitor*, Budapest.
http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igenybeveteli%20egyenlotlensegek_2010.pdf

Watson (2009): Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment. Summary report.
http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/docs/watson_report.pdf

WHO (2010): How health systems can address health inequities through improved use of structural funds

WHO (2011): The determinants of health. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

Mellékletek

A mellékletek sorszámozása jelzi, hogy az adott melléklet az értékelési jelentés mely részéhez kapcsolódik. 0. sorszám jelöli az általános módszertani és áttekintő jellegű mellékleteket, valamint az adatkérések specifikációit. 1. sorszám jelöli azokat a mellékleteket, amelyek az 1. értékelési területre (azaz az egészségügyi fejlesztések áttekintésére, valamint célzottságának vizsgálatára) vonatkozó megállapításokat támasztják alá. A 2. sorszám alatt a járóbeteg-ellátási fejlesztésekhez, a 3. sorszám alatt a gép-műszer kataszter kialakításához, míg a 4. sorszám alatt az életmódprogramokhoz kapcsolódó mellékletek kaptak helyet.

0. Az értékelési területek, kérdések és módszerek kialakításához kapcsolódó mellékletek

0.1. sz. melléklet: Az e-egészségügyi fejlesztések EU-s kontextusa

Uniós célok

Az e-health, vagyis az egészségügyi informatikai fejlesztések központi helyet foglalnak el az Európai Unió stratégiai céljai között. Jellegéből adódóan az ide vonatkozó tevékenységeket és fejlesztési irányokat alapvetően nemcsak az egészségre és egészségügyre vonatkozó prioritások határozzák meg, hanem az e-kormányzás, a Digitális menetrend (Digital Agenda), az európai vezető piacok (Leading Market) és több más kapcsolódó stratégiai terv célrendszerének átfedése is jellemzi. A témakörben igen aktív és elkötelezett döntéshozói tevékenység tapasztalható, ami várhatóan a jövőben sem fog alábbhagyni.

2004-ben jelent meg az e-healthre vonatkozó célokat és irányelveket tartalmazó első átfogó cselekvési terv (eHAP, 2004). Az egészségügyi informatikai megoldások az infokommunikációs eszközök széles spektrumát foglalják magukba, amelyeknek az Európai Unió kulcsszerepet szán a tagországok előtt álló jövőbeli kihívások leküzdésében. A betegek és egészségügyi szakemberek növekvő mobilitása mutatott rá arra, hogy az e-health megoldások meghatározóak lehetnek a személyek, szolgáltatások, egészségügyi információk és szaktudás áramlását akadályozó láthatatlan falak lebontásában. Mindezt hangsúlyozza a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelvnek (Directive 2011/24/EU) az a része, amely a tagállamok közötti önkéntes alapon való együttműködésre és információcserére, valamint a technológiai átjárhatóság megteremtésére vonatkozik.

A demográfiai és társadalmi változásoknak (többek között az öregedő társadalomnak, a magasabb jövedelemnek és képzettségnek) köszönhetően megnövekvő kereslet és az ellátás színvonalához kapcsolódó magasabb elvárások, a gyors technológiai fejlődés és a komplex szervezeti változások összeegyeztethetőségének nehézségei, a nagy mennyiségű egészségügyi adat kezelése, a rendszerek integrációja iránti igény, a költségvetési források korlátozottsága, az újonnan megjelenő betegségekre adott gyors válaszok szükségessége mind-mind olyan kihívást jelent, amelyre az e-egészségügy hatékony választ tud adni. Az egészségügy egy információ- és tudásintenzív szektor, ahol az e-health megfelelő szervezeti változásokkal és új képességek fejlesztésével kombinálva jelentősen javíthatja az egészségügyi szolgáltatások minőségét, hatékonyságát és hozzáférhetőségét, és így az ellátás összes érintettje számára (betegek, egészségügyi szakemberek, adminisztrációban dolgozók, egészségügyi hatóságok és vezetők) nyújthat nem elhanyagolható előnyöket. (eHAP, 2004)

Az egészségügyi informatikába való befektetések magas várható megtérülést és hosszú távú költségcsökkentést kínálnak, ezeknek a gazdasági hasznoknak is köszönhetően az e-health piacát az Európai Unió egyik stratégiai piacának tekinti („Leading Market”), egy olyan nagy növekedési

potenciállal rendelkező innovatív piacnak, amely versenyelőnyt biztosíthat Európának a globális szinten is (eHealth Taskforce riport, 2007).

Az európai e-health cselekvési terv (eHAP, 2004) három fő témakör szerint csoportosította az egészségügyi informatikával kapcsolatos stratégiai célokat, amelyek összefoglalva a következők:

I. Válaszok a közös kihívásokra

Az e-health célok végrehajtásához elengedhetetlenül szükséges, hogy a témakör a figyelem középpontjába kerüljön a tagországok döntéshozói számára, ezeknek az irányelveknek meg kell jelenniük stratégiai szinten is, nemzeti vagy regionális szintű cselekvési tervbe foglalva. Nélkülözhetetlen az egészségügyi rendszerek interoperabilitásának, tehát együttműködési képességének megteremtése, standardok kidolgozása; mindez kiemelten fontos a létrehozandó elektronikus betegazonosító, elektronikus kórlap vagy kórtörténet esetében, beleértve a közös elméleti megközelítés, architektúra és standardok kialakítását. Szintén prioritás a betegek és szakemberek mobilitásának kezelése, továbbá az egészségügyi információs hálózatok kialakítása technológiai és infrastrukturális szinten is. Az e-health termékek és szolgáltatások piacán meg kell fogalmazni a megfelelő minőségi irányelveket és standardokat, azonosítani és elérhetővé tenni a kapcsolódó best practice-eket. Nemzetközi összefogásra van szükség az e-health alkalmazásokba való hatékonyabb befektetésekért, mindemellett alapvető feltétel a megfelelő törvényi és szabályozási háttér megteremtése, amelyhez kapcsolódik egy egységes minősítő rendszer, egy, a termékek és szolgáltatások költségeinek felmérése során alkalmazott normarendszer és egységes megközelítés, valamint az e-health megoldások népszerűsítése.

II. Kísérleti alkalmazások a gyakorlati megvalósítások mielőbbi bevezetésére

A megvalósult kísérleti e-health megoldások hasznait nem szabad figyelmen kívül hagyni, hanem azokat különböző gyakorlati alkalmazásokon keresztül kell a lehető legszélesebb felhasználói csoportnak eljuttatni. Ennek érdekében a cselekvési terv megfogalmazza egy európai uniós egészségügyi portál kialakításának igényét, továbbá az új egészségi fenyegetések korai észlelésére alkalmas információs megoldások erősítését is. Az egészségügyi szervezeteknek és szolgáltatóknak alkalmasnak kell lenniük gyakorlati online szolgáltatások nyújtására, például elektronikus receptek és beutalók használatára, telemedicinális szolgáltatások (távdiagnosztika, távmonitoring, távkonzultáció) bevezetésére, valamint a prevencióban, felügyeletben vagy terápiában használható telecare megoldások igénybevitelére. A határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások nyomon követéséhez elengedhetetlen az elektronikus társadalombiztosítási kártya bevezetése.

III. Együttműködés és a gyakorlatok figyelemmel kísérése

A megvalósult kezdeményezések nyomon követése és értékelése kulcsfontosságú az e-health célok további gyakorlatba ültetéséhez. Mindez megkívánja a gyakorlati példák és hatásaik értékelése során alkalmazandó átfogó szemlélet- és kritériumrendszer létrehozását, a legjobb gyakorlatok összegyűjtését és terjesztését, benchmarkok kialakítását. Az egészségügyi informatikai fejlesztésekkel kapcsolatos összefogások esetében nem elég kizárólag az Unió határain belülre koncentrálni, törekedni kell nemzetközi együttműködések megvalósítására is.

Az európai e-egészségügyi fejlemények kritikus értékelése

A e-health célok elérésének alakulását több tanulmány is vizsgálta, amelyek közül Kotsiopoulos és Whitehouse (2011) jelentése nyújt igazán aktuális, átfogó és kritikus képet az egészségügyi informatika európai előrehaladásáról. A beszámoló főbb pontjai és gondolatai a következőkben kerülnek bemutatásra.

Az e-health irányelvek döntési szintű megjelenésével kapcsolatban nem volt előírva a megkívánt részletezettség mértéke, így 2006-ig zömmel csak a magas szintű dokumentációk tartalmazták

azokat, 2010-re azonban sokat nőtt a témakörre irányuló figyelem, így már minden tagország stratégiai dokumentumaiban helyet kapnak az e-health célok.

Az interoperabilitás kérdéskörében az elektronikus betegazonosítók fontossága mindegyik állam irányelveiben megjelenik, de nem sikerült elérni a közös megközelítés kialakítását, ennek megfelelően a jövőben a kezdeményezések fókuszába inkább a különböző betegazonosító-rendszerek közötti együttműködés megteremtésének kell kerülnie. Az elektronikus kórtörténet (health record) esetében a relatíve rövidre szabott határidő és a pontos specializált leírás hiánya is szerepet játszott abban, hogy a kitűzött célokat nem sikerült elérni. Definíciós kérdések merültek fel (például az élethosszon át tartó beteg rekordot csak néhány országban tervezték bevezetni), ennek következményeként a kiterjedt definíció szerinti elektronikus kórtörténet megvalósítására és alkalmazására eddig sehol sem került sor. Belátva a probléma komplexitását és a közös standard létrehozásának nélkülözhetetlenségét, az idő előrehaladtával sokkal realiztikusabb központi ajánlások születtek, megkezdődtek kísérleti próbaalkalmazások, valamint a standardok tesztelése. Összességében tehát elmondható, hogy a túlzott elvárások és a csúszások ellenére is jelentős előrelépés történt.

A mobilitás megteremtésében releváns fejlemény a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló irányelv elfogadása, amely kitér az informatikai együttműködő-képesség megteremtésének fontosságára, a betegadatok védelmére és az érintett szolgáltatók és hatóságok közötti önkéntes hálózatok megteremtésére.

A technológiai és infrastrukturális háttér biztosítására vonatkozó célok megvalósítása során két fő irányvonal különült el: az első az általános infokommunikációs eszközök és hálózatok fejlesztésére koncentrált, míg a második célorientált e-kormányzati rendszerekhez alkalmazható hálózatok fejlesztését preferálta. A különböző tagállamokban változatos megoldások születtek, de több országban semmilyen kezdeményezés sem történt. Ebben a programponthoz is kiemelhető az igények és standardok világosabb megfogalmazásának szükséglete.

A minőségi irányelvek és standardok elfogadása és alkalmazása sem valósult meg maradéktalanul, különféle megközelítések alakultak ki, és nem egységesen haladt a rendszerek megfelelésének vizsgálata.

Az együttműködésen alapuló hatékonyabb befektetésekről több elméleti vizsgálat született, de a gyakorlatban – egyes egyedi kivételektől eltekintve – nem történt nagyobb előrelépés.

A jogi keretrendszerekben nemzeti szinten nem történt nagyléptékű változás (kivételesen a telemedicinával kapcsolatos domain-nevek kezelése néhány országban). Az Európai Unió országainak többségében folyik valamilyen fokú vizsgálat vagy egyeztetés az e-health jogi helyzetéről, de az aktivitás szintje és mélysége igen széles skálán mozog, negatív végletként öt országban egyáltalán nem foglalkoztak a kérdéssel. Központi szintű elkötelezettség mutatkozott a folyamat gyorsítására, ennek legfontosabb formalizált eredményei a telemedicinára és a határon átnyúló szolgáltatásokra vonatkozó rendelkezések és ajánlások voltak (Communication on Telemedicine, 2008; Cross-border Health Care Directive, 2011).

Megvalósult az európai uniós egészségügyi portál, amelyen többek között egészségügyi mutatók, kutatások, statisztikák, irányelvek érhetőek el, valamint alkalmas a korai figyelmeztetésre is, ezenfelül hozzáférést biztosít tematikus irányelvekhez és statisztikai adatbázisokhoz.

Biztatóak a telemedicinális fejlesztések annak ellenére, hogy különböző típusai igen eltérő fejlesztési fázisban vannak; kísérleti alkalmazásaik különböző terjedelműek, nagyléptékű összefogás azonban még nem valósult meg. Kevés ország kínál teljes e-recept szolgáltatást, a legtöbb országban csak tervezési stádiumban van alkalmazásuk, de itt már rendelkezésre állnak gyakorlati példák is (három országban bevezetésre került). Annak ellenére, hogy nem sikerült elérni az online eszközök

elterjesztésére kitűzött célokat, a folyamat jó irányban halad, de a jogi és technológiai háttér, valamint az interoperabilitás kérdésének rendezése nélkül komoly akadályok merülhetnek fel a jövőben.

Az elektronikus tb-kártya esetében megvalósultak már kísérleti projektek, de kérdéses maradt még a jövőbeli végleges kártya típusa is (hagyományos vagy többcélú kártya).

Megalakult több magas szintű fórum (eHealth Stakeholders Group, European Task Force on eHealth) az e-Health döntések támogatására, és szakmai konferenciák foglalkoztak a best practice-ek felkutatásával és terjesztésével. Annak ellenére, hogy itt is előfordultak időbeli késések a kitűzött határidőkhöz képest, létrejöttek az erre szakosodott támogató platformok (ePractice.eu, Europe's Information Society Thematic Portal).

Aktív és kiterjedt kutatások folytak az e-Health helyzetének és változásainak felmérésére. A benchmarkokra vonatkozó közös megközelítés kialakítása még hiányosnak mondható, de ebben a témában is elmozdulás várható a meglévő tevékenységek eredményeinek következményeként ("eHealth Benchmarking" I, II and III).

A nemzetközi kapcsolatok kiépítése sikeresnek tekinthető a megvalósult tevékenységeknek köszönhetően (World Summit on Information Systems 2005, együttműködés a WHO-val és az USA-val).

Összegzőképpen elmondható, hogy egyrészt a célok elérése meglehetősen hiányosnak tűnhet, a túlzottan optimista határidők miatt majdnem minden fontosabb akció csúszást szenvedett, a legjelentősebb célok közül többet nem sikerült megvalósítani. Ide tartozik a betegazonosítók közös megközelítése, elektronikus kórtörténet standardjai, a minőségi megfelelés tesztelésének és elfogadásának közös nézőpontjai, a jogi keretek pontos meghatározása és végül a telemedicinális szolgáltatásokra és e-receptre való felkészülés. A mérleg másik oldalát tekintve a cselekvési terv megvalósítása jelentős sikereket is elkönnyelhet. A stratégiák szerves részét képezik az e-health megoldások, megnövekedett az erre irányuló figyelem, megerősödött a politikai akarat és megjelentek az állampolgári elvárások is. Elkezdődött a szükséges infrastruktúra fejlesztése, elindultak a gyakorlati megvalósítások, három országban bevezették az e-recepteket, standardok alakultak ki az elektronikus kórtörténetekhez (health record), és nagy terjedelmű kísérleti projektek születtek az elektronikus kórtörténetek és az elektronikus társadalombiztosítási kártyák alkalmazásához, valamint regionális tesztprojektek a telemedicinális tevékenységekhez. Meg kell említeni még a jogi keretrendszer átalakítására való felkészülést, az egészségügyi portál létrejöttét, a best practice-eket összegyűjtő tanulmányokat, a felgyülemlett tudást és tapasztalatot is, végül pedig azt, hogy az e-health termékek piacának kiépítése és fejlesztése bekerült a hosszú távú stratégiai célok közé.

E-egészségügyi cselekvési terv EU-s szinten

A meglévő e-health cselekvési terv eredményeiből levonható tanulságok képezhetik az új, 2012-től 2020-ig terjedő időszakra vonatkozó, jelenleg kidolgozás alatt álló tervezet alapjait, amelynek várható fő programpontjai az alábbi témakörök köré lesznek majd csoportosíthatók:

- Az e-health alkalmazások hasznainak és lehetőségeinek fokozottabb mértékű tudatosítására és a rá irányuló figyelem növelésére, a betegek és a szakemberek erőteljesebb felhatalmazására van szükség.
- Az e-health rendszerek interoperabilitását gátló jelenlegi tényezők kiküszöbölése.
- Elengedhetetlen a jogbiztonság kialakítása.
- A stratégiai célok között kell szerepelnie az e-health innovációk és kutatások támogatásának, az európai és globális piac fejlesztésének.

Az új cselekvési terv fókuszában a funkcionalitásnak és a hatékonyságnak kell lennie. Ezenfelül további megközelítéseknek kell dominálni a jövőbeli célokat: az egyik a felhasználó-központú megközelítés, amely az érintettek lehető legszélesebb körére koncentrál, és a betegek, az állampolgárok tényleges bevonására és felhatalmazására törekszik; a jogi keretrendszer és interoperabilitás megteremtése jelenti a legfontosabb és egyben legnehezebben leküzdhető problémát, melynek kezelésében tematikus megközelítés jelenthet megfelelő kiindulópontot; továbbá fontos a fejlesztéseknek és innovációnak kedvező környezet kialakítása is.

Stroetmann és társai (2011) további tapasztalatokat és ajánlásokat fogalmaztak meg az előrehaladás vizsgálata során. Korábban az egészségügyi informatikai fejlesztések komplexitását rendre alábecsülték, a megvalósítás a vártnál sokkal bonyolultabbnak és időigényesebbnek bizonyult, így nem elég csupán a döntéshozói elkötelezettség megteremtése, szükség van az egészségügyi szakemberek és további érintettek, így piaci szereplők bevonására is, a szakmai igényekre irányuló fokozott figyelemre, szektorközi együttműködésekre és integrált szemlélet alkalmazására az egészségügyi ellátásban. Ki kell építeni az e-health szolgáltatások iránti bizalmat a felhasználókban, tehát megfelelő választ kell adni az adatvédelemmel, titoktartással, megbízhatósággal és felelősséggel kapcsolatos aggályokra, szükség van az állampolgárok és egészségügyi dolgozók képességeinek fejlesztésére, az oktatásba való befektetésre. Alapvető fontosságú az e-health stratégiák összehangolása az egészségügyi célokkal, az egészségügyi informatikai alkalmazások társadalmi, gazdasági és pénzügyi hatásainak elemzése segítségével a megvalósításokat megfeleltetni a célkitűzésekkel, valamint ösztönözni a tagországok közötti tudástranszfert és tapasztalatcserét. Az e-health mint stratégiai piac fejlesztése esetében megoldásra vár a piac széttöredezettségének megszüntetése, amelyhez célszerű lehet közös uniós szintű e-health megoldásokat bevezetni, valamint ösztönözni kell az egészségügyi szolgáltatókat a paradigmaváltásban (eHealth Taskforce report, 2007). Meg kell honosítani továbbá a keresletoldali innovációs szemléletet és hatékonyabban kell összekapcsolni az e-health termékek és szolgáltatások keresletét és kínálatát (Lead Market Initiative, 2009).

0.2. sz. melléklet: Az OEP-adatkérés részletes specifikációja és a teljesített adatátadás³⁵

Vonatkozási időszak: amennyiben külön nem jelezzük, akkor 2008. január és 2012. augusztus között.

NFÜ-szakmacsoportosítás: az értékelés céljára készült szakmacsoportosítás – végül e helyett szakmánkénti részletezésben kaptuk meg az adatokat (és a kialakított csoportosítást csak azon elemzések során használtuk a későbbiekben, ahol szükség volt az információ tömörítésére).

1. *OEP-információk a TIOP 2.1.2., 2.1.3. és KMOP/ROP keretében fejlesztett szolgáltatókról (a fejlesztések listáját és kistérségét a 2. számú melléklet tartalmazza):*

- fejlesztett szervezeti egységek finanszírozási kódjai
- fejlesztett szakmák (OEP-szakmakód és -név – új vagy módosult // NFÜ-szakmakód),
- fejlesztett szakmák szakorvosi és nem szakorvosi óraszámainak (járó), illetve más ellátási formák esetén azok kapacitásadatainak változása
- finanszírozási szerződés kezdete / módosításának dátuma (azaz a fejlesztés következtében a szolgáltatás beindulása)
- finanszírozás mely előirányzaton történik

2. *Járó- és fekvőbeteg-szolgáltatók OEP-törzsadatbázisa (2008, 2009, 2010, 2011 és 2012 év eleji állapotok, illetve 2012. július 1-jei állapot):*

- intézmény neve, OEP-kódja
- intézmény címének irányítószáma / településkódja
- szervezeti egység neve és kódja
- ellátott szakma neve, OEP-szakmakód és NFÜ-szakmacsoportosítás
- ellátás típusa
- szakorvosi és nem szakorvosi kapacitások szervezeti egységenként (járó)
- aktív és krónikus ágyak szervezeti egységenként (fekvő)
(beleértve minden szolgáltató egynapos sebészeti kapacitását is)

A 3., 4. és 5. pontok esetén több dimenzió mentén kérjük a „részösszesen” értékeket is (havonta) annak érdekében, hogy az esetleges 10 alatti (és így az adatbázisból hiányzó) értékek ellenére az aggregált igénybevételi adatokat meg tudjuk határozni.

3. *Járóbeteg-finanszírozási adatok (a 2. számú mellékletben megadott, fejlesztéssel érintett kistérségek összes szolgáltatójának adatai – tehát a kistérségben esetlegesen meglévő, nem fejlesztett szolgáltatók is):*

- esetszám és német pontszám a következő szempontok szerint aggregálva:
 - o intézmény és NFÜ-szakmacsoportosítás (ld. 3. sz. melléklet)
 - o igénybevevő lakóhelyének irányítószáma
 - o időszak (hónap), illetve időszak (év)³⁶
 - o *kérjük az intézmény és NFÜ-szakmacsoportosítás szerinti, havi részösszesen adatokat is az esetleges kis mintaelemszámok miatt*
- esetszám és német pontszám a következő szempontok szerint aggregálva:
 - o intézmény és NFÜ-szakmacsoportosítás (ld. 3. sz. melléklet)
 - o igénybevevő neme
 - o igénybevevő korcsoportja (0-17, 18-39, 40-59, 60- bontásban)
 - o időszak (hónap), illetve időszak (év) (ez utóbbi csak akkor, ha vannak a kis elemszám

³⁵ E mellékletben az OEP-nek szeptemberben eljuttatott eredeti adatkérés szövegét is szerepeltetjük, de a további egyeztetések eredményeképpen kialakult végleges adattartalmat is jelezzük.

³⁶ Bizonyos irányítószámok esetén hónap szerinti bontásban 10 alá kerülhet az ellátott esetek száma, ezért kérjük az év szerinti bontást is. Mivel az adatbázis egyedi azonosító adatot nem tartalmaz, és nem tartalmaz betegszámot sem (csak ellátási eseményekre vonatkoznak az adatok), ezért végül a 10-es korlát nem okozott problémát az adatkérés során.

miatt hiányzó adatok)

4. *Járóbeteg-finanszírozási adatok (kistérségek lakosságára, az érintett és kontroll kistérségek felsorolását ld. a 4. számú mellékletben)³⁷:*

- esetszám és német pontszám a következő szempontok szerint aggregálva:
 - o igénybevevő lakóhelyének irányítószáma
 - o intézmény és NFÜ-szakmacsoportosítás (ld. 3. sz. melléklet)
 - o időszak (hónap), illetve időszak (év) (ld. 1. lábjegyzet)
 - o *kérjük a lakhely irányítószáma és NFÜ-szakmacsoportosítás szerint (de intézmény nélkül) bontott havi részösszesen adatokat is az esetleges kis mintaelemszámok miatt*
- esetszám és német pontszám a következő szempontok szerint aggregálva:
 - o igénybevevő lakóhelyének kistérsége
 - o NFÜ-szakmacsoportosítás (ld. 3. sz. melléklet)
 - o igénybevevő neme
 - o igénybevevő korcsoportja (0-17, 18-39, 40-59, 60- bontásban)
 - o időszak (hónap)

5. *Fekvőbeteg-finanszírozási adatok (kistérségek lakosságára, az érintett és kontroll kistérségek felsorolását ld. a 4. számú mellékletben):*

- (tört) esetszám és ápolási napok száma a következő szempontok szerint aggregálva:
 - o igénybevevő lakóhelyének kistérsége
 - o NFÜ-szakmacsoportosítás (ld. 3. sz. melléklet)
 - o aktív / krónikus
 - o igénybevevő neme
 - o igénybevevő korcsoportja (0-17, 18-39, 40-59, 60- bontásban)
 - o időszak (hónap)
 - o *ha vannak 10 alatti mintaelemszámok, akkor kérjük a nem és korcsoport nélkül számított részösszesen értékeket is havonta*

6. *Keresőképtelenségi adatok (a TIOP 2.1.2. projekt keretében fejlesztett és a hozzájuk tartozó kontroll kistérségek lakosságának adatai, ld. 5. számú melléklet):*

- keresőképtelenségben töltött napok száma a következők szerint aggregálva:
 - o igénybevevő kistérsége
 - o igénybevevő neme
 - o igénybevevő korcsoportja (0-17, 18-39, 40-59, 60- bontásban)
 - o időszak (hónap)
- Itt két adatkör adataira van szükség:
 - o az egyik a 4. pont taj-köre (fejlesztett és kontroll kistérségek összes lakosa),
 - o a másik pedig ennek azon részhalmaza, akik az adott hónap +- 1 hónapban igénybe vettek járóbeteg-ellátást.

VÉGÜL ÁTADOTT ADATOK: a végső adatátadás ettől némiképp különbözik. Az adott hónapban befejeződött keresőképtelenségi esetszámot és napok számát adták meg, és ebből a szakellátást igénybevevők esetszámát.

7. *Gondozásba vételi és szűrési indikátoradatok (az érintett és kontroll kistérségek felsorolását ld. a 4. számú mellékletben):*

- vérzsír szint meghatározáson részt vettek aránya az elmúlt egy évben a diabetes mellitus / magas vérnyomású betegek között;

³⁷ A fejlesztett szolgáltatók nagy számossága, a statisztikai kistérségi határokon helyenként átnyúló TEK-ek, valamint a rövid eltelt idő miatt nehezen kimutatható hatások miatt a statisztikai elemzésnek nagyszámú kontrollkistérségre (= nem fejlesztett kistérségek) is szüksége van. A kontroll segítségével szűrjük ki az egészségügyi rendszer szereplőit általában befolyásoló tényezők hatását.

- mammográfiás emlőszűrési indikátor a 45-65 év közötti nők körében;
 - évenkénti Hb1Ac vizsgálati arány a diabetes mellitus betegek körében
 - évenkénti szemészeti szakvizsgálati arány a diabetes mellitus betegek körében
- a háziorvos kistérségére és az időszakra (negyedév) aggregálva 2010 negyedik negyedévével.

