A Magyar Egészségügyi Menedzser Klub 2007. november 9-i XV. Ünnepi tudományos ülésének kivonata

A Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, mintegy 150 résztvevővel 15. születésnapját ünnepelte, a Balatonalmádi Hotel Ramadában megrendezett ünnepi tudományos ülés keretében. Az ülés ünnepélyességét és színvonalát emelték az egészségügyi közélet olyan résztvevői, mint: Dr. Horváth Ágnes (egészségügyi miniszter), a kerek asztal résztvevői: Dr. Kökény Mihály a parlament egészségügyi bizottságának elnöke, Dr. Pusztai Erzsébet az MDF egészségpolitikusa, Dr. Zombor Gábor Kecskemét város polgármestere, Dr. Jávor András, a SOTE Informatikai Intézetének igazgatója, valamint Dénes Gábor, a Menedzserek Országos Szövetségének főtitkára, és Ábrahám Viktor, a Secnet kft ügyvezető igazgatója továbbá számos kórház főigazgató, képviselő, önkormányzati vezető stb.

Az ülést Dr. Rácz Jenő, a Menedzser Klub elnöke moderálta. Az előadások sorát Dénes Gábor nyitotta, aki a „hogyan kommunikáljuk az egészségügyet?" című előadásában a fizika és a világmindenség tudományainak segítségével vezette be az egészségügy kommunikálásának fontosságát és problematikáját, a különleges helyzetekben. Előadásában bemutatta a vezetők és a „reformok" egymásra hatását, a változtatásmenedzsment alapvető kérdéseit. Véleménye szerint

- nem tudjuk, hogy milyen feladatokat szán az egészségügyi reform-tervezet az új rendszerben az intézményeknek és nem tudjuk, hogy milyen felelősségeket.
- A gyors változást lehetetlen megvalósítani pontos tervek nélkül,
- Reménytelen a vállalkozás megfelelő információk hiányában, az érintettek bevonása nélkül, valamint a megfelelő és hiteles külső-belső kommunikáció nélkül,
- Szükség van az egészségügyben is a reklámra és a marketingre, nem mindegy, hogy a kórház milyen üzenetet küld a betegeknek és a lakosságnak. Pl.: ha 10%-ban jó, amit az intézet kisugároz, legalább 90%-ban beszélni kell róla.

Végezetül felhívta a figyelmet arra, hogy „legyünk készek mindent megváltoztatni akkor is, amikor úgy tűnik, hogy minden rendben van".

Ezt követte Ábrahám Viktor előadása az internet egészségügyi alkalmazásának fontosságáról és nem éppen pozitív tapasztalatairól, annak ellenére, hogy az elmult két-három évben dinamikus fejlődés érzékelhető. Az internetet rendszeresen használók köre ötvenről hetvenegy százalékra emelkedett. Elmondása szerint a Secnet 2007 év végére Magyarország vezető internetes egészségügyi szolgáltató cégei közé sorolható, amely tartalmában hiteles, tényszerű, naprakész információkat nyújt az egészségmegőrzés olyan területein, mint a: fogászat, homeopátia, allergológia, egészséges életmód, cégegészség…..

Jelentős médiaszereplőként hatékony marketing eszközöket biztosít az egészségpiac meghatározó képviselőinek, mint a: gyógyszerek és gyógyhatású készítmények gyártói, az az egészséges táplálkozás képviselői, a mozgás – mint életforma – hirdetői, nem utolsó sorban a magánpraxisok és intézmények képviselői részére.

Különösen nagy érdeklődést váltott ki,– a tevékenységükben piacvezetővé vált – távoktatás és internetes vizsgázás, kreditpont szerzés lehetősége.

Dr. Horváth Ágnes, nagy érdeklődéssel várt előadását „játékos” statisztikával vezette be, amely az egészségügyi ellátás negatívumait szemléltette, de amint kiderült, ezek zömében

az Unió más országaiból származtak. Vagyis nem a mi konszenzusaink, akkor legalább a problémákban megtalálhatók azok a konszenzusok, amivel el tud indulni az egészségügy átalakítása. Bátran el lehet mondani, hogy ma hazánkban az egészségügy: minősége nem megfelelő, igazságtalan, nem hatékony, fenntartja a beteg kiszolgáltatottságát, meghatározó eleme a hálapénz, nem biztosít méltó körülményeket – és jövedelmet – sem a gyógyulásra, sem a gyógyításra, végül nem biztosít méltányos és teljesítmény-arányos jövedelmet az egészségügyben dolgozóknak.

Ezek felszámolása érdekében indították meg 2007-ben azt a reformot, amelynek fő célkitűzései: minőség, igazságosság, vagy hozzáférés és fenntarthatóság. Az elért eredményekről nem kíván szólni, mert azok a jelenlevők között ismertek. Inkább a biztosítási rendszert mutatja be részletesebben.

A biztosítási reform célja: egy olyan rendszer teremtése, amely az európai és nemzetközi hagyományoknak megfelelően elősegíti: a hatékonyabb működést, a verseny előnyein alapuló választást, ugyanakkor a verseny mellett a területi stabilitást és a valódi szolidaritást az igénybevételben és a befizetésben egyaránt. Előadása szerint: „Nem üzleti biztosításról beszélünk, itt nincsen kockázatbecslés, nem döntik el valakire ránézve, hogy mekkora a díja, nincsen eltérés a csomagban a szerint, hogy mit és hogyan fizetünk, nincsen eltérés a hozzájárulások mértékében, az ellátás nem függ a befizetés mértékétől, a szükséglettől függ a továbbiakban is. Tehát teljes körűen kötelező részvétel marad fenn, egységes járulékbeszedéssel és egy fejkvóta alapú reál lokációs mechanizmussal.”

Részletesen bemutatta a pénztárak alapításának és működésének folyamatát, kihangsúlyozva, hogy nem lehet verseny sem tartalmilag sem szervezésileg. Nagyon fontosak a menedzsment jogok rendezése, amelyben fontos szerepet kap a közgyűlés.

A finanszírozás rendszerének változásáról elmondta, hogy 2008. január 1-től az állam minden jogosultra egy fix összeget fizet, így január 1-től megteremtődik a valódi egyéni biztosítási rendszernek a lehetősége és ismert lesz mindenkinél a bevételi és a kiadási oldal egyaránt. A járulék befizetés az E alapba fut be ugyanúgy mint most. Külön források lesznek: a mentőkre, a védőnőkre, az anya-csecsemővédelmi ellátásra, anyatej ellátásra. Ezek az ellátások már a fejkvótába sem kerülnek be.

A fejkvóta az egészségügyi igénybevételi adatokra épül – a kezdetben. Ilyenek: kor, nem, morbiditási-mortalitási, szocioökonómiai stb. tényezők, de szigorodnak az ellenőrzések minden szinten.

Terveik szerint 2009. január 1-től szűnik meg az OEP és az „Alapkezelő” és a pénztárak veszik át a feladatokat. Természetesen a finanszírozási feladat folyamatosságát biztosítani kell, ezért ez a jövőben is a Kincstáron keresztül fog történni. Nem lesz változás a finanszírozás menetében. Újdonság, hogy amennyiben túlköltés lesz, úgy a pénztáraknak azt a saját

tartalékaik terhére kell fedezni. Nincsenek garanciák!

Részletesen mutatta be a garanciákat, előnyöket a biztosítottaknak és a szolgáltatóknak egyaránt, amelyeket minden oldalról szerződés garantál. A pénztáraknak sem profit, sem működési garanciája nincs.

Az ellátási csomagokkal kapcsolatban elmondta, hogy három csomag került kialakításra: az alapcsomag (sürgősség, járványügy, stb.), a biztosítási csomag (nem változik), és az extra csomag, vagyis a TB terhére nem igénybe vehető szolgáltatások köre.

A reformfolyamat három szakaszával kapcsolatban elmondta, hogy 2006-ban a Zöld könyvvel lezajlott az első szakasz, 2007-2008 a második szakasz, az átalakítása szakasza, a harmadik szakasz: 2008-2009 a fejlesztések, a népegészségügy és az új biztosítási rendszer bevezetésének időszaka.

Összegzésként az várható, hogy
- a kötelező, jövedelemarányos járulékfizetés révén fennmarad, sőt erősödik a társadalmi szolidaritást jelképező nemzeti kockázatközösség,
- a versengő területtel bíró, de országos hatáskörű pénztárak megjelenésével mind a biztosítók között, mind az ellátó intézmények között megjelenik a verseny, ami a költséghatékonyság növeléséhez és a minőség javulásához vezet,
- a kialakuló rendszer egyszerre garantálja a lakosság összes érdekét, a biztonságot, és a garantált, egyre jobb minőségű ellátást, tájékoztatást.

Végezetül kérte ehhez a munkához a támogatást, mert nagyon intenzív szakasz áll még a törvényalkotás előtt és ehhez mindenki segítségére és támogatására szükség van. Most lehet jobbítani a törvényen, most van rá lehetőség. Kéri, hogy éljenek ezzel az ajánlattal.

Dr. Rácz Jenő mint moderátor rövid bevezető után a kerek asztal résztvevőinek kérdéseket tesz fel. Elsőként Dr. Horváth Ágnes miniszter asszonynak teszi fel a következő kérdést: hogyan értékeli az elmúlt másfél év reform folyamatát, mit tart a legnagyobb sikernek és mit a legnagyobb kudarcnak és egytől ötig értékelje az elmúlt másfél év reform folyamatát.

Dr. Horváth Ágnes: a legnagyobb siker a gyógyszer gazdaságossági törvény, a másik a felügyelet, ami hiányzott az ellátó rendszerből. Viszonylagos kudarcként értékelhető, a RET-ek működése, az hogy nem döntöttek, semmilyen formában nem vállalták a döntést, sőt még javaslatok sem születtek. Saját tevékenységüket háromnegyedre értékeli, közelebb a négyeshez.

Dr. Zombor Gábor: nem csak a nagyobbik ellenzéki párt részéről, hanem elsősorban mint volt kórház igazgató és egészségügyi menedzser mondja el véleményét. Amit eredménynek tart, de ez nem az egészségügyi reformmal összefüggő lépés, az a járulék beszedéssel kapcsolatos pozitív elmozdulás.

A gyógyszer gazdaságossági törvényt nagyon virtuális dolognak tartja, mivel a honnan-hová kérdésre nem ad választ és nincs monitorizálva, hogy az ellátás minősége merre változott, mert hatásvizsgálat nem történt.

Rendkívül komoly csapásnak érzi a kamarák szétverését.

Az egészségügyi intézmények fejlesztésének titulált törvényt egyértelműen kudarcnak tartja, mert nem szakmai, nem gazdasági, hanem egyértelműen politikai szemlélet érvényesült.

A legnagyobb problémának a kialakult fizető egészségügyet látja, valamint a várólisták megvásárlásának lehetőségét, ezáltal akinek pénze van az gyógyulni is tud. Nem tudja értékelni az elmúlt egy évet. Legfeljebb kettesre, de az is a pénzügyminisztérium érdeme.

Dr. Kökény Mihály: mint a mem klub ritka vendége, de régi közreműködője köszönt mindenkit. Siker: a felügyelet létét és azt, hogy ez elindult, azt mindenképpen sikernek gondolja. A gyógyszer-gazdaságossági törvény elindulását számos kísérlet előzte meg a korábbi években, kevés eredménnyel. Ezért meg kellett hozni ezeket a drákói törvényeket, még akkor is, ha későbbiek során ezeken finomítani kell. Komoly előrelépés történt a biztosítási jogviszony rendezésében. Ez hozta létre a helyzetet, amiből most lehet visszaosztani az intézmény szektornak. Ezek mindenképpen pozitívumok.

Dr. Pusztai Erzsébet: a felügyelet létrejötte önmagában pozitív tény, a tevékenységével már sokkal több baja van, hátha még azt nézi, hogy milyen apparátust kellene kiépíteni ahhoz, hogy ez jól működjön, akkor nagyon érdekes gondolatai vannak az államnak az államban való tevékenységéről. A kórházi struktúrával kapcsolatos problémákat nagyon sokszor elmondták. Ha alatta nincs kiépítve a járóbeteg-ellátás, akkor ennek milyen következményei vannak.

A lobbi érdekekről: úgy véli, hogy azért hatottak a lobbi érdekek, mert hibás fogalmak mentén alakították ki a rendszert. A súlyponti kórház fogalma egy teljesen zavaros és „maszatos” kórház fogalom volt. Ezért lehetett rögtön neki állni és lobbizni mindenkinek, mert ha egy tisztességes, körvonalazott fogalomrendszerben felvázolják a progresszív ellátás rendjét és egyértelműsítik a súlyponti kórház fogalom rendjét, vagyis, hogy az egy jó megyei kórház, abban a pillanatban nem lehetett volna egy megyében három kórháznak lobbizni azért, hogy ő legyen az.

A Google-on megnézte a változásmenedzsment fogalmát és 176 ezer címszót talált rá. Nem olvasta mind végig, de azt megállapította, hogy ennek a változtatás menedzsmentnek még az alap lépései is kimaradtak a szervezésnél. Ezért lehetett a lobbi érdekeknek ilyen óriási hatása. Egyébként, sajnálatosan a regionális tanácsok éppen akkor voltak átalakulóban, amikor azt a feladatot kapták, hogy döntsenek és ráadásul a saját területükre vonatkozó mély és részletező adatokat nem kapták meg (Dr. Horváth Ágnes közbeszólása: megkapták).

A vizitdíjjal kapcsolatban – ahogy többször, több helyen és alkalommal elmondták – létezik jobb megoldás, fele ennyi adminisztrációval és ugyanazzal az eredménnyel. Nem az volt a cél, hogy növeljük a bevételt, hanem az, hogy racionalizálják az igénybevételt, amit a háziorvosok támogattak a legjobban. Amit javasoltak, hogy csak egy bizonyos orvoshoz fordulás felett kelljen fizetni és mindenkinek meg van az ingyenes lehetősége – kortól függően - megfelelő számban, hogy elmenjen az orvoshoz. Meggyőződése szerint ebben a variációban magasabb díjjal ugyanerre az eredményre lehetett volna jutni.

A jogosultság ellenőrzésre vonatkozóan egy 1991-es országgyűlési határozatban előírt feladat volt. A fejkvóta szerinti hozzájárulás még a Horn kormány előtt mint keret finanszírozás volt és a nyugdíjasok után is fizettek járulékot, ezt megszüntették a Bokros csomag idején, most visszatért az a rendszer, hogy a nem biztosítottak után a költségvetés fizet járulékot, ezt jóval hamarabb meg lehetett volna tenni, de a PM nem volt hajlandó.

Összességében: talán a gyógyszer-gazdaságossági kérdést illetően lehet egy hármas

körüli értéket mondani, de a többi kérdésben, azért, mert a racionális tervezés, a végrehajtás elemi lépései hiányoztak és még a legsúlyosabb kérdés: a rendszerben működőkkel való megbeszélés, a rendszerben működők tájékoztatásának hiánya miatt kettes alá értékeli.

Dr. Jávor András: az üdvözlő szavak után előrebocsátja, hogy nem lesz örömteli amit mondani fog. A kérdés az, hogy hogyan értékeljük a reformot? Véleménye szerint ez nem reform, ami itt folyik. Első perctől kezdve nem reform. Tetten érhető, gyakorlatilag a kormányalakítás óta, hogy az egészségügyből a forrás kivonás a legfontosabb cél. Ez benne van a konvergencia programban világosan megfogalmazva, hogy a GDP arányosan 0.9 százalékponttal kell csökkenteni a közfinanszírozás arányát Magyarországon három esztendő alatt. Azt látja, hogy az egészségügy meghatározó problémáira nincs ma felelet. Ezek közül felsorol négyet (de tetszés szerint lehetne többet is):

1. Kökény Mihályra is utalva, a népegészségügyi helyzet. Magyarország egészségügyi állapota továbbra is rendkívül elgondolkoztató és az ami történt az elmúlt 10 esztendőben, vagyis, hogy 3 évet javult a születéskori várható átlagos élettartam a 90-es évek végén a 2000-es évek elején, az elsősorban a gyógyítás technológiájának fejlődéséből adódott. Gondol itt a kardiovascularis, celebrovascularis beavatkozásokra elsősorban. A rizikóprofilban semmiféle változás nincs, a népegészségügyi program gyakorlatilag áll, források nincsenek hozzá. Annak idején, amikor vezette a programot, azt mondta, hogy kb évi 25 milliárd kellene és volt hozzá két és fél. Ma mindenki kiegyezne ezzel az összeggel.
2. A másik kérdés az, az, hogy az ország gyakorlatilag nem tud választ adni az egészségügy fenntarthatóságának finanszírozási kérdésére. Ez a modell, amit ma itt bemutattak, az nem veszi figyelembe azt, hogy valószínűleg nem a biztosítási rendszer ilyen mértékű kiépítése a válasz arra, hogy a lakósság korösszetételében drámai változások zajlanak le, ami azt jelenti, hogy folyamatosan szűkül az adó és járulékfizetők köre, öregszik a lakósság aránya, ami egyértelműen a szükségletek növelésével jár együtt. Hozzá teszi még az egészségügy technológiai fejlődését, ami újabb forrásokat követel az egészségügy számára (ezt ütköztessük a konvergencia programban megfogalmazott tényekkel), de azt is látni lehet, hogy járulékokból ezt az összeget előteremteni nem lehet.

Németországban – ha már Kökény Mihály ezt a példát hozta – végzett tanulmányokban azt mutatták ki, hogy 23 és 31 százalék közé kell emelni a járulék szintet az elkövetkezendő 25-30 évben, ha fenn akarják tartani a jelenlegi szintet. A TÁRKI végzett hasonló témában egy nemzetközi összehasonlítást: 28% a magyar. A válasz teljesen más és az egész európai közösségben nagy viták folynak arról, hogy egyáltalán a biztosítási rendszer ilyen formájában lehet-e valamit tenni, hisz a vizit díj és társai az igénybevételre terhelik a források pótlását, nem egy járható út, mert a magyarországi nyugdíjasok anyagi viszonyai ezt nem teszik lehetővé. Hozzáteszi, hogy a ma negyvenévesek nyugdíja sem lesz olyan erős, hogy ezt az összeget elő tudja teremteni.

3. Harmadik kérdés: az intézményi finanszírozási rendszer jelenleg romokban van. Gyakorlatilag nulláról kellene újra építeni, hisz karbantartása lassan tíz esztendeje nem megoldott és abszolúte semmiféle valós adatokra nem tud reflektálni. Ezzel senki nem foglalkozik. Az új koncepcióban nincs nevesítve ennek az egész intézményrendszere, felelőssége hogyan illeszkedik bele ebbe a rendszerbe.

4. Negyedik kérdés: a humánerőforrás helyzet. Nevezetesen mind az orvosok és egyre

kevesebbet beszélünk az un. középkáderek, vagyis tágabb értelemben az ápolók jövőképe, helyzete és gyakorlatilag a migrációból eredő fájdalmas veszteségek, amik érnek bennünket. Ezeknek az egész életpálya modellje, jövedelme. Beszélünk a hálapénzről, amivel senki nem ért egyet, teljesen nyilvánvaló. Nem beszélünk viszont arról, hogyha a hálapénzt meg akarjuk szüntetni, akkor drasztikusan növelni kell ezen a területen a jövedelem viszonyokat. Tarthatatlan a helyzet az európai únió más országaival szemben, ahol kettő és fél háromszorosa a jövedelem a magyarországinak. Senki nem beszél erről a kérdésről.

Azzal kezdtem, hogy ez nem reform. Én emlékszem 2005-re, amikor volt egy konszenzus értekezlet, amelyen Molnár Lajos és Mihályi Péter is resztvett ezen, ahol Molnár Lajos úgy fordult hozzám, hogy: „tudod egyetlen egy reform történt Magyarországon, ez az 1990 és 1994 közötti reform volt." Gyakorlatilag ez nem folytatódott és ez a legnagyobb baj. Azért mer erre az időszakra reformról beszélni, mert 1988 és 1990 között a névkártyáján az szerepelt, hogy „Az Egészségügyi reformbizottság Vezetője". Ez hét esztendő konszenzusa volt. A törvény beterjesztése előtt az Állami Népegészségügyi Tiszti Orvosi Szolgálat, a minisztériumban a Kormány beterjesztése előtt sorról sorra a parlamenti politikai pártok egyeztették a törvény szövegét és 96%-os szavazati aránnyal ment át a parlamenten.

Kökény Mihály említette a német példát. Az a vizitdíj, ami Németországban megjelent, a nagykoalíció előtt kettő esztendővel, a politikai pártok két éves zártkörű vitájának az eredménye és eldöntötték, hogy kiveszik a választási programból az egészség politikát és meglépik – többek között – a copymentet, magyarul vizitdíjnak nevezett dolgot.

Lefelé jövet a kocsiban azt hallja, hogy az érdekegyeztető tanács – nem politikai párt – munkaadói és munkavállalói oldala közölte a tárca államtitkárával, hogy teljesen elfogadhatatlan számukra ez a koncepció.

Az volt a kérés, hogy mondjon pozitívumot. A legnagyobb pozitívumának azt tartja, ennek a nem reformnak nevezett folyamatnak, hogy az ország legegyszerűbb embere is rádöbbent, hogy az egészségpolitika kulcskérdés. Ehhez kapcsolatban neki definiálni kell a viszonyát, ki kell tudnia fejezni a véleményét. Végre nem egészségpolitikusok vitatkozunk egymás között erről a kérdésről. Tényleg alkalom van, hogy a társadalom legszélesebb köreit bevonjuk ebbe a vitába. Nincs reform, nincs mit osztályozni. Dr. Rácz Jenő: Köszöni az észrevételeket és ha összesíti a véleményeket, a legszigorúbb tanár Jávor András volt. A vélemények alapján meg lehet állapítani, hogy az egészségügyi reform nem bizonyult eminens tanulónak, de nem is bukott meg. Egy gyenge kettes érdemjegyet mindenképpen elért. Felkéri a miniszter asszonyt, hogy az esetleges válaszokat adja meg, ha gondolja.

Dr. Horváth Ágnes: Zombor Gábor úrhoz: folyamatosan zajlik a gyógyszer monitorizálás, most éppen a diabetest fejezték be. Ebből látszik, hogy cukorbetegségnél az inzulin fogyasztás dobozszinten csökkent, és a nagyobb kiszerelések felé tolódott a piac. A gyógyszer piaccal kapcsolatban nem véletlenül tette fel az első ábráját. Németországban 74,2 % volt a generikumok fogyasztási aránya 2005-ben a generikum képes piacon. Ez iszonyatosan sok. Az irodalmi adatok azt mutatják, - az USA tapasztalatai alapján – hogy ez valahol az elméleti álom határ. Ma már ugyanaz az irodalom azt írja, hogy 90% körül van az elméleti álom határ. Ha Németország megteszi azt, hogy kiaknázza ezt a tizenvalahány százalékot, akkor Magyarországnak is meg kell tenni, hogy kiaknázza azt a 40 százaléknyi lehetőséget, ami azon a piacon van.

A kapacitásoknál valóban nem született meg a szakmai megállapodás. A RET-ekről nem neki kellene elmesélni, hogy ott mi történt. Nagyon sokan a jelenlevők közül is megélték,

hogy úgy szavaztak, hogy nem szavaznak. Amúgy ők maguk készítették el valamennyi régióban az ellátási tervet és fizette ki a Minisztérium 2005-ben és 2006-ban is.

Nagyon szereti, ha progresszív ellátás szintjéről beszélnek és nagyon sokat gondolkodott arról, hogy mit is jelent a progresszív ellátás. Neki személy-szerint kompetencia szintet jelent. Ha kompetencia szintként definiálják a progresszivitást, akkor nincsenek alanyi jogú progresszivitás csúcsán állók és alanyi jogú progresszivitás közepén, vagy alján állók. Van egy kompetencia szint és progresszivitásban is ugrálhatok le-fel, széles sávok között. Úgy gondolja, hogy olyan rendszernek kell működni, amelyben nem fantasztikus minisztériumi rendeletek mondják meg, hogy ki jogosult csillagos HBCS-t végezni, hanem fordítva, a tényleges képességek és lehetőségek alapján dől el, egy biztosítói szerződésben, kellő flexibilitással, elvetve és megnyerve a lehetőséget is egy-egy beavatkozás végzésénél. A progresszív ellátást egy képességnek tartja, bizonyos képességnek és infrastruktúrának és ennek megfelelően kellene működtetni a rendszert.

Tisztában vannak azzal, hogy nagyobbak lesznek az ellátó rendszer igényei, ha ezt a színvonalat fenn akarják tartani.

A GDP-nek legalább az egyharmadát kellene az egészségügyre fordítani. Ha ezek a kihívások, akkor szembe kell nézni azzal, hogy megtehetjük-e azt, hogy állami rendszert tartunk fenn? Szerinte nem.

Megtehetjük-e azt, hogy nem vezetünk be önrész fizetést? Szerinte nem.

Megtehetjük-e azt, hogy nem teremtünk az embereknek érdekeltséget abban is, hogy indokolatlanul ne vegyék igénybe az ellátó rendszert? Szerinte nem tehetjük meg. Mindezekre válaszolni és reagálni kell. Mint ahogy nem tehetjük meg, hogy kiaknázatlanul hagyjuk a gyógyszerpiacban rejlő lehetőségeket.

A finanszírozási rendszerben, annak érdekében, hogy megtörténjék egy valódi kódkarbantartás, elindult a minisztériumban egy kicsit halk, de intenzív munka. Egyébként a díjtétel bizottságnál lesz a feladat valamennyi kódkarbantartásra vonatkozóan. Ehhez viszont az önbevallást kívánják megszüntetni. A következő kódkarbantartásnál arra lehet számítani, hogy a minisztérium küld ki megbízottat, aki végigszámolja és méri, azt amit kell.

Az OEP-től függetlenül olyan lépések történtek, amelyek érthető, hogy fájdalmasak. Ahányszor beszéltünk egymással, hogy mit kell tenni és mi a reform, szerintem ugyanazokat értettük rajta. Át kell alakítani a kapacitásokat, vizitdíjat kell bevezetni, szabályozni kell a várólistákat, mindig ugyanazokról a kérdésekről beszéltünk. Ezek most megtörténtek.

Tisztában van azzal, hogy nagyon sok érdeket megsértettek, rengeteget. Rengeteg statusquoba belenyúltak és még fognak is. Senki nem szereti, ha a statusquoját változtatják és ehhez kell alkalmazkodnia. Az lenne a fontos, hogy a rendszert együtt építsék és valóban épülő rendszert hozzanak létre. Reméli, hogy mindez sikerülni fog.

Dr. Rácz Jenő: javasolja, hogy térjenek át a második kérdésre, a C/42/21 számú törvényjavaslat, amelyről itt hallható volt egy előadás. Kicsit más szemszögből próbálja meg feltenni a kérdést: a Kolombusz jelenség szemszögéből. Kolombusz jelenségnek nevezik azt a jelenséget, amikor Kolombusz elindult Indiába, megérkezett Amerikába. Ezt Ő és az Őt küldők nagysikerként élték meg, ugyanakkor a történelem könyvek nem írnak arról, hogy hogyan élték meg ezt az inkák, a mayák meg az aztékok?

Ebből kiindulva szeretné megkérdezni, hogy a C/42/21 törvényjavaslat szempontjából az

aztékok oldaláról nézzük meg ezt a törvényjavaslatot, azaz: a betegek, az egészségügy-szolgáltatók és a fenntartók szemszögéből miként ítélik meg ezt a törvényjavaslatot? A végén ugyanígy kis rövid értékelést kér abból a szempontból, hogy – amint a gladiátorok idején – a törvényjavaslat vonatkozásában vagy lefelé, vagy felfelé mutató ujjal szavazzanak (derüs hangulat, nevetés)

Dr. Horváth Ágnes: be kell vallja, azért mosolyog, mert liberálisként ezt úgyis éli meg mint Kolombusz, azzal a még rosszabbal, hogy 2005-ben még tudták hová akarnak eljutni, még ez év január elsején is világos volt. Tudták, hogy hol van India. Ahol most tartanak, ott még azt sem tudják, hogy ez tényleg Amerika lett-e, vagy valahová máshová keveredtek. Egy tény, hogy liberálisként Indiába tart és száguld ezerrel.

Azt, hogy ki hogyan fogja megélni: a biztosítottaknak kettős. Lesz a biztosítottaknak egy jó része, aki semmit nem vesz észre. Kap egy db biztosítási kártyát és ennyit fog érzékelni. Másik része élni fog a választással és érzékeli is a változást. A szolgáltatók többet fognak érzékelni. Jó részük általános szerződéssel fog rendelkezni, a preferáló szerződéseknél viszont el fog indulni a valódi progresszivitás és ez az irányításban is meg fog jelenni. Arra lehet számítani, hogy az osztályok elkezdenek valóban betagozódni. Az hogy a súlyponti kórházaknak ma még nincs meg a teljes definíciója, az meg fog oldódni, ezen szintén dolgoznak. Ami mindenképpen megvan, az hogy a katasztrófa ellátásban – a német rendszerhez hasonlóan – fontos, hogy súlyponti kórházakat folyamatosan rátelepítsék a valóban 24 órás ügyeleti ellátásokat. Szeretnének egy olyan rendszert, amelyben a súlypontság szintén flexibilis: egyszer megkapható és egyszer elveszíthető. Úgy gondolja, hogyha 24 órás elvárás van valakitől, akkor több legyen a finanszírozás, de ez a cím legyen elveszíthető a kedvezményekkel együtt. A többletfinanszírozás, többletszerződési volumennel jelenik meg.

Mint előterjesztő: a hüvelyk-ujját felfelé mutatja.

Dr. Zombor Gábor: Mivel megszólítva lett, egy mondatban reagálna: különös figyelemmel arra, hogy már négy éve az egyik regionális tanács elnöke, olyan döntési helyzetbe akarták kényszeríteni – a Minisztérium részéről – a RET-eket, amelyben azt kellett eldönteni közösen, hogy a fülüket, vagy a kis ujjukat vágják le közösen. Ezt ugye nehezen lehetett volna eldönteni közösen. Azt pedig, hogy mennyire volt komoly a Minisztérium szándéka arra, hogy itt döntések szülessenek: elő volt írva, hogy csak egyhangú döntés esetén él a RET határozata. Utána, amikor kiderült, hogy ez nem ilyen egyszerű, kicsit puhult a program (61 tagú volt akkor a Délalföldi RET)

A másik kérdés, hogy azért a háziorvosokat meg kellene kérdezni, hogy amikor már hatodszor írták fel a listán nem létező gyógyszert, a betegek mit mondtak a gyógyszer-gazdálkodási törvényről.

A biztosítási törvényről úgy gondolja, hogy ez a törvény azért fog megbukni, mivel ez egy nem tisztességes alapokon álló törvény. Senki nem tudja, hogy mi várható és mi fog vele történni. Nem tudják a biztosítottak, nem ok nélkül nincs benne a törvényben az, hogy az alapcsomag 5 évig nem változik. Mert, ha ez benne van, akkor elmondható, hogy van némi tisztesség alapja ennek a törvénynek. Pontosan látszik a pénzügyi adatok alapján, hogy kikerül a rendszerből pénz, plusz működési költségek merülnek fel, vagy járulékot fog emelni a kormány, vagy a copymentet fogják fel emelni, vagy pedig az alapcsomagot fogják szűkíteni. A mostani pénzből a jelenlegi ellátás nem biztosítható.

A biztosítók véleménye – az Allianz igazgatójának megfogalmazásában – szerint ez

egy működésképtelen és kivitelezhetetlen rendszer számukra is. Tehát, ahogy Jávor András elmondta: sem az érdekképviseletek, sem a munkáltatók, a komoly nagy biztosítók, a társadalom egyetlen rétege sem érzi úgy, hogy ez egy jól előkészített, megfelelően megalapozott és a jövőre előremutató, pozitív változást hozó törvény.

Úgy gondolja, hogy egyértelmű a sorsa, vagy lefelé mutató hüvelyk ujj.

Dr. Kökény Mihály: Nem állja meg, hogy egy-két dologra röviden ne reagáljon. Jó szívvel emlékszik vissza az 1990-1994 közötti időszakra. Ez tényleg egy olyan időszak volt, amikor tele voltunk hittel, illúzóval és még sok mindenben úgy gondolták: bizony politikai riválisok között is lehetséges – és kell is – egyezség. Ma azért ez a politikai környezet (és most ne firtassuk, ezt nem egészég-politikában kell elrendezni) ezt nem teszi sajnos lehetővé.

Ez is determinálja, ha egy kormány arra vállalkozik, hogy alapvetően változtat szektorokon és az egészségügyben is felgyorsítja a változásokat, akkor a négy éves ciklus szabályai szerint kell dolgoznia.

Kétségtelen, hogy 1990-1994 hozott eredményeket, de ha azt nézi, hogy ennek a négy évnek a következménye a bokros csomag, amelynek az eredményéből – szerettük, nem szerettük – két egymást követő kormány nagyon jól tudott élni, egész 1998-2006 közötti időszakig.

Kicsit nem árt elgondolkodni az elmúlt 16-17 évnek a magyar történetén. Politika és mentalitás és egyéb történetén.

Kolombusz metafora, olvasatában még azzal is kiegészül, hogy szegény nemcsak, hogy nem tudta, hogy hová indul, hová érkezik és mit szeretett volna, az egy dolog, de nem is volt megfelelő felszereltsége, navigációs eszköze és tette mindezt másoknak a pénzén. Hogy mit kaptak az aztékok és az inkák, az egy másik kérdés. Úgy látja, hogy azok reméltek, de nem jártak jól. Javasolja, hogy kevesebb legyen az előítélet és kevesebb legyen az olyan kifogás, ami tényleg nincs benne a törvényben, de egyesek bele kívánják látni és feltételezni képesek és néha olyan dolgokat hall, hogy elszörnyed a félremagyarázásoktól és „látnoki képességektől”.

Azt mondja, hogy mind az aztékok, mind pedig Kolombusz példájából tanultak. Ezért, ami a betegek és biztosítottak jogait illeti: a biztosítási csomag nem változik és ebben vita sincs a koalíciós partnerrel. A pénztárak nem szűkíthetik, a biztosítottat a szabad pénztár választás megilleti. A szabad orvosválasztás törvényi lehetősége ugyanaz marad, mint ami jelenleg. Házi orvost szabadon választunk és a háziorvos tanácsa és beutalása alapján az esetek nagytöbbségében lehet igénybe venni a szakellátás különböző fokozatait. Ami meg nincs a törvényben azt más egészségügyi rendelet tartalmazza. Nem ismételik meg a biztosítási csomagban az érvényes rendelkezéseket. Nincs értelme.

Meggyőződése, hogyha egy működőképes rendszert tudnak felállítani, akkor ebben az is benne van, hogy a beteg, a biztosított valamilyen módon egy kevésbé fekete dobozba kerül akkor, amikor az egészségügy rendszerét igénybe veszi. Mert a tájékoztatás, egy minőséget kényszerít ki maga az a pénztári rendszer, amely az egész működtetést vezérli. Egyben egy nagyon fontos atritibuma az egész ellátás szervezés és annak minden eleme, más kérdés, hogy ez most hogy van benne törvény javaslatban, azt még pontosítani kell.

Ami a fenntartókat és a szolgáltatókat illeti, annyiban kell változás, hogy lennie kell egy

szereplőnek, aki a szolgáltatók beteg orientáltságát, minőségi tevékenységét, a mai OEP rendszernél sokkal hatékonyabban hozza létre, kényszeríti ki. A döntése: felfelé mutató hüvelyk ujj

Dr. Pusztai Erzsébet: Az elmúlt napokban sokszor járt a fejében a Godotra várva, című dráma. Azért mert sok mindent hallani, hogy mi várható ettől a rendszertől, de a bizonyítékai nem láthatók, sem számokkal leírva, sem tényszerű adatokkal alá támasztva. Vissza kell térni a progresszív betegellátásra, mert úgy gondolja, ez egy fajsúlyosabb kérdés. Akkor, amikor az EU-ban arról beszélnek, hogy megtakarítást jelenthet a ritka betegségek ellátási centruma, akkor nem arra gondolnak, hogy majd valahol, valahogy összejön egy szakértői team és azt valaki majd finanszírozni fogja, hanem egyértelműen összegyűjtik az ehhez szükséges szakértelmet (ez a legelső), megfelelően képzett és gyakorlott orvosok vannak-e ott? Ez mellé kellenek a műszerek. Innentől kezdve, ha ez együtt van, akkor ez a központ progresszív ellátás megfelelő csúcsa.

Magyarországon nem teljesen jól, kissé zavarosan, úgy ahogy ez valamikor kialakultak ilyen központok. Nem volt ez tökéletesen fölvázolva, de egy országban eleve abból kellene kiindulni, hogy a morbiditási adatok alapján tudni kellene, hogy mi az ami minden megyében kell, mi az amiből elég egy országban 3-4 központ; és mi az amiből csak egyre van szükség.

Ezt nem lehet hagyni a rendszer spontán fejlődésére, mert akkor az lesz – ami volt egyébként – hogy kialakultak spontán fejlődési folyamatok és több helyen kialakultak olyan ellátó központok, amiből nem kellett volna ennyi, vagy nem éppen így kellett volna. Ezt központi tervezés nélkül abszurdum megtenni. Ugyanakkor ott voltak a központi országos intézetek, amelyeknek nem kellett volna változatlanul maradni, de arról gondoskodni kellett volna, hogy a speciális ellátást nyújtó teamek át tudjanak menni más helyre és ott biztosítsák a működési feltételeket.

Ma Magyarországon nagyon komolyan képzett, kivételes tudással bíró embereket veszítünk el azért, mert kihúzták alóluk a lehetőséget. Ezt a tudást évtizedekig nem lehet pótolni. Ők tanították az utánuk következő néhány embert, akikre szükség van a ritka betegségek ellátásához.

