

Túl a kórházkonzolidáción: fellélegezhetünk?

Interjú Dr. Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkárral

Finiséhez érkezett a kórházak adósságállományának konszolidációja, ám sokakban aggályt kelt, hogy bekövetkezhet a tartozások újratermelődése. Hogyan szolgálhatja a háttérintézményi rendszer átalakítása a szolgáltatók költséghatékonyabb működését? Hogyan hangolják össze az intézmények gazdasági tevékenységét a Megyei és Fővárosi Egészségügyi Gazdasági Bizottságok? Milyen elképzelések mentén kívánja biztosítani a kormányzat a kórházi rendszer stabilitását? Minderről Dr. Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkárt kérdeztük.

– A feszítő adósságállomány nemcsak a kórházaknak okozott komoly gondot, hanem a beszállítókat is nehéz helyzet elé állította. Egyes vállalatok esetében a kintlévőség akár az éves bevétel kétharmadát is elérte. Hol tart jelenleg az adósság rendezése?

Abból indultunk ki, hogy a kormány kifizeti a kórházak 2015. március 31-ig fennálló, lejárt tartozásait. Újszerű elem, hogy az adósságrendezés nem az Egészségbiztosítási Alap kasszamaradványából történik, hanem a központi költségvetésből. Ez azért fontos, mert a korábbi konszolidációs beavatkozások során mindig a céltartalékok – a volumenkorlát és a degresszió miatt kasszában maradt összegek – kerültek felhasználásra. Abban is különbözik a mostani intézkedés a korábbiaktól, hogy a kifizetésre kerülő összeg jóval magasabb, és a kormány – fenntartótól függetlenül – minden fekvőbeteg intézmény számára forrást biztosított az áprilisi felhalmozódott, lejárt tartozások kifizetésére. Ennek a folyamatnak a koordinálását az 2015. március 1-jei hatállyal létrejött Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) kapta elsődleges feladatául.

MENNYI AZ ANNYI?

Az ÁEEK részletesen áttekintette a tartozásokat, 194 ezer számlát vizsgált meg, és egyeztetette a beszállítók, illetve kórházak által leadott igényeket. Tárgyalásokat folytatott a legnagyobb, 500 millió forintot meghaladó kintlévőséggel rendelkező beszállítókkal. A velük és a kórházakkal leegyeztetett, több mint 20 milliárd forintot kitevő összeg mellett a teljes 59,4 milliárd forint május hónapban kifizetésre került az intézmények számára. A felmérések eredményeképpen képet kaptunk arról, hogy a beszállítók közül mely cégek építették be követelésükbe a késedelmi kamatterhet, és melyek mondtak le róla. Az ÁEEK feltérképezte továbbá, hogy ugyanazon termékeket a különböző régiókban milyen áron vásárolták meg a kórházak. A problémát az okozta, hogy többféle szám forgott a köztudatban, eltérések mutatkoztak a szállítói és a kórházi nyilvántartások között is. Mindennek áttekintését követően arra az ered-

ményre jutottunk, hogy a teljes intézményi hálózat – beleértve a Honvédkórházat, az egyetemi klinikákat és az egyházi kórházakat is – április 1-jén lejárt tartozásának rendezésére elegendő a 60 milliárd forint, amire a fedezetet az összes szolgáltató megkapta. Természetesen az átutalt összegek kizárólag a bejelentett tartozások kiegyenlítését szolgálhatják, másra – például új beszerzésekre – nem fordíthatóak.

– Felmerül a kérdés: nem termelődik-e újra az adósságállomány? Egyes vélemények szerint akár havi 4-5 milliárd forintba rúghat az újraképződő tartozás. Milyen útvizethet ki ebből az ördögi körből?

Az adósságrendezésen túl a konszolidációt felhasználtuk arra, hogy tisztább képet nyerjünk a kórházak tényleges működési hiányáról. A tabula rasa megvonásával, a megfelelő információ birtokában az ÁEEK szakmai és pénzügyi szempontból is levonhatja mindazt a következtetést, amelyekre szükség van az adósság újratermelődésének lelassításához. Most derül majd ki a valódi hiány, vagyis hogy a kormánynak mekkora forrást kell később pótolnia.

– Ha jól értem, a kormányzat a továbbiakban is hajlandó forrást allokálni az egészségügybe az újonnan keletkező tartozások kifizetésére?

Az idei konszolidációhoz hasonlóan garanciát kaptunk a kormánytól arra, hogy a központi költségvetésből kipótolja az időközben keletkező hiányt. Ha azonban ezt az összeget előre nevesítenék, akkor – ebben nehéz vitatkozni – az NGM véleménye szerint a hiány éppen akkora lesz. Ezért egyelőre csak abban lehetünk biztosak, hogy a működési költség pótlásához szükséges és indokolt összegre kormányzati garanciával bírunk, hiszen nyilvánvaló, hogy további tartozások merülhetnek fel és működési hiány alakulhat ki, amelyet pótolni kell. Nem támaszthatunk objektív okokból teljesíthetetlen elvárásokat az intézmények felé, ám azt joggal megkívánhatjuk tőlük: ügyeljenek arra, hogy az eladósodás ne az eddigi ütemben történjen.

– Az intézményi oldalon nyilván törekedni kellene a költséghatékony gazdálkodásra...

Így van. Ezért hoztuk létre a Megyei és Fővárosi Egészségügyi Gazdasági Bizottságokat, amelyek hivatottak koordinálni és kontrollálni az intézményi szintű gazdasági folyamatokat.

– Ha minden információ az ÁEEK-ban összpontosul – ami megfelel a korábbi centralizációs törekvéseknek –, miért van szükség a megyei bizottságok felállítására? Nem fog ez decentralizációt eredményezni?

Eddig problémát jelentett, hogy túl nagy volt a távolság az egészségügyi szolgáltatók és az ÁEEK – illetve jogelődje, a GYEMSZI – között. Nyilvánvaló, hogy az intézmények eltérő problémákkal küszködnek, így generális, uniformizált irányításuk nehezen kivitelezhető. A gazdasági bizottságok közelről nyomon tudják követni az intézményekben zajló konszolidáci-

ós folyamatot, valamint kéthetente beszámoltatják a kórházakat az aktuális likviditási helyzetükről, a beszerzési terveikről, a közbeszerzési eljárásokról. Emellett az egységes számlatükör és a most kiépülő egységes beszerzési portál is azt szolgálja, hogy a központi döntéshozatal reális és valós információon alapuljon. A döntéshozónak nemcsak az információ begyűjtése lényeges, hanem az is, hogy az adatok ellenőrzése, a végrehajtás és a kontroll is helyben történjen. Gyakorlati példával: korábban a gazdasági igazgatók közlendőjüket telefonon, vagy e-mail útján juttatták el a GYEMSZI-hez, előfordult, hogy egy-egy kérelem kapcsán több hónapig váratott magára a válasz. A jelenlegi rendszerben viszont kéthetente alkalom nyílik arra, hogy a gazdasági bizottsági ülésen az intézményvezetők egyenesen az ÁEEK képviselőjéhez intézhessék kérdéseiket. Ez jól működik megfordítva is: ezen a fórumon az ÁEEK képviselői rendszeresen beszámoltatják a kórházvezetőket az aktuális helyzetükről, így nem fordulhat elő, hogy a fenntartó nem tud olyan számlákról, amelyeket a későbbiekben ki kell fizetni. A bizottságok felállítása tehát azt az úrt hivatott betölteni, amely eddig az országos szint – az ÁEEK – és a területi szint között húzódott.

– Elhangzanak olyan vélemények is, miszerint mindennek következtében a megyei bizottságokban „kenődik szét” a felelősség...

