

Átalakulóban a járóbeteg szakellátás: 31,4 milliárd forint jut fejlesztésre

AHONNAN INDULTUNK

Gál Ilona, az egészségügyi tárca szakállamtitkára a balatonfüredi járóbeteg szakellátási konferencián arról beszélt, hogy hazánkban az elmúlt évtizedekben az egészségügyi ellátás torz, kórházcentrikus struktúrája alakult ki. Az igen költséges aktív kórházi ágyak fenntartása elszívta a pénzt a járóbeteg-ellátástól, a háziorvosi rendszer fejlesztésétől, és nem maradt forrás a krónikus, a rehabilitáció és az ápolás fejlesztésére. Európa fejlett országaihoz képest 50 százalékkal magasabb volt a 100 ezer lakosra jutó aktív kórházi ágyak, és 40 százalékkal alacsonyabb a 100 ezer lakosra jutó háziorvosok száma. Az aktív fekvőbeteg-ellátás túlsúlya miatt nem jutott elég pénz az eszközpark korszerűsítésére sem. Németországgal összehasonlítva hazánkban kétszer annyi a sebészeti napok száma, de feleannyi a CT-k, harmadannyi az MRI-k és negyedannyi a kőzúzók készülékek száma.

2007. április elsejével létrejött az aktív kórházi kapacitásokat csökkentő, a krónikus és rehabilitációs ellátást biztosító intézmények befogadóképességét, és egyben a járóbeteg szakellátás teljesítményét is növelő kórházi intézményi struktúra. Összesen 10 százalékkal csökkent a kórházi ágyak száma, de ezen belül 26 százalékkal, közel 16 ezerrel csökkent az aktív kórházi ágyak száma, 35 százalékkal, 7 ezerrel emelkedett a krónikus, rehabilitációs és ápolási ágyak száma.

Az átalakítás következtében 173 kórház közül 6-ban szűnt meg a fekvőbeteg-ellátás, 12-ben csak krónikus, illetve rehabilitációs tevékenységet végeznek. 33 olyan kórház van, amelyik továbbra is végez aktív ellátást, de a korábbiánál kevesebb szakmacsoportban. Az ágyszámcsökkentésen belül lényegesen módosult az egyes kórházak korábbi szakmai struktúrája, mondván, hogy a különböző betegségeket centrumokban gyógyítsák, ahol ehhez a legnagyobb a tudás és a tapasztalat.

A FEJLESZTÉSEK

Az Európai Unióból érkező források felhasználását az Új Magyarország Fejlesztési Terv tartalmazza. E szerint közel 400 milliárd forintot fordíthatunk egészségügyi beruházásokra, ami komoly esély arra, hogy korszerűsítsük az egészségügyi intézményrendszerét.

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv ágazati programokat (egészségügyi, szociális, közlekedési, környezetvédelmi) és Régiós Fejlesztési Programokat (ROP) foglal magába. Az Egészségügyi Ágazati Program része a Társadalmi

Infrastruktúra Operatív Program (TIOP), amely az infrastrukturális- és eszközfejlesztéseket tartalmazza (a vasbetont, ahogy mondani szokták), és a Társadalmi Erőforrás Operatív Program (TÁMOP), amely a képzés, oktatás, humán erőforrás fejlesztésének forrásait fogja össze, és kiterjed egészségnevelési, átképzési és prevenciók programokra is.

A felhasználás ütemét tartalmazó kétéves akcióterv keretében 2008-ban az egészségügyben összesen 110 milliárd forintnyi támogatásra lehet majd pályázatot benyújtani, s ebből már várhatóan 2007-ben meghirdetésre kerül a kistérségi, valamint az aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbetegszakellátás fejlesztésére 31 milliárd Ft, a sürgősségi ellátás fejlesztésére közel 19 milliárd Ft, az egészségügyi képzési programok, foglalkoztatási támogatások, szervezeti hatékonyságot növelő intézkedések támogatására pedig 11 milliárd Ft.

A PÁLYÁZATI LEHETŐSÉGEK

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv akciótervet tartalmaz a járóbetegszakellátás fejlesztésére. A társadalmi vitákat követően a kormány elfogadta őket, majd munkacsoportok alakultak, hogy kidolgozzák a konkrét pályázati kiírásokat.

A tervek szerint 2007. október 24-én lát napvilágot a két járóbeteg szakellátást érintő központi pályázat, amelyeknek beadási határideje 2008. február 21. Eredményhirdetés májusra várható, a megvalósításra pedig 24 hónap áll majd rendelkezésre.

Mennyi pénzről van szó? Sokról. A központi pályázati alapon 37,4 milliárd forint lesz, de ez kiegészíthető a ROP-ok forrásaiból, amelyek fölött a Regionális Fejlesztési Tanácsok rendelkeznek.

Az emelt szintű járóbeteg szakellátás fejlesztésére 6,4 milliárd forintot szán a minisztérium, míg a kistérségi szakellátó központok fejlesztésére, vagyis az alapszintű járóbeteg-ellátásra 25 milliárd forintot különít el a tárca.

Mire alapul a 25 milliárdos kistérségi program felhasználásának koncepciója, amely a ma ellátás nélküli, hátrányos helyzetű kistérségek számára teremti meg új, korszerű járóbeteg szakellátó központok kialakításának, a meglévő korszerűsítésének lehetőségét? Nyilvánvaló, hogy a kórházi kapacitások csökkentése után nőnek az ambuláns ellátás iránti igények. Felmérték, hogy mely kistérségekben (minimum 13 500 fős kistérség, 15 000 ellátandó lakossal) nem biztosított a négy alapszakmában minimum heti 70 szakorvosi óra. Célként fogalmazták meg, hogy az ellátórendszerben ne legyen olyan közfinanszírozott járóbeteg szakellátás,

melynek szakmai tartalma nem éri el legalább ezt a szintet. Ez egy olyan minimális igényt jelent, mely a meghatározott alapszakmák és előre definiált alapinfrastruktúra biztosításával képes kistérségi szinten az első szakellátást nyújtó hely szerepének betöltésére. Az alapszintű járóbeteg szakellátás fejlesztéséről szóló pályázatra húsz-harminc jelentkezőt várnak.

Az elnyerhető összeg minimum 500 millió, maximum 1 milliárd forint, kötelező önrész mindössze 5 százalék, amelybe beszámít a felajánlott telek vagy ingatlan értéke is.

Külön, összesen 6.4 milliárd forintos forrásra pályázhatnak azok az intézmények, amelyek ma még csak potenciális járóbeteg szakellátók. 8-10 olyan pályázóra számítanak, amelyekben 2006. december 31-én még volt aktív fekvőbeteg-ellátás és 2007. április 1-je után maximum 20 aktív fekvőbeteg ágyuk maradt meg, és a lakosság száma és szükségletek alapján indokolt az emelt szintű járóbeteg szakellátás elérhetőségének biztosítása. A pályázat pontosan tartalmazza majd az olyan kötelezően létrehozandó szakmai elemeket, mint például diagnosztikai eszközpark, egynapos ellátások, infokommunikáció, ellátásszervezés, továbbá felsorol számos opcionális elemet is.

A már létező járóbeteg szakellátó intézmények fejlesztésére a központi és a regionális alapok is tartalmaznak forrásokat, amelyekre – 10 százalékos önrő mellett – 300 és 800 millió határok között pályázhatnak majd.

Ennél többre pályázhatnak majd azok a megyei jogú városok, ahol nincsen fekvőbeteg-ellátó intézmény. A pályázati pénzekből új épület hozható létre, infrastruktúra fejleszthető, műszerek szerezhetőek be, akadálymentesíteni lehet.

A TÁMOP forrásaiból helyi egészségfejlesztési és -nevelési illetve szűrési programokra 1-10 millió forintot lehet pályázni. Képzési programok támogatására nem a fenntartók, hanem az intézmények számára írnak ki pályázatot. Mindösszesen 2.8 milliárd forint értékben 2-50 millió forintos támogatások nyerhetőek el.

2.2 milliárdos keret áll rendelkezésre a foglalkoztatás támogatására. Azok a fenntartók pályázhatnak, amelyek pénzügyi okokból nem tudnak betölteni – vagy megtartani – szükséges orvosi, illetve szakdolgozó álláshelyeket.

A REFORMOKRÓL

Az elkövetkező évek kiemelt célja a járóbeteg szakellátás fejlesztése. Mint Kincses Gyula újonnan kinevezett egészségügyi államtitkár nyilatkozta a minap: mindenki – Molnár Lajos is – tisztában van azzal, hogy a szakmai logika szerint nem a kórházi struktúra átalakításával kellett volna kezdeni. Nem szakmai tudatlanság, hanem gazdasági és technikai kényszer szabta meg, hogy a járóbeteg-ellátás fejlesztése időben a kórházi átalakulás mögé szorult, ugyanis a járóbeteg ellátórendszer fejlesztésének forrása az Európai Unióból érkezik, s csak 2008-tól hívható le.

A járóbeteg szakellátók szokásos őszi konferenciáján Székely Tamástól, az OEP volt főigazgató helyettesétől, az alap- és járóbeteg szakellátás fejlesztéséért felelős miniszteri biztostól megtudtuk: még a nyár közepén munkabizottságot hívtak életre, amely arra kapott megbízást, hogy kidolgozza a járóbeteg-ellátás átalakításának koncepcióját. Tagjai a megyék legnagyobb önálló szakrendelő intézeteinek igazgatói, a Kórházzövetség, az EGVE és a Medicina 2000 képviselői és felkért szakértők voltak. Feladatuk kettős volt: a kórházi kapacitások újraelosztásáról szólóhoz hasonló törvény tervezetének előkészítése, természetesen felhasználva az annak előkészítésében és végrehajtásában tapasztalt hiányosságok tanulságait. Ezzel párhuzamosan áttekintették a járóbeteg alap- és szakellátás finanszírozását, a minimumfeltételeit és a kódrendszert is.

Már a politikával való egyeztetés küszöbéig jutottak, ám az MSZP és az SZDSZ közötti koalíciós megállapodás megakasztotta a folyamatot, hiszen a biztosítási rendszer átalakítása és annak mikéntje jelentősen módosíthatja a szakmai koncepciókat. Az új helyzetben ismét a politikának kell döntenie: törvényi szinten, normatívák meghatározásával, a kapacitások újraelosztásával történjen-e meg a járóbeteg-ellátás átalakítása, vagy csupán a szakmai és finanszírozási szabályokat fogalmazzák újra, és a kapacitások módosítását bízzák az újonnan létrejövő pénztárakra.

Kincses Gyula államtitkár sem tudott még végleges döntésről beszámolni. Személyes véleményeként szögezte le, hogy a járóbeteg szakellátás fejlesztése nem a kórházi ellátórendszer átalakításának analógiájára fog megtörténni. A fekvőbeteg-ellátás esetében egy szakmailag inhomogén rendszer helyett kellett egy hatékonyabb rendszert kialakítani. Erre a járóbeteg-ellátás esetében nincs szükség. Valóban fejlesztésre, a kapacitások növelésére és nem átszervezésre van szükség. Az igazságos, egyenlő hozzáférésű rendszer kialakításához elégséges, ha jogszabályok útján területi és szakmai normatívákat állapítanak meg: meghatározzák, hogy 10 ezer lakosra vetítve melyik szakmában hány orvosra és hány szakorvosi órára van szükség.

KÉSZÜL A KÖLTSÉGVETÉSI TÖRVÉNY

Később azt is megtudtuk a miniszteri biztostól, hogy a teljesítményvolumen-korlát fennmaradása, esetleges korrekciója vagy eltörlése a jövő évi költségvetési törvény része lesz, hiszen célja egyértelműen a költségvetéssel függ össze: a túlköltést fogja vissza. Ami biztos, hogy az Egészségbiztosítási Alap szemszögéből eredményesen, hiszen a kapacitáscsökkentés, a betegforgalom visszaesése és a teljesítményvolumen-korlát – valamint a gyógyszergazdasági törvény – együttesen szufficitessé tették a kasszát. Az ellátórendszer által megtakarított 10 milliárdról már döntés is született, a kormány visszaosztja az intézményeknek. Nagy valószínűséggel azok az összegek, amelyek az élelmezés javítását, a komfort növelését szolgálják, benne maradnak a jövő évi költségvetésben. Még nincsen döntés annak a to-

vábbi 15 milliárdnak a sorsáról, amelynek forrása a biztosítási jogviszony felülvizsgálatából eredő járulékbévelet többlete.

