

Határon átnyúló regionális egészségügyi integráció

2015

Határon átnyúló regionális egészségügyi integráció

Cross-border regional health care integration

Kézirat lezárása: 2013. március 28.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	1
2. Az egészségügyi ellátás helye a közszolgáltatások rendszerében.....	3
3. Az egészségügyi szolgáltatások alapvető finanszírozási–gazdálkodási kérdései	7
4. Kihasztnálatlan egészségügyi kapacitások Győr térségében	13
4.1. Határon átnyúló táj: Győr és vonzáskörzete.....	13
4.2. A térség kórházainak térbeli helyzete	17
4.3. A vizsgált térség kórházi kapacitásainak elemzése	21
5. Határon átnyúló ellátás, mint az optimálisabb kapacitás-kihasználás eszköze	29
5.1. Az EU 2011/24. irányelv	29
5.2. Az Európai Területi Együttműködési Csoportosulás	31
5.3. Az Integrált Területi Beruházás	33
6. Összefoglalás.....	36
Irodalomjegyzék.....	37
Mellékletek	41

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: A közüzemi és a közintézményi szolgáltatások eltérő jellemzői.....	5
2. táblázat: A közszolgáltatások csoportosítása.....	5
3. táblázat: Az intézményekben működő szakmák száma (2010).....	22
4. táblázat: Az intézményekben működő ágyak száma (db) szakmánként (2010).....	23
5. táblázat: Az intézményekben mért ágykihasználási arány és ágyforgó (2010).....	26
6. táblázat: A régióban párhuzamosan működő szakmák betegforgalmi adatai (2010)	28
7. táblázat: A népesség fő korcsoportjainak aránya 1991-2011 (a teljes lakosság %-ában).....	42
8. táblázat: A HBCS-rendszer jellemző adatai	43
9. táblázat: Az intézményekben szakmánként mért és számított mutatószámok (2010).....	47

Ábrajegyzék

1. ábra: A magyar egészségügyi rendszer felépítése.....	9
2. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai (1993-2010)	11
3. ábra: A kutatás célterülete	15
4. ábra: Kiemelt települések elméleti vonzáskörzete a közúti távolság és a lakosságszám alapján.....	16
5. ábra: Kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzete közúti távolság és komplex súly alapján .	19
6. ábra: Kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzete az autóbusz távolság és a komplex súly alapján.....	19
7. ábra: Kiemelt települések elméleti vonzáskörzete	20
8. ábra: Az intézményekben működő szakmák ágykihasználási aránya	27
9. ábra: Az ITB-k felépítése	34
10. ábra: Az INTERREG és az ETE források	41
11. ábra: A részekre szakadt vonzásterületek.....	43
12. ábra: A határ menti NUTS3 területi egységek fejlettségi szintje, változása a Kárpát-medencében a 2001 és 2004 GDP/fő adatok alapján	44
13. ábra: Kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzete a közúti távolság (km) és az ágyszám alapján.....	46
14. ábra: EGTC-k Európában	48

1. Bevezetés

A XX. század közepén világunkban olyan, napjainkat is érintő folyamatok kezdődtek, melyek alapvetően változtatták meg a gazdasági és társadalmi életet. A legfontosabb kulcsszavak, kifejezések a globalizáció, a versenyképesség, a tercier szektor abszolút térnyerése, a fogyasztói társadalom, új kihívások elé állítják a gazdasági szereplőket.

A tudatos fogyasztó, mint piaci szereplő megjelenése arra kényszerítette és kényszeríti a szolgáltatókat, hogy a lehető legmagasabb minőségű szolgáltatást nyújtsák, minimális erőforrás felhasználás mellett. A szolgáltatások egy nagyon fontos csoportját képezik a közszolgáltatások, azon belül is az egészségügyi szolgáltatások. Habár ezek alapvető eltéréseket mutatnak a nem közszolgáltatásoktól, mégis jogos elvárásnak tekinthető, hogy ezeket is - a nem közszolgáltatásokhoz hasonlóan - hatékony előállítás, elosztás és magas minőség jellemezze.

Dolgozatom keretein belül az egészségügyi ellátás hatékonyságát vizsgálom egy sajátos aspektusból: kutatási célterületem egy határon átnyúló magyar-szlovák régió. A téma relevanciája véleményem szerint abban áll, hogy a nyugati előregedő társadalmakban az egészségügyi ellátások hatékony szervezése kiemelkedő jelentőséggel bír, a világpiaci szereplők, így az Európai Unió versenyképességét is nagyban befolyásolja egészségügyi kiadásainak aránya. A 27 tagállam, egyenkénti hatékonysági törekvéseiken túl, az egészségügyi ellátás államhatárokon átnyúló szervezésében jelentős potenciál rejlik.

Az Európai Unió stratégiai dokumentumainak¹ legfőbb célja az egységes, versenyképes Európa megteremtése. Ezzel párhuzamosan kiemelkedő jelentőséggel bírnak az államhatárok szerepének csökkentését, megszüntetését célzó határmenti regionális együttműködési programok. Ezt a tényt bizonyítja, hogy az EU komoly pénzügyi háttérrel biztosít ezen programoknak, a határregiók több alapból (INTERREG és Strukturális alapok Területi Együttműködés prioritás mentén) juthatnak forrásokhoz. (JASCHITZ M. 2009) (1. melléklet)

Mindezek fényében, kutatásom során egy konkrét, Győr központú határon átnyúló régióban vizsgálom az egészségügy szolgáltatások, azon belül is a kórházi ellátás hatékonyságát és a benne rejlő potenciált. Dolgozatomban a következő kérdésekre keresem a választ:

¹ Lisszaboni Stratégia, Európa 2020

- a térség kórházai hogyan jelennek meg a térben?
- a külső és belső adottságaik alapján hogyan jelenik meg a vonzáskörzetük, ellátási övezetük? (feltételezem a határon átnyúló vonzáskörzetek kirajzolódását)
- a rendelkezésre álló kapacitások hogyan viszonyulnak a fogyasztói kereslet támasztotta igényekhez? (feltételezésem szerint a kínálat és a kereslet nincs egyensúlyban)
- melyek azok az Európai Unió által kínált eszközök, melyek feloldhatják a feltárt problémákat?

A kérdések megválaszolásához igyekeztem olyan módszereket alkalmazni, melyek reális képet nyújtanak az aktuális helyzetről. Az ellátási övezetek meghatározása során GANGL É. (2012) térség specifikus kutatását vettem alapul, melyben különböző gravitációs modellek használata segítségével határolja le a régió kórházainak elméleti vonzáskörzetét. A kapacitásvizsgálat során az egészségügyi gazdaságtanban használt, a kórházak hatékonyságát leíró indikátorokat (ágyforgó, ágykihasználási arány, stb...) alkalmaztam a térség intézményeire. A betegforgalmi és egyéb adatokat az OEP, a Slovstat, a szlovák Egészségügyi Minisztérium, illetve a vizsgált kórházak adatbázisai biztosították.

A vizsgálatok eredményeinek bemutatása előtt szót ejtek a közszolgáltatások, azon belül is az egészségügyi szolgáltatások, illetve a vizsgált határon átnyúló régió jellemzőinek azon releváns elemeiről, melyek megalapozzák, biztosítják a későbbi eredmények helyes értelmezését és a megfelelő következtetések levonását.

2. Az egészségügyi ellátás helye a közszolgáltatások rendszerében

A közszolgáltatások fogalmának meghatározása nem egyszerű feladat, a különböző szakirodalmi forrásokban fellelhető definíciók, lehatárolások igen nagy változatosságot mutatnak. Az Európai Unió vonatkozó dokumentumai (Green Papers, Horizontal evaluation, Evaluation)² sem határozzák meg egyértelműen a fogalmat, az egyes tagországok jogkörébe tartozik annak eldöntése, hogy mely tevékenységeket sorolják a közszolgáltatások közé. (VALENTINY P. 2007) A fogalom megközelítése alapvetően két aspektusból lehetséges: keresleti és kínálati oldalról.

A keresleti oldalról való megközelítés arra fókuszál, hogy az adott szolgáltatásokat kik fogyasztják el. VALENTINY P. (2007) szerint a közszolgáltatások egyik alapvető kritériuma, hogy alapvető fontosságúak és egyetemesek legyenek. A két feltétel közül az utóbbi szorul magyarázatra: egyetemes az a szolgáltatás, amely (1.) mindenki által keresett, (2.) mindenki számára elérhető és (3.) és mindenki számára megengedhető. Ez alapján a víz-, energiaszolgáltatás és az egészségügyi ellátás is közszolgáltatásnak minősül.

Ezzel párhuzamosan az ENSZ Statisztikai Bizottsága által publikált Nemzeti Számlák Rendszere (System of National Accounts, SNA), valamint ennek Európai Uniós megfelelője, a European System of National and Regional Accounts (ESA) a közszolgáltatásokat a következőképp jellemzi:

„A közszolgáltatások jellemzői, hogy:

1. A közösség minden tagja vagy a közösség egy-egy adott csoportja egyformán igénybe veheti,
2. Az igénybevételük általában passzív, és nincs szükség meghatározott megállapodásra, vagy az érintettek aktív részvételére.
3. A fogyasztók között nincs verseny a szolgáltatás megszerzéséért.”

Az általános közigazgatás, a védelem, a háztartásoknak nyújtott „nem-piaci” oktatási, egészségügyi és egyéb szolgáltatások tartoznak ebbe a körbe.”³

Ugyanezen fórumok (SNA, ESA) a közszolgáltatásokat a közösségi kiadások fogyasztói oldaláról is értelmezik. A közösségi kiadásokat két kategóriába sorolják. Egyrészt azoknak a termékeknek és szolgáltatásoknak az értéke tartozik ide, melyeket a kormányzat maga állít elő. Másrészt azokat a piaci szereplők által előállított termékeket és szolgáltatásokat is ide

² Európai Bizottság 1990-2012

³ EUROSTAT 1996: European System of Accounts.

sorolják, melyeket a kormányzat átalakítás nélkül a háztartások rendelkezésére bocsát. Tehát olyan természetbeni transferről van szó, melyben a szolgáltató a háztartások számára nyújt szolgáltatást, de az állam fizet érte. (PUKLI P. 2002)

Az utóbbi két definíció közötti alapvető különbség a piaci és a nem-piaci jellegű szolgáltatások kezelése: az előbbi definíció egy szűkebb értelmezést fogalmaz meg, hiszen a piaci jellegű szolgáltatásokat kizárja a közszolgáltatások köréből. Ez az észrevétel egyenesen átvezet a közszolgáltatások termelési, azaz kínálati oldalról való megközelítéséhez, melynek középpontjában a szolgáltatás előállítója és az előállítás mikéntje áll.

VALENTINY P. (2007) a kínálati oldal vizsgálatakor az állam (ide értve az önkormányzatokat is) szerepét hangsúlyozza: közszolgáltatásnak nevezi azon szolgáltatásokat, melyet az állam a polgárai számára nyújt, vagy amelynek nyújtásában az állam jelentős, aktív szerepet vállal. VAMOS D. (1998) definíciója túllép az állam kizárólagos szerepén, minden eddigi meghatározásnál tágabban értelmezi a közszolgáltatásokat: *„Közüzem a közösség érdekében jellemzően szolgáltató tevékenységet ellátó szervezet, akár üzemi, akár intézményi formában működik.”* A szervezetek közigazgatási intézmények, közcélú testületek és közcélú vállalkozások is lehetnek. (PUKLI P. 2002)

VAMOS D. definíciója alapján, HORVÁTH F. (2002) a közszolgáltatásokat két csoportra, közüzemi és közintézményi szolgáltatásokra bontja. A közüzemi szolgáltatások jellemzően kommunális és műszaki jellegű szolgáltatások, míg a közintézményi szolgáltatások megvalósítása kimondottan valamely humán jellegű szolgáltatások nyújtásával lehetséges, valamilyen személyhez kötött tevékenységet jelentenek. (HORVÁTH F. 2002)

A közüzemi és a közintézményi szolgáltatások jellemzői számos ponton eltérnek egymástól. Véleményem szerint ezen eltérések felismerése és számbavétele elengedhetetlen a közszolgáltatások helyes értelmezéséhez és a kutatás sikeréhez. A dolgozatomban szempontjából releváns aspektusokat a 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: A közüzemi és a közintézményi szolgáltatások eltérő jellemzői

Közüemi szolgáltatások	Közintézményi szolgáltatások
Az állami szolgáltatók privatizációja után, magán tulajdonban lévő szolgáltatók biztosítják.	Nagyrészt állami, önkormányzati tulajdonú szolgáltatók biztosítják.
Piaci szolgáltatások.	Nem-piaci szolgáltatások.
A szolgáltatás elérhetősége lokális adottságoktól függ. (perifériás területeken kiépítetlen hálózat)	A szolgáltatás elérhetősége lokális ponthoz nem köthető.
A fogyasztó és a szolgáltató között szerződéses, polgári jogviszony áll fenn.	A fogyasztóknak alkotmányos alapjoga a szolgáltatás igénybevétele. ⁴
A fogyasztó közvetlenül fizet az igénybe vett szolgáltatásért.	Az állam különböző jogcímenek történő elvonásokból finanszírozza. (adók és járulékok)
Az elfogyasztott mennyiség és a fizetett díj arányban áll egymással.	A fogyasztás és a finanszírozás térben és időben elválik egymástól. Hitelezett fogyasztásról beszélhetünk.
A szolgáltatások árazására az államnak kevés ráhatása van.	A szolgáltatásokat az állam árazza be.

Forrás: HORVÁTH F. (2002) megállapításai alapján a szerző összeállítása

Az egyes csoportokba tartozó szolgáltatástípusokat az 2. táblázat szemlélteti:

2. táblázat: A közszolgáltatások csoportosítása

Közüemi szolgáltatások	Közintézményi szolgáltatások
Energiaellátás	Közoktatás
Közműves ivóvíz- és csatornaszolgáltatás, valamint a csapadékvíz elvezetése	Kulturális közszolgáltatások
Közlekedés	Egészségügyi ellátás
Hírközlés és postai szolgáltatás	Szociális ellátás
Köztemetők fenntartása és üzemeltetése	
Települési hulladék gyűjtése, szállítása és kezelése	
Közterületek tisztántartása	
Zöldterületek, parkok fenntartása és kezelése	
Kéményseprési és tüzeléstechnikai szolgáltatások	
Távhőszolgáltatás	
Szociális bérlakások fenntartása	

Forrás: A www.tamop.ofe.hu alapján a szerző összeállítása

⁴ Magyarország Alaptörvénye. XIX. Cikk (1) és (2) bekezdés

Az egészségügyi szolgáltatások tehát a legtöbb meghatározás alapján a közszolgáltatások körébe tartoznak. Dolgozatom további fejezeteiben a közintézményi szolgáltatások ezen típusával foglalkozom.

3. Az egészségügyi szolgáltatások alapvető finanszírozási–gazdálkodási kérdései

Napjainkban az egészségügyi szektor jelentősége minden országban, így Magyarországon is kiemelkedően nagy. A fejlett országok GDP-jük közel 10%-át fordítják az egészségügy finanszírozására, Magyarországon ez az arány jóval kisebb – 5-6% között van-, de így is jelentősnek mondható. A szektorban foglalkoztatottak aránya szintén magas, 4-5 % körül mozog. (ESKI és KSH 2010) Az ágazat jelentőségét tovább növeli, hogy az egészségügyi kiadások növekedési üteme meghaladja az országok bruttó nemzeti össztermékének (GDP) növekedési ütemét, melynek számos, könnyen belátható oka van. (TÖLGYESI A. 2009)

Európa demográfiai helyzetének alapvető és legfontosabb jellemzője az előregedő társadalom⁵, mely többek között az egészségügyi szolgáltatások fokozottabb igénybevételét eredményezi. Ezt a jelenséget fokozza az egészség fogalmának felértékelődése, melynek következtében az emberek gyakrabban fordulnak orvoshoz akár egészség megőrzési, tanácsadási céllal. Továbbá általánosságban nőtt a fogyasztók szolgáltatási színvonallal kapcsolatos elvárása, mely természetesen kiterjed az egészségügyi szolgáltatásokra is. Ez folyamatos fejlesztési és innovációs tevékenységet kíván meg a szektor intézményeitől, mely szintén növeli a ráfordítások összegét. (TÖLGYESI A. 2009)

Az egészségügyi szektor tehát több szempontból is kiemelkedő jelentőséggel bír, így mindenképp stratégiai ágazatnak kell tekintenünk. Az államokat sújtó pénzügyi nehézségek ellenére a szektor finanszírozási összegeinek csökkentése hiba volna, így az államoknak arra kell törekedniük, hogy intézményeiket minél hatékonyabban és gazdaságosabban üzemeltessék.

