

# Évértékelés 2006



## A Kórház szaklap melléklete



NEM ZÖLDMEZŐS EGÉSZSÉGÜGYET TERVEZÜNK

# Át kell térjünk az optimálisra

**Ez a Karácsony a kórházügyben aggodalmak közepette érkezik, hiszen a tervek szerint közvetlenül az ünnep előtt szavaz az Országgyűlés a kórházi struktúrát jelentősen átrajzoló törvényről. A reformot irányító minisztert ebben a helyzetben a karácsony előtti meditáció helyett a tényekről, a várható intézkedésekről és azok hátteréről kérdeztük.**

**H** *Molnár Lajos alig több mint fél éve miniszter, s elődeivel összehasonlítva az időegységre eső jogszabálykészítésben és bevezetésben abszolút listavezető. Miért kell ennyire sietni: reformfilozófia vagy a körülmények kényszerítő ereje hajtja?*

– Azért, mert sokáig nem csináltunk semmit. Az ellátórendszer feltételei romlanak: a beteg és az orvos egyre rosszabbul érzi magát, a költségvetés pedig már nem képes elviselni a többletterhet. Ilyen hatalmas rendszer átalakításánál a kis lépések taktikája nem használható. Emlékezzünk, az Ellenzéki Kerekasztal milyen gyorsan döntött a rendszerváltásról, mert nem lehetett nyolcvan évig elhúzni. Bele kellett vágni, és még mindig csináljuk, az Országgyűlésnek azóta is van dolga. Nem jelenthettük ki: felváltjuk a tanácsi rendszert, de a többpártrendszert még nem, majd ha meglátjuk, hogyan működik az új önkormányzati rendszer. Vettünk egy nagy levegőt, és amit ötven évig

nem, vagy rosszul hajtottak végre, átalakítottuk. Keletkeztek-e ebből konfliktusok? Bizony keletkeztek! Voltak-e benne hibák? Persze, hogy voltak! Arra törekszünk, hogy ezeket korrigáljuk. Az egészségügy átalakítása folyamán sem lesz ez másként.

**H** *A kórházügy vezetői a reformmal általában egyetértenek, számos részletkérdést nem vitatnak – igaz, ezen ügyekben közvetlen érdekeltységük sincs.*

– De majd lesz, ha felismerik! Visszakérdeznék: a bankrendszer átalakítása ellen kik tiltakoztak a lehangosabban? Az MNB és az állami OTP vezetői, akikből aztán magánbankvezér lett. Nem hiszem, hogy bárki visszasírja az egybankrendszert, és az azzal járó 70 dolláros, háromévenkénti turistakeretet. Az országos intézetek igazgatói befektőkkel tárgyalnak, hogy a működtetésre társaságot hozzanak létre, miközben a médiában az egészségügy kiárusításáról beszélnek. Akkor ki is vezeti a boltot? – kérdelem én. Félreértés ne essék, én ezt nem negatívumként értékelem; állítsunk össze értelmes pénzügyi-működtetési konstrukciókat.

**H** *A befektető azonban mindenképp a bevételek után vizsgálódik...*

– Természetesen, előzetesen felméri, ki-re bízta a pénzt, majd a racionális felhasználásra törekszik. A pénzügyi befektető évente kétnullás milliárdra rúgó bevételre számíthat, emellett egy-egy

termékkörben akár egymilliárd forintot meghaladó beszerzésre, amelyet az intézmény nem közbeszeresztet. Erre a komoly befektető azt mondhatja: nocsak, itt lehet valami keresni valónk.

**H** *Az államháztartási konszolidáció egészségügyi ágazatra gyakorolt hatásáról érdeklődnénk.*

– A költségvetés tervezete alapján elmondhatom, hogy a gyógyító-megelőző kassa a korábbi éveknel jobb pozícióba került, mert a gyógyszerekre költhető forrás ezúttal nem az intézményi költségvetés kárára és a betegek zsebére emelkedik. A gyógyszerkasszát ideje volt megregulázni, jelen esetben a regulázás a már elfogadott gyógyszertervényt jelenti. A gyógyító-megelőző kassa felhasználási szabályai – az allokáció technikája – viszont módosulnak, alapvetően megváltoztatjuk a kapacitás-infrastruktúra-finanszírozás háromszöget; forrást nem vonunk ki, hanem igyekszünk azokat jobban elosztani. A legnagyobb problémát a konfrontáció és a kooperáció területén látom.

**H** *A struktúraváltoztatással párhuzamosan a finanszírozás érdemben javulhat?*

– Ahogy az új struktúra életbe lép, jelentős finanszírozási változásra is készülünk. A technikáról lehet majd szakmai vitákat folytatni, de az elveit ismerettem. Mi, akik a Kórház szaklap olvasói vagyunk, tudjuk igazán: ma három



beteg jó ellátásához négy beteget szükséges felvenni azért, hogy az intézmény megéljen. Pedig az lenne a kívánatos – és reményeink szerint a finanszírozás változása is ezt fogja eredményezni –, hogy három betegből éljen meg a kórház, ne kelljen ehhez egy negyediket is felvenni. További célunk, hogy a három betegből egyet járóbetegként érje meg ellátni. Ehhez azonban csökkenteni kell az aktív kapacitást, és jobban finanszírozni a valóban aktív kórházi ellátásra szoruló betegek ellátását, tehát emelni kell az egységdíjat. Amennyiben ésszerűen átáll erre a rendszer, több beteg jelenik majd meg a járóbeteg-ellátásban, ezért a volumenkorlátokat szükséges növelni. Úgy gondolom, e tekintetben teljes a közmegegyezés.

### H De mi lesz addig?

– Nem kívánok mellébeszélni, addig ki kell bírni, és ez kétségkívül nehéz menedzsmenti feladat. Azonban úgy látom, a kórházvezetők megfelelően tudják kezelni a helyzetet; ezért minden elismerésem az övék. Annak ellenére, hogy közben hevesen tiltakoznak, és annyiban igazuk van, hogy nem a megszokott pénzmennyiség érkezik hozzájuk. Ezt elvonásként élik meg, pedig az elmúlt nyolc- kilenc hónap magasabb pénzkiráramlása most egyenlítődik ki. Ha megnézzük a gyógyító-megelőző kassza év végi zárását, az utolsó negyedév és a jövő esztendő eleje valóban nagyon-nagyon kemény lesz. Azonban ez nem a reformnak, hanem a reform elhalasztásának az ára. Háromnegyed évig viszont iszonyú mennyiségű pénz áramlott ki, amiért persze nem tiltakozott senki. Miközben a kormány konvergencia programot hirdetett, az ágazatba tízmilliárd forint pluszforrás került: 3,5 milliárd finanszírozási technikával, 6,5 pedig pályázati forrásként. Utóbbira büszke vagyok, mert a pénzt tíz nap alatt kifizettük. A pályázat lezárásától számított kilencedik napon 5,9 milliárd forint – szerződés-kötéssel együtt – célba ért.

### H Miniszter úr kórházigazgatóként is megélte, hogy a HBCS és a németpontonrendszer eltávolodni látszott a költségfedező elvtől. Kezdiünk ebből az irányból visszajönni?

– Igen, de hozzá tennék még valamit. Hogyan is távolodott el? Fogalmazzunk pontosabban, eltávolítottuk. Egyszer az egyik lobbis volt erősebb és eltérítette a finanszírozást, aztán egy újabb szakmai

érdekcsoport a másik irányba terelte. Ezt a területet valóban rendbe kell tenni, és mint az egészségügyért felelős vezető, erre jogosítvánnyal is rendelkezem.

### H Miniszter Úr nem egyszerű feladatra vállalkozik: a negyvennél több alapszakvizsgás szakmának és még legalább kéttucat szuperspecialitásnak lobbis formában jelenik meg az érdekeltsége, amelyek között Önnek egyensúlyoznia kell.

– Mondok erre néhány példát. Mi – Európában példátlan módon – öt darab IVF-et (lombikbébi eljárást) finanszírozunk szakmai protokoll nélkül, húsz- és ötvenéveseknek egyaránt. A kontinensünk más országai egy vagy két próbálkozást finanszíroznak, pedig a népesebbi viszonyok mássutt (például Németországban vagy Franciaországban) sem fényesek. Ezen technikák bevezetésükkor tizenöt-húsz százalékos sikerrel jártak, emiatt finanszíroztak öt alkalmat. Az eltelt egy évtized alatt az elérhető eredményesség negyven százalék fölé került. Ezért ma öt beavatkozást finanszírozva szakmailag arra buzdítja az orvosokat, ne legyenek erősen megfontoltak és tökéletesek. Eppen ezért kell atgondolni a finanszírozást. Az IVF átalakítása nem történhet szakmai konszenzus mentén, hiszen a szakma ellenérdekel abban, hogy csökkenjen a tb-finanszírozott beavatkozások száma.

### H A IVF egy a speciális területek között. Említene példát a népbetegségek közül is?

– Fellelhetők szakmai eltérítő irányok a csontritkulás kezelése esetében is. A csontritkulás hazánkban alkalmazott metodikáját egyébként az európai országok döntő többségében nem is ismer-

rik el vizsgálatként. Az is meglepő, ha a beteg a hatóanyagot nem tablettában kívánja beszedni, akkor társadalombiztosítási támogatással rendelhető számára tapasz, illetve orrspray is. Az efféle kérdésekben nem lehet szakmai konszenzusra jutni, ilyen esetben az európai gyakorlat lehet irányadó, és ha szükséges, akár a szakmával szemben is állást kell foglalnunk. Az európai gyakorlattól vagy a racionalitástól eltérő többletfinanszírozás ugyanakkor a szükségeset is bőségesen finanszírozza. Ez a reform arról is szól, hogy a maximálisról átterjünk az optimálisra. Ez



Dr. Molnár Lajos

egy nehéz feladat. Időnként emelést, de gyakrabban csökkenést von maga után.

### H A finanszírozásában számos aránytalanság mutatható ki, különösen egyes a gyermekellátások esetében.

– Munkatársaim megvizsgálták és kimutatták, a felnőttkori csont-transzplantációkat idehaza drágábban végesszük, mint Ausztriában. Ezek szerint jobban járnánk, ha a felnőtt betegeket a Wiener Walzerrel kiküldenénk Bécsbe? Ezzel szemben a gyermek csont-transzplantációkért kevesebbet fizetünk,

mint indokolt lenne. A fent említett változásokkal ezt is rendeznünk kell, de csak az arányokon változtatunk, egy forintot sem elvéve.

## **H** *Miniszter úr idejében a lobbizás...*

– ...a nullára csökkent, teljesen megszűnt.

## **H** *Egy számsort mégis mondanék: 48-51-31-39.*

– Ez a van sapka, nincs sapka esete. Először azt hallottuk vissza, nem egyeztetünk. Minden szereplővel egyeztetünk, csak félreértették, mert a meg egyezés szóval keverték össze. Egyetértés valóban kevés témában született, de egyeztetés volt bőven.

## **H** *Tájékoztató jellegű „egyeztetés” valóban volt.*

– A realitást tessenek figyelembe venni: nincs egyedüli üdvöztető út. Mi az 51-es listán dolgoztunk, és ehhez minden intézményből még a kilincseket is számba vettük. Egy közismert emberekből álló csapat már júliusban elkezdett a kórházlistán dolgozni, és tiszteletre méltó munkát végeztek. A svéd törvényeknek megfelelően, hogy biztosítsuk a szakértői munka pártatlanságát, befolyásmentességét, kimondtuk, ez a bizottság nem nyilvános. Egyszer kormányülésen hirtelen felindulásomban majdnem elárultam a névsort, hogy értesék meg, ezt a munkát nem akarják végeztek. De azt se felejtjük el, nem elég kitalálnunk törvényeket, a 194 igen szavazat érdekében a képviselőket is meg kell győznünk, hogy a reform ne csak álom, hanem realitás lehessen. A listáról óriási viták zajlottak a kormányülésen, a parlamenti vita még hátra van, de a kórházlistán már az Egészségügyi Bizottság is módosított. Nincsenek elvtelen kompromisszumok, szakmailag az összes kiemelt kórház kiválasztását meg lehet védeni.

## **H** *A kórház törvény tervezetének korábbi fázisában hallani lehetett olyan intézményekről, amelyekben az aktív kapacitás teljes mértékben megszűnik. Ez a végső változatban már nem jelenik meg.*

– Az eltervezett kapacitásokat és az ehhez rendelt forrásokat racionálisan kell elosztani. Nyilvánvaló, hogy ez a folyamat a sajtóban nagy viharokat kavart, miközben rendkívül értelmes szakmai munka vette kezdetét megyei és városi önkormányzatok között. Arra a hírre,

hogy az átalakítás valóban lezajlódik, olyan egyeztetések és megállapodások születtek meg, amelyek már tíz éve vártak magukra. Ez önmagában óriási eredmény, hiszen régóta közismert például, hogy a fővárosban át kell szervezni a kórházi gyermekellátást.