A felelősséget továbbra is az intézményvezetők, a gazdasági igazgatók és a fenntartó viselik. Tehát a felelősségi viszonyok tekintetében nem történt változás. Elsődleges, hogy az állam ténylegesen fenntartóként tudjon működni. A fenntartói jogokat gyakorló ÁEEK feladata – immár letisztulva – döntően a gazdálkodási folyamatok, a kiadási oldal kontrollja. Az átszervezés során az Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) – mint a bevételi oldal felelőse – feladatául kapta az ellátásszervezést és annak felügyeletét, valamint a finanszírozási kérdéseket. Önálló szervezetként kerültek bevonásra a kórházak, így az OEP a szakmai és a fejlődési szempontokat érvényesítve olyan javaslatokat tehet le a tárca asztalára, amelyeket a kórházak egymással megtárgyaltak, megismertek, elfogadtak és támogatnak.

ELLÁTÁSSZERVEZÉS

– Mi indokolta a megyékbe történő átrendeződést a térségek helyett, holott tudjuk, hogy a betegáramlás nem megyei szintű?

Ebben a tekintetben nem történt váltás, mivel a betegutak vagy országos, vagy térségi szinten zajlanak. A gazdasági bizottságoknak az a feladata, hogy összehangolják az állami intézmények gazdasági tevékenységét, ami azért lényeges, hogy a fenntartó valós fenntartóként, ne pedig holmi „call center”-ként működtethesse a kórházakat. A megyei szervezés tehát az intézmények működésére, és nem a betegút menedzsmentre vonatkozik. A betegút mindig a progresszivitásnak, illetve a területi ellátási kötelezettségnek megfelelően szerveződik. Egyébként folyamatban van ennek a rendszernek a felülvizsgálata is annak érdekében, hogy életszerűbben képeződjenek le a betegutak. A területi ellátási kötelezettség-

gel (TEK) kapcsolatban az OEP által végzett felmérés szerint a betegek döntő többségét ugyanazon megyében látják el, az esetleges, megyén kívüli eltérések száma elenyésző. Erre tudunk támaszkodni, amikor általános szabályokat próbálunk kialakítani. Figyelembe kell vennünk a progresszivitást és a TEK-eket, a rendelkezésre álló humán erőforrás kapacitást, nem beszélve a kapacitáelosztás problémájáról, valamint a területi egyenlőtlenségekről. Mindez indokolja, hogy a működésről, a kapacitásról, a minimumfeltételekről és az ellátás kérdéseiről az OEP koordinálásával, megyei szinten tárgyaljanak a Megyei és Fővárosi Egészségügyi Irányító Bizottságok. Az egyeztetések alapján a bizottságok elkészítik a kapacitási és ellátási terveket, majd javaslatot juttatnak el a tárcához a területi ellátási kötelezettségekre vonatkozóan is. Mindennek az lesz a hozadéka, hogy nem felülről, „ecetes ollóval” történik a kapacitások esetleges megváltoztatása, illetve átalakítása, hanem a helyi igényekhez és lehetőségekhez igazodóan.

– Hogyan történik az alapszaktámok elosztása?

Ez okozza a legnagyobb problémát, hiszen a teljesítményvolumen-korlát nagy része itt összpontosul. A megyei testületek orvosolhatnak bizonyos anomáliákat: például ha egy városi kórház akkor is felvesz beteget, ha adott ellátásra nincs megfelelő feltételrendszere, majd egy-két nap elteltével továbbküldi őt a megyei kórházba. Ilyen esetben a megyei kórház már csak töredékfinanszírozást kaphat, és ennél még aggasztóbb, ha a beteg egyre inkább romló egészségi állapotban várja a kezelést, esetleg intenzív ellátásra is szorul. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) megyei bizottságba delegált képviselője az ülések alkalmával rávilágíthat arra, hogy tudomása szerint a szóban forgó kórházban nincsenek meg egy adott beavatkozás – például egy bonyolultabb műtét – feltételei, az intézmény nem rendelkezik megfelelő diagnosztikai és ápolási háttérrel. Mindez első lépcsőben a megyei bizottságok szintjén egyeztethető, az OEP és az OTH számokkal és tényekkel szembesítheti a kórházak vezetőit. Ugyanakkor a magasabb progresszivitási szinten működő megyei kórházak és a városi kórházak orvos-igazgatói is kifejthetik véleményüket, megyei szinten ütköztethetik az álláspontjukat. A régiós szint jóval bonyolultabb, hiszen ott felmerülhetnek olyan kérdések is, amelyek megtárgyalására a megyei szint sok esetben nem alkalmas. A legmagasabb, hármas progresszivitási szint már országos, régiós betegút-szervezést feltételez, az pedig központi döntést igényel, hogy például az országban hány égési központra, vagy hány hármas progresszivitási szintű szakmai centrumra van szükség.

