

A TÖBB PÉNZ ÖNMAGÁBAN NEM ELÉG

Jön a reform neheze

- A jövőben is 1050 milliárd forint áll a gyógyító-megelőző ellátások rendelkezésére. Ezt az összeget viszont már egy átalakított, némileg szűkebb és más összetételű ellátórendszer használja fel - nyilatkozta lapunknak dr. Draskovics Tibor kormánybiztos, az Államreform Bizottság alelnöke, akivel a kormányzat egészségügygel kapcsolatos céljairól beszélgettünk.

H Kormánybiztos úr, milyen céllal hozták létre az Államreform Bizottságot?

- Amikor a miniszterelnök és a mögötte álló politikai erők elszánták magukat arra, hogy az ország 16 év után komoly reformokat kezdjen a közszolgáltatásokban, az is megfogalmazódott, hogy ez a cél akkor érhető el, ha létezik a kormányon belül egy olyan szervezet, amely e reformfolyamat céljainak kitűzésében és szervezésében érdekelt. Olyan szervezetre van szükség, amelynek ez a fő feladata, nem terhelik napi ügyek, vagy más, a reformmal részben ellentmondásban lévő feladatok. Ebből az is következik, hogy az Államreform Bizottság, illetve annak titkársága nem a tárcák helyett dolgozik, hiszen a tudás és végrehajtási kapacitás elsősorban a minisztériumoknál található meg.

Az Államreform Bizottság és az egészségügy

H Akkor Önök mivel foglalkoznak?

- Kezdeményezéseket teszünk és projektmenedzsmentet végzünk. A miniszterelnök tudatosan állított elő egyfajta versengést az Államreform Bizottság és a minisztériumok között,

hogy így összességében nagyobb teljesítményre legyen képes az államapparátus. Az élet azt igazolta, hogy az illetékes miniszter és az Államreform Bizottság egyaránt törekszik az egyes ügyek megoldására. A hivatali egység létszáma nagyon kicsi, ám számos külső szakértővel dolgozunk, akik elsősorban az akadémiai világból és az üzleti életből érkeznek, de együttműködünk a minisztériumi szakértőkkel is.

H Milyen az együttműködés a tárcákkal?

- Természetesen sokat vitázunk a tárcákkal, és ők is sokat vitáznak velünk. Az viszont kifejezetten használ a reform-

folyamatnak, ha a kormány nem csak egy nézőpontból származó elemzéseket, javaslatokat kap. Ha vita van, akkor elsősorban arról van szó, hogy ugyanazt a problémát más oldalról közelítik meg a különböző szakértők.

H Milyen alapkérdésekkel szembesülnek az egészségügygel kapcsolatban?

- Több kérdés is azzal függ össze, hogy mennyi pénz van, mennyi pénz lesz az egészségügyre, és mindez hogyan függ össze a reformokkal. A reformokkal kapcsolatban létezik az egészségügyben egy közkeletű félreértés, mely szerint a reform arról szólna, hogy a gyógyításból a kormányzat pénzt szeretne kivonni. Ilyen szándék nem létezik. Az igaz, hogy a gyógyszerártamogatásból szeretnénk pénzt kivenni, de a gyógyításból egyáltalán nem. A magyar egészségügygel kapcsolatban az a célunk, hogy az ország lehetőségeihez mérten óriási pénzeket jobban tudjuk felhasználni, hogy több eredmény, több gyógyulás, több egészségnyereség legyen belőle. Mindenféle átalakítás azt a célt szolgálja, hogy ehhez jobb feltételeket teremtsünk.

Jobb feltételek?

H Milyen célok mozgatják Önöket?

- Ezeket a lépéseket azért kell megtenni, mert ma joggal elégedetlen a beteg, az orvos, a nővér, és a politikus is azzal, amilyen szolgáltatásokat az egészségügy összességében nyújtani képes. Ebben a kritikában benne foglaltatik a legmagasabb szakmai színvonal, a kiváló komfort és a legnagyobb empátiával végzett ápolás, de a sokszor



Dr. Draskovics Tibor



nem kielégítő színvonal, a differenciált, igazságtalan hozzáférés és a hiányzó komfort is. Összességében az elégedetlenség kerekedik felül. Tudomásul kell venni ugyanakkor, hogy nem lesz több pénzünk az egészségügyre.

H *Miért nem szánnak többet rá?*

– Az elmúlt időszak azt bizonyította, hogy több pénzzel önmagában nem tudjuk javítani az ellátás színvonalát, hiszen az elmúlt években jelentős többletpénz áramlott az egészségügybe, de nem következett be igazi változás. Ezért most a meglévő pénzt szeretnénk jobban, hatékonyabban felhasználni úgy, hogy közben az egészségügy fejlesztési területén a korábbihoz képest lényegesen több pénz áll rendelkezésre.