Magyarországon az egészségügyi rendszer szerkezete a rendszerváltásig centralizált volt. Törvény garantálta minden állampolgár számára az ingyenes és teljes körű, az elérhető legmagasabb színvonalú ellátást. Ennek ellenére a gyakorlatban a minőségi szolgáltatások biztosítása mellett a hatékonyságot és a célszerűséget sem sikerült megvalósítani. (TÖLGYESI A. 2009)

⁵ Az idős korosztály létszáma jelentős növekedést mutatott az elmúlt 20 év alatt az Európai Unióban. 1991-ről 2011-re a munkaképes korú lakosság aránya (66,8 %) a teljes lakossághoz viszonyítva gyakorlatilag nem változott, míg az időskorúak (65+) aránya 13,9-ről 17,5 százalékra nőtt. (2. melléklet)

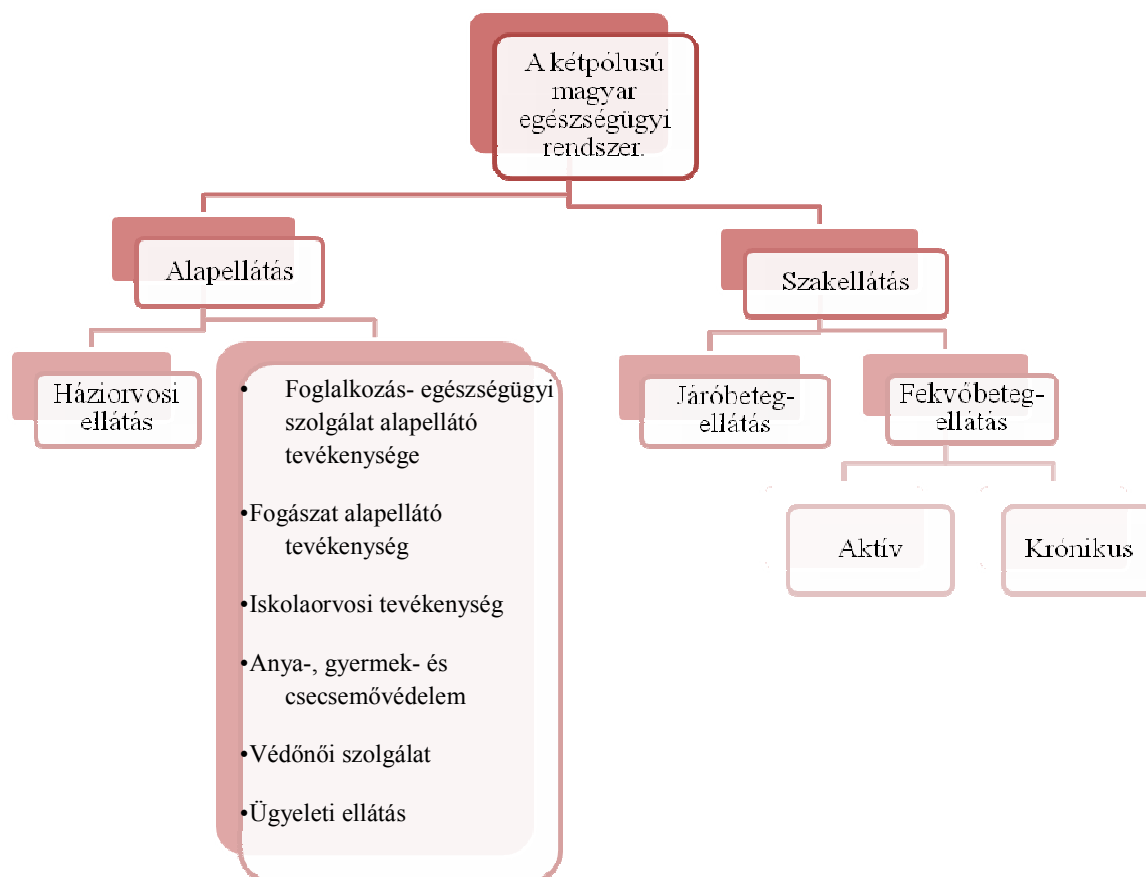
Az egészségügy újrastrukturálásának szükségét a rendszerváltást követően ismerték fel és egy hosszabb előkészítési folyamatot követően 1993-ban került bevezetésre a Homogén Betegségcsoportokon alapuló rendszer. Az esetátalányos finanszírozási technikát alkalmazó, hatékony működést célzó rendszer az amerikai DRGs (Diagnosis-Related Groups) rendszer hazai leképezése. (DÓZSA Cs. 2010) A rendszer felépítését és működésének és finanszírozásának alapelveit a hazai egészségügyi rendszer értelmezésén keresztül mutatom be.

A magyar egészségügyi szektor 1993-tól társadalombiztosítási rendszeren alapul. A munkavállalók és a munkáltatók kötelezően járulékot fizetnek, ezek adják a szektor forrásainak legnagyobb részét. A járulékokat a központi költségvetés, a helyi önkormányzatok⁶ és kis részben magántőke egészítik ki. A forrásokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezeli, tehát a „fogyasztók” helyett, az általuk igénybevett egészségügyi szolgáltatásokért közvetlenül az OEP fizet. (Tölgyesi A. 2009)

Az 1990-es években végbement átszervezés során alapvető szempont volt, hogy az egészségügyi szolgáltatók a nyújtott szolgáltatás arányában jussanak erőforráshoz, tehát a „pénz kövesse a beteget”. (DÓZSA Cs. 2010) A WHO ajánlására az egészségügyet kétpólusú ellátássá szervezték át. Az 1993. július 1-én életbe lépett ellátási rendszert az 1. ábra szemlélteti.

⁶ A 2011. évi CLXXXIX. Törvény 13. § (1) A helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladatok különösen: településfejlesztés, településrendezés; településüzemeltetés, a közterületek, valamint az önkormányzat tulajdonában álló közintézmény elnevezése; **egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások**; környezet-egészségügy, óvodai ellátás; kulturális szolgáltatás, különösen a nyilvános könyvtári ellátás biztosítása; filmszínház, előadóművészeti szervezet támogatása, a kulturális örökség helyi védelme; a helyi közművelődési tevékenység támogatása; szociális, gyermekjóléti szolgáltatások és ellátások; lakás- és helyiséggazdálkodás; a területén hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítása; helyi környezet- és természetvédelem, vízgazdálkodás, vízkárelhárítás; honvédelem, polgári védelem, katasztrófavédelem, helyi közfoglalkoztatás; helyi adóval, gazdaságszervezéssel és a turizmussal kapcsolatos feladatok; a kistermelők, őstermelők számára – jogszabályban meghatározott termékeik – értékesítési lehetőségeinek biztosítása, ideértve a hétfégi árusítás lehetőségét is; sport, ifjúsági ügyek; nemzetiségi ügyek; közreműködés a település közbiztonságának biztosításában; helyi közösségi közlekedés biztosítása; hulladékgazdálkodás; távhőszolgáltatás; víziközmű-szolgáltatás, amennyiben a víziközmű-szolgáltatásról szóló törvény rendelkezései szerint a helyi önkormányzat ellátásért felelősnek minősül.

1. ábra: A magyar egészségügyi rendszer felépítése



Forrás: Saját szerkesztés

Az Egészségtudományi Fogalomtár szerint az alapellátás az a lakosság-közei ellátási forma, amely az általánosan igénybe vett "alap" (nem szak) ellátásokat biztosítja.⁷ Az alapellátások körébe tartozó legfontosabb szolgáltatás a háziorvosi ellátás, de ahogyan az 1. ábra is mutatja számos más szolgáltatástípus is ebbe a kategóriába tartozik. Mivel kutatásom kizárólag a kórházi ellátásokra fókuszál, az alapellátásokkal részletesen nem foglalkozom.

A szakellátás olyan magas erőforrás-igényű szolgáltatásokat foglal magában, melyeket specialisták nyújtanak különböző betegcsoportok ellátására (Egészségtudományi Fogalomtár). Szakellátás esetén beszélhetünk járó- és fekvőbeteg ellátásról, melyek működése

⁷ Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

és finanszírozása jelentősen eltér egymástól. Az 1997. évi az egészségügyről szóló CLIV. törvény alapján „*az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás*”. A járóbeteg-szakellátás keretein belül végezhető kórházi ellátást kiváltó ellátások: kizárólag az egynapos sebészet, a nappali kórházi ellátás és az otthoni szakápolás. (Egészségtudományi Fogalomtár)⁸

Az 1998-ban, német mintára kialakított rendszerben minden beavatkozásnak van egy egyedi pontértéke, mely három tényezőtől függ: az ellátás (1) költségigényétől, (2) időigényétől és (3) nehézségétől. A finanszírozási összeg meghatározása az elvégzett beavatkozások pontszámának összegzésével majd annak aktuális pontértékkel való megszorzásával történik. (TÖLGYESI A. 2009)

A klinikán, kórházban, szanatóriumban, szakápolási intézményben és fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben végzett minden esemény fekvőbeteg szakellátásnak minősül. Az ellátás során a biztosítottat az intézménybe legalább 24 órára, nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órára felvették.⁹ A fekvőbeteg-ellátáson belül megkülönböztetünk aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátást.

A krónikus fekvőbeteg-ellátás „*célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve – amennyiben lehetséges (pl. rehabilitáció) – helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú*”.⁷ Az ide sorolható szolgáltatások finanszírozása az ellátó intézményekben töltött napok száma és az előre meghatározott fix napidíj alapján történik. (TÖLGYESI A. 2009)

Az aktív fekvőbeteg-ellátás minősülnek azon gyógyító, megelőző, rehabilitáló tevékenységek, melyek fekvőbeteg-ellátó intézményben történnek, illetve időtartamuk rövid, előre tervezhető. Az ellátás során az orvos-szakmai tevékenysége a meghatározó, célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása vagy ha ez nem lehetséges, az állapot stabilizálása, szövődmények kialakulásának megakadályozása, stb”. (Egészségtudományi Fogalomtár) Az e kategóriában nyújtott szolgáltatások finanszírozása a HBCS-rendszeren keresztül történik.

Homogén Betegcsoportnak tekintjük a szakmai és gazdasági szempontból is azonos teljesítményértékű kórházi esetek csoportját. A rendszer a következő adatokból épül fel:

⁸ Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

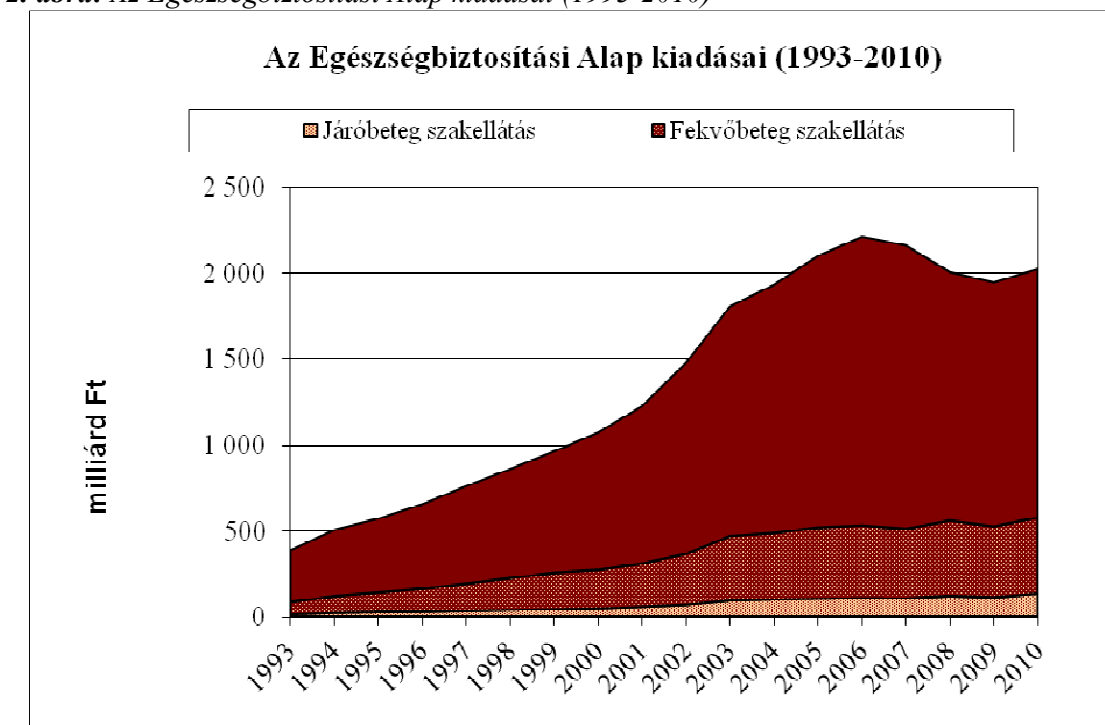
⁹ 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségügyi Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.

főcsoport megnevezése, diagnóziscsoport megnevezése, alsó határnap, felső határnap, normatív határnap és a csoportot jellemző súlyszám értéke (3. melléklet). (DÓZSA Cs. 2010)

A finanszírozási összeg a fekvőbeteg-ellátás országos aktív alapidójának, a kórházi esetek számának, valamint azok súlyszámainak szorzatából adódik. (TÖLGYESI A. 2009) Az alapidót az országos átlagok alapján, előre határozzák meg. Így azok a kórházak, amelyek az adott eset ellátását az arra jutó finanszírozási összegnél kisebb összegből meg tudják oldani, nyereséget termelnek, ellenkező esetben a veszteség kompenzálására egyéb forrást kell keresniük.

Az alapidó összege 2009-ig egy fix összeg volt, melyet adott időközönként korrigáltak. 2009 áprilisában lépett életbe a lebegő díjtételes finanszírozás, mely az előző év bázisteljesítményének a 70%-át az alapidó 100%-ával, míg a további teljesítményt havonta megállapított lebegő súlyszám értékkel finanszírozza. Ennek célja a kórházak hatékonyságának javítása, valamint a fekvőbeteg-ellátások dominanciájának csökkentése. (TÖLGYESI A. 2009)

2. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai (1993-2010)



Forrás: Saját készítés az ESKI adatai alapján

A 2. ábra jól szemlélteti a fekvőbeteg ellátások költségeinek kiemelkedően magas, folyamatosan növekvő arányát. Egyértelműen megállapítható, hogy a hazai egészségügyi rendszer – az európaihoz hasonlóan – kórház központú, a kiadások nagy része a kórházi

ellátások fedezetét szolgálja. Ez a tény egyértelműen alátámasztja a kórházak hatékonyságának és gazdaságosságának növelésére irányuló kutatások szükségességét.

4. Kihasztnálatlan egészségügyi kapacitások Győr térségében

Jelen fejezetben a vizsgált győri régió egészségügyi, azon belül is kórházi ellátó rendszerét vizsgálom, alapvetően két aspektusból. Elsőként a vizsgált régiót és kórházait helyezem el a térben, megvizsgálom azok elméleti vonzáskörzeteit több, relevánsnak tekinthető szempontból. A fejezet második részében az intézmények, illetve a térség egészségügyi szolgáltatási kapacitásait vizsgálom, a rendelkezésre álló betegforgalmi adatok alapján.

