



ÖNKORMÁNYZATI FELÜGYELETTŐL AZ ÁLLAMI IRÁNYÍTÁS FELÉ

A KÖZPONTOSÍTÁS LEHETSÉGES
KÖVETKEZMÉNYEI AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az önkormányzati törvény módosításával a hazai egészségpolitika is új irányt vehet, mivel a jogszabálytervezet nem tekinti önkormányzati feladatnak a fekvőbeteg-ellátást, így azt kifejezetten központi állami hatáskörbe utalná. A fekvőbeteg-ellátó intézmények államosításának híre széles körben találgatásokra adott okot: hogyan reagálnak mindegyre az önkormányzatok, illetve jelentheti-e az államosítás a kórházbezárások előszelét? Az Intézet a Demokratikus Alternatíváért (IDEA) elemzésében kerüli a találgatásokat, ellenben felvázolja és értékeli, hogy milyen érvek és ellenérvek sorakoztathatók fel a kórházak központi irányításával kapcsolatban. Az elemzés választ ad arra a kérdésre is, hogy a legújabb fejlemények tükrében milyen irányítási stratégiák feszülhetnek egymásnak az egészségügyben, továbbá rámutat az államosítás várható nyerteseire is.

A kormány augusztus 17-i ülésén fogadta el¹ az ősszel parlament elé kerülő új önkormányzati törvény alapelveit.² A tervezet egészségügyi ellátórendszer intézményeinek működtetéséről szóló elemei³ szerint csak az alapellátás és a nem fekvőbeteg-ellátó intézménybe integrált szakrendelők maradnak az önkormányzatoknál, a kórházak kikerülnek a megyei és a települési önkormányzatok felügyelete alól is. Utóbbi javaslat a budapesti intézményekkel kapcsolatban már a Semmelweis Tervben⁴ is felmerült – előbbiek állami tulajdonba adásáról augusztus utolsó napján hoz döntést a Fővárosi Közgyűlés.⁵ A javaslat – amennyiben megvalósul – alapjaiban változtatja majd meg az egészségügyi ellátórendszer működését. A tervezet főként a progresszivitás szerinti első és második szinten lévő városi és megyei-fővárosi kórházakat érinti, hiszen a hierarchia legfelsőbb fokán lévő regionális vagy országos szintű ellátók többsége jelenleg is költségvetési intézményként végzi az ellátást. A tervezet tehát számos

¹ Erős fideszes városoktól venne el jogokat a kormány. [origo], 2011. aug. 18. <http://www.origo.hu/itthon/20110817-első-olvastban-targyalta-a-kormany-az-onkormanyzati-torveny-koncepciojat.html>

² Az új önkormányzati törvény munkaanyaga. 2011. május 12. <http://www.kormany.hu/download/2/08/30000/%C3%B6tv%20koncepti%C3%B3%20munkanyag.pdf#!DocumentBrowse>

³ Az alapellátás marad önkormányzati feladat. *Weborvos*, 2011. aug. 18. <http://www.weborvos.hu/hirek/alapellatas-marad-onkormanyzati-feladat/180139/>

⁴ Semmelweis Terv Szakmai Konceptió. 2011. június 27. <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf>

⁵ Jövő év január 1-jétől az állam működtetheti a fővárosi kórházakat. *Medical Online*. 2011. augusztus 25. http://www.medicalonline.hu/eu_politika/cikk/jovo_ev_januar_1_jetol_az_allam_mukodtetheti_a_fovarosi_korhazakat

szereplőt érint, a kórházakat fenntartó önkormányzatokat, valamint az ezek irányítása alatt maradó alap- és járóbeteg-ellátó intézményeket egyaránt. A részes felek érdekei – ahogy ezt a következőkben bemutatjuk – ugyan különbözőek, mégis a fekvőbeteg-ellátásban jelentkező súlyos forráshiány következtében a folyamatok a központosított állami irányítás megvalósulásának irányába hatnak.

A központosítás melletti érvek

Az önkormányzatok ellentmondásos és egyben kiszolgáltatott helyzetét egyrészt az okozza, hogy a kórházi üzem rendkívül költséges, másrészt a fenntartói státus kötelezettségeket jelent a működtetés fenntartása kapcsán. Ilyen szempontból a kórházzal rendelkező önkormányzatok számára megkönnyebbülést jelenthet e feladat megszűnése, megszabadulhatnak az adósságokkal terhelt egészségügyi szolgáltatóktól. A pénzügyi teher megszűnésével párhuzamosan azonban a kórház stratégiáját sem alakíthatják majd helyben, holott gyakran hangoztatott érv, hogy a helyi viszonyok alapos ismerete nélkül a napi irányítási feladatok megoldása is kérdésessé válhatnak. A vertikálisan integrált egészségügyi rendszerben az ellátási szintek – a háziorvostól a kórházig – szoros együttműködésben funkcionálnak hatékonyan. Az erre alapuló ellátásszervezést a Semmelweis Terv új, nagytérségi szintű irányításként valósítaná meg, egy országos központ menedzselése mellett. Ennek megvalósulásával a fekvőbeteg-ellátás központi irányítása lomhábbá tenné a helyi igényekre adott reakciókat, így a betegek vertikális leképezését is.