H *Milyen fejlesztési célokat fogalmaznak meg?*

– Régebben a mindenkori költségvetési lehetőségektől és politikai szándékoktól függően hol több, hol kevesebb fejlesztési pénz állt rendelkezésre. Ezeket különböző csatornákon, vitatható összehangoltsággal és szakmai célok mentén, sokszor szakmailag indokolatlanul költöttük fejlesztésre. A címzett támogatási rendszerben sok esetben helyes fejlesztéseket végeztek, de volt olyan is, amelyeket más szempontok motiváltak.

H *Mi az elképzelésük az uniós forrásokkal kapcsolatban?*

– Az uniós fejlesztési pénzek a következő hét évben kiszámíthatóan érkeznek, és világos kritériumrendszer alapján, átlátható mechanizmusok segítségével kerülnek elosztásra.

Átalakítás a fejlesztések érdekében

H *Hogyan függ össze az uniós fejlesztési pénz az egészségügy átalakításával?*

– Vétek lenne a következő hét évben az egészségügy fejlesztésére fordítható mintegy 400 milliárd forintot egy kedvezőtlen, vagy nem kellően hatékony struktúrába ölni. Óriási hiba lenne szűkésztelen, a megnyitást követően csak jelentős költségekkel működtethető intézményeket létrehozni, mielőtt meghatározzuk, hogy valójában mire és milyen mértékben van szükség. Tehát az egészségügyben kettős nyomás érvényesül: egyrészt javítani szeretnénk a színvonalat, de nincs rá több pénzünk, másrészt

hirtelen sok pénzünk lesz az egészségügy fejlesztésére.

H *Alakítsuk át a rendszert hatékonyabbá, hogy fogadni tudja a fejlesztéseket?*

– Pontosan. Mindkét cél egy irányba mutat. Önmagában forrásbővülés attól, hogy ezeket a határozott lépéseket végrehajtjuk, nem lesz, hiszen a jövőben is 1050 milliárd forint lesz a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozására. Ezt az összeget viszont már egy átalakított, némileg szűkebb és más összetételű ellátórendszer használja fel. Ennek az lesz az eredménye, hogy növekedni fog az egy beavatkozásra jutó ráfordítás összege és az egy kórház által felhasználható összeg is.

H *Mikortól?*

– Félreértés ne essék, nem 2007 márciusától. Legalább egy esztendő kell ahhoz, hogy a finanszírozás megszabaduljon az érintettek által feleslegesnek ítélt, vagy átalakításra szánt kórházak fix költségeitől, hiszen később ezeket tudjuk a meglévő intézmények finanszírozására felhasználni. Makroszinten tehát nem lesz több pénz, ám az egyes intézmények számára nőhet a finanszírozás. Természetesen ez azon is múlik, hogy az intézmények a maguk háza táján elkezdik-e a mikroszintű ésszerűsítést, az üzemgazdasági követelmények bevezetését, amely mellett a meglévő forrásokból több és jobb ellátást tudnak biztosítani a betegeknek.

Változások

H *Milyen alapvető változásokra számíthat a magyar kórházügy?*

– A reformnak vannak látványos elemei, például a vizitdíj bevezetése, és a betegek által teljesítendő más fizetési kötelezettségek. De nagyon fontosak a kevésbé látványos elképzelések, amelyek az intézmények működését akarják átalakítani. Ezeknek fő célja, hogy lényegében gazdasági társaság módjára működjenek az intézmények. Olyan számvitelt kell folytatniuk, mint a gazdasági társaságoknak. Transzparens módon kell kimutatni a bevételeiket, a kiadásaikat, és az intézményen belül olyan kontrolling rendszereket kell használniuk, amelyek a költségeket azok felmerülése helyén mutatja be és hozzákötethetővé teszi a szolgáltatáshoz.