4.1. Határon átnyúló táj: Győr és vonzáskörzete

A táj egy olyan összetett fogalom, melyet egyszerre határoznak meg természeti, társadalmi és gazdasági tényezők. A tájnak nevezett informális területi egységet a domborzat, az éghajlat, a növénytakaró, a vízrajz jelöli ki, de a keretei között fejlődő társadalmi és gazdasági kapcsolatok teszik szerves egésszé a rajta élő emberek identitását, kultúráján, a települések szerkezetén, hálózatán, és a jellemző gazdasági tevékenységeken keresztül. Az egyes térségek fejlődési pályáját alapvetően táji beágyazottságuk, illetve ezeknek a történelmi zavartalansága határozza meg. (OCSKAY GY. – JASCHITZ M. 2010)

A történelmi Magyarország, tágabb értelemben a Kárpát-medence tájai és az azokat megjelenítő településhálózatot számos tényező alakította a történelem során. Míg kezdetben a természeti tényezők játszották a legfontosabb szerepet, évszázadokkal később, a 20. században többnyire politikai akaratok kerültek előtérbe. A világháborúkat követő időszakban a győztes nagyhatalmak geopolitikai érdekeiknek megfelelően újrarajzolták hazánk határvonalait, szétszabdálva ezzel a kialakult „komplex vonzáskörzeteket”. Ennek oka, hogy számos érvrendszer (geopolitikai- stratégiai, közlekedés- hálózati, gazdasági erőforrások birtoklására irányuló érvek) csapott össze egymással, azonban ezek közül egyik sem vette figyelembe a településhálózat kérdéseit, a város-vidék kapcsolatrendszerét. (HARDI T. 2009)

Ennek következtében a korábban kialakult térstruktúra (4. melléklet) jelentős változásokon ment keresztül: a mesterséges határvonalak számos nagyvárost és vonzáskörzetét választották szét, s alakítottak ki „városhiányos” területeket országszerte. Ilyen területek voltak például Észak-kelet Magyarországon Dél-Abaúj (Encs és Szikszó környéke), Nyugat-Bereg, Nyugat-Szatmár vagy Nyugat-Bihar Kassa, Beregszász, Szatmárnémeti vagy Nagyvárád elvesztésével. (HARDI T. 2009) Ezeken a területeken jobb

esetben új központok alakultak, rosszabb esetben komplex térségi hanyatlásnak lehettünk szemtanúi. (JASCHITZ M. 2010)

A 679 km hosszú, természeti és társadalmi értelemben is igen változatos szlovák-magyar határszakasz egyik legfőbb központja Győr. A város és tágabb értelemben vett vonzáskörzete, bár 1920-ig teljes egészében az Osztrák-Magyar Monarchia határain belül terült el, ma három különböző ország területéhez tartozik. (GANGL É. 2012) Ennek ellenére az osztrák – szlovák – magyar hármas határ által felosztott terület napjainkban Közép-Európa legdinamikusabban fejlődő térségei közé tartozik. (5. melléklet) MEZEI I. és TÓTH P. (2008) szerint a Pozsony körüli határszakasz, amely kezd betagozódni a Bécs—Pozsony—Győr régióba, igazi városrégióvá kezd válni.

A három főváros, Bécs, Pozsony és Budapest által uralt határon átnyúló régióban Győrnek különleges helyzete van: bár jelentősége jóval kisebb, mint a szomszédos fővárosoknak, az azok által meghatározott terület középpontjában terül el. A város tehát ebben, a nemzetközi léptékben egy belső nagyvárosi gyűrű része, azonban hazai viszonylatban, Debrecenhez és Szegedhez hasonlóan külső regionális központnak számít. A vidéki városok között a regionális központok azok, melyek alkalmasak az innováció adaptálására és továbbítására, térségük gazdaságszervezésére, kulturális és intézményi szerepkörök megjelenítésére. A 2005-ös OTK¹⁰ ilyen központként jelöli ki például Szegedet, Debrecen és Győrt is. (HARDI T. 2008)

Győr vezetésével kialakulóban van egy tájilag is egységes területi újraszerveződés, melyben Győr, mint központ, jelentős hatást gyakorol a köré szerveződő települések mindennapjaira. (GANGL É. 2012)

Dolgozatom további részében a Győr és szűkebb értelemben vett ellenpólusai – Mosonmagyaróvár, Somorja (Šamorín), Dunaszerdahely (Dunajská Streda) és Nagymegyer (Veľký Meder) – által meghatározott területtel foglalkozom. (3. ábra)

¹⁰ VÁTI Magyar Regionális Fejlesztési és Urbanisztikai Nonprofit Kft. – Országos Területfejlesztési koncepció 2005

3. ábra: A kutatás célterülete



Forrás: GANGL É. 2012

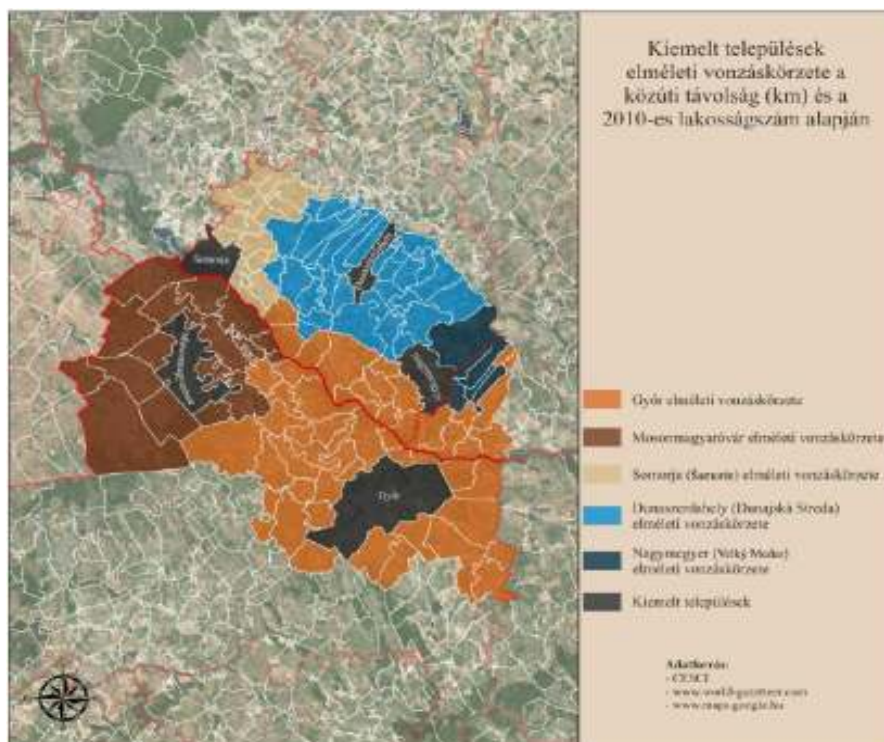
A terület 128 települést foglal magában (6. melléklet), melyek közül Győr egyértelműen kiemelkedik. A fent felsorolt ellenpólusok, bár rendelkeznek saját vonzáskörzettel, a városhierarchia egy alacsonyabb fokán állnak. A 4. ábra szemlélteti Győr és ellenpólusai, mint kiemelt települések elméleti vonzáskörzetét.

GANGL É. (2012) vonzáskörzet-vizsgálatainak alapját a gravitációs modellek képezik. A gravitációs modellek a szociálfizikai vagy egymásrahatási modellek legismertebb változatai, melyek általában két meghatározó elemen alapulnak: a vonzást kiváltó tömegben és a távolságon, melyeket egy meghatározott képlet állít összefüggésbe. Mindkét elem esetében alkalmazhatunk egyszerűbb és bonyolultabb mutatószámokat, például:

- vonzást kiváltó tömeg: lakosságszám, lakások száma, foglalkoztatottak száma, jövedelem, vagy faktoranalízissel meghatározott komplex mutató
- távolság: légi-, vasúti-, közúti közlekedés alapján meghatározott értékek, utazási költség vagy idő.

A gravitációs modellek alkalmazásának további technikai részleteivel dolgozatom keretein belül nem foglalkozom, a rendelkezésre álló számítások és ábrázolások teljes mértékben megfelelnek a kutatásom igényeinek, így a dolgozatomban a GANGL ÉVA által végzett vonzáskörzet lehatárolást veszem alapul.

4. ábra: Kiemelt települések elméleti vonzáskörzete a közúti távolság és a lakosságszám alapján



Forrás: Gangl É. 2012

A 4. ábra a csomópontként kijelölt településeket és elméleti vonzáskörzetüket ábrázolja, a közúti távolságok és a 2010-es lakosságszám alapján. Bár az alkalmazott mutatószámok egyszerűek, a távolságot leképező indikátor miatt mégis alkalmasak lehetnek a valósághoz közeli állapot leképezésére. Az úthálózatokat az egyes csomópontokat összekötő folyosóknak tekinthetjük, melyek jól mutatják a térségben kialakult mozgásirányokat. A térkép színezése egyértelműen szemlélteti Győr régió belüli meghatározó szerepét. A város vonzáskörzete nem csak Magyarország területére terjed ki, a régió szlovákiai részén fekvő, határ menti települések is a győri gyűrű részét képezik, viszont Somorja vonzáskörzete, közvetlen határ menti fekvése ellenére sem nyúlik át az országhatáron, melynek oka a közlekedési infrastruktúra hiánya, a közúthálózat az érintett határszakaszon igencsak hiányos, ami megnehezíti az észak-déli irányú közlekedést. (GANGL É. 2012)

A kiemelt települések vonzáskörzetének vizsgálatára számos további lehetőség adódik, azonban ezek nem kapcsolódnak közvetlenül a kutatásom témájához. Ezzel szemben dolgozatom következő részében olyan modelleket szeretnék bemutatni, melyek alkalmasak a vizsgált kórházak és ellátási területük meghatározására.

4.2. A térség kórházainak térbeli helyzete

Kutatásom a térség négy legfontosabb kórházára irányul: a győri Petz Aladár megyei Oktató Kórházra, a mosonmagyaróvári Karolina Kórház és Rendelőintézetre, a somorjai Poliklinika Šamorínra, illetve a dunaszerdahelyi Nemocnica s poliklinikou¹¹.

A győri Petz Aladár megyei Oktató Kórház előde volt a térség első egészségügyi intézménye. Az ispotály alapkövét 1749 októberében rakták le, majd 1750 novemberétől, Szentháromság Kórház néven fogadta a térség szegényeit. Több mint 100 évvel később, 1860-ban, egy kolostor átalakításával létesítették a mosonmagyaróvári Karolina Kórházat, mely Karolina császárné után kapta a nevét. Az egészségügyi ellátás fejlődésével és az iránta való kereslet növekedésével párhuzamosan az intézmények folyamatosan bővültek. A Szentháromság Kórház új épületének munkálatait 1844-ben kezdték, míg Mosonmagyaróváron az 1910-es években készült el a Karolina Kórház önálló tüdőgyógyászati épülete. (az intézmények honlapja)

A mai dunaszerdahelyi kórház mindössze 1960-ban nyitotta meg kapuit, mely egybeesik a település újbóli várossá nyilvánításával.¹² Azóta folyamatos fejlesztések és bővítmények növelik az intézmény kapacitását és befogadóképességét. 2001-ig az egész kerület egészségügyi szolgáltatásaiért a kórház felelt, ma a kisebb szolgáltatók a helyi önkormányzatok kezében vannak. (www.nemocnicads.sk/)

Az 1900-as évek második felében átnevezett Petz Aladár megyei győri Oktató Kórház jelentősebb fejlesztése és modernizálása az 1970-es években indult meg, azóta a térség kiemelt kórháza, országos hatókörrel rendelkezik és részt vesz a szakorvosképzésben. A somorjai intézet a térség legkisebb jelentőséggel bíró intézménye, az alapításáról szóló adatok nem álltak rendelkezésre. (www.petz.gyor.hu)

A vonzaskörzet vizsgálatok során alkalmazható mutatószámok köre a kórházak esetében is igen széles. A távolság kifejezésére, a rendelkezésre álló modellek közül, ebben az esetben a közúti, az autóbusz távolságot választottam. GANGL É. (2012) ezen távolságok kifejezésére három megközelítést alkalmaz: a kilométerben mért távolságot, a percben mért időtávolságot és a közvetlen tömegközlekedési járatok számában mért távolságot.

¹¹ A kiemelt csomópontok közül Nagymegyeren nincs kórház.

¹² Dunaszerdahely a világháborúk során lakossága jelentős részét elvesztette, így a város veszített korábbi jelentőségéből. A háborúk utáni új helyzet beálltával azonban újra fejlődési pályára állt, Pozsony tágabb vonzaskörzetének részeként.

A súlyszámokat illetően az előbbieken is alkalmazott lakosságszám kiegészül két további mutatószámmal: a kórházi ágyak számával és egy egyedi, a szerző által előállított komplex súlyszámmal, mely a következőképp állítható elő:

$$S = N * K,$$

ahol N a települések lakosságszámát jelöli, míg K a következő képlettel számolható ki:

$$K = \frac{\left(\left(\frac{B}{B_{GY}} \right) * 100 \right) + \left(\left(\frac{H}{H_{GY}} \right) * 100 \right)}{2},$$

ahol B a kórházi ágyak számát, B_{GY} a győri kórház ágyainak számát, míg H a kórházi osztályok lehetséges számát jelöli ($H=48$). Ezzel a képlettel egy olyan komplex mutatószám állítható elő, melynek segítségével egy, a valóságot jól tükröző modell keletkezik. (GANGL É. 2012)

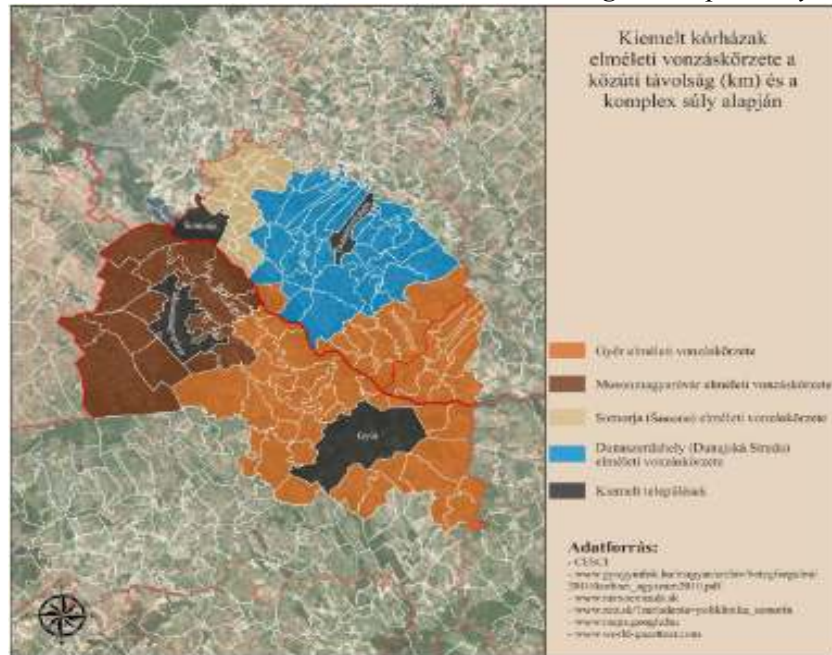
Az 5. ábra, illetve az 7. melléklet ábrája a kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzetét mutatja a közúti távolság és a komplex súly, illetve a kórházi ágyak számának függvényében. Mindkét ábráról jól leolvasható, hogy a Petz Aladár megyei Oktató Kórház méretében jelentősen meghaladja a másik három kórházat. Megállapítható, hogy a komplex súlyt használva, a győri kórház lefedi a régió teljes keleti részét, a határvonaltól függetlenül. Az előző, 4. ábrával összehasonlítva látható, hogy Nagymegyer teljes vonzáskörzete az országon belüli dunaszerdahelyi helyett, a győri régió része lett.

A 6. ábra szemlélteti a kiemelt kórházak hipotetikus vonzáskörzetét az autóbusz-távolság és a komplex súly alapján. A kilométerben mért autóbusz távolság, így a közösségi közlekedési viszonyok bevonásával egy új, árnyaltabb képet mutató modell jön létre. Látható, hogy Győr határon átnyúló vonzáskörzete jelentősen csökkent, melynek oka az észak-déli irányú, Magyarországot és Szlovákiát összekötő autóbuszjáratok hiánya. Ennek ellenére továbbra is több mint 10 település, köztük Nagymegyer is a győri gyűrű részét képezi. Ennek oka, hogy bár a közösségi közlekedés nyújtotta lehetőségek kedvezőbbek Dunaszerdahely irányába, a győri Petz Aladár megyei Oktató Kórház mérete és kapacitása sokkal nagyobb, mint a szlovák intézményé.