A rendszerrel, biztosítási törvénnyel kapcsolatban:

1. Betegek. Igen. A háziorvosi rendszer változatlan, de az összes további, kérdés marad. Nem a holdból jön egy rendszer. Nemcsak a holnaptól megbetegedőkről szól a rendszer, hanem azokról is akik évek – évtizedek – óta betegek és különféle helyeken kezelik őket. Ez ebben a rendszerben figyelmen kívül marad, mert a biztosító éppen nem a Pécsi vagy a másik szolgáltatóval köti meg a megállapodást, akkor a beteg mehet a másik helyre. A biztosító nem fogja autorizálni azt, hogy ő odamehessen és máris ott van egy helyzet – egy ember – akit évek óta egy helyen kezelték és mehet egy olyan új helyre, ahol senki nem tud róla semmit. Az egy másik izgalmas kérdés, hogy a dokumentáció átadása hogy történik, stb.

2. Ellátó rendszer. Az ellátó rendszerben tartóssá válik a bizonytalanság, mert eddig is olyan változások történtek, amelyek következő lépése kiszámíthatatlan és ezzel a biztosítási változással számos olyan pont lesz, amely bizonytalanságot tart fenn. A bizonytalanság nem megtartja, hanem elűzi az egészségügyben dolgozókat. Nincs az a modell, amely ilyen bizonytalanság mellett megtartja az embereket. Az eddig felhalmozott tudást nem lehet

átképzésekkel megszerezni.

3. Az is óriási probléma, hogy a többletforrás sehonnan nem garantálható. Sőt, ugyanabból a járulékbevételből még működési kiadást is biztosítani kell. A belső tartalékokról nem lehet látni pontos számításokat. Miniszter asszony azt mondta, 10% lehet kb. Ha erre a biztosítók részére nyújtandó 3,5% -ot számítunk, akkor marad 6,5%. A Pénzügykutató konferenciáján elhangzott – már idézett – Allianz biztosító igazgatója szerint, nekik kellene egy betegnek megmondani, ha neki egy fajta ellátás nem jár. Ebből az következik, hogy egy komoly európai biztosítónak ez nem perspektíva. Már csak egy kérdés marad: melyik biztosító lesz az aki ebbe a rendszerbe befektet?
Döntés: a hüvelyk ujja lefelé mutat.

Dr. Jávor András: Olyan kérdéseket szeretne felvetni, amelyek talán nem voltak a mai vitában benne és mégis sokakat foglalkoztatnak ezzel a törvényjavaslattal kapcsolatban.
A profitot hónapok óta körbe járjuk különböző szempontok alapján. Azonban Ő jogfilozófiai megközelítésből szeretné elmondani a véleményét. Nem ismer olyan jogrendszert a világon, amely arra kötelez egy állampolgárt, hogy adószerűen, kötelezően befizetett járulékát ismeretlen részvény tulajdonos zsebébe tegye, mint profitot. Amikor ezt elmondta, az volt a válasz, hogy ott a magán-nyugdíjpénztár. A magánnyugdíj-pénztár esetében nem jó az analógia, mert ott kötött a működési költség, abból lehet profitot szedni és az egész összeg a tag egyéni számlájára kerül és az egyén felhasználását fogja szolgálni. A profitból pedig semmiféle profitképződés nem lesz, mert nem képzelhető el olyan magánpénztár tulajdonos, aki hagyja, hogy az állammal osztozzon a profiton, mert a profitot egyszerűen el lehet költségesíteni, ezt mindenki tudja.

Külön gyanút ébreszt benne, hogy ez a kérdés miért nem szerepel megszólítva. Személy szerint is foglalkozott a több biztosítós rendszer kialakításával 1998-1999 években és akkor komolyan foglalkoztak a kiegyenlítő alap létesítésével. Nincs olyan több biztosítós rendszer (ismeretei szerint), ahol a kiegyenlítő alap nem szerepelne a rendszerben, mert a kockázatokat nem lehet elosztani. Ebben a törvényjavaslatban nem látja a kiegyenlítő alapot, valószínűleg azért, mert a sajtóban nyomát lelte annak a közlésnek, hogy a biztosítóknak van egy olyan álláspontja, miszerint ha a fejkvóta 92%-át túllépte a kiadásuk, akkor az államot be hívják a rendszerbe mint készpénzfizető kezest. A kiegyenlítő alap mindezek ellenére nincs a rendszerben.

A másik ilyen probléma a versengő pénztárak kérdése és az állam szerepe. Magyarország olyan rendszert szándékozik létrehozni, amely a világon sehol nem létezik, vagyis hogy ebben a magán rendszerben az állam 51%-kal benne van. Az ezzel kapcsolatos vitákba nem kíván belemenni, de szeretné megkérdezni, hogy ki az állam? (Tudja, hogy XIV Lajos azt mondta, hogy az állam én vagyok) Az állam az állampolgárok által demokratikusan létrehozott szervezet és az állampolgár elvárja, hogyha az állam képviselője az egyik biztosítóban látja, hogy olyan lépés készül, ami jó, verseny előnyt fog biztosítani, hogy oda jöjjenek a többiek átjelentkezni. Mert mindenki azt mondja, hogy verseny lesz, akkor kutyakötelessége a többi biztosítóban ezt elmondani, azonnal megvalósítani, mert ha nem, akkor nem tölti be azt a demokratikus szerepet, amit az állampolgár elvár az államtól. Innentől kezdve az állam információ transzfer és versenyölő szerepet tölt be. Ezt nagyon nehéz ebben a pillanatban megcáfolni.

A fejlesztések kérdése: utalnia kell a Miniszter asszony által elmondott progresszív ellátás kompetenciaszintek kérdésére. Ma a magyar egészségügyben duális finanszírozás van. A tulajdonos finanszírozza a fejlesztést és finanszírozza az ehhez kapcsolódó amortizáció költségeit. Ha a kompetencia szint adott esetben lejjebb kerül (pl. Bács-kiskún megye Soltvadkerti kórházába) és ott egy igen kitűnő szakember dolgozik, akinek nagyon műszer igényes a szakmája és mivel sok beteg megy oda, nagyon elhasználja a műszert. A biztosító az ellátást meg is finanszírozza, de a Soltvadkerti önkormányzat ennek a műszernek a finanszírozását biztosítani fogja? Tudja, hogy ez a véglet, de a végleteken keresztül lehet megérteni a problémát, hogy ez hogy van elrendezve. Ez nincs elrendezve.

Amit hallott a Miniszter asszonytól, hogy hatékonyság nőjön, minőség, megelégedettség, ezt mindenki aláírja ez természetes, de ez nincs semmilyen kapcsolatban az elővezetett modellel, ezekkel a problémákkal. Nem akar belemenni a részletekbe, néhány ilyen gondolattal szerette volna ezt gazdagítani. Ahogy ezt az előző bevezetőben is mondta, ezt így kvázi lenyomni a torkokon lehetetlenség.

Dr. Rácz Jenő: a hüvelyk ujjak számából úgy látja, hogy három lefelé és kettő felfelé, de a matematikai statisztikai szabályok nem érvényesülnek ilyen szinten a parlamenti demokráciában. Tehát a parlamenti demokrácia nyelvére lefordítva ez a hüvelykujj mégis felfelé áll.

Dr. Pusztai Erzsébet: Amikor ilyen nagy hosszú távon változtató terv készül, akkor nyilván készül hozzá szoftanalízis, amelyben benne vannak az előnyök és hátrányok. Az előnyökről már nagyon sokat hallottunk, egyszer szeretne arról hallani, hogy amikor ezt az analízist elkészítették, akkor a hátrányok sorban mik kerültek.

Dr. Rácz Jenő: mielőtt Miniszter asszonynak át adja a szót, Ő mint egyszerű inka, most inkább nem fejtené ki a véleményét, aki erre kíváncsi, az az esti vacsoránál a rövid színdarab keretében meg hallgathatja.

Dr. Horváth Ágnes: azt, hogy öt évig nem változtatunk a biztosítási csomagon, azt lehet mondani, de fordítsuk ezt le magyarra. Mit jelent ez? Pl. azt, hogy öt évig nincs új gyógyszer, öt évig Magyarországon nincs új befogadott eljárás. A csomag egyébként két szinten kerül definícióra: az egészségügyi törvény tartalmazza a tényleges alapcsomagot, amelyik állampolgári jogon jár és az ellátás előtt nincsen jogosultság vizsgálat. Az egészségbiztosítási törvény pedig kizárásos alapon azokat az ellátásokat, amelyekért fizetni kell, vagyis amelyek a térítés körbe tartoznak.

Valóban vannak olyan biztosítók, amelyek nem választják ezt a piacot, mert azt mondják, hogy nagyon alacsony a profit marzs és vannak olyanok, akik az orosz piacot választják és nagyon kedvesen elmesélik, hogy másfél-két, három éves megtérüléssel lehet befektetni. Ez egy másfajta, hosszútávon kiszámítható piac.

Egy másik kérdés: ha pl. a saját anyacéggel akar szerződést kötni, vagy ugyanazon anyához tartozó másik lánnyal, az közgyűlési hatáskörbe tartozik, ahol az államot kell meggyőzni, mint bármely más cég életében. Pl. kórház vezetőként sem szerződhet az ember egy csomó mindenkivel, mert ha kiderül az elég nagy gáz.

Tehát kötött a működési költség és kötött a profit is. Profit-maximum van a rendszerben, annál több profitot nem lehet kivinni. Éppen ezért nem érti a jog-filozófiai problémát, mert ilyen rendszer működik a világon több helyen, sőt úgy is, hogy nincsen profit maximum. Jellemzően a profitot nem szokták maximalizálni, legfeljebb a működési költséget. Mi mind a kettőt maximalizáltuk. Gyakorlatilag, visszafelé számolva, ezzel garantálható egy középtávú megtérülés a rendszerben.

