



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

Dr. Sinkó Eszter

**Az elmúlt 26 esztendő fontosabb
egészségpolitikai történései**

2017. június

Az előadás felépítése

Négy kérdéskört érintünk:

- Az egészségügy utolsó 25 évének főbb szakaszai
- Egészségügy pénzügyi környezete
- Egészségügyi modellváltások
- Az újabb kormányzati intézkedések iránya, 2010 és 2014 után

Rendszermodell összetevők

1. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jogosultsági alapja
2. Az egészségügy forrásteremtésének alapjai
3. Finanszírozási technikák, ösztönzési rendszerek
4. A szolgáltató szektor felépítése, szerkezete, tulajdonviszonyai
5. Az alapszereplők köre, ellátandó feladataik (köztük kiemelve az irányítási rendszert és a finanszírozói szerepet betöltő szervezetet), alá-fölé rendeltségük
6. A szereplők érdekeltségi, ösztönzési rendszere

1990 előtt - jellemzők I.

- Közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer
- Egészségpolitikai alapelvek:
 - ✓ mindenki,
 - ✓ minden ellátáshoz,
 - ✓ térítés mentesen jusson hozzá
- Eszközök: államosítás, területi elv, progresszív betegellátás, központi költségvetésből finanszírozás

Jellemzők II.

- Főbb szereplők: egészségügyi személyzet, beteg és az állam valamint a tanácsok (más meghatározó szereplő 1989-ig nincs)
- Állam szerephalmozó:
 - ✓ Tulajdonos (szolgáltató)
 - ✓ Ellátásszervező
 - ✓ Finanszírozó
 - ✓ Irányító
 - ✓ Szabályozó és jogalkotó

Jellemzők III.

- Szervezeti felépítés - megosztottság:
 - ✓ Alapellátás: körzeti orvosi hálózat+védőnők
 - ✓ Önálló szakrendelői hálózat (szovjet minta, Semashko modell része)
 - ✓ Kórházak: városi – megyei - országos intézeti
- Válasz: integráció
 - ✓ szakmai,
 - ✓ szervezeti,
 - ✓ gazdasági

Eredmény

- Az állam túlzott szerepvállalása
- Alapvető szereplők hiánya
- Központi költségvetésben a maradékelv
- Szolgáltatások nem egyenletes színvonala
- Orvos és beteg állammal szembeni kiszolgáltatottsága
- Paraszolvencia erős jelenléte
- Teljesítménymérés és elismerés hiánya

Kitekintés a világra I.

- Döntően közfinanszírozás
- A szolgáltatói szektor sokszínűsége a tulajdonviszonyok terén
- Járóbeteg szakellátás mint önálló ellátási szint hiánya
- A társadalmi kontroll alapintézményei másutt kiépültek (intézmények felügyelő bizottságai, társadalom-biztosítási önkormányzatok, szakmai érdekcsoportosulások, kamarák, betegek szervezetei)

Kitekintés a világra II.

- Minőségbiztosítás jelenléte az intézményeknél
- Akkreditáció igénye a közfinanszírozásban részesülő kórházak esetében
- A teljesítmény elszámolás különböző technikai érvényesülnek mind a HR, mind az intézményi menedzsment elismerésében
- Sokkal több szereplő értelmezett, mint az államilag vezérelt rendszerekben
- Érdekharmónizációra törekvés a szereplők között
- Betegjogok deklarálása – akár charták, akár önálló törvények formájában

Magyar egészségügy 1990 előtt (Beveridge modell+ Semashko modell)

- Tulajdonviszonyok: döntően állami
 - Irányítási rendszer: centralizált, és megye szintű
 - Finanszírozási csatornák, forrásteremtés: költségvetés, később adó (1988-tól)
 - Finanszírozási technikák: input finanszírozás
 - Betegek helyzete: rendezetlen, alávetettség
 - Orvosok munkajogi státusza: alkalmazott, de ...
 - Szabad piacra lépés: kijárásos rendszer
-
- Önálló járóbeteg szakellátás

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 1.

- 1990-1994 - a magyar egészségügy új alapokra helyezése
 - ✓ Biztosítotti jogon járó ellátás
 - ✓ Önkormányzati tulajdon megjelenése
 - ✓ Társadalombiztosításhoz kerülő egészségügyi finanszírozás
 - ✓ Privatizáció, szektorsemleges finanszírozás
 - ✓ Új finanszírozási technikák bevezetése – új ösztönzők megjelenése

Fontosabb történések I.

- 1989: A Társadalombiztosítás levált az állami költségvetéstől
- 1989: Vállalkozások engedélyezése
- 1991: TB. törvény módosítás: az önkormányzatiság elvének deklarálása
- 1992: A társadalombiztosítási alap kettéválása – járulékmegosztás
- 1992: Szabad orvosválasztás az alapellátásban

Fontosabb történések II.

- 1992: Nem állampolgári jogon jár az egészségügy – biztosítási kártya megjelenése
- 1992: Vállalkozás formájában lehet ellátni a háziorvosi teendőket
- 1992: Háziorvosi szolgálat finanszírozása: a fejkvóta megjelenése (Kincses Gyula képlete nyomán)
- 1992: Magángyógyszertárak finanszírozása, új gyógyszertárak alapítása

Fontosabb történések III.

- 1993: Az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság kettéválasztása: Országos Egészségbiztosítási Pénztár létrejötte
- 1993: Tb. önkormányzatok felállása – országos választás a szakszervezeti (munkavállalói) oldalon (előtte egy évig Felügyelő Bizottság), delegálás a munkáltatói oldalon (60 fő)

Fontosabb történések IV.

- 1993. HBCS az aktív kórházi teljesítmény finanszírozásában
- 1993. Német pontrendszer a járóbeteg szakellátásban
- 1993. ÖKKP – öngondoskodás első csírái
- 1994. Orvosi Kamara – törvényi szintű szabályozás: köztestület (hatósági jogkörök csak 2000-től - 2007-ig) (a MOK 1989-ben már feláll, de csak 2004-től áll mögötte törvény)

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése I.

- Változások indultak el a rendszerben, mert
 - ✓ A társadalombiztosításhoz került az egészségügy finanszírozása
 - ✓ A társadalmi kontrollt megtestesítő intézmények közül kettő belépett (tb önkormányzatok, felügyelő tanácsok)
 - ✓ Az állam szerepe csökkent
 - ✓ Szabad orvosválasztás bevezetése
 - ✓ A vállalkozások teret nyertek
 - ✓ Teljesítmény elszámolás normatív alapra helyeződött

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése II.

- A társadalombiztosító színre lépésével:
 - ✓ Újabb szereplő jelent meg – önálló érdekérvényesítő képességgel, amelyet az 1993-1998 közötti időszakban a tb. önkormányzatok is támogattak
 - ✓ Szerződéskötésre nyílt lehetőség a finanszírozó és a szolgáltató között
 - ✓ Ez a szerződés számon kérhető
 - ✓ Az állam beavatkozási lehetősége, amíg a tb. önkormányzatok „éltek”, csökkent

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése III.

- Az állam szerepe csökkent, mert:
 - ✓ Már nem meghatározó tulajdonos
 - ✓ Már nem meghatározó finanszírozó – még ha a tb alapok az államháztartás részei is (ebben az időszakban önálló költségvetés volt)
 - ✓ Az irányítási rendszerben: az ÁNTSZ megjelenése, törvényben deklarált felhatalmazással
 - ✓ Újabb szereplők: Orvosi Kamara

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése IV.

- További pozitívumok:
 - ✓ Növekedett a költségtudatosság az egészségügyi személyzet tagjainál – elsősorban a kórházakban
 - ✓ Menedzsment technikák kezdtek elterjedni az intézményirányításban – egészségügyi menedzseriskolák
 - ✓ Beteg körében némi visszhangja volt a deklarált szabad orvosválasztásnak – új magatartásformák

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 2.

- 1994-2006
 - ✓ Kvázi állampolgári jogon járó ellátás (újra)
 - ✓ Betegjogok törvényi szintű rögzítése
 - ✓ Minimumfeltételek meghatározása
 - ✓ Szakmai eljárásrendek közzététele
 - ✓ Két kacerkodás a több-biztosítós rendszerrel
 - ✓ Első kapacitás-szabályozási intézkedések
 - ✓ IBM/IBR modellkísérletek
 - ✓ Egészség-gazdaságtani irányelvek megjelenése

Fontosabb történések I.

- 1997: Új egészségügyi törvény: betegjogok rögzítése, „mindenkinek a maximumot kell kapnia” szemlélet
- 1997: Új egészségbiztosítási törvény: anyagi eszközök függvénye, mit nyújt az állam az ellátásokra (ellátások kivétele: mentés, vérellátás, szívtranszplantáció, stb.- ezekre állami többletforrások)
- 1997: Minimumfeltételek szabályozása
- 1997: Új nyugdíjbiztosítási törvény: kötelező és választható magán-nyugdíjpénztár

Fontosabb történések II.

- 1998: Egészségbiztosítási önkormányzatok felszámolása
- 1998: Közös adó-, és tb. járulékbehajtás (APEH-hez kerül az Egészségbiztosítástól)
- 1999: IBM/IBR modellkísérletek elindítása
- 2000: Házi orvosoknak praxisjog megadása (vagyonértékű joggá minősítés) (Gógl Árpád idejében)
- 2001: Közhasznú Társasággá alakulást elősegítő kórháztörvény (Mikola István-féle)

Fontosabb történések III.

- 2002: 50%-os béremelés a közszolgáltatói szektorban (150 milliárdba kerül az egészségügyben)
- 2002: Kórházi adósság konszolidáció – ez az első jelentősebb - eredménytelen (3 milliárd Ft)
- 2003: Új kórháztörvényt fogadnak el – de hibázás az eljárásrendben: nincs azóta sem hatályos privatizációs törvény (profitorientált vállalkozásoknak adott volna nagyobb teret)
- 2004: 21 lépés (első Gyurcsány kormány)

Fontosabb történések IV.

- 6 kérdéskör a 21 lépéshez kapcsolódóan (Rácz Jenő minisztersége idején):
 1. Ellátáshoz hozzáférés javítása
 2. Daganatos betegek ellátása
 3. Háziorvosi ellátás és a szakellátás korszerűsítése
 4. Gyógyszerfogyasztás keretek közé szorítása
 5. Járulékbefizetés rendbetétele
 6. Valódi biztosítás alapjainak lerakása

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 3.

- 2006-tól 2008-ig (Molnár Lajos+Horváth Ágnes)
 - ✓ Öt új törvény, közöttük több – az elhamarkodott kivitelezések következtében – sodródott tévútra (Kapacitásokról, Gyógyszer-gazdaságosságról, EBF felállításáról, Kamarák jogállásáról, Vizitdíj & napidíjról és biztosítási csomagról)
 - ✓ 25%-os aktív ágykapacitás kivezetése
 - ✓ Biztosítotti jogviszony alapján járó egészségügy – először 1992 óta érvényt szereznek az elvnek
 - ✓ Plusz egy törvény: a több-biztosítós modell összerakása évekre minden energiát lekötött

A több-biztosítós modell tervezett jellemzői

- Piaci viszonyok megteremtése az egészségügyben (piaci szereplők megjelenése, szabad szerződéskötés)
- Kötelező társadalombiztosítás keretei között
- Egységes szolgáltatás csomag
- Profitorientált magánbiztosítókon alapult
- A hazai nomenklatúra szerint ezek ún. elismert pénztárak lettek volna
- Versengés jött volna létre mind az alapok, mind a szolgáltatók között – a tervek szerint

2008-tól 2010-ig tartó kormányzás

- Új miniszter (Székely Tamás) – igazi szakértő, nincs politikai háttere
- Új programot hirdet – nincs hatása, következménye
- 2009: Szűkülő források – szolgáltatók sikeres összefogása többletforrásokért egymással és a beszállítókkal – friss forrás: 40 milliárdnyi – 2010-es ígérvény, az új kormány kontójára
- Totális ágazati széjjelesés – migráció felgyorsulása, várakozás idő jelentős növekedése

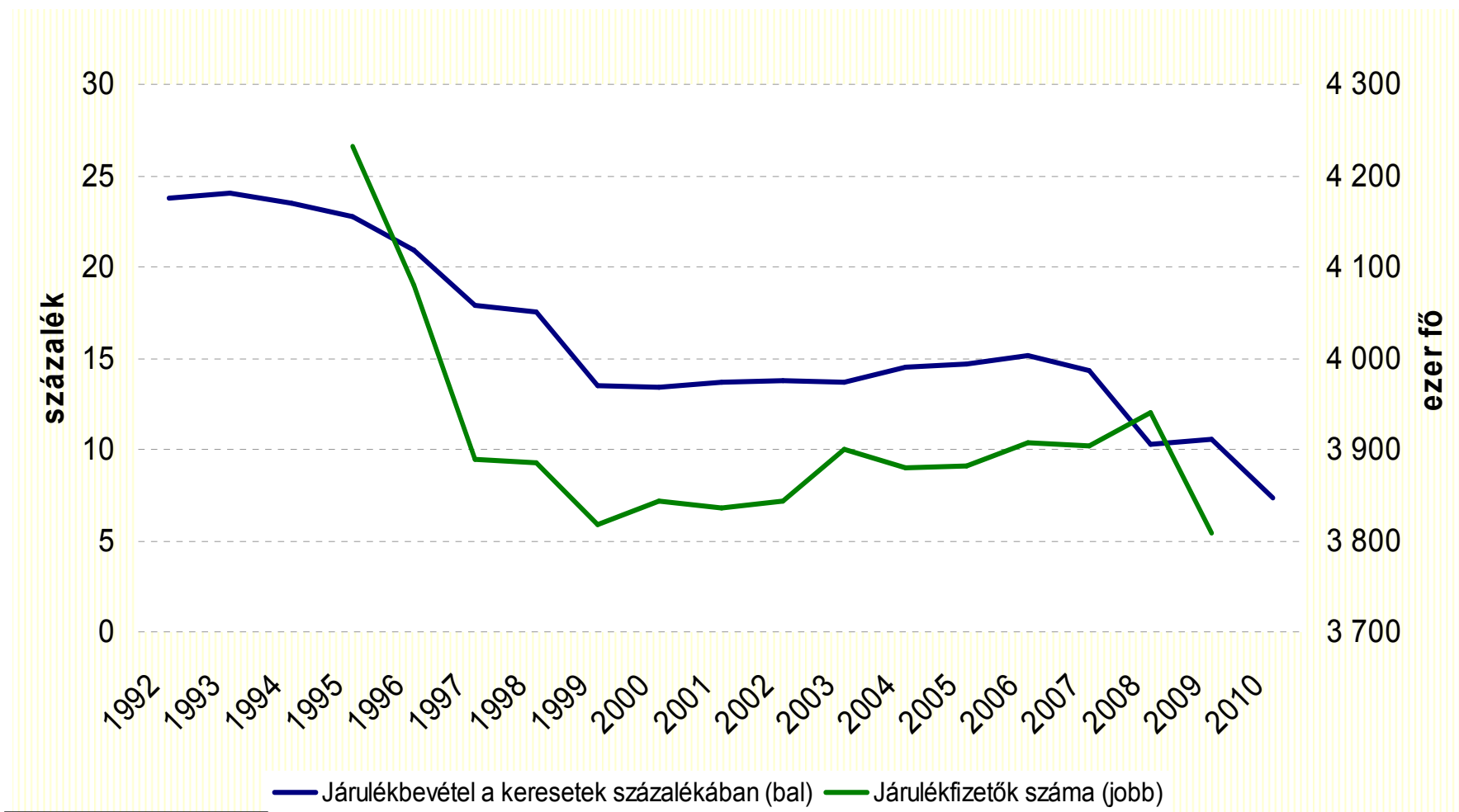
Megállapítások 2010 nyarán I.

1. Szétzilálódott ellátórendszer, bizonytalanná vált szereplők, morális leépülés
2. Kritikus szintre süllyedt orvos-, és nővérellátottság, bár a világ más rendszerei sem „bővelkednek”
3. Fragmentált szerkezetű ellátórendszer, ami súlyos hatékonyságvesztést okoz
4. Kiszolgáltatott betegek, tovább romló orvos-beteg kapcsolatok, amik nehezítik az ellátás eredményességét

Megállapítások 2010 nyarán II.

- Az ágazat gazdasági-pénzügyi pozíciója:
 - ✓ Rossz, sőt egyre rosszabb
 - ✓ Oka: alacsony foglalkoztatottsági ráta (55%, míg másutt 65-75% körül mozog)
 - ✓ Csökkenő egészségügyi tb. járulékmértékek (24%-ról 9% alá megy)
 - ✓ Növekvő adóbevételekre szorul az Egészségbiztosítási Alap
 - ✓ Egészségügyi technológia magas költségigénye

Eb. járulék bevételek egyenértéke a keresetek százalékában és járulékfizetők száma



Forrás: OEP

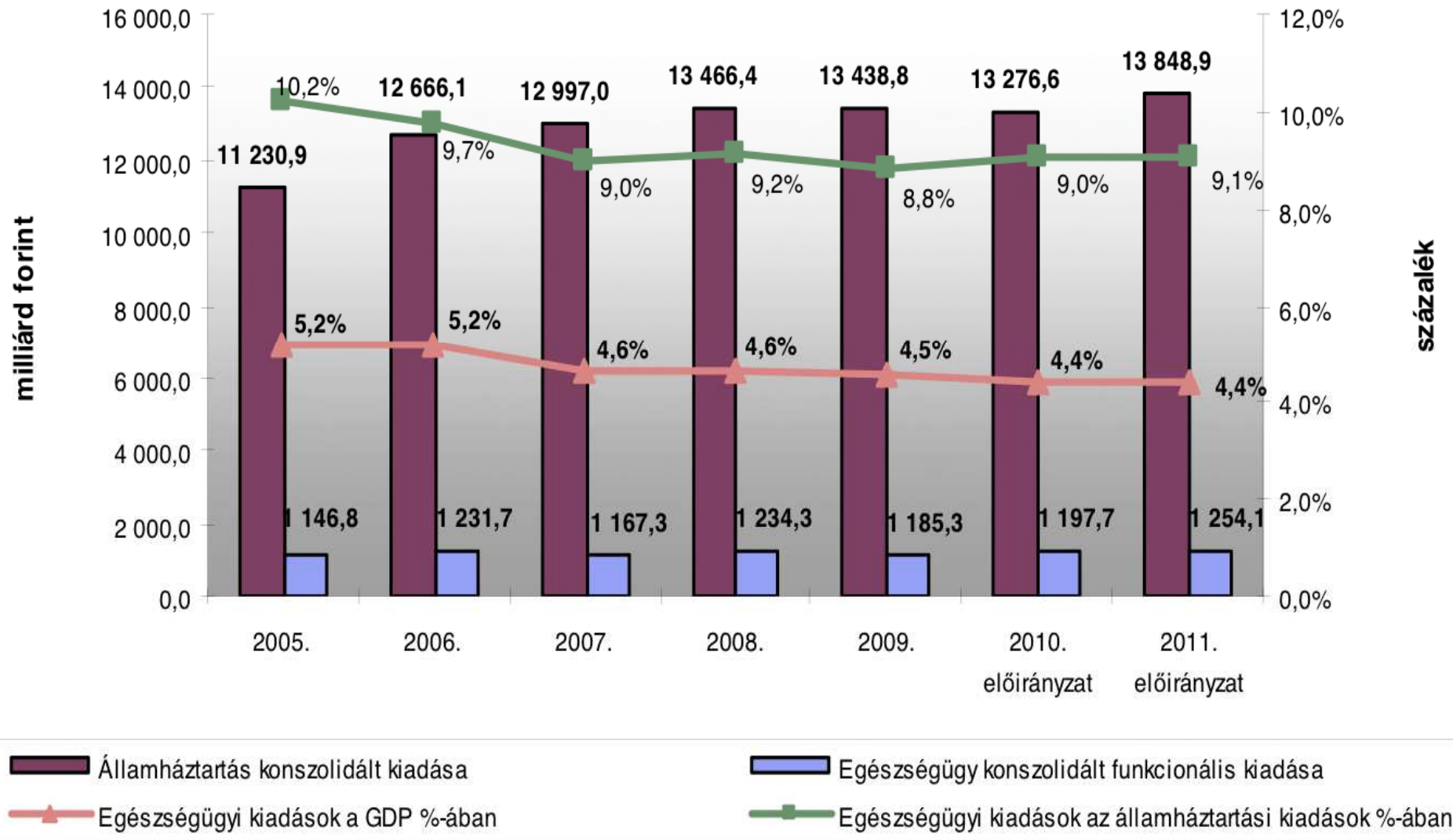
Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 4.

- 2010 után kormányváltás (Szócska Miklós)
- ✓ Új kormány – 2/3-os többség
- ✓ Egészségügy – nincs miniszteri rang, csak államtitkári
- ✓ Összevont minisztérium – NEFMI, most EMMI
- ✓ Egészségügy pozíciója ennek következtében nem javul a kormányon belül, sőt romlik
- ✓ Gazdasági környezet – nem segítő, krízisek sorjáznak az EU-ban is

Intézkedések 2010-ben

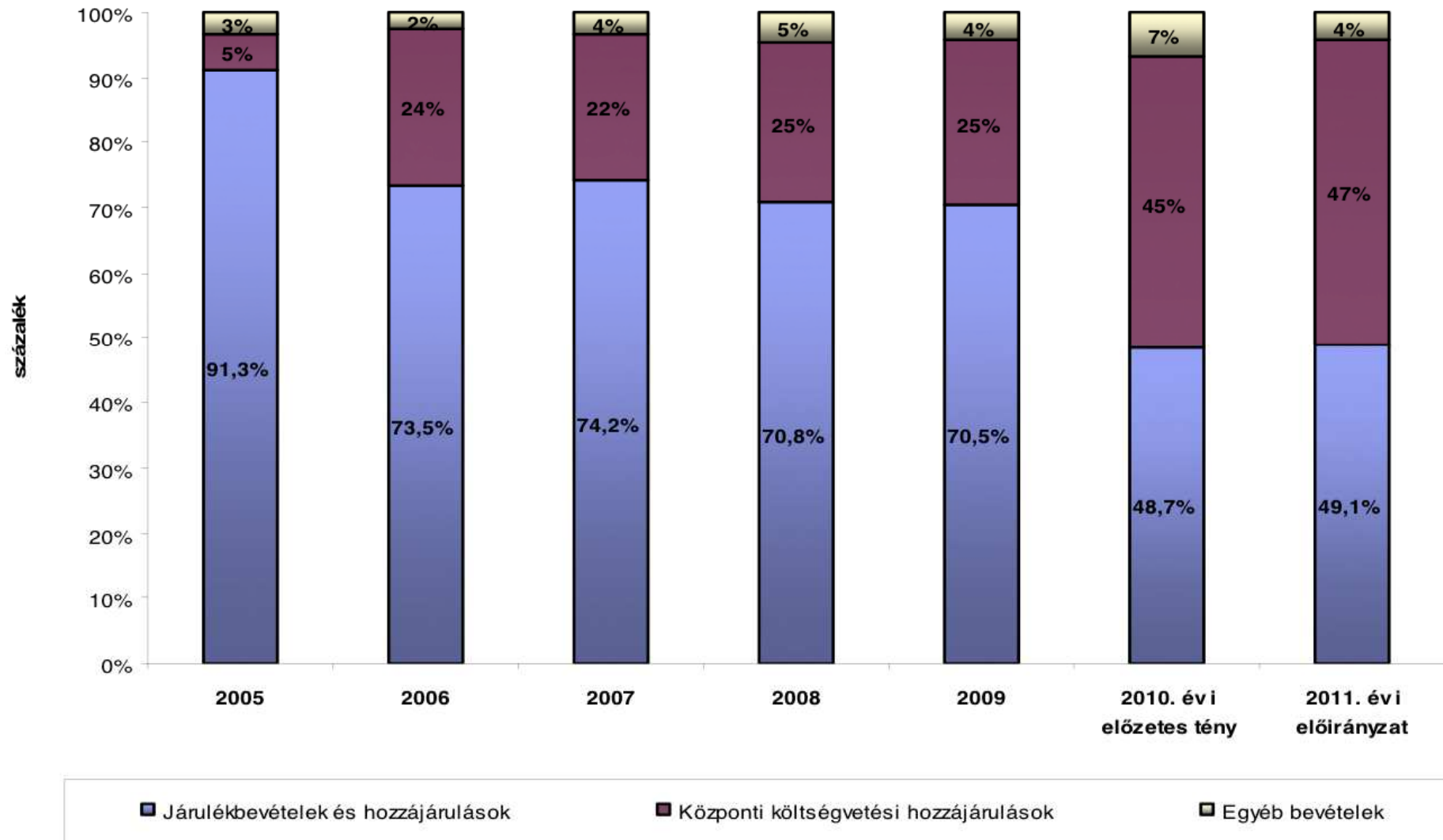
- Kamarák új jogállása – MOK elnöke vétójogot kért az OEP-es szerződésekhez, de nem kapott
- Rezidensek röghöz kötésének felszámolása – kevésnek bizonyul 2010 őszén az elvándorlás megállítására
- Gyógyszertárak tulajdonjogának megváltoztatása 2014-ig, majd 2017-ig
- EBF megszüntetése
- Házi orvosok kényszer képzésének megszüntetése –
- 27,5 + 3, 1 milliárdnyi friss pénz érkezik 2010-ben

Egészségügyi kiadás a GDP és az államháztartási kiadások százalékában



• Forrás: Banai Péter, NGM, 2011

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek megoszlása



•Forrás: Banai Péter, NGM, 2011

Semmelweis Terv - vitaanyag

- Kiindulási pont: alapvető és drasztikus kapacitás-átrendezésre/átalakításra van szükség, ilyenkor kell, hogy a kormánynak nagyobb legyen a mozgásteret a stratégiai irányítás kérdéseiben
- Az állami tulajdonbavétel nincs megemlítve
- Köztes kategóriát álmodtak meg a Semmelweis Tervben: állami intézményfelügyelet – nem ez lett a vége, a kormány ettől eltérő döntést hozott


Semmelweis Terv - elfogadott

- GYEMSZI felállítása (5 intézmény összeolvadása)
 1. Intézmény-fenntartási feladatok
 2. Finanszírozás korszerűsítésének feladatai
 3. Kapacitások, progresszivitási szintek meghatározása
 4. Közös beszerzések lebonyolítása
- 8 Térségi Egészség szervezési Központ (TESZK) felállítása, amelyek később TIG-ek lettek
- Alapellátásban: minőségi indikátorok

Semmelweis Terv – elfogadott 2.

- Térségi Egészség szervezési Központok (Később TIG-ek) feladatai az alábbi területeken jelentkeznek:

1. Térségi betegút szabályozás
2. Kapacitásrendezés
3. Szervezeti és/vagy funkcionális integráció
4. A szolgáltatók közötti kooperáció
5. Kistérségi betegút szervezés



Közreműködés
és támogatás
nyújtása

Intézkedések 1.

- 2012: Nemdohányzók védelmében új törvény
- Forrásteremtés oldalán:
 1. Népegészségügyi termékadó bevezetése
 2. Baleseti adó bevezetése
 3. TÁMOP pályázatok bevonása a HR ügyek kezelésére (innovatív megoldás)
 4. Rezidensek egy részének havi plusz 100 ezer Ft jövedelemkiegészítés (Kb. 600 fő)
 5. 2011: Plusz források a rendszerben: kb. 35 milliárd Ft

Intézkedések 2.

- Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) megszüntetése: 2010. szeptemberben, élt 2007-től (kevesebb, mint négy esztendő)
- Otthonszülés szabályozása, abortusztabletta betiltása
- Tanácsadói vonal: Új Szakmai kollégium (60 tagozat+tanács): 180 fős
- Új szereplők megjelenése a képviselet oldalán: Rezidens Szövetség, MOSZ – radikalizálódás tapasztalható

Orvostársadalom reagálása 1.

- Petíció: A miniszterelnöknek szóló közvetlen levélben a Rezidensszövetség 2011. május 15-ig adott lehetőséget a kormány számára pozitív reakcióra – válasz nem történt
- Lázár János ellenben fogadja Papp Magort 2011. őszén, de nincs valódi következménye
- 2011. december – újabb levél a miniszterelnöknek – a fenyegetést a kormányfő visszautasítja

Orvostársadalom reagálása 2.

- Szelídebb vizekre evez mindenki: a kormányzati szereplők leülnek tárgyalni a béremelésekről. Az akcióban átmeneti időre felfüggesztés történik (három hónapra): a felmondó levelek nem kerülnek élesítésre - cseh, szlovák minta másolása
- A bértárgyalás széles alapokon nyugszik – sok szervezet csatlakozik a tárgyalásokhoz
- Mennyire volt sikeres itthon az akció – megoszlanak róla a vélemények

Nem az egészségügy által indított változások 1.

- Közigazgatási rendszer átalakítása:

1. Kormányhivatalok feladatainak bővítése

2. Megyei ÁNTSZ-ek

3. REP-ek

részleges
beolvasztása

4. Az OEP szerepkörének átalakulása: csak természetbeni szolgáltatásokra (és az ártámogatásokra) fókuszál

Nem az egészségügy által indított változások 2.

- Széll Kálmán-terv 1.0 (2011. tavasza):
megtakarításokat ír elő a gyógyszerfinanszírozási
rendszerrel kapcsolatban:
 1. 2011-ben - 20 milliárd-ot
 2. 2012-ben – 83 milliárd-ot
 3. 2013-ban – 37 milliárd-ot (azaz két év alatt
együttesen 140 milliárd Ft megtakarítást írtak
elő)

Nem az egészségügy által indított változások 3.

- Széll Kálmán-terv 2.0 (2012. tavasza): újabb megtakarításokat ír elő a gyógyszer-támogatási rendszert illetően:
 1. 2012-ben + 10 milliárd-ot
 2. 2013-ben + 40 milliárd-ot
- Ez azt jelenti, hogy 2013-ig együttesen 190 milliárd Ft-ot akartak megspórolni a gyógyszer-kasszán (2011-ben 377 Mrd Ft ment el erre a célra, amiből 60 Mrd Ft-ot a gyógyszercégek adtak össze) – nem lett belőle semmi

Nem az egészségügy által indított változások 4.

- Forrásteremtés vonatkozásában: 2010. január (2008-as törvénymódosítás alapján): Tb. Alapok a központi költségvetés részét képezik, és nem önálló alrendszerek az államháztartásban (csak az önkormányzati alapok maranak meg a közp. költségvetés mellett)
- Ezt a változtatást a Fidesz kormány is továbbviszi az új Államháztartási törvényben 2012-ben
- Továbbá: a munkáltatói tb. járulék átalakul adóvá (következmény: az adó típusú befizetéssel szemben nincs jelen ellátásra jogosultság – különösen kínossá válhat ez nyugdíj esetében – bár az egyéni járulékfizetés megmarad)

Nem az egészségügy által indított változások 5.

- 2011 vége: a szolgáltató rendszer államosításának a kezdete; a megyei és a fővárosi kórházak után, 2012 májusában a városi kórházak is sorra kerültek
- Magánbiztosítási rendszer helyzetbe hozása az SZJA törvény módosításával (cégeknek kedvez betegbiztosítási szolgáltatás vásárlása esetén az adó-, és járulékmentesség) (lehetséges piaci méret az első elképzelések szerint 50 Mrd Ft-nyi)
- Egészségpénztárak prevenciós tevékenységének kiüresítése (nem elszámolható a sport, a rekreáció)

Aktív ágyak 2012. július 1-től – szakma főcsoportok szerint

#	Szakma főcsoport		Aktív ágyszám		Ágyszám változás	
			2010	2012.07.01-től	2012-2010	2012/2010
1.	01	Belgyógyászat	8 985	4 807	-4 178	-46,5%
2.	02	Sebészet	4 497	3 150	-1 347	-30,0%
3.	04	Szülészeti-Nőgyógyászat	3 359	3150	-209	-6,2%
4.	05	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	3 548	3 150	-398	-11,2%
5.	06	Fül-orr-gégégyógyászat	1 176	1 084	-92	-7,8%
6.	07	Szemészet	1 058	721	-337	-31,9%
7.	08	Bőrgyógyászat	520	426	-94	-18,1%
8.	09	Neurológia	3 029	1 865	-1 164	-38,4%
9.	10	Ortopédia-traumatológia	3 746	3623	-123	-3,3%
10.	11	Urológia	1 191	1 019	-172	-14,4%
11.	12	Klinikai onkológia	1 947	1 443	-504	-25,9%
13.	14	Reumatológia	1 098	1 098	0	0,0%
14.	15	Aneszteziológia és intenzív betegellátás	1 311	1 325	14	1,1%
15.	16	Infektológia	834	935	101	12,1%
16.	18	Pszichiátria	2 976	2 722	-254	-8,5%
17.	19	Tüdőgyógyászat	2 018	1 928	-90	-4,5%
18.	20	Plasztikai és égéssebészet	111	152	41	36,9%
19.	23	Gyermek- és ifjúságpszichiátria	139	139	0	0,0%
20.	40	Kardiológia	1 530	1 869	339	22,2%
21.	46	Sürgősségi betegellátás	476	578	102	21,4%
Mindösszesen			44 153	41 893	-2 260	-5,1%

Alkalmazott eszközök 1.

- Kórház nem szűnt meg és be sem zárt, csak kb. egytucat kórházban szűnt meg teljesen az aktív ágyakon az ellátás (14 kórházban) (járóban itt fejlesztések várhatóak plusz egynapos beavatkozások növelése)
- A kórházak osztályainak besorolása történt meg (ún. szakmakód alapján) progresszivitási szintek szerint: elvileg három van, a gyakorlatban ez 5 (44 kórház nagymértékű strukturális átalakításban volt érintett, aktív részlegek csökkentésével)

Alkalmazott eszközök 2.

- 2012: Az ÁNTSZ rendelkezése alapján új minimumfeltételek kerültek kihirdetésre, de ezek hatályba lépése csúsztatott – először minimum három hónappal, később újabb öt hónappal, később 2013. decemberében a minimumrendeletet átírják, azaz könnyítik
- Új TEK-ek is keletkeztek, azaz az ellátási térségeket felülírták, de sajnos TVK átcsoportosítás nem követte ezt, erre csak 2013-ban került sor szűk körben

Alkalmazott eszközök 3.

- Jelentős béremelés történt 2012 augusztusában, de nem minden kórházban: a magántulajdon vagy üzemeltetés diszkriminálása és egy “kis hiba”: kassza belső átcsoportosítása nyújt erre fedezetet (28 milliárd megy erre el) -16,500 orvost és 68 ezer nővért érint
- Gyógyszertárak tulajdonjogának megváltoztatása érdekében a kormány pénzügyi támogatást (kedvezményes hitelt) ígért a patikusoknak 2012 augusztusában – nem sokan kértek belőle

Alkalmazott eszközök 4.

- Működési formaváltás:
 - ✓ Gazdasági Társaságról költségvetési gazdálkodásra történő visszaállás - 2013. március
- 62. év és egyéb nyugdíj körüli történések
 - ✓ Nincs ágazati mentesség
 - ✓ Kompenzációt ígérenek a kettős finanszírozás/juttatás tilalma miatt
- Foglalkoztatási jogviszony felülvizsgálatnak terve 2013. június – elmarad az intézkedés

Alkalmazott eszközök 5.

- 2013: Második bértárgyalás: friss forrás jutott a rendszerbe durván 30 milliárd Ft értékben
- 95 ezer fő kapott valamilyen formában bérkiegészítést (10-40 ezer Ft-ig)
- Járóbeteg-ellátások orvosai jártak a legjobban (bruttó 105 ezer Ft-tal többet kapnak két év alatt, 450 ezer Ft-os bruttó bér alatt)
- Műszakiak, gazdasági szakemberek nem kaptak
- Azon magánintézményekben dolgozók sem, ahol közfeladatot látnak el

Alkalmazott eszközök 6.

- 2013: A kórházaktól független szakrendelők tulajdonváltására is sor került volna
- DE: ezt a váltást az önkormányzatok döntötték el (80% nem akarta, így nem vette át az állam)
- A GYEMSZI is ódzkodott az átvételtől a bonyolult tulajdonosi szerkezet miatt
- Az alapellátás, benne a háziiorvosi praxisokkal nem kerültek sorra

Megnevezés	Darabszám	Összesen óraszám	Esetszám (2012. január-július)
Összes járóbeteg-szakellátást végző intézmény	407	311 750	38 505 931
Diagnosztikák járóbeteg-szakellátása	3	454	66 368
Integrált fekvő-járó intézmények	129	220 932	27 746 605
Önálló járóbeteg-szakellátási intézmények	275	90 364	10 692 958

Megnevezés	Darabszám	Összesen óraszám	Esetszám (2012. január-július)
Önálló járóbeteg-szakellátási intézmények	275	90 364	10 692 958
Állami fenntartású	12	15 004	1 359 804
Nem állami fenntartású	263	75 360	9 333 154

Megnevezés	Darabszám	Összesen óraszám	Esetszám (2012. január-július)
Nem állami fenntartású	263	75 360	9 333 154
Speciális, egy-vagy több szakmai profilú kis óraszámú intézmények	180	12 038	1 289 620
Többszakmás önálló járóbeteg intézmények	83	63 322	8 043 534

Forrás: GYEMSZI, 2012.

Betegjogi törekvések

- Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) megszüntetése
– politikai alku eredményeképpen: 2010.
szeptemberben
- Helyette: Országos Betegjogi és Dokumentációs
Központ (OBDK) felállítása történt meg 2012.
novembertől az elfogadott Semmelweis-terv alapján
- Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET) ugyancsak
megszűnt, helyette Nemzeti Betegfórum állt fel

Konszolidációs igények - vészjelzések

- Folyamatosan jelentkeznek:
 - ✓ 2010. december: 27+3,1 milliárd Ft
 - ✓ 2011. december: több lépcsőben 35 milliárd Ft
 - ✓ 2012. december: 18 milliárd Ft (27 Mrd volt kommunikálva, a többi pénz belső, OEP-es kasszák megtakarításából keletkezett)
 - ✓ 2013. október: 33 milliárd Ft (már az átvett GT-knek is volt 11 milliárd Ft-os konszolidációs igénye), ebből 27 Mrd friss forrásként érkezik a rendszerbe

Rendszermodell összetevők

1. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jogosultsági alapja
2. Az egészségügy forrásteremtésének alapjai
3. Finanszírozási technikák, ösztönzési rendszerek
4. A szolgáltató szektor felépítése, szerkezete, tulajdonviszonyai
5. Az alapszereplők köre, ellátandó feladataik (köztük kiemelve az irányítási rendszert és a finanszírozói szerepet betöltő szervezetet), alá-fölé rendeltségük
6. A szereplők érdekeltségi, ösztönzési rendszere

Egy új rendszermodell épült 2010-2014 között

1. A kormány állami egészségügyi rendszert épít, holott sem a kormányprogram, sem a Semmelweis-terv nem számolt az államosítással
2. Úgy állunk át egy új rendszerre, hogy előzetesen nem bocsátották társadalmi vitára azt,
3. Munkáltatói járulékok adóvá válása következtében a befizetéssel szemben bármikor visszavonható az ellátásra jogosultság
3. A betegjogok képviselete nem megoldott

Mit jelent ez? 1.

- Az állam a közfinanszírozott keretek között működő egészségügyben újra szerephalmozóvá válik, azaz egy személyben lesz a
 1. tulajdonos,
 2. intézményfenntartó,
 3. finanszírozó,
 4. ellátásszervező,
 5. szabályozó, és a
 6. minőséget ellenőrző.

Mit jelent ez? 2.

- A magyar egészségügy 1989-ben elmozdult egy állami rendszerből egy kötelező társadalombiztosítás tb. önkormányzati felügyelettel, tulajdonosi települési önkormányzatokkal bíró modell irányába,
- ahová többé-kevésbé megérkezett 1993-1994-ben,
- majd 1996 óta az önállóságot fokozatosan feladva,
- 2012-ben megérkezik egy újabb állami rendszerbe, visszakanyarodva ezzel a korábban már leváltott jellegű modellbe

Politikai környezet a 2014-es választások után

- Nincs kormányprogram, csak annyival kampányolt(ak) a kormányzópárt(ok), hogy “folytatjuk”.
- Újra 2/3-dal nyert(ek) a korábbi kormányzópárt(ok)
- Ebből következne, hogy az egészségügyben érvényben marad a Semmelweis terv – elhangzanak ez irányú kijelentések is – a történések mást mutatnak
- Államtitkár marad az ágazat élén, nincs miniszteri rang a tárca számára
- Újra politikus (Zombor Gábor) áll a tárca élén

Történések 1.

- Bejelentések útján/alapján tájékozódik mindenki
- Főbb ígérek kezdetben:
 - 1) Kórházi adósságkezelés prioritást kap (max. 60 milliárd 2015-ben)
 - 2) Alapellátás, benne a háziorvosokkal (HO), többletforrást kapnak (+10 milliárd 2015-ben, ígéret 2016-ban is)
 - 3) Kezdetben a paraszolvencia “kezelése” központi elem
 - 4) Rezidens Szövetség nyomására Markusovszky generáció nettó 270 ezer Ft fizetéshez jut
 - 5) Népegészségügyi vonal megerősítése, NEFI létrehozatala

Történesek 2.

- A köz és magán együttélésének új szabályai jelennek meg, kiváltó ok az Uzsoki modell: tb. által biztosított beteg, tb. által finanszírozott szolgáltatást egy állami kórházban magánbetegként, magánszolgáltatásként veheti meg, ha gyorsan akar, kiválasztott orvossal beavatkozáshoz jutni
- A döntés: a tb nem finanszíroz magánszolgáltatót, közintézmény nem nyújthat magánszolgáltatást – ez Eg.biz. törvénymódosítást jelentett

Történések 3.

- Állami monopóliummá válik a gyógyszer-nagykereskedelem
- GYEMSZI megszűnik 2015 februárjában, AEEK lesz belőle, kiválik az OGYI részleg, OEP elvisz néhány funkciót
- Cél: kórházi kapacitások erőteljes megnyirbálása, 40 milliárdos alulfinanszírozottsági mérték eltüntetése, 2015. áprilistól nulla adósság a kormányzati prioritás
- Az egészségügyi ágazatból 8-10 ezer fő elbocsátásával számolnak, eredetileg

Látható kormányzati prioritások 1.

- Kormányzati prioritások 2014-2015-ben:
 - 1) Alapellátás megerősítése
 - 2) Kórházi adósság eliminálása
 - 3) Magán és köz együttélésének megtiltása
- Célfüggvény: nullszaldós költségvetés előírása a kórházak számára 2015. áprilistól
- Megyei E. Egyeztető Bizottságok felállítása a kórházi kapacitások átrendezésére: 2015 január-február (két hónapos működés!)

Látható kormányzati prioritások 2.

- Születéskor várható élettartam javítás: férfi 72,0 év, nők 78,7 év (“Egészségügyi Ágazati Stratégia” 2015. január)
- Műtétekre várakozás ideje: max. fél év a drágábbakra, max. negyed év a kevésbé bonyolult műtétekre – OEP javaslata alapján
- Daganatos betegség gyanúja esetén 14 napon belül kivizsgálásra el kell jutnia a betegnek, CT és MRI eszközök tekintetében – OEP javaslata alapján

Alapellátási törvény – 2015.

- Mi történik az alapellátással?
 - ✓ Nem államosítják a praxisokat
 - ✓ Csoportpraxisok vagy praxisközösségek alakulhatnak
 - ✓ Szakorvosi tevékenységet is végezhetnek, szakvizsga megléte esetén
 - ✓ Lakóhelyhez közeli integrált ellátásoké lesz a jövő
 - ✓ Ösztönzés várható az alacsonyabb továbbküldési mutató produkálása érdekében

Régi államtitkár el – új érkezik

- 2015. augusztus végén váratlan bejelentés
- Hosszú castingolás után új államtitkár (Ónodi-Szűcs Zoltán)
- Régi-új prioritások:
 - 1) Kórházi irányítási rendszer felülírása – kancellária rendszer bevezetése (társégi)
 - 2) Fővárosi kórházi kapacitások átszervezése + új fővárosi kórház - a helyszín(ek) megvannak (?)
 - 3) Szociális ellátás kivezetése az ápolási részlegekből
 - 4) Új minimumrendelet készül – kompetencia alapú
 - 5) Alapellátási törvény jogi háttérének továbbvitele - LESz

Béremelések/bérkiegészítések

- 2012 nyara: Első Bérkiegészítések – belső kassza-átcsoportosításból (68 ezer nővért, 16,5 ezer orvost érint) – 28 milliárd Ft megy el erre
- 2013 nyara: Második Bérkiegészítés: friss pénz érkezik erre (95 ezer főt érint) – 30 milliárd Ft
- 2016 ősze: Harmadik Béremelés: 107 ezer bruttó az orvosi bérekre, nővéreknek 26,5%-os, 10-35 ezer Ft-os emelések
- 2017 ősze: Negyedik Béremelés: újabb 100 ezer Ft bruttó emelés az orvosoknak,
- Rezidenseknek és nővéreknek is folytatódik a béremelése 2017-ben

Konszolidációs igények 2010-2014

- Folyamatosan jelentkeznek:
 - ✓ 2010. december: 30,1 milliárd Ft (27+3,1)
 - ✓ 2011. december: több lépcsőben 35 milliárd Ft
 - ✓ 2012. december: 18 milliárd Ft (27 Mrd volt kommunikálva, a többi pénz belső, OEP-es kasszák megtakarításából keletkezett)
 - ✓ 2013. október: 33 milliárd Ft (már az átvett GT-knek is volt 11 milliárd Ft-os konszolidációs igénye), ebből 27 Mrd friss forrásként érkezik a rendszerbe
 - ✓ 2014: két részletben 24,5 milliárd érkezik

Konszolidációs igények 2015-2016

- 2015: 60 milliárd Ft jut a kormány külön forrásából a lejárt adósság finanszírozására + 45 milliárd OEP forrásbővülés a gyógyszerkassza túllépése miatt
- 2016. szeptember: alapdíjat is emeltek: 180 ezer Ft-ra emelték első körben az alapdíjat, de ez csak a korábbi béremelések fedezetére lett elég – többé-kevésbé
- 2016. november: 45 Mrd a 30 napon túli lejárt tartozásállományra 15 Mrd pályázat útján kerül kiosztásra, + 8-10 Mrd OEP-en keresztül

Hogy állunk az elmúlt két év után?

- Egyszerre vált jobbá és rosszabbá az ágazat szempontjából a helyzet
- Jobbá vált a béremelések miatt
 - 1) 19 milliárd – 2016. szeptembertől, friss pénz érkezett a rendszerbe
 - 2) 80 milliárd – 2017-ben, benne van a költségvetésben
 - 3) Jó, hogy sor került erre, kérdés, mire elég (kórházak a fővárosban jelzik: nem sokra)
 - 4) Plusz 40 milliárd (+11 Mrd) a fővárosi kórházi rendszerátalakításra

Az ágazat irányíthatósága

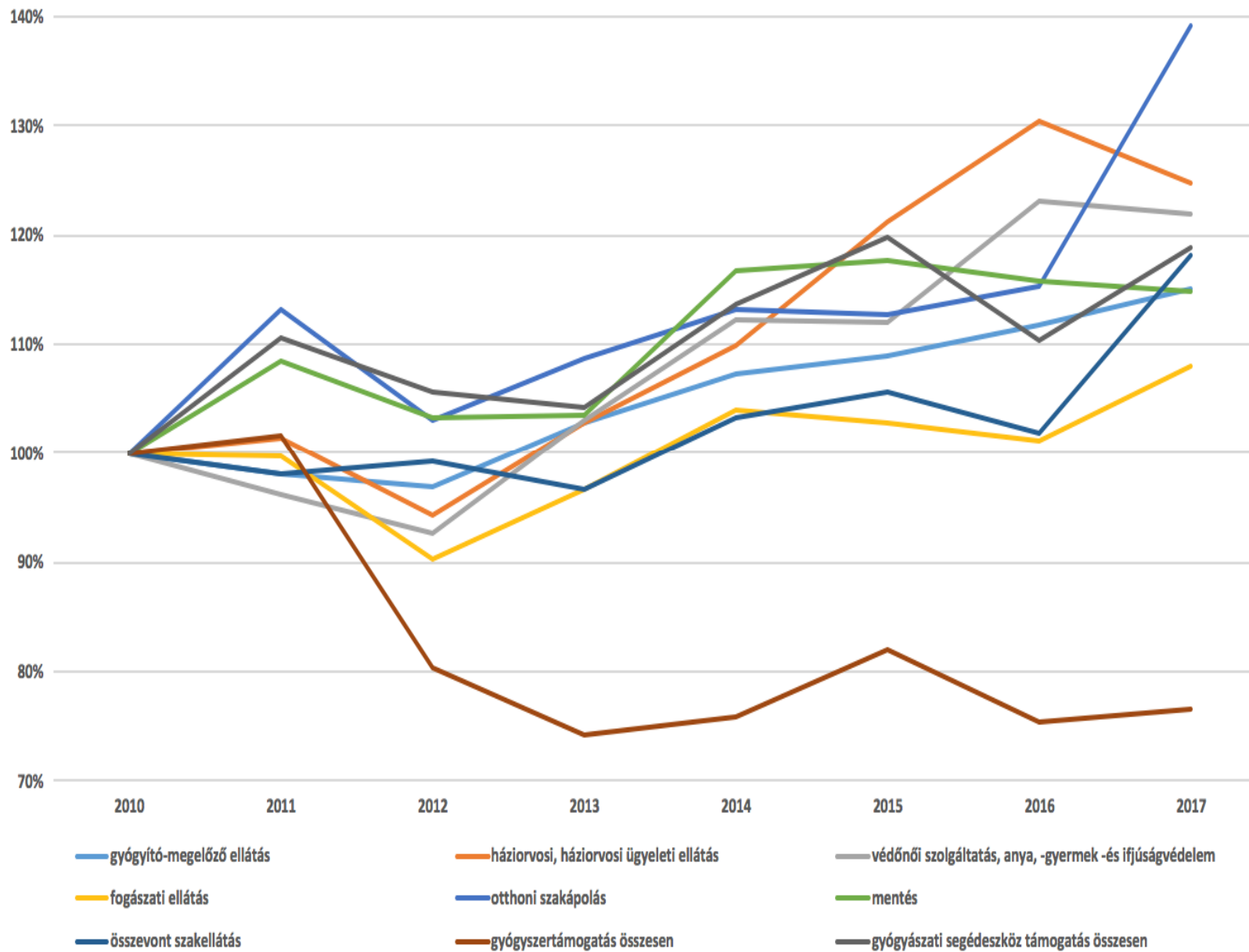
- Rosszabbá vált a kormányzati döntéshozatal átalakítása miatt:
 - 1) Az amúgy is nehézkes kormányzati struktúra még bonyolultabbá válik (két plusz kabinet alakult)
 - 2) Alig mennek át az államtitkári előterjesztések a stratégiai kabinetben
 - 3) Háttérintézmények - gyakorlatilag az irányítási rendszer teljes megsemmisülését eredményezi,
 - 4) ÁEEK lesz a döntő szereplő (?)
 - 5) OEP – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Központ formájában elvileg a szakmai feladatai megmaradnak,

Egészségbiztosítási Alap kiadásai

2015-2017 között

Néhány jelentősebb kiadási tétel az E. Alap esetében	2015 előzetes tény (Mrd Ft)	2016 várható (Mrd Ft)	2017-es benyújtott költségvetés (Mrd Ft)	2017 növekedés 2016-hoz képest (Mrd Ft)	2017 növekedés 2016-hoz képest (%)
Háziorvosi Ellátás	107,0	117,0	117,4	0,4	0,0
Összevont Szakellátás (célelőirányzatokkal és céltartalékkal együtt)	720,1	739,9	786,9	47,0	6,4
Gyógyító Megelőző kassza	960,6	1001,6	1039,8	38,2	3,8
Gyógyszer-támogatás	326,2	305,1	313,0	7,9	2,6
Gyógyászati Segédeszköz	59,0	55,2	60,0	4,8	8,7
Természetbeni ellátások	1369,4	1388,9	1441,1	52,2	3,7

Egészségügyi kasszák változása reálértéken (2010=100%)



Egy régi/új rendszermodell épült 2010-2017 között

1. Monolit, állami egészségügyi rendszert építettek vissza
2. A kormány úgy állt át egy új rendszerre, hogy azt előzetesen nem bocsátotta társadalmi vitára
3. Az állami tulajdonba vételhez fűződő pozitív elvárások nem igazolódtak
3. A társadalmi kontroll hiánya jellemzi a modellt és a betegjogok képviselete sem megoldott (ígéret volt Szócska részéről: “elvettük az önkormányzatoktól a tulajdont, de a helyi képviselet beépítését megoldjuk más módon” – nem történt meg) – EBF után az OBDK is megszűnik, illetve beolvad, de ez tudjuk, hogy mit jelent

Az egészségügy mai állapota

- 1) A modell, amire átálltunk, nem jó érdekeltséget közvetít és nem jó működési mechanizmusokat intézményesít:
 - ✓ A döntéshozatal útja extrém módon meghosszabbodott
 - ✓ A kórházigazgatók által viselt felelősség szerény mértékű, miközben kiszolgáltatottságuk soha nem látott mértékűvé nőtte ki magát
- 2) A plusz kormányzati források ellenére még mindig durván alulfinanszírozott a rendszer
- 3) A szereplők (betegek, orvosok, nővérek, intézményvezetők) elveszítették a hitüket a jobb közfinanszírozott egészségügy megvalósíthatóságában

Az elmúlt 27 év

1.)	Tulajdonviszonyok	1990-2011 önkormányzati tulajdon dominanciája, 2011-2012 állami kézbe visszavétel (Kórház, járóbeteg szakellátás egy része)
2.)	Irányítási rendszer	1990-2010 között döntően kettős irányítás: PM és EüM (Népjóléti, stb.) minisztériumok, ÁNTSZ; 2010 után: EMMI Államtitkárság, alatta GYEMSZI; most ÁEEK
3.)	Forrásteremtés	1989 óta járulékalapú, egy egbiz alap, 2012: adótartalmú elemek megnövekedése, megjelölt adók (pl. NETA),
4.)	Finanszírozási technika	1992-1993 óta fejkvóta; német pont; HBCS; 2004: TVK, 2011: minőségi mutatók az alapellátásban
5.)	Betegek helyzete; egészségi állapotra ható tényezők	1997: Egészségügyi törvény, 2007: EBF, 2012: OBDK hatósági láb nélkül; 2012: Nemdohányzók védelméről szóló tv (1999-es módosítása);
6.)	Szolgáltatók: Háziorvosok helyzete; kórházak helyzete	HO: 1992 óta vállalkozó orvosok, szóló praxisok, törvényi megerősítés:praxisközösség Kórházak: kezdetben bővülő hatáskör, autonómia, 2011 után erősen beszűkült hatáskör
7.)	Társadalmi kontroll	1993-1998:TB. önkormányzatok (finan. oldal); 2011 után a tulajdonosi szerep (szolg. oldal) elvételével lényegében minden társadalmi kontroll megszűnik