8. *Egészségügyi kassa forrásallokációja kistérségenként és progresszivitási szintenként*

- Teljes E Alap forrásallokáció 2007. és 2011. évre vonatkozóan a következő szempontok szerint aggregálva:
 - o *Alapellátás és minden fix díjas ellátás/finanszírozás esetében:*
 - kasszánkénti kiadások (háziorvos, védőnő, fogászat, otthoni szakápolás, illetve a járó- és fekvőbeteg-ellátásban adott fix díjak)
 - időszakonként (2007. és 2011. évek)
 - a szolgáltató kistérségére aggregálva
 - o *Teljesítménydíjas ellátások/finanszírozás esetében:*
 - kasszánkénti kiadások (labor, CT/MRI, művese, gyógyfürdő, járóbeteg-, fekvőbeteg-ellátás)
 - időszakonként (2007. és 2011. évek)
 - igénybevevő lakóhelyének kistérségére aggregálva
 - o *Az ország minden járó- és fekvőbeteg-ellátó intézménye esetében:*³⁸
 - járó-, illetve fekvőbeteg-ellátási esetszám (külön-külön)
 - időszakonként (2007. és 2011. évek)
 - az igénybevevő lakóhelyének kistérségére aggregálva (és az esetleges kis mintaelemszámok miatt az e nélküli részösszesen értékek is).

³⁸ Az egyes intézmények igénybevevői körének feltérképezésével oszthatóak fel az adott intézmények fejlesztésére fordított források az igénybevevők kistérsége között (magasabb progresszivitási szinten jellemző, hogy egy-egy intézmény nagy számban szolgál ki más kistérségből érkező lakosokat is).

0.3. sz. melléklet: Az egészségügyi projektek leválogatása az EMIR-ből

Az egészségügyi projektek EMIR-ből történő leválogatásának módszere:

- A közvetlenül egészségügyi fejlesztéseket szolgáló prioritások és konstrukciók teljes egészében belekerültek a leválogatásba (TÁMOP-6, TIOP-2 prioritások, illetve a ROP-ok valamennyi egészségügyi fejlesztési konstrukciója: DAOP 4.1.1 - 4.1.2; DDOP 3.1.3/A, B, C; ÉAOP 4.1.2; ÉMOP 4.1.1, 4.1.2; KDOP 5.2.1; KMOP 4.3; NYDOP 5.2).
- A VOP, AIK, ÁROP, KÖZOP programokból nem került be pályázat a leválogatásba.
- Az EKOP-ból az OEP és ÁNTSZ projektjei bekerültek.
- A GOP-ból a „GOP 1.3.1-11/F Innováció a fogászatban” konstrukció teljes egészében bekerült, a többi konstrukcióból azok a pályázatok kerültek be, ahol a TEÁOR szerinti besorolás egészségügyi intézményre utalt (az EMIR-adatbázis „128. fejlesztendő TEÁOR03” mezője = 85.1 vagy a „129.fejlesztendő TEÁOR08” mezője = 86.x).

A TEÁOR szerinti szűrés pontos módszere az alábbi volt:

- törölve, ami TEÁOR'03 szerint biztosan nem (maradt, ami kitöltetlen és a 85.1-esek - 128-as mező, fejlesztendő TEÁOR03);
- törölve, ami TEÁOR'08 szerint biztosan nem (maradt, ami kitöltetlen és a 86-osok - 129-es mező, fejlesztendő TEÁOR08);
- törölve, ahol egyik TEÁOR-mező sem volt kitöltve.

A projekt keretében rendelkezésre álló EMIR-lekérdezések alapján:

- a TÁMOP- és TIOP-adatok vonatkoztatási ideje: 2012. 10. 01.
- a többi OP adatainak vonatkoztatási ideje: 2012. 08. 17.

A projektek kategorizálása:

- Futó, illetve megvalósult projekteknek tekintjük (->> 2995 rekord maradt):
 - o „32 Leszerződött összeg” > 0 VAGY
 - o „23 Tám által megítélt tám” > 0 ÉS „32 Leszerződött összeg” = üres ÉS „131 Szerződés zárkifizelnék” tartalmaz dátumot
 - o Kiegészítés:
 - 844 olyan rekord van, ahol támogatás megítélése megtörtént, de szerződéskötés még nem volt.
 - Ebből 158 esetben volt szerződésszárás (pl. visszalépés miatt - 131. és 132. mező kitöltött).
 - Maradt 686 rekord. Ezek beérkezési ideje 2011. év végi, illetve 2012-es így futó projektként vannak jelölve.
- Támogatási összeg (E2 mező):
 - o „32 Leszerződött összeg” mező értéke, ha az nem üres,
 - o egyébként a „23 Tám által megítélt tám” mező értéke.

0.4. sz. melléklet: Az OEP-adatkérésben szereplő fejlesztések listája

A fejlesztett kistérségek mellett feltüntettük a *valószínűsíthető* intézményi kódot és finanszírozási kezdetet is, de ezt kérjük ellenőrizni az adatbázisban is!

Kistérség neve	Kistérség száma	Település	OEP-kód (valószínű)	Finanszírozás kezdete (valószínű)
TIOP 2.1.2.				
Abaúj-Hegyközi	3512	Gönc	N048	2011.10.01
Baktalórántházai	4501	Baktalórántháza	N274	2012.05.01
Bodrogközi	3513	Cigánd	N151	2012.02.01
Csurgói	4402	Csurgó	N078	2011.11.01
Derecske-Létavértesi	3908	Létavértes	N027	2011.09.01
Ercsi	3710	Ercsi	M880	2011.04.01
Gárdonyi	3704	Velence	M662	2010.10.01
Ibrány-Nagyhalászi	4511	Ibrány	M774	2011.06.01
Jánoshalmi	3310	Jánoshalma	M720	2010.12.01
Kiskunmajsai	3308	Kiskunmajsza	M640	2010.09.01
Mezőcsáti	3514	Mezőcsát	N026	2011.10.01
Pannonhalmi	3807	Pannonhalma	M868	2011.04.01
Polgári	3906	Polgár	M896	2011.05.01
Rétsági	4204	Rétság	M861	2011.04.01
Sarkadi	3404	Sarkad	N022	2011.09.01
Sellyei	3204	Sellye	M908	2011.06.01
Szécsényi	4206	Szécsény	M862	2011.04.01
Szentlőrinci	3209	Szentlőrinc	N159	2012.01.01
Tabi	4409	Tab	M796	2011.09.01
Téti	3806	Tét	?	2012 eleje?
Tokaji	3515	Tokaj	M897	2011.05.01
TIOP 2.1.3.				
Bonyhádi	4701	Bonyhád	2392	2011.03.01
Kapuvár-Beledi	3803	Kapuvár	1630	2011.10.01
Móri	3705	Mór	1583	2011.11.01
Pásztói	4203	Pásztó	1945	2011.01.01
Sárvári	4806	Sárvár	2531	2011.07.01
Siklói	3205	Siklós	A316	2011.06.01
Szikszói	3510	Szikszó	1349	2010.06.01
Várpalotai	4907	Várpalota	H505	?
Zirci	4909	Zirc	2611	2011.12.?
ROP / KMOP				
Bácsalmási	3302	Bácsalmás	B038	?
Balatonalmádi	4902	Balatonalmádi	N076	2011.11.01
Balatonfüredi	4903	Balatonfüred	2593	?
Balmazújvárosi	3901	Egyek	1696	2011.09.01
Balmazújvárosi	3901	Balmazújváros	K369	2012.09.?
Barcsi	4401	Barcs	3205	2012 első félév?
Békési	3407	Békés	?	2011.07?

Bicskei	3701	Bicske	H059	2011.10.01
Ceglédi	4302	Abony	M821	2011.04.01
Csongrádi	3601	Csongrád	?	?
Dabasi	4303	Dabas	1980	?
Dorogi	4101		E226	2011.12.?
Érdi	4316	Érd	2103	2011.05.01
Esztergomi	4102	Nyergesújfalu	1882	2012.01.01
Fonyódi	4403	Fonyód	A216	?
Fonyódi	4403	Balatonboglár	?	?
Füzesabonyi	4003	Füzesabony	3245	?
Hajdúböszörményi	3904	Hajdúböszörmény	1708	?
Hajdúhadházi	3909	Téglás	7236	2011.02.01
Hajdúszoboszlói	3905	Hajdúszoboszló	1710	?
Hevesi	4002		?	?
Ibrány-Nagyhalászi	4511	Demecser	2204	2011.07.01
Kiskőrösi	3305	Kiskőrös	?	2012 ősz?
Kisteleki	3603	Kistelek	B169 / M226	?
Komáromi	4104	Bábolna	?	?
Kunszentmártoni	4603	Kunszentmárton	2344	2012. III. negyedév ?
Kunszentmiklósi	3309	Dunavecse	1113	2012.01.01
Lenti	5002	Lenti	2723	2010.05.01
Mezőkovácsházai	3402	Mezőkovácsháza	N023	2012.01.01
Mórahalmi	3605	Mórahalom	C878	2011.05.01
Nyírbátori	4507	Nyírbátor	M290	2011.05.01
Ózdi	3506	Csernely	M624	2011.05.01
Ózdi	3506	Borsodbóta	M624	2011.05.01
Ózdi	3506	Járdánháza	1333	2012.01.01
Pacsai	5008	Búcsúszentlászló	2639	2011.02.01
Pécsi*	3207	Pécs	?	?
Pétervásárai	4006	Rekcs	1825	2011.05.01
Püspökladányi	3907	Kaba	N057	2011.12.01
Ráckevei	4307	Szigetszentmikló	2057	2011.12.01
Sárbogárdi**	3706	Sárbogárd	1568**	2011.09.?
Sárospataki	3507	Sárospatak	1391	?
Sümegei	4905	Sümeg	N075	2011.11.01
Szarvasi	3405	Szarvas	H573	?
Szentendre	4314	Szentendre	2052	?
Szerencsi	3509	Szerencs	1400	?
Tamási**	4705		4712**	2011.09.?
Téti	3806	Kajárpec	1629	2011.06.01
Tiszaújvárosi	3511	Tiszaújváros	1345	?
Zalaszentgróti	5006	Zalaszentgrót	2856	2011.04.01

* Pécs: Lánc utcai szakrendelő felújítása, csak a szakrendelőre vonatkozó igénybevételi adatokat kérjük (a kistérségre vonatkozókat nem)

** Sárbogárd és Tamási: a székesfehérvári és a dombóvári kórház helyi szervezeti egységeit kérjük

0.5. sz. melléklet: A GYEMSZI-adatkérés részletes specifikációja

Adatok: esetszintű TEA járó- és fekvőbeteg-adatok

Vonatkozási időszak: 2008. január és 2012. március között

Vonatkozási kör: a legkésőbb 2011. július 1-jéig üzembe helyezett TIOP 2.1.2., 2.1.3. és ROP fejlesztéseket tartalmazó kistérségek lakóinak, valamint a hozzájuk választott kontroll kistérségek lakóinak esetei (a felsorolást ld. a 2. számú Mellékletben – a kistérségekhez tartozó irányítószámokat a Megrendelő szolgáltatja).

Minta: Ha lehetséges, csak azon taj-ok 20%-os mintáját kérjük, akik a vizsgált időszak során végig ugyanazon irányítószámon laktak (esetleg közben meghaltak vagy születtek). Amennyiben ez a lekérdezés és mintavétel technikailag nem megvalósítható, akkor a pontos mintát szakértői egyeztetés során szeretnénk kialakítani.

Részletes adatspecifikáció:

Esetadatok a járóbeteg-szakellátásban:

- egyéni szintű kapcsolati kód (úgy, hogy egy adott személy különböző járó- illetve fekvőbeteg ellátási eseményei követhetőek legyenek)
- beteg neve
- beteg életkora
- beteg lakóhelyének irányítószáma
- ellátás időpontja (év, hó, nap)
- ellátás helye (intézmény kódja és szervezeti egység kódja)
- ellátás szakmakódja, szakmacsoport-kódja
- ellátás típusa (járó, gondozó stb., kódolva)
- ellátás német pontja
- két véletlenszerűen kiválasztott, az esethez tartozó BNO-kód

Esetadatok a fekvőbeteg-szakellátásban:

- egyéni szintű kapcsolati kód (úgy, hogy egy adott személy különböző járó- illetve fekvőbeteg ellátási eseményei követhetőek legyenek)
- beteg neve
- beteg életkora
- beteg lakóhelyének irányítószáma
- felvétel és távozás időpontja (év, hó, nap)
- felvétel jellege (átvett, áthelyezett stb., kódolva)
- beteg további sorsa (kódolva)
- ellátás helye (intézmény kódja és szervezeti egység kódja)
- ellátás szakmakódja, szakmacsoport-kódja
- ellátás típusa (aktív, krónikus, egynapos; kódolva)
- ápolást indokló fődiagnózis
- HBCS és hozzá tartozó súly

0.6. sz. melléklet: Fejlesztési listák a GYEMSZI felé

Vonatkozási időszak: 2008 januárjától a lehető legkésőbbi időpontig (2011 decemberig vagy ha már lehetséges, akkor 2012 júniusig)

Minta leválogatása: lásd az egyeztetéshez fűzött megjegyzéseinket (pl. a taj-számok kiválasztását illetően). Valószínűleg szükség lesz 20%-os mintát venni a lakosok köréből, hiszen a kért kistérségek több mint 1,5 millió lakost fednek le.

Az 1. táblázat tartalmazza a fejlesztett kistérségek listáját, valamint a fejlesztett intézmények valószínűsíthető OEP-kódjait és a finanszírozás valószínűsíthető kezdetét. Csak azon *intézmények* betegadatait kérjük, amelyeknél a finanszírozás megkezdődött a vonatkozási időszak vége előtt legalább nyolc hónappal. Ugyanakkor a kistérségek *lakosságához* tartozó adatok (járó illetve fekvő) lekérésekor minden felsorolt kistérséget kérünk, hiszen például a nem elindult fejlesztések kistérségei megfelelően kontrollcsoporthoz tartozhatnak.

A 2. táblázat tartalmazza a három programhoz választott kontroll kistérségeket.

1. táblázat: A fejlesztett kistérségek és intézmények

A fejlesztett kistérségek mellett feltüntettük a *valószínűsíthető* intézményi kódot is, de ezt kérjük ellenőrizni az adatbázisban is!

Kistérség neve	Kistérség száma	Település	OEP-kód (valószínű)	Finanszírozás kezdete (valószínű)
TIOP 2.1.2.				
Abaúj-Hegyközi	3512	Gönc	No48	2011.10.01
Baktalórántházai	4501	Baktalórántháza	N274	2012.05.01
Bodrogközi	3513	Cigánd	N151	2012.02.01
Csurgói	4402	Csurgó	No78	2011.11.01
Derecske-Létavértesi	3908	Létavértes	No27	2011.09.01
Ercsi	3710	Ercsi	M880	2011.04.01
Gárdonyi	3704	Velence	M662	2010.10.01
Ibrány-Nagyhalászi	4511	Ibrány	M774	2011.06.01
Jánoshalmi	3310	Jánoshalma	M720	2010.12.01
Kiskunmajsai	3308	Kiskunmajsa	M640	2010.09.01
Mezőcsáti	3514	Mezőcsát	No26	2011.10.01
Pannonhalmi	3807	Pannonhalma	M868	2011.04.01
Polgári	3906	Polgár	M896	2011.05.01
Rétsági	4204	Rétság	M861	2011.04.01
Sarkadi	3404	Sarkad	No22	2011.09.01
Sellyei	3204	Sellye	M908	2011.06.01
Szécsényi	4206	Szécsény	M862	2011.04.01
Szentlőrinci	3209	Szentlőrinc	N159	2012.01.01
Tabi	4409	Tab	M796	2011.09.01
Téti	3806	Tét	?	2012 eleje?
Tokaji	3515	Tokaj	M897	2011.05.01

TIOP 2.1.3.				
Bonyhádi	4701	Bonyhád	2392	2011.03.01
Kapuvár-Beledi	3803	Kapuvár	1630	2011.10.01
Móri	3705	Mór	1583	2011.11.01
Pásztói	4203	Pásztó	1945	2011.01.01
Sárvári	4806	Sárvár	2531	2011.07.01
Siklói	3205	Siklós**	A316	2011.06.01
Szikszói	3510	Szikszó**	1349	2010.06.01
Zirci	4909	Zirc	2611	2011.12.?
ROP*				
Lenti	5002	Lenti	2723	2010.05.01
Mórahalomi	3605	Mórahalom	C878	2011.05.01
Nyírbátori	4507	Nyírbátor	M290	2011.05.01
Zalaszöntgróti	5006	Zalaszöntgrót	2856	2011.04.01

* csak a 2011. július 1-jéig elindult ROP-fejlesztések

** pályázók: Siklói Kórház, illetve Szikszó, BAZ MKH. telephely. A többi esetben a városi önkormányzat volt a pályázó.

2. táblázat: Kontroll kistérségek

Kistérség neve	Kistérség száma	Kistérség neve	Kistérség száma
Abai	3708	Kunszentmártoni	4603
Balatonfüredi	4903	Kőszegi	4804
Bicskei	3701	Lengyeltóti	4405
Bácsalmási	3302	Mezőkövesdi	3505
Bátonyterenyei	4202	Mohácsi	3202
Bélapátfalvai	4007	Nagykállói	4506
Celldömölki	4801	Pacsa	5008
Csengeri	4502	Pécsváradi	3208
Csornai	3801	Pétervásárai	4006
Edelényi	3502	Szeghalomi	3406
Encsi	3503	Sárospataki	3507
Enyingi	3703	Sásdi	3203
Füzesabonyi	4003	Tapolcai	4906
Hajdúhadházi	3909	Tiszavasvári	4509
Hevesi	4002	Vasvári	4809
Kadarkúti	4411	Várpalotai	4907
Kalocsai	3303	Vásárosnaményi	4510
Kisbéri	4103	Zalakarosi	5009
Komáromi	4104	Őriszentpéteri	4805

0.7. sz. melléklet: Szakmacsoportok kialakítása

A szakmacsoportosítást a rendelkezésünkre álló szakmakód-listák alapján végeztük el.

Szakmakód NFÜ	Szakmanév NFÜ	Szakmakód OEP fekvő + járó 2009-ig	Szakmanév	Szakmakód OEP járó, 2010-	Szakmanév	Szakmakód OEP járó, 2012 (demo)	Szakmanév
01	Belgyógyászat	01	Belgyógyászat	0100	általános belgyógyászat	001	Belgyógyászat
		27	Angiológia, phlebológia, lymphológia (belgyógyászati szakfeladat)	0101	angiológia, phlebológia, lymphológia	027	Angiológia, phlebológia, lymphológia
		28	Haematológia	0102	haematológia	028	Haematológia
		29	Allergológia és klinikai immunológia	0103	endokrinológia, anyagcsere és diabetológia	029	Allergológia és klinikai immunológia
		30	Endokrinológia, anyagcsere és diabetológia (belgyógyászati szakfeladat)	0104	gasztroenterológia	030	Endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
		31	Gastroenterológia	0105	nefrologia	031	Gastroenterológia
		37	Nefrológia	0106	geriátria	037	Nefrológia
		42	Gy. dialízis	0107	belgyógyászati kardiológia	0A9	Geriátria
		76	Dietetika	0108	belgyógyászati tüdőgyógyászat (pulmonológia)		
		A9	Geriátria	0109	allergológia és klinikai immunológia		
		DI	Diabetológia	0110	haemodialízis - *sze*		
				7600	dietetika		
40	Kardiológia	40	Kardiológia	4000	általános kardiológia	040	Kardiológia
		58	KARD. ELEKTROFIZIOLOGIA KP.	4001	invazív kardiológia (haemodinamika)		
				4002	kardiológiai őrző tevékenység		
				4003	kardiológiai rehabilitáció		

				4004	echokardiográfiai diagnosztika		
				4005	EKG és Holterdiagnosztika		
02	Sebészet	02	Sebészet	0200	általános sebészet	002	Sebészet
		32	Tüdő- és mellkassebészet	0201	esztétikai plasztikai sebészet	032	Tüdő- és mellkassebészet
		33	Érsebészet	0202	tüdő- és mellkassebészet	033	Érsebészet
		34	Idegsebészet	0203	érsebészet	034	Idegsebészet
		39	Szívsebészet	0204	idegsebészet - *sze*	039	Szívsebészet
				0205	szívsebészet - *sze*		
				0206	proktológia		
				0207	ESWL - *sze*		
				0208	szerv-transzplantációs sebészet - *sze*		
				0215	Pacemaker ambulancia		
03	Traumatológia	03	Traumatológia	0300	általános traumatológia	003	Traumatológia
		49	Plasztikai (égési) sebészet	0301	plasztikai és égési sebészet	049	Plasztikai (égési) sebészet
		A3	Kézsebészet	0302	kézsebészet	0A3	Kézsebészet
				0303	arc- és állcsontszájsebészet		
04	Szülészet- nőgyógyászat	04	Szülészet-nőgyógyászat	0400	általános szülészet-nőgyógyászat	004	Szülészet-nőgyógyászat
		TG	TERHES TANÁCSADÁS	0401	terhesgondozás (orvosi)		
				0402	nőgyógyászati onkológiai szűrés		
				0403	in vitro fertilizáció (IVF) - *sze*		
05	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	05	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	0500	általános csecsemő- és gyermekgyógyászat	005	Csecsemő- és gyermekgyógyászat
		36	PIC (neonatólogiai szakfeladat)	0501	neonatólogia	036	PIC (neonatólogiai szakfeladat)
		41	Gyermek- és ifjúságpszichiátria	0502	PIC - *sze*	041	Gyermek- és ifjúságpszichiátria
		48	Gyermeksebészet	0503	csecsemő- és gyermekkardiológia	048	Gyermeksebészet
		G0	GYERMEK FÜL-ORR-GÉGE	0504	gyermek-tüdőgyógyászat	G04	Szülészet-nőgyógyászat (gyermek)

		G1	GYERMEK TÜDŐGYÓGY.	0505	gyermek-gasztroenterológia - *sze*	G06	Fül- orr- gégegyógyászat (gyermek)
		G3	GY. GASTROENTEROLÓGIA ÉS NEPHRO.	0506	gyermeksebészet - *sze*	G07	Szemészet (gyermek)
		G4	GYERMEKKARDIOLÓGIAI OSZTÁLY	0507	gyermeknőgyógyászat - *sze*	G09	Ideggyógyászat (gyermek)
		G5	GYERMEKRADIOLÓGIA	0508	gyermekszemészet	G19	Tüdőgyógyászat (gyermek)
				0509	csecsemő és gyermek fül-, orr-, gégegyógyászat	G31	Gasztroenterológia (gyermek)
				0510	gyermekradiológia	G40	Kardiológia (gyermek)
				0511	gyermekneurologia	G51	Röntgen diagnosztikai és terápiás munkahelyek (gyermek)
				0512	gyermek- és ifjúságpszichiátria		
				0521	fejlődésneurológia		
06	Fül-orr-gégegyógyászat	06	Fül-orr-gégegyógyászat	0600	általános fül-orr-gégegyógyászat	006	Fül-orr-gégegyógyászat
		A8	Foniátria	0601	audiológia	564	Audiológia
				0602	foniátria	0A8	Foniátria
				0603	otoneurológia		
07	Szemészet	07	Szemészet	0700	általános szemészet	007	Szemészet
08	Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás	08	Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás	0800	általános bőr- és nemibeteg-ellátás	008	Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás
		Q08	Bőr- és nemibeteg gondozó	0801	bőrgyógyászat	Q08	Bőrgyógyászat és nemibeteg gondozó
				0802	bőrgyógyászati allergológia		
				0803	nemibeteg-gondozás		
				Q08	Bőr- és nemibeteg gondozó		
09	Ideggyógyászat	09	Neurologia	0900	általános neurológia	009	Neurologia
		35	Stroke (neurológiai szakfeladat)	0901	stroke ellátás	Q09	Neurologia gondozó
		Q09	Ideggondozó	0902	fejfájás szakrendelés - *sze*		
				0903	neurológiai rehabilitáció		

				Q09	Ideggondozó		
10	Ortopédia	10	Ortopédia	1000	ortopédia	010	Ortopédia
				1001	gerincsebészet		
11	Urológia	11	Urológia, andrológia	1100	urológia	011	Urológia, andrológia
				1101	andrológia		
				1102	urodinamia		
				1103	neuro-urológia		
12	Onkológia, onkoradiológia	12	Klinikai onkológia	1200	klínikai onkológia	012	Klinikai onkológia
		24	Sugárterápia, onkoradiológia	1201	sugárterápia, onkoradiológia	024	Sugárterápia, onkoradiológia
		Q12	Onkológiai gondozás és szűrés	1202	onkológiai szűrés - *sze*	Q12	Klinikai onkológia gondozó
				1203	onkológiai gondozás		
				Q12	Onkológiai gondozás és szűrés		
13	Fogászat, fog- és szájsebészet	13	Fogászati szakellátás	1300	fogászati ellátás		
		A4	Dento-alveoláris sebészet (szájsebészet)	1301	szájsebészet (dento-alveoláris sebészet)		
		A5	Fogszabályozás	1302	fogszabályozás		
		A6	Parodontológia	1303	parodontológia		
		A7	Gyermekfogászat	1304	gyermekfogászat		
14	Reumatológia és fizioterápia	14	Reumatológia és fizioterápia	1400	reumatológia és fizioterápia	014	Reumatológia és fizioterápia
		38	Oszteoporózis centrum (szakfeladat szerint)	1401	reumatológia	038	Oszteoporózis centrum (szakfeladat szerint)
		57	Fizio- és mozgásterápia	1402	fizioterápia (orvosi szakképesítéssel)	057	Fizio- és mozgásterápia
		74	Paramedicina	1404	menopauza és oszteoporózis rendelés - *sze*	741	Gyógytorna
		75	Fizioterápia	5700	általános fizioterápia-gyógytorna	742	Gyógymasszázs
		RE	REUMATOLÓGIA	5711	gyógytorna		

				5712	gyógymasszázs		
				5722	fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)		
15	Intenzív betegellátás	15	Intenzív betegellátás	1500	aneszteziológia és intenzív terápia	015	Intenzív betegellátás
		55	Aneszteziológia	1501	aneszteziológia	055	Aneszteziológia
				1502	intenzív ellátás		
				1503	fájdalomterápia - *sze*		
16	Fertőzőbeteg- és AIDS-ellátás	16	Fertőzőbeteg-ellátás	1600	fertőzőbeteg-ellátás, infektológia	016	Fertőző betegellátás
		66	AIDS diagnosztika és terápia	1601	AIDS ellátás és gondozás - *sze*	066	AIDS diagnosztika és terápia
				1602	HIV/AIDS szűrés - *sze*		
				1603	trópusi betegségek ellátása		
17	Felvételi osztály	17	Betegfelvétel	0046	Sürgősségi betegellátás	046	Sürgősségi betegellátás
		46	Sürgősségi betegellátás	4602	sürgősségi betegellátó egységben szervezett ellátás (SO1) - *sze*		
		26	Sürgősségi betegellátás	4603	baleseti belgyógyászat		
				4604	sürgősségi betegellátó egységben szervezett ellátás (SO2) - *sze*		
18	Elmegyógyászat, addiktológia, pszichológia	18	Pszichiátria	1800	pszichiátria	018	Pszichiátria
		43	Alkoholológia (pszichiátriai szakfeladat)	1801	addiktológia	044	Drogbetegellátás
		44	Drogbetegellátás (pszichiátriai szakfeladat)	1803	pszichiátriai gondozás	045	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)
		45	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)	1804	pszichiátriai rehabilitáció	071	Pszichológia
		68	PSZICHOTHERÁPIÁS SZAKAMB.	1805	pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)	743	Konduktori tevékenység
		71	Pszichológia	1811	alkohológia	Q18	Pszichiátria gondozó
		72	Pedagógia	1821	drogbetegellátás	Q41	Gyermek- és ifjúságpszichiátria gondozó