– Mi a helyzet a fővárosi kórházakkal?

Budapest helyzete annyiban speciális, hogy a fővárosi kórházak – egy-két kivételtől eltekintve – nem multidiszciplinárisak. Eltérő, vagy éppen hasonló profillal működnek, ezért igyekeztünk olyan szempontok alapján csoportosítani ezeket az intézményeket, hogy amelyik profil adott kórházban erős, az ott fejlődhesen tovább, ugyanakkor a másikban ne fejlesszék feleslegesen. Feltétlenül szükségesnek tartjuk egy multidiszciplináris sürgősségi centrum létrehozását a fővárosban. Erre nagy részben alkalmas lehet a Honvédkórház, illetve a Semmelweis Egyetem, Szent István Kórház és Gottsegen

György Országos Kardiológiai Intézet övezte terület is megfelelő helyszínnek tűnik egy ilyen sürgősségi centrum kialakítására.

– Idekapcsolódó téma az új budapesti kórház létesítésének szándéka. Számos politikusi megnyilatkozást hallhattunk már, ám nem láttunk még olyan döntéstámogató tervezetet, amelyet a szakma megvitathatna. Készül-e ilyen anyag, és számíthatunk-e a döntést előkészítő szakmai grémium felállítására?

Az, hogy megvalósuljon-e egy ilyen új fejlesztés a fővárosban, kormánydöntés kérdése. A 2016-os költségvetésben külön soron megjelenik ennek az előkészítési költsége, ami gyakorlatilag azt jelenti, hogy nem csak kormányzati, hanem valószínűleg parlamenti szinten is megerősítésre fog kerülni ez a szándék. A létesítendő intézmény mérete, földrajzi elhelyezkedése részben szakmai, részben várospolitikai, részben ellátási kérdés, amelyben az OEP-nek, a fővárosnak és a kerületeknek komoly véleményalkotási lehetősége van. A helyszínnel kapcsolatos vita onnan fakad, hogy az utóbbi években Budapesten nem történtek olyan volumenű beruházások, mint vidéken. Több olyan fővárosi kórházról tudunk, ahol évtizedek óta nem történt semmiféle fejlesztés – ez is indokoltá teszi a változtatást. A startpisztoly viszont csak akkor dördülhet el, ha a Parlament elfogadja a jövő évi költségvetést. Az államtitkárság szerepe egyelőre mindössze annyi, hogy az ÁEEK és az OEP fenntartást, működtetést, kapacitásszükségleteket jól ismerő szakembereivel közösen bemutattuk a projekt szakmai megalapozottságát. A frakció ezt felvállalta, a kormány támogatta, és az általa előterjesztett költségvetési tervben nevesítette. Amennyiben a költségvetés elfogadásra kerül, a kormány fogja kijelölni a leendő intézmény „gazdáját”, amely lehet akár az államtitkárság, a fővárosi önkormányzat, az ÁEEK, az OEP, vagy éppen egy kormánybiztos. Mindennek megtörténte után, a forrás odarendelését követően állhat fel az a tervezői-előkészítői team, amely mérlegeli az új intézmény elhelyezésére alkalmas területet és az egyéb, előbb említett szempontokat.

MÉRLEG

– Ön szerint mi hiányzik a rendszerből ahhoz, hogy ne kezdődjön előlrol az eladósodás folyamata?

