

Hogyan tovább?

Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai irányai a Semmelweis Terv értelmezési keretében

Dr. Gaál Péter, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgálati Kar, SE EMK

A cikkben először röviden összefoglalom a Semmelweis Terv koncepcionális keretrendszerét, különös tekintettel a hatékonyság egészségpolitikai célkitűzésére és a hatékonysághoz kötődő teljesítményproblémákra. Ezután térek rá annak elemzésére, hogy milyen stratégiai irányokat célszerű kijelölni ahhoz, hogy a hatékonyság érdemben növelhető legyen, biztosítva az egészségügy teljesítményének fokozatos javítását és hosszú távú fenntarthatóságát. A cikk egyértelműen amellet érvel, hogy az elmúlt időszakban nem sikerült áttörést elérni a forrásteremtésben, és túl nagy hangsúlyt kapott a fekvőbeteg-ellátás átalakítása, érdemtelenül háttérbe szorítva a járóbeteg-ellátásban rejlő hatékonyságjavító potenciál kiaknázásáról történő gondolkodást. Ennek alapján tehát nem remélhető érezhető változás egy paradigmaváltó forrásteremtési stratégia kidolgozása és megvalósítása, valamint a járóbeteg-ellátás közösségi egészség szervezésre építő gyökeres átalakítása nélkül.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi kormányzat 2010. november 4-én jelentette be a Semmelweis Tervnek nevezett vitairatát [1-2], amelyet széleskörű konzultáció után, 2011. június 28-i határozatában fogadott el a kormány [3]. A kormányzati ciklusból eltelt közel 3 év, és a következő választásig hátralévő idő rövidsége megkívánja a számvetést: egyrészt az eddig megtett lépések értékelését, másrészt pedig a továbbhaladás prioritásainak kijelölését. Ez a cikk elsősorban az utóbbira tesz kísérletet azzal együtt, hogy természetesen épít azokra a legfontosabb tapasztalatokra, következtetésekre, amelyek az egészségügy átalakításának eddigi folyamatából következnek. Tekintettel arra, hogy a Semmelweis Terv a magyar egészségügyi rendszer teljesítményproblémái közül leginkább a hatékonysági veszteségeket helyezte a középpontba, az elemzés az ehhez kapcsolódó elméleti keretrendszer segítségével vizsgálja a stratégiai szempontból fontos, de nem kellő hangsúlyt kapott kitérési lehetőségeket. Ezt a keretrendszert egészítik ki a politikai megvalósíthatósággal kapcsolatos megfontolások, amelyekkel ugyan a Semmelweis Terv nem foglalkozik részletesen, de az elmúlt időszak tapasztalatai azt mutatják, hogy a tervezés minimum egyenrangúan fontos szempontjáról van szó, amelynek kezelése nélkül az egészségügy a jövőben sem állítható stabil fejlődési pályára.

A SEMMELWEIS TERV KONCEPCIONÁLIS KERETRENDSZERE ÉS A MEGVALÓSÍTÁS EDDIGI LÉPÉSEI

A Semmelweis Terv részletekbe menő bemutatása nem célja e cikknek. Ehelyütt csak a koncepcionális keretrendszerhez köthető legfontosabb megállapításokat összegzem, kiegészítve azzal, hogy az ennek a keretrendszernek a segítségével azonosított problémák megoldására tett eddigi lépéseket is számba veszem.

A Semmelweis Terv egyértelmű kiindulópontja, hogy a magyar egészségügyi rendszer átalakításra szorul, és ennek az átalakításnak a koncepcionális keretrendszerét a probléma alapú (probléma-orientált) egészségpolitikai programalkotás elméletére célszerű építeni [4]. A probléma-orientált programalkotás azon a felismerésen alapszik, hogy az egészségügyi rendszerek teljesítménye csak normatív alapon ítéltető meg, mert az egészségpolitikai célok meghatározása (mi tekinthető jó egészségügyi rendszernek) érték választási kérdés [5]. A cél meghatározás ebből következően, jellegéből adódóan, politika és így a tágabb értelemben vett közösségi döntéshozatali intézményrendszer szereplőinek megkerülhetetlen feladata. A rendszer végső céljainak meghatározása nélkül értelmezhetetlen a teljesítmény problémák meghatározása is. Ebből származik a probléma alapú egészségpolitikai programalkotás kiindulási pontnak tekinthető alapelve: az érték/cél-vezéreltség. Teljesítményproblémáról tehát akkor beszélünk, ha a rendszer nem kellő mértékben éri el a közösség által kitűzött célokat. A problémák okainak elemzésére építhető a megfelelő eszközök kiválasztása, amely a problémák megoldásán keresztül szünteti meg a teljesítménydeficitet. A érték/cél-vezéreltség mellett ezt a programalkotási folyamatot támogatja két további alapelv: a bizonyítékon alapulás, valamint a megvalósíthatóság. Mind a probléma meghatározás, mind az ok-okozati elemzés, mind pedig az eszközválasztás akkor lehet eredményes, ha a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékokra épül, és emellett kellő figyelmet fordít a politikai és technikai megvalósíthatóság szempontjaira is.

A probléma-orientált programalkotás alapelvei mellett a Semmelweis Terv eszközválasztása a funkcionális dekonstrukció elméletére épül [6]. Ez az elmélet a funkcionális megközelítés egészségügyi alkalmazásaiból [7-8], valamint a közgazdaságtan (közszolgálati szektor közgazdaságtana, pénzügyi föderalizmus) és a politológia (döntési tér elmélete) centralizációval, illetve decentralizációval foglalkozó megközelítésmódjaiból táplálkozik [9-11]. Az elmélet amellet érvel, hogy az egészségügyi rendszer működéséhez

szükséges funkciókat olyan elemi alapfunkciókra célszerű bontani, amelynek résztevékenységei egy-egy adott szereplő által végezhetőek leghatékonyabban, és minden ilyen elemi alapfunkciót azon a szinten, azon szereplő által célszerű végezni, aki azt a leghatékonyabban tudja megtenni. Érdeemes megjegyezni, hogy a Katolikus Egyház társadalmi tanítása szerint a kis közösségek autonómiája önmagában is érték [12]. A szubszidiaritás elve szerint ugyanis azokat a tevékenységeket, amelyeket kisebb közösségek önállóan is eredményesen meg tudnak valósítani, erkölcstelenség elvenni és központosítani.

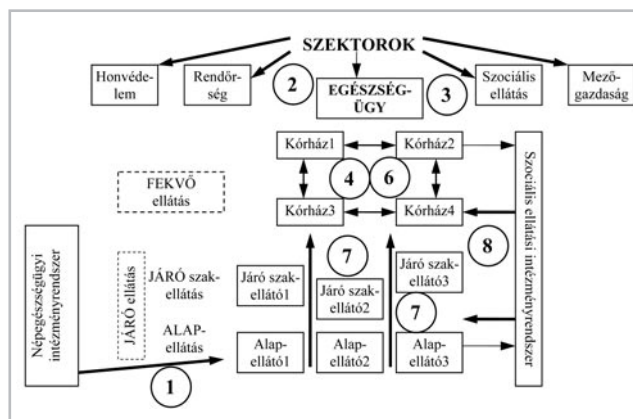
A Semmelweis Terv mindemellett alapelvnek tekintette a funkcionális integráció preferálását a szervezeti integrációval szemben (azért, hogy elkerülhetőek legyenek az irreverzibilis károk abban az esetben, ha az integráció utólag mégsem váltja be a hozzá fűzött reményeket), valamint az ösztönzők preferálását a közvetlen irányítással, illetve a szabályozással szemben. Ez utóbbi megfontolás a megbízó-megbízott viszonyok azon sajátosságára vezethető vissza, hogy a felek közötti jelentős információs aszimmetria esetén a közvetlen irányításnak és a szabályozásnak is nagyon jelentősek az adminisztrációs költségei, így komoly hatékonyság-vesztéssel eredményezhetnek [14]. A megfelelő ösztönző eszközök alkalmazása le tudja csökkenteni ezeket a költségeket, így növelni tudja a hatékonyságot. Bár a gyakorlatban nehezen megvalósítható, ideális esetben az ösztönző hatására a megbízott pontosan úgy dönt és cselekszik, ahogy azt a megbízó tenné, ha birtokában lenne mindannak a tudásnak, mindazoknak az információknak, amelyekkel a megbízott rendelkezik (tökéletes ösztönző). Ilyen esetben egyáltalán nem lenne szükség ellenőrzésre.

A Semmelweis Terv szerint kiemelt teljesítményproblema a nem hatékony erőforrásallokáció, illetve az erőforrások nem hatékony felhasználása az egészségügyben. A hatékonyság problémát okoz többek között:

- (1) az egészségmegőrzési és megelőzési intézményrendszer alulfejlettsége,
- (2) az emberi erőforrások kizsigerelése, spórolás az emberi tőke újratermeléséhez szükséges feltételek biztosításán,
- (3) az olcsó, de rossz minőségű anyagok használata, elavult és elhasznált eszközök alkalmazása, spórolás az infrastruktúra megújításán,
- (4) koordinálatlan fejlesztések eredményeként létrejött párhuzamos és kihasználatlan kapacitások, koordináció hiányában máshol elvégzett vizsgálatok felesleges megismétlése, alacsony esetszámból eredő minőség és hatékonyság problémák,
- (5) hatástalan, illetve dominált technológiák alkalmazása,
- (6) üzemeltetéssel, beszerzésekkel kapcsolatos méretgazdaságossági előnyök ki nem használása, korrupció a beszerzésekben,
- (7) indokolatlan és indokolatlanul magas szinten végzett ellátások, a kórházi ellátások felé irányuló betegáramlás,
- (8) a szociális problémák medikalizációja, szociális ellátásra szoruló esetek kórházi felvétele a szociális ellátórendszer fejletlensége és a szociális, és egészségügyi intézmények közötti koordináció elégtelensége miatt [14].

szér fejletlensége és a szociális, és egészségügyi intézmények közötti koordináció elégtelensége miatt [14].

Ha a különböző szektorokhoz, illetve az egészségügyi ellátórendszer különböző szegmenseihez és szintjeihez kötjük ezeket a jelenségeket, akkor tulajdonképpen két nagy csoportba sorolhatjuk a hatékonysági problémákat. Az első csoportba tartoznak az egyes társadalmi-gazdasági alrendszerek közötti allokációs hatékonysági problémák. Nevezetesen az, hogy minden releváns összehasonlítási alapot tekintve Magyarországon az egészségügyi közkiadások szintje markánsan alacsony, más szektoroké pedig relatíve magas [15]. A második csoportba tartoznak az egészségügyön belüli allokációs és termelési hatékonysági problémák, azaz azok a problémák, amelyek az egészségügyben felhasznált pénzeszközök nem hatékony elköltését jelentik. Az 1. ábra a fenti számozásnak megfelelően vázlatosan bemutatja a hatékonysági problémák ezen csoportjait, illetve gócpontjait.



1. ábra
A magyar egészségügyi rendszer hatékonysági problémái gócpontjainak sematikus ábrázolása

A Semmelweis Terv ok-okozati elemzése az egészség-szervezési, betegirányítási és koordinációs funkciók hiányának, illetve alulfejlettségének tulajdonította ezen hatékonysági problémák döntő többségének az eredetét, ennek megfelelően pedig elsősorban az egészség-szervezési intézményrendszer kiépítésében látta a megoldás lehetőségét. A tágabb kormányzati prioritásokkal összhangban azonban a hangsúly a tulajdonosváltásra helyeződött át, amelynek megvalósítása egyrészt lekötötte a rendelkezésre álló adminisztratív kapacitások meghatározó részét, másrészt pedig, a Széll Kálmán terv keretében értelmezett gyógyszerpolitikát nem számítva, szinte kizárólagos fókuszba helyezte a fekvőbeteg-ellátó intézmények struktúraátalakításában, illetve együttműködésében rejlő hatékonysági tartalékok kiaknázására való törekvést (4. és 6. pont az 1. ábrán). Ez bizonyos szempontból érthető és megmagyarázható. Kétségtelen ugyanis, hogy a fekvőbeteg-ellátás nagyon jelentős részét teszi ki a teljes egészségügyi közkiadásnak, így az ezen a területen potenciálisan elérhető megtakarítások is arányosan nagyobbak tűnhetnek a döntéshozók számára. Másrészt meghatározó szakértői körökben is jelentős támo-

gatottságot élvezett az a gondolat, hogy a fekvőbeteg-ellátó intézmények döntő többségének állami kézbe vonásával sokkal eredményesebben megvalósíthatók lesznek azok a strukturális átalakítások, amelyeket a korábbi kormányok idején rendre kisiklatott a helyi politikai érdekérvényesítés. Sajnos a lezajlott átalakítás éppen ennek ellenkezőjét bizonyította: a helyi politika akkor is képes a döntések befolyásolására, ha nincsenek a kezében a tulajdonosi szerepből következő közvetlen irányítási jogosítványok. A problémaorientált egészségpolitika keretrendszerében értelmezhető racionális döntéshozatal mozgástere tehát úgy tűnik, erősen be van szűkítve Magyarországon, függetlenül attól, hogy milyen (centralizált vagy decentralizált) intézményi felállás keretében igyekszünk azt érvényesíteni.