A jelenlegi rendszer fenntartó önkormányzatokkal szembeni igazságtalanságára világítanak rá azok az érvek, amelyek szerint egy-egy kórház ellátási területe jóval túlmutat a finanszírozó önkormányzat közigazgatási határain, más települések lakosai azonban az ellátás fejében nem vállalnak terheket a kórház működtetésében.⁶ Az igazságtalanság tehát valóban megoldásért kiált, ennek egyik módja lehet a teljes körű államosítás.

⁶ Minden második kórház bezárása is indokolt lehet. *Medical Online*, 2011. aug. 24.
http://www.medicalonline.hu/mi_ujsag/cikk/minden_masodik_korhaz_bezarasa_is_indokolt_lehet

Az állami átvétel mellett szól az egészségügyi ellátórendszer vegyes tulajdonlasi struktúrája, ami miatt rendkívül nehézkesen foganatosítható egységes, országos szintű stratégia és átalakítási terv. A központosítás leegyszerűsíti az irányítást a kórházak kompetenciáinak horizontális, országos felmérésében, illetve azok stratégiai alakításában.

A kórházigazgatók gyakran az önkormányzati képviselőtestületek ellenállása miatt sem tudják megtenni a szükséges lépéseket intézményeik hatékony működtetése érdekében. Az is előfordul, hogy amennyiben az uniós pályázatban foglalt racionalizálási követelmények nem felelnek meg a helyi politika elvárásainak, úgy még az európai uniós források felhasználása is elmarad. Tipikus példa erre az aktív ágyszámok csökkentésének igénye, mely rendszeresen a helyi politika ellenállásába ütközik, bármennyire gazdaságtalan legyen is a fennálló helyzet.

A fekvőbeteg-ellátó rendszer átalakításához, racionalizálásához és reformjához tehát olyan országos szintű, hatékony irányításra van szükség, amely képes felülről, mederbe terelni és kompromisszumra bírni a helyi erőket. Ezzel lehetségessé válna a legrosszabbul és párhuzamosságokkal működő intézmények bezárása, valamint a megmaradó egységek profiltisztítása és reorganizációja.

A Semmelweis Terv tárgyalásos arany középútja

Ideális esetben párhuzamosan is megvalósítható, hogy az önkormányzatokat tehermentesítsék adósságaiktól, kielégítsék arra vonatkozó igényüket, hogy beleszóljanak az intézmények irányításába, valamint hogy központi állami stratégia szülessen. A kórházak helyi szintű irányítására alapvetően szükség van, ez ugyanis hatékonyabb megoldást jelent, és jobban szolgálja a helyi igényeket. Mindezt azonban úgy kell felépíteni, hogy kormányzati szinten lehetőség legyen egy országos, horizontális és vertikális stratégia megvalósítására. Az érdekellentétek konszolidálásának egyik jó példája a rehabilitációs szolgáltatások fejlesztését célzó uniós pályázat kiírása és a pályáztatás folyamata. Ennek során a Nemzeti Erőforrás Minisztérium régióként egy, a terület intézményeiből alakult konzorcium indulását tette lehetővé, így már regionális szinten szükség van alkuk megkötésére. Utóbbiakban a kormányzati szint is részt vesz,

jelezve, hogy mely konzorciális pályázatot tudja támogatni, melyeket nem. A tárgyalásos szisztémával a kormány hatékonyabban tudja irányítani a források elosztását, így az ország rehabilitációs ellátásainak fejlesztési irányait, illetve a helyszínek kijelölését. Ebben a modellben az intézmény napi irányításban a központi kormányzat tehát nem vállal szerepet, hatásköre csupán a stratégiai irányok megalkotására korlátozódik.

A fenti gyakorlat szorosan illeszkedik a Semmelweis Tervben meghirdetett nagytérségi betegirányítási rendszer koncepciójához is, már amennyiben térségi szintű, és nem a kormányhivatalok irányításáról beszélünk. A Tervnek azonban ellentmond az önkormányzati törvény tervezetében megjelent állami feladatátvétel. A Semmelweis Terv és az önkormányzati koncepció elsősorban a jelenlegi, azaz a betegirányítási és igazgatási szintű status quo fenntartása, illetve megszüntetése mentén mutat különbséget a kórházak számára – a Semmelweis Terv ugyanis épp ez utóbbira alkalmas.⁷ Az önkormányzati törvény módosításának jelenlegi tervezete nem tartalmaz pontos információkat arról, hogy a fekvőbeteg-ellátás tulajdoni rendszerének átalakítása miként illeszkedhet a Semmelweis Terv szakmai koncepciójához.

Utóbbi a következőképpen fogalmaz:

„Az Állami Egészség szervezési Központ területi egységei, a Nagytérségi Egészség szervezési Igazgatóságok a helyi menedzsment szervezetek által ajánlott szakemberekből és az egészségügyi kormányzat háttérintézményeinek szakértőiből szerveződnek. A területen működő egészségügyi alap- és szakellátók illetve fenntartók, valamint a területi szakigazgatási szervek képviselőiből létrejövő konszolidációs, struktúraátalakítási munkacsoportokkal tartanak kapcsolatot, és dolgozzák ki a helyi struktúraátalakítási programot. Az intézményrendszer működésének módszertana alapján a funkcionális megosztást és az egyes funkciók pontos tartalmát a helyi viszonyokkal összevetve alakítják ki.”⁸

⁷ A Fidesz erős emberei nyeresre állnak Szócska Miklós ellen. *Népszabadság*, 2011. aug. 23.

<http://nol.hu/belfold/20110823-gyogyithatatlan-beteg-a-semmelweis-terv>

⁸ Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27, 24. oldal. <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027.pdf>

A Semmelweis Terv szakmai koncepciója alapján tehát a cél egy olyan nagytérségi irányítási hálózat kialakítása, amely helyi szintről (is) delegált tagokból szerveződik, a struktúra újragondolása során pedig a helyi viszonyokat szem előtt tartva, decentralizáltan működik együtt az országos központtal. A megközelítés tehát alapvetően puha, és érdekegyeztetésen alapul – bár nyilvánvaló módon az érintettek annak lehetőségétől is tartanak, hogy bármiféle változtatás történjen, egyeztetéssel vagy anélkül, hiszen a módosítások nem minden eleme érinti pozitívan az egyes szolgáltatókat. Az új régióhatárokkal (régióként 1–1,1 millió lakos), és új intézményekkel eddig nem látott érdekkörök jelennek meg a rendszerben, amelyek elaprózhatják és elodázhathatják az egészségügyi átalakítás folyamatát. Mindennek ellenére a megközelítés ötvözi a döntési szintek kompetenciáit, illetve nem veszi el az egyes intézmények és működtetőik eddigi autonómiáját. A központosított, erős állami beavatkozásnak létezik tehát olyan alternatívája, amely idő- és energiaigényes ugyan, de hosszú távon a jelenlegi rendszer hatékony elemeit is megtartja.

Érvek a központosítás ellen

Az előzőekben ismertetett gyakorlattal és megközelítéssel élesen szembeállítható a központosított, minisztériumi irányítás, ami az önkormányzati törvény módosításával átveheti az önkormányzati felügyelet eddigi gyakorlatát. A tárca ezzel egyszerre válna az egészségügyet szabályozó, illetve a tulajdonosi és a napi irányítási feladatköröket ellátó mamutintézménnyé. A jelenlegi kormányzati periódus alatt a halmazott minisztériumi feladatkör nem az első lenne a felduzzasztott intézmények sorában. Ahogy azt már korábbi elemzésünkben bemutattuk⁹, az egészségügyi igazgatás újraépítésének is köszönhető az egészségügy „megmentésének” késlekedése. Akármennyire is hatékonynak tűnik a központosított irányítás, az átadás-átvétel korántsem feltétlenül zökkenőmentes, ahogy az a budapesti intézményeknél is bebizonyosodott. A fővárosi kórházakat a Semmelweis Terv bejelentése óta még nem államosították, a Fővárosi Közgyűlés csak augusztus utolsó napján szavaz a kérdésben. A központi irányítás ráadásul nem pusztán a struktúraalakítás, illetve a racionalizálás igényét fejezi ki, hanem

⁹ Újraépülő egészségügyi igazgatás - lomha válságkezelés. Megjelent a Semmelweis Terv szakmai koncepció.. *Intézet a Demokratikus Alternatíváért (IDEA)*, 2011. május.
http://www.ideaintezet.hu/sites/default/files/IDEA_Ujraepulo.pdf

hosszú távú, a napi irányítási feladatok centralizált ellátását is jelenti. Az előbbi megkönnyíti ugyan, hogy a kompromisszumos megoldások elkerülhetővé váljanak, utóbbi feladatra azonban kétséges, hogy az önkormányzatoknál alkalmasabb lenne a minisztérium.

Racionális eszköz a kormány részéről, hogy az önkormányzatokat a kórházakban felhalmozott adósságok rendezésével próbálja érdekeltté tenni az intézmények átadásában. Több szempontból is nehezen tartható azonban ez az ösztönzési forma. Egyrészt a jelenlegi forráshiányos helyzetben, amikor „tiszteséges” orvosi bérekre sincs pénz, vajon hogyan sikerülhetne valóban konszolidálni az ország összes fekvőbeteg-ellátó intézményét? Rácz Jenő, a Kórházszövetség elnöke szerint jelenleg 40-45 milliárd forint a kórházak (lejáró) tartozása.¹⁰ Másrészt az egészségügy puha költségvetési korláttal működik, az intézményeket eddig is kimentették, önmagában tehát az adósságrendezés nem feltétlenül fogja meggyőzni az önkormányzatokat, amelyek egyébként eddig befektettek intézményeikbe, így szinte magától értetődő, hogy nem szívesen mondanak le a politikailag kulcsfontosságú egészségügyi szolgáltatókról.

Az önkormányzatok alkupozíciója nem olyan erős, hogy a kétharmados, érdemi egyeztetést mellőző törvényalkotásnak ellen tudnának állni, az azonban biztos, hogy a helyi közösségek még okozhatnak fennakadást a mindig érzékeny egészségügyi reform (átalakítás) során. Nem feledkezhetünk el a Fideszen belüli befolyásos és erős, vidéki, önkormányzati kötődésű politikusokról sem, az ő ellenállásukon még akkor is sok múlhat, ha a fekvőbeteg-ellátó intézmények irányítása minisztériumi szintre kerül.

Államosítás: esély az egészségügy racionalizálására

A fekvőbeteg-ellátó intézmények működését financiálisan, ellátásszervezésben és mindenekelőtt a humán erőforrás-területén is rendezni kell, de az elmúlt hónapok tapasztalatai azonban azt mutatják, hogy a szándék még mindig csak a szavak szintjén van jelen. A Semmelweis Terv szakmai koncepciójának egyetlen eleme valósult meg eddig a részleges pénzügyi segítségnyújtás mellett: összevonásokkal létrejött a

¹⁰ Adósság: egyelőre csak röpködnek a számok. *Weborvos*, 2011. augusztus 9.

<http://www.weborvospro.hu/cikkek/egeszsegpolitika/adossag:egyelorecsakropkodnekaszamok.html>

Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI). A sorok rendezésének többi lépése egyelőre – leginkább a források, de egyes információk szerint a politikai akarat hiánya miatt is – elmaradt. Az államosítás eszközt adhat a minisztérium kezébe, hogy az elmaradt racionalizálást rövid idő alatt végezze el, azonban Szócska Miklós, egészségügyért felelős államtitkár eddigi munkájára korántsem az erőből irányítás volt jellemző: országjárása és a fekvőbeteg-ellátók körében elvégzett széles körű adatgyűjtés egyaránt azt bizonyítja, az államtitkár a kompromisszumos megoldások híve. Utóbbi a kinevezése óta folyamatosan hangsúlyozza, hogy kórházbezárásra nem kerül sor. Mindezek kétségessé teszik, hogy az államosítás gyors racionalizálást szolgáló eszközzel él-e majd a jelenlegi egészségügyi vezetés. A hosszú távú központi irányítás sem ígér zökkenőmentes jövőt, hiszen a Fideszen belüli önkormányzati lobbicsoport nem feltétlenül támogat egy, a települési közszolgáltatások feletti jogát csorbító lépést.

Rövid távon tehát az erős közű központi irányítással nyerhet az egészségügyi szektor, amennyiben ez a racionalizálást jelenti, hosszabb távon azonban meg kell maradnia a helyi hatásköröknek, minisztériumi szinten pedig erős szabályozói szerepnek kell érvényre jutnia.

INTÉZET A DEMOKRATIKUS ALTERNATÍVÁÉRT
1083 BUDAPEST, BAROSS UTCA 119/A
TEL.: +36 70 605 03 47
E-MAIL: INTEZET@IDEAINTEZET.HU
FACEBOOK: [HTTP://WWW.FACEBOOK.COM/IDEAINTEZET](http://www.facebook.com/IDEAINTEZET)

A CÍMOLDALON TALÁLHATÓ FOTÓ FORRÁSA:
[HTTP://WWW.UNIOSPENZ.HU/KEPEK/CIKKKEP/1235125464KORHAZ.JPG](http://www.uniospenz.hu/kepek/cikkkep/1235125464korhaz.jpg)