		FA	FÜLAKUPUNKTÚRÁS ADDIKTOLÓGIA	1831	egyéb szenvedélybetegségek ellátása	Q43	Alkohológia gondozó (pszichiátriai szakfeladat)
		Q18	Pszichiátriai gondozó	7100	általános pszichológia	Q44	Drogbetegellátás gondozó
		Q41	Gyermekpszichiátriai gondozás	7101	klinikai szakpszichológia	Q45	Addiktológia gondozó (pszichiátriai szakfeladat)
		Q43	Alkohológiai gondozó	7102	gyermekpszichológia		
		Q44	Drogbeteg gondozás	7103	munkapszichológia		
		Q45	Addiktológia gond.	7104	pszichoterápia		
				7105	szexológia		
				7201	logopédia		
				7202	gyógypedagógia (és annak szakágai)		
				7203	konduktori tevékenység		
				Q18	Pszichiátriai gondozó		
				Q41	Gyermekpszichiátriai gondozás		
				Q43	Alkohológiai gondozó		
				Q44	Drogbeteg gondozás		
				Q45	Addiktológia gond.		
19	Tüdőgyógyászat	19	Tüdőgyógyászat	1900	tüdőgyógyászat	019	Tüdőgyógyászat
		Q19	Tüdőgondozó	1901	tüdőgondozás	Q19	Tüdőgyógyászat gondozó
				1902	pulmonológiai allergológia és immunológia		
				1903	pulmonológiai és légzésrehabilitáció		
				1904	tüdőszűrés		
				Q19	Tüdőgondozó		
20	Ápolás, rehabilitáció (krónikus ellátás)	22	Mozgásszervi rehabilitáció	2201	mozgásszervi rehabilitáció	022	Mozgásszervi rehabilitáció
		23	Ápolás	2202	belgyógyászati rehabilitáció		
		47	Hospice (ápolás szakfeladat)	2203	gasztroenterológiai rehabilitáció		
		73	Ápolás	2204	nőgyógyászati rehabilitáció		
				7302	pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné		
				7303	csecsemő- és gyermekszakápolás		

				7305	szakápolás		
				7306	hospice - *sze*		
				9504	OOSZI		
50	Labordiagnosztika	50	Labordiagnosztika	5000	általános laboratóriumi diagnosztika	050	Labordiagnosztika (J1)
				5001	általános kémiai laboratóriumi diagnosztika		
				5002	haematológiai laboratóriumi diagnosztika		
				5003	mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztika		
				5004	biokémiai laboratóriumi diagnosztika		
				5005	immungenetikai laboratóriumi diagnosztika		
				5006	genetikai laboratóriumi diagnosztika		
				5007	izotóp laboratóriumi diagnosztika		
				5008	immunológiai laboratóriumi diagnosztika		
51	Röntgendiagnosztika és -terápia	51	Röntgendiagnosztika és terápia	5100	általános röntgendiagnosztika	051	Röntgen diagnosztika és terápia
				5101	röntgenterápia		
				5102	mammográfiás szűrés és diagnosztika		
				5103	angiográfiás diagnosztika		
				5104	intervenció radiológia		
				5105	neuroradiológia		
52	CT, MRI	52	Tomográfia	5201	CT	052	CT, MRI
				5202	MRI		
53	Ultrahang-diagnosztika és -terápia	53	Ultrahang-diagnosztika és terápia	5301	ultrahang-diagnosztika	053	Ultrahang-diagnosztika és terápia
				5302	ultrahang-terápia		

				5303	echokardiográfia		
				5304	nőgyógyászati ultrahang- diagnosztika - *sze*		
				5305	gasztroenterológiai ultrahang- diagnosztika - *sze*		
99	Egyéb diagnosztika, egyéb	54	Patológia és kórszövettan	0904	EEG és EMG diagnosztika - *sze*	054	Patológia és kórszövettan
		56	Speciális diagnosztika	2502	foglalkozás-egészségügyi szakellátás	056	Speciális diagnosztikai munkahelyek
		59	Lézerdiagnosztika és -terápia	5400	általános kórbonctan és kórszövettan	059	Lézerdiagnosztika és terápia
		60	Alkalmassági vizsgálatok	5401	szövettan, kórszövettan	061	Véradószolgálat és szövetbank
		61	Véradószolgálat és szövetbank	5402	cytológia, cytopatológia (orvosi és más egészségügyi szakképesítéssel)	065	Nukleáris medicina
		65	Nukleáris medicina (izotópdiaagnosztika és terápia)	5403	aspirációs cytológia	568	Thermográfia
		69	Egyéb diagnosztika és terápia	5404	immunhisztológia	601	Foglalkozás-egészségügyi szakellátás
		A1	Klinikai farmakológia	5405	neuropatológia - *sze*	604	OEP, MEP felülvizsgálat
		A2	Klinikai genetika	5601	thermographia	0A2	Klinikai genetika
		Pa	Patológia	5602	lézerdiagnosztika		
				6101	transzfuziológia		
				6500	izotópdiaagnosztika és terápia		
				6501	radioizotópos terápia		
				6502	izotópdiaagnosztika		
				6503	PET		
				6700	klinikai genetika		
				6701	genetikai tanácsadás és gondozás		
90	Mátrix intézet	90	Mátrix intézet				
91	Belgyógyászati mátrix	91	Belgyógyászati mátrix				
92	Sebészeti mátrix	92	Sebészeti mátrix				

1. Az egészségügyi fejlesztések és a célzottság értékeléséhez kapcsolódó mellékletek

1.1. sz. melléklet: Egészségügyi fejlesztések támogatására fordított pénzüsszegek konstrukciónként

OP / Prioritás	Pályázat (db)	Megvalósult (db)	Arány (%)	Pályázott összeg (Ft)	Szerződött/megítélt összeg (Ft)
DAOP	125	78	62%	12 937 575 958	8 781 717 022
DAOP-1.1.1/E-11. Telephelyfejlesztés	2		0%	42 833 932	
DAOP-1.2.1-11. Vállalati együttműködés és klaszterek támogatása	1	1	100%	65 000 000	38 032 778
DAOP-4.1.1/A. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása	21	11	52%	721 951 606	379 562 501
DAOP-4.1.1/A-09. Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása	35	22	63%	1 417 686 984	889 802 887
DAOP-4.1.1/B. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	10	8	80%	5 309 995 892	4 018 581 291
DAOP-4.1.1/B-09. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése / Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése	2	1	50%	900 000 000	441 464 437
DAOP-4.1.1/C-09. Alap- és járóbeteg-ellátás fejlesztése a komplex programmal kezelendő LHH kistérségekben	16	8	50%	586 582 665	244 069 789
DAOP-4.1.1/C-10. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése / Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése a komplex programmal kezelendő LHH kistérségekben	7	5	71%	264 024 502	199 076 621
DAOP-4.1.2/B-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	5		0%	1 019 281 693	
DAOP-4.1.2/B-11. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	1	1	100%	2 359 986 907	2 360 000 000
DAOP-4.3.1. Akadálymentesítés	24	20	83%	236 450 749	197 345 690
DAOP-4.3.1-09. Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz (Akadálymentesítés)	1	1	100%	13 781 028	13 781 028
DDOP	69	24	35%	12 669 966 536	8 334 384 142
DDOP-1.1.1/D-10. Telephelyfejlesztés	1		0%	48 604 493	
DDOP-1.1.1/D-11. Telephelyfejlesztés	4	1	25%	59 824 142	16 967 202
DDOP-2.1.1/B. Regionális jelentőségű egészségturisztikai fejlesztések ösztönzése	1		0%	-	
DDOP-2.1.1/B-2f. Regionális jelentőségű egészségturisztikai fejlesztések ösztönzése	1		0%	550 956 991	
DDOP-2.1.1/E-09-2f. Komplex turisztikai termékcsoportok kialakítása - kiemelt projektek	1	1	100%	1 404 375 223	746 303 897
DDOP-3.1.1. Közszolgálati intézmények akadálymentesítése	25	9	36%	211 714 603	60 354 287
DDOP-3.1.1-09. Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz (Akadálymentesítés)	1		0%	5 992 481	
DDOP-3.1.3/A. Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központok fejlesztése	16		0%	-	
DDOP-3.1.3/A-2f. Integrált mikrotérségi alapfokú	8	7	88%	1 527 069 943	1 412 291 273

egészségügyi és szociális szolgáltató központok fejlesztése					
DDOP-3.1.3/B. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése / Járóbeteg szakellátó központok fejlesztése	5	5	100%	2 176 931 388	2 151 574 448
DDOP-3.1.3/C-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	4		0%	2 674 621 925	
DDOP-3.1.3/C-11. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	1	1	100%	3 999 875 347	3 946 893 035
DDOP-3.1.3/D-11. Gyermek napközbeni ellátását nyújtó intézmények infrastrukturális fejlesztése – bölcsődék és a családi napközik	1		0%	10 000 000	
ÉAOP	223	102	46%	28 074 200 348	11 543 447 616
ÉAOP-1.1.1/D. Telephelyfejlesztés	3	1	33%	187 000 000	58 110 628
ÉAOP-2.1.1/A. Gyógy- és termálturizmus feltételrendszerének fejlesztése	2		0%	-	
ÉAOP-2.1.1/A-2f. Gyógy- és termálturizmus feltételrendszerének fejlesztése	2	2	100%	735 117 900	724 947 356
ÉAOP-4.1.2/A. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása	79	20	25%	3 198 794 119	1 011 746 941
ÉAOP-4.1.2/A-09. Egészségügyi alapellátás korszerűsítése	34	21	62%	1 667 792 667	981 297 231
ÉAOP-4.1.2/B. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	11	3	27%	6 620 442 166	1 995 856 857
ÉAOP-4.1.2/B-09. Kistérségi járóbeteg szakellátó központok fejlesztése	6	2	33%	3 717 980 918	1 299 949 400
ÉAOP-4.1.2/C-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	8		0%	5 923 096 516	
ÉAOP-4.1.2/C-11. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	1	1	100%	4 059 999 999	4 060 000 000
ÉAOP-4.1.2/D-09. Egészségügyi intézmények fejlesztése a komplex programmal kezelendő LHH kistérségekben	28	15	54%	1 425 569 257	978 945 794
ÉAOP-4.1.2/D-10. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése / Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése a komplex programmal kezelendő LHH kistérségekben	4	4	100%	98 459 711	94 698 410
ÉAOP-4.1.5. Akadálymentesítés (Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz)	45	33	73%	439 947 095	337 894 999
EKOP	5	2	40%	3 019 400 000	1 844 249 848
EKOP-1.A.1-08/C. Közigazgatási szolgáltatások elektronizálása	1		0%	1 124 400 000	
EKOP-2.A.1. Előkészítési tevékenységek támogatása a hozzáférés javítása érdekében	1	1	100%	95 000 000	71 250 000
EKOP-2.NSZ.U.Padf.1. Integrált eljárásrend szerint új PADF-ben kezelt projektek	1		0%		
EKOP-3.1.1-09. Az ÁNTSZ gyors reagálási képességét növelő komplex információs rendszerének fejlesztése a külső szolgáltatások és belső hatékonyság növelésének támogatására	1	1	100%	1 800 000 000	1 772 999 848
EKOP-3.NSZ.U.Padf.1. Integrált eljárásrend szerint új PADF-ban kezelt projektek	1		0%		
ÉMOP	304	164	54%	23 929 360 964	12 679 427 769
ÉMOP-1.1.1/F-10. Telephelyfejlesztés	1		0%	33 996 982	
ÉMOP-1.1.1/F-11. Telephelyfejlesztés	1		0%	19 958 205	
ÉMOP-4.1.1/A. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok	108	55	51%	6 029 676 144	3 390 050 015

fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása						
ÉMOP-4.1.1/A-09. Alapellátás fejlesztése	44	16	36%	1 505 217 472	578 490 369	
ÉMOP-4.1.1/B. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	6	4	67%	3 939 960 589	2 446 825 616	
ÉMOP-4.1.1/B-09. Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	3	1	33%	1 797 813 674	587 986 667	
ÉMOP-4.1.1/C-09. Alap- és járóbeteg-ellátás fejlesztése (LHH-33)	22	6	27%	718 013 999	288 546 734	
ÉMOP-4.1.1/C-10. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése / Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése a komplex programmal kezelendő LHH kistérségekben	10	6	60%	296 171 500	160 872 765	
ÉMOP-4.1.2/A-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	7		0%	3 516 076 216		
ÉMOP-4.1.2/A-11. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	1	1	100%	4 515 400 000	4 526 000 000	
ÉMOP-4.1.2/B-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése - LHH	1		0%	594 000 000		
ÉMOP-4.2.1/A. Szociális alapszolgáltatások és gyermekjóléti alapellátások infrastrukturális fejlesztése	1		0%	26 722 726		
ÉMOP-4.2.2. Utólagos akadálymentesítés az önkormányzati feladatokat ellátó intézményekben (Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz)	99	75	76%	936 353 457	700 655 603	
GOP	1277	867	68%	12 686 680 666	6 849 730 282	
GOP-1.1.1-07/1. Piacorientált kutatás-fejlesztési tevékenység támogatása	2	1	50%	323 036 031	50 700 000	
GOP-1.1.1-08/1. Piacorientált kutatás-fejlesztési tevékenység támogatása	2	1	50%	396 456 009	97 768 595	
GOP-1.1.1-09/1. Piacorientált kutatás-fejlesztési tevékenység támogatása	1		0%	165 000 000		
GOP-1.1.1-11. Piacorientált kutatás-fejlesztési tevékenység támogatása	2		0%	387 588 980		
GOP-1.3.1-07/1. Vállalati innováció támogatása	1	1	100%	35 000 000	35 000 000	
GOP-1.3.1-08/B. Akkreditált klaszterek vállalati innovációjának támogatása	2	1	50%	204 703 256	102 351 628	
GOP-1.3.1-09/A. Vállalati innováció ösztönzése	1		0%	16 343 718		
GOP-1.3.1-11/A. Vállalatok komplex technológiai innovációjának támogatása	4	3	75%	492 881 704	162 291 445	
GOP-1.3.1-11/C. Innovációs eredmények hasznosításának támogatása KKV-k részére	78	47	60%	1 118 713 958	638 311 061	
GOP-1.3.1-11/F. Innováció a fogászatban	39	24	62%	916 176 340	504 066 906	
GOP-2.1.1/A. Mikro- és kisvállalkozások technológia fejlesztése	45	28	62%	164 466 000	99 179 000	
GOP-2.1.1/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés kis- és középvállalkozások számára	8	4	50%	92 246 000	42 325 000	
GOP-2.1.1-08/A. Mikro- és kisvállalkozások technológia fejlesztése	50	28	56%	229 553 991	125 099 243	
GOP-2.1.1-08/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés mikro-, kis- és középvállalkozások számára	3		0%	254 755 254		
GOP-2.1.1-09/A. Mikro-, kis- és középvállalkozások technológia fejlesztése	141	103	73%	1 638 449 326	1 139 982 703	
GOP-2.1.1-09/A/2. Mikro-, kis- és középvállalkozások technológiai fejlesztése	84	58	69%	568 838 890	381 423 375	
GOP-2.1.1-09/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés mikro-,kis- és középvállalkozások számára	2	1	50%	149 390 000	44 390 000	

GOP-2.1.1-09/C. Komplex vállalati technológia fejlesztés	2	1	50%	739 919 842	398 514 349
GOP-2.1.1-10/A. Mikro- és kisvállalkozások technológiai fejlesztése	117	73	62%	678 216 079	448 829 015
GOP-2.1.1-11/A. Mikro- és kis- és középvállalkozások technológia fejlesztése	178	138	78%	1 523 049 148	1 118 953 159
GOP-2.1.1-11/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés mikro-, kis- és középvállalkozások számára	4	2	50%	116 205 233	61 560 805
GOP-2.1.1-11/M. Mikrovállalkozások fejlesztése	339	226	67%	1 531 470 189	913 051 248
GOP-2.1.2/B. Munkalehetőség teremtő komplex beruházások támogatása a hátrányos helyzetű kistérségekben kis- és középvállalkozások számára	1		0%	26 981 000	
GOP-2.1.2-08/D. Komplex technológiai beruházás a hátrányos helyzetű kistérségekben induló vállalkozások részére	2	1	50%	426 461 052	215 589 820
GOP-2.2.1.. Vállalati folyamat-menedzsment támogatása	5	3	60%	38 588 040	23 706 120
GOP-2.2.1-08. Vállalati folyamatmenedzsment támogatása	2		0%	26 299 000	
GOP-2.2.1-08/2. Vállalati folyamatmenedzsment támogatása	2	1	50%	28 340 637	16 445 637
GOP-2.2.1-09/1. Vállalati folyamatmenedzsment és elektronikus kereskedelem támogatása	33	26	79%	110 119 554	87 778 798
GOP-2.2.1-11. Vállalati folyamatmenedzsment és elektronikus kereskedelem támogatása	2	1	50%	14 568 000	9 600 000
GOP-2.2.2. Minőség-, környezet és egyéb irányítási rendszerek, szabványok bevezetésének támogatása	114	90	79%	92 416 250	72 640 000
GOP-2.2.3. E-kereskedelem, és egyéb e-szolgáltatások	1	1	100%	5 600 000	5 600 000
GOP-2.2.3-08. E-kereskedelem és egyéb e-szolgáltatások támogatása	2	1	50%	13 242 000	6 252 000
GOP-2.2.3-09. Vállalati folyamatmenedzsment és e-kereskedelem komplex támogatása	7	3	43%	104 210 510	48 320 375
GOP-3.4.1-09. Vállalati Saas központok létrehozásának és fejlesztésének támogatása	1		0%	57 394 675	
KDOP	169	61	36%	11 194 760 255	6 137 451 356
KDOP-1.1.1/C. Telephelyfejlesztés	2		0%	150 000 000	
KDOP-2.1.1/B. Régió arculatát meghatározni képes turisztikai vonzerők	1		0%	-	
KDOP-2.1.1/B-2f. Régió arculatát meghatározni képes turisztikai vonzerők	1	1	100%	428 400 000	428 400 000
KDOP-5.2.1/A. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása	76	25	33%	1 787 519 208	565 200 788
KDOP-5.2.1/A-09. Alapellátás fejlesztése	41	13	32%	1 766 734 554	531 733 687
KDOP-5.2.1/B. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	16	6	38%	3 279 345 892	2 007 395 636
KDOP-5.2.1/B-09. Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	2	2	100%	364 882 314	361 184 317
KDOP-5.2.1/C-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	3		0%	1 053 746 472	
KDOP-5.2.1/C-11. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	1	1	100%	2 068 557 853	2 070 000 000
KDOP-5.2.2/B. Bölcsődei ellátást nyújtó intézmények fejlesztése és kapacitásának bővítése	1		0%	-	
KDOP-5.2.2/B-2f. Bölcsődei ellátást nyújtó intézmények fejlesztése és kapacitásának bővítése	1	1	100%	79 545 319	79 545 319

KDOP-5.3.2. Utólagos akadálymentesítés támogatására (Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz)	23	12	52%	186 028 643	93 991 609
KDOP-5.3.2-09. Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz (Akadálymentesítés)	1		0%	30 000 000	
KEOP	91	50	55%	13 288 667 566	6 174 587 053
KEOP-3.3.0. Erdei iskola hálózat infrastrukturális fejlesztése	1		0%	79 916 306	
KEOP-4.1.0. Hő- és/vagy villamosenergia-előállítás támogatása megújuló energiaforrásból	1	1	100%	8 150 000	5 319 222
KEOP-4.2.0/A/11. Helyi hő és hűtési igény kielégítése megújuló energiaforrásokkal	8	6	75%	115 670 793	100 100 695
KEOP-4.2.0/B/09. Helyi hő- és hűtési energiaigény kielégítése megújuló energiaforrásokból	5	1	20%	1 221 947 646	508 641 400
KEOP-4.2.0/B/11. Helyi hő és hűtési igény kielégítése megújuló energiaforrásokkal	3		0%	421 519 844	
KEOP-4.4.0/11. Megújuló energia alapú villamosenergia-, kapcsolt hő- és villamosenergia-, valamint biometán-termelés	1	1	100%	55 432 856	55 432 856
KEOP-4.4.0/A/09. Megújuló energia alapú villamosenergia-, kapcsolt hő és villamosenergia-, valamint biometán termelés	7	3	43%	561 792 298	183 130 148
KEOP-4.9.0/11. Épületenergetikai fejlesztések megújuló energiaforrás hasznosítással kombinálva	5	1	20%	265 267 903	114 474 000
KEOP-5.1.0. Energetikai hatékonyság fokozása	11	5	45%	482 880 871	96 728 227
KEOP-5.3.0/A/09. Épületenergetikai fejlesztések	21	14	67%	5 964 666 397	3 720 614 904
KEOP-5.3.0/B/09. Épületenergetikai fejlesztések megújuló energiaforrás hasznosítással kombinálva	12	4	33%	3 281 201 771	919 413 430
KEOP-6.2.0/A. Fenntarthatóbb életmódot és fogyasztási lehetőségeket népszerűsítő, terjedésüket elősegítő mintaprojektek	1	1	100%	1 941 480	1 941 480
KEOP-6.2.0/A/09. Fenntarthatóbb életmódot és fogyasztási lehetőségeket népszerűsítő, terjedésüket elősegítő mintaprojektek	1	1	100%	9 270 575	8 529 575
KEOP-6.3.0/2F/09. Környezetvédelmi célú informatikai fejlesztések a közigazgatásban (e-környezetvédelem)	1		0%	150 731 327	
KEOP-7.4.0.. Egészségügyi intézmények energetikai racionalizálása (EglnER)	11	11	100%	478 605 500	456 798 000
KEOP-7.6.3.0. Környezetvédelmi célú informatikai fejlesztések a közigazgatásban (e-környezetvédelem)	2	1	50%	189 671 999	3 463 116
KMOP	461	298	65%	41 413 174 255	33 432 741 806
KMOP-1.1.1-07/1. Piacorientált kutatás-fejlesztési tevékenység fejlesztése	2		0%	184 930 942	
KMOP-1.1.1-08/1. Piacorientált kutatás-fejlesztési tevékenység támogatása	3	1	33%	179 620 116	59 716 600
KMOP-1.1.4-09. Vállalati innováció ösztönzése	5	2	40%	174 377 766	84 758 514
KMOP-1.1.4-11/A. Vállalatok komplex technológiai innovációjának támogatása	4	2	50%	162 145 178	81 551 258
KMOP-1.1.4-11/B. Innovációs eredmények hasznosításának támogatása KKV-k részére	24	18	75%	438 373 385	330 261 413
KMOP-1.1.4-11/F. Innováció a fogászatban	28	19	68%	437 523 484	300 178 949
KMOP-1.2.1/A. Mikro- és kisvállalkozások technológia fejlesztése	11	9	82%	40 859 000	34 751 000
KMOP-1.2.1/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés kis- és középvállalkozások számára	7	1	14%	121 982 000	21 634 000
KMOP-1.2.1-08/A. Mikro- és kisvállalkozások technológia fejlesztése	22	12	55%	126 417 679	78 367 865
KMOP-1.2.1-08/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés mikro-, kis- és középvállalkozások számára	2		0%	62 194 939	

KMOP-1.2.1-09/A. Mikro-, kis- és középvállalkozások technológia fejlesztése	35	22	63%	317 985 191	182 347 271
KMOP-1.2.1-09/A/2. Mikro-, kis- és középvállalkozások technológiai fejlesztése	33	25	76%	251 255 096	154 520 238
KMOP-1.2.1-10/A. Mikro- és kisvállalkozások technológia fejlesztése	19	9	47%	171 858 892	65 353 278
KMOP-1.2.1-11/A. Mikro-, kis- és középvállalkozások technológiai fejlesztése	51	38	75%	409 517 245	260 341 411
KMOP-1.2.1-11/B. Komplex vállalati technológia fejlesztés mikro-, kis- és középvállalkozások számára	2	1	50%	103 073 048	87 434 975
KMOP-1.2.1-11/M. Mikro- és kisvállalkozások fejlesztése	117	83	71%	561 148 050	404 947 696
KMOP-1.2.2-08. Komplex technológiai beruházás a hátrányos helyzetű kistérségekben induló vállalkozások részére	1	1	100%	87 480 000	87 480 000
KMOP-1.2.4-08. Környezetközpontú technológia fejlesztés	1	1	100%	31 320 560	31 320 560
KMOP-1.2.5-08. Vállalati folyamatmenedzsment támogatása	1		0%	14 033 460	
KMOP-1.2.5-09. Vállalati folyamatmenedzsment és elektronikus kereskedelem támogatása	6	6	100%	15 800 699	15 800 699
KMOP-1.2.5-11. Vállalati folyamatmenedzsment és elektronikus kereskedelem támogatása	3	1	33%	20 879 711	5 160 375
KMOP-1.2.6. Minőség-, környezet és egyéb irányítási rendszerek, szabványok bevezetésének támogatása	12	10	83%	9 906 000	8 098 000
KMOP-1.2.7. E-kereskedelelem, és egyéb e-szolgáltatások támogatása	1	1	100%	5 604 900	5 604 900
KMOP-1.2.7-08. E-kereskedelelem és egyéb e-szolgáltatások támogatása	2		0%	10 565 450	
KMOP-1.5.2. Gazdasági együttműködések és hálózatok fejlesztése; regionális jelentőségű klaszterek közös beruházásainak támogatása, szolgáltatásainak kialakítása és fejlesztése	1		0%	35 642 203	
KMOP-1.5.2-11. Vállalati együttműködés és klaszterek támogatása	1	1	100%	15 896 000	14 456 000
KMOP-1.5.3/C-11. Telephelyfejlesztés	2		0%	111 598 591	
KMOP-3.1.1/F-11. Turisztikai szolgáltatások fejlesztése	3	2	67%	140 246 482	124 101 881
KMOP-3.3.3-11. Megújuló energiafelhasználás növelése	2	1	50%	84 820 502	50 876 750
KMOP-3.3.4/B. Fenntartható életmódot és fogyasztási lehetőségeket népszerűsítő, teljesülésüket elősegítő mintaprojektek, beruházások	1	1	100%	49 875 000	39 323 497
KMOP-4.3.1/A. Kiemelt ellátást biztosító egészségügyi intézmények korszerűsítése	4	3	75%	11 666 734 051	9 761 906 473
KMOP-4.3.1/A_2-09-1f. Kiemelt ellátást biztosító egészségügyi intézmények korszerűsítése	1		0%		
KMOP-4.3.1/A_2-09-2f. Kiemelt ellátást biztosító egészségügyi intézmények korszerűsítése	1	1	100%	8 111 111 000	8 111 111 000
KMOP-4.3.1/A-07_1-1f. Kiemelt ellátást biztosító egészségügyi intézmények korszerűsítése	9		0%		
KMOP-4.3.1/B-11. „Sürgősségi, gyermek-sürgősségi ellátás fejlesztése” Perinatális Intenzív Centrumok fejlesztése Közép-Magyarországon	3	3	100%	1 099 998 275	1 071 922 341
KMOP-4.3.1/C. Az onkológiai és gyermek onkológiai ellátást végző intézmények infrastrukturális fejlesztése	1	1	100%	5 400 000 000	5 480 052 812
KMOP-4.3.1/C_2-09-1f. Az onkológiai és gyermek onkológiai ellátást végző intézmények infrastrukturális fejlesztése	1		0%		
KMOP-4.3.1/C_2-09-2f. Az onkológiai és gyermek onkológiai ellátást végző intézmények infrastrukturális fejlesztése	1	1	100%	1 300 000 000	1 300 000 000

KMOP-4.3.1/C-07_1-1f. Az onkológiai és gyermek onkológiai ellátást végző intézmények infrastrukturális fejlesztése	1		0%		
KMOP-4.3.2. Kistérségi járóbeteg szakellátás fejlesztése a Közép-Magyarországi régióban	9	5	56%	6 476 815 605	4 064 098 688
KMOP-4.3.3/B. Mentésirányítási rendszer	2		0%	1 199 320 806	
KMOP-4.3.3/B_2. A Közép-Magyarországi régió egészségügyi informatikájának fejlesztése	1	1	100%	300 000 000	300 000 000
KMOP-4.3.3/B-07_1-1f. Mentésirányítási rendszer-kiemelt projekt	3		0%		
KMOP-4.3.3/B-09-2F. Közép-Magyarországi régió egészségügyi informatikájának fejlesztése	2	1	50%	1 177 906 000	591 000 000
KMOP-4.5.3. Önkormányzatok illetőleg önkormányzati feladatellátást biztosító egyes közszolgáltatások akadálymentesítése	13	10	77%	180 148 042	121 254 455
KMOP-4.5.3-09. Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz (Akadálymentesítés)	7	5	71%	124 208 907	103 008 907
NYDOP	126	68	54%	10 250 186 981	6 131 574 372
NYDOP-1.1.1/A. Regionális jelentőségű klaszterek közös beruházásainak támogatása, szolgáltatásainak kialakítása és fejlesztése	1		0%	29 983 080	
NYDOP-1.1.1/A-11. Vállalati együttműködés és klaszterek támogatása	1	1	100%	25 075 891	20 418 695
NYDOP-1.3.1/D. Telephelyfejlesztés	1	1	100%	85 955 796	75 000 729
NYDOP-1.3.1/D-11. Telephelyfejlesztés	1	1	100%	49 766 327	43 556 327
NYDOP-5.1.1/E. Önkormányzati felelősségi körbe tartozó intézmények utólagos akadálymentesítése (Egyenlő esélyű hozzáférés a közszolgáltatásokhoz)	8	5	63%	60 283 368	29 562 408
NYDOP-5.2.1/A. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása	62	25	40%	1 792 284 175	859 973 610
NYDOP-5.2.1/A-09. Alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása	39	30	77%	1 208 677 731	935 509 901
NYDOP-5.2.1/B. Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése /Kistérségi járó beteg szakellátó központok fejlesztése, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése / Kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztése	3	2	67%	1 000 000 000	716 532 711
NYDOP-5.2.1/C. Egészségügyi rehabilitációs ellátási központok kialakítása	4	2	50%	3 134 972 000	1 562 019 991
NYDOP-5.2.1/C-09. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	5		0%	974 730 836	
NYDOP-5.2.1/C-11. Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése	1	1	100%	1 888 457 777	1 889 000 000
TÁMOP	5547	1162	21%	97 524 171 641	21 188 031 472
TÁMOP-2.1.3.A-11/1. Munkahelyi képzések támogatása mikro- és kisvállalkozások számára	6	3	50%	15 102 500	5 660 000
TÁMOP-2.1.3.A-12/1. Munkahelyi képzések támogatása mikro- és kisvállalkozások számára a konvergencia régióban	40	23	58%	196 111 905	126 409 341
TÁMOP-2.1.3.A-12/2. Munkahelyi képzések támogatása mikro- és kisvállalkozások számára a Közép-Magyarországi Régióban	14		0%	68 660 020	
TÁMOP-2.1.3.B-11/1. Munkahelyi képzések támogatása középvállalkozások számára	2	1	50%	13 115 960	8 280 000
TÁMOP-2.1.3.B-12/1. Munkahelyi képzések támogatása középvállalkozások számára a konvergencia régióban	2		0%	30 590 610	
TÁMOP-2.1.3.B-12/2. Munkahelyi képzések támogatása középvállalkozások számára a Közép-	1		0%	6 866 580	

Magyarországi Régióban					
TÁMOP-2.1.3.C-12/1. Munkahelyi képzések támogatása nagyvállalkozások számára a konvergencia régióban	13		0%	593 316 095	
TÁMOP-2.1.3-07/1. Munkahelyi képzések támogatása mikro- és kisvállalkozások számára	7	2	29%	29 565 000	5 500 000
TÁMOP-2.1.5-07/1. Munkahelyi képzések támogatása kis-és középvállalkozások számára	1		0%	15 029 000	
TÁMOP-2.4.3/B-2-10/1. Atipikus foglalkoztatási formák támogatása	1		0%	46 000 000	
TÁMOP-2.4.3/B-2-11/1. Atipikus foglalkoztatási formák támogatása	1		0%		
TÁMOP-2.4.5-12/7. Rugalmas munkahelyek	6		0%	73 368 259	
TÁMOP-2.4.5-12/8. Rugalmas munkahelyek	2		0%	24 763 663	
TÁMOP-2.5.1.C-1-10/2. Érdekképviseleti tevékenységet ellátó civil ernyőszervezetek önkénteseinek képzése	1		0%	10 073 279	
TÁMOP-2.5.1-07/1. Érdekképviseleti szervek kapacitásának fejlesztése	1		0%	25 200 000	
TÁMOP-2.6.2-12/1. Munkaerő-piaci szolgáltatást nyújtó civil szervezetek kapacitásának megerősítése – konvergencia régiók	2		0%	16 000 000	
TÁMOP-3.1.5-09/A-2. Pedagógusképzések (a pedagógiai kultúra korszerűsítése, pedagógusok új szerepben)	1	1	100%	11 970 000	11 970 000
TÁMOP-3.2.3-08/2/KMR. „Építő közösségek” - közművelődési intézmények az egész életen át tartó tanulásért 2. kör: A közművelődés a nem formális és informális tanulás szolgálatában	1		0%	29 317 600	
TÁMOP-5.1.1-11/1/B. LHH kistérségek projektjei	1		0%	88 304 600	
TÁMOP-5.2.5/A-10/1. Gyermekek és fiatalok társadalmi integrációját segítő programok	1	1	100%	29 651 881	29 651 881
TÁMOP-5.2.5/B-10/2. Gyermekek és fiatalok társadalmi integrációját segítő programok	4		0%	193 359 284	
TÁMOP-5.2.5-08/1. Gyermekek és fiatalok integrációs programjai	6	2	33%	117 443 921	39 840 000
TÁMOP-5.3.1-08/1. „Első lépés” - alacsony foglalkoztatási eséllyel rendelkezők képessé tevő és önálló életvitelt elősegítő programjai	1		0%	80 000 000	
TÁMOP-5.3.1-08/2. „Első lépés” - alacsony foglalkoztatási eséllyel rendelkezők képessé tevő és önálló életvitelt elősegítő programjai	1		0%	36 993 280	
TÁMOP-5.3.3-11/2. Az utcán élő hajléktalan személyek társadalmi visszailleszkedésének, foglalkoztathatóságának elősegítése, sikeres munkaerő-piaci integrációjának megalapozása	1		0%	68 757 192	
TÁMOP-5.5.1.B-11/2. A családi közösségi kezdeményezések és programok megerősítése	3	2	67%	93 613 716	70 347 269
TÁMOP-5.5.2-09/3. Az önkéntesség elterjesztése	1		0%	27 000 000	
TÁMOP-5.5.2-10/4. Az önkéntesség elterjesztése	1		0%	27 000 000	
TÁMOP-5.5.2-11/1. Az önkéntesség elterjesztése	1		0%	19 926 600	
TÁMOP-5.6.1.C-11/1. Az áldozattá válás megelőzése, áldozatsegítés	1	1	100%	94 678 000	82 082 000
TÁMOP-5.6.1.C-11/2. Az áldozattá válás megelőzése, áldozatsegítés	1		0%	146 000 000	
TÁMOP-6.1.2/A-09/1. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok	1406	170	12%	12 440 901 393	1 554 495 581
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok	689	135	20%	6 295 877 724	1 252 546 799
TÁMOP-6.1.2/LHH/11-A. Egészségre nevelő és	21	12	57%	1 076 855 183	590 122 140

szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben					
TÁMOP-6.1.2/LHH/11-B. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben	45		0%	5 479 981 489	
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben	50	14	28%	3 523 751 273	764 442 802
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/2. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben	13	1	8%	511 152 820	19 645 828
TÁMOP-6.1.2-11/1. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmód programok - lokális színterek	2556	616	24%	23 801 359 872	5 707 759 811
TÁMOP-6.1.2-11/2. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok	5	1	20%	1 703 855 400	376 408 000
TÁMOP-6.1.2-11/3. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben	81		0%	9 805 455 764	
TÁMOP-6.1.2-11/4. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok	1	1	100%	249 729 417	238 628 477
TÁMOP-6.1.3-08/1. Szűrőprogramok országos kommunikációja	2	1	50%	1 800 000 000	865 668 290
TÁMOP-6.1.3-PADF. Szűrőprogramok országos kommunikációja	1		0%		
TÁMOP-6.1.4/12/1. Koragyermekkor (0-7 év) program	1		0%	2 500 000 000	
TÁMOP-6.1.4-PADF. Koragyermekkor (0-7 év) kiemelt program	1		0%		
TÁMOP-6.2.1-09/1. Egészségügyi humán erőforrás monitoring	1		0%	500 000 000	
TÁMOP-6.2.1-11/1. Egészségügyi humán erőforrás monitoring	1	1	100%	500 000 000	500 000 000
TÁMOP-6.2.1-PADF. Humán erőforrás monitoring	1		0%		
TÁMOP-6.2.2.A-11/1. Képzési díj és ösztöndíj támogatása az intézmények számára a konvergencia régiókban	72	22	31%	6 410 929 877	2 028 810 115
TÁMOP-6.2.2.A-KMR/11-1. Képzési díj és ösztöndíj támogatása az intézmények számára a Középmagyarországi Régióban	20	18	90%	957 269 698	901 584 013
TÁMOP-6.2.2.B-12/1. Képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatás-fejlesztése érdekében	3		0%	77 234 435	
TÁMOP-6.2.2/A-09/1. Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés	57	2	4%	1 141 955 381	92 078 981
TÁMOP-6.2.2/A-09/2. „A” komponens: Képzési díj támogatása az intézmények számára a konvergencia régiókban	64	18	28%	1 631 212 145	458 651 774
TÁMOP-6.2.2/A-KMR-09/1. Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés	23	1	4%	435 458 244	10 684 477
TÁMOP-6.2.2/A-KMR-09/2. „Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés”	20	7	35%	413 749 934	174 291 256
TÁMOP-6.2.2/B-09/1. Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés	12	2	17%	331 245 455	85 497 812
TÁMOP-6.2.2/B-09/2. Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés	13	4	31%	332 810 781	114 123 874
TÁMOP-6.2.3-12/1. Országos egészségmonitorozási és	1		0%	1 000 000 000	

kapacitástérkép adatbázis- és alkalmazásfejlesztés					
TÁMOP-6.2.3-PADF. Országos egészségmonitorozási rendszer kiépítése	1		0%		
TÁMOP-6.2.4.A-11/1. Foglalkoztatás támogatása A) komponens: Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények számára	56	32	57%	3 612 302 897	2 173 263 237
TÁMOP-6.2.4/A-08/1. Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények	50	15	30%	2 076 742 759	612 450 719
TÁMOP-6.2.4/A-08/1/konv. Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények	89	24	27%	3 373 448 290	832 627 734
TÁMOP-6.2.4/A-09/1. „Foglalkoztatás támogatása A) komponens: Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények számára”	43	22	51%	1 406 438 149	845 253 165
TÁMOP-6.2.4/A-09/1/KMR. „Foglalkoztatás támogatása A) komponens: Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények számára	19	6	32%	576 674 316	236 044 268
TÁMOP-6.2.5.A-12/1. Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó- és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszerterápi ellátásban	1		0%	950 000 000	
TÁMOP-6.2.5/B-PADF. Minőségbiztosítás és gyógyszerterápia menedzsment a gyógyszerterákiakban	1		0%		
TÁMOP-6.2.6-08/1. Megvalósíthatósági tervek minőségbiztosítása a tervezett jelentős beruházásoknál	1	1	100%	380 000 000	373 211 828
TÁMOP-6.2.7-PADF. Az elektronikus egészségbiztosítási kártya rendszer bevezetése	1		0%		
TIOP	212	119	56%	317 214 455 787	228 337 242 707
TIOP-1.1.1-07/1. A pedagógiai, módszertani reformot támogató informatikai infrastruktúra fejlesztése	1	1	100%	7 586 539	7 586 539
TIOP-2.1.2-07/1. Kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítása és fejlesztése	25	16	64%	24 200 792 005	14 499 567 407
TIOP-2.1.2-08/1. Kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítása és fejlesztése	7	7	100%	6 617 957 740	6 534 105 141
TIOP-2.1.3-07/1. Aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztése	9	7	78%	7 093 356 078	5 442 133 387
TIOP-2.1.3-08/1. Aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztése	2	1	50%	1 599 999 260	800 000 000
TIOP-2.1.3-10/1. „Aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztése”	1	1	100%	799 920 000	786 179 193
TIOP-2.2.1-11/1. Sürgősségi ellátás fejlesztése – mentés	1	1	100%	10 940 000 000	10 940 000 000
TIOP-2.2.2/C-10/1. A Perinatális Intenzív Centrumok és az Intenzív Neonatológiai Osztályok műszaki fejlesztése	20	20	100%	3 865 809 918	3 814 845 773
TIOP-2.2.2-08/1. Sürgősségi ellátás fejlesztése – SO1 és SO2 (és ezeken belül gyermek sürgősségi ellátás) támogatására	35		0%	-	
TIOP-2.2.2-08/2. Sürgősségi ellátás fejlesztése – SO1 és SO2 (és ezeken belül gyermek sürgősségi ellátás) támogatására	29	26	90%	13 443 755 219	11 766 881 400
TIOP-2.2.3-11/1. A regionális vérellátó központok fejlesztése	1	1	100%	2 999 999 114	2 999 999 114
TIOP-2.2.3-PADF. A regionális vérellátó központok fejlesztése	1		0%		
TIOP-2.2.4-09/1. „Struktúraváltoztatást támogató infrastruktúrafejlesztés a fekvőbeteg-szakellátásban”	35	27	77%	100 100 066 407	78 431 453 415
TIOP-2.2.5-09/1. Korszerű regionális onkológiai hálózat kialakítása	8	2	25%	14 455 089 224	3 947 344 554
TIOP-2.2.7-07/2F/1. Infrastruktúra-fejlesztés az egészségpótlusokban	9		0%	-	
TIOP-2.2.7-07/2F/2. Infrastruktúra-fejlesztés az	11	8	73%	116 759 391 102	84 884 512 136

egészségpólusokban					
TIOP-2.3.1-PADF. Az elektronikus TAJ kártya bevezetése	1		0%		
TIOP-2.3.2-PADF. Elektronikus Közhiteles Nyilvántartások és Ágazati Portál fejlesztése	1		0%		
TIOP-2.3.4-07/1. Mentésirányítási rendszer fejlesztése	2		0%	6 999 113 990	
TIOP-2.3.4-09/2. „Mentésirányítási rendszer fejlesztése”	2	1	50%	6 982 635 000	3 482 634 648
TIOP-3.3.1-07/1. A közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés megteremtése	7		0%	194 052 160	
TIOP-3.3.1-08/1. A közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés megteremtése II	2		0%	36 344 020	
TIOP-3.4.2-08/1. Bentlakásos intézmények korszerűsítése	2		0%	118 588 011	
Végösszeg	8609	2995	35%	584 202 600 957	351 434 585 445

1.2. sz. melléklet: Szakértői interjúk

Szervezet	Szakértő	Interjú témája	Időpont
ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal	Ágoston Katalin	intézmény-nyilvántartás	2012. jún. 21.
	Kovács Attila helyettes országos tisztifőorvos	értékelési kérdések egyeztetése	2012. jún. 20.
		életmódprogramok, egészségfejlesztés, fejlesztési prioritások	2012. dec. 10.
Egészségügyi Informatikai Szakmai Kollégium	Horváth Lajos	e-egészségügyi fejlesztések, gép-műszer kataszter	2012. nov. 28.
EMKI	Margitai Barnabás volt főigazgató	gép-műszer kataszter fejlesztési folyamata	2012. szept. 20.
EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárság	Frányóné Németh Angéla főosztályvezető-helyettes	egészségügyi fejlesztések	2012. nov. 15.
	Hollósy Emília	egészségügyi fejlesztések	2012. nov. 15.
ESZA Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.	Csizmadia-Csiky Katalin programirányító	pályázati lebonyolítás	2013. jan. 10.
	Keszthelyi Vilmos	életmódprogramok, nem LHH-s 2009-es konstrukciók	2013. január 9.
	Majoros Ildikó	életmódprogramok, LHH-s konstrukciók	2013. január 9.
FACT alapítvány	Tristyán László	életmódprogramok	2012. dec. 14.
GYEMSZI ETF	Imre László főigazgató-helyettes	kapacitástervezés, fejlesztések	2013. jan. 24.
GYEMSZI IRF	Surján György főigazgató-helyettes	ágazati informatikai fejlesztések	2012. júl. 9.
	Ruzsa Zoltán	elérhetőségi modell működése	2012. jún. 13.
GYEMSZI MIF	Mészáros Csaba	gép-műszer kataszter működése	2012. nov. 14.
GYEMSZI Minőségügyi Főosztály	Mihalicza Péter főosztályvezető-helyettes	értékelési kérdések egyeztetése, rendelkezésre álló adatok	2012. jún. 6.
		minőségfejlesztési projektek, ellátórendszer alakítása	2012. dec. 14.
GYEMSZI TESZK	Ónodi-Szűcs Zoltán TESZK-vezető	ellátási egyenlőtlenségek, TESZK-feladatok, fejlesztési lehetőségek	2012. dec. 20.
GYEMSZI Uniói Projekt Igazgatóság Stratégiai Főosztály	Csizmadia István főosztályvezető	értékelési kérdések és lehetőségek egyeztetése	2012. jún. 6.
		uniós projektek stratégiai tervezése és végrehajtása	2012. nov. 13.
Kórházi gazdasági szakértő	Nagy Zsolt	pályázatok végrehajtása	2012. nov. 5.
MAG Zrt.	Novák Csaba igazgató	pályázatok végrehajtása, tervezés	2012. okt. 8.
MAG Zrt. Dél-Alföld	Csiszár Katalin programmenedzser	pályázati lebonyolítás	2012. okt. 19.
Magyar Kórházszövetség	Rácz Jenő elnök	uniós fejlesztések tervezése és végrehajtása	2012. dec. 6.
Magyar Orvosi Kamara	Éger István elnök	humán erőforrás-fejlesztés	2013. febr. 21.
Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség	Pásztélyi Zsolt elnök	járóbeteg-ellátás fejlesztése	2013. jan. 10.
Menedzsment és egészség-gazdaságtan szakmai kollégium	Dózsa Csaba	területi kohéziós értékelés keretében a Revita Alapítvány által készített interjú felhasználása	2012. dec. 20.
META Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság	Tóth Árpád elnök	egészségügyi fejlesztések, járóbeteg-ellátás fejlesztése	2012. nov. 23.
NFÜ Humán Erőforrás Programok Irányító Hatósága	Molnár-Gallatz Zsolt	értékelési terv összeállítása	2012. ápr. 19.
NFÜ Regionális Fejlesztési Programok Irányító Hatósága	Héjja Anita	értékelési terv összeállítása	2012. ápr. 19.

		fejlesztések végrehajtása, tervezés	2012. dec. 14.
OEFI	Koós Tamás	életmódprogramok új fejlesztések, minőségbiztosítás	2013. január
	Vitrai József osztályvezető	szükséglet mérése	2012. szept. 12.
		monitorozás, új fejlesztések a TÁMOP 6.1 alatt.	2012. dec. 18.
	Vokó Zoltán	életmódprogramok, új fejlesztések a TÁMOP alatt	2013. jan. 11.
OEP Finanszírozási Főosztály	Gimesi-Ország Judit osztályvezető	az OEP rendelkezésére álló adatok a járóbeteg-ellátás értékeléséhez	2012. jún. 12.
	Kasik Dávid osztályvezető	az OEP rendelkezésére álló adatok	2012. szept. 14.
	Kőrösi László főosztályvezető-helyettes	alapellátás fejlesztése	2012. dec. 13.
	Varga Péter főosztályvezető	értékelési kérdések egyeztetése, az OEP rendelkezésére álló adatok	2012. máj. 30.
OEP Pénzbeli Ellátások Főosztály	Bogdán Zsuzsanna főosztályvezető	táppénzadatok felhasználása hatásméréshez	2012. jún. 27.
OÉTI	Martos Éva	életmódprogramok, iskolai modellprogramok	2012. nov. 23.
Pályázatkészítő	Kuntár Ágnes	tervezés, pályázatok menedzsentje, életmódprogramok	2012. dec. 14.
SOTE (előtte OEFI)	Makara Péter	életmódprogramok	2012. nov. 16.

1.3. sz. melléklet: Egészségügyi beruházási statisztikai adatok

Beruházási és fejlesztési kiadások alakulása az önkormányzati felügyelet alá tartozó egészségügyi intézményekben 2000-2010 között (millió forint)

Év	Épület beruházás	Gép-műszer beruházás	Épület felújítás	Gép-műszer felújítás	Összesen
2000	27 428	2 901	4 636	555	35 521
2001	26 503	1 998	5 015	501	34 016
2002	17 804	12 112	3 746	254	33 916
2003	16 946	12 332	3 075	223	32 576
2004	13 221	12 548	3 306	147	29 222
2005	18 189	10 089	4 974	354	33 606
2006	22 558	12 907	6 150	270	41 886
2007	14 448	9 329	5 777	489	30 043
2008	13 746	9 590	4 718	114	28 167
2009	10 657	7 103	4 789	70	22 620
2010	17 802	8 257	7 439	203	33 701

Forrás: GYEMSZI IRF Egészségügyi Évkönyv 2010 II. rész – Számok a Magyar Egészségügyről, 2011. december: összeállítás az önkormányzati felügyelet alá tartozó egészségügyi intézményekre vonatkozó OSAP 1576. sz. „Jelentés az egészségügyi ellátás beruházási kiadásainak alakulásáról” c. adatgyűjtés alapján

Beruházás és fejlesztés az önkormányzati felügyelet alá tartozó humán-egészségügyi intézményekben 2009 és 2010-ben (millió forint)

	2009	2010	2009	2010	2009	2010
1. Integrált járó- és fekvőbeteg szakellátás	10 431 541	14 136 512	5 729 220	4 625 113	16 160 761	18 761 625
Beruházás központi költségvetésből	2 443 163	7 370 249	405 793	1 326 668	2 848 956	8 696 917
Beruházás saját forrásból	5 658 994	3 966 260	5 272 337	3 148 923	10 931 331	7 115 183
Beruházás együtt	8 102 157	11 336 509	5 678 130	4 475 591	13 780 287	15 812 100
Felújítás központi költségvetésből	240 402	870 471	765	7 773	241 16	878 244
Felújítás saját forrásból	2 088 982	1 929 532	50 325	141 749	2 139 307	2 071 281
Felújítás együtt	2 329 384	2 800 003	51 090	149 522	2 380 474	2 949 525
2. Önálló járóbeteg-ellátás	4 022 751	10 022 909	1 239 911	3 641 270	5 262 662	13 664 179
Beruházás	1 990 023	5 948 623	1 222 816	3 597 917	3 212 839	9 546 540
Felújítás	2 032 728	4 074 286	17 095	43 353	2 049 823	4 117 639
3. Egyéb eddig fel nem sorolt intézmény	992 350	1 081 430	203 902	193 284	1 196 252	1 274 714
Beruházás	565 168	516 390	202 472	183 498	767 640	699 888
Felújítás	427 182	565 040	1 430	9 786	428 612	574 826
4. Összesen	15 446 642	25 240 851	7 173 033	8 459 667	22 619 675	33 700 518
Beruházás	10 657 348	17 801 522	7 103 418	8 257 006	17 760 766	26 058 528
Felújítás	4 789 294	7 439 329	69 615	202 661	4 858 909	7 641 990

Forrás: OSAP 1576/ Jelenrész az egészségügyi ellátás beruházási kiadásainak alakulásáról, 2009. és 2010. év, GYEMSZI, 2011

1.4. sz. melléklet: A közszolgáltatásban résztvevő egészségügyi szolgáltatók dolgozóinak létszám és bérkifizetési adatai

Kórházakban és szakrendelő intézetekben foglalkoztatottak létszáma (fő)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Orvos	19 503	21 675	21 178	19 825	19 373	18 024	17 333	16 425
Egészségügyi szakdolgozók	58 133	59 506	58 830	58 525	55 824	52 524	51 784	52 104
Egyéb egészségügyi dolgozók	51 412	51 660	50 346	47 192	44 078	39 577	39 091	38 380
Összesen	129 048	132 841	130 355	125 542	119 275	110 125	108 208	106 909

Forrás: OSAP 1626 – Bér- és létszámstatisztika 2010.év, GYEMSZI, 2011.

Kórházakban foglalkoztatottak létszáma (fő)

	2006	2007	2008	2009	2010
Orvosok	18 124	17 711	16 592	15 853	15 008
Egészségügyi szakdolgozók	54 107	51 693	48 750	47 850	48 236
Egyéb egészségügyi dolgozó	45 086	42 082	37 901	37 306	36 561
Összesen	117 317	111 487	103 244	101 008	99 805

Forrás: OSAP 1626 – Bér- és létszámstatisztika 2010.év; GYEMSZI, 2011.

Szakrendelőkben foglalkoztatottak létszáma (fő)

	2006	2007	2008	2009	2010
Orvosok	1 701	1 661	1 431	1 480	1 427
Egészségügyi szakdolgozó	4 418	4 131	3 775	3 934	3 869
Egyéb egészségügyi dolgozók	2 106	1 996	1 675	1 785	1 818
Összesen	8 225	7 788	6 881	7 199	7 104

Forrás: OSAP 1626 – Bér- és létszámstatisztika 2010. év, GYEMSZI

Kórházak és szakrendelő intézetek éves bértömege (millió forint/év), 2006-2010.

Év	Bértömeg járulékok nélkül (millió Ft)	Átlagléttség (fő)	Munkáltatói járulék (millió Ft)	Bértömeg járulékokkal (millió Ft)
2006	251 304,8	125 542	77 977,6	329 282,4
2007	250 321,7	119 275	77 241,5	327 563,2
2008	249 767,0	110 125	76 912,3	326 679,3
2009	238 179,1	108 208	70 860,9	309 040,0
2010	236 430,6	106 909	61 318,7	297 749,3

Forrás: OSAP 1626 – Bér- és létszámstatisztika 2010. év, GYEMSZI, 2011.

