



Javaslatok az egészségügyi változtatásokra

A közelmúltban sokszor elkezdett és reformoknak nevezett változtatásai után most ismételten azt gondoljuk, hogy az egészségügyben az **alapsvető változtatások** elkerülhetetlenek. Ebbe az irányba mutatnak a megváltozott strukturális, szervezeti tényezők, a változtatások irányába mutató feszültségek és az igények.

Ezért is tartottuk szükségesnek változtatási javaslataink összefoglalását.

Javaslatunkat a változtatásokra vonatkozó ismereteink folyamatosan bővítik.

A felkészülési fázisban közzétettük felhívásunkat és elkészítettük javaslatunk első változatát a beérkezett vélemények felhasználásával és azt a MOTESZ Magazin márciusi számában közzétettük. A beérkező vélemények felhasználásával és a kormányprogram ismeretében készült javaslatunk újabb változata, melyet a MOTESZ Magazin júniusi számában közöltünk és a Szövetségi Tanácsülésünkön 2010. június 16-án megtárgyaltunk. Mostani javaslatunk az ott elhangzott észrevételek és a megküldött javaslatok figyelembevételével készült.

Mi volt a célunk a javaslat elkészítésével?

Nem egészségpolitika készítése, mert az nem a mi feladatunk! Azt akartuk megtudni, hogy a megkérdezettek milyen, középtávon is megvalósítható fejlesztési, változtatási elképzelésekkel rendelkeznek, és mernek-e, tudnak-e azokról felelősséggel nyilatkozni. Úgy gondoltuk, hogy a megkérdezettek és az Elnökség véleményét tagegyesületeinknek is hasznos lesz megismerni.

Tudjuk, hogy az országos stratégiai döntéseket a politikusok hozzák/hozzák, de ők is hozott/kapott anyagokból dolgoznak. Azt állítjuk, hogy a közeljövő döntéseihez az előkészítő anyagok nagyjából már elkészültek, vagy az irodalomból ismertek, ezért a döntéshozóknak a szerepe elsősorban a felelősségteljes választás a lehetséges alternatívák közül.

Feladatunknak azt gondoljuk, hogy a választható döntési alternatívákhoz, a kormányprogram ismeretében szakmai érveket sorakoztassunk fel.

Azt tervezzük, hogy számba vesszük és bemutatjuk az egészségügy működéséhez szükséges szakmai, gazdasági és vezetői feltételeket, a lehetséges kompromisszumokat és a várható egyéni, vezetői és etikai kockázatokat.

Azt gondoljuk, hogy az elkészülő anyagok segítik tagegyesületeink tagjait abban, hogy a különböző szintű döntésekben jobban meg tudják alapozni állásfoglalásukat.

Meggyőződéssel valljuk, hogy a MOTESZ képes ilyen szerepet is vállalni!

Milyen kihívásokat látunk a szakirodalom tanulmányozása alapján?

- Az orvostudomány hatalmas fejlődése és az eredményeket felhasználó rendszer széttöredezettsége, szervezetlensége,
- A hozzáférés növelésének igénye és a költségek,
- A betegellátás kiszámítható és bizonytalan jellege,
- Az új tervezési alapelvek és az új típusú vezetők hiánya,
- Amit értéknek tartunk, az a jó eredmény a leghatékonyabban,
- Az orvosi tudás leképezhetősége standardizált folyamatokra,
- A betegeknek segítő teljesítménymérés,
- Kolokáció és a hagyományos osztályszerepek,
- Az orvosi szerepazonosulás, az autonómia és az ellátás minősége,
- Az erős vezetők és megfelelő szervezeti kultúra,

Néhány hazai kihívás:

- az ország demográfiai helyzete,
- a lakosság egészségi állapota,
- az egészségügyi dolgozók társadalmi megbecsülése,
- az ágazati stratégia hiánya
- az ellátás ágazati szintű szabályozása és támogatása elégtelen,
- a megelőzés és a gyógyítás koordinálatlan,
- a szakmai munkát akadályozó elavult vezetési módszerek és a sok, felesleges adminisztráció,
- az informatika adta lehetőségek kihasználatlansága,

Mit tartunk az egyik fő problémának?