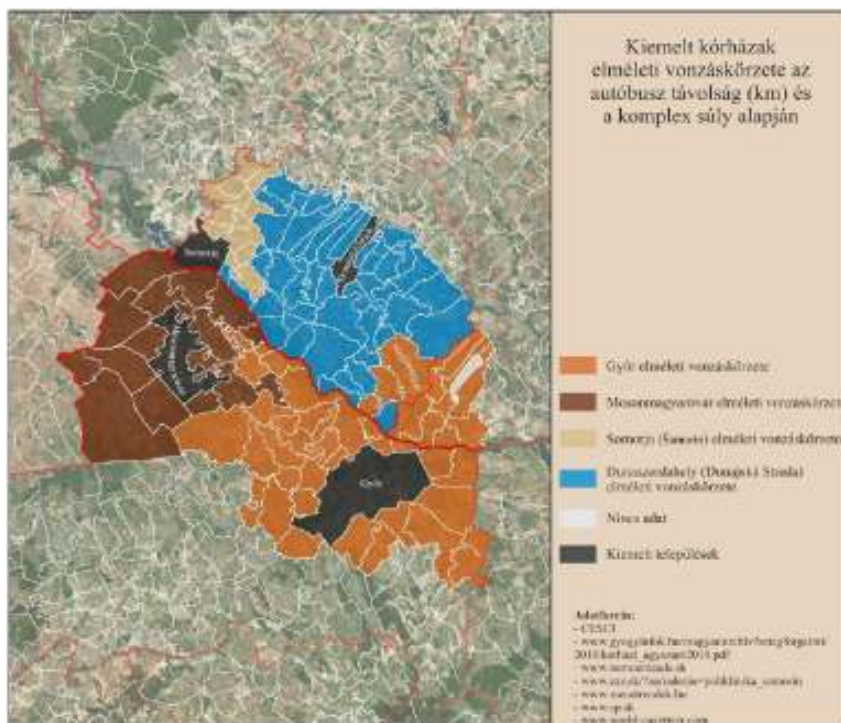
A megfelelő autóbusz-közlekedés mindössze egyetlen település esetében kompenzálja a győri kórház súlyát: Kľúčovec, mint egy sziget emelkedik a ki a környező települések közül és alkotja Dunaszerdahely vonzáskörzetét. Érdekesség, hogy térképen szürke színnel jelölt településről, Lipovéről egyik kiemelt központba sem lehet autóbusszal közvetlenül eljutni. Ez

azt jelzi, hogy a település egyértelműen Nagymegyer vonzáskörzetébe tartozik. (Gangl É. 2012)

5. ábra: Kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzete közúti távolság és komplex súly alapján



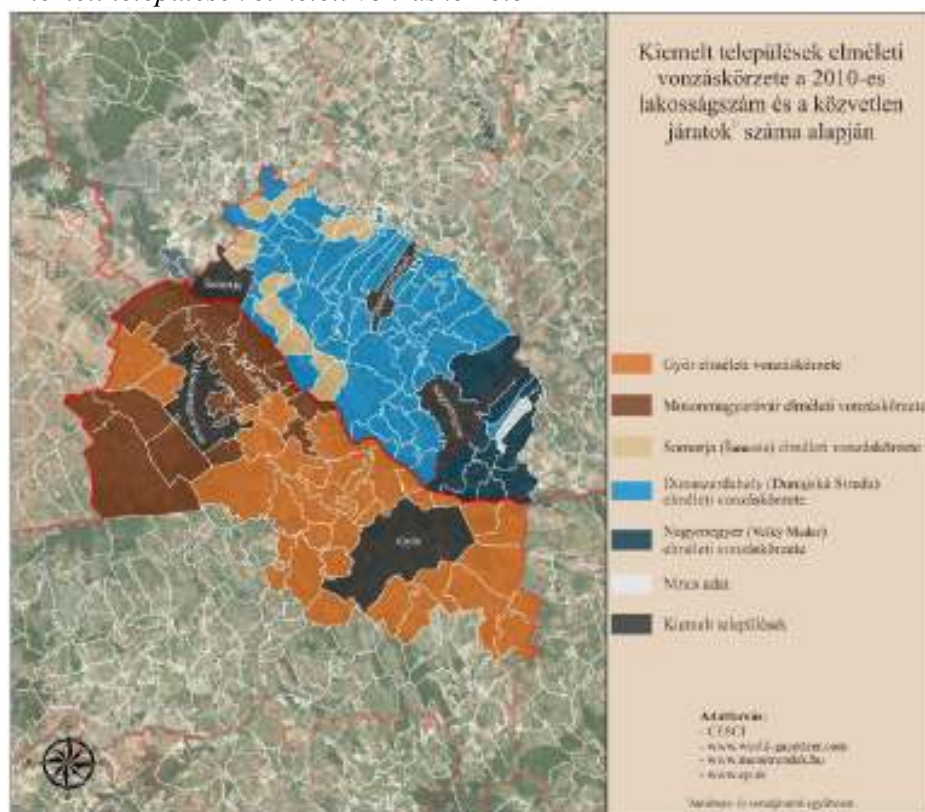
6. ábra: Kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzete az autóbussz távolság és a komplex súly alapján



Forrás: Gangl É. 2012

A 7. ábra a kiemelt települések elméleti vonzaskörzetét ábrázolja a lakosságszám és a közvetlen járatok száma alapján. GANGL. É (2012) fontosnak tartotta megvizsgálni, hogy egy adott napszakban¹³ hány darab közvetlen járat¹⁴ üzemel a települések és a kiemelt központok között. Ez a megközelítés a tér egy olyan absztrakt formáját hozza létre melyben két település annál közelebb van egymáshoz, minél több járat közlekedik közöttük.

7. ábra: Kiemelt települések elméleti vonzaskörzete



Forrás: Gangl É. 2012

Az ábra jól mutatja, hogy a határ - ezeket a szempontokat vizsgálva – teljes mértékben elválasztja a két országot. Győr határon túli vonzaskörzete teljes mértékben eltűnt, ebben az esetben a települések egy része a dunaszerdahelyi, másik része pedig a nagymenyesteri gyűrű részét képezi, mely szintén egyértelműen mutatja a határon átnyúló tömegközlekedés hiányát. Ami a vasútvonalakat illeti mindössze két, egymással párhuzamos, nyugat-keleti irányú vonal működik a térségben, tehát ebben az esetben nem beszélhetünk határon átnyúló

¹³ A szerző egy szerdai nap reggel 5 és déli 12 óra között közlekedő közvetlen járatok számát vette alapul. Ennek oka, hogy vélhetően ebben az időszakban maximális az utasforgalom, így a működő járatok száma.

¹⁴ A „közvetlen járatok száma” mutatószám ebben az esetben a rendelkezésre álló autóbusz- és vonatjáratokat is magában foglalja.

szolgáltatásokról. Az autóbuszok esetében léteznek az észak-déli áramlást lehetővé tevő járatok, azonban számuk eltörpül az országon belüli járatok mellett. Győr Mosonmagyaróváron túl nyúló vonzaskörzetét az M1-es autópálya futása biztosítja.

Az utóbbi ábra bár nem a kórházak hipotetikus vonzaskörzetével foglalkozik, fontosnak tartottam a számba vételét. Jelentőségét abban látom, hogy jól árnyalja az 5. és 6. ábra által nyújtott képet: a győri kórház méretéből, kapacitásából adódó súlyának és határon átnyúló potenciáljának kihasználhatósága az észak-déli irányú tömegközlekedés hiánya mellett kérdésessé válik.

A fenti ábrák mindegyikét fenntartásokkal kell kezelnünk, hiszen csak két-két aspektust vesznek figyelembe. A távolságokat és a súlyként használt kórházi kapacitásokat modellező mutatószámokat is sokféle módon megválaszthatjuk. Ezek a mutatószám változatok mindig egy kiemelt szempont szerint ábrázolják a valóságot, melyek önmagukban ritkán alkalmazhatók, valódi jelentésük a többi, hasonló fókuszú mutatószám összevetése mellett rajzolódik ki. A távolságok mérésének sokszínűsége már kiderült ebből a fejezetből, míg a kórházi kapacitások kimutatására alkalmazható egyszerűbb és komplexebb indikátorok köre a következő fejezetben kerül bemutatására.

4.3. A vizsgált térség kórházi kapacitásainak elemzése

Dolgozatom ezen fejezetében a vizsgált terület kórházainak belső adottságait, rendelkezésre álló kapacitásait vizsgálom, annak érdekében, hogy felmérjem a térségi hálózatban rejlő esetleges párhuzamosságokat, duplikációkat. A vizsgálathoz a következő indikátorokat alkalmaztam:

- Az intézményekben működő szakmák száma,
- Az intézményekben működő ágyak száma,
- Az intézményekben ellátott betegek száma,
- Átlagos ápolási idő,
- Az ápolási napok száma,
- Ágykihasználási arány,
- Ágyforgó.

1. Az intézményekben működő szakmák

Megvizsgáltam, hogy az érintett kórházakban mely fekvőbeteg ellátással (is) foglalkozó szakmák működnek, az eredményeket a 3. táblázat szemlélteti. Az előző fejezettel párhuzamosan, egyértelműen látszik, hogy a 23 szakmát működtető Petz Aladár megyei Oktató Kórház a térség legjelentősebb intézménye, magasan kiemelkedik a másik három, együttesen 23 szakmát működtető kórház közül.

3. táblázat: Az intézményekben működő szakmák száma (2010)

	Szakma megnevezése	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina Kórház és Rendelőintézet	Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.	Poliklinika Šamorín
Aktív osztályok	Sebészet	x	x	x	
	Traumatológia	x	x		
	Szülészet-nőgyógyászat	x	x	x	
	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	x	x	x	
	Belgyógyászat	x	x	x	x
	Tüdőgyógyászat	x	x		
	Kardiológia		x		x
	Fül-orr-gégész	x		x	
	Szemészet	x		x	
	Bőr- és nemibeteg	x			
	Ideggyógyászat	x		x	
	Ortopédia	x			
	Urológia	x			
	Onkológia, onkoradiológia	x		x	
	Fog- és szájszész	x			
	Reumatológia	x			
	Intenzív betegellátó	x	x		
	Fertőző betegellátó	x			
	Elmegyógyászat	x			
	Geriátria			x	
	Endokrinológia				x
Krónikus osztályok	Elmegyógyászat	x			
	Tüdőgyógyászat	x			
	Utókezelő	x	x		
	Rehabilitációs osztály	x	x	x	x
	Tartós ápolás	x	x		
	Összes osztály száma	23	11	8	4

Forrás: A szerző saját szerkesztése az ESKI, a szlovák National Health Information Centre, illetve az intézmények honlapja alapján

A mosonmagyaróvári Városi Karolina Kórház és Rendelőintézet esetében fontosnak tartom kiemelni, hogy az intézmény két mátrixba szervezi a szakmai egységek többségét: a sebészeti típusú mátrix egység keretein belül működik a sebészeti, traumatológiai, illetve szülészeti-nőgyógyászati szakmai egység, míg a belgyógyászati típusú mátrix egység tömöríti

a csecsemő- és gyermekgyógyászati, belgyógyászati, tüdőgyógyászati és kardiológiai egységet.

A táblázat szerint mindössze két szakma, a belgyógyászat és a rehabilitációs osztály működik mind a négy vizsgált intézmény keretein belül, és további három, a sebészeti, a szülészeti- nőgyógyászati és a csecsemő- és gyermekgyógyászati osztály működik a somorjain kívül mindhárom kórházban.

4. táblázat: Az intézményekben működő ágyak száma (db) szakmánként (2010)

Szakma megnevezése	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina Kórház és Rendelőintézet	Nemocnica s poliklinikou Dunajská Streda, a.s.
Sebészet	163	30	85
Traumatológia	95	15	
Szülészeti-nőgyógyászat	80	25	70
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	65	15	30
Belgyógyászat	203	38	95
Tüdőgyógyászat	30	15	
Kardiológia		22	
Fül-orr-gégészeti	20		20
Szemészet	16		5
Bőr- és nemibeteg	18		
Ideggyógyászat	47		42
Ortopédia	26		
Urológia	25		
Onkológia, onkoradiológia	73		n.a.
Fog- és szájsebészeti	14		
Reumatológia	36		
Intenzív betegellátó	18	7	
Fertőző betegellátó	18		
Elmegyógyászat	94		
Geriátria			60
Aktív ágyak száma	638	82	222
Elmegyógyászat	201		
Tüdőgyógyászat	15		
Utókezelő	40	53	
Rehabilitációs osztály	71	63	23
Tartós ápolás	75	25	
Krónikus ágyak száma	402	141	23
Összes kórházi ágy	1040	223	245

Forrás: A szerző saját szerkesztése az ESKI, a szlovák National Health Information Center, illetve az intézmények honlapja alapján

2. Az intézményekben működő ágyak száma

A vizsgált kórházakban, az egyes szakmákban működő ágyak számát szemlélteti a 4. táblázat. A győri intézmény fölénye ebben az esetben is egyértelműen látszik, több mint négyszer annyi ágygal rendelkezik (1040 ágy), mint a másik két intézmény (223, 345 ágy). A somorjai kórházra nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok, így a további vizsgálatokba ezt az intézményt nem tudtam bevonni.

3. Az intézményekben ellátott betegek száma

A vizsgált intézményekben, az egyes szakmákban egy év alatt ellátott betegek számát az 8. melléklet táblázatának első része számszerűsíti. A magyarországi kórházak esetében az adatok pontos, mért adatok, míg dunaszerdahelyi intézmény esetében, szakmánkénti bontásban csak becsült, míg az intézményre mért adatok állnak rendelkezésre. Ez okozza, hogy az aktív és krónikus ellátásban részesültek összege nem egyenlő az összes ellátott beteg számával.

Módszertani szempontból fontos, hogy az adatok az adott szakmában ellátott betegek számát mutatják, tehát ha a beteget több szakma részesítette ellátásban, az minden érintett szakma értékében megjelenik.

Véleményem szerint az adatok abszolút értékének vizsgálata ebben az esetben felesleges, de a rendelkezésre álló kapacitással való összehasonlítása egy nagyon fontos indikátorhoz, az átlagos ápolási időhöz vezet.

4. Átlagos ápolási idő

Az átlagos ápolási idő megmutatja az egy főre jutó ápolási napok átlagos számát. A mutató a következő képlettel állítható elő:

$$\text{Átlagos ápolási idő (nap)} = \text{teljesített ápolási napok száma} * \text{elbocsátott betegek száma}$$

Értéke nagymértékben függ a vizsgált részleg jellégétől, más-más ápolási idő jellemzi az egyes szakmákat. A vizsgált intézmények egyes szakmáira vonatkozó értékeket az 8. melléklet táblázata mutatja. Általánosságban elmondható, hogy a dunaszerdahelyi kórház értékei rendszerint alacsonyabbak, mint a két magyar intézmény jellemző adatai, azonban

fontos megjegyezni, hogy a szlovák kórház esetében nem álltak rendelkezésre pontos, az intézményre jellemző adatok, így az országos átlagokat vettem alapul.

5. *Az ápolási napok száma*

A teljesíthető ápolási napok száma megmutatja, hogy az egyes szakmák egy adott évben, - jelen esetben 2010-ben, a működő ágyak alapján, elvileg hány napon álltak a betegek rendelkezésére. Az elérhető adatokból a következő képlettel állítottam elő a 8. melléklet táblázatában olvasható adatokat:

$$\text{Teljesíthető ápolási napok száma} = \text{Ágyszám} * 365 \text{ nap}^{15}$$

Ennek következtében az említett táblázat ezen oszlopában található adatok teljesen egybevágóak a rendelkezésre álló ágyak számával. A mutató számítása ennek ellenére fontos, mert összevetve a ténylegesen teljesített ápolási napok számával, az ágykihasználási arányhoz jutunk.

6. *Ágykihasználási arány*

Az ágykihasználási arány megmutatja, hogy a rendelkezésre álló ágyszám kapacitás, adott időszakban, milyen mértékben volt ténylegesen kihasználva.

$$\text{Ágykihasználási arány (\%)} = \text{Teljesített ápolási napok száma} / \text{Teljesíthető ápolási napok száma}$$

Jelen esetben a teljesített ápolási napok száma nem állt rendelkezésre, így az adatokat az elbocsátott beteg száma és az átlagos ápolási idő értékei alapján állítottam elő:

$$\text{Teljesített ápolási napok száma} = \text{elbocsátott betegek száma} * \text{átlagos ápolási idő}$$

Az 5. táblázat első részében olvasható adatok elég nagy változatosságot mutatnak, az értékek 16-110 % között szóródnak. A győri onkológia és onkoradiológia esetén a kúraszerű

¹⁵ Amennyiben lettek volna olyan napok, mikor fejlesztések, rekonstrukció, stb... miatt az adott szakma nem fogadott volna betegeket, ezt a számot csökkenteni kellett volna.

ellátásként finanszírozott kemoterápiás esetek torzítják az ágykihasználási mutatókat. (ESKI 2010)

DÓZSA Cs. (2010) kifejti, hogy nemzetközi viszonylatban a referenciaszámként kezelt, átlagosnak tekinthető érték 80%, mely biztosítja a hatékony működést és a minőségi ellátást. A 8. ábra jól szemlélteti, hogy a győri Petz Aladár kórház szakmáinak értéke nagyrészt nem éri el a 80%-os küszöbértéket, de a 23 szakmából 9 esetében az érték 61 és 80% közé esik. További 7 szakma esetében az ágykihasználási arány 41 és 60% között van és 5 szakma esetében az érték nem éri el a 40%-ot, ami jelentős felesleges kapacitás létét feltételezi.

5. táblázat: Az intézményekben mért ágykihasználási arány és ágyforgó (2010)

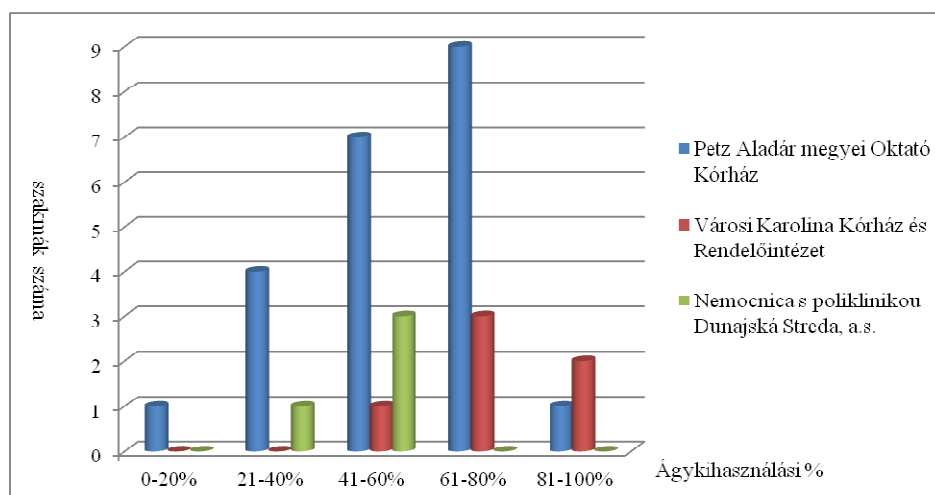
Szakma megnevezése	Ágykihasználási %			Ágyforgó (fő/ágy)		
	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.
Sebészet	54,04	61,77	41,90	34,07	52,43	29,41
Traumatológia	71,04			42,37		
Szülészeti-nőgyógyászat	57,39		n.a.	57,55		n.a.
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	70,19	70,60	37,39	44,09	36,50	29,03
Belgyógyászat	59,45		56,06	27,68		28,42
Tüdőgyógyászat	75,45			34,00		
Kardiológia						
Fül-orr-gégészeti	67,12		n.a.	35,10		n.a.
Szemészet	26,20		n.a.	79,69		n.a.
Bőr- és nemibeteg	16,65			5,44		
Ideggyógyászat	61,84		43,44	26,11		21,43
Ortopédia	52,27			19,08		
Urológia	60,01			54,76		
Onkológia, onkoradiológia	109,60			84,22		n.a.
Fog- és szájsebészet	24,26			20,79		
Reumatológia	38,79			10,39		
Intenzív betegellátó	71,57	44,70		33,28	27,29	
Fertőző betegellátó	22,14			8,89		
Elmegyógyászat	72,57			17,95		
Geriátria			n.a.			n.a.
Aktív betegell. oszt. együtt				59,74	87,15	36,81
Elmegyógyászat	58,56			7,19		
Tüdőgyógyászat	46,10			12,40		
Utókezelő	72,19	72,07		12,65	9,00	
Rehabilitációs osztály	84,85	95,25	n.a.	23,27	15,40	n.a.
Tartós ápolás	79,53	85,07		4,15	2,92	
Krónikus osztályok együtt				10,20	10,78	n.a.
Összesen	64,07	74,47	56,80	40,59	38,86	50,40

Forrás: A szerző saját szerkesztése az ESKI, a szlovák National Health Information Centre, illetve az intézmények honlapja alapján

A Városi Karolina Kórház esetében számolt értékek egy szűkebb tartományban, 41 és 100 % között szóródnak, ami első látásra pozitívnak tűnhet. Azonban észre kell vennünk, hogy a 6

szakmából 2 meghaladja a 81%-ot, ami a kiemelkedő hatékonyság mellett, a szolgáltatások alacsony színvonalát is feltételezheti. A dunaszerdahelyi intézmény esetében a mutató alacsony értékeket mutat, így ebben az esetben jelentős felesleges kapacitásokról beszélhetünk.

8. ábra: Az intézményekben működő szakmák ágykihasználási aránya



Forrás: A szerző szerkesztése az 5. táblázat alapján

7. Ágyforgó

Az ágyforgó megmutatja az egy adott időszakban, egy ágyra jutó betegek számát. Az 5. táblázat az intézmények 2010-re vonatkozó, szakmánkénti ágyforgó értékeit mutatja, melyeket a következő képlet segítségével állítottam elő:

$$\text{Ágyforgó} = \text{Elbocsátott betegek száma} / \text{ágyszám}$$

A magasabb értékek gyorsabb ágyforgót jelentenek, amiből hatékonyabb működésre következtethetünk, de itt is érdemes szem előtt tartani a szolgáltatás minőség szempontját. Az értékek szoros kapcsolatban állnak az ágykihasználási arányokkal és az átlagos ápolási napok számával, a vizsgálatuk során megállapítottak többnyire párhuzamban állnak az előző pontban ismertetett eredményekkel.

Az intézmények egyes szakmáinak rendelkezésre álló és ténylegesen kihasznált kapacitásaira vonatkozó adatok értékelése után ugyanezen indikátorokat vizsgáltam

szakmánként, de a teljes régióra vonatkozóan. A 6. táblázat 1. oszlopában azok a szakmák szerepelnek, melyek a vizsgált három kórház közül legalább kettőben, párhuzamosan működnek.¹⁶ Az elemzés célja az, hogy feltárjam a régió egészségügyi ellátó rendszerében lévő duplikációkat és megvizsgáljam, hogy a betegforgalmi adatok alapján ezekre ténylegesen szükség van-e.

Az ágyszám, az elbocsátott betegek számának meghatározása során egyszerűen összegeztem az intézményenként rendelkezésre álló adatokat. A mosonmagyaróvári Karolina Kórház esetében az azonos mátrixba tartozó szakmák esetén az elbocsátott beteg számát az egyes szakmában működő ágyak aránya alapján osztottam szét, mely természetesen némi torzulást eredményezhet a kapott értékekben. Az átlagos ápolási időt egyszerű számtani átlagolással állapítottam meg, melynek következtében az ágyforgó értéke többnyire az intézményi szinten mért értékek meghatározta intervallumokba esik.

6. táblázat: A régióban párhuzamosan működő szakmák betegforgalmi adatai (2010)

Szakma megnevezése	Ágyszám (db)	Elbocsátott betegek száma (fő)	Ápolási napok száma (nap)	Átlagos ápolási idő (nap)	Ágykihasználási arány (%)	Ágyforgó (fő/ágy)
Sebészet	278	9631,1	101 470	5,10	48,38	34,64
Traumatológia	110	4795,7	40 150	3,47	41,49	43,60
Szülészet-nőgyógyászat	175	5 925	63 875	4,28	39,70	33,86
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	110	4 295	40 150	5,86	62,66	39,05
Belgyógyászat	336	9 699	122 640	7,37	58,26	28,87
Tüdőgyógyászat	45	1 578	16 425	2,70	25,95	35,08
Ideggyógyászat	89	2 127	31 579	7,80	52,50	23,90
Intenzív betegellátó	25	790	9 125	6,92	59,87	31,60
Útókezelő	93	983	33 945	25,03	72,48	10,57
Rehabilitációs osztály	157	2622	48 910	17,95	96,20	16,70
Tartós ápolás	100	384	36 500	88,17	92,76	3,84

Forrás: A szerző saját szerkesztése az 5. táblázat és a 8. melléklet táblázata alapján

Véleményem szerint a legfontosabb információt a 6. táblázat 6. oszlopa tartalmazza. Jól látszik, hogy az aktív ellátások esetében (első 8 szakma) az ágykihasználási arány csak egy esetben, a csecsemő- és gyermekgyógyászat esetében haladja meg a 60%-ot. A többi szakmához tartozó érték a 25-60% közötti sávban szóródik, mely a 80%-os, optimálisnak tekintett arányhoz képest igen csekély. Ezzel szemben a krónikus betegellátást alkotó három szakma értékei meglehetősen magasak. Az Útókezelőhöz tartozó érték közelít az optimális szinthez, míg a Rehabilitációs osztály és a Tartós ápolás számadatai jócskán meghaladják azt, ami megkérdőjelezi a nyújtott szolgáltatás megfelelő minőségét.

¹⁶ Azokat a szakmákat melyek legalább két intézményben megtalálhatók, de nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok, nem tüntettem fel a táblázatban.

5. Határon átnyúló ellátás, mint az optimálisabb kapacitás-kihasználás eszköze

Dolgozatom előző két fejezetéből egyértelműen kiderül, hogy a győri határon átnyúló régió egészségügyi ellátó rendszerének felépítése és működése a vizsgált szempontokból semmiképp sem optimális. A probléma természetesen meglehetősen sokrétű: a vizsgált vonzaskörzeti és elméleti kapacitásokkal kapcsolatos aspektusokon túl mindenképp létezik egy jogi, finanszírozási, demográfiai és nyelvi szemszög is. Ezek a területek nem képezik jelen kutatás témáját, azonban egy egzakt és ténylegesen megvalósítható javaslat tételéhez vizsgálatuk feltétlenül szükséges. Ennek következtében jelen fejezetben nem egy régió-specifikus és részletesen kidolgozott programot mutatok be, hanem olyan, az Európai Unió által kínált eszközöket, melyek háttérrel biztosíthatnak egy az egészségügyi szolgáltatások regionális szinten való újraszervezéséhez és működtetéséhez.

Elsőként egy az Európai egészségpolitika által létrehozott dokumentumot, a határon átnyúló egészségügyi ellátás kereteit és feltételeit meghatározó EU 2011/24. irányelvet ismertetem, mely természetesen szorosan kapcsolódik a fent említett jogi aspektushoz. Továbbá a fejezet második felében foglalkozom a kohéziós politika két olyan eszközével, az Európai Területi Együttműködési Csoportosulással és az Integrált Területi Beruházással, melyek többek között intézményi és finanszírozási alapként szolgálhatnak egy régió egészségügyi rendszerének határon átnyúló integrációjához.

5.1. Az EU 2011/24. irányelv

Az Európai Bizottság és a Tanács 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítését célozza. A személyek, áruk és szolgáltatások szabad áramlását biztosító Európai Unióban egyre nagyobb szükség mutatkozott egy az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével kapcsolatos jogok tisztázására. Kezdetben a legfontosabb szempont az volt, hogy a saját államukat üzleti, turisztikai vagy egyéb okokból elhagyó polgárok ugyanolyan egészségügyi ellátásban részesülhessenek, mint hazájukban, majd később megjelent a határon átnyúló egészségügyi ellátás integrációjában rejlő költségcsökkentés igénye. (ROSENMÖLLER M. et al. 2006)

A 2011/24/EU irányelv mindezek fényében rendelkezik a külföldi egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, illetve az ellátás költségeinek visszatérítésével kapcsolatos szabályokról. Az irányelv 2011. március 9-én jelent meg, a benne foglaltakat a tagállamoknak 2013. október 25-ig kell beépíteniük saját jogrendszerükbe. (www.euvonal.hu)

Az irányelv hatálya kiterjed a betegek határon átnyúló egészségügyi ellátására, tekintet nélkül annak szervezésére, végrehajtására és finanszírozására, de nem alkalmazható tartós egészségügyi szolgáltatások, szervátültetések és oltási szolgáltatások esetén.¹⁷

Az irányelv kimondja, hogy a páciensek, bizonyos feltételek és korlátozások mellett, szabadon választhatnak egészségügyi szolgáltatót – többek között - fekvőbeteg ellátások esetén. Az irányelv a következő feltételeket és korlátokat szabja:

- kizárólag a biztosított betegek jogosultak az ellátásra. A biztosított fogalmát az irányelv 3. cikkének (b) bekezdése határozza meg.
- a páciens az állam teljes vagy részleges költségtérítésre csak azon külföldön igénybevett egészségügyi szolgáltatások esetében számíthat, melyek igénybevételére saját államában is jogosult. A térítés mértéke megegyezik a hazai szolgáltatás esetében meghatározott finanszírozási aránnyal.¹⁸
- a tagállamok a külföldi egészségügyi szolgáltatások igénybevételét három esetben előzetes engedélyezéshez köthetik: (i) az adott tagállamban a magas színvonalú és kiegyensúlyozottan sokrétű ellátáshoz való elégséges és állandó hozzáférés biztosításával, vagy a költségek ellenőrzésére és a pénzügyi, technikai és humán erőforrások bármiféle jelentős pazarlásának megelőzésére irányuló törekvéssel kapcsolatos tervezési követelményekhez kötött, (ii) a beteg vagy a lakosság számára különleges kockázatot jelentő kezelésekkel jár, (iii) olyan egészségügyi szolgáltató nyújtja, amely vonatkozásában eseti elbírálás alapján súlyos és kifejezett aggályok merülhetnek fel az ellátás minőségével vagy biztonságával kapcsolatban.¹⁹

Az engedélyezési folyamat alkalmazhatóságának első feltétele bár jelentősen korlátozhatja a betegek szabad áramlását, kijelenthető, hogy az Európai Unió döntéshozóinak célja alapvetően a határon átnyúló egészségügyi ellátás feltételeinek megteremtése. Az irányelv megoldást jelenthet a kutatásom során felvázolt problémák egy részének megoldásához, hiszen tisztázza, többek között, a kapcsolódó fogalmakat, megfogalmazza az egyes tagállamok hatáskörét, jogait és kötelességét, valamint keretet biztosít a gyakorlati megvalósításhoz szükséges technikai részletek tisztázására. Az irányelv kimondja, hogy „a tagállamoknak elő kell segíteniük a különböző tagállamok egészségügyi szolgáltatói, felhasználói és szabályozó hatóságai közötti nemzeti, regionális vagy helyi szintű

¹⁷ Az Európai Bizottság és a Tanács 2011/24/EU irányelvének 1. cikkének (1) bekezdése

¹⁸ Az Európai Bizottság és a Tanács 2011/24/EU irányelvének 7. cikkének (4) bekezdése

¹⁹ Az Európai Bizottság és a Tanács 2011/24/EU irányelvének 8. cikkének (2) bekezdése

együttműködést.... Ez különös jelentőséggel bírhat a határ menti régiókban, ahol a határon átnyúló szolgáltatásnyújtás az egészségügyi szolgáltatások szervezésének leghatékonyabb módja lehet a helyi lakosság számára.”²⁰

Ezzel szemben az irányelv számos, véleményem szerint kiemelten fontos aspektust a tagállamok hatáskörébe delegál. Az ellátás ellenértékének meghatározásáról az irányelv mindösszesen annyit mond, hogy az összeg nem haladhatja meg az ellátás során felmerült tényleges költségeket, mely tág mozgásteret biztosít az ellátást végző intézményeknek. Másrészt bár a betegek adatainak az összes tagállamban való elérhetőségének igényét megfogalmazza az irányelv, ennek megvalósítását a tagállamok közötti együttműködésekre bízta.