## **H** *A szaktárca a régiók felé a javaslatot fog élni a kapacitások elosztása érdekében?*

– A minisztérium a négy hónapos szakértői munka alapján valóban ajánlatot tesz majd, amelyben minden kórház kap valamilyen szerepet. Egyes intézmények esetében javaslatunk szerint aktív ellátás egyáltalán nem lesz, helyette végezhetnek rehabilitációt, diagnosztikát, nappali ellátást, sebészeti tevékenységet – de csak egynapost és ambulánst. Ettől bizonyos fokig el lehet majd térni. Ezeknek a megváltozott feladatú kórházaknak prioritása lesz az Új Magyarország Fejlesztési Tervben. A fejlesztésekről a döntést a minisztérium – a szakmai koordináción kívül – leadja a régiókba, és a forrásokról helyben fognak dönteni. Ott, ahol ez szakmai, közlekedési, strukturális és számtalan más szempontból adódóan indokolt, speciális finanszírozási technikákkal is segítjük az átalakult működést. Ugyanis nem zöldmezős egészségügyet tervezünk, hanem egy kialakult rendszert igyekszünk átalakítani. Természetesen nem körzövel, mert az ország nem négyzet alakú és a kórházak sem a metaszempontokban helyezkednek el.

## **H** *A rendező elvet több tucat szakmai paraméter alakítja ki. Néhány kórházigazgató mégis úgy érzi, megfelelnek minden kritériumnak, mégsem kerültek a kiemelt közé.*

– Körömszakadtáig harcoltam az ózdi kórházért, mert tudom hol fekszik, hogyan épült le az ipara, milyen a szociológiai összetétele, milyenek ott a jövedelmi viszonyok, és tisztában vagyok azzal, hogy még egy vasúti jegy ára is megterhelő lehet, és egy napig tart, amíg a miskolci kórházig 38 kilométerre elvonatoznak. Sokan támadták a fehérgyarmati kórházat is. Tessék megnézni a térképet! Az intézmény azon a beregi részen fekszik, ahol szintén ismerjük a munkanélküliségi, a jövedelmi és más szociológiai adatokat, és tudom, ott van a mátészalkai kórház, amelynek CT-je, baleseti osztálya van, és számos szempontból racionálisabb. Ha nem lesz kiemelt a kórház, még nem azt jelenti,



hogy nem működhet tovább. Tudatos félvezetés történt, mert egyesek ilyen látszatot próbáltak kelteni. A RET-ekben személyesen fogok küzdeni, hogy mondjuk a mátészalkai kórházban a CT-től a baleseti sebészetig, minden működjön. Mindössze azt nem szeretjük volna megengedni, hogy az erősebb vagy jobban felszerelt intézmény jogán olyan védtelen területektől vegyenek el ágyakat, ahol a morbiditási-mortalitási adatok sokkal rosszabbak. Ugyanezért maradt a körben Ózd, pedig jelenlegi fejlettsége miatt nem lenne indokolt. Az egyetemek vagy a nagy megyei kórházak érdekérvényesítő képessége jóval nagyobb, mint egy kiskórházé. A helyi igényeket nyomatékkel kívántuk figyelembe venni, ezért a területi felosztás nem homogén, vonalzóval szabott zsinórmérték alapján alakul ki. A helyi lobbierdekek miatt tovább alakult a lista, de a lobbierdekek miatt kizárólag szakmai érvekkel érhetett cél. És azt se felejtjük el, hogy huszonegy kistérség milliárdos nagyságrendű beruházásra kap kiemelt támogatást, amelyből az alapellátási ügyeletet, a laboratóriumot és a diagnosztikát hozhatják létre, mentőáthelyezést hajthatnak végre, hogy ne kelljen minden szolgáltatásért a megyei kórházig utazni.

### **H Lesz-e kórházbezárás?**

– Az országos intézeteket mindenképpen át kell szabni. A Kormány a saját hatáskörében lévő intézmények esetében jelentős ágyszám csökkentést hajt végre. Ugyanis megváltozott a világ, a százéves intézmények a jelen kor elvárásainak már nem felelnek meg. Azonban léteznek olyan kórházban is sziget-szerűen fellelhető szakmai értékek, ahol az intézményre mint aktív kórházra már nincs szükség. Egy-egy csapat, klinikum, iskola, kiváló osztály, nagy egyéniség olyan értéket képvisel, amelyet meg kell menteni. Ennek technikáján is dolgozunk.

**H A hasonló problémákkal küszködő környező országok – nem csak a volt szocialisták, hanem Ausztria és Németország is – a szomszédos intézmények összevonását kezdeményezték; ez által talán szervezettebb átalakulást hajtottak végre.**

– Nem titok, mi is javasoltuk ezt a lehetőséget, emellett ez irányú spontán folyamatok is zajlanak. Hatvan-Gyöngös-Eger ragyogóan megegyeznek, hogy az egyes osztályokat melyik intéz-

mény vigye tovább. Ugyanerre bízatom Kerepestarcsát és a Szent Rókus Kórházat is. Hozzanak létre konzorciális szerződést, hiszen a törvényben is szerepel: előnyben részesülnek a több önkormányzati tulajdonos, netán orvosok – sajnálom, hogy ez utóbbira kevesen figyeltek fel –, bevonásával alapított társaságok. Éppen ez a törvény egyik kiemelt célja, hogy az egészségügyi szolgáltatók ne egymástól elszigetelve működjenek.

**H A német kórház törvény a súlyponti kórházak mellett megkülönböztet még „maximális ellátást nyújtó”, továbbá „alap- és szakkórházi” szolgáltatókat nyújtó intézményeket.**

– Az általunk alaposan ismert és tanulmányozott német kórház törvény számos elemét alkalmazzuk, például a három, illetve a hat órán belül mozgósítható katasztrófa ügyeletet. Hiszen nincs új a nap alatt. Természetesen ugyanazt a struktúrát teljes mértékben nem lehet leképezni, a területi és gazdasági fejlettségi különbségeink miatt.

**H Akkor ez egyben a katasztrófa-ellátás bázisát képező sürgősségi ellátó rendszer fejlesztését is jelenti.**

– Eddig a sürgősségi ellátás fejlesztésére kormányonként – vagy akár évenként – változó címezett támogatási rendszerek szolgáltak, szinte véletlenszerű területi elosztás szerint. Ezen a területen tényleg lobbizás folyt: ha az egyik kormány az utolsó évében be akart zárni egy kórházat, a másik mindjárt a ciklus elején adott három milliárd forintot rekonstrukcióra. A jelenlegi támogatási rendszer az Új Magyarország Fejlesztési Tervvel teljes összhangban van.

**H A megvalósítás menedzsmentje sokat ronthat vagy javíthat az eltervezett átalakításon. Milyen szervezetekkel, és mekkora forrásból fog ez megtörténni?**

– A minisztérium megbízásából szakértői csapatok működnek majd közre, továbbá az OEP adatbázisából nyert adatok a helyi MEP-ekből szervezett csoport rendelkezésére állnak. Örömmel látjuk, hogy a törvényt még el sem fogadták, máris megindult a munka minden régióban – néhol inspirációra, más-  
hol külső támogatás nélkül, számos helyen tanácsadó cégek bevonásával. A tulajdonos önkormányzatokat tartom a fő felelősöknek, hiszen – az ágykihasználástól a case-mix indexig – minden

információval helyben rendelkeznek. Szervezett, támogató segítséget fogunk nyújtani, szakértőink mediátorként jelen lesznek a vertikális és horizontális – területi és szakmai – egyeztetéseken és adatokkal, mediálással segítik a konszenzus kialakítását. Minden régióba magam is legalább egyszer személyesen is el kívánok menni.

**H Milyen jövőképet vázolna fel az egészségügyben dolgozó szakemberek számára?**

– Ebben az évben alapvetően megteremtjük a korszerű szabályozást, amely minden szereplőre megváltozott magatartást kényszerít: a betegre, a szakmákra, a kórházakra, az ÁNTSZ-re, az OEP-re, a patika tulajdonosokra, a gyógyszergyártókra és a -fogyasztókra, de az államra is. A jövő esztendő a tanulási és az adaptációé – ez lesz a legfájdalmasabb. Aki a régi szabályok szerint mozog, az állandóan koppanni fog, és persze kiabálni is, mert ott, ahol eddig ajtó volt, most ablak van, de ahol nem volt ajtó, ott most ajtót nyitunk. Minden szereplőnek el kell sajátítania az új rendszert, márpedig a magatartás változás a legnehezebb. Biztos vagyok benne, ha ezen túljutunk, 2008-tól az új szabályhoz alkalmazkodók kifejezetten jobban kell érezzék magukat. Finom balanszírozások a későbbiekben is várhatók, mert a kisebb alrendszeren még igazítunk. Egyetlen nagyobb feladat marad, a finanszírozás biztosításának új modelljét kell megalkotni. A fejlesztés viszont ebben az évben véglegesen eldőlt. Az Új Magyarország Nemzeti Fejlesztési Terv – az egészségügy vonatkozásában – beépült a kórház törvénybe, a források eldőlnének, mert Brüsszel az év végén jóváhagyja. Az eddig elvégzett munka nehéz volt mindenkinek, és hasonló lesz a jövő esztendei is. Köszönet illeti a szereplők döntő többségét. Természetes, hogy időnként érzékenyen reagálunk a gyors változásra. Ahol gondok merültek fel, hárman segítettek azt megoldani. Az ünnepekre és azután is, kevesebb indulatot és több együttműködést kérek az olvasóktól, és ezt vállalom a magam részéről is.

**DR. SZEPESI ANDRÁS**

főszerkesztő

**BENE ZSOLT**

felelős szerkesztő