

**MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG
VÉLEMÉNYE
A NEMZETI EGÉSZSÉGÜGYI TANÁCS
2010. JÚNIUSI ÜLÉSÉRE**

**Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatói oldalának anomáliái és egy
lehetséges célmodell**

Bevezetés

Az egészségügyi ellátás közvetlen hatása a lakosság népegészségügyi mutatóira utóbbi évtizedekben erőteljesen megemelkedett, és mára ez a hatás akár a 25%-ot is eléri. A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rosszabb, mint az elvárható lenne az egészségügy GDP-ből való részesedéséből, vagy akár az egy főre jutó egészségügyi kiadásokból. Ennek számos összetevője van, de ebben biztosan szerepet játszanak – főleg az elkerülhető halálozások esetében – az ellátórendszerünk anomáliái. Azaz **a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználása érhető el az ellátórendszer átalakításával.** Ráadásul ennek sokkal gyorsabb, gyakorlatilag azonnal érzékelhető hatása van a lakosságra, mint a hosszabb távon ható – igaz, hogy akkor markánsabb változásokat előidéző – népegészségügyi programoknak.

A hazai egészségügyi ellátórendszer minden egyes eleme olyan súlyos problémáktól terhes, hogy csak komplex átalakítástól várható bármiféle eredmény. Az egyes elemek változtatása mára már nem képes javítani a rendszeren, ahol ráadásul a leggyengébb láncszem elve alapján a teljesítmény outputját vagy outcome-ját mindig a legszűkebb keresztmetszet fogja meghatározni.

Az ellátórendszer szereplői közt a ***szolgáltatói oldal*** a legbonyolultabb a szereplők mennyisége, feladatai és kapcsolatrendszere miatt, és egyben a legszenzibilisebb terület is, hiszen ez az érintkezési felület az ellátórendszer és a lakosság közt, azaz mind objektív, mind szubjektív szempontból ezen keresztül történik meg a vélemény alkotás a teljes egészségügyről. Amikor tehát szembesülünk azzal a ténnyel, hogy az egészségügy valamennyi szereplője elégedetlen a rendszer működésével, tudomásul kell vennünk, hogy ebben a vélemény alkotásban döntő szerepe van a szolgáltatói oldal megítélésének.

***Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatói oldalának legfontosabb
strukturális anomáliái***

A szolgáltatói oldal struktúrájában a túldimenzionált aktív fekvőbeteg kapacitások, az egyenlőtlen elosztás, a fragmentált szerkezet valamint az

egyes elemek harmonizált kapcsolatrendszerének a hiánya volt a jellemző, mely a korábbi évek reform törekvései ellenére változatlanul fennmaradt.

A szolgáltatói kapacitások volumenét a:

- valódi szükségleteknek,
- az orvostudomány aktuális állásának,
- a rendelkezésre álló erőforrásoknak kell meghatározniuk.

Ezen paraméterek közül a valódi szükségletek a meglevő finanszírozási adatbázisból jó megközelítéssel kikövetkezhetőek, bár a tudományos szintű meghatározáshoz a célzott vizsgálatokat nem lehet nélkülözni.

Az orvostudomány aktuális állásából az ellátásra vonatkozó legfőbb teendők már az elmúlt kormányzati ciklusok alatt az orvosszakma által kidolgozott szakmai programok alapján (ráadásul politikai konszenzus alapján is) adottak voltak, ugyanakkor részben politikai irányvonalváltás, valamint a gazdasági válság hatására ismét nem valósultak meg. Ezek a programok:

- Népegészségügyi Program
- Nemzeti Sürgősségi Program
- Nemzeti Rákellenes Program
- „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Program
- Szív és Érrendszeri Betegségek Gyógyításának és Megelőzésének Nemzeti Programja.

A rendelkezésre álló erőforrások közül a működési források részben a konvergencia program, részben az azt követő további megszorítások miatt a rendszert alulfinanszírozottá tették, az intézményeknél folyamatos adósság felhalmozódás alakult ki. A fejlesztési források az UMFT-ből adottak, bár a tervezett projektekből 2007-2010-ig a gyakorlatban szinte semmi nem valósult meg, így a 2013-as ciklus végéig aligha lesz lehívható a teljes összeg - miközben az intézményeknek ezen a területen is komoly forráshiányuk van. A humán erőforrás hiány gyakorlatilag minden intézményt minden szakterületen érint, ugyanakkor nincs elfogadott ágazati humán erőforrás stratégia.

Miközben tehát a szolgáltatói kapacitások mértékét meghatározó valamennyi paraméter nagy közelítéssel meghatározható, teljes mértékben megmagyarázhatatlan, hogy a 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtása során - és ennek módosítását követően is - gyakorlatilag a fennálló strukturális problémákból semmi nem oldódott meg.

Változatlanul fragmentált ellátórendszer maradt fenn működésképtelen nagyságrendű intézményekkel, miközben a kiemelt feladattal „megáldott” intézmények számára nem maradt elegendő forrás sem pénzügyi sem humán szempontból. A rossz politikai kompromisszumok súlyos következményekkel fognak járni már rövid távon is, ugyanakkor az elszalasztott lehetőséget nehéz lesz új struktúra átalakítással pótolni.

A megmaradt intézményrendszer egyes elemei sem horizontálisan, sem vertikálisan nem kapcsolódnak össze egységes rendszerre.

Az alapellátás szintjén maximum az ügyeleti ellátás vagy a helyettesítés kényszere ad horizontális kapcsolatot, de a járóbeteg vagy a fekvőbeteg ellátás szintjén már ezek a kapcsolatok sem léteznek. Vertikálisan az alapellátás orvosa gyakorlatilag teljesen független mind a járóbeteg szakellátástól, mind a kórházaktól, sem szakmai ráutaltság nincs, sem valódi funkcionális kapcsolat. Pedig az Irányított Betegellátási Rendszer kísérlete éppen ezen a területen bizonyította leginkább a változtatás lehetőségét.

Ebből a kísérletből vált leginkább egyértelművé, hogy a hazai egészségügy ellátási struktúrájában a legnagyobb hiány az **ellátás szervezőjének a hiánya**, azaz a betegek útját, mind egyéni, mind társadalmi szinten senki nem tervezi vagy irányítja. Ez azért is érthetetlen, mert a beteg, a szolgáltató, és a finanszírozó is érdekelt lenne az ilyen fajta betegút menedzselésben.

Nem hagyható figyelmen kívül az ellátórendszer egyes szereplőinek kapcsolatrendszerében a fizikális kapcsolatot jelentő Országos Mentőszolgálat (és betegszállítás) valamint a virtuális kapcsolatot jelentő informatikai kapcsolat sem.

Az **OMSZ** a fent említett szakmai programok mentén a 2006 végére a komoly válság helyzetből nem csak felállt, hanem a legdinamikusabban fejlődő időszakát élte át. A 100 lépés program keretében új mentőállomások épültek, megkezdődött a gépkocsipark cseréje, megindult a korszerű légimentés kialakítása. Mostanra a fejlesztések erősen lelassultak, ismételten komoly likviditási problémák alakultak ki, melyek a működőképességet éppen akkor veszélyeztetik, amikor az erőforrások koncentrációja következtében várhatóan nőni fog a mentőben és betegszállító járműben töltött betegút.

A **korszerű informatika** hiánya az ellátórendszer minden egyes elemében erősen csökkenti a hatékonyságot. A TAJ-szám autorizációtól és elektronikus TAJ kártyától a betegút követésen át a telemedicinában rejlő lehetőségeken keresztül számtalan kiaknázatlan lehetőség rejlik ezen a területen. Az ágazati informatikai fejlesztési stratégia évek óta készen – de megvalósíthatatlanul - áll,

ugyanakkor az NFT I. keretében megvalósuló programok maximum az érintett 3 régióban nyújtanak elegendő erőforrást a szükséges fejlesztésekhez, sajnos ezek eredményessége sem teljesen meggyőző, míg a többi uniós pályázat informatikai követelményei nincsenek egyértelműen egymással szinkronban.

Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatói oldalának legfontosabb funkcionális anomáliái

Egy rendszer működésének alapfeltétele, hogy abban az egyes szereplők számára egyértelműen meghatározásra kerüljön a **feladat**, a **hatáskör** és a **felelősség**, ezek szinkronizálva legyenek, továbbá a feladathoz **elégséges források** és a végrehajtáshoz **reális időütemezés** álljon rendelkezésre. A működést folyamatba építetten kell **ellenőrizni**, azt rendszeresen **értékelni** és **visszacsatolni**. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatói oldalán valamennyi felsorolt alapfeltételben súlyos problémák vannak.

A **feladatot** a jogszabályok olyan szintre telepítik, ahol a maradéktalan teljesítés lehetősége eleve kizárt. Az egészségügyi alapellátás települési önkormányzati feladat, miközben nyilvánvaló, hogy a települések döntő többsége önmagában képtelen az alapellátás szerves részét képező sürgősségi feladatok biztosítására, sőt egyes települések hosszabb távon még a normál háziorvosi ellátást sem képesek folyamatosan megoldani, mert szervezett praxist sem képesek évek óta betölteni. A szakellátási feladatok megyei önkormányzati szintre vannak delegálva, miközben a kórházak többségét – igaz önként vállalt feladatként – városi önkormányzatok működtetik. Ugyanakkor a feladat vállalás az esetek túlnyomó többségében csak elvben működik, hiszen az intézmény fenntartó önkormányzat sem a felújítási, sem a felhalmozási költségeket nem biztosítja a kórháza vagy a rendelőintézete számára.

Ezt a helyzetet tovább bonyolította a 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásával kapcsolatban a területi ellátási kötelezettséget előíró miniszteri határozat, mely erősen megkérdőjelezhető jogszabályi alappal írt elő szakmailag is alig kivitelezhető feladatokat – ráadásul itt a feladat ellátást intézményhez és nem a fenntartóhoz rendelte hozzá. (Ezt az anomáliát most már bírósági ítéletek is alátámasztották.)

A feladatok meghatározásánál a progresszivitás szintjei nincsenek egyértelműen tisztázva, azok gyakorlatilag szubjektív döntések következményei.

A normál ellátási időn kívüli – sürgősségi szakellátás - mint feladat szintén nem egyértelműen kapcsolódik a szakellátási alapfeladathoz, így az gyakran esetleges. Itt szintén megjelenik a progresszív ellátás szabályozásának a hiánya.

Ráadásul a végső ellátási feladat alkotmányi szinten állami feladatként került meghatározásra, melyet ha az éppen aktuális parlamenti többség bármiféle módon változtatni akart – az a fenti okok miatt könnyen 2/3-os törvényalkotási problémával találta magát szemben. Ez a jelenlegi parlamenti ciklusban – a parlament összetétele miatt – nem jelenthet akadályt.

A **hatáskör** nincs szinkronban a feladattal, de önmagában sem pontosan definiált az egyes szereplők részére. Miközben az önkormányzati törvény a feladatokat a fenti szinteken a különböző önkormányzatokhoz delegálja, ugyanakkor például a finanszírozási szerződések megkötésére hatáskörrel az intézményvezetők kerültek felruházásra. Így állhat elő az az állapot, hogy egy megyei közgyűlés elnöke maximum 5 millió forintos szerződést írhat alá testületi döntés nélkül, míg a kórházának igazgatója akár egy 10 milliárdos finanszírozási szerződés aláírására is jogosult.

A 2006. évi CXXXII. törvény ráadásul az állam és az önkormányzatok közé egy meglehetősen széles hatáskörrel rendelkező, de bekódoltan döntésképtelen testületként beiktatta a Regionális Egészségügyi Tanácsokat is.

Szintén súlyos hatásköri anomália, hogy az egészségügyi miniszter határozattal írt elő feladatot az önkormányzatoknak, holott ezt az AB határozata szerint csak a Parlament tehetné meg.

A 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásakor a működési engedélyekkel kapcsolatban az ÁNTSZ-től vontak el hatáskört és azt párhuzamosan az egészségügyi miniszter számára is megadták, ezzel enyhén szólva kaotikus helyzeteket előidézve.

A **felelősség** kérdése általában jól definiált, de a gyakorlatban ritkán érvényesül. Általában nem jár következményekkel, ha egy önkormányzat nem teljesíti ellátási kötelezettségét. Általában nem jár következményekkel ha egy intézmény tulajdonosa nem teljesíti fenntartói kötelezettségét. Általában nem jár következményekkel, ha egy intézmény lazán értelmezi költségvetési korlátait vagy fedezet nélküli kötelezettséget vállal. Általában ritkán kéri számon, ha egy szolgáltató nem az ellátási irányelvek vagy finanszírozási protokollok alapján látja el a beteget.

Ritkán kéri számon a rendszer szereplőitől, ha olyan milliárdos fejlesztéseket hajtanak végre, mely szakmailag nem megalapozott és ráadásul nem is finanszírozható gazdaságosan.

Ugyanakkor a felelősség Demoklesz kardja mindenki felett ott függ és csak szándék kérdése, hogy mikor, ki, kit állít pellengérre. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy a jogszabályok és előírások maradéktalan betartása a rendszer azonnali működésképtelenségét eredményezné. (Például, ha az intézmény vezetők csak fedezett kötelezettséget vállalnának, akkor a kórházak $\frac{3}{4}$ -e azonnal leállna, vagy senki nem tudja, hogy az új minimum feltételeknek az intézményrendszer milyen mértékben képes megfelelni.)

Az *elégséges forrás mértéke* bár mindig relatív, ugyanakkor teljesen egyértelmű, hogy a jelenlegi rendszer fenntartásához elégtelen. A probléma egyrészt abban rejlik, hogy ebből a fix forrásból mennyi feladatot és milyen minőségben lehet ellátni. Nem lehetséges az, hogy az állam azt kommunikálja a lakosság felé, hogy minden mindenki számára, mindenütt korlátozás nélkül elérhető, ugyanakkor a forrásokban kemény költségvetési korlátokat ír elő az intézmények számára, és ha ezek azt be is tartják, akkor a biztosítási felügyelet vizsgálatot indít és szankcionál.

A forrás elosztásban nem észlelhető a koncentráció, holott mindenki számára egyértelmű, hogy a meglevő szűk forrásokból ekkora intézményrendszer megfelelő szinten nem finanszírozható. Így nem néhány intézmény működése kerül veszélybe, hanem valamennyi.

A szükséges forrásoknál kiemelten kell kezelni a humán erőforrás kérdését, hiszen az Európai Bíróság valamint az Alkotmánybíróság döntése következtében – az ügyelet teljes egészében munkaidőnek számít – 2008. július 1-től ez lett az ellátás legszűkebb keresztmetszete. Mára minden szakterület „hiányszakmává” vált, az uniós munkavállalási lehetőség kontra magyar valóság várhatóan tovább rontja a jelenlegi helyzetet. Az erőforrás koncentráció hiánya itt még szembeötlőbb, mint a pénzügyi vagy a technológiai erőforrások esetében.

A *reális időütemezés* hiánya a rendszerváltás óta végigkíséri az ellátórendszer szinte valamennyi szegmensét. Jellemző, hogy a jogalkotó vagy a finanszírozó a maga számára ritkán tartja kötelezőnek az előírt határidők betartását, ugyanakkor a szolgáltatói oldal számára a határidők szigorúan betartandóak. Ráadásul ezen határidők jelentős részben vagy egyáltalán nem, vagy csak rossz minőségben hajthatóak végre, mely egyrészt a betegellátás minőségét, másrészt a forrásfelhasználás hatékonyságát is rontják.

Az időütemezés realitásának hiánya különösen szembetűnő volt az elmúlt négy év reformjaiban. Az adaptáció lehetősége sem az ellátók, sem az ellátottak számára nem volt adott, így a reformfolyamatok hatása erősen torzult. Elképzelhetetlen, hogy egy építkezés során bárki megkockáztatná, hogy a

technológiai várakozási időt nem tartja be, ugyanakkor egy ellátórendszer átépítése során ezt a szabályt folyamatosan figyelmen kívül hagyták.

A reális időütemezés hiányának rövid távú következményei mellett a hosszú távú hatásokat is figyelembe kell venni, mely abban nyilvánul meg, hogy mivel a határidők általában nem betarthatók, azokat nem is kell komolyan venni.

Az **ellenőrzés, értékelés, visszacsatolás** az ellátórendszer minőségbiztosítási rendszerének részeként kellene, hogy működjön. Ma jogszabályi szinten előírt, hogy csak olyan szolgáltatót és szolgáltatást finanszírozhat a biztosító, aki rendelkezik minőségbiztosítási rendszerrel. Ezek a rendszerek papíron valóban léteznek, de a gyakorlatban csak kevés helyen működnek. Többek között azért, mert ezek működését sem ellenőrzi senki, mint ahogy nem történik meg az ellátás minőségének ellenőrzése, értékelése sem, és természetesen sem pozitív visszacsatolása, sem negatív szankcionálása nincs a jó vagy a rossz teljesítésnek.

Összefoglalva a fenti strukturális és funkcionális anomáliák eleve kódolják az ellátórendszer szolgáltatói oldalának diszfunkcióit.

Célmodell a fennálló anomáliák megszüntetésére

Egyes szolgáltatók önmagukban nem képesek javítani saját helyzetükön és nem képesek a jelenlegi szisztémában megfelelni a betegek elvárásainak sem. Csak egy központi vezérelv mentén megvalósuló, minimálisan az alapellátásban a kistérségi, szakellátás területén a megyei, regionális vagy interregionális szinten megvalósuló integráció az a lehetőség, amely strukturálisan és funkcionálisan is működőképes ellátórendszert alakíthat ki.

Az alapellátásban a már kidolgozott „**kistérségi egészségházak**” modell alkalmas a lakossághoz közeli prevenció és alapellátási feladatok megvalósítására, miközben itt lehetővé válik az ügyeleti sürgősségi ellátás folyamatos biztosítása is. Ezekben az egészségházakban a több szakvizsgálóval rendelkező háziorvosnak meg lehet teremteni a lehetőséget egyes járóbeteg szakellátások művelésére, és ugyanide ki lehet vinni tömegesebb ellátási szükséglet szerinti egyéb szakellátási feladatokat is. Ezzel kompenzálni lehet azt a többlet betegutatót, amely a fekvőbeteg ellátás koncentrációja következtében a betegekre hárul.

Az **önálló járóbeteg rendelőintézetek** létjogosultsága ott van, ahol az alapellátás és a kórházhoz kapcsolódó járóbeteg ellátás valódi fehér foltot hagy az ellátási térképen. Feltétlen szükséges felülvizsgálni a TIOP pályázatok során kialakuló új járóbeteg egységeket, hogy kellő számú beteg és a szükséges szakember

hiányában mennyiben tudnak önfenntartónak maradni, illetve ha működőképesek, akkor mennyiben teszik működésképtelenné a szomszédos kórházakat. Ennek különös jelentősége van, hiszen az uniós szabályok szerint a fenntartási kötelezettség megszegése esetén a teljes támogatási összeg visszatérítendő, melyet az amúgy is nehéz helyzetben levő önkormányzatok aligha lesznek képesek teljesíteni.

Az elképzelt modell szerint 6-8 kistérség kapcsolódik csillagpont szerűen egy-egy **területi kórházhoz**, ahol az alapszakmák művelésére folyamatosan alkalmas diagnosztikai és terápiás háttér áll rendelkezésre, valamint a krónikus ellátások fekvőbeteg kapacitásai valamint a járóbeteg ellátás széles spektruma is működik. Ezekben az intézményekben minimálisan sürgősségi fogadóhely van és az alapszakmák vonatkozásában a folyamatos ellátást biztosító szakszemélyzetnek és infrastruktúrának kell rendelkezésre állnia.

2-5 területi kórház kapcsolódik egy **kiemelt kórházhoz**, ahol a nap 24 órájában, az év 365 napján keresztül folyamatosan kell biztosítani a speciális ellátások kivételével a járó és fekvő szakellátások teljes spektrumának működését. Ezen kórházakban a sürgősségi osztály működése mellett műszakszerű beosztásban lesz biztosítható, míg a többlet feladatokat felvállaló kiemelt kórház a legtöbb osztályának működése a területi kórházak párhuzamos osztályainak szakembereinek bevonásával lesz biztosítható.

A kiemelt kórházhoz a primer ellátási területén kívül a progresszivitást figyelembe véve hozzá tartoznak a területi kórházak és önálló járóbeteg rendelőintézetek ellátási területei is, mint ahogy nyilvánvaló, hogy ezek a kistérségi egészségházak ellátási területeiből tevődnek össze.

A kiemelt kórházak szakmai, képzési és oktatási központjai is a saját területüknek, felelősek a teljes területükön folyó szakmai munkáért. Ez csak abban az esetben valósítható meg, ha megvan a hatáskörük is szükség szerint beavatkozni a hozzájuk tartozó ellátási egységek szakmai munkájába.

Egyes speciális feladatok **regionális vagy interregionális centrumokban** vagy decentrumokban koncentrálандóak, amelyek esetében szintén el kell érni a teljes területi lefedettséget.

A fenti rendszerben a **betegutakat ellátásszervező irányítja** a meghatározott szakmai eljárásrendek mentén. Ez a beutalási rend és a szabad orvos és intézmény választás részbeni korlátozását is jelenti, melytől eltérni csak co-paymenttel lehet. A választás szabadságának korlátozásáért cserébe a garantáltan eljárásrend szerinti ellátást tudjuk nyújtani a betegnek a normál finanszírozási rendszeren belül.

A fenti modell csak a jelenleg intézményekkel rendelkező fenntartók (döntő többségben önkormányzatok) együttműködésével érhető el, ezért az **önkormányzati törvényt is érintő változtatások szükségesek**. Célszerű megteremteni annak a lehetőségét, hogy amennyiben egy városi önkormányzat nem képes fenntartani a kórházát – az adja át a feladatot a megyei önkormányzatnak, amennyiben egy megyei önkormányzat nem képes fenntartani a kórházát – az adhassa vissza azt az államnak. Az így fenntartói szinten koncentrált struktúrában sokkal egyszerűbb a központi irányelveket végrehajtani.

Tisztán kell látni, hogy miközben ma 128-150 kórházunk van – összesen mintegy 100 kórházra van reális szükséglet, 100 kórházra van megfelelő eszközünk, 100 kórházra való humán erőforrással rendelkezünk, 100 kórházra elegendőek a fejlesztési és működési erőforrások. Ez nem kórház bezárásokat, hanem integrációt, feladat átcsoportosítást illetve profil megváltoztatást jelent – figyelembe véve a szociális ellátás megoldatlan határterületeit is. A **struktúra átalakítás** amennyiben intézmények önállóságának és egyes esetekben bizonyos feladatoknak a megszűnésével jár – nem népszerű feladat. Éppen ezért a kezdeményezést (a konkrét indoklást) a szakmára kell bízni. Az egyes szakterületeken erre elvileg a Szakmai Kollégiumok lennének hivatottak, de ez túlságosan heterogén és túl nagy létszámú szervezet, ezért csak a speciális részletek kidolgozására alkalmas. Mintegy 5 fős – koordinációs csapat kijelölése lenne célszerű, akik a szakmai minimum feltételek alapján minősítenék az intézményeket, míg a konkrét struktúra átalakítási javaslatokra fel lehet kérni a Magyar Kórházszövetséget illetve a Magyar Orvosi Kamarát. Így éppen azok kapják a feladatot, akiktől az átalakítással szemben esetlegesen megalapozott szakmai ellenérvek is elhangozhatnának.

Több megyei (pl. Veszprém, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg) ellátórendszer struktúra átalakítása bebizonyította, hogy a betegekkel szakmai érvek mentén el lehet fogadtatni, hogy fekvőbeteg szakellátási szinten nem az a lényeges, hogy minden kis városban mindent ellátó kórház működjön, hanem az, hogy amelyik kórházban beteget fogadnak, ott Őt megfelelő szakmai színvonalon el is tudják látni. Sajnos ma a kórházak legalább 1/4-ben ez nem így van. Mivel az egészségügyben jelenleg minden területen munkaerő hiány van – az átalakítás nem jár együtt létszám leépítéssel, miközben sokkal gazdaságosabban és szakmailag magasabb színvonalon működő intézményeket hoz létre.

Az egészségügyben 2013-ig mintegy 400 mrd forintnyi uniós fejlesztésre van forrás. Ezek közül csak egy részénél történt meg a pályázatok kiírása, csak ennek 1/3-ában történt eredmény hirdetés, de építkezés még alig egy-két helyen indult meg. Ennek következtében bőven van lehetőség arra, hogy a következő

években ezen projektek látványos fejlesztésekkel kompenzálják a szükséges átstrukturálás esetleges negatív következményeit. (2013-ig minden évben 100 milliárdnyi új épületet és eszközt lehet átadni.) Mivel ezek a fejlesztések legalább 50%-ban építést jelentenek – egyben az építőipar számára megrendelést és ezzel munkahely teremtést is jelentnek.

A fentiekből nyilvánvaló, hogy a szakmailag megalapozott és a változás-menedzsment elveit szem előtt tartó egészségügyi átalakítás nem halasztható, de ugyanakkor nem feltétlen kudarcos történet. Az elmúlt évek egészségügyi reformjának sikertelensége a hozzá nem értésből valamint a szakmai és a társadalmi támogatás hiányából eredt, ráadásul az ellátórendszerben bekövetkező pozitív változások gyorsan visszaigazolódó lakossági elégedettségi szint emelkedést fognak mutatni.

Alább csatoljuk a magyar Kórhákszövetség Közgyűlésének állásfoglalását, mely a fenti részletesebb elképzelést pontokba tömöríti.

A Magyar Kórhákszövetség Közgyűlésének 2010. április 21-i Állásfoglalás

1. A Magyar Kórhákszövetség az elmúlt 3 évben kiadott állásfoglalásaiban folyamatosan felhívta a figyelmet az ágazat egyre mélyülő válsághelyzetére, mely az ellátást a szolgáltatás volumenében és körében korlátozta, minőségében rontotta, és az intézmények működőképességét közvetlenül veszélyezteti.
2. A jelenlegi struktúra a rendelkezésre álló forrásokból az előírt szolgáltatási csomagot az elvárt szakmai minőségben nem képes nyújtani. A gazdasági ellehetetlenülés elkerülésére – az előző évek forráskivonásainak visszafordítására – már ebben az évben és a jövőben is 235 milliárd forinttal meg kell növelni a gyógyító-megelőző kassza előirányzatát.
3. Ismételten jelezzük, hogy a kialakult helyzetből csak egy átfogó, a strukturális, funkcionális és finanszírozási anomáliákat is kezelő, legalább középtávú stratégia mentén végrehajtott intézkedés-sorozat jelenthet kiutat, melyben felajánljuk aktív és kezdeményező részvételünket.
4. Továbbra is hangsúlyozzuk, hogy a humán erőforrás ellátás problémáinak megoldását halogatni rövidlátó, öngyilkos taktika. Az egészségügyben dolgozók presztízsének visszaállításához a ma meglévő morális válság megoldásához az egészségügyi dolgozók megbecsülése, munkájuk erkölcsi és anyagi elismerése halaszthatatlan.
5. A kórházak csak jól szervezett, egységes külső és belső környezeti rendszerben tudnak eredményesen és hatékonyan működni, melyben jogbiztonságra, tervezhetőségre, valamint az irányukba megfogalmazott elvárások és az erőforrások összhangjára van szükség.

6. Az elmúlt évek tapasztalatai azt igazolják, hogy szakmai javaslataink mellőzése gyakran szakszerűtlen, követhetetlen és végrehajthatatlan központi intézkedéseket eredményezett. Ezzel az egészségügy olyan mélypontra került, mely már nem csak a lakosság egészségi állapotát, hanem a gazdaság teljesítőképességét is rontja. Nyugat-európai államok mintájára, a hatékonyabb együttműködés érdekében megfontolandónak tartjuk olyan jogi szabályozás elfogadását, amely megfelelő hatáskört – de felelősséget is – ró a kórházakat képviselő szövetségünkre.
7. Szükségesnek és halaszthatatlannak tartjuk, hogy a politikai döntéshozók az egészségügyet és az egészség ügyét valódi prioritásként kezeljék. Olyan gazdaságpolitikát kell kialakítani, mely az egészségipart – ezen belül az egészségügyet – a gazdaság húzó ágazataként, fontos GDP termelőként, és jelentős munkahely teremtő szektorként értelmezi.

Eger, 2010. április 21.

A Magyar Kórházszövetség
Közgyűlése

Budapest, 2010. június 8.

Dr. Rácz Jenő
a Magyar Kórházszövetség
elnöke