PRAXISJOG

Éger István, a MOK elnöke a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok régi vágyáról, a praxisjogról beszélt. Kijelentette: a megerősödött, jobb színvonalú járóbeteg-ellátást szolgálná, ha az orvosok nem alkalmazottként, hanem önálló egyszintenciájú vállalkozóként nyújtanák szolgáltatásaikat. Ennek elvi lehetőségét a 2000. évi II. törvény megteremtette. Megvalósulását viszont lehetetlenné teszi, hogy a finanszírozás nem tartalmazza továbbra sem azokat a forrásokat – amortizáció, valós költségek –, amelyek segítségével saját lábukra állhatnának a praxisok. Pedig a pillanat kedvező lenne – mondta Varga Imre, a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnöke, mivel a kórházi ellátóstruktúra átalakítása során sok feladat és kapacitás kerül át a járóbeteg-ellátó rendszerbe.

A praxisjog felemlítése további alapkérdésekre irányítja a figyelmet. Továbbra sem mondhatunk le a duális finanszírozásról – jelentette ki Székely Tamás. A járóbeteg szakrendelések fenntartója a helyi önkormányzat, amelynek kötelessége betenni a rendszerbe az eszközviisszapótláshoz és -fejlesztéshez szükséges összegeket. A praxisjog létrehozása esetén ez a kötelezettség a praxis tulajdonosára, vagyis az orvosra hárulna.

Rácz Jenő, volt egészségügyi miniszter, a Magyar Kórházszövetség leendő elnöke a strukturális és a funkcionális problémákat foglalta össze. A területi ellátási kötelezettség és a beutalási rend még mindig hemzseg a megoldatlansá-

goktól – mondta. A kapacitások felosztása nem tekinthető véglegesnek. Három szempontra kell tekintettel lenni: a lakosság szükséglete, az orvostudomány aktuális állása és a rendelkezésre álló anyagi és személyi források. Amire nem szabad tekintettel lenni, az a politika szempontrendszere.

Ezt a gondolatot folytatta később Kincses Gyula, az Egészségügyi Minisztérium új államtitkára, mondván, hogy még mindig az ösztönzők torzítják a rendszert: amíg ugyanazért az ellátásért többet lehet kapni, ha fekvőbeteg intézményben nyújtják, mintha járóbetegben, addig épeszű ember, pláne, ha bevételei optimalizálására kényszerítik, mindenképpen az előbbit választja majd. A megoldás egyik útja lehet az ambulanciák gazdasági és szervezeti függetlenítése, leválasztása a kórházakról. Mint mondta, a jövő szakrendelőjét „pláza-jellegűnek” gondolja. Duna Plaza nevű bolt nincsen – mondta, csupán Duna Plaza nevű üzemeltető, aki az ott működni kívánó vállalkozásoknak üzlethelyiséget ad bérbe, takarítat, portaszolgálatot és közüzemeket biztosít stb. Más szóval: optimális megoldás lenne, ha – ahol erre lehetőség van – a rendelőintézetek egyben maradnának, a beteg egy légtérben találná meg az összes számára szükséges szakrendelést, diagnosztikát és az orvosok számára helyben biztosított maradna a konzultáció lehetősége. Ilyen körülmények között az orvos önállóan, saját maga uraként dolgozhat.

Ez a gondolat rímelt a kamara elnöke által felvetett szakorvosi praxisjog igényére. Ugyanakkor Kincses Gyula nem javasolja a kórházi orvosok esetében az analóg megoldást, a szerződött orvosok rendszerének bevezetését. Mint mondta, a kórház „komoly üzem”, ahol alkalmazottaknak kell dolgozniuk, mégpedig szigorú szakmai hierarchiában. Ez persze nem zárja ki, hogy egyes részfeladatokat a kórházak szerződött specialistákkal oldjanak meg.

Nagy András László



VII. Kontrolling Konferencia

2007. november 28.

Best Western Hotel Hungaria – 1074 Budapest, Rákóczi út 90.

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682

www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu