

Az Európai Unió fejlesztései: NFT II – Kapuzárás előtti kasszasöprés

Dr. Dózsa Csaba, Miskolci Egyetem

Magyarország az Európai Unióhoz való csatlakozást követően jogosulttá vált a Kohéziós és Strukturális Alapokból jelentős támogatások igénybevételére. A 2007-2013. közötti hét éves Nemzeti Fejlesztési Terv időszak során a Magyar Kormány hozzávetőlegesen 450 milliárd Ft fejlesztési összeget tervezett az egészségügy megújítására, modernizálására. A tanulmányban azt vesszük sorra, hogy az elmúlt 5 és fél év során mely programok valósultak meg, melyek szenvedtek késedelmet, valamint a még hátralévő másfél évben milyen fejlesztési források és milyen célokból kerülhetnek meghirdetésre és felhasználásra.

II. National Development Plan – dumping of programmes before closing. Hungary after the EU accession became entitled to apply for significant grants from the EU's Cohesion and Structural Funds. During the period of National Development Plan II., – between 2007-2013 – the Hungarian Government planned approximately 450 billion of HUF de-velopment sum for the renovation and modernization of the health care system. In this article author goes through the implemented programmes, the postponed developments during the last 5 and half years, and reviews the possible development programmes and their sum during the following 1,5 years.

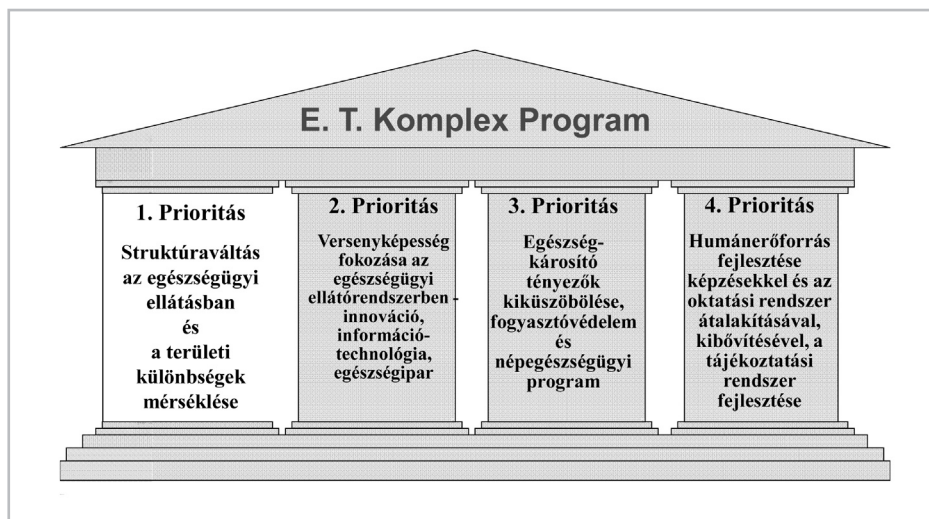
BEVEZETÉS

Magyarország az Európai Unióhoz való csatlakozást követően jogosulttá vált a Kohéziós Alapokból jelentős támogatások igénybevételére. A Magyar Kormány és a Brüsszeli Bizottság között 2007 nyarán jöttek létre a megállapodások az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) végrehajtásáról. Ezzel lehetővé vált, hogy a magyar egészségügyben évtizedek óta nem látott mértékű koncentrált fejlesztések valósuljanak meg úgy a fizikális (épület és eszköz) infrastruktúra, mind a humán erőforrás-fejlesztés és népegészségügyi programok területén. Jelenleg a program időszakának a háromnegyede eltelt, és érdemes megvizsgálni, hogy az eredeti tervekhez képest milyen fejlesztések és milyen ütemben valósultak meg, valamint még milyen fejlesztési dömping várható a 7 + 2 éves költségvetési időszak maradék másfél + két esztendejében. A rendelkezésre álló információim alapján igyekszem azt is megvizsgálni, hogy az egészségpolitikai kontextus mennyiben támogatta vagy éppen hátráltatta az EU-s fejlesztési program sikeres és ütemezett megvalósítását.

ELŐZMÉNYEK – TERVEK

A történelmi hűség miatt fontosnak tartom, hogy egy rövid fejezet erejéig kitérjek a 2007-2013-as 7 éves fejlesztési ciklus, munkanevén II. Nemzeti Fejlesztési Terv előkészületeiről, és terveiről. A tervezett programok felépítését tartalmát az ún. Egészséges Társadalom Komplex Program (ETKP) dokumentum foglalta össze, mely másfél éves tervezést követően 2006. május végére készült el. Az ETKP készítése során kiindulási dokumentumok voltak az Országos Fejlesztéspolitikai Konceptió és Országos Településfejlesztési Konceptió, a Nemzeti Rákellenes Program, a Nemzeti Szív-érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Programja, a Kincünk a gyermek csecsemő és gyermek-egészségügyi program, a Nemzeti Népegészségügyi Program és a Hazai Sürgősségi Ellátás fejlesztésének Konceptiója. A tervezés során még figyelembe vettük a készülő Ágazati Humán erőforrás Menedzsment Stratégiát, (amely azóta is készül, de hivatalosan még nem került elfogadásra). Az EU Lisszaboni Stratégiájához és az OFK-hoz való illeszkedés jegyében az egészségügyi ágazati célok közé is a foglalkoztatás bővülése, a versenyképesség javítása állt, és kiemelt célként természetesen a népesség egészségi állapotának javítása szerepelt. Az előkészületi munkákat az akkori Egészségügyi Minisztérium Közgazdasági és Fejlesztéspolitikai helyettes államtitkára fogta össze 2005 novembere és 2006 májusa között. Az előkészületi munkálatokban közel 40 szakember vett részt közvetlenül: az EüM, az OEP, az ÁNTSZ köztisztviselői, a DEOEC stratégiai főigazgatója és annak szakmai csapata, néhány magán tanácsadó cég szakértője, külső szakemberek egyéb intézetekből, más egyetemek részéről.