Ezek a tapasztalatok azt sugallják, hogy érdemesebb lett volna nagyobb hangsúlyt fektetni a járóbeteg-ellátás átalakítására. Miért is van ez?

- A járóbeteg-ellátás átalakításával jóval több ponton lehet javítani a hatékonyságot (1., 7., 8. pont az 1. ábrán). Ráadásul ezek közül az indokolatlan hospitalizációk csökkentése ugyanúgy jelentős megtakarítással kecsegtet, mint a kórházak közötti koordináció megteremtése.
- A járóbeteg-ellátás átalakítása lényegesen egyszerűbb feladat, és lényegesen kevesebb ráfordítással is megvalósítható.
- A szükséges fejlesztések, átalakítások jellegéből fakadóan feltételezhető, hogy az átalakítás kevésbé érzékeny pontja a helyi politikának, így a politikai megvalósíthatósága lényegesen kedvezőbb, mint a fekvőbeteg-ellátás átstrukturálásáé.
- Rövidebb időtávon lehet a lakosság, a betegek számára is érzékelhető hozzáférés és minőségjavulást elérni. Ez utóbbi szempont ugyanakkor szerepet játszhat a helyi politikai támogatás megnyerésében is.
- Nem szabad azt sem elfelejteni, hogy mind az alapellátás, mind pedig a járóbeteg-szakellátás területén rendelkezésre állnak azok a fejlesztési források, amelyekre építve az átalakítás már korábban is elkezdhető lett volna. Soha nincs késő azonban arra, hogy a szükséges fejlesztéseket elindítsuk.
- A technológiai fejlődés is egyértelműen a járóbeteg-ellátás szerepének, jelentőségének növekedése irányába hat (pl. egynapos ellátások, non-invazív ellátások fejlődése, ICT fejlődés adta lehetőségek stb.).

Összefoglalóan tehát megállapíthatjuk azt, hogy a jelenlegi helyzetből való továbblépés egyik stratégiai iránya mindeképpen a járóbeteg-ellátás átalakítása kell, hogy legyen, nem megkerülhető ugyanakkor a kórházi szektor megkezdett átalakításának lezárása sem. Ez utóbbi teendővel kapcsolatban olyan megoldás kimunkálására van szükség, amely a lehetőségekhez képest leginkább egyesíti magában a centralizáció és a decentralizáció előnyeit, ezek hátrányainak minimalizálásával. Kézenfekvőnek tűnik egy olyan egészségügyi intézményi törvény megfogalmazása, amely a felelősségi-, és hatásköröket a funkcionális de-

konstrukció elméletével összhangban osztja szét az egészségügyi ellátók és a magasabb irányítási, felügyeleti szintek között.

A szektorok közötti erőforrás-allokációs probléma kezelésében (2. és 3. pont az 1. ábrán) a kulcspontot a forrásteremtési rendszer átalakítása jelentheti. Ennek megfelelően a Semmelweis Terv egyik prioritása a forrásteremtés új alapokra helyezése volt. Bár az egészségügyi kormányzatnak nem sikerült ezen a területen áttörést elérni, nem mondhatjuk azt, hogy a ciklus első három éve teljesen eseménytelenül telt el. A népegészségügyi termékadó (NETA) bevezetése olyan szimbolikus jelentőséggel bíró sikerként könyvelhető el, amely megteremtette a lehetőségét egy paradigma-váltó forrásteremtési stratégia megvalósításának. Sokkal komolyabb fejtörést okozott azonban a magánforrások szerepének átgondolása, amely mindig jelentős gazdasági érdekeket mozgat meg, adott esetben pedig rendez újra. Megválaszolatlanul maradt a hálapénz kérdése is, pedig ez a jelenség nem pusztán forrásteremtési ügy, hanem alapvető oka a torz forrásallokációnak és számos igazságossági problémának is. Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy az egészségügy jövője, fenntartható működése elképzelhetetlen a forrásteremtés rendszerének radikális átalakítása nélkül, amely nem egyszerűen a bevételi szerkezet újrendezését jelenti, hanem alapja az egészségügyi közkiadások reálértéken történő fokozatos és kiszámítható növelésének is.

HOGYAN TOVÁBB? STRATÉGIAI IRÁNYOK AZ ALLOKÁCIÓS ÉS TERMELÉSI HATÉKONYSÁG JAVÍTÁSÁRA

A Semmelweis Terv megvalósításának előzőekben bemutatott elemzéséből az ellátórendszer hatékonyságának javítása érdekében tehát három stratégiai prioritás rajzolódik ki: (1) az egészségügy fenntartható és fokozatosan emelkedő közfinanszírozását lehetővé tévő paradigma-váltó forrásteremtési stratégia kidolgozása, (2) a fekvőbeteg-ellátó rendszer átalakításának lezárása egy egészségügyi intézményi törvénnyel, (3) a járóbeteg-szakellátás rendszerének a betegút-szervezési funkció köré épülő fejlesztése, a közösségi egészség-szervezés kiépítése.

PARADIGMAVÁLTÓ FORRÁSTEREMTÉSI STRATÉGIA

A szektorok közötti forrásallokáció hatékonysága szempontjából az elmúlt 10 évben az egészségügy lényegében vesztes pozícióba került. Ezen a helyzeten a forrásteremtés rendszerének radikális átalakításával lehet segíteni, amelynek egyes elemek tekintetében egészségügyi szektoron belüli hatékonyságjavító hatása is lehet (ilyen például a hálapénz kiváltása egy transzparens magán forrásteremtési konstrukció bevezetésével). A szükséges forrásbevonás ugyanis nem megoldható a jelenlegi forrásteremtési rendszer (adók és járulékok, valamint magánforrások) kisebb korrekciójával. A környező országok példája azt mutatja, hogy nem gazdasági szükségszerűség az egészségügyi

közkidadások leépítése, sőt egy jól működő közfinanszírozott egészségügyi rendszer a munkaképesség megőrzésén és javításán, valamint az egészségiparon és az egészségturizmuson keresztül a gazdasági fejlődés támogatójává, a gazdaság húzóágazatává tudna válni. Az egészségügy gazdasági fejlettségünkhöz viszonyított alulfinanszírozottsága nagyrészt éppen a rosszul működő bevétel-teremtési konstrukciók koncepciójának hibás rendszerének tulajdonítható.

A legfontosabb, és a nemzetközi szakirodalomban sokszorosan megerősített tény, annak megértése a döntéshozókkal, hogy az egészségügyben az állam szerepvállalása nem pusztán szociális funkció. A szolidaritási elven működő egészségügyi rendszerek sokkal hatékonyabban működnek, mint a magánfinanszírozásra épülő rendszerek, így az ország egész lakosságának az az érdeke, ideértve a tehetősebb rétegeket is, hogy az állam fenntartsa a társadalmi egészségbiztosítási rendszer országos kockázatközösségre és egy kifizetőre épülő modelljét. Ez a nagy rendszer azonban csak akkor lesz képes önszabályozó módon működni, ha mentesül a nem egészségpolitikai célú kormányzati beavatkozásoktól. Az egészségügy finanszírozásának (és általában a nagy társadalmi elosztórendszerek) hosszú távú fenntarthatósága érdekében tehát elengedhetetlen, hogy érvényesüljön a forrásteremtés és forráselosztás logikájának zártsága. Ez az alapelv azt jelenti, hogy a nem egészségügyi célú forráskiáramlással járó intézkedések mögé az intézkedést kezdeményező szektornak kötelessége legyen a szükséges forrást saját bevételei terhére biztosítani. Így nem fordulhatna elő a továbbiakban az, hogy a különböző szociálpolitikai és gazdaságélénkítő intézkedések számláit az egészségügyi ellátórendszernek kell állnia, amely óhatatlanul destabilizálja a rendszert és csökkenti annak fenntarthatóságát.

A teljesség igénye nélkül a paradigmaváltó forrásteremtési stratégiának a következő területeket lenne célszerű érintenie:

- a közösségi forrásteremtési módszerek átalakítása (ide tartozik például a NETA szerepének növelése, egészségbiztosítási járulék átalakítása stb);
- a szolgáltatáscsomag határainak transzparens kijelölése;
- a magán forrásteremtési területek részletes keretrendszerének kidolgozása (milyen szolgáltatások tartoznak ténylegesen a magánfinanszírozottak közé, itt kell tisztázni a hálapénzzel kapcsolatos elképzeléseket is);
- a magán forrásteremtési módszerek általános keretrendszerének kidolgozása (közvetlen lakossági hozzájárulás, egészségügyi takarékszámla, magánbiztosítás);
- ritka betegségek esetében az EU-s szerepvállalás kiharcolása.

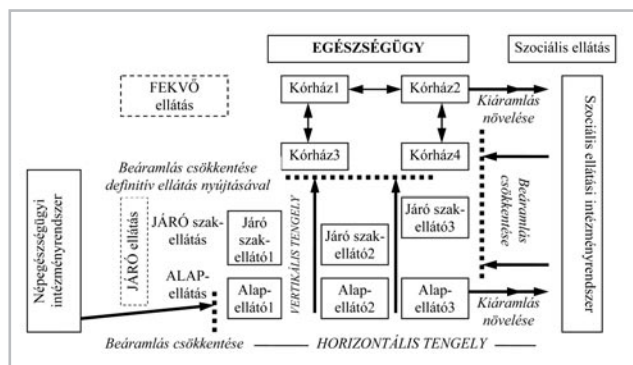
EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYTÖRVÉNY ÉS A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS ÁTALAKÍTÁSÁNAK STRATÉGIÁJA

A korábban bemutatott elemzésnek megfelelően az egészségügyön belüli, illetve határterületi allokációs és ter-

melési hatékonysági problémák tekintetében a Semmelweis Terv négy fontos területet jelölt meg:

- a horizontális tengely a kórházak közötti együttműködésben rejlő (egészségügyi ellátási és kiszolgáló funkciók összehangolására vonatkozó) hatékonyságjavítás lehetőségére fókuszál,
- a vertikális tengely pedig az ellátási szintek közötti betegmozgás összehangolásában (minél alacsonyabb szinten történő definitív ellátás nyújtása) rejlő hatékonyságjavítást helyezte a középpontba. Ezekhez kapcsolódik a szűkebb értelemben vett intézményes egészségügyi ellátórendszer kapcsolódási pontjain (interface) jelentkező hatékonyságjavítás kiaknázása:
- az egészségmegőrzés és megelőzés intézményrendszerének illesztése a közösségi egészség-szervezési központokhoz (beáramlási oldali tehermentesítése);
- a hospice és a szociális ellátórendszer illesztése az egészségügyi ellátókhoz (kimeneteli oldali tehermentesítése).

A járóbeteg-ellátás fókuszú hatékonyság-javítás célrendszere tehát tulajdonképpen a betegút-szervezés funkciója köré építhető, és kétféle változást kíván meg: (1) a nem hatékony betegutak megszüntetését, a nem hatékony betegáramlás mértékének csökkentését, valamint (2) a hatékony betegutak kialakítását, installálását és működtetését a betegforgalom hatékony betegutak mentén történő felpörgésével. Az 1. ábrán alkalmazott séma felhasználásával a hatékonyságjavítás célrendszerét a 2. ábra mutatja be.



2. ábra

A járóbeteg-ellátás fókuszú hatékonyságjavítás célrendszerének sematikus ábrázolása

Ahogy korábban említettem, a fekvőbeteg-ellátás átalakítását a funkcionális dekonstrukció elméletére épített egészségügyi intézményi törvénnyel lehetne legkézenfekvőbb módon lezárni. Az egészségügyi intézményi törvény kodifikálása során tehát azt a megközelítést célszerű alkalmazni, hogy minden döntési hatáskör, jogkör ahhoz a szereplőhöz, arra a szintre kerüljön, ahol az a leghatékonyabban végezhető. Így nem fordulhat elő az, hogy olyan funkciókat centralizálunk, amelyek a korábbi kórházi működéshez képest visszalépést jelentenének a hatékonyság szempontjából. Azokban az esetekben, ahol a rendelkezésre álló tudás, a

tudományos bizonyítékok nem adnak kellő támpontot, a decentralizált elhelyezést célszerű választani úgy, hogy a központ önkéntes alapon hirdet meg programokat, és ezek értékelése alapján finomítják tovább a rendszert.

Legfontosabb ugyanakkor, hogy kerüljön át a hangsúly a járóbeteg-ellátás átalakítására. A korábban elmondottakon túl ennek a prioritásváltásnak a szükségességét az is alátámasztja, hogy a további fekvőbeteg kapacitáscsökkentés csak akkor kivitelezhető biztonságosan, ha a vertikális tengelyen elindul a kapacitásnövelő átalakítás, hiszen ez a többletkapacitás képes a kórházból kiszoruló betegeknek érdemi ellátást nyújtani.