Azt, hogy az intézményekben a súlyos forráshiány ellenére sem érvényesülnek általánosan a gazdasági, célszerűségi és hatékonysági megfontolások. pl.:

- az ellátás menedzselése,
- az értékorientált teljesítménymérés,
- a klinikai teljesítménymenedzsment, mint a rendszer fejlesztése,
- a mindennapi működés standardizálása,
- a klinikai döntéshozatal és a feladat-végrehajtás szabályainak egységesítése, az erőforrások összehangolása,
- a folyamatszervezésnek kedvező szervezeti kultúra, és azaz alapelv, hogy **a legjobb üzleti stratégia az elsőrangú ellátás,**

Nem vagyunk elégedettek a jelenlegi helyzettel, mert:

- tovább nőttek az esélykülönbségek,
- a hátrányos helyzetű népcsoportok és az idősek egészségi állapotmutatói drasztikusan romlottak.
- leromlott az egészségügyi munkahelyi környezet és
- rossz a dolgozók munkahelyi közérzete, méltánytalanul alacsony a jövedelmük.
- a tartósan forráshiánnyal működő intézmények állapotáért az állami, a tulajdonosi és az intézetvezetési felelőségek özszemosódtak,
- esetenként indokolatlan az intézmények terheltsége és túrhetetlen az alulfinanszírozottsága.

A javasolt változtatások eredményeként az orvos-szakmailag indokoltan közfinanszírozott intézményrendszer fenntartható és finanszírozható működését várjuk, ahol magas színvonalon történik a betegek szükségleteinek a kiszolgálása.

A változtatásokhoz az ágazati motivációs feltételeket összességében kedvezőnek tartjuk:

- a politikai döntésekhez adott a szükséges erejű parlamenti többség,
- az egészségügy határterületeit közvetlenül is érintő ágazatok közös irányítás alá kerültek,
- az egészségügyi dolgozók érzékelték az elmúlt évek dialógusképtelenségét, a konszenzusteremtés hiányát, az etikai problémák helytelen kezelését, a méltánytalanul alacsony jövedelmeket.

A főbb változtatási okok ismeretében a kedvezőnek tartott motivációs feltételekhez társulnak a társadalmi és az ágazati változtatási igények is.

Tudjuk, hogy a változtatási lépések megtételétől a változtatások stabilizálásáig nagyon sok a teendő.

Végiggondoltuk, hogy ebben a munkában milyen szerepet tudunk vállalni. Tudjuk vállalni a modern vezetési-irányítási módszerek-ismerete terjesztését. Tagszervezeteinkkel együttműködve hozzá tudunk járulni az intézményi-szakterületenkénti szükséges motiváció megteremtéséhez, és az ágazati motiváltság fenntartásához.

Közre tudunk működni a létrejövő új értékeknek megfelelő szakmai magatartásformák és meggyőződések megteremtésében és a változtatások beépítésében az intézeti szervezeti élet meghatározó elemeibe: a szakmai személyiségekbe, a csoportnormákba és a szervezeti kultúrákba, a szabályozásba és a struktúrákba.

Közreműködésüinktől a létrejövő változások stabilizálása várható.

Célok, szervezeti célrendszer

Alapvető célnak tartjuk, hogy

- az egészség-gazdaság valamennyi szereplője a lakosság (a betegek) szükségleteinek kiszolgálásában, egészségi állapotának és életminőségének javításában döntő mértékben legyen érdekelt,
- a hatékony szervezetekben a fejlesztési és működési forrásokat (európai, hazai, helyi) országosan megtervezett, konszenzussal elfogadott, világos, ágazati szakmapolitikai programok és egészségügyi struktúra-tervek alapján használják fel,
- teljesítmény- és változásmutatókkal folyamatosan ellenőrizték a megvalósítást és működtetést,
- az egész folyamatból zárják ki a korrupciót,

Ennek eredményeként lehet az ágazat működése:

- rendszerszerű, és következetes,
- a tervezés hosszútávú,
- a stratégiai beavatkozások összehangoltak,
- a szervezeti kapacitások alkalmasak és elérhetők,
- a szabályozás és a finanszírozás kiszámítható,
- a közös jövőkép alapján az ágazati szereplők között folyamatos a párbeszéd,
- valamint átlátható módon és hatékonyan működnek a szakmai és civil egyeztető fórumok.

A változtatás érintse az ágazat egészét! (működését, struktúráját, szabályozását, vezetési-irányítási rendszerét, és kultúráját)

A kiinduló állapot

Meg kell változtatni:

- az egészségre ható egyéni és külső tényezők jelenlegi kezelésének gyakorlatát,
- a betegek anyagi terhelését,
- az esélykülönbségeket,
- a hátrányos helyzetű népcsoportok és az idősek állapotmutatóinak romlását,
- a hosszú várólistákat,
- az orvosok és szakdolgozók elvándorlását külföldre,
- a lepusztult infrastruktúrát,
- a szükséglet, struktúra, finanszírozás összhangjának megbomlását,

- az alacsony hatékonyságú szervezetek bebetonozódását,
- a rendszer működésének szabályozását,
- és azt, hogy a döntéshozók az egészségügyet nem tartják a magyar gazdaság egyik húzóerejének.

Nem kell megváltoztatni a szolidaritás elvű, nemzeti kockázatközösségen alapuló egységes társadalombiztosítási rendszert, az ÁNTSZ szükségességét, a megyei rendszert, és a kialakult szakmai ellátási szinteket.

Összességében úgy látjuk, hogy:

- rendezetlenek a működési, és a tulajdon viszonyok,
- káosz van a betegutak rendszerében,
- az egyes földrajzi területek egészségügyi szükségleteit lefedő kapacitásokhoz elégtelenek a források,
- a minőséghez és a hatékonysághoz meghatározatlanok az értékorientált teljesítménymérés módszerei és a különböző ellátási szintek,
- a sokszor egymásnak ellentmondó jogszabályok bizonytalanná teszik a szereplőket és kikerülhetővé a rendszer szabályait,
- a működő informatikai rendszerek nem szolgálják felhasználóbarát módon a gyógyítást és a vezetési, irányítási feladatokat.(pl.: hiányzik a protokollok lépéseinek, betartásának, hatásának a követése, a naprakész tudás támogatása)

Az **alapellátás** adminisztrációs feladatokkal túlterhelt, a valódi prevenció feladatok, és a definitív ellátás a házi orvosi praxisokban háttérbe szorulnak, a házi orvosi munkát segítő csoportok nem működnek, a házi orvosi pálya elvesztette vonzó hatását, bonyolult a praxishoz jutás, főleg vidéken teljesen leállt a régóta kívánatos generációváltás, érződik az egységes alapellátási szabályrendszer hiánya. A beutalási rend, a szakmailag meghatározott kiemelt térítéssel rendelhető gyógyszerekkel kapcsolatos szabályok indokolatlanul szűkítik le az alapellátásban dolgozó szakorvosok, esetenként a foglalkozás egészségügyben dolgozók szakmai mozgásterét, egyúttal indokolatlanul növelik a járóbeteg szakellátás forgalmát.

Sok területen összehangolatlan az ügyeleti és az intézményi sürgősségi ellátás, évek óta szabályozatlan a „házi orvosi ügyelet” szakmai tartalma és kompetenciája.

Az alapellátás is napi gazdálkodási gondokkal küszködik az alulfinanszírozásból eredően. Javasoljuk az alapellátásban dolgozó kisvállalkozásokat a kórházakhoz hasonlóan konszolidálni: egy havi finanszírozással a finanszírozási időt 3-ról 2 hónapra csökkenteni.

A házi betegellátás, a lakóközösségre alapozott rehabilitáció és a kórházi ellátást kiváltó otthoni szakápolás szervezetének és szakmai tevékenységének átgondolása sürgető és alapvető, mivel mind a területi ellátási kötelezettség, mind a kapacitás-szabályozás, mind a finanszírozás tekintetében a rendszer jelenleg nem tud megfelelni sem a szakmai elvárásoknak, sem a valós igényeknek. A területi egyenlőtlenségek kiegyenlítése érdekében számításba kell venni ezeknek a tevékenységeknek az újra pozicionálását, az alapellátáshoz történő integrálását.