A tervezett program nagyságrendileg 460 milliárd Ft infrastruktúra (ERFA) és 90 milliárd humán erőforrás-fejlesztéssel számolt (ESZA Alapból). A végső kormányzati belső majd Brüsszeli Bizottsággal folytatott külső egyeztetéseket követően végül 2007 júniusában került elfogadásra, vált hivatalossá az akkor már Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) néven futó program. A véglegesen elfogadott operatív programok prioritási tengelyei összesen hozzávetőlegesen 450 milliárd Ft fejlesztési forrást dedikáltak az egészségügyi fejlesztésekre. A Molnár Lajos majd Horváth Ágnes által vezetett szaktárca javaslatára azonban a programok tartalma számos ponton módosult az előzetesen tervezetthez képest. Legnagyobb változásnak tekinthetjük, hogy kikerült a nagyjából 20 milliárd forint keretösszegű telemedicina, teleradiológiai program, és e helyett bekerült a kistérségi zöldmezős járóbeteg szakrendelők fejlesztésének 23 milliárd Ft-os programja.



1. ábra
Az Egészséges Társadalom Komplex Program Felépítése (2006)

Az ETKP alapvetően négy fő programelemre támaszkodott, amit az 1. ábra szemléltet: egy timpanon, amelyet négy oszlop támaszt alá – négy egyenrangú és nélkülözhetetlen elem.

A programok megvalósulása: 2007. év közepétől 2012. év közepéig öt év telt el. A következő részben a programok terv szerinti előrehaladását vagy éppen elmaradását vesszük sorra.

PROBLÉMÁK A MEGVALÓSÍTÁSBAN ÉS A LEBONYOLÍTÁSBAN

Az ÚMFT és az egészségügyi fejlesztések eredetileg tervezetthez képest történt elcsúszását, jelentős késedelmek elszívásának az egyik kiemelt problémája a gyakori miniszteri és szakmapolitikai irányváltások voltak. További problémát jelentett, hogy a korábbi 12 fős Fejlesztéspolitikai Főosztály idő közben, éppen a programok indulásának éveire 4-6 főre zsugorodott. Ezzel együtt különösen a 2007-2008-as időszakban a több-biztosítós üzleti modellre való áttérés alapvetően kiszorította az EU-s fejlesztésekkel való foglalatosságot. Egyedül a kistérségi zöldmezős szakrendelői fejlesztések (TIOP 2.1.2) és a profilváltó kiskórházak (TIOP 2.1.3) fejlesztései kaptak prioritást. Az első két évben szinte csak ezek a programok indultak el, háttérbe szorítva a nagyobb infrastrukturális fejlesztéseket. Ezen beruházások is nagy késéssel, végül többnyire 2010-2011-re készültek el, és kezdték meg működésüket. Az új zöldmezős szakrendelői fejlesztések már a koncepcionális szakaszukban, majd a pályázati kiírás és elbírálás során nagy kritikát kaptak szakmai szövetségek és szakemberek részéről (pl. Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg szakellátási Szövetség, és jómagam is ezen szakemberek közé tartoztam). A kritika fő eleme a fenntarthatóság, szükséglet alátámasztottsága, a működőképesség – méretgazdaságosság voltak. Megalapozó számítások szerint a 15-25 ezer fős ellátási területekről nem volt várható akkora betegforgalom, amely megfelelő bevételt

tudna biztosítani a 200 szakorvosi és 120 nem szakorvosi órával induló szakrendelők számára. Továbbá az egész ágazatot terhelni fogja ezeknek a szakrendelőknek a legalább öt éves fenntartási kötelezettsége, mely számításaim szerint évente rendelőnként minimum 15-25 millió Ft, összesen 400-500 millió Ft fix jellegű támogatást igényel a járóbeteg szakellátás kasszájából. A 2000-es évtized második felére kialakult orvoshiány közepette ilyen fejlesztést megtervezni, majd beindítani több szempontból is minősíthető felelőtlenységnek, hiszen az új szakrendelőnként 12-16 orvos bevonására van szükség ahhoz, hogy az alapvető járóbeteg szakrendelések beindíthatók legyenek.