A járóbeteg-ellátás (alapellátás és szakellátás) közösségi egészségügyi szervezési alapelvekre épülő átszervezésének koncepcióját részletesen kifejtettük egy korábbi publikációban [14]. Alapvető dilemmát jelent ugyanakkor, hogy milyen módon húzható meg a határvonal a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás között. A magyar egészségügy átalakításának korai tervei az alapellátás és a szakellátás között húztak törésvonalat, és az 1990-es évek elején elindult az önálló járóbeteg szakrendelők kórházakhoz történő integrációja. Ennek egyik indoka az volt, hogy a járóbeteg szakrendelőben dolgozók ne vesszék el a fekvőbeteg-ellátásban szereshető tapasztalatokat, mert így a járóbeteg szakellátást is hatékonyabban tudják végezni. Az Irányított Betegellátási modellkeretében ugyanakkor voltak kedvező tapasztalatok az önálló járóbeteg szakrendelőkre épített betegút-szervezéssel. Megoldást jelenthet az ilyen típusú dilemmákra az, ha a tervezett átszervezés kellően rugalmas kereteket biztosít a különböző modellek gyakorlati kipróbálására és részletes értékelésére, amelynek alapján hosszabb távon kialakíthatóak és elterjeszthetőek a kontextusfüggő legjobb gyakorlatok.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy a rendszeren belüli hatékonysági problémák kezelésének fő irányai: (a) az egészségügyi intézményi törvény kidolgozása és elfogadása a horizontális tengely átalakításainak lezárására; (b) a vertikális tengelyen a hatékonyságjavítás realizálása a

szükséges interface-ek illesztésével (népegészségügy, szociális ellátások), a közösségi egészségügyi szervezési modell kialakításának keretében, megfelelő finanszírozási ösztönzőkre építve; (c) a népegészségügyi (egészségmegőrzés és megelőzés) intézményrendszer újrainstallálása (pl. Országos Népegészségügyi Központ létrehozása, védőnői szolgálat revitalizálása, egészségmegőrzési és prevenciókassza kialakítása az Egészségbiztosítási Alapon belül stb); (d) az egészségügyhöz kapcsolódó szociális ellátások modellértékű újraszervezése (felesleges fekvőbeteg-ellátási kapacitások szociálissá alakítása egészségügyi intézményekben belül stb). További átalakítási irányt jelent mindezek mellett (e) innovatív szolgáltatásfejlesztési programok elindítása, amely alapvető ahhoz, hogy a rendszer minden szinten megőrizze a rugalmasságot, a gyorsan változó környezeti feltételekhez való adaptációs készséget.

ÖSSZEFOGLALÁS

A magyar egészségügyi rendszer további fejlesztése a Semmelweis Tervben megfogalmazott egészségpolitikai célokra építhető, a Semmelweis Tervben használt koncepcionális keretrendszer felhasználásával és a 2013-ig elért eredmények értékelésének figyelembe vételével.

A Semmelweis Terv központi eleme a hatékonyság növelése, amelynek számos esetben hozzáférést javító hatása is van. A hatékonyságjavítás prioritásai közé az egészségügyi forrásteremtési rendszer átalakítása, a fekvőbeteg-ellátás megkezdett átalakításának egészségügyi intézményi törvény keretében történő lezárása, valamint a járóbeteg-ellátás átszervezése tartozik. Az elmúlt időszak tapasztalatai arra utalnak, hogy a járóbeteg-ellátás közösségi egészségügyi szervezési koncepcióra építő átalakítása mind az elérhető hatékonyságjavulás, mind pedig a politikai megvalósíthatóság tekintetében domináns opciónak tekinthető a kórházi szektor struktúráváltásával, mint hatékonyságjavító átalakítással szemben.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság: Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország: Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Nemzeti Erőforrás Minisztérium: Budapest, 2011.
- [2] Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv>
- [3] 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat A Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről. Magyar Közlöny, 2011/71. szám, 15268-15269.o. 2011.
- [4] Gaál, P: A probléma-orientált programalkotás koncepciója. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja IV. évf. 4. 8-10. o. 2005.
- [5] Marc JR, Hsiao, W, Berman, P, Reich, M: Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press. 332.o. 2004.
- [6] Gaál P, Evetovits T és Sinkó E: Innovations in health policy: The Care Managing Pilot and the functional deconstructive model of health care systems. European Health Management Association Annual Conference: Budapest, 2006.
- [7] Kutzin, J: A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy. 56(3): 171-204.o. 2001.
- [8] World Health Organization: Strengthened health systems save more lives. An insight into WHO's European Health Systems' Strategy: WHO Regional Office for Europe. 2005.

- [9] King, D: Fiscal Tiers: The Economics of Multilevel Government, London: George Allen and Unwin, 1984.
- [10] Oates, W.E: An Essay on Fiscal federalism. Journal of Economic Literature. 37(3) 1120-49.o. 1999.
- [11] Bossert, T: Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Social Science and Medicine. 47(10) 1513-27.o. 1998.
- [12] Az Igazságosság és Béke Pápai Tanácsa: Az egyház társadalmi tanításának kompendiuma. Szent István Társulat, 437 o. 2007.
- [13] Eisenhardt, K: Agency theory: An assessment and review. Academy of Management Review, 14 (1) 57-74.o. 1989.
- [14] Gaál, P, Sinkó, E: Egészségügyi menedzsment és rendszirányítás a magyar egészségügy átalakításában, Népegészségügy. 90:(2) 111-119.o. 2012.
- [15] Szemere R, P. Kiss G: Almát körtével? A négy visegrádi ország állami újraelosztásának összehasonlítása, 1995–2010. MNB-tanulmányok, 99. 2011.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Gaál Péter 1993-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán, 1995-ben szerzett Master of Science fokozatot egészségügyi menedzsmentből a Londoni Egyetemen, 2004-ben pedig ugyanott sikerrel védte meg PhD-értékelését a magyarországi hálapénz jelenségének témakörében. A PhD-dolgozat anyagából készített egyik angol nyelvű cikkével 2005-

ben elnyerte az Európai Egészségügyi Menedzsment Társaság (EHMA) és a Karolinska Egyetem (Karolinska Medical Management Centre) közös kutatási díját, amelyet PhD doktori értékelésből készített legjobb publikációért ítélnek oda. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának vezetője, oktatója és kutatója, egyetemi docens. Részt vesz különböző hazai és nemzetközi szakértői munkákban is. Szakterülete az egészségpolitika. 2011-től az IME Szerkesztőbizottságának tagja.

Dékánválasztás a DE OEC-ben

2013. július 1-től Dr. Mátyus László egyetemi tanár, a Biofizikai és Sejtbiológiai Intézet Biomatematikai Tanszékének vezetője tölti be a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Karának dékáni tisztségét. A megbízás 4 évre szól. Az új dékán Csernoch László professzort váltja, aki két dékáni periódust követően távozik a Kar éléről.

Mátyus László professzor a Debreceni Orvostudományi Egyetemen 1980-ban kapta meg az általános orvosi diplomát, majd klinikai laboratóriumi vizsgálatok szakorvos képesítést szerzett. 1980 óta dolgozik a Biofizikai és Sejtbiológiai Intézetben 1993-ban biológiai tudomány kandidátusa, 2005-ben MTA doktora címet szerzett. 2007-ben nevezték ki egyetemi tanárrá, 2010-től tanszékvezető. Számos külföldi tanulmányúton vett részt, többek között a Baltimore-i Johns Hopkins Egyetemen, San Francisco-ban a Kaliforniai Egyetemen. Több hazai és nemzetközi tudományos társaság vezetőségi tagja: a Magyar Biofizikai Társaság alelnöke, az Európai Biofizikai Társaság elnöke, a Magyar Tudományos Akadémia közgyűlési doktor képviselője. Tudományos eredményeiről 61 közleményben és könyvfejezetben számolt be. Irányításával számos pályamunka és PhD dolgozat született. Sokoldalúságát mutatja, hogy tevékenykedett a Tudományos Diákköri Tanács valamint a Doktori Tanács titkáraként, ellátta az Általános Orvostudományi Kar dékánhelyettesi feladatait. 2005–2009 között a GND Regionális Egyetemi Tudásközpont, valamint a Tudás- és Technológia Transzfer Iroda igazgatója.

„Mint minden eddigi megbízatásomat, ezt is szolgálatnak tekintem, és kellő alázatot tanúsítok a feladat iránt. Munkaidőm jelentős részét kívánom a dékáni feladatok minél magasabb színvonalú elvégzésére fordítani. Hiszek a kollektív bölcsesség, és az egyéni felelősség erejében. Vezetői tevékenységemet a vélemények alapos megismerése révén szeretném végezni. Arra fogok törekedni, hogy minden tevékenység átlátható, számon kérhető, körültekintően kialakított szabályok szerint történjen. A Hallgatói Önkormányzattal szoros együttműködést akarok kiépíteni és fenntartani. Számos területet eddig is nagy felelősséggel, körültekintéssel irányítottak. Munkájukra számítottok.” – mondta el a megválasztott dékán.

Dr. Mátyus László egyetemi tanárt a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Karának Tanácsa 2013. április 9-én választotta dékánná.