5.2. Az Európai Területi Együttműködési Csoportosulás

Az Európai Területi Együttműködési Csoportosulás intézményét az Európai Parlament és a Tanács 1082/2006/EK rendelete hívta életre. A 2007-2013-es időszak kohéziós politikájának új eszközének legfőbb célja az európai területi kohézió erősítése. (SPINACI G. – VARA-ARRIBAS G. 2009)

Az EGTC a határon átnyúló együttműködések korábbi típusainak, a testvérvárosi kapcsolatoknak, az eurodistricteknek és euroregiónak a következő generációja. JASCHITZ M. (2012) a következő definíciót adja: „Az EGTC olyan határon átnyúló „önkormányzati társulás”, amely önálló jogi személyiségként járhat el minden, tagsága által érintett államban, saját alkalmazottakat foglalkoztathat, közös intézményeket (így például kórházakat) és vállalkozásokat hozhat létre.”

A csoportosulás tagjai lehetnek tagállamok, regionális és helyi hatóságok, közjogi intézmények, illetve a felsoroltak egyikébe vagy közülük többbe tartozó szervezetekből álló társulások. (1082/2006/EK rendelet 3. cikk (1))

Az új jogi eszköz a határon átnyúló csoportosulásokon túl lefedti a transznacionális és a régiók közötti területi együttműködéseket is. (SOÓS E. – FEJES ZS. 2009) A Rendelet megalkotói eredetileg programok és projektek menedzselésére hozták létre az intézményt, de mára a több szintű kormányzás (multi-level government) egyik legfontosabb alanyának tekintik. (SPINACI G. – VARA-ARRIBAS G. 2009)

²⁰ Az Európai Bizottság és a Tanács 2011/24/EU irányelvének (50) bekezdése

2012 őszéig 30 EGTC került bejegyzésre (9. melléklet), ezeknek több mint egy harmada érinti a magyar határtértséget, melyek közül az Arrabona EGTC a vizsgált Győr központú régióban működik. A bejegyezett területi csoportosulások többsége, ahogyan az Arrabona EGTC is a határ menti területfejlesztési EGTC-k csoportjába tartozik. Ezen csoportosulások szereplői két vagy több szomszédos állam határ menti régiójának hosszú távú fejlesztését tűzték ki célul, melynek az EGTC biztosít intézményi hátteret. (JASCHITZ M. 2012)

Az EGTC-k második csoportja nem a földrajzi közelségen és kapcsolaton, inkább az azonos célokon, problémákon, érdekeken alapul. A hálózati EGTC-k szereplőit egy adott téma köré csoportosuló programok és projektek kötik össze. ArchiMed EGTC például a mediterrán térség szigeteinek közös problémáira keres megoldást, közös fejlesztési tervek és projektek formájában. A harmadik típus a programozási EGTC, melyet Európai Unió programok finanszírozásának menedzselésére hoznak létre. A Greater Region EGTC például az ETE CBC program irányító és ellenőrző szerve a francia-német-belga-luxemburgi határon.

Végül, a projekt EGTC kategóriába azok a területi csoportosulások tartoznak, melyek egy konkrét, határon átnyúló projekt megvalósítása és az eredmények fenntartása érdekében jönnek létre. Egy ilyen típusú csoportosulás, mint a többszintű kormányzás része, teljes mértékben alkalmas lehet egy olyan egészségügyi ellátó intézmény, így egy kórház létrehozására és hosszú távú működtetésére, mely a határ mindkét oldaláról érkező betegeknek azonos szolgáltatást nyújt. (JASCHITZ M. – OCSKAY GY. 2010)

JASCHITZ M. (2012) szerint az EGTC-k alkalmasak egy adott terület ágazati és területi fejlesztésre, valamint lehetővé teszik a rendelkezésre álló források optimális kihasználását. Ennek okai a következőkben állnak:

1. Az EGTC Rendelet a közösségi jog része, minden tagállamra kötelező érvényű. (Magyarország a rendeletet 2007-ben építette be a hazai jogrendszerbe.) Így az EGTC-k önálló jogi személyiségét uniós jog védi, nincs szükség az országok közötti bilaterális szerződésekre. Ez a tény páratlanul hatékonyá teheti az intézmények működését.
2. A csoportosulásoknak a regionális és helyi szereplőkön túl tagállamok is a tagjai lehetnek, melynek három kedvező következménye van: (i) biztosítja a stabil finanszírozást, (ii) növeli a szervezet érdekérvényesítő képességét, (iii) tekintélyt kölcsönöz a szervezetnek.
3. Az intézmény rendkívülien leegyszerűsíti a közös, határon átnyúló intézmények működtetését és finanszírozását. A tagdíjakon és a pályázati bevételeken túl az

EGTC saját bevételeiből és normatív támogatásokból is finanszírozhatja tevékenységét.

4. Az EGTC a legalkalmasabb intézmény az Európai Területi Együttműködési programok forrásainak fogadására. Ennek oka, hogy a csoportosulás automatikusan teljesíti a projektekkel szembeni elvárásokat.
5. A külső környezet (finanszírozási, intézményi, stb.) változásaira minden más együttműködési formánál egyszerűbben képes reagálni, hiszen egy flexibilis struktúráról van szó. (JASCZHITZ M. – OCSKAY GY. 2010)

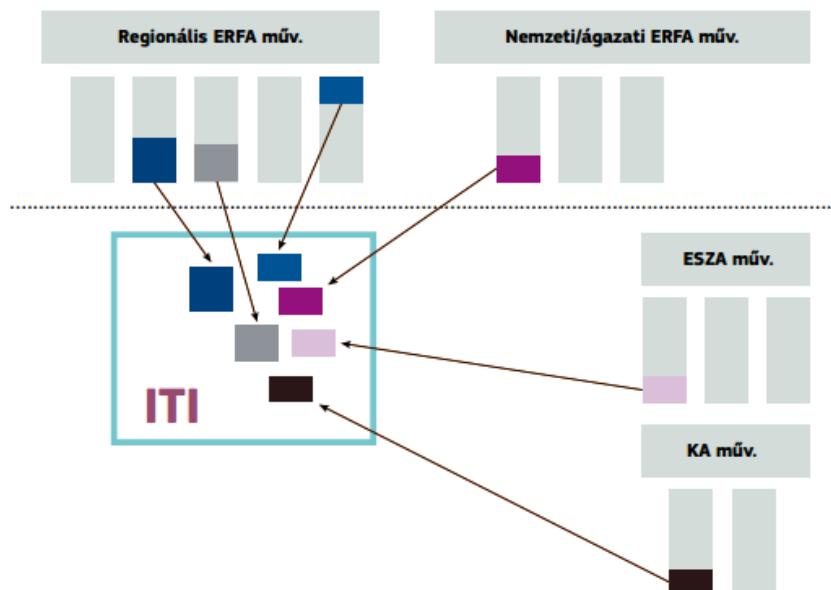
A csoportosulások hatékony működését a gyakorlatban ez egyes tagállamok azonban számos ponton korlátozhatják. Ennek tipikus példája az EGTC-k alapítási folyamatának tagállamonként eltérő rendje. Az alapítási kérelmeket a nemzeti szinten álló jóváhagyó hatóságok kezelik, melyek a jövőbeni szervezet céljaira, működésének formájára nézve eltérő követelményeket fogalmazhatnak meg. Emellett a kérelmek elbírálása, a jóváhagyás és a regisztráció ideje is tagállamonként eltér, mely megnehezíti a Rendelet egységes alkalmazását. (JASCZHITZ M. – OCSKAY GY. 2010)

Továbbá észre kell vennünk, hogy az EGTC-k a nagyobb fejlesztési projektek - mint amilyen egy határon átnyúló szolgáltatásokat biztosító kórház létrehozása - megvalósítása során további akadályokba ütközhetnek. Bár a szervezet a határ mindkét oldalán jogképes, egyértelmű, hogy az országonként eltérő egészségügyi jogszabályok harmonizálása nélkül egy ilyen kórház hosszú távú működtetésének lehetősége megkérdőjeleződik.

5.3. Az Integrált Területi Beruházás

Az Európa 2020 stratégia által megfogalmazott intelligens, fenntartható és inkluzív fejlődés megvalósításhoz elengedhetetlenül szükségesek az integrált területi stratégiák. Az Integrált Területi Beruházás (ITB) a 2014-2020-es időszak kohéziós politikájának új, várhatóan hatékony és rugalmas eszköze, melyen keresztül az említett stratégiák megvalósíthatók. Az ITB lehetővé teszi a tagállamok számára egyszerre több operatív program prioritásaihoz igazított, tematikus fejlesztési program megvalósítását. (9. ábra) (Európai Bizottság 2012)

9. ábra: Az ITB-k felépítése



Forrás: www.ec.europa.hu

Az IBK-k alkalmazásának első alapfeltétele a jól lehatárolt célterület. Ez a terület lehet egy város és vonzáskörzete, de természetesen egy határon átnyúló régió is – így jelen kutatás célterülete is. A kijelölt célok elérése érdekében fontos, hogy a kijelölt terület egy funkcionális, szerves egész alkotó területi egység legyen. (JASCHITZ M. 2012) A győri régió, ahogyan a negyedik fejezet részéből kiderült, teljes mértékben megfelel ennek a kritériumnak.

A következő lépés, egy az ágazatokat átfogó, integrált fejlesztési stratégia, mely bár figyelembe veszi a makro-regionális környezet folyamatait, tendenciáit, alapvetően endogén, helyi szükségleteken alapul. Alapvető cél a régió sérülékenységeinek, függő helyzetének csökkentése. (Európai Bizottság 2012) Egy ilyen integrált fejlesztési stratégia része lehet egy adott terület, így a győri régió egészségügyi ellátásainak újraszervezése. Ennek természetesen számos, több területet érintő eleme lehet, melyet az operatív programok tematikus prioritásaihoz szükséges igazítani: észak- déli irányú közlekedési infrastruktúra fejlesztése, az ellátó személyzet nyelvi továbbképzése, közös információs rendszer fejlesztése, stb....

Az ITB-n keresztül megvalósuló fejlesztési programok finanszírozhatók egy vagy több alap (Európai Regionális Fejlesztési Alap, Európai Szociális Alap, Kohéziós Alap) forrásain keresztül. Egy adott területen megvalósuló fejlesztési projektek nem mindegyikét szükséges az ITB-n keresztül megvalósítani, azonban érdemes a projekteket az integrált stratégiába ágyazni vagy harmonizálni azzal. (Európai Bizottság 2012)

Az ITB-k irányítása és megvalósítása a tagállamok vagy az operatív programok irányító hatóságainak hatáskörébe tartozik, akik azonban a feladatok egy részét vagy egészét delegálhatják helyi hatóságok, regionális fejlesztési és civil szervezetek felé. A kohéziós politika két eszközének, az Integrált Területi Beruházásnak és az Európai Területi Együttműködésnek az összekapcsolása ezen a ponton lehetséges. Ennek oka, hogy ITB-k megvalósítására Európai Területi Együttműködési Programok keretében is van lehetőség, mi több az ETE- rendelet ajánlja, hogy ilyen esetekben a fejlesztések megvalósítója egy, a térségben működő EGTC legyen. (JASCHITZ M. 2012)

A két eszköz kombinálása számos szempontból előnyös lehet. Egyrészt egyelőre az EGTC az egyetlen, a határ mindkét oldalán teljes jogképességgel rendelkező intézmény, mely az ITB megvalósítását jelentősen megkönnyítheti. Másrészt az EGTC-k célja egy hosszú távú, határon átnyúló partnerség létesítése, melynek feladata a térség komplex fejlesztése. Ezen komplex fejlesztési célok megvalósítására alkalmas eszköznek tűnik az ITB intézménye, érdemes a stratégiai célokat egy Integrált Területi Beruházásba ágyazni. Továbbá egy ITB megvalósítása a tervezhetőség és fenntarthatóság biztosításán keresztül javíthatja az EGTC hosszú távú pénzügyi feltételeit, valamint erősítheti a szervezet legitimációját. (JASCHITZ M. 2012)

6. Összefoglalás

A kutatás eredményei egyértelműen feltárták a térség kórházi ellátásának kapacitását, mely egyes esetekben jelentősen meghaladja, máskor viszont nem képes magas szinten kielégíteni a vizsgált régió lakossága által támasztott keresletet. A térbeli vonzáskörzet vizsgálatok azonban kimutatták, hogy a Győri Petz Aladár megyei Oktató Kórházban, több szempontból is olyan kapacitás rejlik, mely alkalmassá tehetné a határon átnyúló szolgáltatásnyújtásra. Ennek következtében szükségesnek mondható a régió kórházi ellátásának határon átnyúló újraszervezése, a hatékonyság és a szolgáltatás minőségének növelése érdekében.

Fontos azonban, hogy egy határon átnyúló egészségügyi integráció számos területet érint: többek között jogi, finanszírozási, közlekedési infrastrukturális, információs technológiai és nyelvi aspektusokat is figyelembe kell venni. Dolgozatomból egyértelműen kiderül, hogy a közlekedési infrastruktúra jelenlegi állapota korlátozottan teszi lehetővé a betegek észak-déli irányú áramlását, mely komoly akadályt jelent a határon túli ellátás megszervezésében. Másrészt, bár jelen keretek között nem vizsgáltam részletesen, elmondható, hogy a betegjogok határon túli érvényesítését biztosító jogszabályi környezet napjainkban még bonyolult, a mindennapi átjárást nem teszi lehetővé. Továbbá a finanszírozási rendszerek bár Magyarországon és Szlovákiában is a HBCS rendszeren alapulnak, a határon átnyúló szolgáltatások térítése nem rutin tevékenység, mely szintén nehezíti az ellátó rendszer újraszervezését.

Mindezek ellenére úgy gondolom, hogy a határon átnyúló egészségügyi integráció lehetősége adott, mivel Európai Unió számos, az előző fejezetben bemutatott innovatív eszközt kínál, melyek alkalmasak a fejlesztési keretek biztosítására. Ezen eszközök gyakorlati alkalmazása még kezdeti stádiumban van, az ITB-k esetén csak tervezési folyamatok játszódtak le, de várható, hogy a jövőben az eszközök szervesen beépülnek a határ menti komplex fejlesztésekbe.

A kutatás számos további kérdést vetett fel, melyek közül közgazdászként a legfontosabbnak azt tekintem, hogy a párhuzamosságok által létrehozott felesleges kapacitások csökkentésével, a régió egészségügyi kiadási milyen mértékben lennének csökkenthetők. A személyes látogatással és adatgyűjtéssel kiegészítendő kutatásomat a jövőben ebbe az irányba szeretném bővíteni.

Irodalomjegyzék

DÓZSA CSABA (2010): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években -, Ph. D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola

GANGL ÉVA (2011): Egy táj, két ország, egy megnyíló határ – Vonzáskörzet-vizsgálatok Győr térségében, Diplomamunka, Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék

HARDI TAMÁS (2008): A határtérség térszerkezeti jellemzői, Tér és Társadalom 22. évf. 2008/3. 3-25. p.

HARDI TAMÁS (2009): A határ menti városok funkcióinak és vonzáskörzetének átalakulása a határok szerepének megváltozása, ill. az EU bővítés után a Kárpát-medencében. – MTA RKK NYUTI

HORVÁTH FERENC (2002): Közzolgáltatások fogyasztása és finanszírozása, In: Hetesi E. (szerk.) 2002: A közzolgáltatások marketingje és menedzsmentje. SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei 202. JATEPress, Szeged

JASCHITZ MÁTYÁS (2009): Korlátolt múlt – határtalan jövő? – Esztergom vonzáskörzetének vizsgálata a huszadik században és helyzetelemzés az ezredfordulón, Diplomamunka, Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Földrajz- és Földtudományi Intézet

JASCHITZ MÁTYÁS (2012): A 2014–2020-as időszak lehetőségei a határ menti gazdaságfejlesztésben – Az EGTC-k lehetséges szerepe határ menti ITI-k megvalósításában, Falu Város Régió, 19. évf. 1-2. sz. / 2012

KOVÁCS ZOLTÁN 1990: A határ menti területek központhálózatának átalakulása az első világháború utántól napjainkig. Földrajzi Közlemények 1-2. sz. 3-16. o.

MEZEI ISTVÁN- TÓTH PÉTER (2008): A települési és területi önkormányzatok kapcsolatai a magyar- szlovák határ mentén, Tér és Társadalom 22. évf. 2008/3. 51-80. p.

OCSKAY GYULA – JASCHITZ MÁTYÁS (2010): Tradicionális vonzáskörzeti és funkcionális kapcsolatok a Kárpát-medencében – a kiterjedő térkapcsolatok új perspektívái, Falu Város Régió. 2-3. sz. pp. 80-85.

PUKLI PÉTER (2002): A közzolgáltatások kutatásának információs háttér, In: Hetesi E. (szerk.) 2002: A közzolgáltatások marketingje és menedzsmentje. SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei 202. JATEPress, Szeged

ROSENMÖLLER, M. – MCKEE, M. – BEATEN, R (2006): Patient Mobility in the European Union – Learning from experience,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98420/Patient_Mobility.pdf –
2013.03.14.

SOÓS EDIT – FEJES ZSUZSANNA (2009): Határon átnyúló együttműködések Magyarországon, Szeged 2009

SPINACI, GIANLUCA - VARA-ARRIBAS, GRACIA (2009): The European Grouping of Territorial Cooperation (EGTC): New Spaces and Contracts for European Integration?, Eipascope 2009/2.

TÖLGYESI ANDREA (2009): A HBCS-n alapuló kórházfinanszírozás áttekintése és az innovációk beépülésének lehetősége, Egészségügyi Gazdasági Szemle 2009/6.,
<http://www.weborvos.hu/adat/files/2010/egvedec3444.pdf>, letöltve: 2013.03.06.

VALENTINY PÁL (2007): A hálózatos közszolgáltatások szabályozási reformjáról (Regulatory reforms in network utilities) In: Verseny és szabályozás 2007. (Competition and regulation 2007) (szerk. Valentiny Pál, Kiss Ferenc László) Budapest, MTA KTI, 2008. 230-252. http://econ.core.hu/file/download/vesz/verseny_10_ValentinyP_reform.pdf, letöltve: 2013.03.01. 10:17

VÁMOS DÓRA (1998): Bevezetés a közüzemi gazdaságtanba, In Pásztor Miklós (szerk.): Közigazgatási vezetési ismeretek. 4. kötet. Államháztartási Ismeretek. BM Kiadó, Budapest

Európai Unió dokumentumok

Európai Bizottság – Integrált Területi Befektetés,
http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/2014/iti_hu.pdf, letöltve: 2013.03.11.

Európai Bizottság – Európa 2020,
http://ec.europa.eu/archives/growthandjobs_2009/pdf/complet_hu.pdf, letöltve: 2013.03.24

Európai Bizottság – Lisszaboni Stratégia 2001-2010,
http://ec.europa.eu/archives/growthandjobs_2009/, letöltve: 2013.03.24.

Európai Bizottság – Green Paper (2003): Green Paper on Services of General Interest, COM (2003) letöltve: 2013.02.20.

Európai Bizottság - Evaluation (2007): Evaluation of the performance of network industries providing services of general economic interest, 2006 report, Commission Staff Working Paper, SEC (2007) 1024. http://ec.europa.eu/internal_market/economic-reports/docs/2006/sec20071024_en.pdf, letöltve: 2013.02.20.

Európai Bizottság - Horizontal evaluation... (2004): Horizontal evaluation of the performance of network industries providing services of general economic interest, 2004 report, Commission Staff Working Paper, SEC (2004) 866. http://ec.europa.eu/internal_market/economic-reports/docs/sec-2004-866_en.pdf, letöltve: 2013.02.20.

Európai Bizottság és a Tanács 2011/24/EU irányelv, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:HU:PDF>, letöltve: 2013.03.14.

Európai Parlament és a Tanács 1082/2006/EK rendelet, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:210:0019:0024:HU:PDF>, letöltve: 2013.03.04.

Jogszabályok, rendeletek, határozatok:

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről,
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV, letöltve: 2013.03.06.

43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségügyi Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól,
http://www.gyogyinfok.hu/magyar/fekvo/kemo/43_1999_Korm%20rend.pdf, letöltve: 2013.03.06.

97/2005.(XII.25.) OGY határozat az Országos Területfejlesztési Koncepcióról,
<http://www.vati.hu/static/otk/hun/OTK2005hun.pdf>, letöltve: 2013.03.06.

2011. évi CLXXXIX. törvény ,
<http://www.kormany.hu/download/b/1e/60000/%C3%B6tv.pdf>, letöltve: 2013.03.01.

Adatbázisok:

ESKI Egészségügyi Évkönyv (2010), http://www.eski.hu/new3/kiadv/zip_doc/evkonyv-2010.pdf, letöltve: 2013.02.20.

ESKI Gyógyinfók – Betegforgalmi adatok 2010,
www.gyogyinfok.hu/magyar/archiv/betegforgalmi/2010/korhazi_agyszam2010.pdf, letöltve:
2013.03.10.

Eurostat 1996: European System of Accounts,
<http://circa.europa.eu/irc/dsis/nfaccount/info/data/esa95/en/een00sum.htm>, letöltve:
2013.02.24.

Eurostat: Population structure and ageing - www.epp.eurostat.ec.europa.eu, letöltve:
2013.02.22.

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet –
Egészségtudományi Fogalomtár, <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Kezd%C5%91lap>,
letöltve 2013.03.01.

KSH Magyar Statisztikai Évkönyv (2010),
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/evkonyv/stat2010_nograf.pdf, letöltve: 2013.02.20.

National Health Information Center Slovakia – Health Statistic Yearbook 2010,
http://data.nczisk.sk/rocenky/rocenka_2010.pdf, letöltve: 2013.03.10.

Internetes források:

www.tamop.ofe.hu, letöltve 2013.02.27.

www.nemocnicads.sk/, letöltve: 2013.02.28.

www.petz.gyor.hu/, letöltve: 2013.02.28.

www.zzz.sk/?zariadenie=poliklinika_samorin, 2013.02.28.

www.euvonal.hu/index.php?op=kerdesvalasz_reszletes&kerdes_valasz_id=1663, letöltve:
2013.03.14.

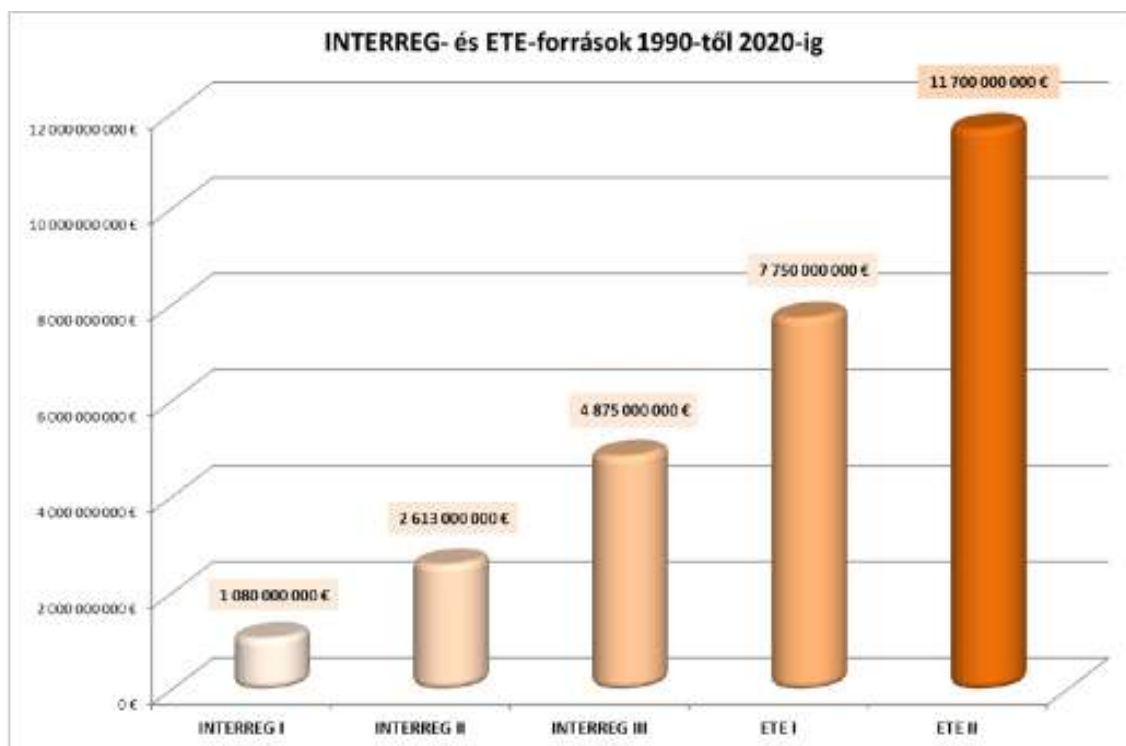
www.cesci-net.eu, letöltve: 2013.03.24.

www.karolinakorhaz.hu, letöltve: 2013.02.28.

Mellékletek

1. melléklet

10. ábra: Az INTERREG és az ETE források



Forrás: JASCHITZ M. (2012)

2. melléklet

7. táblázat: A népesség fő korcsoportjainak aránya 1991-2011 (a teljes lakosság %-ában)

	0-14 éves		15-64 éves		65 éves vagy idősebb	
	1991	2011	1991	2011	1991	2011
EU 27	19,3	15,6	66,8	66,9	13,9	17,5
Belgium	18,1	17,0	66,8	65,9	15,0	17,1
Bulgária	20,1	13,2	66,5	68,3	13,4	18,5
Csehország	21,1	14,5	66,3	69,9	12,6	15,6
Dánia	17,0	17,9	67,4	65,3	15,6	16,8
Németország	16,2	13,4	68,8	66,0	14,9	20,6
Észtország	22,2	15,3	66,1	67,6	11,7	17,0
Írország	26,8	21,3	61,8	67,2	11,4	11,5
Görögország	19,2	14,4	67,0	66,4	13,8	19,3
Spanyolország	19,5	15,1	66,7	67,8	13,8	17,1
Franciaország	20,3	18,5	65,8	64,7	14,0	16,7
Olaszország	16,3	14,0	68,6	65,7	15,1	20,3
Ciprus	25,8	16,8	63,3	70,5	10,9	12,7
Lettország	21,5	14,2	66,7	67,4	11,8	18,4
Litvánia	22,5	14,9	66,4	67,2	11,0	17,9
Luxemburg	17,5	17,6	69,1	68,5	13,4	13,9
Magyarország	19,9	14,6	66,6	68,7	13,5	16,7
Málta	23,3	15,3	66,2	69,2	10,5	15,5
Hollandia	18,2	17,5	68,9	67,0	12,9	15,6
Ausztria	17,5	14,7	67,5	67,7	15,0	17,6
Lengyelország	24,9	15,2	64,9	71,3	10,2	13,5
Portugália	20,0	14,9	66,4	66,0	13,6	19,1
Románia	23,3	15,1	66,2	70,0	10,6	14,9
Szlovénia	20,6	14,2	68,6	69,3	10,8	16,5
Szlovákia	25,1	15,4	64,6	72,0	10,4	12,6
Finnország	19,3	16,5	67,2	66,0	13,5	17,5
Svédország	18,0	16,6	64,2	64,9	17,8	18,5
Egyesült Királyság	19,1	17,5	65,2	65,9	15,8	16,7

Forrás: www.epp.eurostat.ec.europa.eu

3. melléklet

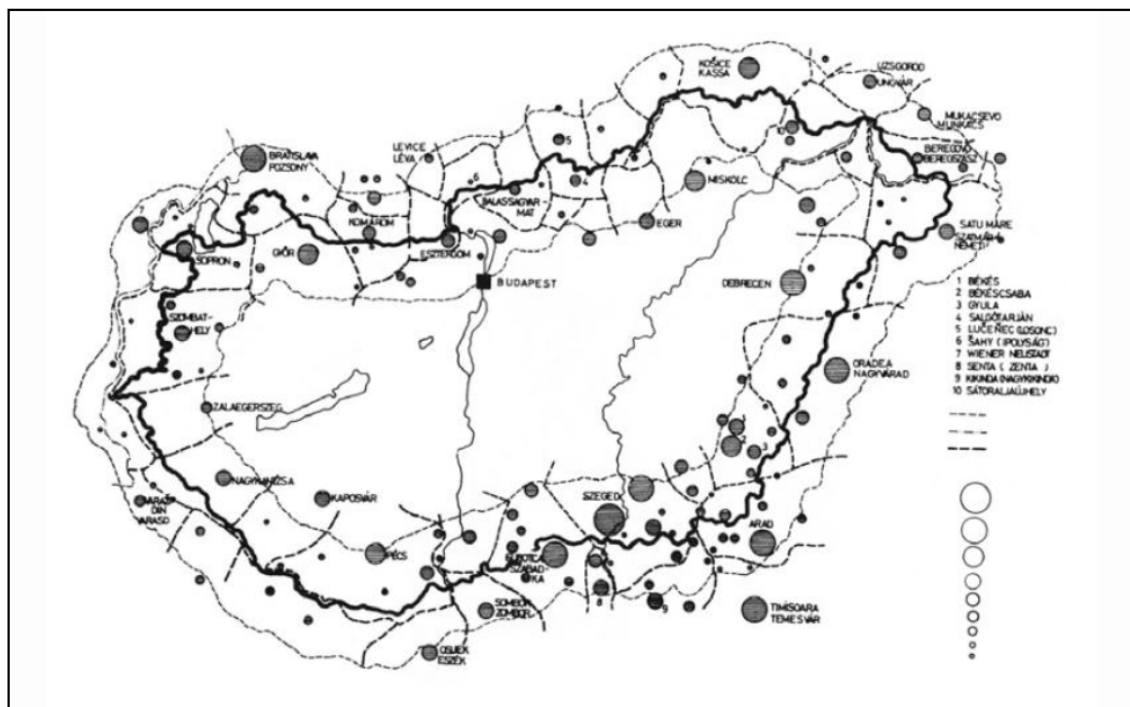
8. táblázat: A HBCS-rendszer jellemző adatai

** Főcsoport: 01			Idegrendszeri megbetegedések	Alsó határnap	Felső határnap	Normatív nap	Súlyszám
*	01P	001A	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, nem trauma miatt	2	50	17	5,31178
*	01P	001B	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, trauma miatt	2	49	14	6,60028
*	01P	001C	Speciális intracranialis műtétek 18 év alatt	2	45	15	4,41826

Forrás: DÓZSA CS. (2010)

4. melléklet

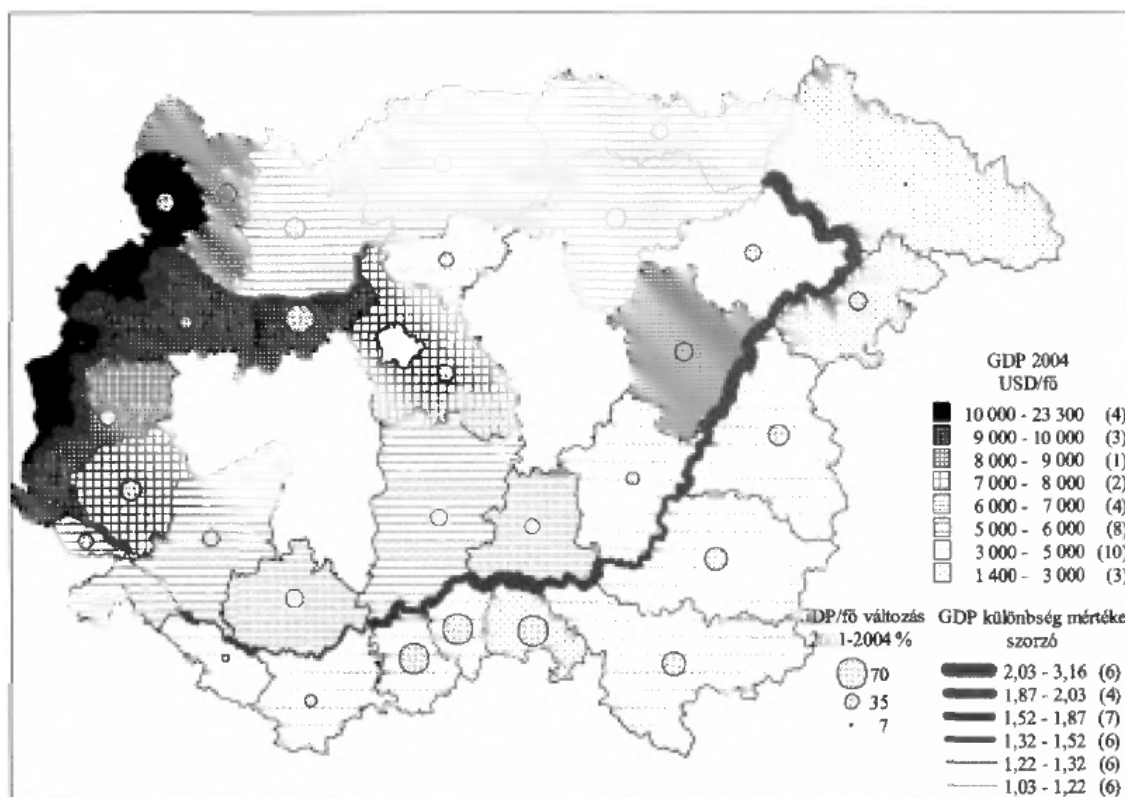
11. ábra: A részekre szakadt vonzásterületek



Forrás: KOVÁCS Z. (1999)

5. melléklet

12. ábra: A határ menti NUTS3 területi egységek fejlettségi szintje, változása a Kárpát-medencében a 2001 és 2004 GDP/fő adatok alapján



Forrás: HARDI T. (2008)

6. melléklet

A kutatási területhez tartozó települések listája:

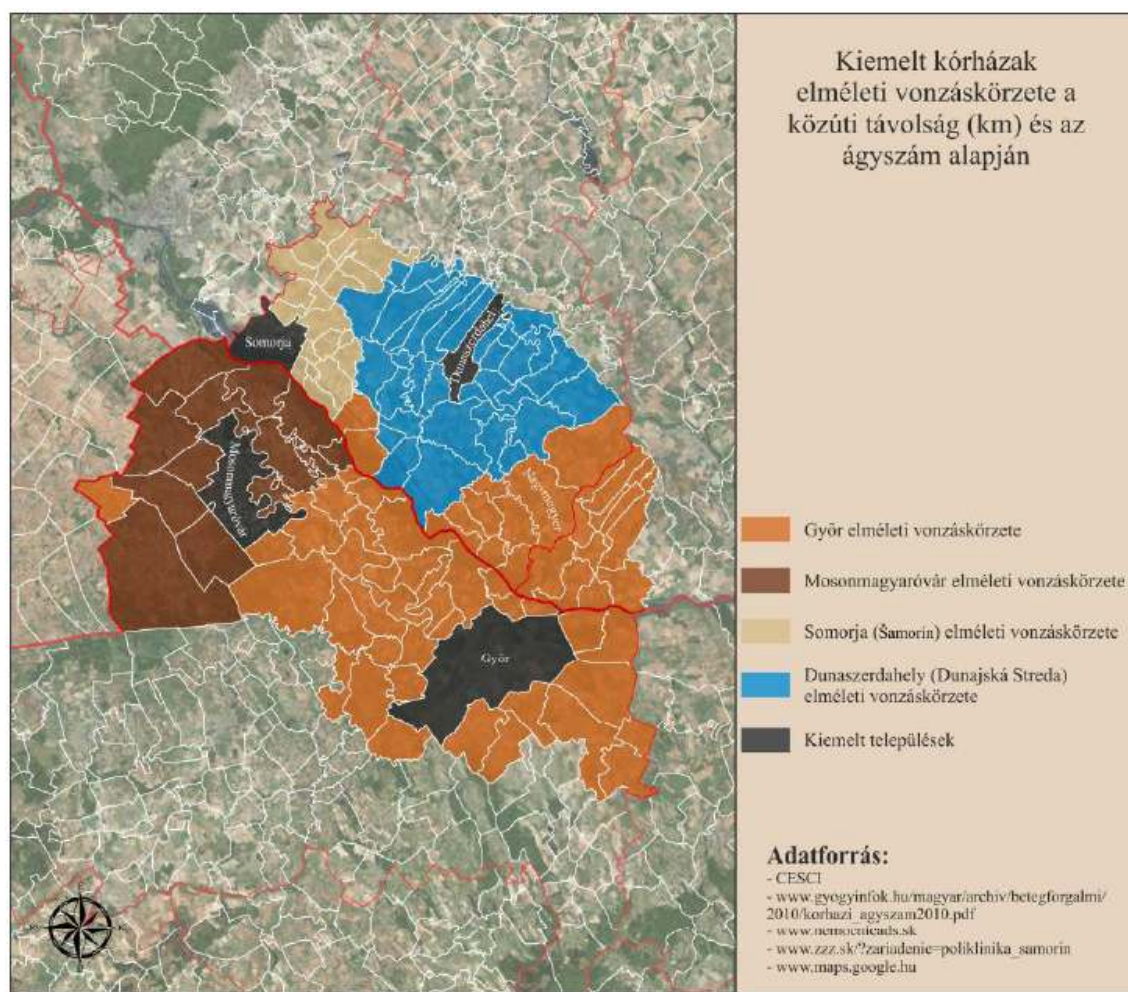
- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. Győr | 14. Dunakiliti |
| 2. Mosonmagyaróvár | 15. Feketeerdő |
| 3. Šamorín (Somorja) | 16. Dunaszeg |
| 4. Dunajská Streda (Dunaszerdahely) | 17. Rétalap |
| 5. Veľký Meder (Nagymegyer) | 18. Püski |
| 6. Győrladamér 7. Lébény | 19. Nyúl |
| 8. Rábapatona | 20. Újrónafő |
| 9. Börcs | 21. Hédervár |
| 10. Máriakálnok | 22. Öttevény |
| 11. Dunaszentpál | 23. Levél |
| 12. Mecsér | 24. Mosonszolnok |
| 13. Győrújfalú | 25. Ikrény |

26. Enese
27. Várbalog
28. Kisbodak
29. Mezőörs
30. Kisbajcs
31. Hegyeshalom
32. Mosonszentmiklós
33. Gönyű
34. Ásványráró
35. Töltéstava
36. Rajka
37. Koroncó
38. Nagyszentjános
39. Bezenye
40. Győrzámoly
41. Kunsziget
42. Bőny
43. Vámoszabadi
44. Károlyháza
45. Darnózseli
46. Győrújbarát
47. Lipót
48. Pér
49. Jánossomorja
50. Dunaremete
51. Abda
52. Vének
53. Dolný Štál (Alistál)
54. Potônske Lúky (Patonyrét)
55. Brestovec (Szilas)
56. Dolný Bar (Albár)
57. Blatná na Ostrove (Sárosfa)
58. Halászi
59. Lipové (Zsemlékes)
60. Tôň (Tany)
61. Vojka nad Dunajom (Vajka)
62. Kľúčovec (Kulcsod)
63. Jurová (Dercsika)
64. Báč (Bacsfa)
65. Bodíky (Nagybodak)
66. Baka
67. Dunajský Klátov (Dunatókés)
68. Čiližská Radvaň (Csilizradvány)
69. Hubice (Nemesgomba)
70. Veľká Paka (Nagypaka)
71. Janíky (Jányok)
72. Vydrany (Nemeshódos)
73. Sap (Szap)
74. Sokolce (Lakszakállas)
75. Orechová Potôň (Diósfürgepatony)
76. Holice (Gelle)
77. Kútniky (Hegyéte)
78. Dobrohošť (Doborgaz)
79. Veľké Dvorníky (Nagyudvarnok)
80. Horné Mýto (Felsővámos)
81. Čakany (Pozsonycsákány)
82. Cenkovec (Csenke)
83. Jahodná (Pozsonyeperjes)
84. Lúč na Ostrove (Lúcs)
85. Blahová (Sárrét)
86. Bellova Ves (Vitény)
87. Zlaté Klasy (Nagymagyar)
88. Baloň (Balony)
89. Rohovce (Nagyszarva)
90. Mad (Nagymad)
91. Boheľov (Böggellő)
92. Veľké Kosihy (Nagykeszi)
93. Štvrtok na Ostrove (Csütörtök)
94. Macov (Macháza)
95. Bodza (Bogya)
96. Mierovo (Béke)
97. Topoľníky (Nyárasd)
98. Vrakúň (Nyékvárkony)
99. Hviezdoslavov (Hviezdoslavfalva)
100. Holiare (Gellér)
101. Kyselica (Keszölcés)
102. Horná Potôň (Felsőpatony)
103. Dunasziget
104. Kvetoslavov (Úszor)
105. Vieska (Dunakisfalud)
106. Zemianska Olča (Nemesócsa)
107. Ňárad (Csiliznyarád)
108. Pataš (Csilizpatas)
109. Padáň (Padány)
110. Oľdza (Olgya)
111. Medveďov (Medve)
112. Čičov (Csicsó)

- | | |
|---|--|
| 113. Kráľovičove Kračany
(Királyfiakarcsa) | 121. Povoda (Pódatejed) |
| 114. Trstená na Ostrove (Csallóköznádasd) | 122. Michal na Ostrove (Szentmihályfa) |
| 115. Malé Dvorníky (Kisudvarnok) | 123. Kostolné Kračany (Egyházkarcsa) |
| 116. Klížska Nemá (Koložsnéma) | 124. Trávník (Komáromfűss) |
| 117. Horný Bar (Felbár) | 125. Nagybajcs |
| 118. Lehnice (Lég) | 126. Gabčíkovo (Bős) |
| 119. Ohrady (Csallóközkürt) | 127. Veľké Blahovo (Nemesabony) |
| 120. Okoč (Ekecs) | 128. Nový Život (Illésháza) |

7. melléklet

13. ábra: Kiemelt kórházak elméleti vonzáskörzete a közúti távolság (km) és az ágyszám alapján



Forrás: GANGL É. (2012)

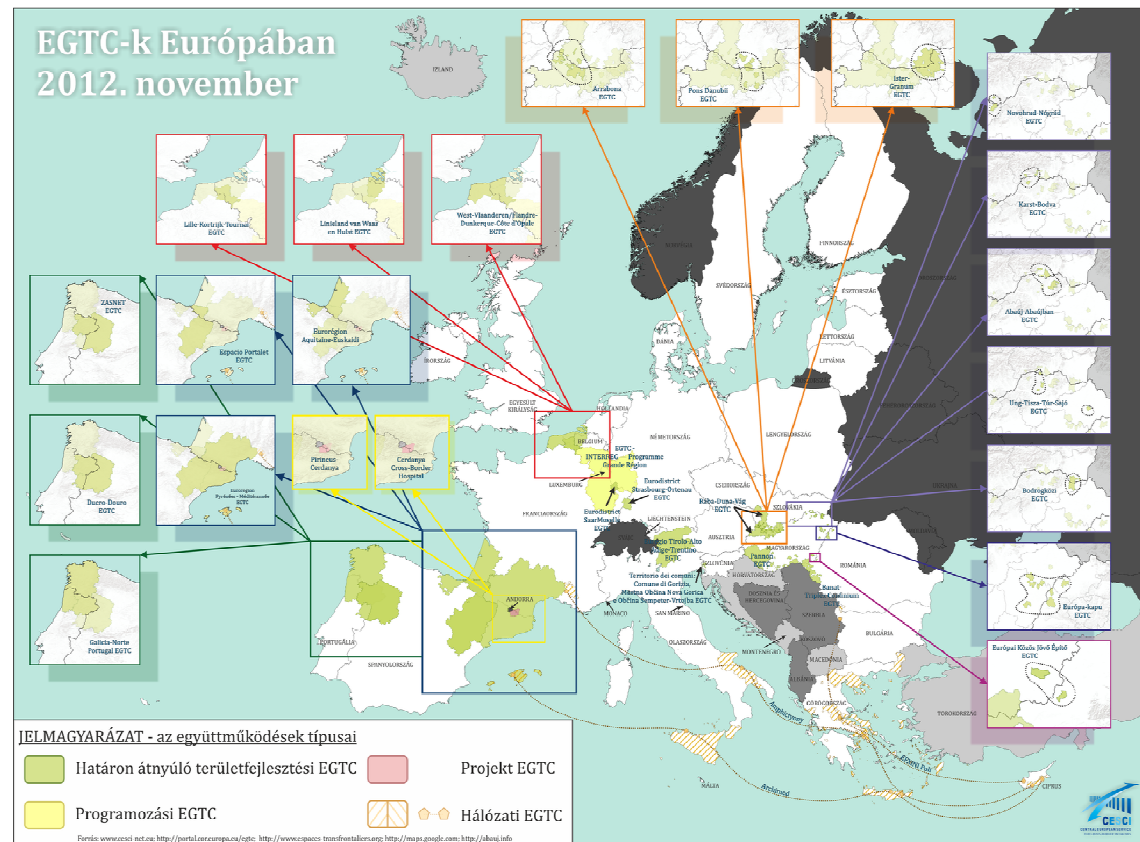
8. melléklet

9. táblázat: Az intézményekben szakmánként mért és számított mutatószámok (2010)

Szakma megnevezése	Elbocsátott betegek száma			Ápolási napok száma			Átlagos ápolási napok száma			Agykihasználási %			Ágyforgó (fő/ágy)		
	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.	Petz Aladár megyei Oktató Kórház	Városi Karolina K. és Ri.	Nemocnica s poliklinikou DS.
Sebészet	5553	3670	2500	59.495	10950	31025	5,79	4,3	5,2	54,04	61,77	41,90	34,07	52,43	29,41
Traumatológia	4025			34.675	5475		6,12	4,3		71,04			42,37		
Szülészet-nőgyógyászat	4.604		n.a.	29.200	9125	25550	3,64	4,3	4,9	57,39		n.a.	57,55		n.a.
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	2.866	3285	871	23.725	5475	10950	5,81	7,06	4,7	70,19	70,60	37,39	44,09	36,50	29,03
Belgyógyászat	5619		2700	74.095	13870	34675	7,84	7,06	7,2	59,45		56,06	27,68		28,42
Tüdőgyógyászat	1.020			10.950	5475		8,1	7,06		75,45			34,00		
Kardiológia					8030			7,06							
Fül-orr-gégészet	702		n.a.	7.300		7300	6,98		3,7	67,12		n.a.	35,10		n.a.
Szemészet	1.275		n.a.	5.840		1825	1,2		3,9	26,20		n.a.	79,69		n.a.
Bőr- és nemibeteg	98			6.570			11,16			16,65			5,44		
Időgyógyászat	1.227		900	16.249		15330	8,19		7,4	61,84		43,44	26,11		21,43
Ortopédia	496			9.490			10			52,27			19,08		
Urológia	1.369			9.125			4			60,01			54,76		
Onkológia, onkoradiológia	6.148		1200	26.645		n.a.	4,75		n.a.	109,60			84,22		n.a.
Fog- és szájsebészet	291			5.110			4,26			24,26			20,79		
Reumatológia	374			13.140			13,63			38,79			10,39		
Intenzív betegellátó	599	191		6.570	2555		7,85	5,98		71,57	44,70		33,28	27,29	
Fertőző betegellátó	160			6.570			9,09			22,14			8,89		
Elmegyógyászat	1.687			34.310			14,76			72,57			17,95		
Geriátria			n.a.			21900			9,9			n.a.			n.a.
Aktív betegell. oszt. együtt	38113	7146	8171	379059	60955	148555							59,74	87,15	36,81
Elmegyógyászat	1.446			73.365			29,71			58,56			7,19		
Tüdőgyógyászat	186			5.475			13,57			46,10			12,40		
Útókezelő	506	477		14.600	19345		20,83	29,23		72,19	72,07		12,65	9,00	
Rehabilitációs osztály	1.652	970	n.a.	25.915	22995	8395	13,31	22,58	12,7	84,85	95,25	n.a.	23,27	15,40	n.a.
Tartós ápolás	311	73		27.375	9125		70	106,34		79,53	85,07		4,15	2,92	
Krónikus osztályok együtt	4.101	1.520	n.a.	146.730	51.465	8.395							10,20	10,78	n.a.
Összesen	42.214	8.666	12.348	525.789	112.420	156.950	7,98	9,66	7,22	64,07	74,47	56,80	40,59	38,86	50,40

Forrás: A szerző saját szerkesztése az ESKI, a szlovák National Health Information Center, illetve az intézmények honlapja alapján

14. ábra: EGTC-k Európában

Forrás: www.cesci-net.eu