Az aktív és krónikus szakellátás létszám és bérkifizetési adatai 2009 és 2010-ben

	Év	Statisztikai átlagléttség (fő)	FTE létszám (fő)	Éves bérkifizetés (millió Ft)	Egészség-biztosítási Alap kiadásai (m Ft)	Bérkifizetés %-os aránya a kiadásokból
Aktív fekvőbeteg szakellátás	2009	72 996	67 326	165 370	325 221,6	50,85%
	2010	67 359	62 217	151 405	348 695,1	43,42%
Krónikus fekvőbeteg szakellátás	2009	10 862	10 018	21 719	58 698,7	37,00%
	2010	11 226	11 226	22 986	56 756,0	40,50%

Forrás: OSAP 1626 – Bér- és létszámstatisztika 2009. és 2010. év, GYEMSZI, 2010-2011; Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai 1993-2011, GYEMSZI, 2011.

1.5. sz. melléklet: Pályázók és támogatási összegek megoszlása régiók és TEÁOR-kódok szerint nem közfinanszírozott ellátók esetében

Pályázók és támogatási összeg megoszlása TEOÁR'08 kód szerint

	Pályázók száma (db)	Pályázók megoszlása	Támogatási összeg (Ft)	Támogatási összeg megoszlása
Orvosi eszköz gyártása (3250)	6	0,51%	157 659 028	1,36%
Fekvőbeteg-ellátás (8610)	21	1,79%	1 088 055 871	9,39%
Általános járóbeteg-ellátás (8621)	115	9,82%	1 528 098 948	13,19%
Szakorvosi járóbeteg-ellátás (8622)	145	12,38%	1 272 324 961	10,98%
Fogorvosi járóbeteg-ellátás (8623)	571	48,76%	4 554 098 209	39,31%
Egyéb humán-egészségügyi ellátás (8690)	226	19,30%	2 722 005 678	23,49%
nincs adat	87	7,43%	263 261 423	2,27%
Összesen	1171	100,00%	11 585 504 118	100,00%

Forrás: EMIR (2012. aug. 17-i állapot szerint)

Pályázók és támogatási összegek megoszlása régiók szerint

Régió neve	Pályázók száma (db)	Pályázók megoszlása	Pályázati összeg (Ft)	Pályázati összeg megoszlása	Lakosság száma (ezer fő)*	Lakosság számának megoszlása	Pályázati összeg és lakosság szám megoszlásának eltérése (százalékpont)
Dél-Alföld	120	10,25%	1 082 542 428	9,34%	1 299	13,05%	-3,71
Dél-Dunántúl	124	10,59%	1 638 000 861	14,14%	934	9,38%	+4,76
Észak-Alföld	161	13,75%	1 766 329 326	15,25%	1 473	14,79%	+0,46
Észak-Magyarország	123	10,50%	1 040 410 926	8,98%	1 182	11,88%	-2,9
Közép-Dunántúl	103	8,80%	1 490 002 650	12,86%	1 090	10,95%	+1,91
Közép-Magyarország	265	22,63%	2 438 186 883	21,05%	2 985	29,98%	-8,93
Nyugat-Dunántúl	275	23,48%	2 130 031 044	18,39%	993	9,98%	+8,41
Összesen	1171	100,00%	11 585 504 118	100%	9 958	100%	

*KSH, 2012: Továbbszámított népesség száma kistérségek szerint 2008-tól Lakosság számának megoszlása

Forrás: EMIR (2012. aug. 17-i állapot szerint)

Pályázók száma régióként és TEOÁR'08 kód alapján (db)

	Orv.eszk. gy.	Fekvő b.e.	Ált. j.b.e.	Szako. j.b.e.	Fogo. j.b.e.	Egyéb h.ü.e.	n.a.	Össz. régió
Dél-Alföld	1	2	16	17	47	35	2	120
Dél-Dunántúl		6	18	21	53	20	6	124
Észak-Alföld	1	4	18	11	83	36	8	161
Észak-Magyarország		5	14	14	55	33	2	123
Közép-Dunántúl	3	1	11	13	41	28	6	103
Közép-Magyarország		3	17	44	148	50	3	265
Nyugat-Dunántúl	1		21	25	144	24	60	275
Összesen TEOÁR'08 szerint	6	21	115	145	571	226	87	1171

Forrás: EMIR (2012. aug. 17-i állapot szerint)

Támogatási összeg régiók szerint TEOÁR'08 kód alapján (eFt)

	Orv. eszk.gy.	Fekvő b.e.	Ált. j.b.e.	Szako. j.b.e.	Fogo. j.b.e.	Egyéb h.ü.e.	n.a.	Össz. régió
Dél-Alföld	29 882	16 219	164 551	182 027	317 874	367 618	4 372	1 082 542
Dél-Dunántúl	-	804 724	140 063	111 957	290 818	182 952	107 487	1 638 001
Észak-Alföld	12 815	42 985	264 609	881 039	438 086	886 442	33 290	1 766 329
Észak-Magyarország	-	106 010	59 621	92 465	250 846	516 163	15 306	1 040 411
Közép-Dunántúl	84 963	6 876	463 239	65 715	735 157	114 727	19 327	1 490 003
Közép-Magyarország	-	111 243	243 511	410 640	1 222 394	436 271	14 129	2 438 187
Nyugat-Dunántúl	30 000	-	192 506	321 418	1 298 924	217 833	69 350	2 130 031
Támogatási összeg összesen	157 659	1 088 056	1 528 099	1 272 325	4 554 098	2 722 006	263 261	11 585 504

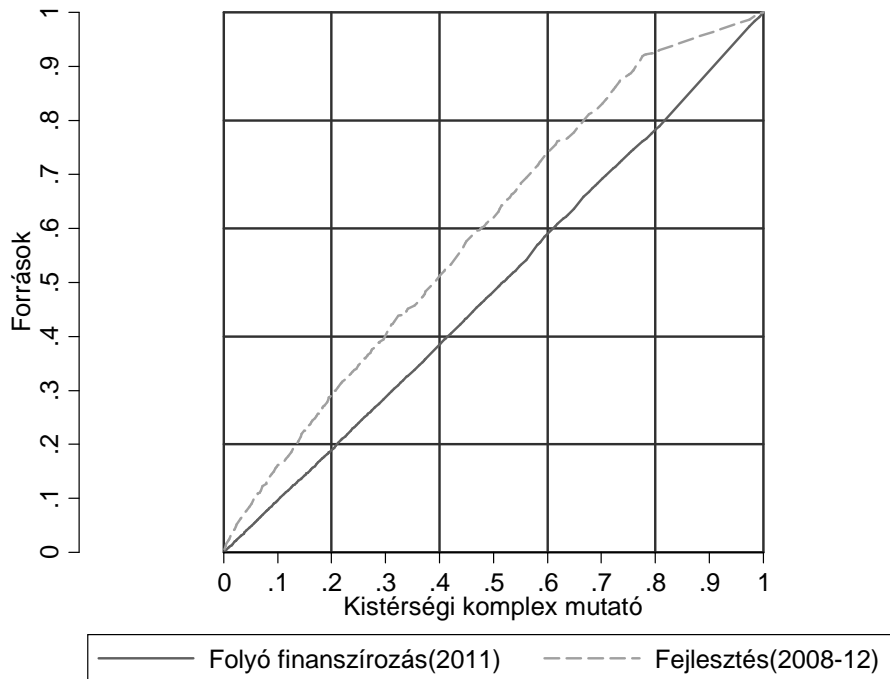
Forrás: EMIR (2012. aug. 17-i állapot szerint)

Magyarázat: TEOÁR'08 kód =

- 3250 – Orvosi eszközök gyártása (Orv.eszk.gy.)
- 8610 – Fekvőbeteg-ellátás (Fekvő b.e.)
- 8621 – Általános járóbeteg-ellátás (Ált.j.b.e.)
- 8622 – Szakorvosi járóbeteg-ellátás (Szako.j.b.e.)
- 8623 – Fogorvosi járóbeteg-ellátás (Fogo.j.b.e.)
- 8690 – Egyéb humán-egészségügyi ellátás (Egyéb h.ü.e.)
- n.a. – nincs adat

1.6. sz. melléklet: A fejlesztések célzása a komplex fejlettségi mutató szerint

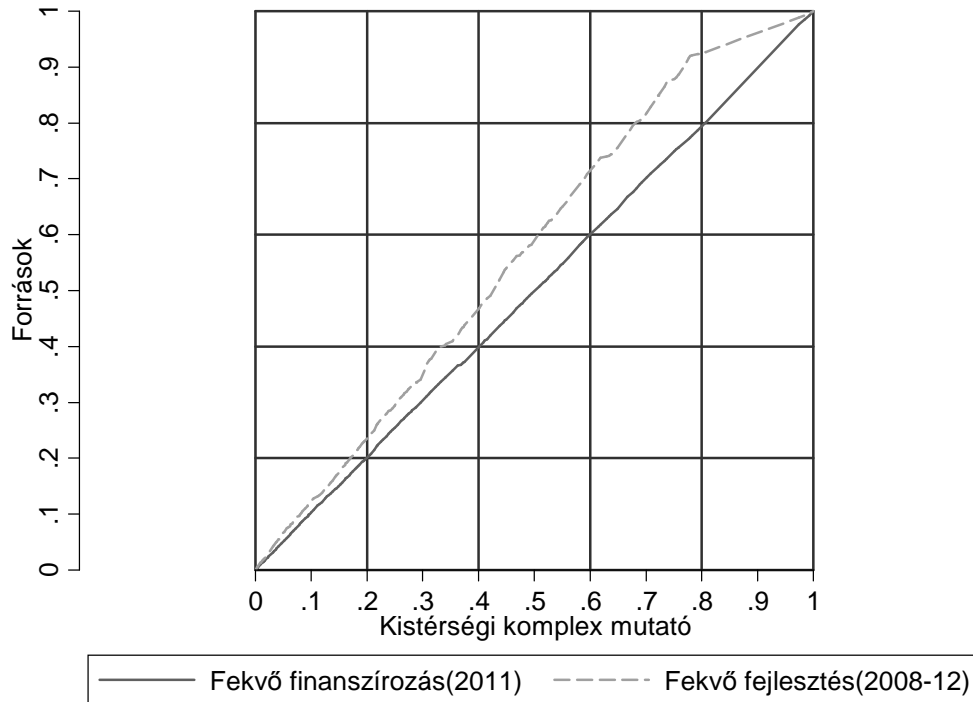
A fejlesztési és folyó finanszírozási források célzása a kistérségi komplex mutató szerint



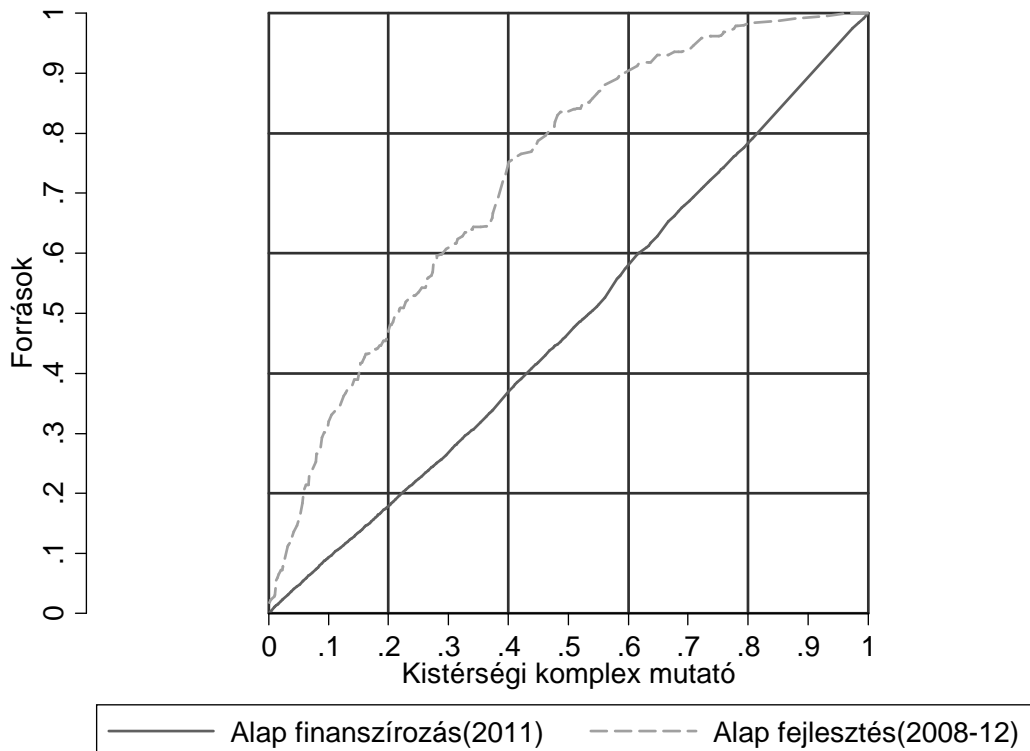
A járóbeteg-ellátási fejlesztések és folyó finanszírozás célzása a komplex mutató szerint



A fekvőbeteg-ellátási fejlesztések és folyó finanszírozás célzása a komplex mutató szerint

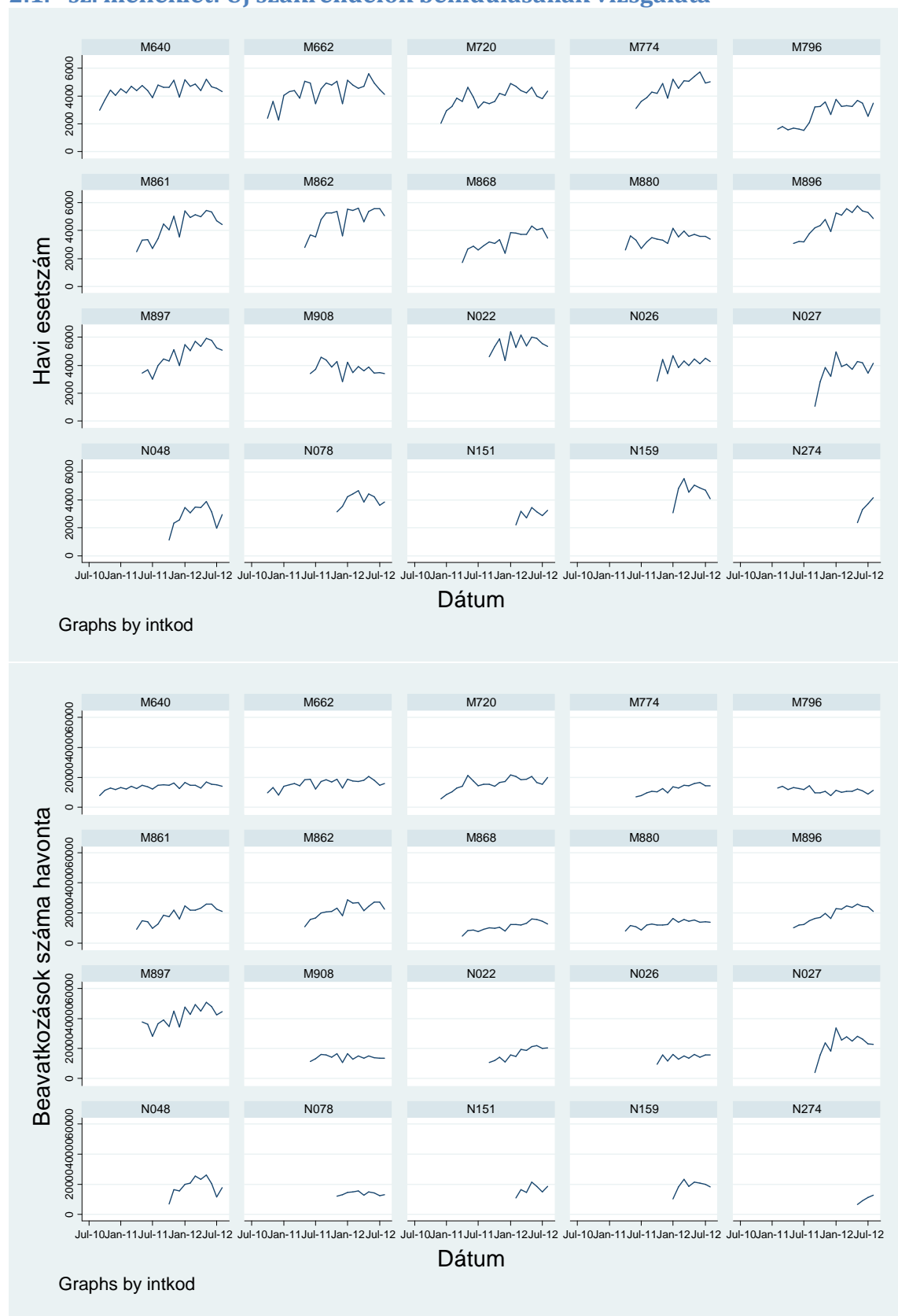


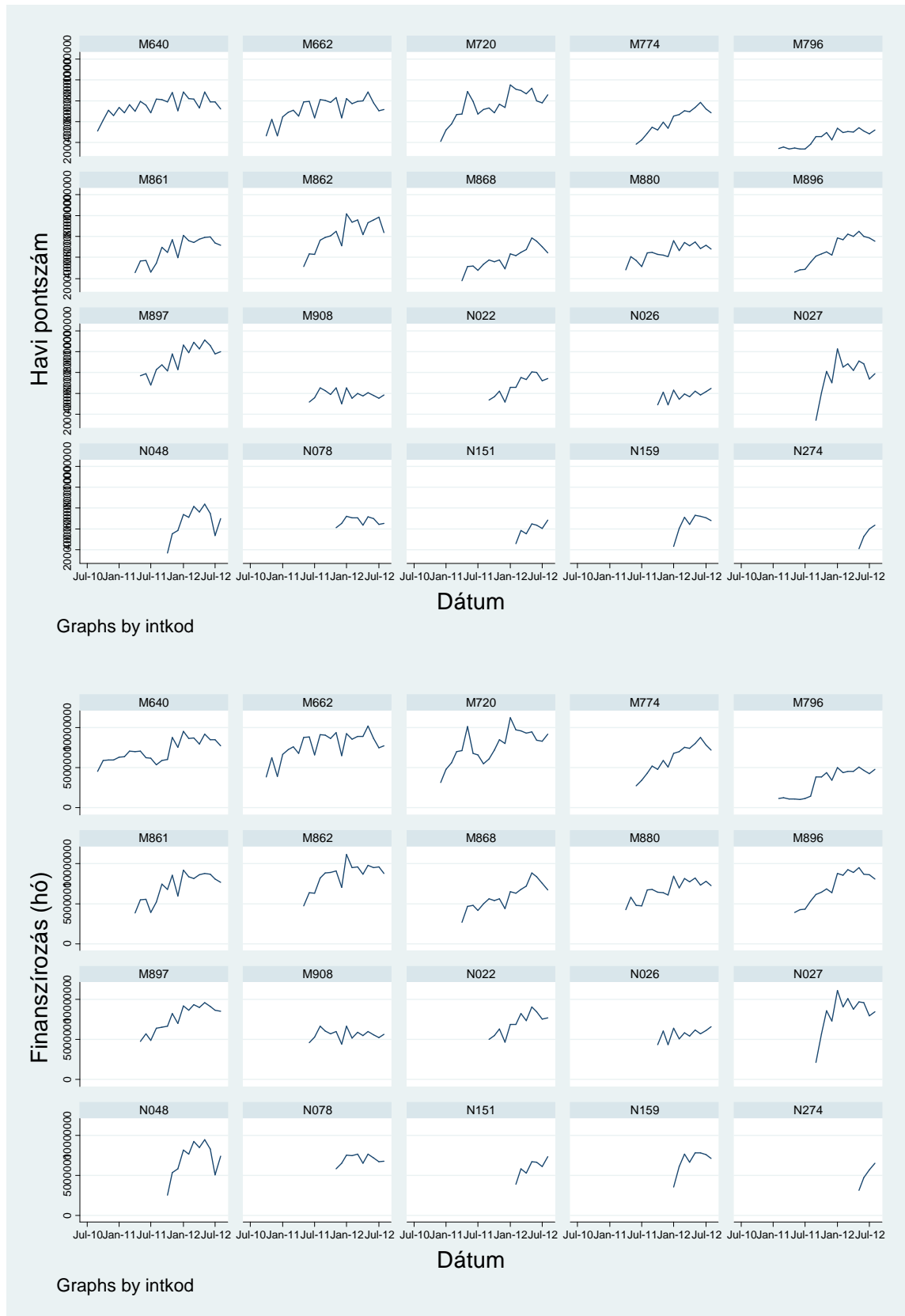
Az alapellátási fejlesztések és folyó finanszírozás célzása a komplex mutató szerint



2. A járóbeteg-ellátás fejlesztésének értékeléséhez kapcsolódó mellékletek

2.1. sz. melléklet: Új szakrendelők beindulásának vizsgálata





16. ábra: Igénybevételi adatok az új kistérségi szakrendelők esetében

Intézmény kódja	Intézmény neve	Kistérség
M897	Tokaji Egészségfejlesztő Közp.Nonpr.Kft.	Tokaji
M796	Koppány-Völgye KEK Nonprofit Kft.	Tabi
M862	SZÉCSÉNY és TÉRSÉGE Np. Közh.Kft.	Szécsényi
N159	LŐRINC-MED Nonprofit Kft.	Szentlőrinci
M908	Az Ormánság Egészségéért Nonprofit Kft	Sellyei
N022	Sarkadi Kistérségi Eü. Fejl. Nonpr. Kft.	Sarkadi
M861	Rétsági kist.Egészségfejlesztő Kp.Np.Kft	Rétsági
M896	PÉTEGISZ Nonprofit Zrt.	Polgári
M868	Pannonhalmi Kist.Jb.Sz.K.Nonpr.Közh.Kft.	Pannonhalmi
N026	Mezőcsáti Kist. Eü. Szolg. Nonprofit Kft	Mezőcsáti
M640	Kiskunmajsai Kistérs.Közzszolg.Nonpr.Kft.	Kiskunmajsai
M720	Jánoshalmi Kist.Eü.Közp.Nonpr.Közh.Kft.	Jánoshalmi
M774	MEDI-AMB Nonprofit Közhasznú Kft.	Ibrány-Nagyhalászi
M662	Velencei-tavi Kist.Jb.Szakell.K.Np.Kft.	Gárdonyi
M880	Ercsi Egészségügyi Központ Np. Kft.	Ercsi
N027	LÉT.A.MED Zrt.	Derecske-Létavértesi
N078	Csurgói Eü. Centrum Nonprofit Kft.	Csurgói
N048	Gönc és Térsége E. Eü. Szolg. Nonpr. Kft	Abaúj-Hegyközi
N151	Bodrogközi Járóbeteg Szakrendelő Np. Kft.	Bodrogközi
N274	Európa Egészségház - Baktalórántháza Np. Kft	Baktalórántházai

2.2. sz. melléklet: A zöldmezős kistérségi esettanulmányok során használt interjúvázlatok

Projekt kiválasztása

Javasolt lista:

- Gönc
- Sellye
- Baktalórántháza
- Derecske-Létavértes

Mikor indul egy esettanulmány?

- A vezető település jelenlegi polgármestere egyetértését adja a részvételhez.
- Új kistérségi járó esetében fontos, hogy a vezető település polgármesterével készüljön interjú. (Alternatíva: ha ő nem áll rendelkezésre, akkor az a személy kell, aki a projekt teljes időszakát felelős irányítóként végigkísérte, és *nem* pályázati vagy külső cég által biztosított projektmenedzser – azaz valamilyen szoros helyi kötődése van. Megfelelő lehet az is, ha később ő lett a gazdasági társaság vezetője. A lényeg, hogy valamilyen erős érdekeltsége legyen a projekt megfelelő és fenntartható működésében.)
- Ha a jelenlegi polgármester személye más, mint aki a pályázat / fejlesztés során volt, akkor az adott kistérséget kizárjuk.)

Interjúalanyok kiválasztása

- A fejlesztett intézmény jelenlegi vezetőjével készül interjú (kivéve, ha a pozícióját 3 hónapnál nem régebb óta tölti be).
- Vezető településen házi orvos kiválasztása: reputációs mintavétel a település polgármesterének ajánlása alapján. A polgármestertől több javaslatot kérünk, és azzal interjúzunk, aki először beleegyezését adja.
- Kistérség „nem vezető” településének kiválasztása: véletlen módon azon települések között, ahol van házi orvos. A települések véletlen rangsorba rendeződnek, és az első olyan település polgármesterével és házi orvosával készül interjú, amely településen mindketten beleegyezésüket adják a részvételhez, és ahol mind a polgármester, mind a házi orvos végigkísérte a teljes fejlesztési folyamatot.
- Környékbeli (korábbi) szolgáltató meghatározása: a vezető település korábbi alapszakmás TEK-es ellátója. Ha alapszakmáknaként különbözik, akkor az alapszakmák között a legnagyobb betegforgalmú intézmény kerül kiválasztásra. (Ha jelentős eltérés van a korábbi TEK és korábbi betegforgalom között, pl. valami miatt korábban sem a TEK-es intézménybe jártak a betegek, akkor a betegforgalmi irány alapján történik a kijelölés.) Feltétel: a betegforgalomhoz kellene az OEP-es adatok. Itt az intézmény vezetőjével készül interjú. (Ez helyettesíthető az orvosigazgatóval és a gazdasági igazgatóval készített interjúval.)

Vezető település polgármestere

A pályázat előkészítése, folyamata

Hogyan született meg az elhatározás a pályázatról? Honnan szereztek róla információt? Mennyiben különbözik ez a megszokott gyakorlattól?

Miért döntöttek úgy, hogy indulnak? Hogyan döntötték el, hogy hol (melyik településen) legyen az intézmény? Hogyan alakultak a tulajdonviszonyok a közös társaságban?

Milyen egyeztetési folyamat előzte meg a pályázat beadását? Milyen szervezetekkel egyeztettek? Lakossági véleményfelmérés, meghallgatás volt-e? (Korábbi szolgáltatók, Regionális Egészségügyi Tanács, kistérségi vagy megyei ÁNTSZ, OEP, stb.?)

A pályázati rendszerrel, eljárásokkal kapcsolatban milyen észrevételei vannak?

Hogyan választották ki a pályázatban közreműködő szereplőket (pályázatíró, projektmenedzser)? Hogyan választották ki az intézmény vezetőjét?

Üzleti terv és annak megvalósítása, fenntarthatóság

Mennyiben tudott megvalósulni az előzetes üzleti terv? Ha van eltérés: mi az oka az előzetes számításoktól történt eltérésnek? Az eltérések mennyiben köszönhetőek a külső (finanszírozási) környezet változásainak? (Egyéb lehetséges okok: a konstrukció hibája, pályázatírók felelőssége stb.)

Frissítették-e az üzleti tervet? Hogyan, mikor? Mekkora az időhorizontja? (Ld. legalább 5 éves fenntartási kööttség.)

A fenntarthatóságot hogyan látja? Milyen javaslatai lennének ezzel kapcsolatban? (Esetleg a háziorvosi ellátás fejlesztésével kapcsolatban van-e javaslata? Van-e üres háziorvosi praxis a településen / kistérségben?)

Mit vár az új állami (nagytérségi elven alapuló) egészségügyi szervezési rendszertől? Mik az elképzelései, várakozásai az egészségügyi intézmények állami kézbe adásával kapcsolatban? Hogyan fogja ez érinteni a helyi szakrendelőt?

Helyi egészségterv

Hogyan, ki készítette a helyi egészségtervet? Mit tartalmazott? Van-e kistérségi és külön települési egészségterv? Megvalósult-e az abban megfogalmazott akcióterv? Mi az utóélete a tervnek? Aktualizálták-e?

Szükségleteknek megfelelés

Mennyiben felel meg a helyi szükségleteknek a fejlesztés? Megfelelő-e az új rendelő szakmastruktúrája, rendelési/nyitvatartási ideje? Készül/készült-e erről valamilyen vizsgálat? (Azaz honnan van információjuk erre vonatkozóan?)

Milyen arányban veszi igénybe a lakosság? (Hányan mennek még mindig máshová?) Miért alakult ez így?

Milyenek a lakossági visszajelzések (elégedettség, rendelési idők, orvosok stb.)? Kérnek-e és ha igen, hogyan visszajelzést?

Hozzáférhetőség

Kielégítő-e a rendelő megközelíthetősége közösségi közlekedéssel? (Menetrendek, buszmegálló stb.) Szükséges lenne-e módosítani a menetrendet? Vagy netán: módosult-e a menetrend?

Fogyatékkal élők meg tudják-e közelíteni, igénybe tudják-e a venni a szolgáltatásait?

TÁMOP 6.1.2 program megvalósulása esetén (csak ha kistérségi/önkormányzati intézményben, azaz a településen, településeken vagy valamilyen önkormányzati intézményben, pl. iskolában - a kérdések a pályázat megvalósítójához szólnak):

- Honnan szereztek tudomást a pályázatról? A részvételről hogyan döntöttek? Mennyire tér el ez a megszokottól?
- A célokat, prioritásokat hogyan tűzték ki? Volt-e a célcsoport körében szükséglet/igény felmérés? Ha igen, milyen formában?
- Mennyiben felel/t meg a helyi szükségleteknek a pályázatban megfogalmazott egészségfejlesztési szempontok?
- Hogyan, ki készítette a helyi egészségtervet? Mit tartalmazott?
- Van-e/volt-e kistérségi és külön települési egészségterv/iskolai/óvodai? Ha volt, ezekben megjelent-e az egészségfejlesztés, ha igen, hogyan?
- Megvalósult-e az egészségtervben megfogalmazott akcióterv? Mi az utóélete a tervnek? Aktualizálták-e?
- Milyen módon és mértékben vonták be a célcsoportot a projekt tervezésébe és kivitelezésébe?
- A célok mennyire teljesültek? Az eredményességet hogyan mérték? Mik voltak az előzetes kritériumok (voltak-e) az eredményesség méréséhez a pályázati kiírásban szereplőkön kívül?
- Módszertani segítséget igénybe vette-e ezek meghatározásához és/vagy a projekt megvalósítása során? Ha igen, milyen, kitől (ÁNTSZ országos vagy helyi intézetei)?
- A program mely életmódbeli területe(ke)t érintette? Miért az(oka)t?
- Volt-e utókövetés, és ha igen, hogyan valósult meg? (Pl. lezárás óta történt-e újabb mérés?)
- Fenntarthatóság: mit terveznek, pályáztak-e újra?
- Milyen tevékenységeket végeztek a pályázat lezárása óta, amelynek léte legalább részben a pályázatnak köszönhető? (Pl. valamilyen akkor bevezetett esemény ismétlése.)
- Kiket vontak be a helyi együttműködésekbe a megvalósítás során? Fennmaradtak –e ezek az együttműködések, ha igen, miért/hogyan? Volt-e más szektorokkal/ágazatokkal való együttműködés? A projekt mennyire járult hozzá az egészséges életmód helyi feltételeinek megteremtéséhez?
- A projekt mennyiben járult hozzá az egészségügyenlétlenségek helyi csökkentéséhez?
- A pályázati rendszerrel kapcsolatban milyen észrevételeik voltak, vannak?

Környező település polgármestere

A pályázat előkészítése, folyamata

Hogyan született meg az elhatározás a pályázatról? Miért döntöttek úgy, hogy indulnak/társulnak? Hogyan döntöttek el, hogy hol (melyik településen) legyen az intézmény? Hogyan alakultak a tulajdonviszonyok a közös társaságban? Ha van olyan település a környéken, aki nem vesz / vett részt, ez minek köszönhető?

Milyen egyeztetési folyamat előzte meg a pályázat beadását? Milyen szervezetekkel egyeztetettek? Lakossági véleményfelmérés, meghallgatás volt-e? (Korábbi szolgáltatók, Regionális Egészségügyi Tanács, kistérségi vagy megyei ÁNTSZ, OEP, stb.?)

A pályázati rendszerrel, eljárásokkal kapcsolatban milyen észrevételei vannak? A jövőbeni fejlesztésekkel kapcsolatban milyen javaslatai lennének?

Hogyan választották ki a pályázatban közreműködő szereplőket (pályázatíró, projektmenedzser)?
Hogyan választották ki az intézmény vezetőjét?

Üzleti terv és annak megvalósítása, fenntarthatóság

Mennyiben tudott megvalósulni az előzetes üzleti terv? Ha van eltérés: mi az oka az előzetes számításoktól történt eltérésnek? Az eltérések mennyiben köszönhetőek a külső (finanszírozási) környezet változásainak? (Egyéb lehetséges okok: a konstrukció hibája, pályázatírók felelőssége stb.)

Frissítették-e az üzleti tervet? Hogyan, mikor? Mekkora az időhorizontja? (Ld. legalább 5 éves fenntartási kööttség.)

A fenntarthatóságot hogyan látja? Milyen javaslatai lennének ezzel kapcsolatban? (Esetleg a háziorvosi ellátás fejlesztésével kapcsolatban van-e javaslata? Van-e üres háziorvosi praxis a településen / kistérségben?)

Mit vár az új állami (nagytérségi elven alapuló) egészségügyi szervezési rendszertől? Mik az elképzelései, várakozásai az egészségügyi intézmények állami kézbe adásával kapcsolatban? Hogyan fogja ez érinteni a helyi szakrendelőt?

Helyi egészségterv

Hogyan, ki készítette a helyi (kistérségi) egészségtervet? Mit tartalmazott? Mennyiben érvényes ez az adott településre? (Esetleg van-e települési lebontása?) Megvalósult-e az abban megfogalmazott akcióterv? Mi az utólete a tervnek? Aktualizálták-e?

Szükségleteknek megfelelés

Mennyiben felel meg a helyi szükségleteknek a fejlesztés? Megfelelő-e az új rendelő szakmastruktúrája, rendelési/nyitvatartási ideje? Készül/készült-e erről valamilyen vizsgálat? (Azaz honnan van információjuk erre vonatkozóan?)

Milyen arányban veszi igénybe az adott település lakossága? Miért alakult ez így? Ha máshová is járnak: hová, miért?

Milyenek a lakossági visszajelzések (elégedettség, rendelési idők, orvosok stb.)? Kérnek-e és ha igen, hogyan visszajelzést?

Hozzáférhetőség

Kielégítő-e a rendelő megközelíthetősége közösségi közlekedéssel? (Menetrendek, buszmegálló stb.) Fogyatékkal élők meg tudják-e közelíteni, igénybe tudják-e a venni a szolgáltatásait? (Gondoljon a teljes útra, amely a település és a rendelő között van.) Szükséges lenne-e módosítani a menetrendet? Vagy netán: módosult-e a menetrend?

TÁMOP 6.1.2 program megvalósulása esetén (csak ha kistérségi/önkormányzati intézményben – azaz ha az adott településen vagy annak valamely intézményében, pl. iskolájában):

- Honnan szereztek tudomást a pályázatról? A részvételről hogyan döntöttek?
- A célokat, prioritásokat hogyan tűzték ki? Mennyire teljesültek? Az eredményességet hogyan mérték? Mik voltak az előzetes kritériumok (voltak-e) az eredményesség méréséhez? Módszertani segítséget igénybe vette-e ezek meghatározásához?
- Volt-e utókövetés, és ha igen, hogyan valósult meg? (Pl. lezárás óta történt-e újabb mérés?)
- A program mely életmódbeli területeket érintette? És miért?
- Fenntarthatóság: mit terveznek, pályáztak-e újra?

- Milyen tevékenységeket végeztek a pályázat lezárása óta, amelynek léte legalább részben a pályázatnak köszönhető? (Pl. valamilyen akkor bevezetett esemény ismétlése.)
- Kiket vontak be a helyi együttműködésekbe a megvalósítás során?
- A pályázati rendszerrel kapcsolatban milyen észrevételeik voltak, vannak?

Kistérségi járóbeteg-szakellátó vezetője

A pályázat előkészítése, folyamata

Ha részt vett a projekt tervezésében/megvalósításában: milyen észrevételei vannak a pályázati folyamattal, megvalósítással kapcsolatban? (Ha nem: mikor kapcsolódott be a működtetésbe?) Mennyire elégedett a fejlesztési intézményrendszerrel kapott segítséggel? Hogyan ítéli meg a projekt végrehajtása során készített adminisztratív feladatok erőforrásigényét? Vannak-e javaslatai az egyszerűsítésre?

Vannak-e, voltak-e észrevételeik a pályázati feltételekkel kapcsolatban (pl. minimális, maximális méret megalapozottsága, minimális követelmények)?

Mi a véleménye a kivitelezés eredményéről (az épület funkcionalitása, a helyiségek elosztása, a kivitelezés minősége)? Megfelelő-e az épület felszereltsége (gép-műszer, bútorok)? Sikerült-e az adott helyszínen – a pályázatra jellemző korlátozások mellett – megfelelő infrastruktúrát kialakítani?

HR

Szembesültek-e a munkaerő-toborzás kapcsán problémákkal? Be tudták-e tölteni az orvosi, asszisztensi státuszokat? Mennyi idő alatt? Honnan érkeztek a munkavállalók (esetleg a közeli egyéb eü. szolgáltatóktól)? Milyen a közeli kórházi rendelőintézethez való viszony (pl. az ő orvosaik járnak ki rendelni)?

Milyen előnyök miatt (pl. modern munkakörnyezet) választják az orvosok, ápolók az intézményt? (Milyen hátrányok miatt nem választják?) Az egészségügyi munkaerőpiacon szokásos bérekhez képest megítélése szerint hogyan alakulnak az intézmény által fizetendő bérek (vagy megbízási díjak)?

Hogyan látja a HR-helyzet jövőjét? Számít-e problémára az álláshelyek jövőbeli betöltésében?

Üzleti terv és annak megvalósítása

Mennyiben tudott megvalósulni az előzetes üzleti terv? Ha van eltérés: mi az oka az előzetes számításoktól történt eltérésnek? Az eltérések mennyiben köszönhetőek a külső (finanszírozási) környezet változásainak? (Egyéb lehetséges okok: a konstrukció hibája, pályázatírók felelőssége stb.) A finanszírozási környezetben mely elemek milyen súlyúak (pl. járóbeteg-ellátás, kúraszerű ellátások, nappali kórház, háziorvosi szolgálatok, ha beköltöztek az intézménybe, otthonápolás)? – Az egyes szolgáltatástípusok helyzetét külön-külön is értékelje!

Frissítették-e az üzleti tervet? Hogyan, mikor? Mekkora az időhorizontja? (Ld. legalább 5 éves fenntartási kööttség.)

Kihasználták-e a pályázat által biztosított lehetőséget opcionális szolgáltatások integrálására? (maximum 300 nm területen) Ha igen, ebből hogyan származik bevétele az intézménynek? Ez megfelel-e a várakozásoknak? Ez a bevétel az intézmény összbevételének mekkora részét teszi ki, hozzájárul-e a fenntarthatósághoz? Milyen további lehetőségeket lát ezen a téren?

Mit vár az új állami (nagytérégi elven alapuló) egészségügyi szervezési rendszertől? Mik az elképzelései, várakozásai az egészségügyi intézmények állami kézbe adásával kapcsolatban? Hogyan fogja ez érinteni a helyi szakrendelőt?

Fenntarthatóság

Milyen tervei vannak a szakrendelő működtetésével kapcsolatban? A szabályozást illetően milyen javaslatai lennének? Az alapellátás integrálásával számol-e, vannak-e ezzel kapcsolatban észrevételei, javaslatai? (Pl. háziorvosi csoportpraxis kialakítása a kistérségben.)

Mit vár az új állami egészségügyi szervezési rendszertől (nagytérsegek)? Mik az elképzelései, várakozásai az egészségügyi intézmények állami kézbe adásával kapcsolatban? Hogyan fogja ez érinteni a helyi szakrendelőt?

Helyi egészségterv

Hogyan, ki készítette a helyi egészségtervet? Mit tartalmazott? Megvalósult-e az abban megfogalmazott akcióterv? Mi az utóélete a tervnek? Aktualizálták-e? Hogyan látja, reális képet rajzolt-e fel az egészségterv?

Bekapcsolódott-e (és ha igen, hogyan) az intézmény a helyi egészségterv kialakításába?

Milyen egészségfejlesztési, -szervezési feladatokat lát el az intézmény? Kinek a munkaköri leírásában szerepelnek az említett tevékenységek? Milyen tevékenységeket valósítottak meg eddig?

Képes lehet-e a szakrendelő valamilyen szerepet játszani a helyi (kistérségi) ellátórendszer integráltabb működésében a jövőben, tekintettel az állami intézményrendszer átalakulására? („Kistérségi egészségügyi szervezés.”)

Szükségleteknek megfelelés, kapacitás

A fejlesztés megfelel-e a valós szükségleteknek? Hogyan, milyen módszerrel azonosították a szükségleteket a tervezéskor? A szakmastruktúra az igényekhez igazodóan lett-e kialakítva? Hogyan látja az igénybevétel tükrében: szükség lenne-e valahol változtatásra, átcsoportosításra? (Azaz az előzetes morbiditási elemzések mennyire jöttek be a gyakorlatban?) Van-e esetleg valamilyen akadálya az utólagos alkalmazkodásnak?

Hogyan határozták meg a rendelési időket? A rendelési idő (óraszám) megfelelő? Kértek-e ezzel kapcsolatosan visszajelzést, és ha igen, milyenek ezzel kapcsolatban a betegek visszajelzései? Van-e várakozási idő az egyes szakmákban? (Nem elsősorban a váróban való várakozási idő a kérdés itt, hanem a háziorvosi beutalótól a rendelői vizsgálatig tartó idő.)

Hogyan alakul a tényleges igénybevétel az előzetes várakozásokhoz képest? Hova jár a lakosság? Ragaszkodnak-e a korábbi intézményhez/orvoshoz, ahova jártak? Ha igen, mi lehet ennek az oka?

Hogyan alakul a betegek továbbküldése magasabb progresszivitási szintű intézményekbe? Milyen arányban küldik tovább a betegeket és hova?

Elegendő-e az intézmény számára meghatározott teljesítményvolumen-korlát (TVK)? Ha rendelkezésre áll adat: mennyi az egy esetre jutó idő?

Milyen az intézmény kapacitásainak kihasználtsága? A szabad kapacitásokat hogyan tudják/tudnák kihasználni? (Akár a rendelőket, akár az épület más funkcióit tekintve.)

Jönnek-e az ellátási területen kívüli (TEK-en kívüli) betegek? Milyen arányban? (Ha nem esik egybe: Jönnek-e a kistérségen kívülről betegek? Milyen arányban?) Ha valamely település földrajzilag ide kapcsolódik, de a pályázatból kimaradt („lukas” a TEK a kistérséghez képest), akkor hogyan járnak el az onnan érkező betegekkel kapcsolatban? Volt/van-e törekvés új települések TEK-be vonására?

Nőtt-e a (kistérségi lakosságot tekintve) az eü. ellátórendszer igénybevétele (a fejlesztés előtti térségi adatokhoz képest, illetve a szakrendelő működési ideje alatt)? Hogyan? Mely szakmákban, mely területeken? Mi lehet ennek az oka?

Az új szakrendelő kapacitásainak megjelenése hogyan hatott a kistérségi krónikus betegek gondozásba vételére, illetve a gondozási folyamat megfelelőségére (pl. szakorvos vagy a labor rendelkezésre állásának köszönhetően)? A gondozással kapcsolatban van-e valamilyen monitorozás (rendelkezésre álló adatok)?

Hogyan néz ki a rendelő minőségirányítási rendszere? Milyen minőségi indikátorokat alkalmaznak a saját teljesítményük nyomon követésére?

Hozzáférhetőség

Kielégítő-e a rendelő megközelíthetősége közösségi közlekedéssel? (Menetrendek, buszmegálló stb.) Fogyatékkal élők meg tudják-e közelíteni, igénybe tudják-e venni a szolgáltatásait? Ez minden ellátott településre igaz? Szükséges lenne-e a menetrend módosítása?

Otthonápolás és kúraszerű ellátások (csak olyan intézménynél, amely ezeket a tevékenységeket is végzi)

Milyen a kúraszerű ellátásokra / nappali kórházra kapott kapacitás kihasználtsága? Milyen kezeléseket végeznek? Milyen kezelésekre lehetne ezt még kiterjeszteni (pl. kemoterápia szatellitklinikaként, valamely onkocentrum szakmai felügyelete alatt)? Milyen együttműködést igényelne ez más intézményekkel?

Az otthonápolás működik-e az intézményben? Elegendő-e a befogadott vizitszám, milyen a kapacitás kihasználtsága? Okozott-e problémát a minimumfeltételekben meghatározott szakszemélyzet toborzása? Kik veszik igénybe az ellátást?

Ezek a tevékenységek mennyiben járulnak hozzá az intézmény fenntarthatóságához?

Gép-műszer kataszterrel kapcsolatos kérdések

Ki végzi az intézményben a GYEMSZI által fenntartott gép-műszer kataszterbe történő adatszolgáltatást?

Mennyi időt és erőforrást vesz igénybe évente az adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése?

Mi az adatszolgáltató véleménye a kialakított informatikai rendszer (adatszolgáltatási folyamat) kezelhetőségéről, felhasználó-barátságáról?

Van-e valamilyen javaslata az adatszolgáltatási rendszer fejlesztésére? (Pl. tárgyeszköz-nyilvántartási rendszerrel való gépi kommunikáció megteremtése.)

TÁMOP 6.1.2 program megvalósulása esetén (csak ha kistérségi/önkormányzati intézményben – azaz ha az adott településen vagy annak valamely intézményében, pl. iskolájában):

- Ismeri a megvalósult TÁMOP 6.1.2. program célkitűzéseit, tevékenységeit és eredményeit?
- Volt-e valamilyen szerepe az intézménynek a program megvalósításában?
- Amennyiben igen, a program mely életmódbeli területeket érintette? Megítélése szerint milyen eredményekkel járt ezeken a területeken a program? Készült-e esetleg erről valamilyen felmérés, nyomon követés? (objektívabb eredmények)
- Van-e javaslata, hogy az ilyen jellegű programokat hogyan lehet hatékonyan és eredményesen végrehajtani?

Háziorvos

Interjú készül a vezető település egy háziorvosával, illetve egy környékbeli háziorvossal. Az interjú vázlata a két interjúalany esetében nagyrészt azonos, az eltéréseket külön jelezzük (piros kiemelés).

A háziorvosi ellátás kontextusa

Milyennek ítéli meg a háziorvosi ellátás helyzetét a kistérségben (az országos helyzethez képest)? Van-e elég háziorvos, asszisztens a biztonságos ellátáshoz? Vannak-e betöltetlen praxisok? Milyenek a kilátások a háziorvosi ellátás biztonságos működtetésére a következő 5-10 évre (pl. az orvosok életkori eloszlása miatt)?

A kistérségi ellátó létrehozása változtatott-e valamit a kistérségi háziorvosok együttműködési gyakorlatában? Ha igen, mely működésben, feladat ellátásban jelent meg ténylegesen a változás? (Pl. az új rendelő kezdeményezte helyi protokollok kidolgozását.)

Van-e javaslata arra vonatkozólag, hogy a következő fejlesztési ciklus hogyan tudná jobban támogatni a háziorvosi ellátás fejlesztését? (Pl. fejlesztési támogatás háziorvosi csoportpraxisok kialakítására.)

Kapcsolódódás a szakrendelőhöz

Amikor elindult az intézmény, milyen tájékoztatást kapott ezzel kapcsolatban (pl. az új szakmákról, rendelési időkről, beutalási rendről)? Azóta milyen kommunikációt folytat a szakrendelővel?

Hogyan látja az új kistérségi szakrendelő hosszú távú fenntarthatóságát?

(csak a vezető településen dolgozó háziorvos esetében) Volt-e olyan lehetőség, hogy a rendelőjével beköltözzön az újonnan kialakított kistérségi központba? Ha igen, hogyan döntött, hogy él-e a lehetőséggel? Mi szólt mellette, ellene? Ha volt lehetőség, beköltözött-e az összes helyi háziorvos? Ha nem, miért nem? Ha beköltözött, akkor hogyan néz ki a pénzügyi elszámolás a háziorvosi praxisok és a szakrendelő között (pl. bérleti díj)?

Szükségleteknek megfelelés, kapacitás

Mennyire tartja megfelelőnek a szakrendelőben kialakított szakmastruktúrát (figyelembe véve a létrehozott szakmák körét és azok óraszámát is, valamint a nappali kórházi és kúraszerű ellátásokat is)? Mi a véleménye a kialakított egyéb szolgáltatásokról (pl. otthonápolás, gyógyszerár)?

Háziorvosként bevonták-e a tervezés során a projektbe? Ha igen, hogyan?

Van-e elég orvos a szakrendelőben? Tapasztalata szerint mennyit kell várni a beutalt betegeknek? (Mikorra kapnak időpontot?) Ez hogyan viszonyul a korábbi várakozási időhöz, illetve – amennyire ismeri – más településeken tapasztalható várakozási időhöz?

Az Ön praxisából – tapasztalata szerint – milyen arányban mennek a betegek az újonnan létrehozott szakrendelőbe? Vannak-e olyanok, akik továbbra is a „régii” intézménybe akarnak menni (mert pl. ott van az orvosuk)? Ön milyen arányban utalja be jelenleg a betegeket az új intézménybe? Mekkora azoknak a betegeknek az aránya, akiket ez a szakrendelő nem tudna ellátni, mert magasabb progresszivitási szintű ellátásra van szükség? (Azaz összességében mekkora még a potenciál az új szakrendelő számára?)

Hozzáférhetőség

(vezető településen és környékbeli településen dolgozó háziorvos esetében is kérdezendő, a saját településre vonatkoztatva) Kielégítő-e a rendelő megközelíthetősége közösségi közlekedéssel? (Menetrendek, buszmegálló stb.) Fogyatékkal élők meg tudják-e közelíteni, igénybe tudják-e venni a szolgáltatásait (beleértve a tömegközlekedés használatát is)?

Mennyivel működik egyszerűbben, gyorsabban a laborvizsgálatok, diagnosztikai vizsgálatok (röntgen, uh) kérése? Van-e lehetőség laborminta beküldésére?

Megvalósult-e az informatikai integráció? (Lekérhetőek-e pl. a laboreredmények, röntgenfelvételek interneten keresztül? Van-e elektronikus beutalásra lehetőség?)

Egészségügyi hatások

Hozzájárult-e a szakrendelő magasabb progresszivitási szintű ellátások kiváltásához? (Pl. krónikus betegek jobb gondozása révén, nappali kórházzal, kúraszerű ellátással, otthonápolással, fizioterápiával? – az egyes ellátási formák potenciális szerepét külön-külön is értékelje.) Milyen további lehetőségeket látna még (pl. kúraszerű ellátások még fokozottabb kihasználása)?

A közelebbi, könnyebb elérhetőséggel sikerült megelőzni olyan problémákat, amelyek ellátása drágább?

Tapasztalta-e azt, hogy a közelebbi ellátás hatására növekedett az igénybevétel? Ha igen, ez új betegek megjelenésére is igaz, avagy inkább a krónikus betegek hozzáférése javult?

Összességében javult-e a krónikus betegek szűrése és gondozása? Vannak-e különbségek az egyes betegségtípusok között? (Pl. szív-érrendszeri betegségek, pszichiátria, tüdőgyógyászat, diétetika.) A háziorvosi indikátorrendszerben mért eredmények alátámasztják ezt a változást?

A véleménye szerint történt-e az igénybevételben olyan növekedés, amely orvosszakmai szempontból nem vagy kevéssé indokolható? Van-e esetleg szakmai területek között különbség?

Hogyan ítéli meg az új szakrendelő szakmai munkáját?

TÁMOP 6.1.2 program megvalósulása esetén (csak ha kistérségi/önkormányzati intézményben – azaz ha az adott településen vagy annak valamely intézményében, pl. iskolájában):

- Ismeri a megvalósult TÁMOP 6.1.2. program célkitűzéseit, tevékenységeit és eredményeit?
- Volt-e valamilyen szerepe a háziorvosi praxisnak a program megvalósításában?
- A program mely életmódbeli területeket érintette? Megítélése szerint milyen eredményekkel járt ezeken a területeken a program? Milyen hatásokat észlelt a praxishoz tartozó lakosok körében?
- Van-e javaslata, hogy az ilyen jellegű programokat hogyan lehet hatékonyan és eredményesen végrehajtani?

Környékbeli (korábbi) járóbeteg-ellátó

Kontextus

A környékbeli új fejlesztés összességében milyen hatással volt az Ön intézményére?

Hogyan látja az ágazat HR-helyzetét? Milyennek ítéli meg a kilátásokat a következő 5-10 évre a szakember-ellátottság szempontjából? Hogyan tud a HR-problémákon segíteni a fejlesztéspolitika?

Van-e valamilyen javaslata a következő fejlesztési ciklus támogatási prioritásaira (nem csak a járóbeteg-ellátást, hanem az egészségügyi terület egészét figyelembe véve)?

Kapcsolat az új szakrendelővel

Milyen mértékben követték végig az új szakrendelő kialakításának folyamatát? Voltak-e egyeztetések a projekt tervezésekor, illetve azóta? Hogyan változott az egyes intézmények TEK-je? Volt-e változás ennek kapcsán az intézmény TVK-jában?

Az új szakrendelő kialakításával összefüggésben változtatott-e az Önök intézménye az intézményi kapacitásokon (akár mennyiségben, akár összetételben)?

Van-e együttműködés Önök és az új intézmény között? Ha van, mi jellemzi az új rendelővel való együttműködésüket? Vannak-e olyan orvosok, akik itt is és ott is dolgoznak?

Mire számítanak az új, nagytérségi ellátásszervezési rendszer kapcsán?

Szükségleteknek megfelelés, kapacitás

Mennyire tartja megfelelőnek az új kistérségi szakrendelőben kialakított szakmastruktúrát (figyelembe véve a létrehozott szakmák körét és azok óraszámát is, valamint a nappali kórházi és kúraszerű ellátásokat is)? Mi a véleménye a kialakított egyéb szolgáltatásokról (pl. otthonápolás, gyógyszerár)?

Hogyan változott az új szakrendelő hatására az Önök intézményének betegforgalma? Jönnek még mindig betegek az új szakrendelő ellátási területéről? Miért? (Pl. magasabb szintű ellátásért, régi orvossal való kapcsolat fenntartásáért?)

Milyen hatással volt a csökkenő környékbeli forgalom a helyi betegek ellátására? (Pl. rövidült-e a várakozási idő annak köszönhetően, hogy a korábban ide járó betegek már az új kistérségi rendelőt keresik fel?)

Véleménye szerint az új kistérségi kapacitások létrejötte mennyiben javította az egyenlő hozzáférés feltételeit? Esetleg teremtett-e olyan igénybevételt, amely orvosszakmai szempontból fölöslegesnek ítélnél meg?

Hogyan érhető el az Önök intézménye a fejlesztéssel érintett kistérség lakosai számára? (Azaz az új kistérségi ellátó képes volt-e számottevő utazási időt megtakarítani?) Könnyebb-e az új kistérségi rendelő elérése a fogyatékkal élők számára?

Véleménye szerint a kiépített új kapacitások alkalmasak-e a magasabb progresszivitási szintű ellátások kiváltására? (A szakrendelésen túl a nappali kórházi, kúraszerű ellátás, illetve otthonápolás is értékelendő terület.)

Fenntarthatóság

Az egészségügyi finanszírozás ismeretében hogyan ítéli meg a kistérségi járóbeteg-ellátó központok hosszú távú fenntarthatóságát?

Gép-műszer kataszterrel kapcsolatos kérdések

(Ezek a kérdések a felkeresett intézményre vonatkoznak!)

Ki végzi az intézményben a GYEMSZI által fenntartott gép-műszer kataszterbe történő adatszolgáltatást?

Mennyi időt vesz igénybe évente az adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése?

Mi az adatszolgáltató véleménye a kialakított informatikai rendszer (adatszolgáltatási folyamat) kezelhetőségéről, mennyire tartja felhasználóbarátnak?

Van-e valamilyen javaslata az adatszolgáltatási rendszer fejlesztésére? (Pl. tárgyeszköz-nyilvántartási rendszerrel való gépi kommunikáció megteremtése.)

TÁMOP 6.1.2 program megvalósulása esetén

(Csak ha helyi kistérségi/önkormányzati intézményben valósult meg – azaz ha az adott településen vagy annak valamely intézményében, pl. iskolájában volt ilyen program; ez a kérdéscsoport sem az új kistérségi rendelő helyszínére vonatkozik tehát, hanem a felkeresett szolgáltató településére):

- Ismeri a megvalósult TÁMOP 6.1.2. program célkitűzéseit, tevékenységeit és eredményeit?
- Volt-e valamilyen szerepe az intézménynek a program megvalósításában?
- A program mely életmódbeli területeket érintette? Megítélése szerint milyen eredményekkel járt ezeken a területeken a program?
- Van-e javaslata, hogy az ilyen jellegű programokat hogyan lehet hatékonyan és eredményesen végrehajtani?

2.3. sz. melléklet: Az esettanulmányokhoz kapcsolódó fókuszcsoportos beszélgetések vezérfonala

0. Felvezetés

Cél: A fókuszcsoportos beszélgetés körülményeinek, rendjének ismertetése; az értékelés bemutatása.

Időtartam: 2-3 perc

- Köszöntés, bemutatkozás
- Az alkalom jellege: beszélgetés, vélemények szabad kifejtése, a vita lehetősége
- Moderátori szerep rögzítése
- Anonimitás
- Dokumentáció, diktafon-használat (engedélykérés)
- A beszélgetés menete, időbeosztás
- A fókuszcsoport célja
- A felmerülő témák előre vetítése

I. Bevezető

Cél: Bemutatkozás, a résztvevők megismerése, kapcsolódásuk az egészségügyi intézményrendszerhez.

Időtartam: kb. 15 perc

1. **Kérem, röviden mutatkozzanak be! A bemutatkozás során térjenek ki arra, hogy milyen gyakran szoktak igénybe venni egészségügyi ellátásokat, illetve hogy mely ellátásokat veszik igénybe a leggyakrabban és melyeket a legritkábban?**
 - a. Hol veszik igénybe ezeket az ellátásokat és miért éppen ott?

II. Az értékelés tárgyát képező egészségügyi fejlesztés megítélése

Cél: Az új járóbeteg-szakellátó intézménnyel kapcsolatos tapasztalatok, illetve vélemények feltárása. A lakosság egészségügyi szolgáltatásokhoz, ellátásokhoz való hozzáféréseinek változásai.

Időtartam: kb. 30 perc

2. **Kérem, röviden mondják el, hogyan kerültek eddig kapcsolatba az új járóbeteg-ellátóval (pl. hallottak-e róla, jártak-e már benne, vettek-e már igénybe szolgáltatásokat stb.)?**
3. **Máshol veszik-e most igénybe az egészségügyi ellátásokat, szolgáltatásokat, mint a járóbeteg-szakellátó létrejötte előtt? Hova jártak az intézmény megnyitása előtt, és hova járnak most? (Miért?)**
 - a. Van-e olyan ellátás, szolgáltatás, amit jelenleg is a korábbi ellátónál vesznek igénybe; és van-e olyan, amit az újnál? Miért?
 - b. Van-e olyan rokonuk, ismerősük, aki jelenleg is csak a korábbi ellátóhoz jár? Miért?
4. **Melyek azok az ellátások, szolgáltatások, amelyeket jó, hogy nyújt az új szakellátó? Ezek közül melyiket emelné ki? (Melyik a leginkább hiánypótló?)**
5. **Van-e olyan ellátás, szolgáltatás, amit nem vettek volna igénybe, ha nincs a szakrendelő?**

- 6. Könnyebb lett-e az ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzájutás az új szakrendelő létrehozásával?** *(Moderátor, sorolj fel példákat a könnyebb értelmezés érdekében! Pl. hamarabb eljut-e most a szemészetre, kevesebbet kell-e utazni a laborvizsgálatra stb.)*
- a. Könnyebb-e itt ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz jutni, mint más egészségügyi intézményekben? (Pl. könnyű-e bejutni, sokat kell-e várni, gördülékeny-e a betegfogadás, illeszkedik-e a rendelési idő az igényekhez, könnyen megközelíthető-e az épület, akadálymentes-e a bejutás stb.)
- 7. Mi az, ami hiányzik az új szakrendelőből?**
- 8. Összességében mi a véleményük az új szakrendelőről?** (Azon kívül, amit eddig említettek.)

III. Javaslatok az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének megkönnyítésére

Cél: Az ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáférés további javítási lehetőségeinek megismerése.

Időtartam: kb. 10 perc

- 9. Hogyan lehetne még inkább megkönnyíteni az egészségügyi ellátások, szolgáltatások igénybevételét a kistérségben? Milyen javaslatokat tudnának megfogalmazni ezzel kapcsolatban?**

IV. Lezárás, elköszönés

Cél: Összegyűjteni minden olyan információt, amely a jelenlévők szerint fontos, de nem került szóba.

Időtartam: 5 perc

- 10. Van-e bármilyen téma, amely az eddigiek során nem került szóba, de a fontosnak tartják megemlíteni?**

Köszönjük a részvételt!

2.4. sz. melléklet: Az esettanulmányok főbb eredményeinek rövid összefoglalása

Újonnan létrehozott kistérségi járóbeteg-ellátók

Abaúj-hegyközi kistérség

- Gönc lakosságának nagy előnyt jelent az új intézmény. A kistérség kistélepüléseinek lakosai viszont nehezen tudják megközelíteni a szakellátót. A Volánnal történt egyeztetés, a buszmenetrendek átgondolásával kapcsolatban, de egyelőre még nincs előrelépés.
- A gönci járóbeteg-szakellátó létrehozásával egy korszerű, modern, a XXI. század elvárásainak megfelelő infrastruktúrát alakítottak ki, amelyben a jelenlegi helyzetben jól működő egységek vannak, és ez még növelhető a szabad kapacitások miatt.
- A kétpólusú intézmény megfontolása, kialakítása tovább javítana a térség lakosságának egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőségén.
- Az intézményben egy alkalommal sem volt tömeg, jól szervezett a betegirányítás, és előjegyzési rendszer, nem kell várakozni.
- A kistérségben működő egészségügyi intézmények együttes működésében, valamint az érintetlenebb természeti adottságokat kiaknáva potenciálisan az egészségturisztikai ellátási funkciót látna jónak a jövőben egy környékbeli intézményvezető.
- Aprótelepüléseken a rendelők elavultak. Az erőfeszítések ellenére az orvosok utánpótlása nagyon nehéz. Elszegényedett, rossz körülmények között él a lakosság. A kártyapénz nagyon nehezen fedezi a költségeket. Nem biztató a jövő. A lakosság elöregedik.
- Az egyik környező település háziorvosa úgy vélekedik, nem várható javulás, borzasztó nagy teher lesz az egészségügyre is.

Baktalórántházi kistérség

- Az új járóbeteg-szakellátó a kistérség tulajdonában van, azonban fenntartásában a vezető település, Baktalórántháza a domináns: 70%-kal képviselteti magát a gazdasági társaságban, ő volt a pályázó, ő biztosította az önrészt, ő pótolja a felmerült veszteséget, itt épült fel az új intézmény.
- Az új járóbeteg-ellátó létrejöttével egy modern, európai színvonalú egészségügyi infrastruktúra jött létre a Baktalórántházi kistérségben. A háziorvosi ellátást is integrálták az intézménybe, így egy szoros együttműködés alakulhatott ki a központi településen praktizáló háziorvosok és a szakellátás között.
- Ugyan a jó minőségű diagnosztika és szakellátás lehetősége a kistérség központjába került, mégsem elérhető teljes mértékben a kistérség minden lakosa számára – a kistérség periférikus helyzetben lévő településeiről a tömegközlekedés hiányos és nehézkes. (Szükséges lenne a tömegközlekedés és a szakrendelés összehangolása.)
- A szakellátó féléves működése után 75%-os kihasználtsággal működik – ami némiképp elmarad a várttól (85%), így attól, hogy rentábilis legyen az intézmény. Ennek fő oka – az egyenlőtlen elérhetőség mellett – a lakosság kialakított betegutakhoz való ragaszkodása (Nyíregyháza és Kisvárda felé).
- A szakrendelő HR-szükségletét jórészt a kisvárdai kórházzal való szakmai együttműködés keretében oldják meg. Az orvosok mellékállásban, megbízási szerződéssel dolgoznak itt. Ennek fenntarthatósága – a hazai orvosállomány alacsony létszámával és fogyásával – kérdéses.
- A jelenlegi finanszírozási rendszer nem kedvez a járóbeteg-szakellátóknak – főként a működésük kezdetén. A jelenlegi hiányt, veszteséget a többségi tulajdonos, a települési önkormányzat fedezi, így a vezetés és az érintettek a szakrendelők állami fenntartásba kerülésében és az irányított betegellátás bevezetésében bíznak.

Derecske-Létavértesi kistérség

- A létavértesi járóbeteg-ellátó központ az elmúlt egy éves működés alatt a kistérségi egészségügyi intézményrendszer szerves részévé vált, ezt jelzik a betegforgalmi adatok, amelyek azonban önmagukban nem tudják biztosítani az intézményfenntartás pénzügyi stabilitását.
- A járóbeteg-ellátó központ pénzügyi fenntarthatóságát nagymértékben veszélyezteti, hogy a TIOP-2.1.2. pályázat részét képező gyógyszerár kialakítására a jogszabályi változások miatt nem kerülhetett sor, ami jelentős bevételekiesést okoz az üzemeltető számára. Egyes, a járóbeteg-ellátó központba telepített kiegészítő szolgáltatások (büfé, gyógyászati segédeszközöket értékesítő szaküzlet) a többszörösen hátrányos helyzetű igénybevevői kör jövedelmi viszonyai miatt nem fenntarthatók. Az ezzel összefüggő bevételekiesés kompenzálását, a hosszú távú fenntarthatóságot a járóbeteg-szakellátó központ menedzsmentje részben a betegforgalom növelésével (elsősorban a határon túlról érkező betegek vonzásával) igyekszik megteremteni, részben új szolgáltatások (szűrések, betegek utaztatásának biztosítása) szervezésével.
- A kistérségi járóbeteg-ellátó központ által nyújtott szolgáltatások színvonalával való megelégedettség a betegek részéről nagyfokú, különösen a személyközpontú bánásmódot, a lerövidült várakozási időt, a közvetlen hozzáférést emelik ki pozitívumként. Az egyes szakellátások közül elsősorban azok népszerűek, amelyek gyakori orvoslátogatást tesznek szükségessé (szemészet, kardiológia, gyógytorna, labor). Ugyanakkor a hosszabb időtartamú, speciális szakellátást igénylő, kényes területeket érintő kezelések (nőgyógyászat, pszichiátria) során kialakult orvos-beteg kapcsolatokat a betegek nehezebben számolják fel.
- A kistérségi központ által nyújtott szolgáltatások népszerűségéhez nagymértékben hozzájárul a szakellátásban közreműködő orvosgárda és a segédszemélyzet szaktudása, emberi hozzáállása. Az alapvetően helyiekből összetevődő ápoló személyzet rendelkezésre állását, a szakemberigények kielégítését a TIOP-projekttel összehangolt, önkormányzati közreműködéssel megvalósított képzések biztosították.
- A jellemzően Debrecen, Berettyóújfalu felé irányuló betegutak csak azokon a fenntartói körbe tartozó településeken nem módosultak, amelyekről a járóbeteg-ellátó központnak helyet adó Létavértes irányába nincs megfelelő tömegközlekedés (Pocsaj, Esztár). A betegforgalom növelését elősegítő betegszállítást lehetővé tevő alternatív közlekedési lehetőségek (pl. önkormányzatok által üzemeltetett mikrobuszok) működtetését a forráshiány akadályozza, a fenntartók pályázati lehetőségek igénybevételel kívánják megoldani a betegszállítást.
- A helyi, térségi szociális intézmények (idősothtonok, szociális otthonok) a korábbi – Debrecen felé irányuló – egészségügyi intézményi kapcsolatokat preferálják. Ennek elsősorban pénzügyi és nem szakmai okai vannak: a szolgáltatások helyben történő igénybevétele esetén jelentős forrásoktól esnének el az érintett intézmények.
- A terepkutatás tapasztalatai alapján egyértelműen kijelenthető, hogy a TIOP 2.1.2. pályázat keretében kialakított járóbeteg-szakellátó központ javította a szakellátásokhoz való hozzáférést, ezáltal hozzájárult az esélyegyenlőtlenség mérsékléséhez, a területi egyenlőtlenségek csökkentéséhez. A projekt egészségügyi vonatkozású hatásai (orvoshoz jutás idejének lerövidülése, orvoshoz fordulás gyakoriságának növekedése, kellő időben diagnosztizált megbetegedések, javuló életkilátások) mellett a közvetett, multiplikátorhatások sem elhanyagolhatók. A projekt megvalósítása helyi léptékben mérve jelentős munkahelyteremtéssel járt együtt, amely a potenciálisan ingázó, az átlagnál magasabban képzett, gazdaságilag aktív népesség megtartása szempontjából kulcsfontosságú. A helyben, illetve a szűkebb térségben igénybe vehető szolgáltatások palettájának bővülése végeredményben a helyben élők elvándorlása ellen hat, jelentősen megnövelve a kistérség vonzerejét.

Sellyei kistérség

- Az intézmény fenntartásához csak az annak helyszínt biztosító település járul hozzá. A kistérség és a pályázat beadásához (a minimális ellátotti létszám miatt) szükséges +2 település csak jelképes összeggel részesedik az intézményt működtető nonprofit gazdasági társaságban. Tulajdonosi jogait a társasági szerződésben kijelölt képviselő polgármesteren keresztül gyakorolják, Selye ugyanakkor önmagában minősített többséggel rendelkezik. A pályázat során a város nyilatkozott arról, hogy ha az előzetes üzleti terv nem teljesül és az intézmény gazdálkodása veszteséges lesz, akkor a települési önkormányzat saját költségvetése terhére biztosítja az intézmény működéséhez szükséges összeget. A kistérség többi települése egyedi megállapodás szerint járulhat hozzá a működtetéshez, kötelezettséget azonban nem vállaltak.
- Az esettanulmány rávilágított a házi orvosok kritikus szerepére. Úgy tűnik, érdemes nagy hangsúlyt fektetni az érintett szakmai közösség tájékoztatására, bevonására már a tervezés időszakában. Egyrészt észrevételeikkel segíthetik a fenntartható szakmastruktúra kialakítását, másrészt elkötelezettségük is nő az új intézmény iránt. A kistérség házi orvosai eltérő beutalási gyakorlatot folytatnak, és egy részük nem veszi igénybe az új intézmény szolgáltatásait. Ugyanakkor a betegek egy (kisebb) része is ragaszkodik a megyeszékhelyen található szakrendelésekhez.
- Az épületbe a sellyei házi orvosi ellátást is integrálták. Emellett (opcionális pályázati elemként) optika és gyógyszerár kialakítására is sor került.
- Az általános gyermekgyógyászat szakrendelés kapacitásának kihasználása nehézségeket okoz, a rendelés azonban a fenntartási kötelezettségek miatt nem szüntethető meg/óraszám nem csökkenthető.
- A fejlesztés nem csupán a súlyos betegségek (korábbi) felismerését segíti a modern diagnosztikai eszközök révén, hanem a szakorvosi javaslattal rendelhető gyógyszerek elérhetőségét javította.
- Bár az elérési mutató (20 perc) a települések nagy része esetén elvileg teljesül, ez mégsem fejezi ki a valós, gyakorlati hozzáférhetőséget. Például a délutáni szakrendelések elérhetőségét erősen korlátozza a buszok menetrendje, ugyanis bizonyos rendelésekről a környező településekről érkező betegek tömegközlekedéssel már nem tud(ná)nak hazautazni. Ezt a problémát (mivel a busztársasággal nem sikerült a menetrend módosítása ügyében megegyezni) a falubuszok és a rugalmas időpont-előjegyzések segítségével kezelik.
- A projektben megvalósított informatikai rendszer által kínált lehetőségek egyelőre nincsenek teljesen kiaknázva (teljeskörű integráció a házi orvosi rendszerekkel, elektronikus beutalás, stb.).
- A betegek visszajelzései az intézményről pozitívak, kiemelték az elérhetőség javulását és a szakrendelő személyzetének páciensközpontú hozzáállását.

Nem „zöldmezős”, aktív kórházi ellátást kiváltó járóbeteg-ellátók

Zirc

- 2007-ben Zircen megszűnt az aktív kórházi ellátás. A városi kórház-rendelőintézet jelenleg krónikus, rehabilitációs, egynapos sebészeti, valamint járóbeteg szakellátásokat végez. A második TIOP 2.1.3 pályázat volt sikeres, melyben tényeken alapuló, részletes orvosszakmai programot nyújtottak be. (Az első benyújtott pályázatot formai okok miatt elutasították, ebben a tervezett veszprémi onkológiai centrumhoz kapcsolódó szakmai koncepciót mutattak be.)
- Az alapellátást az épületbe nem integrálták (ugyanakkor a házi orvosok a rendelőintézettel történő együttműködést pozitívan értékelték, és a leletek elektronikus lekérésére is lehetőségük van).
- Az engedélyezési, szerződéskötési eljárás elhúzódott. A nappali kórházi kapacitáson az esettanulmány készítésekor még nem indult be az ellátás. A nappali kórházi ellátások

finanszírozása nem rendezett (a korábbiakhoz képest megváltozott), és az intézmény a számára kedvezőtlennek ítélt feltételekkel nem kíván finanszírozási szerződést kötni az OEP-pel.

- Munkaerő-problémák fokozottan jelentkeztek: a pulmonológia szakma telepítését (bár az igénybevételi adatok alapján szakmailag indokoltnak találták volna) már a benyújtott pályázatból is kihagyták a várható szakemberhiányra tekintettel, a szemészet szakrendelés feltöltése is gondot okoz. Az orvosokkal egyéni szerződéseket kötöttek, az orvosi díjak relatíve magasak. A teljesítményösztönző típusú szerződéseket preferálják.
- A megkérdezett szakemberek szerint járóbeteg-forgalom nagy része helyben tartható, ugyanakkor Veszprém „elszívó” hatása is érvényesül még valamelyest.
- Mind Zirc, mind a rendelő megközelítése kedvezőnek ítéltető (közösségi közlekedéssel is). A település a kistérség központjában található, így minden irányból jól megközelíthető. A helyi közlekedésben alacsonypadlós autóbuszok vesznek részt, amelyekkel a mozgásukban korlátozottak is meg tudják közelíteni az intézményt.
- 2012. május 1-jén állami fenntartásba került az intézmény.

Szikszó

- A szikszói járóbeteg-szakellátó az átalakítást követően is hatékonyan működik. Az átalakított szakmastruktúra jól átgondolt, folyamatos ellenőrzés mellett a nehézségeket próbálják kiküszöbölni, a hatékonyságra, eredményességre törekedve.
- Az intézményben nem jellemző a zsúfoltság, a megfelelő előjegyzés és a korszerű behívórendszernek köszönhetően.
- Az interjú során többször elhangzott, hogy a határfokot, a dolgozói morált, az eredményességet talán a szakmai önállóság jobban biztosítaná, az intézmény vezetőjének döntési kompetenciájának növelésével.
- A fejlesztési forrásokat - úgy tűnik - hatékony működő rendszer kialakítására fordították. A projekt még ma is folyik.
- Nagyon modern, korszerű, jól működő intézmény áll a betegek rendelkezésére.
- A jobb megközelíthetőség / elérhetőség érdekében a Volánnal tárgyalásokat kell folytatni.

Nem „zöldmezős”, meglévő járóbeteg-ellátást fejlesztő ellátók

Mórahalom

- A járóbeteg-szakellátás, a lakossághoz közeli ellátás fejlesztését a település 5 éves gazdaságfejlesztési terve célként fogalmazta meg. A szakrendelő fejlesztése ebbe a stratégiába illeszkedett, melyhez a DAOP-4.1.1. konstrukció teretette meg a forrásokat. Az intézmény a fejlesztés előtt 135 szakorvosi óra kapacitással rendelkezett, melyet a projekt keretében 200 szakorvosi órára növeltek; jelenleg 18 szakmával, teljes diagnosztikai háterret nyújtva működik (digitális röntgen, UH, labor).
- A projekt a kapacitás emelésén túl az ellátásnak helyet adó épület felújítását, korszerűsítését és bővítését (ezzel együtt egy telephely megszüntetését), eszközbeszerzést és informatikai fejlesztés megvalósítását tartalmazta.
- A szakrendelő a helyi gyógyfürdővel együttműködve hangsúlyos mozgásszervi profilt tudott kialakítani. A fürdő évtizedek óta működő, bejáratott szolgáltató, és klinikai vizsgálatok által igazoltan gyógyhatású, akkreditált gyógyvízzel rendelkezik.
- A fentiek mellett elismert klinikai orvosokkal tudott a szakrendelő leszerződni, akik további betegvonzó tényezőt jelentenek. Az alapszámák rendeléseit (általános gyermekgyógyászat, általános belgyógyászat) a háziorvosok részéről felmerült igényeknek megfelelően speciálisabb szakmai tartalommal (gyermekpulmonológia, gyermekneurológia, kardiológia, diabetológia, gasztroenterológia, endokrinológia) igyekeznek feltölteni. Ennek megfelelően a projektben hangsúlyos volt a kardiológiai eszközök beszerzése.

- Mórahalmon sikerült megvalósítani a környező települések érdekelt szereplőinek tájékoztatását, amit az általunk megkeresett házi orvosok pozitívan értékelték. Az informatikai fejlesztés eredményeként a házi orvosok a képző diagnosztikai leleteket (és magukat a felvételeket) is elérik a saját rendelőjükből. A házi orvosoknak online előjegyzés is a rendelkezésére áll, ezt azonban kevésbé használják. (A betegek szintén tudnak interneten időpontot foglalni.)
- A betegforgalom nagy része áterelődött a fejlesztett rendelőbe, amely a TVK-ját maximálisan kihasználja. A szakrendelő gazdaságilag egyensúlyban van, fenntartói támogatást (a pályázatban benyújtott terveknek megfelelően) nem vesz igénybe. Az intézmény jövőjét illetően azonban még nem döntött a fenntartó, és egyelőre nem ismertek az állami betegútszervezés részletei sem, amelyek az egyes egészségügyi intézmények betegforgalmát a későbbiekben komolyan befolyásolhatják.
- Mind Mórahalom település, mind a kistérség rendelkezik egészségtervvel. Az abban megfogalmazott tevékenységeket folyamatosan hajtják végre, a tervet folyamatosan aktualizálják. A tervben megfogalmazott akcióterv elsősorban életmódprogramokat és az egészségügyi ellátás feltételeinek javítását tartalmazza.

Szentendre

- A házi orvosok egyértelműen azt képviselték, hogy tevékenységi körük bővítése jelentősen hozzájárulna az ellátórendszer magasabb szintjeinek tehermentesítéséhez, így költségmegtakarítást eredményezne, továbbá növelhetné a házi orvosi szakma iránti érdeklődést. Plusz tevékenységeket azonban csak akkor vállal a szakma, ha ehhez plusz finanszírozás is társul.
- A házi orvosok és a szakorvosok, illetve szakorvosi rendelőintézet közötti nem megfelelő kapcsolat jelentősen ronthatja az ellátás színvonalát és megdrágíthatja az ellátást. (Pl. a hiányos vagy nem megfelelő kommunikáció meghosszabbíthatja a betegutakat, több nem feltétlenül szükséges vizsgálatot iktatva be).
- A pályázattal rendszer jó irányba halad, ami a projekt megvalósításának adminisztratív folyamatát illeti: komoly előny, hogy lehetőség van az elektronikus ügyintézésre, a folyamatok nyomon követésére (bár akadnak még fejleszteni valók, pl. a pénzügyi folyamatok nyomon követése esetében).

2.5. sz. melléklet: Az interjúzott fejlesztések főbb kvantitatív adatai

		Gönc	Létavértes	Sellye	Szikszo	Mórahalom	nem Közép-Mo., nem megyeszékhely
Átlagos heti szakorvosi óraszám	Szakmacsoport						
	Belgyógyászat	32	20	17	*	20	74.2
	Sebészet	20	20	14	*	20	41.2
	Szülészeti-nőgyógyászat	14	16	20	*	20	39.9
	Gyermekgyógyászat	0	6	0	*	9	34.3
Átlagos kihasználtság (eset / szakorvosi óra)	Szakmacsoport						
	Belgyógyászat	2.74	2.31	1.52	*	2.05	2.80
	Sebészet	2.34	1.12	1.95	*	2.37	4.23
	Szülészeti-nőgyógyászat	2.64	2.75	3.39	*	1.95	4.37
	Gyermekgyógyászat	-	2.05	-	*	0.62	1.84
100 lakosra jutó évi esetszám**							
2010	Összes	342.9	381.8	373.1	463.0	487.4	423.8
	Ebből kistérségben marad	0.0	0.0	87.1	275.5	163.9	219.4
2012	Összes	461.5	406.7	477.4	460.2	504.0	439.7
	Ebből kistérségben marad	153.7	78.9	237.8	*	228.2	243.9
	Összes eset változása %	34.6%	6.5%	28.0%	-0.6%	3.4%	3.8%
Hospitalizációs index (100 ezer lakos évente)**							
2010	Belgyógyászat	2796	1716	3336	3612	2772	2370
	Sebészet	1152	1260	1488	1608	1536	1317
	Szülészeti-nőgyógyászat	1800	2532	2064	1932	2136	1788
	Gyermekgyógyászat	1704	1620	1536	2340	2076	1703
	Összes szakma	16632	18252	21627	17528	18114	19569
2012	Belgyógyászat	2616	2292	3492	3528	3612	2576
	Sebészet	1836	2028	1896	1476	1824	1643
	Szülészeti-nőgyógyászat	2208	2892	2520	2004	2472	1890
	Gyermekgyógyászat	2520	1488	1776	2604	1776	1782
	Összes szakma	20285	21954	23929	17710	19321	21878
Keresőképtelenségi esetszám (100 lakosra évente)**							
2010		11.6	14.2	10.6	13.2	13.7	17.9
2012		11.3	11.3	11.7	10.4	12.3	15.2
Háziorvosi indikátorok							
2011. I. negyedév	Mammográfia	43.1	52.9	38.0	50.0	58.8	50.7
	Vérzsírszint ***	48.8	52.6	47.5	56.8	59.8	54.3
	Hb1Ac	67.1	64.1	58.5	63.8	66.5	66.8
	Szemészet	32.6	34.1	35.9	40.6	42.5	37.1
2012. I. negyedév	Mammográfia	49.6	32.2	52.0	47.5	54.4	48.6
	Vérzsírszint ***	54.9	53.5	52.5	56.9	60.2	55.4
	Hb1Ac	70.2	63.4	65.3	71.9	69.3	69.6
	Szemészet	38.5	33.8	36.3	44.8	36.4	38.5

Megjegyzés: Esetszámok labor nélkül értendőek. Az általános értékelésben interjúzott helyszínek közül Baktalórántházát és Zircet a kései indulás miatt, Szentendrét pedig amiatt nem szerepeltetjük, mert közép-magyarországi fejlesztés lévén kistérségére vonatkozóan nem áll rendelkezésre az OEP-adatbázisban elég információ.

* A szikszói kórház miskolci kórházba való beolvadása miatt az intézményi adatok nem pontosan becsülhetők.

** Május-augusztusi adatok alapján évesítve

*** II. negyedéves adatok, I. negyedév nem áll rendelkezésre

4. Az életmódprogramok értékeléséhez kapcsolódó mellékletek

4.1. sz. melléklet: Az életmódprogramok dokumentumelemzése során áttekintett projektek listája

Pályázat azonosítója	Pályázat címe
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0254	Egészséges táplálkozás otthon és az iskolában, Budapest Főváros XXIII. kerület Soroksár Önkormányzata
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0030	Egészségre nevelés és szemléletformálás a Karate Klub Sporting Budo Sportegyesületben
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2009-0115	Egészségre nevelés és szemléletformálás a MAERSK HUNGARY Kft.-nél
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0857	Egyenlő eséllyel az egészséges életstílus kialakulásáért, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Bajai Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Kollégiuma, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye és Gyermekotthona
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-1244	Hidas Község egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramja
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-1084	Ússzunk az egészségért! Kistokaj Községi Önkormányzat
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0315	Egészségtudatosság a Saubermacher-Magyarország Kft.-nél.
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0273	Egészséges táplálkozás, sokoldalú mozgásfejlesztés a Csillagszem Óvodában-programorozat
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0287	Hunyadi Mátyás Német Nemzetiségi Általános és Művészeti Alapiskola egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramja
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0479	A Tiszáninneri Református Egyházkerület egészséges életmódra nevelő és prevenció programjai
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0743	Egészségre nevelés a sátoraljaújhelyi V. István Közgazdasági és Informatika Szakközépiskolában
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0083	Elsősegély nyújtási és baleset megelőzési program az Alternatív Közgazdasági Gimnáziumban
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0104	Munkahelyi egészségterv elkészítése és kapcsolódó cselekvési programok megvalósítása a WEST-BRIDGE Kft.-nél
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-1149	Lelki egészségvédelmi program Vas megyében
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0008	Egészségre nevelő programok megvalósítása hátrányos helyzetű gyermekek számára
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0924	Arccal az egészség felé, 'A Vasút a Gyermekéért' Alapítvány Középiskolai Kollégiuma Szeged
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0699	Test és lélek harmóniája, avagy kiemelkedés a hétköznapiakból, M & M COMPUTER Számítás- és Irodátechnikai Kereskedelmi Kft
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-1081	Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok Dunavecén
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-1058	Egészségfejlesztési programok hátrányos helyzetű serdülők részére a Vámospércs mikrotérségi Családsegítő és Gyermekjóléti szolgálat szervezésében
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0511	'Egészségesen a munkahelyünkön is' munkahelyi egészségfejlesztési program, Borsod-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0071	Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a szentendrei kamaszok körében
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-KMR-2010-0336	Egészségnevelés és fejlesztés, szemléletformálás a börtönben
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1-2009-0026	Lépésről lépésre az egészségért, Baktalórántháza

TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1-2010-0018	Prevenációs kompetenciák és programok a Tiszafüredi kistérségben
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1-2009-0002	'Mit tegyünk, hogy jól legyünk', avagy a mátészalkai kistérség komplex egészségfejlesztő, prevenációs programja
TÁMOP-6.1.2/LHH-09/1-2010-0002	"Éljünk egészségesen!" Berettyóújfalu, Bihari Önkormányzatok Többcélú Kistérségi Társulása
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2009-0144	Sporttal az egészséges ifjúságért, Vámospércs, Vámospércsi Asztalitenisz Sportegyesület
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2009-0017	Egészségfejlesztő és szemléletformáló programok a kisgyermekes családok részére, Vámospércs, Vámospércsi Humánszolgáltató Nonprofit Kft.
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2009-0009	Egészségfejlesztési programok hátrányos helyzetű serdülők részére a Vámospércs mikrotérségi Családsegítő és Gyermejjóléti szolgálat szervezésében, Vámospércs, Vámospércs Városi Önkormányzat
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0865	Egészségfejlesztési programok a vámospércsi Mátyás Király Általános Iskolában, Vámospércs, Vámospércs Városi Önkormányzat
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0204	"Nyitott kapuk" a rendszeres testmozgásért és kapcsolódó egészségfejlesztési programok Vámospércsen, Vámospércs, Vámospércs Városi Önkormányzat
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2010-0869	Egészségfejlesztési programok az idősek részére a vámospércsi Szociális Szolgáltató Központban, Vámospércs, Vámospércs Városi Önkormányzat
TÁMOP-6.1.2/A-09/1-2009-0148	Egészségfejlesztési programok a vámospércsi óvodában, Vámospércs, Vámospércs Városi Önkormányzat

4.2. sz. melléklet: Életmódprogramok on-line kérdőíves vizsgálatának kérdőív vázlata

Tisztelt Válaszadó!

Az NFÜ megbízásából az európai uniós támogatással megvalósult TÁMOP 6.1.2. életmódprogramokról készítünk kutatást. Az Ön válaszaira is kíváncsiak vagyunk.

A következőkben néhány kérdést teszünk fel az Önök településén/szervezeténél megvalósult program előkészítéséről, megvalósításáról és tapasztalatairól. A kérdések megválaszolása körülbelül félórát vesz igénybe. A kérdőív kitöltése több részletben is lehetséges, a válaszokat bármikor elmentheti. A kérdőívet folytatni tudja, ha újra az e-mailben kapott linkre kattint.

Tájékoztatjuk, hogy az Ön által adott válaszokat bizalmasan kezeljük, azokat kizárólag összesítve, statisztikai módszerekkel feldolgozva használjuk fel az értékelésben. Az adatokhoz kizárólag az értékelési jelentés elkészítésében részt vevő szakértők férnek hozzá. Az értékelési folyamat lezárulta után az egyedi válaszokat tartalmazó adatbázist töröljük.

Köszönjük együttműködését!

1. Projektet, illetve szervezetet azonosító adatok

1.1. Főpályázó (előre betöltött adat)

1.2. A megvalósított projekt azonosítója (előre betöltött adat)

1.3. Mikor zárult le a projekt szakmai megvalósítása? Kérjük, adja meg az évszámot és a hónapot!

201... év hónap **progr.: érvényes válaszok: évszám 2010-2012; hónap 1-12 között**

1.4. Kérjük, adja meg, hogy mi volt az Ön szerepe a projektben!

..... **progr.: szöveges válasz, max. 50 karakter**

1.5. Kérjük, adja meg, mi az Ön pozíciója a kedvezményezett szervezetben!

..... **progr.: szöveges válasz, max. 50 karakter**

2. Szemléletmód

Intézményi szintér esetén az intézményre, települési szintér esetén a településre vonatkoznak az alábbi kérdések.

2.1. Az egészségfejlesztés megjelent-e a projektkiírás előtt az intézmény vagy a település stratégiai dokumentumaiban rögzített célok között?

Igen / Nem

**Progr.: egyválasztós; ha a válasz igen -> 2.2 ;
ha a válasz nem -> 2.3**

2.2.A stratégia készítésekor (egészségfejlesztési) történt-e szükségletfeltárás a célcsoport(ok) körében?Igen / Nem **Progr.: egyválasztós****2.3.Az egészségügyenlétlenségek csökkentése megjelent-e a projektkiírás előtt az intézmény vagy a település stratégiai dokumentumaiban rögzített célok között?**Igen / Nem **Progr.: egyválasztós****2.4.A projekt megvalósítása *alatt vagy azóta* az intézmény vagy a település részt vett-e más egészségfejlesztési programban? (Ilyen lehet például az iskola-tej program, iskolagyümölcs program, Happy-Hét vízfogyasztást népszerűsítő program, WHO Táplálkozásbarát Iskola program, Mozdulj Magyarország, Nyitott Kapuk program, a Népegészségügyi Program alatt finanszírozott egészségfejlesztési tevékenység, Kistérségi Senior Sport Program, stb.)**Igen – kérjük, adja meg, milyen programban vettek részt: **Progr.: szöveges válasz, maximum 150 karakter**Nem **Progr.: egyválasztós****2.5.A projektben megkezdett egészségfejlesztési tevékenységek közül van-e olyan, amelyet a projekt lezárulása után is fenntartottak/fenntartanak?**

Igen/Nem

**Progr.: egyválasztós; ha a válasz igen -> 2.6;
ha a válasz nem ->3.1****2.6.Kérjük, írja le, mi ez a tevékenység! Ha több ilyen is van, kérjük, legfeljebb hármat adjon meg.**

- a)
- b)
- c)

Progr.: szöveges válasz, maximum 50 karakter**3. Megvalósítás****3.1.A program jellemzői****3.1.1. A projekt keretében végrehajtott egészségfejlesztési programok az alábbiak közül melyik szintéren zajlottak elsődlegesen? Kérjük, egy választ jelöljön be!**

- 1) Kistérség, település, településcsoport, településrész/városrész
- 2) Oktatási, nevelési intézmény

Ezen belül:

- a. Bölcsőde
- b. Óvoda
- c. Általános iskola
- d. Középiskola

- e. Felsőfokú oktatási intézmény
 - f. Kollégium
- 3) Munkahely
 - 4) Célcsoport specifikus programok
 - a. Betegcsoport, beteggyesület
 - b. Sportkör, sportklub
 - c. Idősek csoportja/klubja/otthona
 - 5) Egyéb, éspedig:

Progr.: egyválasztós**3.1.2. Kik alkották a program célcsoportját? Több választ is megjelölhet!**

- 1) Település, településcsoport, településrész/városrész lakossága
- 2) Oktatási intézmény (bölcsőde, óvoda, iskola, kollégium) közössége
Ezen belül jelölje az alábbiakat:
 - a. bölcsődések, óvodások, iskolások, diákok
 - b. gondozók, pedagógusok, intézmény dolgozói
 - c. óvodások, iskolások, diákok szülei
- 3) Munkahelyi közösség
Ezen belül, kérjük, jelölje:
 - a. munkavállalók
 - b. családtagok
- 4) Idősek csoportja/klubja
- 5) Sportegyesület/sportkör tagjai
- 6) Vallási közösség
- 7) Hátrányos helyzetű társadalmi csoport
 - a. Ha igen, mely csoport (pl. fogyatékkal élők, munkanélküliek)?
.....
- 8) Az egészségi állapot kapcsán érintett betegcsoport/rizikócsoport (pl.: koraszülöttek, daganatos betegek, szív-érrendszeri betegek, cukorbeteg, mentális problémával küzdők, szenvedélybetegek stb.)
Ha igen, kérjük, nevezze meg, mely csoport:
- 9) Egyéb, éspedig:

Progr.: többválasztós**3.1.3. Kérjük, adja meg, hogy a megvalósított programokban összesen hány személy vett részt, figyelembe véve azt is, hogy egy személy több programon is részt vehetett!**..... fő **Progr.: számválasz, hatjegyű****3.1.4. Kérjük, becsülje meg, hogy a megvalósított programokról összesen hány fő értesült!**..... fő **Progr.: számválasz, hétjegyű****3.2. Megvalósított tevékenységek****3.2.1. A pályázat végrehajtása során az alábbiak közül milyen programot valósítottak meg? Több választ is bejelölhet!**

- 1) Egészséges táplálkozás
Ha igen, kérjük jelölje milyen témákkal foglalkoztak (többet is jelölhet!)
 - a. Zöldség-gyümölcs fogyasztás
 - b. Megfelelő folyadékbevitel

- c. Túlzott sóbevitel
- d. Egyéb :
- 2) Rendszeres testmozgást elősegítő (szabadidős) program
- 3) Célzottan a túlsúly, elhízás megelőzése (az egészséges energiaegyensúlynak – a táplálkozás és testmozgás egyensúlyának – megtartását és/vagy visszaállítását célzó program)
- 4) Dohányzás megelőzését célzó program
- 5) Túlzott alkoholfogyasztást megelőző program
- 6) Drogfogyasztást megelőző program
- 7) Lelki egészség védelmét/megőrzését célzó egészségfejlesztési és megelőzési program
- 8) Életvezetési kompetenciák, az öngondoskodás képességének fejlesztését célzó program életmódváltásra kényszerülő rizikócsoporthoz és/vagy betegcsoportok körében
- 9) Családi életre való felkészítést, biztonságos szexuális életre való nevelést támogató program
- 10) Elsősegély-nyújtási és balesetmegelőzési program
- 11) Egészséges környezet/életter kialakítására/megteremtésére irányuló tevékenység
- 12) Egészséges választék kialakítása (pl. helyi termények helyi intézményekhez való eljuttatása stb.)
- 13) Egészséges időskor
- 14) Egyéb, éspedig:

Progr.: többválasztós

3.2.2. A pályázati program végrehajtása során milyen típusú tevékenységeket valósítottak meg? Kérjük, adja meg, hogy ilyen esemény a projekt során! Többet is bejelölhet!

1) *Települési egészségfejlesztési program tekintetében:*

- a. Falunap keretében egészségprogramok, ha igen ezen belül:
 - i. ismeretterjesztés
 - ii. szűrés
 - iii. tanácsadás
 - iv. termékbemutató
 - v. Egyéb, éspedig
- b. Önálló egészségnap
- c. Önálló sportnap
- d. Ismeretterjesztő előadás
- e. Célcsoport(ok) aktív részvételével megvalósult klubszerű foglalkozások (készségek és képességek fejlesztésére pl.: főzőtanfolyam, stb.)
- f. Település egészségessé tételét célzó egyéb események, éspedig:

2) *Iskolai egészségfejlesztési program tekintetében:*

- a. Egészségnap, ha igen ezen belül:
 - i. ismeretterjesztés
 - ii. tanácsadás
 - iii. termékbemutató
 - iv. Egyéb, éspedig:
- b. Önálló ismeretterjesztő óra/foglalkozás/szakkör
- c. Önálló sportesemény, sportnap

- d. Kirándulás, természetjárás
- e. Tudást, képességet/készséget fejlesztő iskolai esemény (pl. pályázat, vetélkedő stb.)
- f. Iskolai környezet egészségessé tételével kapcsolatos esemény (pl.: iskolakert kialakítása, ivókút felszerelése stb.)
- g. Egyéb iskolai program, éspedig:

3) *Munkahelyi egészségfejlesztési program tekintetében:*

- a. Munkahelyi egészségnap, ha igen ezen belül:
 - i. ismeretterjesztés
 - ii. tanácsadás
 - iii. szűrés
 - iv. termékbemutató
 - v. tréning (pl.: stresszkezelés, stb.)
 - vi. Egyéb, éspedig:
- b. Önálló ismeretterjesztő előadás
- c. Önálló sportesemény, sportnap
- d. Önálló kirándulás, természetjárás
- e. Tudást, képességet/készséget fejlesztő iskolai esemény (pl. pályázat, vetélkedő stb.)
- f. Stresszkezelés
- g. Munkahelyi környezet egészségessé tételével kapcsolatos esemény
- h. Egyéb, éspedig:

4) *Célcsoport-specifikus programok tekintetében:*

- a. Egészségnap
- b. Ismeretterjesztés
- c. Sportnap
- d. Tudást, képességet, készséget fejlesztő specifikus esemény: pl. vetélkedő, pályázat
- e. Célcsoport(ok) aktív részvételével megvalósult klubszerű foglalkozások (pl.: főzőtanfolyam, életvezetési tanácsadás, stb.)
- f. Környezet egészségessé tételével kapcsolatos tevékenység
- g. Egyéb, éspedig:

Progr.: többválasztós

3.2.3. Kérjük, jelölje, hogy az Önök szervezetére/településére melyik állítás a jellemző!

- 1) A pályázat előtt nem rendelkezett a település/intézmény egészségtervvel/ egészségfejlesztési tervvel/programmal, ezért a projekt keretében készült ilyen.
- 2) 3 évnél régebbi egészségtervvel/ egészségfejlesztési tervvel/programmal rendelkeztek a projekt előtt, ezért a projekt során ezt aktualizálták.
- 3) Létezett aktuális (3 évnél nem régebbi) egészségterv /egészségfejlesztési terv/program a pályázat előtt.

Progr.: egyválasztós

3.2.4. A projekt során felhasznált/elkészített/aktualizált egészségterv milyen időtartamra vonatkozik (azaz milyen időszakra fogalmaz meg célokat és ír elő teendőket)?

- 1) Projekt lezárulta + 3 év
- 2) Projekt lezárulta + 4 vagy több év

Progr.: egyválasztós

3.2.5. Az egészségterv a tervezési időhorizont végére meghatározott célkitűzések teljesülésének mérésére hány konkrét, számértékkel mérhető indikátort alakított ki?

- 1) **(Progr.: kétjegyű szám)** db. indikátor /
- 2) Nincs számszerűsített indikátor, de célkitűzéseket megfogalmazott a terv.

Progr.: egyválasztós

3.2.6. A projekt során felhasznált/elkészített/aktualizált egészségterv kialakításában milyen főbb partnerek vesznek/vettek részt? Több választ is megjelölhet!

- 1) Önkormányzat, nemzetiségi önkormányzat
- 2) Oktatási intézmények
- 3) Egészségügyi intézmények, házi orvos, védőnő, mentőszolgálat, Vöröskereszt
- 4) Szociális intézmények
- 5) ÁNTSZ kistérségi intézet
- 6) Sportegyesületek
- 7) Helyi lakosok (pl. nyilvános véleményeztetésen keresztül)
- 8) Célcsoport képviselői
- 9) Helyi vállalkozások
- 10) Tanácsadó, pályázatíró
- 11) Módszertani támogató központ (pl. Országos Egészségfejlesztési Intézet, OÉTI, ÁNTSZ egyéb országos intézete)
- 12) Más, mégpedig:

Progr.: többválasztós

3.2.7. Ha a projektben közreműködtek egészségügyi, egészségfejlesztési szakemberek és intézmények, milyen tevékenységeket végeztek? Több választ is megjelölhet!

- 1) Tájékoztató anyagok létrehozása
- 2) Tájékoztató anyagok szakmai lektorálása
- 3) Személyes közreműködés (pl. előadás tartása)
- 4) Rendezvény szakmai tartalmának összeállítása
- 5) Rendezvényhelyszín biztosítása
- 6) Állapotfelmérés és az eredmények értékelése
- 7) Egyéb, éspedig:

Progr.: többválasztós

3.2.8. Milyen intézményekkel, szervezetekkel kötöttek a projekt keretében együttműködési megállapodást? Több választ is megjelölhet!

- 1) Önkormányzat, nemzetiségi önkormányzat
- 2) Oktatási intézmények
- 3) Házi orvos, védőnő, mentőszolgálat, egészségügyi intézmények
- 4) Szociális szolgáltatást / ellátást nyújtó intézmények
- 5) ÁNTSZ kistérségi intézet

- 6) Sportegyesületek, sportcentrum
- 7) Helyi vállalkozások
- 8) Módszertani támogató központ (pl. Országos Egészségfejlesztési Intézet, OÉTI, ÁNTSZ egyéb országos intézete)
- 9) Egyéb, mégpedig:

Progr.: többválasztós

3.2.9. Milyen intézmények, szervezetek vettek részt a projekt megvalósításában? Több válaszlehetőséget is megjelölhet!

- 1) Önkormányzat, nemzetiségi önkormányzat
- 2) Oktatási intézmények
- 3) Házi orvos, védőnő, mentőszolgálat, egészségügyi intézmények
- 4) Szociális szolgáltatást / ellátást nyújtó intézmények
- 5) ÁNTSZ kistérségi intézet
- 6) Sportegyesületek, sportcentrum
- 7) Helyi vállalkozások
- 8) Módszertani támogató központ (pl. Országos Egészségfejlesztési Intézet, OÉTI, ÁNTSZ egyéb országos intézete)
- 9) Egyéb, mégpedig:

Progr.: többválasztós

3.2.10. Összesen hány partner vett részt a projekt megvalósításában?

..... partner **Progr.: számválasz, kétjegyű**

3.2.11. A kötelező monitoring indikátorokon (a programokba bevont résztvevők száma [fő]; a programokon eredménnyel résztvevők aránya [%]; létrejövő partnerségi együttműködések száma [db]; elkészült tájékoztató anyagok, kiadványok, segédanyagok száma [db]), illetve a horizontális szempontok számszerűsítésén (pl. nők aránya) túl mértek-e más indikátorokat a projekt eredményességének megítélése érdekében?

Igen / Nem

Progr.: ha a válasz igen -> 3.2.12;

ha a válasz nem -> 3.2.13

3.2.12. Kérjük, sorolja fel a 3 legfontosabb indikátort:

- a)
- b)
- c)

Progr.: mindhárom szöveges válasz, maximum 100 karakter

3.2.13. A kötelező monitoring indikátorok között szereplő „a programokon eredménnyel résztvevők aránya” indikátor értékét hogyan határozták meg?

- 1) Egészségi állapot mérése a projekt kezdetén és végén
- 2) Attitűd/ismeret változásának mérése kérdőíves módszerrel
- 3) Egészségmagatartás változásának mérése (pl. dohányzásról leszokás)
- 4) Egészségi állapot szubjektív megítélésének mérése

- 5) Rendszeres résztvevők aránya
- 6) Elégedettségmérés
- 7) Szakértői becslés
- 8) Egyéb módszer, éspedig: ...

Progr.: egyválasztós

3.2.14. Történt-e a projektzárás óta újabb mérés bármely, az előző kérdésekben megjelölt eredményességet mérő mutatóban?

Igen / Nem

Progr.: egyválasztós

4. A projekttel és a pályázati rendszerrel kapcsolatos tapasztalatok

4.1. Véleménye szerint melyek voltak a bevont célcsoportok által leginkább kedvelt projektelemek? Kérjük, jelölje meg! (Legfeljebb 3 elemet.)

1. Célcsoport(ok) aktív részvételével megvalósult települési programok:
 - a. Falunap keretében egészségprogramok, ha igen ezen belül:
 - i. ismeretterjesztés
 - ii. szűrés
 - iii. tanácsadás
 - iv. termékbemutató
 - v. Egyéb, éspedig
 - b. Önálló egészségnap
 - c. Önálló sportnap
 - d. Ismeretterjesztő előadás
 - e. Célcsoport(ok) aktív részvételével megvalósult klubszerű foglalkozások (készségek és képességek fejlesztésére pl.: főzőtanfolyam, stb.)
 - f. Település egészségessé tételét célzó egyéb események, éspedig:
2. Iskolai programok:
 - a. Egészségnap, ha igen ezen belül:
 - i. ismeretterjesztés
 - ii. tanácsadás
 - iii. termékbemutató
 - iv. Egyéb, éspedig:
 - b. Önálló ismeretterjesztő óra/foglalkozás/szakkör
 - c. Önálló sportesemény, sportnap
 - d. Kirándulás, természetjárás
 - e. Tudást, képességet/készséget fejlesztő iskolai esemény (pl. pályázat, vetélkedő stb.)
 - f. Iskolai környezet egészségessé tételével kapcsolatos esemény (pl.: iskolakert kialakítása, ivókút felszerelése stb.)
 - g. Egyéb iskolai program, éspedig:
3. Munkahelyi programok:
 - a. Munkahelyi egészségnap, ha igen ezen belül:
 - i. ismeretterjesztés

- ii. tanácsadás
 - iii. szűrés
 - iv. termékbemutató
 - v. tréning (pl.: stresszkezelés, stb.)
 - vi. Egyéb, éspedig:
- b. Önálló ismeretterjesztő előadás
 - c. Önálló sportesemény, sportnap
 - d. Önálló kirándulás, természetjárás
 - e. Tudást, képességet/készséget fejlesztő iskolai esemény (pl. pályázat, vetélkedő stb.)
 - f. Stresszkezelés
 - g. Munkahelyi környezet egészségessé tételével kapcsolatos esemény
 - h. Egyéb, éspedig:
4. Célcsoport-specifikus programok:
- a. Egészségnap
 - b. Ismeretterjesztés
 - c. Sportnap
 - d. Tudást, képességet, készséget fejlesztő specifikus esemény: pl. vetélkedő, pályázat
 - e. Célcsoport(ok) aktív részvételével megvalósult klubszerű foglalkozások (pl.: főzőtanfolyam, életvezetési tanácsadás, stb.)
 - f. Környezet egészségessé tételével kapcsolatos tevékenység
 - g. Egyéb, éspedig:

Progr.: többválasztós, maximum 3 választ jelölhet!

4.2. Az egészségfejlesztési pályázati kiírás(ok)kal, azok tartalmával, a támogatható tevékenységekkel kapcsolatban van-e bármilyen további megjegyzése?

1 – igen, éspedig: **Progr.: szöveges válasz, maximum 500 karakter.**

2 – nem

4.3. Az egészségfejlesztési pályázati kiírás(ok) pályáztatási rendszerét illetően van-e bármilyen további megjegyzése?

1 – igen, éspedig: **Progr.: szöveges válasz, maximum 500 karakter.**

2 – nem

A kérdőív véget ért. Köszönjük válaszait!