A betegszállítás területi kapacitás-különbségei, szervezeti hiányosságai, és alulfinanszírozottsága ellehetetleníti a járóbeteg szakellátásban bevezetett előjegyzési rendszert mind a diagnosztikai, mind az egyéb konziliáriusi szakmák területén. Javasoljuk a betegszállítás központi (állami) keretek közé visszavételét az OMSZ irányításával és felügyeletével, megengedve a jól működő kisvállalkozások integrálását is.

A **járóbeteg-szakellátás** a csökkent forrásokkal és az emelkedett forgalommal nem tudja a kívánt mértékben tehermentesíteni a kórházi ellátást, mert elégtelen

mennyiségben és minőségben nyújt lakosság közeli definitív ellátást. Alacsony az egynapos beavatkozások aránya, sokszor keverednek a szakrendelési és a szakgondozói feladatok.

A **fekvőbeteg-ellátásban** megbomlott a területi lakossági szükségletek és a közfinanszírozott kapacitások, valamint a betegutak és a hozzájuk tartozó beutalási (progresszivitási) szintek összhangja.

Az orvosi tevékenységek esetlegesen szerveződnek a betegek szükségletei köré.

Az indokolatlanul és egyenetlenül terhelt, alulfinanszírozott intézmények működtetésében nem érvényesülnek általánosan a célszerűségi, gazdaságossági és hatékonysági megfontolások, összerosódnak az intézetvezetési, tulajdonosi és állami felelősségek. Az időről-időre felhalmozódó adósságok veszélyeztetik az ellátás minőségét.

A kórházon kívüli **sürgősségi ellátás** minősége sok esetben a mentőszolgálat aktuálisan rendelkezésre álló személyi és eszközállományának függvénye.

A **finanszírozás** nem értéken történik, nem eredményorientált, bonyolult, nem kiszámítható, évekre előre nem tervezhető, nem ismeri el az amortizációt, nem ösztönzi az optimális betegutak választását és nem segíti elő a területi és szakmai egyenlőtlenségek felszámolását.

Az egészségbiztosítási pénztár finanszírozó és ellenőrző szerepének a szabályozása bonyolult és ellentmondásos.

A **gyógyszergazdálkodásban** indokolatlanul növekedtek a biztosítói kifizetések és a lakossági terhek.

Az **ÁNTSZ forrásai** indokolatlanul csökkentek és hatósági jogosítványai meggyengültek.

A népegészségügyi és az egészségügyi feladatok tervezése, végzése, összehangolása koordinálatlan.

Hiányzik az **ágazati életpálya-modell**, az orvosi ismeretek létrehozása és alkalmazása különválasztódik, a képzés és továbbképzés nem igazodik a szükségletekhez, vitatható a rezidensképzés szabályozása, tisztázatlanok a dolgozói kompetenciák, a foglalkozási státuszok jelenlegi formái felett eljárt az idő, esetenként méltatlanok a munkakörülmények és a bérezések, ugyanakkor változatlanul súlyos gondként működik a hálapénz-rendszer.

A változtatásokhoz a tudományos (elméleti és gyakorlati) feltételek adottak, valamennyi technikai feltétel elérhető és/vagy megteremthető a szükséges források biztosításával. A politikai döntésekhez adottak a feltételek. A társadalmi-kulturális feltételek az országban egyenetlenek, intézményenként eltérőek, ami befolyásolja a változtatások megtervezését.

A szervezeti megoldások mintái adottak, a szabályozási feltételek megteremthetők. A szükséges tervezési, áttervezési feladatok rövid időn belül azonosíthatók, elkezdhetők. Megfelelő motiváltsággal és kommunikációval jó irányba befolyásolhatók és biztosíthatók a szükséges személyes feltételek. Mivel az ágazati dolgozók változtatási hajlandósága szakmai területenként és intézményenként is nagyon különböző, a tervezésnél ez is fontos tényező, valamint az, hogy a megfelelő kompetenciájú dolgozói létszám biztosítása nem csak szabályozást, hanem sok-sok oktatást-képzést és új dolgozók alkalmazását is jelenti.

Nem ismerjük jelenleg a rendelkezésre álló és a szükséges erőforrásokat, ezért számszerű adataink hiányoznak, de ez természetes, hiszen a reális forrás-szükségletek a tervezett változtatások minőségének-mennyiségének és a megvalósítás ütemezésének ismeretében határozhatók meg, számolhatók ki

pontosan. De azt megjegyezzük, hogy az erőforrások közé soroljuk a jelenlegi rendszerből kinyerhető, felesleges célra tartalékol/tervezett, illetve a struktúra és a működés rendezetlenségeiből megtakarítható, felhasználható forrásokat is.

Az erőforrások meghatározásának javasolt módszertana: a milyen ellátást tudunk nyújtani erőforrásainkkal kérdésfeltevés helyett, a tervezett/szükséges ellátáshoz milyen erőforrásokra van szükségünk, és hogyan alakítsuk át az erőforrás-felhasználás rendszerét?

Azt gondoljuk, hogy az ágazat megnyugtatásához és tartós motiválásához olyan változtatások vezetnek:

- amikor a döntéshozók tudják, mit akarnak, (közös a jövőkép és az értékek)
- a célállapot felé vezető ösztönző erők egyértelműek,
- szakmailag indokoltak,
- megvalósíthatók,
- intézeti és szakterületi szinten is jól értelmezhetők,
- jól ütemezhetők,
- ellenőrizhetők,
- az alkalmas és elérhető szervezeti kapacitások támogatják,
- a szakmai szervezetek részéről is nyíltan és tartósan támogathatók.

A létrehozandó változások tartós működőképességét biztosítja, ha meghatározzák:

- az ellátórendszer tulajdonviszonyait és működési módjait,
- a teherviselőket a fejlesztés, beruházás, felújítás, működtetés területén,
- a szükséges forrásokat,
- a minimumfeltételeket (személyi, tárgyi, informatikai),
- a szakmai protokollokat, és szerepüket, az eltérő magatartások értelmezését,
- az ellátási felelőségeket,
- a dolgozói kompetenciákat,
- a képzési, szakképzési és továbbképzési kötelezettségeket és felelőségeket,
- a köz-, magánfinanszírozandó ellátásokat és a biztosítási csomag (ok) tartalmát,
- (beleértve a gyógyszer-, a gyógyászati segédeszköz ellátást is),
- a mérési rendszereket,
- a finanszírozási eljárási rendeket és a finanszírozási protokollokat,
- a rendszeres ráfordítás vizsgálatokon alapuló folyamatos kódkarbantartási feladatokat,
- a közfinanszírozási szerződéssel területenként és szakterületenként kötelezően lekötendő kapacitásnormákat,
- a hozzáférési szabályokat (beutalás, betegút-szervezés, ellátásszervezés, intézmény-, orvosválasztás, várólista, térségi hierarchia és progresszivitási elvek),
- a szakmailag integrált működés feltételeit,

ha elkészül:

- a természetbeni egészségügyi alapellátásokat szolgáltatók egységes szabályrendszere. Ennek keretében szabályozásra kerülnek a Kistérségi Alapellátási Központok (KAK), vagy a járóbeteg szakellátást és rehabilitációt is végző Kistérségi Egészségközpontok (KE) tartalma, működési viszonyai. (pl.: ellátás-koordinátorok)
- az ügyeleti-sürgősségi betegellátás 24 órában működik, (alapvetően az OMSZ-ra és a sürgősségi osztályokra alapozva)

-
- a területi alapellátási kötelezettség érvényesül a települési önkormányzatok felelősségével, ezt a jogkört megfontolandó a megyei önkormányzatokhoz telepíteni az alapellátási kapacitások szabályozásával együtt,
 - csökkennek az alapellátás adminisztratív terhei, és a gyógyítás mellett több idő jut valós prevenció feladatokra is,
 - a háziorvosi pálya vonzását azzal is segítik, hogy a szakmai kompetenciákat meghatározzák (beutalás, gyógyszerfelírási szabályok), a finanszírozást javítják, a praxishoz jutást egyszerűsítik, a háziorvosi vállalkozásokat érintő adózási szabályokat felülvizsgálják,

Ha újragondolják

- a járóbeteg-szakellátásban a betegek ellátásához, gondozásához a progresszivitási szinteket, a működési módokat, az elvégezhető egynapos ellátásokat, és a szakgondozási feladatkörök intézményi keretét,
- a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények és a végezhető ellátások, köztük a kórház, az egynapos ellátás, a nappali kórház, a mátrix intézet és a mátrix osztály, a területi (városi) kórház, a megyei kórház és a szakmai centrum (egészségügyi intézet?) fogalmát, célját, az ellátás menedzselését,

Alig van olyan aktív szakma, amelyik ne folytatódna rövidebb-hosszabb ideig rehabilitációt, az életminőség visszaállítására. Az orvosi rehabilitáció ezért szinte elválaszthatatlan része a szociális élet visszaállítására, a munkaképesség megőrzésére, átképzésére, illetve új típusú alkalmazkodásra irányuló átfogó rehabilitációnak. Az, hogy az új csúcsmisztériumban együttműködésre kényszerülnek a különböző szakterületek az egészségüggyel, ez lehetővé teszi, hogy a prevenció, a gyógyító tevékenység és a rehabilitáció egységes rendszert képezzen és a „betegségügy” helyett az egészségügy váljon meghatározóvá

A progresszivitás szakmai mércéjének általában az orvostudományi egyetemek orvos-szakmai teljesítményeit javasoljuk, amelyekhez mérni és viszonyítani lehet, de ehhez elengedhetetlen, hogy az állam biztosítsa a négy orvostudományi egyetem klinikáin a legmagasabb orvos-szakmai ellátási szintet. Ide sorolhatók még az átszervezések miatt a speciális szakmát képviselő, a progresszivitás csúcán lévő egyedülálló egységek-intézetek is.

A lakosság ellátásának szakmai biztonságát szolgálná, ha az egészségügyi intézmények szakfeladatai és szervezeti egységei, és nem az egész intézet kerülne besorolásra, a szakmai minimum-feltételi előírások és a beutalási rend alapján, a megfelelő progresszivitási szintekre.

Helyesnek tartanánk, ha az egyes szakmai ellátási szintek központilag szabályozott, irányított, ellenőrzött szakmai integrációban dolgoznának és minden magasabb szint orvos-szakmailag integrálná a magas szintű teljesítmények érdekében a területileg hozzá tartozó ellátásokat, de nem a szolgáltatási egységeket!

Az orvosegyetemekkel nem rendelkező megyékben a megyei kórház-rendelőintézetek lehetnének az integrátorok, amelyekhez a sajátosságoknak és a lakosság morbiditási viszonyainak megfelelően más intézetek és egészségügyi szolgáltatók, nem csak szakmailag, hanem gazdaságilag is kapcsolódhatnak.

A SOTE és a főváros, valamint az egyetemekkel rendelkező megyék speciális kezelést igényelnek az elindult kezdeményezések elemzésének tapasztalatai alapján, megfelelő anyagi és külső szakértői támogatással.

A fekvőbeteg-ellátásban is javasoljuk sürgősen visszaállítani, megfelelő felülvizsgálat után, a megbomlott összhangot a területi lakossági, azaz a betegek

szükségei és a szükséges közfinanszírozott kapacitások, valamint a betegutak és a hozzájuk tartozó beutalási (progresszivitási) szintek között.

Ezek elvégzéséhez nem kerülhető meg az indokolatlan feladatok, az egyenetlen terhelések, a kötelezően elvégzendő szakfeladatok, valamint az adósságok kialakulásához vezető állami/tulajdonosi/intézeti gazdasági döntések helyességének és az erőforrások felhasználási rendszerének a felülvizsgálata sem, és ahol indokolt, az intézeti alulfinanszírozottság azonnali megszüntetése.

Az intézményektől a továbbiakban el kell várni, ösztönzők biztosításával is, hogy a döntéseik célszerűségi, gazdaságossági és hatékonysági megfontolásokon alapuljanak, és a beszámolóik tegyék átláthatóvá az intézmények gazdálkodását.

Javasoljuk világosan elhatárolni az intézetvezetési, tulajdonosi és állami felelőségeket és azokat érvényesíteni az időről-időre felhalmozódó adósságok kezelésekor.

A sürgősségi ellátás minőségének javítását szolgálja a kidolgozott szakmai javaslatok érvényesítése és a mentőszolgálat eszközállományának alkalmassá tétele.

Amennyiben szakszerűen megtervezett ráfordítás vizsgálati adatok alapján, valós értéken történik a finanszírozás, akkor várható, hogy

- eredményorientált,
- egyszerű,
- kiszámítható,
- évekre előretervezhető lesz, és
- tartalmazza az amortizációt,
- ösztönzi az optimális betegutak megválasztását,
- elősegíti a területi és szakmai egyenlőtlenségek felszámolását.

Az egészségbiztosító szakmai és gazdasági ellenőrző szerepét az intézmények számára érthető, tervezhető módon és ellentmondásmentesen javasoljuk újraszabályozni, hogy segítse elő a változtatásokat.

A gyógyszergazdálkodásban az orvos-szakmailag indokolatlanul növekedett biztosítói kifizetések és lakossági terhek felülvizsgálata sem kerülhető meg, a gyógyszerfelírási szabályok egyidejű áttekintésével.

Az ANTSZ forrásait feladatai, és a hatósági jogosítványai bővítéséhez javasoljuk igazítani. Itt említjük meg, hogy az ágazat szereplőit ellenőrző, bonyolult, sokszor párhuzamos rendszer áttekintésre szorul, és a feladatokat újra kell elosztani, úgy, hogy a szakmai, intézeti önállóság, és a hatósági-szakmai felügyelet összhangba kerüljön.

Javasoljuk áttekinteni az egészségügyi szakmai kamarák, szakmai és civil szervezetek önként vállalt és másoktól átvett feladatait, az eredeti szerepükhöz képest történt változásokat és állami támogatási rendszerüket.

Javasoljuk a népegészségügyi és az egészségügyi feladatok összehangolását eredményező tervezés és finanszírozás kialakítását.

Javasoljuk kiemelten kezelni a változtatások megvalósításához szükséges vezetők képzését és továbbképzését és folytatni olyan megvalósítható ágazati életpálya-modell kidolgozását, amely tartalmazza a szükségletekhez igazodó képzést, továbbképzést, és a rezidensképzést is, amely tisztázza a dolgozói kompetenciákat és a lehetséges foglalkozási státuszokat (pl. szellemi szabadfoglalkozás). A szakmai működéshez indokoltan szükséges minimumfeltételek szigorú betartásával és a források biztosításával az esetenként méltatlan munkakörülményeket fel lehet számolni. Ügyelni kell arra, hogy a megfelelő források ismeretében tervezett bérintézkedések változásokat is segítő hatását jelentősen ne rontsa a működő hálapénz-rendszer.

A tervezett változtatások központilag támogatott és vezérelt informatikai támogatás nélkül nem valósíthatók meg!

Javasoljuk a tudományos, a népegészségügyi- és a nemzeti programok, a nemzetközi és különösen a szomszédos országokkal tervezett együttműködések, a nemzetközi orvos-szakmai társasági szervezeti tagságok folyamatos támogatását.

A továbbiakban, a Magazinban folyamatosan közöljük a társasági véleményeket, és azokat felhasználjuk javaslatunk bővítéséhez.
A szűkebb társasági javaslatokon túlmutató határterületi összefüggések ismeretében tudjuk véleményezni a tervezett változtatások ütemezését és a megvalósításukhoz tervezett forrásokat.

A MOTESZ a javasolt változtatások egyes szakterületekre vonatkozó szakmai tartalmára és a megvalósítás módszertanára is rendelkezik elképzelésekkel és a tervezetek ismeretében tagszervezetei közreműködésével képes azokat rövid időn belül konkretizálni.

Mostani javaslatunkat, az együttműködésünk további felajánlásával, felhasználásra küldjük meg a döntéshozóknak: kormánynak, minisztériumnak, a parlament egészségügyi bizottságának és a sajtónak.

Javaslatunk összegzett célja:

Addig, amíg az egészségügyi rendszer alapszerkezete nem alakul át, olyan támogatási-szabályozási rendszer kialakításának elősegítése, hogy a meglévő szereplők legyenek képesek újraformálni működésüket!

Ebben a munkában, és a megismert kormányprogram, különösen annak egészségügyi fejezetében foglaltak megvalósításában készséggel közreműködünk.

Budapest, 2010. június 21.

a MOTESZ Elnöksége