Kiegyenlítő alap létezik a rendszerben. A kiegyenlítés nem más mint a fejkvóta leallokálása, ez hozza a kiegyenlítést. A kiegyenlítő alap azt a célt szolgálja, hogy ne a járulékainkat vigyük a rendszerbe, hanem valamilyen más módon vigyük oda a forrásokat. Azokban a rendszerekben kell kiegyenlítő alap, ahol eleve a járulékot vinnénk magunkkal. Hiszen nagyon egyszerű dolog létrehozni egy gazdag fiatalokból álló pénztárat, alacsony kiadásokkal, akkor kell kiegyenlítés. Itt most fel sem merül, hogy a járulékot vigye magával, mi eleve megcsináljuk a kiegyenlítést a fejkvóta alapú rendszerrel. Ezért nem kell többlet-kiegyenlítő alapot létrehozni. Amire kell az a nagykockázatú beavatkozások, amire az országos nagy kockázatú alap működik.

Az, hogy a cég és a cégtitok? Vannak itt jó páran intézetvezetők. Szerinte eléggé rossz néven vennék, ha saját stratégiájukat a saját önkormányzatuk megosztaná a szomszéd önkormányzattal is, és egymás melletti város nem működhetne különböző stratégiával. Vagy mintha egy átalakuló bankrendszerben az átalakulás kapcsán a különböző állami tulajdonú bankok nem különböző stratégiával, nem különböző piacra működtek volna. Cégekben kell gondolkodni és a cégek igenis különböző stratégiával működnek. Ugyanúgy ott van az üzleti titok védelme, mint bármely más területen.

A fejlesztések duális finanszírozása pedig fennmarad, mint ahogy fennmaradt Németországban, ahol 131 éve működik és Ausztriában is.

Szombathelyi Főigazgató: Kiemelt és kardinális kérdésként szerepel az ellátás-szervezés. Ebben vannak ugyanis a többletforrások, amelyektől elvárható, hogy az intézmények működését is jobb, hatékonyabbá tegye. Az ellátás szervezés alapja két oldal: az egyik a jelenlegi ellátó rendszer, amelyik nem igazán felel meg azoknak az elvárásoknak, amelyet a jelenlegi „biztosítás” megkövetelne, ugyanakkor ez alkalmas arra, hogy ebből még többet kivegyünk, bármilyen menedzsment, bármilyen eszközökkel. Ma már a humán erőforrások is olyan szinten vannak, hogy inkább pótlásra vannak ítélve, minthogy azokból elvonni lehetne.

A másik oldal pedig, aki az ellátást szervezi. Jelenleg szakemberek dolgoznak az OEP-ben , egészségbiztosítási ismerettel. Gyakorlattal, egy társadalombiztosítási filozófia mentén. Akik most be fognak lépni egy teljesen más világból – ugyan nem üzleti biztosítók, mert ezt szemérmesen mindenki kerüli. Hát most üzleti biztosítás lesz, vagy nem? Üzleti cégek, üzleti filozófiával, vajon milyen részeket adnak le az ő tevékenységükből, ami nem hoz üzletbe profitot? Ugyanakkor a menedzsmentjük fel van készülve szakértelem kérdésében? Ezek a biztosítók, egészségbiztosítási gyakorlat nélkül hogyan szervezik meg az ellátást, hogyan fogják jobbá tenni? És végül az alapellátás legfontosabb része az ellátás- szervezésnek, amelyik kompetencia tisztázatlanságok közepette, teljesítmény-finanszírozás hiányában gyakorlatilag alkalmatlan lesz erre.

Dr. Pásztélyi Zsolt (Vasútegészségügy KHT): a szolgáltatók kicsit kimaradtak ebből a törvényből. Pl. díjtétel bizottság. Eléggé nincs ott a hangjuk. Milyen helyük lesz a szolgáltatóknak ebben a rendszerben? Mi lesz az előnyös régióval? Tudjuk, hogy Tudjuk, hogy más a Borsodi, Szabolcsi és a Budapesti fogyasztás. Volt egy sikeres 2006. évi pályázatuk, melynek eredményeként 4800 ágyat sikerült leépíteni viszonylag gyorsan, ami 7,5 milliárd forintba került. Miért nem lehetett ezt megtenni 2007. ben, Valahogy emberibb, szakmaszerűbb, önkormányzatokhoz közelebb álló lett volna a döntés.

Másik kérdés: nem ismeri a pervalenciáját a 40 évesek között a cukorbetegeknek, de kb 4-5 ezer egészséges ember tarthat el egy cukor beteget. A cukor beteg fog bekerülni a kórházba, ő fog véleményt nyújtani az ellátásról, ő fog szavazni. Valljuk be őszintén, az 5 ezer ember, aki eltartja őt, nem látja nem látja az ellátást és mégis az ő szavazatuk fog igazán számítani. Annak az egy embernek az lesz igazán a sorsa, hogy kiutálják.

A toborzással is van egy nagy probléma. Ha ő lenne a biztosító, akkor internetes bejelentkezéssel egy menedzser szűrést ajánlana azoknak, akik bejelentkeznek hozzá, hiszen akkor le fogja fölözni azokat akik jó körülmények között élnek, megfelelőképpen iskolázottak, és oda fognak bejelentkezni.

Még egy pl. ha ő Soltvadkerti lenne és bejelentkezne négy-ötöd magával bejelentkezne egy jól menő nyugat-dunántúli biztosítóhoz, akkor a nyugat-dunántúli biztosítónak ugyanúgy kell biztosítást kötni mindenkivel, ami hatalmas plusz teher lesz. Kérdés: mi az előny benne?

Dr. Csermely Gyula (Rózsakert Medicar Center): a Miniszter asszonyhoz: ezek ugye profit orientált biztosítok, amit létrehoznak? Tehát a verseny célja, hogy minél több profitot termeljenek? Igen vagy nem? A másik kérdés: ha egy magánvállalkozó azon az áron hajlandó szerződést kötni, ami a kialakított szerződéses ár, akkor köteles-e a biztosító vele szerződést kötni vagy nem?

Dr. Kökény Mihály: tudja, hogy a Miniszter asszonyra várnak, de hagyjunk egy kis időt, hogy felkészüljön. Természetesen nem fog minden kérdésbe részletesen belemenni, csak két dolgot szeretne megjegyezni:
Van-e a Magyar egészségügy ellátó rendszerében tartalék? Ezt többféleképpen lehet felfogni. Eléggé jól ismeri ezt a rendszert. Minden finanszírozási változás, rengetegszer átalakuló HBCS rendszer mellett és ellenére is azt állítja, hogy van. Persze lehet beszélni alul finanszírozásról, de mindig tegyük hozzá, hogy mihez képest, stb. Úgy gondolja, hogy ebben ne áltassuk egymást és ha ebben gondolkodunk, akkor azt kell tudni – és ez a másik része – hogy nem igaz, hogy ez egy üzleti biztosítási rendszer, mert ha az lenne, akkor az üzleti biztosító kockázatot kezelne ebben a rendszerben. Nem kezel kockázatot, mert nem kockázat arányos díjak vannak, nem szabadon választható az ellátási csomag a pénztárakban. Tessék elolvasni a törvényt és a törvény indokolását és ha ebben határozatlanságok vannak, akkor újból és újból el kell mondani, hogy az üzleti biztosítás egyetlen kritériumának ez a modell nem felel meg.
Az üzleti biztosító, vagy bárki más, aki magánszereplőként arra vállalkozik, hogy részt akar venni a rendszerben, az befektetőként viselkedik. Annak összes szabályait figyelembe véve. Ezek a befektetők szerezhetnek kisebbségi tulajdon részt.

Az egy másik kérdés – és nem vitás, hogy ebben vannak viták a koalíciós partnerek között - hogy a kisebbségi tulajdon rész megvásárlásával, milyen menedzsment jogok-, mi azt mondjuk, hogy együtt-döntési jogok járnak és bizonyos kérdésekben sincsen önálló döntési jog. Ezzel együtt azt gondolja, hogy a kisebbségi és többségi tulajdonosnak is az az érdeke, hogy egy hatékony szervezet, ellátó rendszer legyen, amit a sokszor változó OEP rendszer az elmúlt 15-16 évben (mögöttük az egymást váltó kormányokkal is, ezeknek a felelősségég is látva és értve) nem tudott ki kényszeríteni. Ha ezt elfogadjuk és tudjuk, hogy a rendszerben van tartalék, akkor az a kérdés, hogyha tudjuk, hogy ez ilyen szempontból azzal együtt jár, hogy ennek ára is van – mégpedig osztalék és költség ágon – akkor hajlandók vagyunk e, ezt az árat megadni. Nyilvánvaló, hogy az osztalék és költségszinteket úgy kell tartani, hogy mind a befektetőnek, mind az államnak megérje. Ezt kell reálisan bemérni és végig gondolni.

Dr. Horváth Ágnes: (táblánál vezet le példát): Ha egy egészségbiztosítási pénztárról beszélünk, odáig jutottunk, hogy 20 millió fejkvótával alakul, amire megkapná a működési engedélyt, addigra fel kell magát tőkésíteni. A feltőkésítés mértéke, vagyis a részvények értéke ekkor elfogja érni az egy évi várható fejkvóta bevételének az 5%-át. Itt végig fejkvóta bevételben számolunk, pénztáranként, vagyis 5%-kal, ami állandóan benne van a rendszerben.

Hogyha cash-flowt nézünk egy-egy ilyen pénztárnál, az 5% saját tőke állandóan benne kell, hogy legyen és ott az a 100% fejkvóta, amit megkap. Amiből, ha működik, csakis és kizárólag 3,5%-ot használhat működésre. Ha nem működik hatékonyan, akkor a saját tőkéje terhére kell pótolni. Ergo, ha neki több a működési költsége, ezt nyugodtan megteheti a saját tőke terhére, amit vissza kell pótolni. Ezt viszont a tulajdonosként résztvevő magyar állam valószínűleg nem fog jó szemmel nézni és nem fogja engedni. Egy tevékenységgel lépheti túl a működési költséget, pl. az ügynöki tevékenységgel, mivel ott nincs szabályozva, hogy mennyi lehet a működés.

Ez után, ha sikerül azt elérnie, hogy a 100% fejkvóta helyett kevesebbet fizet, akkor ebből tud profitja keletkezni, amiből viszont szigorúan 2% osztalék kifizetését engedi a rendszer, amin osztozik a két tulajdonos: az állam és a befektető.

Ami a trükkje a rendszernek: nézzük a befektető szemszögéből.

1. 9,8 millió értékű részvényt visz el egy milliárdért.
2. Informatika, infrastruktúra, toborzás – n milliárd
3. A fejkvóta: jön a feltőkésítése a cégnek. Fel kell vinni a fejkvóta tömeg 5%-ára.

Fejkvótában számolva 2,45%, az „z” milliárd. Ez amit beletesz, az 1-2-3.

Erre jöhet a fejkvótából 0,98% a befektetői megtakarításból. Innen számolható vissza a teljes megtérülése a rendszernek. Így működik.

Tehát háromszori pénzbetét van és egyszeri pénz kivét, ezért nem lehet beszélni saját tőke arányos megtérülésről. A kérdésre válaszolva: igen, profitorientált rendszer, profit maximummal. Ez a profit maximum azon is múlik, hogy mennyire hatékonyan tud működni. Akkor lehet relatíve több profitot realizálni, ha nagyobb az ellátott tömeg. Ha csökken az ellátott tömeg, akkor csökken a profitja.

Pásztélyi Zsolt azt kérdezte, hogy mi lesz a cukorbetegekkel? A fejkvótánál pont az a lényeg, hogyha elosztjuk a szumma E alapot 10 millióval. Ilyenkor egy egyénre jutó fejkvótát kapunk. Csinálhatunk egy kicsit szofisztikáltabb fejkvótát és nemenként osztjuk, akkor két

csoport van. Ha korcsoportonként nézzük, akkor az 16 korcsoport. Be lehet tenni ehhez különböző szocioökonometriai faktorokat. Egy egy térségben módosító lehet a munkanélküliségi rátától kezdve az úthálózat, csatornázottság és bármi, amit a regresszió analízis szerint figyelembe kell venni. Tehát képezhetünk számos csoportot és a cukorbetegekre pont a holland rendszer mutat egy példát, amelyben a cukorbetegek kifejezetten attraktívak a pénztárak számára, vagyis a pénztárak a cukorbetegeket csábítják. Véleménye szerint el van szúrva a cukorbetegek részére juttatott többlet forrás és a cukorbetegeken keletkezik a haszon.

Az ellátásszervezés valóban két szinten zajlik. Egyrészt a pénztár egy elméleti modellt állít fel, a gyakorlati megvalósító az mindig a háziorvos. A menedzsment pedig hozza a know-how-t, a szakembereket és azt pénzt, ami szükséges a rendszer megvalósításához.

Arra, hogy a szolgáltató kimaradt a díjtétel bizottságból, a válasza: igen. A díjtételeket, határozott véleményük szerint az szerint kell megállapítani, hogy a szolgáltatóknál tényköltség felmérések alapján melyek a tényleges költségek. A tényköltség felméréseket minden esetben külső cégeknek kell elvégezniük, akkreditált módon. Ezt tervezik, ez indul el jövőre.

Felvetett kérdésre – mi van ha nem írják alá a szerződést? – Minden szolgáltatónak általános szerződése van. Akinek ma szerződése van, annak mindnek. Ezek után megy oda a pénztár és mondja azt, hogy kedves uram, vagy kedves szolgáltató: én kötnék önnel egy preferáló szerződést, hogy önhöz fogom irányítani a betegeket. A jelenlegi ellátottakhoz képes 3x annyit kínálok. Hajlandó-e nekem adni 5% kedvezményt a szolgáltatásból? Mire azt mondjuk, hogy hmm, mire azt mondja, hogy négyet, mire megismételjük, hogy hmmm, majd megállapodnak 3,5 %-ban. Ha nincs megállapodás, akkor van az általános szerződés 100%-on. Ezt úgy hívják, hogy deal, amit megkötünk, vagy nem kötünk meg: egy lehetőség. Általános szerződése mindenkinek van. Viszont mit fog hozni ez a preferáló rendszer? Elindul a preferencia, akkor a Békési Laci Telkiben megköti a -2%-on is (derültség), vagy +1%-on köti meg, de cserébe vállal egy többlet volument. A pénztár a tényleges ellátás szervezési tevékenységével fogja azt elkezdeni, hogy a betegáramlást átirányítsa a Békési Lacihoz Telkibe. Tehát a preferáló szerződés az egy opció, ami általánosan mindenkinek van.

2006-ban valóban sikeres volt az ágyszám leépítési pályázat. Különösen sikeres volt végig elemezni valamennyi pályázatot. Szeretné jelezni, hogy egyes megyékben bizonyos pályázóknak sikerült egyes szakmákat teljesen kiíratniuk. Ezért úgy gondolja, hogy pályázattal nem megy az ágyszám leépítés, kell hozzá valamilyen központi koordináció.

Tomjanovich Géza: számára ez a rendszer kísértetiesen hasonlít az irányított beteg ellátási modell egyszer már lejátszott szabályaira. Ennek egyik legnagyobb hibája az volt, hogy a fejkvóta számítás és az alkalmazás egy óriási bukta volt. Pontosan azért, mert a betegségek előfordulása népcsoportokon belül, igenis nyereséghez jutatott számos betegellátás irányítás modell szervezőt és másokat veszteségbe sodort. A fejkvóta megállapítás egy nagyon bonyolult dolog és nem gondolná, hogyha ez nincsen előre pontosan definiálva, akkor ez önmagában jól fog tudni működni. Ha az állam ki akarja szervezni az OEP-re bízott feladatát, vagyis a finanszírozási postás szerepet át akarja lökni az üzleti biztosítóknak, akkor igazából – ha nem szabályozzák a fejkvóta kialakítást – lehetetlen lesz követni, hogy kinek lesz nyeresége. A

mostani állapot szerint garantált a bevétel, vagyis lakosság számmal kiszorozható, hogy kinek mennyi a bevétele. Ebből a bevételből, mivel fix tétellel gazdálkodik, már csak a költségek lesznek azok, amikkel azt a bizonyos hatékonyságot el tudja érni és innentől kezdve a hatékonyság, az maga a nyereség.

Tehát az a kérdés: ha a fejkvóta miatt biztos lesz a bevétel, akkor hogyan akadályozza meg a feladatot átadó minisztérium, hogy ne legyen nyeresége? Hogyan akadályozza meg, hogy egyáltalán legyen kockázata abban amit csinál, mert ha azt csinálja, amit a mostani finanszírozási rendszerben a résztvevő, tulajdonképpen alul-finanszírozott a rendszerben egy-két kisebb korlátozással is óriási hasznot tud generálni magának.

Békési László(Telki): Beszélgettünk fejkvóta rendszerről és azt szeretné megkérdezni, hogy a táppénz benne van e ebben a fejkvótában? A német rendszerből kiindulva, ha egy biztosító egy ellátásszervezéssel jobb szolgáltatást tud nyújtani, akkor a teljes egészségügyi ellátás összes költségét szokta figyelembe venni és a prevenciós programok, amiket Jávor dr említett, előtérbe tudnak kerülni, mert kiszámolja a biztosító, hogy neki mi éri meg jobban. Konkrétan egy prevenciós tevékenységet finanszírozni és ezzel az ellátás költsége is kisebb és az egészen megtakarítása van. Most a jelenlegi fejkvótában nincs benne a táppénz kifizetés.

Dr. Horváth Ágnes: Tomjanovich Gézának, fejkvótában igaza lenne abban, ha csak a kor és a nem kerülne figyelembe vételre. Ha csak egy kód-nem alapú fejkvóta van, mint az IBR-ben volt, annak rendkívül nagy a torzító hatása. Egyébként nagyon picike a prediktiv értéke és az egyén szintjén 5-6%-nak mondja az irodalom. Gyakorlatilag azzal lehet javítani a prediktív értéket, hogy minél több tényezőt veszünk figyelembe, de a figyelembe vétel mértékét mindenképpen statisztikai módszerrel lehet kiszámítani. Most azt gondoljuk, hogy ahol nagyobb az ellátási szükséglet – pl. Borsodban – oda allokáljunk több pénzt. Ez jól hangzik, de mi mis történik akkor, ha több pénzt allokálunk? Lesz ott több szolgáltató? Lesz ott több szolgáltatás? Egy nyavalyát lesz. Ott extra profit fog keletkezni. Ez egy nagyon kényes játék, ahol a jelent kell követni és a fejlesztés-politikának kell megadni azt az ívet, hogy hol milyen ellátási szinteket akarunk beállítani, amiben részt fognak venni természetesen a pénztárak is és a fejkvótának után kell követni és nagyon kis mértékben a fejkvóta is játszhat, segíthet a kiegyenlítődés irányába, aminek viszont a szükséglet alapra kell eljutni. Érdemes a szükséglet alaphoz pl. megnézni Magyarország térképét, az E alap költést és az elvesztett életévek arányát és mértékét az egyes régiókban, ami jó mutató arra, hogy milyen lehet a szükséglet.

A fejkvótában csak a természetbeni ellátások maradnak benn, a pénzbeli ellátások nem. Most lekerült az E alapról a rokkantsági nyugdíj 300 milliárd forinttal együtt és terveik szerint az összes pénzbeli ellátás elkerül az E alapról. Ez nagyon nagy vita volt végig a folyamatban, hogy ez mennyire választható szét. A jelentős programoknál az a tapasztalat, hogy a hosszú távú ügyfélmegtartásnak lehet ez egy eszköze. Mert ez lehet az eszköze annak, amivel ügyfelet tarthatnak meg.

Dr. Zombor Gábor: arra a kérdésre szeretne reagálni, hogy miért éri meg a befektetőnek befektetni így is, amikor ez a rendszer nem működő képes? A nagy befektetők – és általában a befektetők – legjobban a stratégiai ágazatok garantált piacai szeretik. Ahol lehet profit-maximalizálás, de garantált legyen a piac. Itt 1000 milliárd forintos garantált piacról beszélünk és ha bele gondolunk abba, hogy amikor az energia rendszer privatizációja

megtörtént, majd utána milyen érdekérvényesítő szerepük volt ezeknek a cégeknek Magyarországon és milyen ereje van a kormánynak ezekkel a cégekkel szemben, amikor a saját – akár a működési – költségüket akarják emelni, akkor az eredmény nem kétsége. Szerinte ez várható ebben a rendszerben is.

Dr. Jávor András: mivel közvetlen kérdést nem kapott feltenne egy záró kérdést: azt szeretné tudni, hogy a politikai pártokon kívül – ismerve a helyzetet, hogy ki támogatja, ki nem és aki támogatja, az milyen fenntartásokkal – a társadalomnak melyik csoportja, melyik szakmai, érdekvédelmi, civil szervezet az, amelyik ezt a koncepciót támogatja. Ezt szeretné a Miniszter asszonytól megkérdezni.

Dr. Pusztai Erzsébet: nagyon nehéz összefoglaló szavakat mondani. Akárhányszor végig gondol egy-egy részletet, annyiszor jön újabb és újabb megoldatlan kérdés elő. A fejkvóta és a kiegyenlítő alap kérdése körül még bőven lenne tisztázni való, mert a fejkvóta az nem egyenlő a kiegyenlítési alappal. Ha egy ötszázezres kockázat közösségben a korábban megállapított fejkvóta alapján hiányok képződnek – méghozzá elég jelentős hiányok – akkor valamit mégis csak tenni kell abban a biztosítóban. Az is persze kérdés, hogy azt mondhatjuk, hogy ennek a biztosítónak meg kell szüntetni a működését és akkor egyesülnie kell egy másikkal. Először is át kellene venni az OEP utódának – kérdés, hogy erre hogyan lesz alkalmas? – majd egy másikkal való egyesülést hogy lehet létrehozni? A gazdasági szakemberek majd megnézik, hogy ez hogy működhet.

Az, hogy a szolgáltatóknak és a díjtételeknek egymáshoz nincs közük. A díjtétel bizottságban előkészítő szerepük van a különböző szolgáltatói köröknek, de a díjtétel bizottságban ma a törvény szerint, az Egészségügyi Miniszter képviselője egyetlen személy. Azonkívül ott van a PM képviselője, a vagyonkezelő képviselője és két biztosító, de az egészségpolitikai érdekek képviseletére egyetlen egy szavazat lesz. Ismervén a PM eddigi működését, nem sok jót igér.

A fejkvóta – mint tudjuk – minden ilyen rendszernek a kulcsa. Minél kisebb egy kockázat közösség, annál inkább a kulcsa. Nagyon nehezen tudja elképzelni, hogy alkotmányosan lehet olyan fejkvótát készíteni, amelyik kezdetben a központi régióval többet - és azokban a régiókban, ahol kevesebb a szolgáltató, oda kevesebbet ad. Olyan szorzót a fejkvótára, hogy ahol kevesebb a szolgáltató, oda alacsonyabb összeget adunk, ilyet nehezen tud elképzelni. Szerinte ez lesz az egyik legjobban támadható pontja a rendszernek és a biztosítók által is a legjobban támadott pont lesz.

Visszatér arra is, hogy miért érdeke a biztosítónak, hogy a számára drágább, de gyorsabb eredményt elérő megoldást válassza akkor, amikor nem ő fizeti a táppénzt és innentől kezdve mindegy lesz, hogy a beteg mennyi ideig lesz táppénzen. Miért költsön többet a betegre, hiszen semmi érdeke nincs benne.

A másik kérdés, hogy távolítani a politikai döntéshozataltól az egészségüggyel kapcsolatos döntéseket, az egyik kitűzött cél volt. Ez egyrészt illúzió, mert az összes lényeges pontnál be kell, hogy lépjen a törvény, ami pedig a parlamentben születik. Másrészt, létrehozunk egy sokkal erősebb lobbi hálót, mint ami eddig volt. Eddig az egészségügyi intézmények nem sok eredménnyel lobbiztak, a különböző szolgáltatók, különböző mértékben. Létre jön majd egy

olyan egységes szervezet – ha létrejön – amelyik sokkal keményebb lobbi erővel bír majd. Hollandiában is a biztosítók egyesült erővel lobbiznak azért, hogy a szolgáltatást csökkentsék, vagy a járulékot emeljék. Úgy gondolja, hogy a politikára való hatás sokkal erősebb lesz, mint eddig. Tehát nem értünk el többet, de sokkal nehezebben lesznek megoldhatók a keletkező problémák.

Végül, a rendszerelemzésből, a hátrányok elemzéséről még mindig nem hallottak.

Dr. Kökény Mihály: mint a koalíció résztvevője fontosnak tartja azt, hogy hatékonyabb, méltányosabb, igazságosabb tud-e lenni a rendszer. Az öröklött területi különbségek kiegyenlítésén, sok-sok ideje nem tudnak változtatni. Kérdés, hogy ezt el tudják e érdemben indítani, ha ilyen irányban tud ez a törvény működni. Azok az indítványok, amelyeket a vita során megfogalmaznak, azok vonatkoznak a fejkvótára, menedzsment jogokra, valamint jó néhány más kérdésre és ezt olyanná tudják alakítani, hogy a sokféle kritika és vélemény mellett is jó esély van arra, hogy a mai egészségfinanszírozási rendszernél ez jobb rendszer lesz, akkor azt tudják támogatni.

Úgy véli, egyszer jó lenne abban az értelemben végig gondolni a változás szükségességét, hogy mit miért akarunk megcsinálni és nem abból kiindulni, hogy mit miért nem tudunk megcsinálni és mit miért biztosan nem fog sikerülni megcsinálni. Bevallja őszintén, ezt sokszor más ügyeknél is lehet tapasztalni. Érdemes tehát abból kiindulni, hogy akarunk e érdemi változásokat. Bevallja, a koalíciós megállapodás akar, figyelni kell a véleményekre, az a szándékuk, hogy egy hatékony, fenntartható egészségfinanszírozási rendszert alakítsanak ki.

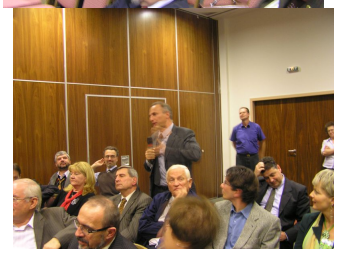
Dr. Horváth Ágnes: azzal kezdené, hogy mik egy állami rendszer előnyei. Nagyon jól lehet centrálisan tervezni, nagyon kiválóan lehet kapacitásokat valahová lerakni, vagy valahonnan elvenni. Nagyon klasszul el tudja dönteni egy egészségügyi miniszter egy személyben a díjtételeket, az egészségügyi miniszter – esetleg a pénzügyminiszterrel egyetértésben – dönthet egy új eljárás befogadását illetően. Nagyon egyszerű a hiánykezelés, mert a pénzügyminiszter év végén jóváírja a hiányát az egészségbiztosítási alapnak. A területi különbségeknek még a látszatát is el lehet takarni. Értelemszerűen ehhez kevesebb humánerőforrás kell, hiszen semmilyen ösztönző nincs egy ilyen centrális rendszerben, arra hogy hatékonyabban működjünk. Mindaz, amit itt előnyként felsorolt, az mind hátrányként jelenik meg az új rendszerben.

Mind a két rendszernek van előnye és van hátránya. Azt kell végig gondolni, hogy mire akarunk most gyógymódot találni. Erre a rendszer átalakítása a válasz.

A társadalmi támogatása az átalakításnak nagyon vegyes. Van olyan közvélemény-kutatás, amely szerint a lakosság több mint 50%-a támogatja az átalakítást. Van olyan, ahol sokkal kevesebb. A szakmai szervezetek közül az Orvosi Kamara úgy döntött, hogy nem akar tárgyalni az átalakításról. Ez egy jó álláspont, ezért úgy döntöttek, hogy kíváncsiak a szakma véleményére és a Kamara helyett a szakmai kollégiumokkal tárgyalnak. Úgy gondolja, hogyha egy ilyen átalakítás történik, akkor két álláspontot választhat valaki: lehet azt mondani, hogy nem értek egyet és nem tárgyalok és lehet azt mondani, hogy ugyan nem értek egyet, más irányt választanék, de inkább aktívan részt veszek a tárgyalásban és igyekszem elérni magamnak a jobb pozíciót. Nagyon jó dolog az, hogy ezt, az orvosi társadalomért a szakmai kollégiumok vállalták, itt köszöni a Kórházszövetségnek, amely minden kritikájával együtt a konstruktív utat választják, függetlenül attól, hogy sok helyen vitatkoznak az alap koncepcióval, de megértik és elfogadják, hogy megszületett már egy döntés és bent van egy törvényjavaslat.

Ezért ők arra készek, hogy ezek között a keretek között a kórházak számára a legtöbbet kihozzák.

Az a két alternatíva választható, a nem, vagy próbálják meg együtt csinálni konstruktívan.

Azt reméli, hogy minél több mindenkivel a konstruktív igen mellett tudnak dönteni, függetlenül attól, hogy egyetért vagy nem ért egyet, mert hogy ezek a keretek.

Rövid zárszó után Dr.Rácz Jenő elnök az ülést bezárta.