Ennek ellenére a beruházások méretükben és szakmai tartalmukban változtatás nélkül megvalósultak, és ezekben az években, hónapokban szembesülnek az intézményvezetők és a jelenlegi kormányzat ezen intézmények működtetésének nehézségeivel, amelyet így a korábbi kormányzattól örökölték. Az EU-s általános fejlesztési szabályok szerint pedig az intézményeket minimálisan 5 évig ebben a formában kell tudni működtetni, és teljesíteni az elvárt indikátorokat.

Alternatívaként merült fel, hogy ekkora fejlesztési összeget: 23 milliárd forintot(!), nagyobb hatékonysággal lehetett volna felhasználni a meglévő, működőképes bejárattal rendelkező betegutakkal – kereslettel, orvosgárdával rendelkező szakrendelők komplex megújításával, gép-műszer park korszerűsítésével. Ekkora beruházási programot megelőzően szükséges lett volna egy átfogó hatáselemzést készíteni a várható egészségnyereségről. Mindenesetre a legnagyobb jóindulattal számolva is a 23 új szakrendelő ellátási területe, – a korábban kialakult betegutak teljes átrendeződése mellett is, – maximálisan 4-500 ezer fő számára biztosíthat jobb hozzáférést az alapvető járóbeteg szakellátási tevékenységekhez. Miközben a meglévő 15-25 szakmai profillal és 30-80 ezer fős ellátási területtel rendelkező szakrendelők átfogó modernizációjával (épületkorszerűsítés, gép-műszer cserék, digitalizálás stb.) megközelítőleg 2,5 millió lakos számára biztosíthatott volna magasabb színvonalú ellátást.

Egészségpolitikai prioritás	Új Magyarország Fejlesztési Terv konstrukciói
Népegészségügyi program, prevenciók szemlélet erősítése	TÁMOP 6.1.2 - Egészségfejlesztési program TÁMOP 6.1.3 - Szűrőprogramok kommunikációja TÁMOP 6.1.4 - Koragyermekkor program
Halálózás csökkentése	TIOF 2.2.2 - Sürgősségi ellátás fejlesztése, SO1, SO2, PIC TIOF 2.2.1, 2.3.4 – Mentés és mentésirányítás fejlesztése TIOF 2.2.5 - Onkológiai ellátás fejlesztése
Esélyegyenlőség javítása	TIOF 2.1.2 - Kistérségi járóbeteg szakellátó központok fejlesztése ROP-ok: Meglévő egészségházak, szakrendelők fejlesztése
Allokációs hatékonyság javítása, Hatékony ellátási struktúra kialakítása	TIOF 2.1.3 – Aktív kórházi ellátásokat kiváltó ellátási formák és profilváltó kiskórházak infrastruktúra-fejlesztése TIOF 2.2.4, 2.2.7 – Struktúraváltás, pólus programok TIOF 2.2.3 – Regionális vérellátó központok fejlesztése ROP-ok: Regionális rehabilitációs ellátórendszerek fejlesztése
Humán erőforrás-fejlesztés	TÁMOP 6.2.1- Humán erőforrás monitoring TÁMOP 6.2.2- Hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés TÁMOP 6.2.4- Foglalkoztatás támogatása

1. táblázat
A tervezett pályázati konstrukciók és egészségpolitikai prioritások megfeleltetése

AZ NFT II – ÚMFT ELŐREHALADÁSA 2007-2010. KÖZÖTT

A 2008. – 2010. eleji időszakot a nagyobb sebességre kapcsolás jellemezte, amely még mindig csak fél gőzt jelentett az eredetileg tervezett sebességhez és intenzitáshoz képest. Az infrastrukturális fejlesztések közül végre számos meghirdetésre került: a pólus pályázat (TIOF 2.2.7), a sürgősségi osztályok SO1 és SO2 fejlesztésének programja, később pedig elindult a struktúraváltást támogató infrastruktúrafejlesztés a kórházakban (TIOF 2.2.4).

Az ágazat irányításának alapvető gyengeségét és következetlenségét legjobban jellemzi, hogy magukat a kiemelt ágazati programokat nem volt képes 3-4 miniszter 4-5 év alatt megterveztetni, megpályáztatni, elnyerni és leszerződni a támogatást, valamint megvalósítani a programokat. Mindezt olyan területeken, amelyekre az egészségügyi ágazatnak nagyon fontos területei:

- Mentőszolgálat gépjárműpark cseréje és fejlesztése, mentőállomások fejlesztése, légimentés bázis infrastruktúrájának fejlesztése.
- Humán erőforrás monitoring és fejlesztés
- Szűrőprogramok kommunikációja
- Egészségobszervatórium fejlesztése
Intézményközi informatikai programok fejlesztése TIOF 2.3 intézkedési csoportja

A PROGRAM ÁTNEVEZÉSE ÉS ELŐREHALADÁSA 2010 JÚNIUSÁTÓL

A mostani kormányzat 2010 júniusától kezdhetette meg az EU-s fejlesztések irányításának átvételét. Az egyik fontos elem a program átnevezése ÚMFT-ről ÚSZT-re volt: Új Széchenyi Terv, ezzel együtt a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség honlapja színvilágának átalakítása volt: halvány kék színről zöldes árnyalatokra. A programról lekerült a korábbi kormányzatot idéző ÚMFT elnevezés, és rákerült az Új

Széchenyi Terv, amelynek immár első kitörési pontja (prioritása) a Gyógyító Magyarország – Egészségipar lett. Minden illúziót megadva az egészségügyi és gyógyturisztikai céges szakembereknek, hogy ezt követően jelentősen meglődulnak az egészségügyi és egészségipari fejlesztések.

