

Készül a leltár

Nem csupán az év vége közeledik, de a politikai ciklus vége is. Nem csoda hát, hogy az utóbbi idők egészségpolitikai összejevetelein az egészségügyben az utóbbi három és fél évben történt változásokat is számba vették az előadók. A Napi.hu „Mérlegen az egészségügy átalakítása” címmel rendezett konferenciát. Ott a beszállító cégek a tartozások, a kórházak a kiszolgáltatottság, az állam képviselői a velük szembeni türelmetlenség miatt panaszkodtak.

Az IME Kontrolling Konferenciáján független szakértők vették számba, hogy mi történt eddig ebben a kormányzati, egyben egészségpolitikai ciklusban. Igen sok minden, így a fontos részleteknek jószerével csak a felsorolására, illetve sommás ítéletekre kerülhetett sor. Őri Károly, a számos kórházzal kapcsolatban álló Ilex Vezetési Tanácsadó Kft. ügyvezetője a kormányváltás óta eltelt közel négy év áttekintésére vállalkozott.

A ciklus központi eseménye természetesen a kórházak államosítása volt. Ezt hatalmas kormányon belüli küzdelem előzte meg. Később esett szó arról, hogy sokáig kétséges volt, hogy az intézmény felügyeleti jogkör a kormányhivatalokhoz vagy az egészségügyi tárca háttérintézményéhez kerüljön-e. Az az álláspont győzedelmeskedett, mely szerint az államosított ellátórendszer működtetése központi ellátó szervezet nélkül elképzelhetetlen. Ez – az eredetileg más célra életre hívott – GYEMSZI lett. Nagy dolog, hogy ez a vita nem okozott később semmiféle szakmapolitikai bizonytalanságot. A tárca tudta magát tartani a Semmelweis tervben lefektetett alapelvekhez, legfőképpen a térségi ellátó, progresszivitáson alapuló szerkezethez.

Nem várt fordulat a ciklus eleje óta tartó „TB-kassza prés”, amely számos, megoldhatatlan intézmény gazdálkodási probléma forrása és az ellenkezője annak, amit – a gyógyító-megelőző kassza forrásbővítése ígéretként ugyan nem hangzott el, – de az ágazat egyöntetűen remélt. A Széll Kálmán Terv ráadásul drasztikus, 80 milliárdos kivonást eredményezett a gyógyszerkasszából. Ez csak úgy volt elensúlyozható, hogy a gyógyszercégek mintegy 75 milliárdot kitevő befizetései fedezték a megmaradt kassza kiadásainak mintegy negyedét.

Csalódás, hogy az intézmények tartalékolásra vannak kényszerítve, évről évre remélik legalább a szinten tartáshoz elegendő forrásbővülést, de e helyett folyamatos szűkösségekben léteznek, hiszen év közben nem osztják ki a kassza időarányos részét, majd az évek utolsó felében kaptak, kiszámíthatatlan mértékű mentőinjekciókat rendezik úgyahogy a helyzetüket. Az ellátási térségek kialakítása, az ezzel járó kapacitásszabályozás, a progresszivitási szintek

kialakítása, a TEK-ek létrehozása lényegében zökkenőmentesen lezajlott, ám megmaradtak irányítás-technikai kategóriáknak, nincs érzékelhető hatásuk az intézmények életére. Több kisebb kórház elvesztette aktív kapacitásait, rehabilitációs, illetve járóbeteg-egynapos intézményekké alakultak. Az integráció hatására nagyobb intézményi egységek jöttek létre.

Finanszírozás-technikai változások közül pozitív a degenerációs sáv 10 százalékos visszaállítása, ugyanakkor negatív fejlemény, hogy folyamatosan szűkül, továbbá, hogy az alapdíjak karbantartása elmaradt, mértéke pedig az előző ciklus szintjén maradt. Igaz ez akkor is, ha a járóbeteg alapdíjak néhány forinttal emelkedtek. Az alkalmazott finanszírozási technika erőteljesen távolodik a teljesítmény alapúság alapelvétől, erősen közelít a bázisfinanszírozáshoz.

Az egészségügyi személyzet és az orvosok elvándorlása folytatódott, az elmúlt három és fél évben mintegy 3500 orvos hagyta el az országot. Egyre több a hiányszakma. A folyamat lassítását összességében évi több tízmilliárdos béremeléssel és rezidens ösztöndíjakkal próbálja a kormány elérni, az első jelek szerint sikerrel. Kedvezőtlen, hogy még mindig nem jött létre a régóta várt életpálya-modell. A humánpolitika része volt az intézményvezetői kar mintegy felének lecserélése, ugyanakkor fiatalítása. Őri Károly szerint vegyes a kép, annyi biztos, hogy hasznos, hogy ma már az intézményvezetőktől elvárt követelmény a menedzser diploma. A 62 év felettiek kötelező nyugdíjazása újabb bizonytalansági tényezőt hozott a rendszerbe.

Megtörtént a szakmai kollégiumi rendszer megújítása, a tanácsadói hálózat létrehozása. Ennek észlelhető hozadéka a szakmai minimum feltétel-rendszer megújítása. Meghatározták, hogy milyen feltételek mellett működhetnek Magyarországon az egészségügyi szolgáltatók. Pontosították az otthoni ápolás és az ügyeleti beosztás szabályozását, az egészségügyi szakmai jegyzéket és a kódokat, s legfontosabbként az egyes szakmák gyakorlásának intézményekre vonatkozó szabályait. Kérdéses, hogyan képesek teljesíteni az elvárásokat az intézmények, ugyanis pénzt nem rendel a jogszabály a feltételek teljesítéséhez. Az eddigi HR követelményeken azonban enyhített a kormányrendelet, ám teljesítésük még így is kétséges.

Egyértelmű siker, hogy jelenleg is 285 fejlesztési projekt, többségében infrastrukturális fejlesztés zajlik országszerte, összesen 318 milliárd forint értékben.

A GYEMSZI vitathatatlanul hatalmas munkát végzett az állami tulajdonba vétel zökkenőmentes lebonyolításával, majd az intézményfenntartói, továbbá ellátásszervezői szerepek átvételével – ismerte el Őri Károly. A Napi.hu konferenciáján Török Krisztina főigazgató még további eredmé-

nyekről számolt be: definiálták a progresszivitási szinteket, levezényelték a kórházi integrációt, megtörtént a funkcióváltás és profiltisztítás. Átláthatóbbakká váltak a betegutak, sokat tettek az egészségügyi szakmai irányelvek fejlesztéséért, az ellátás minőségének, a megbízhatóságnak a javításáért. Hozzátette: fontos jövőbeni feladat a kórházi finanszírozás átalakítása: jövő évtől már feladatarányossá teszik a TVK rendszert, emellett a HBCs-eket is átkódolják.

A központi közbeszerzésekkel mind a gyógyszer-, mind az energiaárakban nagy megtakarításokat tudtak elérni. A kórházi gyógyszerekhez például 30 százalékkal, a gázhoz összességében egymilliárd forinttal, az áramhoz 119 millió forinttal olcsóbban jutottak hozzá. Ezekből a kasszaszintű megtakarításokból az intézmények közvetlenül nemigen érzékelnek semmit.

Az intézményvezetők mozgástere jelentősen szűkült. A központosított döntéshozatal lelassítja a kórházak működését, sokszor egy intézmény felvetésére csak hónapokkal később jön válasz a GYEMSZI-től. Velkey György, a Magyar Kórházszövetség elnöke szerint a legfontosabb az lenne, hogy tisztázzák a hatásköröket.

A GYEMSZI szerepe érzékelhetően tovább nő majd. Óri Károly felhívta a figyelmet, hogy a közelmúltban két új főigazgatóság – térségi menedzsment és HR fejlesztés – jött létre.

A 2013. évről beharangozójukban az IME konferenciájának szervezői ítélték: „Az egészségügyi intézmények számára 2013-ban még inkább egyértelművé vált, hogy a jelen finanszírozási feltételek mellett nem fenntartható a jelenlegi ellátórendszer. A 2012-ben lezajlott intézmény összevonások, az állami átvétel, a beszerzések, az irányítás centralizációjából származó költségcsökkentések nem voltak elégsek a működési forráshiány pótlására, annál is inkább, mert a kórházak számára megszűntek az önkormányzati fejlesztési támogatások. A 2013-ban kissé javuló TVK nem csökkentette a kórházak számára a várólisták nyomozó terheit, míg a szakrendelők jelentős veszteséget könyvelhettek el a degressziós bevételek idején megnyirbálásával. Ezek eredője a gyorsan, már az év első felétől romló likviditási helyzet, ahol már nem normatív módon, hanem egyedi mérlegelés alapján történt meg a forráspótlás. Az intézményvezetők számára a béremelés jelentett csak forrásbővülést, amely viszont csupán „átfutó tétel” volt 2013-ban.”

Óri Károly szerint 2013. egy újabb „reálérték-vesztő év” volt, a dologi kiadások növekedését nem követte a finanszírozás. A beszállítókkal vívott „adósságháború” súlyosbodott, már 12 hónapot meghaladó kifizetetlen számlákkal is lehet találkozni.

Ezzel kapcsolatban a másik konferencián Rásky László, az Orvostechikai Szövetség főtitkára a döntéshozók és az egészségügy beszállítói közötti bizalmi válságról beszélt. Szerinte a politika előítélettel kezeli a gyógyszer és műszer beszállítókat, „gyanús profitorientált kapitalistáknak, élősködőknek” állítja be őket. Nem veszi figyelembe azt a tudást, tapasztalatot, hozzáadott értéket, amit ezek a cégek képviselnek. A kórházi adósság-konzolidációval kapcsolatban

megjegyezte, hogy szerinte rossz a szétosztás mechanizmusa. Nem a fekvőbeteg-intézmények, hanem a beszállítók szerint kellene felosztani a pénzt, már csak azért is, mert vannak olyan kis cégek, ahol az állam tartozása miatt már nem tudják befizetni az államnak az adókat és járulékokat. A szerdán bejelentett 33 milliárdos konszolidációról pedig azt mondta, nem éri el a célját, mert nem fedezi a 30 napon túli adósságokat. Ezt egyébként Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár is elismerte, szerinte a konszolidáció után még 20-30 milliárd forint adóssága maradt a kórházaknak.

Óri Károly szerint a korábbi évek teljesítmény szerinti maradvány elosztását felváltó adósságalapú „pénzosztás” nem jó irányú szemléletváltást tükröz: egyrészt nem mindenki kapja, másrészt nem az kapja a több pénzt, aki jól gazdálkodott, netán nyereséget termelt, hanem az, aki eladósodott.

A változások rendszer szintű értékelését Sinkó Eszter, a SE Menedzserképző Intézetének igazgató-helyettese, a Menedzsment és Egészséggazdaságtan Tagozat elnöke vállalta. Végső soron arra kereste a választ, hogy mindaz, ami történt modellváltásnak tekinthető-e.

A tulajdonosváltást áttekintve a társadalmi kontroll szempontjából pozitív elemnek nevezte, hogy a kórházi háttér nélkül működő szakrendelő intézetek megmaradhattak önkormányzati tulajdonban. Szerinte ugyanis az államosított rendszer egyik fogyatékosága éppen a társadalmi kontroll kiiktatása.

Forrásteremtésként nem túl jelentős, éves szinten mindössze 20 milliárdos bevételt hoz a népegészségügyi termékadó, mégis igen fontos lépés a fogyasztási szokások, illetve a termelési technológiák változtatása szempontjából. A baleseti adó bevezetése és 24 milliárd körüli bevétele sem okoz könnyebbséget az ágazatnak, mert a kormány úgy tekint ezekre a bevételekre, mint amelyek központi költségvetési forrásokat váltanak ki.

Jelentős, bár eddig semmiféle következménnyel nem járó változás, hogy a munkáltatói tb-járulékot szociális hozzájárulási adóvá alakították. Ugyanakkor rendszer filozófiai szempontból óriási a jelentősége annak, hogy az adó nem teremt kötelezettséget a mindenkori kormány számára, míg a járulék eddig a befizető számára ellátási jogosultságot biztosított. Még nem derült ki világosan, hogy a megmaradt egyéni járulékfizetés a szolgáltatások terén valójában mire kötelezi a kormányt. Ez akkor válik fontossá, ha egyszer sor kerül a szolgáltatási csomagok szűkítésére. Ugyancsak a betegek helyzetét befolyásolhatja, hogy az új alaptörvény-törvény nem ejt szót a szolidaritási elven nyugvó, társadalombiztosítási alapon működő egészségügyi ellátórendszeréről.

Tény, hogy az új Államháztartási Törvény továbbra is a központi költségvetés egy fejezetének és nem önálló alaprak tekinti a társadalombiztosítást. Ezzel az OEP függetlensége és önrendelkezési joga megszűnt.

Új, kedvezőbb feltételek mellett, járulékfizetési kötelezettség nélkül folytatódhatott a munkáltatói betegségbiztosítás vásárlás. Ettől 2013-ban jelentős piacbővülést, 50 milli-

árd forint körüli forgalmat vártak. Ez elmaradt, feltehetően azért, mert a GYEMSZI irányítása alá került intézmények – leszámítva néhány járóbeteg szakrendelést – nem tudnak megfelelő kínálatot biztosítani.

Bár az intézmények örömmel fogadták, a kormányzati szervként működő Egészségbiztosítási Felügyelet megszűntetése a betegek helyzetét teszi bizonytalanná. Szerencsére a másfél évvel később létrehozott Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ vette át, még nem tudni, milyen hatásfokkal.

Érdekes változás következett be abban is, hogy mely kormányzati szervek szólnak bele az egészségügy dolgiba. Megszokott, hogy a mindenkori pénzügyi kormányzat, így a pénzügyek jelenlegi gazdája, a Nemzetgazdasági Minisztérium vaskosan meghatározza, hogy mi történhet és mi nem az egészségügyben. Új és meghatározó szereplővé lépett előre a közigazgatási tárca, sok egyéb mellett azzal is, hogy a közigazgatási reform keretében az ÁNTSZ számos funkciója átkerült a kormányhivatalokhoz.

A Napi.hu konferenciáján kerekasztal-beszélgetésre is sor került. Ennek szereplői is mérleget vontak. Az egészségügy átalakításának pozitívumai közé került többek között az ágazatban végrehajtott két lépcsős béremelés, az ápolá-

si napok számának csökkenése, az egynapos ellátások növekedése, a központi közbeszerzéseknek köszönhető megtakarítások, az átláthatóbb rendszer. Negatívumként említették a forráshiányt, az ágazat szereplői közötti bizalmatlanságot, a gazdaságpolitikai és társadalmi megbecsülés hiányát. Egyetértettek abban is, hogy olyan rendszerre lenne szükség, amely kiszámíthatóbb, amely nem termeli újra az adósságokat.

Az IME konferenciáján Sinkó Eszter végül megválaszolta az előadása elején önmagának feltett kérdést: nyolc rendszer-komponens közül hétben történtek változások, tehát új rendszer-modellről kell beszélnünk. Az előadó szerint az új modell nem kedvező működési mechanizmusokat intézményesít. Ezek: a rendszerben nincsenek ösztönző elemek – illetve, amelyek vannak, azok negatív irányba hatnak. A beavatkozások felülről érkeznek, az alulról jövő kezdeményezések nem nyernek támogatást. Sinkó Eszter hozzátette: egy kézből – GYEMSZI-ből – nem lehet jól irányítani az egészségügyi rendszert. Hiba, hogy a magánforrások semmiféle bevonását nem teszi lehetővé a kormányzat, ami annál inkább baj, mert a kivézetetett ellátórendszer a jövő évi költségvetésben is forráshiányos marad. A társadalmi kontrollnak erősen beszűkültek a lehetőségei.

Nagy András László

Elektronikus közhiteles nyilvántartások és ágazati portál fejlesztése

Két Európai Uniósi támogatási forrás (TIOP és KMOP) egyesítésével, mintegy 2 milliárd forint felhasználásával 2014 végéig létre jöhet az egészségpolitika által már évek óta igényelt és ígért – „...az ellátórendszer működtetéséhez és stratégiai fejlesztéséhez alapfeltétel!” – egységes egészségügyi ágazati informatikai rendszer.

A Nemzeti Egészségügyi Informatikai Rendszer e-Egészségügy projektek egységes ágazati informatikai koncepcióját az Egészségügyért Felelős Államtitkárság dolgozta ki. Ez garancia arra, hogy a koncepció illeszkedik a Semmelweis Terv céljaihoz és az Új Széchenyi Terv Operatív Programjaihoz. Megvalósításáért a projektgazda Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) felel, az együttműködő konzorcium tagjai: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala (ÁNTSZ), az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH), a Nemzeti Infokommunikációs Szolgáltató Zrt. (NISZ), valamint a Kormányzati Informatikai Fejlesztési Ügynökség (KIFÜ).

„Az e-Egészségügy a megvalósuló fejlesztések által naprakész, hiteles információkat szolgáltat a megfelelő helyen, feldolgozottsággal és formában, döntés-támogatást nyújt az ágazati igazgatási (elemzési, hatósági stb.) és egészségügyi ellátási (diagnosztikai, terápiás stb.) feladatok során, segíti az állampolgárok tájékozódását, végül betegútszervezést, kapacitás-tervezést és -menedzsmentet valósít meg. Az e-Egészségügy révén orvosolni lehet majd a korábbi idők olyan adatminőséggel kapcsolatos problémáit is, mint az idősoros, hiteles, ill. közhiteles törzsadatok hiánya, a 90-es évek elején meghatározott, mára már elavult adatszerkezetek, az adatkésedelem, vagy a hiányos adatszolgáltatás. Ezen rendszereket nem csupán kialakítani és bevezetni kell, hanem fenntartani és továbbfejlesztetni az egészségügyi szolgáltatások fejlődésével összhangban.” – áll a fejlesztést bejelentő közleményben.

Török Krisztina, a GYEMSZI főigazgatója a szerződés megkötését követő projekt-indító tájékoztatón nem a megvalósulás részleteiről, hanem az eltervezett e-Egészségügy mögött álló vízióról szólt. E szerint valamennyi adat onnan, ahol keletkezik (orvos, intézmény, OEP, ÁNTSZ stb.) közvetlenül kerül a rendszerbe, ahonnan hitelesen és megfelelő minőségben kerül a háttérintézmények, egészségügyi intézmények és -szolgáltatók, betegút-szervezők és gyógyítók, valamint – korlátozott mértékben – a betegek birtokába, akik a hatalmas és valid adatkincs birtokában hozhatják meg döntéseiket.

Folytatás a 10. oldalon