H *Cégszerűen működő kórházakat szeretnénk?*

– Azt szeretnénk, hogy a gazdasági társaságokhoz hasonló irányítás működjön a kórházakban, azaz teljes anyagi felelősséget viselő igazgatóság álljon az intézmények élén, és az orvosi, az egészségügyi, a menedzseri és a gazdálkodási szakértelem egészséges összetételben legyen jelen. Ebbe a körbe tartozik az a cél is, hogy minden kórháznak könyvvizsgálót kell választani, a meggyőző és hiteles adatok megeremtése érdekében. Ezzel függ össze az a szabály is, ami egy számlához hasonló dokumentum előállítását teszi szükségesé. A nyújtott szolgáltatás – idézőjelben említett – árát fel kell tüntetni a páciensnek adott dokumentumon, hogy világosan lehessen látni, mit és milyen költséggel nyújtott az intézmény. Ezekre a lépésekre azért is szükség van, hogy végre tiszta vizet tudjunk önteni a pohárba: valóban van-e, és ha van, milyen mértékű az OEP-nek nyújtott statisztikákban a manipuláció, amellyel ugyan tele van a sajtó, de valóságos képe erről senkinek sincs.

H *Nem kellene előbb létrehozni a valódi társadalombiztosítási rendszert?*

– Ha valódi biztosítási rendszert szeretnénk, az egészségügyi változtatások mellett az ellátó biztosítási rendszer megerősítése megköveteli, hogy egyrészt az állam, amely részese a kötelező biztosításnak, tegyen eleget kötelezettségeinek, másrészt viszont a biztosítottak nevében szolgáltatást vásárló pénztár is naprakészen tisztában lehessen azzal, hogy mennyi és pontosan milyen szolgáltatást kapnak a betegek.

OEP és biztosítás

H *Jól értjük a Világ gazdaság Konferenciáján elhangzott előadását alapján, hogy ön a kötelező társadalombiztosítás mellett áll?*

– A kötelező társadalombiztosítás, és az ebből finanszírozott egészségügy nem kérdéses, úgy gondolom, hogy a koalíciós pártok között sem az. Ettől függetlenül az kérdés, hogy ezt egyetlen OEP-en vagy több biztosítón keresztül végezzük-e. A kormányoldalon nem látok olyan szereplőt, aki ne ezekből a premisszákból indulna ki. Inkább azon folyik a vita, hogy a közfinanszírozást hány intézményen, milyen intézményeken keresztül oldjuk meg. 2007 egyik legnagyobb feladata az OEP-ből biztosítót faragni. Még akkor is, ha saját kategóriájában nem

lesz konkurensa. Ráadásul csak akkor van értelme, hogy legyen versenytársa, ha ez vagy a betegeknek, vagy az adófizetőknek, előnyös esetben mindkét csoportnak jobb. Akkor bevezetjük a több biztosítós rendszert, egyébként nem.

H *Hogyan változhat a költségvetés és a társadalombiztosítási kassza kapcsolata?*

– A biztosítás és biztosító szempontjából az a kulcskérdés, hogy milyen erős szálak fűzik, illetve milyen vastag és magas falak zárják el a költségvetés többi részétől. Ha biztosításról van szó, akkor a szolgáltatás és a befizetések között szigorú logika és egyensúly érvényesül. Ebbe beletartozik az is, hogy bizonyos jogosultak után a költségvetés fizet, bizonyos szolgáltatásokat a költségvetés finanszíroz. Egyébként nincs átjárás a költségvetés és a biztosítási kassza között, és az az intézmény, amely a kassza működtetésével foglalkozik, nem a költségvetésből szív el forrásokat, hanem úgy alakítja működési költségeit, hogy az a kassza egésze szempontjából optimális legyen.

Protokollok és hozadékok

H *Milyen állami kötelezettségeket tart fontosnak?*

– Az állam igazi kötelezettsége az egészségügyben is, hogy garantált, jól definiált szolgáltatási szintet produkáljon azoknak, akik erre jogosultak. A szabályozásnak arra kellene irányulnia, hogy a beteg megkapja, ami jár neki, sőt, egyáltalán tudjuk, mi jár neki. Protokollokat, nem is csak szakmai, hanem szakmai és finanszírozási protokollokat kell megvalósítani, hiszen ezzel hozzuk létre azokat az iránymutatásokat, összehasonlítási alapot, ami alapján meg lehet ítélni, hogy a nyújtott szolgáltatás a szakmai követelményeknek megfelel, és költséghatékonye. Persze, nem a gazdasági szakembereknek kell megmondania, hogyan kell gyógyítani. Ám mivel véges erőforrások felhasználásával tudunk gyógyítani, óriási közérdek fűződik annak költséghatékonyaságához. Megfelelő protokollok hiányában ez nem ítélni meg. Az is nyilvánvaló, hogy az élet nagyon sok helyzetben követel majd meg a protokolloktól való eltérést, ám ha ez az eltérés dokumentálhatóan történik, azt a biztosító bizonyosan el fogja ismerni.



