

## Állásfoglalás

### A „Menedzsment és Egészséggazdaságtan” Tagozat és Tanács állásfoglalása a Semmelweis Terv 2011. május 11-i változatáról

#### A VÉLEMÉNYALKOTÁS KORLÁTAI

A Tagozat és a Tanács elsősorban két nézőpontból tekintette át a rendelkezésre álló Semmelweis Tervet (ST):

- A terv mennyire rajzolja át az egészségügy irányítási rendszerét?
- A terv mennyire változtatja meg az ellátórendszer struktúráját?  
Emellett két további kérdésben foglalkozott a ST-vel:
- A nemzetközi és hazai tapasztalatok alapján léteznek-e preferálható tulajdonviszonyok a kórházi szektorban?
- A terv nyomán előálló új ellátórendszer segíti-e a korrupcióellenes küzdelmet a közszolgáltatói szférában?

#### A TANÁCSKOZÁS IDŐPONTJA

A Tagozat és a Tanács 2011. június 9-i együttes ülésén tárgyalta a ST-et.

#### FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSAINK

- **A Semmelweis Terv lehetőséget kínál az ágazat működésének, működtetésének új alapokra helyezésére. A Menedzsment és Egészséggazdaságtan Tagozat és Tanács az átalakítás stratégiai irányával egyetért, de úgy látja, a tervben egyelőre sok kérdés maradt megválaszolatlanul.**
- Mindenekelőtt fontosnak tartjuk leszögezni: **amennyiben a kormány nem tud több közforrást allokálni az egészségügyre, úgy szembe kell néznie azzal, hogy a szolgáltatási csomagot szűkíteni kell.** A Semmelweis Tervben megfogalmazott átalakítással ugyanis nem szabadul fel a szektorban annyi többletforrás, amennyi szükséges lenne a rendszer elfogadható színvonalú fenntartásához.
- **Tekintettel arra, hogy a hazai egészségügyben új elvként jelenik meg az állami egészségügy szervezésének centralizált rendszere, az Állami Egészségügyi Szervezési Központ lehetséges funkciói, ehhez rendelt hatásköre, jogállása további szakmai vitákban tisztázandó. Ugyanez a helyzet a Térségi Egészségügyi Szervezési Igazgatóságokkal,** amelyeket szerepkörük alapján új hatóságként kellene értelmezni, máskülönben a RET-ek sorára jutnak. Az államtitkárság azonban úgy tűnik, harmadik kategóriában gondolkodik, aminek tartalmi jegyei egyelőre nem ismertek. A véleményezők nem foglalnak állást a kérdésben, mi lenne a helyes, csupán jelzik, diszrepancia található a feladatok és a vélelmezett szervezeti hatáskörök között. Tisztázandó továbbá az állami egészségügyi szervezési feladatokat ellátó apparátusok viszonya az OEP-hez és a maradék ÁNTSZ-hez.

A fent említett kérdésekben – jogkörök, hatáskörök, tevékenységi területek egyértelmű lehatárolására – elméleti és gyakorló szakemberek bevonásával olyan háttér-munkacsoportot javasolt felállítani, amelyik tételesen számba veszi az egészségügy irányításának jelenlegi és kívánt feladatkörét és elhelyezi azokat az egyes szervezeteknél.

- **Aggályosnak találtuk, hogy a vázolt koncepció az „egypólusú” rendszer irányába mozdítja el az egészségügyet; az új felállásban lényegében az állam kíván mindent egy kézben tartani, márpedig egy jól működő és innovatív – a környezeti kihívásokra rugalmasan reagálni képes – rendszer sajátja a több szereplő konszenzusán alapuló döntéshozatal.** A rendszerváltáskori egészségügy kezdetben még három pólussal bírt, az állam mellett az önkormányzatok tulajdonosként, az OEP pedig finanszírozóként, egyben az önálló Egészségbiztosítási Alap kezelőjeként jelent meg a színen. Az Alap vonatkozásában az önállóság javarésze már odalett, azonban egy fontos elem mindmáig megmaradt: az OEP szolgáltatókkal való szerződéses kapcsolatrendszere képes a szolgáltató és a finanszírozó klasszikus „provider-purchaser split” logikáját érvényre juttatni.
- **A Tagozat és a Tanács az eddig elkészült anyag alapján nem érzékelte, milyen érdekeltégi és ösztönzési rendszer tartja az egyszere drasztikus kapacitás átalakítás után „fitten” a szolgáltató szektort, amely következtében képes lesz alkalmazkodni a kihívásokhoz, rugalmasan reagál a változásokra, odafigyel a pénzügyi egyensúlyra, és fenntartja abbeli képességét, hogy „innovációra éhesen” javítja a szolgáltatások színvonalát.** Érdemes lenne részleteiben megvizsgálni a korábbi hazai és nemzetközi tapasztalatokat a fejkvótán alapuló ösztönzés és elszámolás tekintetében.
- **Az ellátórendszerben szakmailag indokoltnak tartjuk a progresszivitás elvének újbóli intézményesítését, de felhívjuk a figyelmet arra, hogy nem indokolt minden egyes szakma illetve ellátás esetében azonos progresszivitási fokozatok, besorolások megjelenítése.** Jelezzük továbbá, az egyes szakmák tevékenységének progresszivitás szempontjából való csoportosítása csak az első lépés, amit a Szakmai Kollégium tagozataival, tanácsaival szoros együttműködésben kell kialakítani. Ezt követnie kell az így kialakult szakmai szabályrendszer összerendezésének az intézményi struktúrával, illetve a szükségletekkel, lehetőségekkel. Ehhez a munkához olyan munkacsoport működtetése szükséges, amelynek tagjai szakmai (orvosi és intézményi) tapasztalatokkal és adatbányászati lehetőségekkel (és azok értelmezésének képességével) rendelkeznek. Az így kialakított ellátórendszeri hierarchia a szakma támogatását mindenképpen bír-

ni fogja, hiszen az egyes szakmák prominens képviselői által elismert szakmai szabályok mentén alakulna ki.

- **A Tagozat és a Tanács a kórházi tulajdonviszonyok esetében megállapította, hogy mind az állami, mind az önkormányzati (nem állami) tulajdon fenntartása mellett és ellen felhozhatók érvek.** A nemzetközi tapasztalok tulajdon tekintetében vegyes képet mutatnak, ugyanakkor **nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az egyik tulajdonviszonyról a másikra történő átállás sok idő- és anyagi veszteséggel jár együtt.**
- **Az állami tulajdon mellett szóló érvként fogalmazzuk meg az egyszerűbben kivitelezhető célvezeteltséget, célorientáltságot, a központi tervek könnyebb megvalósíthatóságát; ellenérvként emeljük ki a rugalmasabb működést, a puhább költségvetési korlátot, ami következtében várható, hogy a kórházak tömeges állami tulajdonba kerülése után a kórházi adósság drasztikusan megemelkedik.** Információink alapján felmerült annak a lehetősége is, hogy a kórházak **kormányhivatalok fennhatósága** alá kerüljenek. **E megoldás a hazai viszonyok ismeretében a céljával ellentétes hatást eredményez, várható ugyanis, hogy a bürokrácia „megöli” a kórházak eddigi alkalmazkodási képességét.** Ebben az esetben a kórházaktól elsődlegesen a hivatali szabályok és eljárásrendek betartását követelik meg, s nem a hatékony és minőségi betegellátást. Állami tulajdonra történő átállás esetén alapvetően fontosnak tartjuk, hogy az önkormányzatok a lakosaik érdekeit intézményesen meg tudják jeleníteni (pl. megfelelő képviselőt kapjanak a kórházak felügyelő tanácsaiban).

- **Az önkormányzati tulajdon mellett szóló érvként fogalmazzuk meg az igényekhez való rugalmasabb alkalmazkodást, az önkormányzatok egy részének erőn felüli támogatását, a helyi lakosság kontrollszerepének gyakorolhatóságát. Ellenérvként tárgyaltuk a helyi lobbyk – központi irányelvekkel is sokszor szembe helyezkedő – érvényesülését, a helyi korrupció gyakori előfordulását, a központi irányelvek számonkérhetőségének nehézkességét.**

Az önkormányzati tulajdon fennmaradása esetében alapvetően fontosnak tartjuk, hogy megfelelő ösztönzőkkel (pl. finanszírozási szerződések, fejlesztési pályázatok, minőségi szakmai indikátorok) a kórházak és tulajdonos-fenntartók kényszerítve legyenek a szolgáltatási struktúra térségi szinten összehangolt átalakítására.

- **Ami a korrupcióellenes magatartás térnyerésének gondolatát illeti, a Tagozat és a Tanács úgy látja, mind a helyi, mind a centralizált rendszerek esetében adottak a körülmények a korrupció elleni küzdelemhez. Mindenekelőtt a hatóságok eddigénél elszántabb cselekvésére és a nemzetközi szervezetek ajánlásainak követésére lenne szükség.**
- **A ST egészségének szakmabeli és társadalmi fogadtatása szempontjából is alapvető fontosságú, hogy az egészségügy jelenlegi legégetőbb kérdésére, a munkaerő tömeges elvándorlásának lassítására, ill. megállítására tud-e a kormányzat megfelelő lépéseket tenni. E helyütt is jelezzük, jelentős kormányzati források nélkül nincs esély a humán erőforrás csapdából való kikerülésre.**

*Dr. Sinkó Eszter, a Tagozat elnöke  
Dr. Jóna Gabriella, a Tanács elnöke*

## **Újabb másfél milliárd a betegellátás színvonalának emelésére, várólisták csökkentésére**

Több mint 1 milliárd úgynevezett német pontot, vagyis 1,5 milliárd forint többlet forrást biztosít a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) a járóbeteg-szakellátást végző egészségügyi szolgáltatók részére a miniszteri tartalékkeret terhére. A most kiosztott összeg az erre a célra felhasználható keret mintegy 95 százaléka.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárságon meghozott döntés értelmében 255 járóbeteg-szakellátó intézmény jut egyszeri többletfinanszírozáshoz, amelyet betegellátási feladataik elvégzésére fordíthatnak. A szolgáltatók közül három – a DEOEC Kazincbarcikai Kórháza, az ózdi Almási Balogh Pál Kórház, valamint a miskolci MISEK Nonprofit Kft. – a tüdőszűrések számának növekedése miatt kap több mint 8 millió forintot utólagos kifizetéssel; míg a Betegápoló Irgalmasrend Pécsi Háza a 2010 októberében elindult és 2011-ben folyamatosan növekvő betegforgalommal működött járóbeteg-szakellátására fordíthat további 2,2 millió forintot.

A keret felosztása során elsődleges szempontként a teljesítményvolumen-korlátot tartósan meghaladó, a betegellátási szükséglet által indokolt túlteljesítést, valamint a megyei szinten tapasztalható, lakosságszámhoz viszonyított teljesítményvolumen-korlát különbségeket vették figyelembe. A többlet 75 százalékán osztoznak ennek alapján az intézmények. A további 25 százaléknyi keretet a képalkotó diagnosztika (CT, MR) területén megnövekedett várólisták kiegyensúlyozására, csökkentésére, valamint a 2010. év során végzett beruházások miatti teljesítménykiesések kompenzálásaként kapják a szolgáltatók.

A járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók a most kiosztott 1 milliárd 510 millió 265 ezer 300 forint többlet keretet a 2011. július havi teljesítményeiktől kezdődően a finanszírozási év végéig (2011. október végéig) használhatják fel.

Az érintett szolgáltatókat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár néhány napon belül értesíti az elszámolható többlet mértékéről.