KASSZAZÁRÁS ELŐTTI PÁLYÁZATI DÖMPING

Az idei év elejétől beszélhetünk igazából a fejlesztési programok dömpingjének megindulásáról, különösen a TÁMOP 6. prioritási tengelyében, mind a népegészségügyi, mind az ágazati humán erőforrás-fejlesztések terén. A foglalkoztatás támogatására 6,625 millió Ft került meghirdetésre a hat konvergencia régióban (intézményenként maximálisan 50-200 millió Ft elnyerhető összeggel), miközben a képzések támogatására két kiírás keretében összesen 9,862 millió Ft került meghirdetésre (50-125 millió Ft erejéig a városi és megyei kórházak, valamint 200 millió Ft erejéig az orvostudományi képzést folytató egyetemek számára). 800 millió Ft a Közép-Magyarországi régióban, ami várhatóan jelentősen túl lesz pályázva, és 9,9 milliárd Ft a hat konvergencia régió egészségügyi intézményei számára. Mind a két pályázati kiírásban megfigyelhető az egészségügyi államtitkárság maximális igyekezete, hogy minél több formában, és minél szélesebb körben tudja támogatni az egészségügyi intézmények humán erőforrás-megtartását (a képzések tandíjának támogatása mellett ösztöndíjak is nyújthatók, a sima foglalkoztatás új felvétel támogatása mellett új munkakörbe kerülés és motivációs ösztöndíj is támogatható). Kihaszánálva az EU-s pénzek forrásait a hiányzó, vagy kis összegű saját hazai források mellett az ágazati humán erőforrás krízis, hiány mérséklésében és nagymértékű pályaelhagyás, vagy külföldre távozás lefékezésében. A fenti pályázati konstrukciók kifejezett célja: „A konstrukció az egészségügyi ágazatban fennálló humán erőforrás-krízis helyzet kezelését célozza összhangban a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra átalakítással...”

A TÁMOP fejlesztések másik nagy hullámát az ún. „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmód programok” pályázati kiírásai jelentik, TÁMOP 6.1.2 számon (több alszámon többféle kiírás jelent meg a kistérségek (5 md Ft), a leghátrányosabb helyzetű kistérségek számára (2,18 md Ft). Ezek a népegészségügyi programot alátámasztó kisebb – nagyobb pályázatok (10-től 125 millió Ft keretösszegig) egyrészt a szintér elvet követik (kistérségi közösségi szintű pályázatok, munkahelyi, egyéb intézményi pályázatok (további 5 milliárd Ft keretösszegig), másrészt a főbb népegészségügyi problémákat, kockázati tényezők csökkentését célozzák, mint a dohányzásról való leszoktatás, mozgásszegény életmód megváltoztatása. Az összes így meghirdetett pályázati keret a több mint 12 milliárd Ft összegben végre óriási lehetőséget jelent főként a hat konvergencia régió lakosai számára, hogy nagy mértékben valósuljon meg mind a népegészségügyi infrastruktúra, szervezetek fejlesztése (lásd egészségfejlesztési irodák létrehozása), mind az ebben résztvevő szakemberek széles körének betanulása az életmódváltó és szűrőprogramok megszervezésében és lebonyolításában.

Az eredeti TÁMOP 6-os prioritási tengely 64,3 md Ft fejlesztési összegéhez képest ez az előbbieken részletezett pályázati kör több mint 50%-át tesz ki – ez tényleg pályázati dömpingnek nevezhető! Részben szegénységi bizonyítványa a korábbi 5 évnek és egészségügyi vezetésnek, részben bizonyítéka annak, hogy a mostani ágazati vezetők, különösen a népegészségügyért és humán erőforrás fejlesztéséért (megtartásáért?) felelős vezetők mekkora erőfeszítéseket tesznek az EU-s pénzek minél nagyobb arányú lekötése és végső hasznosulása érdekében.

Érdekes fordulatnak tekinthető ebben az évben, hogy míg a korábbi kormányzati ciklusban az infrastrukturális fejlesztéseket, a „betonozást” részesítették előnyben (sürgősségi, pólus és struktúra pályázatok), addig a mostani kormányzat éppen az infrastrukturális fejlesztések meghirdetésében és odaítélésben visszafogott, vagy óvatos. A TIOP 2.25-ös onkológiai fejlesztés első pályázati körét, amelynek a beadási határideje 2010. április 30. volt – sikerült 16 hónap alatt elbírálni, majd azt követően még további 6-8 hónapot váratott magára a szerződéskötés a régiók felében, míg a régiók másik felében új kiírásra kerül sor, most a fejlesztési időszak végén, 2012 őszén. Ami összességében azt jelenti, hogy az ország nagy részében csak 6-7 évvel az NFT II meghirdetését követően valósul meg valódi fejlesztés az onkológiai ellátórendszerben, miközben évente több mint 30 ezer ember hal meg ebben a betegcsoportban. A közbeszerzések és maga az érdeki infrastruktúra-fejlesztés, eszközberuházás pedig csak akkor indulhat – nagyon jelentős, mondhatni életbevágóan fontos csúszásokkal. Saját számításaim szerint a fejlesztések ütemezett végrehajtásával és 10%-os hatékonyság javulással számolva a daganatos betegségek halálzási rátájában, ez a több éves késés a mai napig hozzávetőlegesen 5-7 ezer ember korai halálózását tudta volna megakadályozni.

További negatív példa az infrastrukturális fejlesztések lelassulására a TIOP 2.2.4-es struktúraváltó kórházi fejlesztések sorsa. A 2010 tavaszán nagy gyorsasággal elbírált fejlesztések nagyobb része még nem indult el. Egy részüket még le sem szerződtek, és újra kell pályázni, más helyeken a projektmenedzsment felállítását várat magára, majd a közbeszerzések kiírása. Ez tragikus lassúságnak és idővesztésnek tekinthető.

A cikk írásakor immár az Új Széchenyi Terv részeként jelent meg társadalmi vitára új számon a „Struktúraváltás támogatása az onkológiai centrumok és a járó- és fekvőbeteg ellátás fejlesztésével című konstrukcióhoz, TIOP 2.2.6/12/1 A és B komponens” (onkológia és struktúraváltás).

A második körös onkológiai pályázati kiírás lényege, hogy az első körben nem nyert, vagy később visszavont pályázat helyébe célzott összegeket helyez nevesítve a kedvezményezettek, elmozdulva ezzel az eredetileg is tervezett kiemelt projektek felé. Ezzel a pályázat kiírója, és a mögötte álló Egészségügyi Államtitkárság egyértelművé teszi, hogy mely onkológiai centrumokat milyen tartalommal és keretösszeggel kívánja támogatni (pl. Győr és Szombathely megyei kórházai), amely véleményem szerint végre pozitív elmozdulás a határozott egészségpolitikai programalkotás irányába.

A „B” komponensben foglalt struktúraváltás keretösszege 48,5 milliárd Ft, mely magába foglalja a csökkentett maradvány pénzeket, valamint a korábbi pályázatok még fel nem használt keretösszegeit, akár leszerződött támogatások későbbi visszavonásának összegeit is. Ennek a komponensnek a célrendszere követi az első TIOP 2.2.4-es pályázati kiírás célrendszerét, kisebb hangsúlymódosításokkal. Az eddig megismert pályázati anyag nagyon ígéretesnek tűnik a struktúraváltás valódi folytatása irányába. A tervezett B komponensben az alábbi kiemelt intézményfejlesztési irányok jelennek meg: profiltisztítás és funkcióváltás (aktív kórházak profiljának egynapos- és járóbeteg szakellátás, vagy krónikus ellátás irányába történő átalakítása), integráció (két vagy több egészségügyi szolgáltató fúziója esetén szükséges racionalizálások megvalósítása), fekvőbeteg szakellátás struktúraváltása, tömbösítéssel, telephelyek és pavilonok számának csökkentésével. Továbbá kiemelt fejlesztési irány lesz a technológiai modernizáció támogatása (korszerű műtéti, diagnosztikai egynapos sebészeti, intervenciósi radiológiai és sterilizáló eszközök beszerzése révén). Ebben az esetben még országos intézetek vagy orvostudományi egyetemek is pályázhatnak országos jelentőségű eszközbeszerzésekre. A pályázati kiírás tervezete szerint az egyes intézményi fejlesztési irányok egymással kombinálva és önállóan is pályázhatók. Az elnyerhető keretösszegek 30 millió forinttól 3 milliárd forintig terjednek, mely néhány, a korábbi struktúrapályázatban is induló, de végül arról lemaradó kórház esetében nem biztosít elég fedezetet struktúrájának aktuálisan szükséges modernizálásához.

A mostani pályázati kiírás tervezete alapvetően a célnak, az ellátórendszer fenntartható pályára állításnak és racionalizálásának tekintetében jónak tűnik, ugyanakkor a késedelmes kiírás mind időben, mind a keretösszegek tekintetében

gondokat okozott az ágazatnak, különösen az infrastruktúrájukat racionalizálni szándékozó kórházaknak. Az pedig előre látszik, hogy a még összesöpört 48,5 md forint keretösszeg nem lesz elegendő a korábbi pályázatokból kimaradt intézmények és projektek megvalósulására. További probléma, hogy ezt a pályázati lehetőséget az intézmények vezetői már 2011 tavaszára, másfél évvel korábbra várták, hogy a megvalósuló projektek mielőbb kifejthessék racionalizáló és az ellátás színvonalát emelő hatásukat. Általában megállapítható, hogy a mostani kormányzat belebonyolódott a struktúraváltásba, progresszív szintek kialakításába, új minimum feltételrendszer meghirdetésébe, TEK-ek átalakításába, majd még ezt fejtette meg a potenciális pályázók államosítása. Összességében ezzel a már ebben a kormányzati ciklusban kialakult további másfél éves csúszással, az NFT II költségvetés időszakából hátralévő időben csak nagyon fegyelmezetten, a határidők szigorú megtartása mellett van lehetőség a még rendelkezésre álló TIOP keretszegek felhasználására: nyár végi meghirdetés, ősz közepi beadási határidő, december végi eredményhirdetés, februári szerződéskötés és két év megvalósítás majd elszámolás 2014. tavaszáig.

A REHABILITÁCIÓS ELLÁTÓRENDSZER FEJLESZTÉSE

Végezetül külön érdemes rátekinteni a rehabilitációs ellátórendszer fejlesztésére, amely az eredeti ETKP egyik kiemelt fejlesztési területe volt, akkor hozzávetőlegesen régióként 2-3 rehabilitációs szakkórház komplex fejlesztésével számoltunk – kiemelt projekteként – projektenként 800-1500 millió forint projekt mérettel. Ebből végül 2008-ban csak a Nyugat-Dunántúli régió két kiskórháza valósult meg, amelyek működésüket 2010-ben már meg is kezdték: Sárvár és Kapuvár kórházak egyenként 900 millió Ft értékű beruházásai. Ezek a tipikus profilváltó kiskórházak a 2006. évi CXXII. Tv. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről (Eftv) – az ún. „kapacitástörvény” – végrehajtása nyomán adták le aktív szakellátási kapacitásaikat, és kaptak rehabilitációs és krónikus ágykapacitást, miközben a profilváltásnak ezt az átállási, tranzakciós költségét az EU-s pályázatokból remélték fedezni. Még 2006. év végén az akkor Egészségügyi Minisztériumba került be egy olyan koncepció, hogy a rehabilitációs fejlesztéseket régióként egy-egy konzorciumba szervezve pályázzák meg, mely lehetővé teszi az intézmények rehabilitációs tevékenységeinek, azon belüli szakosodásának az összehangolását, a kapacitások megfelelő méretezését, a későbbiekben pedig a szervezetfejlesztés, betegút-szervezés és humán erőforrás-fejlesztés együttes kialakítását és megszervezését.

A régió más intézményei és a másik öt konvergencia régió további 12-15 potenciális profilváltó kórháza azonban évekig hiába várt a további fejlesztésekre, a 2007. vagy 2008-as indulás helyett végül 2009. év végén született meg a nyílt pályázati kiírás (szakítva a korábbi kiemelt kórház vagy régiós konzorciális elképzeléssel), 2010. április 30-i

beadási határidővel. A pályázatok elbírálására már nem került sor, az új FIDESZ kormány az egész konstrukciót felfüggesztette, a pályázati kiírást átdolgozta, amely végül 2011. tavaszán jelent meg, és többszörös pályázati határidő módosítással végül 2011. december 31-ével zárult le. A regionális konzorciális pályázatokra a kiírás szerint 13,56 milliárd Ft állt rendelkezésre, de végül a ROP-okból a Regionális Fejlesztési Tanácsok majd a Kormány döntése nyomán még további 8 milliárd Ft került mozgósításra. Mindközben az Egészségügyi Állami titkárság nagy erőket vetett be a program szakmai támogatására: két körben került sor helyettes államtitkári szintű egyeztetésre a tervezett régiós rehabilitációs fejlesztések szakmai előbírálata és korrigálása céljából, valamint főként a nappali rehabilitációs ellátás tervezhetősége és megvalósíthatósága érdekében kiegészítették a pontosították a minimumfeltételekről szóló miniszteri rendeletet is. A közel 4 éves csúszás ellenére a rehabilitációs ellátás területén az eredetileg tervezett összeghez képest végül jóval nagyobb fejlesztésekre nyílik lehetőség így a 7 éves fejlesztési ciklus végére. A mostani bírálat és kormányzati döntés összességében több mint 50 egészségügyi intézményben teszi lehetővé egyrészt a korai rehabilitáció, másrészt programozott fekvőbeteg, de különösen az ambuláns és nappali kórházi rehabilitációs ellátási infrastruktúra komplex megújítását, korszerűsítését.

EGÉSZSÉGSZERVEZÉS INTÉZMÉNYRENDSZERE

Teljesen újszerű pályázati kiírás készül TÁMOP 6.2.5 C és D címmel 11,5 milliárd Ft keretösszeggel, de a részleteket, vagy az útmutató tervezetet a cikk leadásáig még nem hozták nyilvánosságra. Az előzetes egyeztetések alapján úgy látszik, hogy a Semmelweis Tervben nagy hangsúlyt kapott térségi egészségügyi szervezési modell elméleti és gyakorlati szervezetrendszerének kidolgozása és felállítása fog megtörténni e pályázati konstrukció keretében. Az egészségügyi szervezés és intézmény-irányításnak legalább három szintjén valósulhatnak meg fejlesztések: az országos tulajdonosi, intézmény fenntartói és minőségfelügyeletet ellátó GYEMSZI szintjén, a térségi egészség szervezés (ellátásszervezés) és a közvetlen intézményi vezetés, betegirányítás szintjén. A kiírással kapcsolatban az alábbi szempontok a fontosak.

Minél több szakembert vonjanak be a megvalósításba, konkrétan a betegek irányításával, gondozásával, foglalkozó gyakorló orvosokat, diplomás és középfokú egészségügyi dolgozókat, hogy az ellátás-szervezés minél jobban megismerésre és kicsiszolásra kerüljön. Ez javíthatja a program beágyazottságát, elfogadottságát, növeli a projektben résztvevők tapasztalatát.

A program szakmai tartalmát illetően két fontos területet emelnék ki. Egyrészt követve a Nyugat-Európai országok trendjeit, kiemelt figyelmet kellene fordítani a krónikus betegséggondozási programok (CDM- chronic disease management) támogatására. Első sorban – két éves projekt időszaka alatt – javasolt a Magyarországon is kiemelt problé-

maként jelentkező és több millió embert érintő népbetegségek magas szintű ellátásának szervezési, betegút-menedzselési protokolljait és feladatait kidolgozni és elterjeszteni, mint a cukorbetegség, COPD, szívelégtelenség. Majd a megvalósítás szakaszában ezeket újabb krónikus betegségek gondozási programjai követhetnének (asztma, magas vérnyomás, veseelégtelenség stb.).

A másik fontos illeszkedési elem a szociális alap- és szakellátással való kapcsolat megteremtése lenne, mely főként a lakosság öregedése okozta komplex ellátási problémákra adhatna magasabb szintű – a multidiszciplinaritás és integritás elveit követő – intézményi válaszokat a jelenlegi szektoronkénti széttördelt jóléti ellátórendszerekkel szemben. Ehhez kellene kapcsolni az egészségügyi és szociális ellátások összehangolt fejlesztésének és kapacitás szabályozásának összehangolását, különösen az ellátásszervezés felső irányítási és középírányítási szintjén.

KÖVETKEZTETÉSEK

A 2006-2007-ben tervezett EU-s támogatású fejlesztéseket az elmúlt 4-5 évben nem támogatta átfogó egészségpolitikai program. Merre megy az ágazat, mi lenne az ideális struktúra, kapacitások köre és mértéke és ezek területi eloszlása. Ezek hiányában a pályázatok többször „a levegőbe lóttek”, különösebb orientáció nélkül.

A programban az eredetihez tervezetthez képest bekövetkezett tartalmi változások rossz irányba terelték a programot, különösen a nagyméretű zöldmezős beruházások (TIOP 2.1.2), az egészségobszervatórium és a telemedicina program kivétele a programok közül. Az ágazati informatikai projektet azok szinte visszahozhatatlan elhúzódása, meg nem valósulása jellemzi.

A 7 éves program végrehajtásában bekövetkezett 2-4 éves csúszás jelentős, több 10 milliárd forintban mérhető veszteséget okozott (legutóbbi a TIOP maradék pénzeinek csökkentése 60-ról 40 milliárd Ft-ra). A várható halálzási és életminőségi mutató javulás több évvel későbbre tolódott, ezekben az években több ezer ember halálának közvetlen okaként, és több 10 ezer ember jelentős életminőség-veszteségéhez járultak hozzá (sürgősségi ellátás, onkológiai ellátás, korszerű diagnosztikai és műtéti eszközpark elhúzódo cseréje és korszerűsítése miatt). A program csúszásában mind a két kormányzatot és mindegyik egészségügyi minisztert, államtitkárt jelentős felelősség terheli, hiszen felsővezetőként, döntéshozóként a több éves csúszásokban, lehet, hogy közvetetten, de tetten érhető a felelősségük.

Hatékonyág-veszteségként jelentkezik a nagy csúszásokkal, vagy soha meg nem valósuló kiemelt projektek, mint

az egészség-obszervatórium, humánerőforrás-monitoring, ágazati informatikai programok.

Nehéz kiszámolni, de a késő, elhúzódo humánerőforrás operatív program valószínűleg több száz országot és pályát elhagyó orvos és szakdolgozó megtartását tette lehetetlenné.

További gondot jelent a politikai beavatkozás, szemben a szakmai racionalitással, a sürgősségi, struktúra projektek politikai befolyásoltsága, a lebonyolítások csúszásai, önkormányzatiság, kbt, államosítás...

Összefoglalásként megállapítható, hogy az EU-s fejlesztéseket nem sikerült jobb színvonalon megvalósítani, mint ahogy az egész ország és közigazgatás működik. Sikerült méltó tükröt tartanunk magunkról, az egész kormányzati struktúráról, politikai következetlenségekről, a közbeszerzések nehézségeiről. Állatorvosi lóként, az egészségügyi fejlesztések egy része minden hibától és problémától terhesen valósulnak meg, vagy buknak el véglegesen.

Az országnak egy esélye volt, hogy néhány éven belül viszonylag koncentráltan, hogyan hajtson végre egy átfogó fejlesztési programot és modernizációt. Ezt az esélyt az ország jelentős részben elvesztette (nagyjából 40-50%-ban). Még itt a véghajrában valami visszahozható, kompenzálható, de az elvesztegetett évek és elvesztett források többé soha nem jönnek vissza!

JAVASLATOK

A kritikai észrevételek és keserűség ellenére még van némi mozgástér és lehetőség a programok végig viteléhez a következő 3 év alatt. Amire csak néhány hónap maradt még ebben az esztendőben: meghirdetni a pályázati kiírásokat a maradék keretekre, legyenek azok humánerőforrás-, vagy infrastruktúra-fejlesztési lehetőségek. Az egészségügyi szektor részéről pedig több száz minőségi pályázatot készíteni, amelyek 12-24 hónap alatt még megvalósíthatóak és egybe esnek a korábbiakban bemutatott ágazati egészségpolitikai célokkal. Ezt követően fel kell gyorsítani a bírálatokat, hogy a projektek még időben el tudjanak indulni és hogy az elnyert támogatásokat maradéktalanul legyen idő felhasználni, és ezzel az ország tudja tartani a 7 + 2 év költségvetési időszakot. A kormányzat valamennyi szervezete (minisztérium, GYEMSZI, ÁNTSZ, OEP) részéről támogatni kell a pályázatok elnyerését és a projektek megvalósítását és véletlenül sem lassítani, hátráltatni, mindenféle bürokratikus eszközökkel.

A GYEMSZI-nek mint a legtöbb potenciális pályázó fenntartójának (tulajdonosának) erősítenie kell az EU-s pályázatok elővéleményezésével, jóváhagyásával, monitorozásával foglalkozó szakember-gárdát, és gyorsítani mindennek ügymenetét.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Egészségügyi Minisztérium: Egészséges társadalom Komplex Program ETKP (2006). Munkaanyag.

[2] Ágazati humánerőforrás-fejlesztési stratégia, munkaanyag, EüM (2009).

- [3] Nemzeti Népegészségügyi Program (2003) Parlamenti határozat.
- [4] Sürgősségi ellátás fejlesztésének programja, MOTESZ füzet (2007).
- [5] Nemzeti Rákellenes Program (2006). www.eum.hu
- [6] „Közös kincsünk a gyermek” – Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi program. (2005) Egészségügyi Minisztérium kiadványa.
- [7] Szív-érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja. (2006) Egészségügyi Minisztérium kiadványa.
- [8] Új Magyarország Fejlesztési Terv. (2007) www.nfu.hu
- [9] Gyógyító Magyarország – Egészségipari Program. In Új Széchenyi Terv. (2010) www.nfu.hu
- [10] Semmelweis Terv (2011). www.nefmi.hu
- [11] Útmutató: „Struktúraváltás támogatása az onkológiai centrumok és a járó- és fekvőbeteg ellátás fejlesztésével” című konstrukcióhoz. TIOP 2.2.6/12/1 A és B.
- [12] Útmutató: Képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatás-fejlesztése érdekében. TÁMOP-6-2.2.A-11/1. (2012).
- [13] Útmutató: TÁMOP 6.2.4./A/11/1 Foglalkoztatás támogatása A) komponens: Foglalkoztatás támogatása egészségügyi intézmények számára. www.nfu.hu
- [14] Útmutató: „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben”. TÁMOP 6.1.2-11/3. (2012) www.nfu.hu
- [15] Új Széchenyi Terv 2011-2013 időszaki Akcióterve. (2010) www.nfu.hu
- [16] Kistérségi szakrendelők fejlesztése: holnapok, beszélgetések: Fonyód, Tab, Szécsény, Rétság.
- [17] Tóth Árpád (2011) Kistérségi járóbeteg szakellátás EU-s forrásból történő fejlesztése és fenntarthatósága. Előadásanyag, META ülés.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint főigazgató-helyettes. 2005. május és 2006. június között az Egész-

ségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, részállásban az ELTE egészségpolitika MSc képzés külső oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Covinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében. 2011-2012-ben a META elnöke. 2006-tól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.

META Nemzetközi és Nemzeti Publikációs Pályázat 2011 díjátadása

2012. június 20-án a VI. IME-META Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia Díszvacsoráján adta át a META elnöksége a 2011 évi META Nemzetközi és Nemzeti Publikációs Pályázat díjait.

A Nemzetközi Publikációs Díjat a kezeléshez kapcsolódó életminőségi alap kutatás fontossága, a megalapozott statisztikai módszerek alkalmazása és a kiterjedt irodalmi háttér alapján Inotai András és munkatársai: Rojkovich Bernadett, Fülöp Angéla, Jászay Emese, Ágh Tamás, Mészáros Ágnes kapták, a „Health-related quality of life and utility in patients receiving biological and non-biological treatments in rheumatoid arthritis” című publikációjukkal, amely a Rheumatology International 2011 jan. 18. számában jelent meg. Nemzeti Díjat A makroszinten is fontos betegségteher vizsgálat elvégzéséért első szerzőként Németh János és munkatársai: Nagyjánosi László, Nagyistók Szilvia, Tolnayné Csattos Márta, Szabóné Berta Irén, Kincses Éva, Szulyák Eleonóra, Boér Ibolya, Hundzsa Gyula, Kaló Zoltán kapták, az „Időskori vakság betegségterhe Magyarországon” című közleményükkel, amely a Lege Artis Medicinæ 2011; 21(10) számában jelent meg. Az elismerések 180 és 120 ezer forintos díjjal járnak, amelyhez ezúton is gratulálunk a díjazottaknak!

IME Szerkesztőség