PÁLYAKÉP

Draskovics Tibor 1979-ben végaz az ELTE Jogtudományi Karán. A diploma megszerzése után a Pénzügyminisztériumban dolgozik, 1988-tól jogi főosztályvezetőként, majd 1990–1991-ben helyettes államtitkárként. 1991-től az Arthur Andersen könyvvizsgáló cég adó-tanácsadási igazgatója, majd a Concordia Biztosítási Bróker Kft. vezérigazgatója. 1994 és 1998 között a Pénzügyminisztérium közigazgatási államtitkára. 1999-től az ABN-AMRO Bank Rt. vezérigazgató-helyettese, illetve vezérigazgatója, majd a Kereskedelmi és Hitelbank Rt. igazgatóságának tagja, 2001-ig vezérigazgató-helyettese. 2002 nyaratól Medgyessy Péter miniszterelnök kabinetfőnöke, majd 2004-2005-ben pénzügyminiszter. Jelenleg a Magyar Villamos Művek Zrt. Igazgatóságának elnöke és az Államreform Bizottság alelnöke. Nős, három gyermeke van.

H *Hogyan illeszkednek ebbe a vízióba az új orvosi technológiák és az innovatív gyógyszerek?*

– Úgy érzem, és inkább érzem, mint tudom: mintha a technológiai fejlődés hatása – legyen szó az orvosi technológiáról vagy a gyógyszerekről – nem látszódnék. A költségekben persze látszódik, ám az eredményekben nem. Ettől van az a félelme a finanszírozással foglalkozóknak, hogy ha bejön egy új technológia, az keresletet támaszt, de nem vált ki más ráfordítást, hanem hozzáadódik a meglévőhöz, és újabb, nehezen kezelhető finanszírozási feszültséget okoz. Ha alkalmazok egy drága diagnosztikai módszert vagy beavatkozást, akkor pozitív végeredménynek kellene jönnie, ám az nem látszik a rendszer egészében. Figyelembe véve az egészségügy sajátosságait, azt, hogy a haszon egy része nem a rendszeren belül keletkezik, új technológiák esetében is gazdaságossági számításra kell végezni, ugyanúgy, mint minden más befektetés előtt. Ha a ráfordítás megtérül és pozitív hozadék van, akkor működtetni kell a technológiát.

Megvalósítás

H *Hogyan fogják ezeket a változásokat megvalósítani?*

– Meggyőződésem, hogy most jön a reform neheze. Nem könnyű a változtatásokat részletesen kidolgozni és tör-

vénybe foglalni, de azért időben és intellektuálisan is megragadható és elvégezhető méretű feladat. Ám egy ekkora méretű, bonyolult rendszert működése közben átalakítani nehéz. Ebben a munkában az Államreform Bizottság jobban háttérbe vonul, mint korábban. A változtatások végrehajtása alapvetően az Egészségügyi Minisztérium, az OEP és a fenntartó önkormányzatok feladata lesz. Mi a végrehajtási szabályok kimunkálásában veszünk részt. Ám, ami ennél fontosabb, az az érintettek részvétele a végrehajtási szabályok kialakításában és a végrehajtás folyamatában is.

H *Ennek elérése nem tartozik a legkönnyebb feladatok közé.*

– Tudom, hogy ez nehéz lesz, mert az érintettek a változások sok elemét vitatják. Tudom, hogy nincsenek általában véve kórházak és orvosok. Különböző intézmények, különböző érdekű orvosok és egészségügyi dolgozók léteznek. Ám több szakmai konferencián részt véve mostanában az a benyomásom, hogy a többség a változások irányával egyetért, de ez nem jelenti azt, hogy minden részlettel egyetértenek. A végrehajtásba azokat is meg kell próbálni bevonni, akik nem igazán értenek egyet, mert a változásnak ők is részesei kell, hogy legyenek.

H *Hibás működés esetén hajlandóak lesznek önkritikát gyakorolni?*

– A folyamatnak nyitottnak és korrekcióra is késznek kell lennie, ha kiderülne, hogy valami nem működőképes. De az esetleges korrekció, az érintettek részvétele a végrehajtásban, nem vezethet az átalakítás elhúzódsához, mert az azt jelenti, hogy tovább kell fenntartani azokat a nyilvánvalóan adminisztratív és kevésbé hatásos megoldásokat, mint a teljesítményvolumenkorlát. Egy ennél természetesebb, az intézményi működéshez jobban illeszkedő mechanizmust kell kialakítani. Rövid távon pedig a kapacitások szűkítése és a kereslet – vizitdíjon keresztül történő – korlátozása teheti lehetővé, hogy a költségvetési intézmények el tudják látni feladataikat.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser