Versenyképesség és az egészségügy reformja
KEREKASZTAL-BESZÉLGETÉS

Moderátor: dr. Kincses Gyula, a Medinfo elnöke

DR. KINCSES GYULA

Az egészségügyben egyszerre kell a versenyképesség és a társadalmi tolerancia határmezsgyéit kipuhatolni, és ezek mentén megfelelő ütemben, de azért lehetőleg egy irányban haladni.

Mivel nem tiszte a moderátornak, hogy bővebben beszéljen, vendégeinktől először azt kérdezném meg, hogy egyáltalán a versenyképesség, ez a fogalom értelmezhető-e szerintük az egészségügyben. A versenyképesség, feltételezem, versenyt jelent, de ki ellen, kivel szemben versenyzünk a versenyképességben? Tehát a belföldi piacon az OEP-forrásokért folytatott versenyben való jobb pozíció elérése a cél, vagy egyéb hazai források, netán a külpiacok felé is tudunk tekintgetni, miután EU-tagok lettünk?

DR. GIDAI ERZSÉBET
a Nyugat-Magyarországi Egyetem közgazdasági karának dékánja, közgazdász

Néhány társammal együtt indítottuk el Magyarországon több mint 10 évvel ezelőtt az első egészségügyi közgazdász- és menedzser-képzőt. Ennek akkreditációját vezettem, és a mai napig sikeresen visszük ezt a képzést mind Szegeden, mind a Nyugat-Magyarország Egyetemen Budapesten és Sopronban. Örömmel látom, hogy igen sok, ezen a kurzuson végzett hallgató is jelen van itt.

A kérdés az volt, hogy mit jelent verseny és versenyképesség az egészségügyben. Először szeretném azt tisztázni, hogy a közgazdaságtan a verseny és versenyképesség tekintetében elsősorban arra helyezi a hangsúlyt, hogy egyfajta költség- vagy ráfordítás-csökkentés és a minőség javítása hogyan érhető el. A minőség javítása a legfőbb cél, amely versenyképessé tesz egy intézményt az egészségügyi ellátás különböző szintjein. Magam nem osztom azt a korábban itt elhangzott véleményt, hogy az egészségügyi ágazat olyan, mint egy pékség. Az egészségügyet nem lehet egy pékség szintjére, az ún. kompetitív szférának, tehát az üzleti életnek erre a szintjére degradálni. Abból indulok ki, hogy a verseny, versenyképesség elsősorban az intézmények működésének megmérettetése függetlenül attól, hogy ez üzleti vállalkozás vagy sem. Sőt itt nem is igazán lehet arról beszélni, hogy teljes egészében üzleti vállalkozásként működtethető hatékonyabban. Igazából itt kettős összefüggésről van szó, tehát nemcsak az ellátás oldaláról kell megnézni, hanem az ezzel szemben álló szükségleti oldalról. Meg kell nézni, hogy a páciens és az ellátó intézmények között milyen kölcsönkapcsolat van, van-e egyáltalán közöttük valamiféle összhang. Mert nem lehet leegyszerűsíteni úgy, hogy van egy termék, azt el akarom adni, de kérdés hogy kinek, milyen eredménnyel, és ki áll a háttérben mint finanszírozó. Tehát ebből a szempontból az egészségügyben a versenyképesség nagyon sajátos, rendkívül korlátozott fogalmat jelent. És e mögé természetesen oda kell helyezni azt a közfelelősséget is, amelyet a tulajdonosnak, a kormányzatnak vagy önkormányzatnak vállalnia kell. Én mindenekelőtt az ellátás és szükséglet harmonizálásán és kölcsönkapcsolatán keresztül határozom meg, hogy valamelyik intézmény versenyképes avagy sem. Ha ezt nem tudja biztosítani, akkor lehet üzletileg jó, de számomra az egészségügyi ellátó rendszer – mint

az egyik legfontosabb közellátó rendszer - versenyképességét nem tartom jónak, ha csak egy szegmens mentén határozza meg a versenyképességét.

DR. GOLUB IVÁN
az Uzsoki utcai kórház főigazgató-főorvosa,
a Magyar Kórházszövetség elnöke

Ott folytatnám, ahol a professzor asszony abbahagyta. Úgy gondolom, három dimenzióban tudom értelmezni a versenyképesség fogalmát vagy gyakorlati megvalósítását. Az első és a legfontosabb az ágazat versenyképességének és fenntarthatóságának kérdése. Ez a reális lakossági és társadalmi szükségleteken alapuló verseny ma már a túlélési verseny vagy a túlélési vetélkedés kategóriájává degradálódott. Azt hiszem, hogy a lakossági reális szükségletek teljesíthetősége a legnagyobb versenyfeladat, amiért az egész ágazatnak helyt kell állnia. E keretek között van egy olyan túlélési verseny, ahol például a pincehelyi kórház megmaradása nem kizárólag a mi második dimenzióba tartozó belső versenyünk kérdése, hanem olyan felelős politikai döntéshozatal kérdése, ahol szembesülni kell azzal, hogy az említett kórház szükségleteken alapuló működési környezete, körülményei és lehetőségei egyaránt érvényes versenyfeltételek közé helyezendők, mert rájuk ugyanazok a könyörtelen, megítélésem szerint helyes szakmai elvek alapján kényszerített versenyszabályok kell hogy vonatkozzanak. Ez egy kegyetlen, könyörtelen verseny, ahol egyenlő mércével kell mérni. Tehát azt gondolom, hogy az ágazatnak meg kell felelnie a számunkra elfogadott és kötelezően előírt szakmai versenyszabályoknak. Sokan szóltak itt a jogszabályi rendezetlenségről, és igazuk volt. Ha verseny van, akkor a magánszférára ugyanannak kell érvényesnek lenni, mint a közfinanszírozott egyéb tulajdonlású szereplőkre, itt is korrekt, tisztességes, szakmaorientált cél- és szabályzó rendszer alapján kell a verseny tisztaságát biztosítani.

Harmadik dimenziója a versenynek, amelyben szerintem a leggyatrábban állunk: a szomszéd országokkal vagy az EU-val való összevethetőségünk versenye. Itt a magánszolgáltatóktól nagyon világos és szép példákat hallottunk a helyzetükről, és én sem gondolom, hogy feltétlenül lerabolni akarják a magyar egészségügyet. Nagy kérdés, hogy mit nevezünk kimazsolázásnak, és a verseny mely kritériumait sütjük rájuk bélyegként, és mi az, ami rájuk süthető, azt gondolom, hogy nem sokkal több, mint az önkormányzati vagy az állami tulajdonlású intézményeknél. Európai viszonylatban majdnem pszeudo versenyben vagyunk, mert nem vagyunk igazi versenytársak. Tudjuk, hogy a számunkra nyújtott európai kihívás vagy kínálat vagy versenypozíció rendkívül korlátozott. Korlátolt álláspont azt gondolni, hogy ebben nem léphetünk előre, és nagyon szűk látókörű álláspont azt hinni, hogy ma ebben a pozícióban, ahol mi a túlélésért és valamiféle előbbre lépésért harcolunk, reális vetélytársai lehetünk azoknak, akiknek a kedvező működési paramétereit a mai előadásokban is érzékelhettük.

Azt gondolom, hogy a verseny e három dimenziójában a tisztességes verseny jogi szabályait, az ott elvárható tisztességes magatartást kell képviselni, amit egy vezérelhet: a betegellátás szükségleteinek erőnk szerint elérhető maximális kielégítése. Ezt én ma szerénynek gondolom.

DR. HAVAS SZONJA
az Észak-pesti Kórház orvos-igazgatója,
országgyűlési képviselő

Igyekszem az előttem szólókat nem ismételni, és egy kicsit más szemszögből megvilágítani

a kérdést. Azzal messzemenően egyetértek, hogy persze bizonyos fokig piaci helyzet van. De csak bizonyos fokig. A legfontosabb feladat továbbra is az, hogy azoknak is, akik piaci áron nem tudják megfizetni a szolgáltatásokat, azoknak is biztosítsuk azt az egészségügyi ellátást, ami egészségük helyreállításához vagy az emberi életmódhoz, életszínvonalhoz szükségeltetik.

Az országban számos olyan szabad kapacitás van, amelynek megfelelő módon történő becsatornázása komoly lehetőségeket teremt az egészségügyi ellátó intézmények fejlődéséhez. Ez vonatkozik a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásra, és vonatkozik nagyon fontos ágként a gyógyturizmusra is. Ebben, úgy gondolom, nagyon nagy és kihasználatlan lehetőségeink vannak. Főleg addig – és ez viszont már nem a pozitívum kategóriája –, amíg fel tudjuk venni a versenyt az EU-tagállamokkal, leginkább azért, mert a munkaerő ára nálunk igen olcsó a régebbi EU-tagállamokhoz viszonyítva. Ezzel sikerül némi versenyképességet teremtenünk. További fontos szempont versenyképességünk megteremtésében: a forrásokért való küzdelem, azokért az igen korlátozott forrásokért, amelyek jelenleg rendelkezésünkre állnak a költségvetésben, együtt a többi nagy elosztó rendszerrel. Itt jelzem, hogy a szociális, az oktatási vagy bármelyik elosztó rendszer érdekérvényesítő képessége tulajdonképpen az a versenyhelyzet, amelyben pedig jelenleg nem a legjobb pozíciót foglaljuk el. Ezért szükséges az is, hogy olyan struktúrában működjön a mi ellátó rendszerünk, ami ezt az alkupozíciót, a versenyhelyzetet a forrásokért való küzdelemben javítani tudná.

DR. KINCSES GYULA

Fel lehet tenni a kérdést, hogy a magyar egészségügy kapacitástömege és a közfinanszírozás közötti diszkrapencia hogyan oldható meg. Egyik megoldás a kapacitások csökkentése. A másik megoldás többletforrások szerzése, éspedig részint a közfinanszírozási források növelésével, de kizárólag ezzel bizonyosan nem oldható meg, hanem egyéb források kellenek, és ebben valóban a nem magyar betegek ellátását végig kell gondolnunk. Ugyan nem tisztem, hogy moderátorként erről beszéljek, de itt kénytelen vagyok egy kitérőt tenni, mert nem kizárólag az EU-tagállamok várólistás betegeinek operálásában kell reménykednünk, mert én ezeket a reményeket egy picit túlzottnak gondolom, hanem például a határ menti együttműködésekben is. Ennek a belátható távolságokban, a család által látogatható területeken van lehetősége. A magyar egészségügy számára egy kitörési pont szerintem az, ha azt célozzuk meg, hogy a térség vezető egészségügyi szolgáltatói vagyunk. Tehát nem kizárólag az EU-tagállamok felé kell kacsingatni kapacitásainkkal, hanem igenis van igény minőségi szolgáltatásokra egyéb szomszédaink, tehát keleti és déli szomszédaink körében. Ott is vannak olyanok, akik meg tudják ezeket fizetni, és ne menjenek Insbruckig, Bécsig, hanem álljanak meg Szegeden, Debrecenben, Pécsett vagy jöjjenek Budapestre. Tehát ezt a szempontot szerintem nem szabad kihagyni.

Ha versenyről van szó, akkor ez általában piaci kategória, amelyhez nyilván valamilyen fogyasztói érdek is kapcsolódik. Kérdezném tehát a jelenlévőket, hogy a versenynek vesztese vagy nyertese lehet-e a beteg.

DR. GIDAI ERZSÉBET

Mielőtt erre válaszolnék, szeretnék valamit elmondani. Itt forráshiányról beszélünk és forráskeresésről, mert valóban egy forráshiányos ágazatról van szó. De azért szeretném

megemlíteni, hogy 1990 és 2001 között 51,5 %-os forráskivonás történt az egészségügyből reálértéken számolva. Ez óriási erőforrás-megcsapolása éppen annak az ágazatnak, amelynek fogyasztója a nemzet minden egyes polgára, tehát azt mondom, hogy valamivel több mint 10 millió lakos, akik ebben veszteségként jelennek meg. Ezt az erőforrás-mennyiséget a kormányzatnak valamilyen formában vissza kell pótolni, a költségvetés tartalmaz annyi tartalékot, amiből ezt meg lehetne tenni. Ha megnézzük a költségvetés kiadás és bevételi oldalait, akkor látható, hogy a magyar költségvetés bevételének döntő többségét a háztartások, a családok adóbefizetései biztosítják. Tehát, ha ebből a konszolidációs alapba helyeznének valamit – mert társadalombiztosítási járulékalap a járulékfizetők arányának csökkenése miatt erre nagyon kicsi fedezetet ad -, akkor egy racionális konszolidációval ezeket a nagy kérdéseket az egészségügyben meg lehetne oldani. Azért tartom ezt kiemelkedően fontosnak, mert valójában nagyon súlyos kihívások előtt áll az ellátási és a szükségleti oldal egyaránt. Ismeretes például, hogy a magyar népesség demográfiai helyzete és a korfa mennyire eltorzult, de ez Európában más országokra is jellemző. Szembe kell azzal nézni, hogy a felgyorsult elöregedéssel kapcsolatban, hiszen nincs megfelelő utánpótlás, a demográfiai hullám nagyon mély pontra ért el. Ezért egy más típusú ellátási rendszert kell kialakítania az egészségügyi ágazatnak. A fekvőbeteg-ellátásban majdnem 80 % a 60 éven felüliek aránya. Nyilvánvaló, hogy e téren az egészségügyi problémák erősen szociális jellegű kérdéseket is magukba foglalnak, tehát más jellegű ellátásra van szükség, és ráadásul ennek a korosztálynak a fizetőképessége is nagyon szerény.

Szintén a fogyasztók, a páciensek oldaláról kell vizsgálnunk a magyar társadalom rétegződésének olyan irányú elmozdulásait, hogy nőtt az alacsony jövedelmű, az elszegényedő rétegek aránya a nagyobb fizetéssel, jövedelemmel rendelkezők felső rétegekhez képest, továbbá 1 millió 200 ezer tartós munkanélkülivel számol egy nem olyan régen készített tanulmány. E széles marginalizálódott réteg egészségügyi ellátása nagyon súlyos problémákat okoz.

Végül harmadik kérdésként a fogyasztói oldalról szeretném kiemelni, hogy valójában az egészségügyi ellátási rendszer ma még kevésbé számít a migrációs folyamatok hatására. Elindult egy olyan mozgás, ami nemcsak az európai uniós országok közötti szabadabb áramlásban jelenik meg, mert észlelhető vagy várható egyfajta nyugatról kelet felé áramlása annak a szintén marginalizálódott rétegnek, amely kevésbé tud a kis jövedelméből megélni valamilyen munkanélküliként Nyugat-Európában, és majd áttevődik az élettere erre a területre, mondjuk Magyarországra. Számolni kell az EU-n kívüli országokból történő migráció folyamataival is, például elég nagy számban kínai és más ázsiai országokból áramlanak be, akik megint más ellátási problémákkal fognak megjelenni. Másfelől az egészségügyi ellátásnak azzal kell szembenéznie, hogy várható a munkaerői egy részének eláramlása a rendkívül silány, szégyenteljesen rossz jövedelmi viszonyok miatt, és annak következtében, hogy az az infrastrukturális színvonal sem biztosított az ellátásban, amellyel a tehetséges, jól felkészült és nagyon jól képzett orvos- és ápoló-személyzet itt megtalálná a számításait. Tehát kettős szorítás az, ami rendkívül nagy kihívást jelent, és ennek megoldására nagyon komoly kormányzati stratégiai programnak kell választ adnia, megkísérelve felszámolni az említett ellentmondásokat, mert piaci oldalról ez lehetetlen.

Elfogadom, hogy jó, hogy ha ide jönnek a gyógyturizmus keretében azok, akik itt gyógyítják magukat, és az ottani biztosítóval szerződést kötnek, ami egy kis forráspótlást hoz, de alapkérdésekre nem ad választ, és nem ad elegendő forráslehetőséget sem. Igen sok elemzés és számítás igazolja ezt.

DR. GOLUB IVÁN

Csak csatlakozni tudok az utóbbi mondatokhoz. Én is úgy gondolom, hogy csak a piac oldaláról szilajon engedni és érvényesülni hagyni ezeket a tendenciákat – ez hibás dolog. Felvetődött, hogy itt az a kérdés, hogy a beteg oldaláról hogyan látjuk a szükségletek indokoltságát. Két dologra szeretnék kitérni. Az egyik: a határmenti együttműködés a szomszéd országok betegeinek ellátásában. Nagyon sok határmenti kórházunk jelezte ilyen irányú szándékát Balassagyarmattól Kisvárdáig és Makóig, ami teljesen jogos, és azt hiszem, hogy nagyon jó irány. Azonban a jelenlegi helyzetben (tegnap tárgyaltunk az OEP vezetőivel a volumenkorlátos finanszírozás 2005. évi realitásairól) világosan látszik az az ellentmondás, hogy ha azok az intézményeink, amelyek a versenyszellem, a beteg-érdeklődés irányában nyitottságot mutatva túllépik volumenkorlátaikat, akkor veszteséget termelnek. Szembesülünk tehát azzal az ellentmondással, hogy vajon a mi struktúránk és finanszírozhatósága milyen mértékben van összhangban ezzel a szellemiséggel.

Mondanék egy másik példát. Abban a kórházban, ahol rossz körülmények között dolgozó, de olyan világszínvonalú ortopéd-ellátás van, amelynek a fél kapacitását meg tudnánk tölteni nyugat-európai emberekkel, ott az osztályvezető főorvost korlátozzuk: nem operálhat annyit, amennyit szeretne, csak annak a felét. Tehát a versenyképesség határa az, hogy fél év alatt túlteljesíti azt a volument, amit egy még rentábilisan működő kórház megengedhet magának. Ezért meg kellene szüntetni a jelenleg még érvényes jogszabályi aberrációkat, amelyek terhelik rendszerünket.

DR. HAVAS SZONJA

Azzal, hogy valóban módosítani kell a struktúrán azért, mert egy elöregedő ország lakosainak másféle ellátásra van szüksége, messzemenően egyetértünk, és az is cél, hogy ennek az elöregedő lakosságnak az elvárásait próbáljuk teljesíteni. Valamennyiünknek látnunk kell, hogy fekvőbeteg-struktúránk nem ehhez idomul, nem így alakul. Ez természetesen nagyon komoly pluszforrásokat igényel, hiszen tudjuk, hogy aktív osztályok fenntartása nagyságrendekkel többe kerül, mint egy krónikus vagy rehabilitációs osztályé, de még akár egy „sima” belgyógyászati osztály működtetése is.

Mit jelent a versenyképesség vagy a versenyképesség javítása a páciensek szempontjából? Ha a többi gazdasági ágazatot nézzük, ahol már valódi piac van, akkor mondhatjuk, hogy pozitívak a tapasztalatok. Ebben az esetben általában javul a minőség, illetve nagyobb küzdelem folyik a vevők megszerzéséért. De az egészségügy csak egy kvázi piac, nem valódi piac még tőlünk nyugatra sem. Ott, ahol ellátási kötelezettség van, nem is lehet az egészet piacosítani, és nem is szabad. Más kérdés, ha olyan új szolgáltatások vagy olyan új szolgáltatók jelennek meg, amelyek, illetve akik fokozzák a versenyképességet. Úgy gondolom, hogy ez az esetek döntő többségében a páciensek javát szolgálhatja. Beszélhetünk itt a megjelenő új ellátási formákról, az új diagnosztikáról, amelyek természetesen a betegek életérzését javítják. Az is igaz, hogy az elvárások viszont innentől kezdve jelentősen megnőnek, mert ha például új diagnosztikai formákkal találkoznak a betegek, ezek már inkább a kötelező ellátási formák vagy diagnosztikai formák közé kerülnek, ami viszont megint jelentősen növeli a költséget, és ennek a finanszírozása igen nehéz. A forráskivonások egy részének, illetve a források csökkenésének nagyon komoly tényezője volt, hogy a bevételi oldal nem nő, sőt csökken, a járulékfizetés jelentősen romlik. A mai napig nem igazán rendelkezünk korrekt és

konkrét adatokkal arról, hogy hányan és milyen mennyiségben fizetik az egészségügyi szolgáltatásért a járulékokat, az adót az egészségügyi ellátásért. Csak annyit lehet tudni, hogy jelenleg alig 3 millióan fizetik azt a járulékot, ami 10 millió magyar lakos ellátását szolgálná. Ebből következik, hogy egyre nagyobb állami forrásokra van szükség a kieső bevételek pótlásához. Ha plusz források jelennek meg, és ezzel az ágazat versenyképessége is javul, úgy gondolom, ez messzemenően a betegek érdekeit szolgálhatja.

DR. KINCSES GYULA

Hallottuk az arról szóló megállapítást, hogy a verseny nemcsak az egészségügyön belül és azokban a dimenziókban érdekes, amikről eddig beszéltünk, hanem fontos tényező az ágazat más ágazatokkal szembeni versenypozíciója is. Az egészségügyi lobbi köztudottan hihetetlenül jó, amikor egy kórházbezárás ellen kell a saját médiakapcsolaton keresztül küzdeni, és hihetetlenül rossz, amikor az ágazat globális érdekeiért kell küzdenünk.

A magyar egészségügy egyik alapvető tisztázatlansága, hogy nem merünk válaszolni arra a kérdésre: mi is az egészségügy, közellátási rendszer vagy szolgáltatási rendszer. Azt hiszem, erre a kérdésre persze nem lehet igen-nem típusú választ adni, kizárólag valamilyen mixben lehet gondolkodni. De az elhangzottak alapján végig azt járt az eszembe, hogy ha ez közellátási rendszer, akkor a verseny a közforrások megszerzéséért és alapvetően lobbi-pozíciók révén zajlik. Ha pedig szolgáltatási rendszer, akkor nagyobb szerepe van a fogyasztónak. Tehát a fogyasztó tudniillik választ, a fogyasztónak értékítélete van, nem pedig juttatásban részesül, és ma még nálunk az egészségügyben inkább ez utóbbi a jellemző.

Visszautalnék képviselő asszonynak arra a mondatára, hogy nem tudjuk, hány a járulékfizető. Szeretném kérni, amennyiben képviselő asszonynak erre ráhatása van, a törvényhozást abba az irányba elvinni, hogy valamilyen módon megtudjuk, mennyi a járulékfizetők száma, mennyi járulékot fizetnek, mert nekem meggyőződésem, hogy ez a járulék jóval több, mint amit nekünk a Pénzügyminisztérium bevall.

DR. HAVAS SZONJA

Természetesen a törvény erejénél fogva megpróbálkoztunk ezzel a kérdéssel, de az adótitok létezése megállj-t szabott annak, hogy utánamehessünk, hogy mondjuk a nagy állami cégek vagy a nagy magáncégek közül melyik az, amelyik fizet, és mennyi járulékot fizet. Ugyanis amióta az APEH szedi a járulékokat, azóta ez adótitoknak minősül. Legfeljebb a végösszeget tudjuk meg, de még ez sem teljesen korrekt összeg, ehhez sem tudunk mindig hozzájutni. De ez csak a végösszeget jelenti, nem terjed ki az egyéni járulékfizetésre, annak csökkenésére. Tudjuk, hogy vállalkozók vagy egyéb üzleti szférában működők közül is számosan minimálbéren vannak bejelentve, ebből következően minimális járulékot fizetnek. Óriási rétegek vannak, akik csak az egészségügyi hozzájárulást fizetik járulék nélkül, pedig az egy minimális összeg, de állampolgári jogon maximális ellátás jár nekik.

2000-2001-ben 360 milliárd forint fölötti volt a kintlevőség, a tartozás a társadalombiztosítási alapnak. Ebben voltak cégek, külföldi cégek is, nem egyéniek.

Jelenleg nincs törvényi lehetőség arra, hogy a járulékot nem fizetőkkel szemben komolyabb retorziót lehessen alkalmazni, 15 év alatt nem sikerült a törvényhozásnak ezt a kérdést megoldania. Ellentétben például Németországgal, ahol cégfelszámolásnál, csődeljárásnál, bármilyen tartozásnál az első, amit kifizettetnek, az a tb-tartozás. Magyarországon sajnálatos módon ilyen jogszabály még nincs.

DR. GIDAI ERZSÉBET

Súlyos problémának tartom, hogy nem tudjuk, milyen Magyarország népességének egészségi állapota. Tehát nincs rendszeres nyomon követése az egészségi állapot alakulásának, mert ezek a vizsgálatok abbamaradtak. Egy rendszert nem lehet annak ismerete nélkül működtetni és prognózist, stratégiát kidolgozni, hogy valójában milyen típusú, milyen minőségű populációval kell majd az egészségügynek találkoznia. Ha erre konkrét, statisztikailag is mérhető empirikus vizsgálattal, nyomon követéssel nem kap információt az ellátó rendszer, akkor folyamatosan ellentmondás jelenik meg az ellátás és a szükségletek, illetve azok kielégítettségi szintje vagy várható kielégítettségi szintje között, és permanensen egy úgynevezett túlkeresletes állapot újratermelése jelenik meg.

Az ellátási rendszer fontos elemének tartom annak vizsgálatát, hogy a kibocsátás esetében hogy kerül ki az ellátási körből a páciens. Ismert elv, hogy ha ráfordítást minimalizálom – ami hatékonyságot is tükröz, versenyképességet a szó nemes értelmében és nem csak a piaci értelmében – akkor maximalizálom a kibocsátást, vagyis életminőséget adok vissza. Hogyan tudjuk megállapítani, hogy ezt a nagyon alapvető kötelezettséget teljesítette-e vajon az ellátó rendszer, ha ez a fajta betegkövetés vagy nyomon követés hiányzik? Ezt természetesen a háziorvosokon keresztüli statisztikai nyilvántartásokkal lehetne nyomon követni. Tehát összegezve: egy rendszer hatékonyabb, a szó nemes értelmében versenyképesebb működtetéséhez ezek alapvető követelmények lennének.

DR. KINCSES GYULA

Az adatok szükségességében nincs köztünk vita professzor asszonnyal. Két dologban van vitánk. Az egyik: nagyon sokáig abszolút igaz volt, hogy kizárólag az ellátó rendszerből és a halálozásból kapott adataink voltak az egészségi állapotról, és ez nem megfelelő. Az ezzel kapcsolatos munka már elindult az OEP-pel. Szomorúan mondom: bár már ott tartanánk, hogy nem elég pontosak az adataink. Úgy gondolom, annak alapján, hogy a szerkezetben mit vontunk le következtetésként a demográfiai változásokból, a megbetegedési viszonyok, a szociális különbségek változásaiból, nagyon jó információkkal rendelkezünk ahhoz képest, hogy a szakmapolitika és a politika nem meri levonni azokat a strukturális következtetéseket, amiket ezekből az adatokból le kellene vonni. Ebben talán az hozhat valami változást, ha egy konzekvens térségi szemléletű, regionalitásra épülő tervezési folyamat elindul az ellátó rendszerben, ami az igazságos, szükséges arányos hozzáférést tudja biztosítani. Tehát, ha ez a két dolog összeér, az információgyűjtés és az adekvát válasz, akkor lesz előrelépés.

DR. GOLUB IVÁN

A legnagyobb előrelépést e területen két olyan témában értük el, amiről sokat beszélünk. Az egyik: az irányított betegellátás ellen intézett támadással a kórházszövetség kongresszusán, amikor hiányoltuk a fejkvóta-számítással kapcsolatos paramétereket és vizsgálati elemzéseket. Mit hozott az élet? Azt hozta, hogy látványosan felgyorsult, és eredményes volt ez a munka, amiben sokan részt vettek, illetve részt vettünk. A másik: a népegészségügyi program ilyennek vagy olyannak nevezett verziói. Ez megint az a terület, amire, azt gondolom, ki kellene minden

politikai kurzusnak a figyelmét terjesztenie, mert ezek azok a kezelhető témák, most nem beszélek itt műhelymunkákról, amelyekben szerencsére azért vannak eredmények.

DR. KINCSES GYULA

Mindenkinek köszönöm ezt a fegyelmet, hogy tudtunk az előző izgalmas, hosszú vita kapcsán beszélgetést folytatni. Abban foglalnám össze eszmecserénket: úgy tűnik, hogy a verseny ma még nem a fogyasztókért, a betegekért, hanem a túlélésért zajlik, de tudnunk kell, hogy a beteg számára megélhető és egyébként pedig számon kérhető minőség biztosítása az igazi cél.