Olyan szabályozásra lenne szükség, amely egyértelműen rögzíti: az államnak gondoskodnia kell arról, hogy olyan feladatokra kötelezze a szolgáltatókat, amelyek igazodnak a pénzügyi keretekhez, azonban ha a jogszabályokban meghatározott feladatok ezt meghaladják – mint ami napjainkat is jellemzi, akkor a működési hiány pótlását, illetve a reorganizációt az államnak szabályozott módon támogatnia kell. Ha ugyanis ez történne, akkor az állam a megfelelő anyagi fedezettel bővítené a rendelkezésre álló szolgáltatási kapacitást szakmapolitikai és egyéb szempontok szerint. Kiszámoltuk: mi történne akkor, ha a fenntartó nullás költségvetést írna elő az intézmények számára. Egyértelműen látszik, hogy komoly ellátásszűkítésre kényszerülnének. Nyilvánvaló, hogy nem ez a cél, hanem az, hogy a szolgáltatások egyforma áron és színvonalon történjenek, az intézményi gazdálkodás pedig legyen transzparens. Ha ez megvalósul, akkor tudjuk meghatározni, hogy ennek a rendszernek a fenntartása mennyi pluszforrást igényel évente. Jelenleg ott tartunk, hogy az ellátandó feladat, illetve annak kötelezettsége és a biztosított forrás nincs egyensúlyban. Egyik oldalon jelentkezik egy elvárás, a másik oldalon viszont a működési költségek nincsenek rendszerszinten visszafótolva. Ezért el kellene jutnunk oda, hogy az állam gondoskodjon a fedezetról, illetve a fenntartó úgy határozza meg az ellátási szinteket, hogy ne keletkezessen adósság.

– Személyesen elégedett-e a konszolidációval?

Mindenképpen elégedett vagyok azzal, hogy az adósság rendezése nem a kassza megtakarításából történt, hanem kívülről jövő, többlet állami támogatásból. Üdvözlendőnek tartom tehát azt, hogy külső forrásból többlet került a rendszerbe, és azt is, hogy a kormány teljes körűen fedezte a kitűzött határidőig fennálló, lejárt tartozásokat.

Boromisza Piroška

NÉVJEGY



Dr. Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár 1989-ben szerzett általános orvosi diplomát a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Karán. 1999-ben jogi szakokleveles orvos szakképesítést szerzett a Janus Pannonius Egyetem Állam- és Jogtudományi Karán, 2003-ban egészségügyi menedzsment szakértői diplomát a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karán. Orvosi pályafutását a Kiskunfélegyháza Városi Kórházban kezdte 1989-ben. 1990-1995 között Kunbaján dolgozott háziorként. 1995-1996 között az MSD Hungary Kft. tudományos munkatársa volt. 1996-1999 között Baja Város Polgármesteri Hivatalának egészségügyi refe-

rense. 1999-2000 között a Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár igazgatója. 2000-2006 között Bács-Kiskun Megyei Kórház főigazgatója.

Közéleti tevékenység: 2005-2010 között az Dél-Alföldi Regionális Egészségügyi Tanács elnöke. 2002-től a Magyar Vöröskereszt Bács-Kiskun Megyei Szervezetének elnöke. 1994-1995 között Kunbaja Község képviselője. 1994-1996 között megyei közgyűlési tag (FIDESZ Bács-Kiskun Megyei lista). 2006-tól Kecskemét Megyei Jogú Város polgármestere. 2006-2010 között országgyűlési képviselő (FIDESZ-KDNP Bács-Kiskun Megyei lista), a Szociális és Ifjúsági Bizottság bizottsági tagja. 2010-2014 között országgyűlési képviselő (FIDESZ-KDNP Bács-Kiskun 1. sz. választókerület). 2014-től országgyűlési képviselő (FIDESZ-KDNP Bács-Kiskun 2. sz. választókerület), a Népjóléti Bizottság elnöke.