

15056-2/2015-ETT

Orvostudományi egyetemek helyzete, a változás trendjei, az orvostudományi képzés fejlesztésének szempontjai

Elnök:

Dr. Mandl József
akadémikus

Alelnök:

Dr. Wittmann Tibor
egyetemi tanár

Titkár:

Dr. Csala Miklós
egyetemi docens

Tagok:

Dr. Muszbek László
akadémikus

Dr. Poór Gyula
egyetemi tanár

Dr. Sótó Péter
akadémikus

Dr. Vörös Attila
egyetemi magántanár

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

1. Az ETT Elnöksége messzemenően egyetért azon minisztériumi, illetve kormányzati szándékkal, mely a magyar orvostudományi képzés versenyképességének megőrzése, továbbfejlesztése érdekében sürgető szervezeti átalakításokat, anyagi forrásnövelést és tartalmi megújítást tart szükségesnek.
2. Az 1997-ben kezdeményezett, majd 2000-ben létrehozott integrált egyetemi működési rendszer a hazai orvostudományi képzést nem erősítette, hanem sok tekintetben gyengítette. Legjobb esetben a korábban elért színvonalat sikerült megőrizni, ami nemzetközi összehasonlításban pozícióromlást jelent. Ezt a sajnálatos folyamatot tényekkel, átfogó statisztikákkal támasztotta alá a Magyar Akkreditációs Bizottság 2014-ben lefolytatott párhuzamos akkreditációs eljárása.
3. A MAB akkreditáció megállapításai, az egyes hazai intézmények tudományos és oktatási teljesítménymutatói világos összefüggést mutatnak az orvostudományi képzés önállóságának teljes, vagy részbeni megőrzésével. Legkevésbé sérült a szakmai teljesítőképeség a 2000 után is elsősorban önálló szakegyetemként működő Semmelweis Egyetemen illetve kevésbé Debrecenben, ahol az orvostudományi képzés Egészségtudományi Centrum keretei között a legutóbbi időkhöz jelentős szakmai függetlenséget élvezve működött. A legsúlyosabb károk a pécsi, illetve a szegedi orvostudományi képzést érték, ahol az integrált egyetem karaként nem, vagy alig nyílt lehetőség a korábbi értékek, munkakultúra, követelményrendszer és szakmai stratégiaalkotás továbbvitelére.
4. A gyengébb tudományos, oktatási teljesítményt nyújtó karok visszahúzó hatása, a saját bevételek, külső források belső újraosztása iránti törekvés az elmúlt 15

évben rendre ellehetetlenítette az orvosképzés infrastrukturális és emberi erőforrás fejlesztési igényeinek kielégítését. Mára a lemaradások, illetve az elvándorlás egyes területeken a működőképességet veszélyeztetik. Az elmúlt évek EU-s pályázati forrásaiból a többkarú, egyetemi struktúrába integrálódott orvosképzés részesedése messze elmaradt a tudományos teljesítményben és külföldi hallgatókat vonzó képességben jelentősen alattuk teljesítő kis és közepes méretű egyetemek, főiskolák részesedésétől.

5. Az orvosképzés terén elengedhetetlen oktatás-kutatás-betegellátás hármasság egységének rendszerszemléletű, professzionális szervezése, irányítása az elmúlt 15 év tapasztalatai alapján a nagy integrált egyetemek keretében nem valósítható meg. Különösen veszélyes az orvoskarok és az ún. klinikai központok szervezeti, finansziális különválása, mely a gyakorlati képzés, az orvostudományi kutatás-fejlesztés bázisától fosztja meg a képzőhelyeket. Az egészségügyi ágazatban tervezett életpálya modell és bérrendezés bevezetése a nagy integrált egyetemeken az ellenérdekeltektől való elszakadással szemben csak nehezen, torzultan valósulhat meg.
6. Külföldi, sikeres, orvosképző szakegyetemek példái és hazai szakegyetemek sikerei bizonyítják ezen intézményméretű és típusú jobb élet- és verseny- képességét. A nemzetközi hallgatóvonzó képesség egyértelműen a szakmai rangsorokban elfoglalt hellyel és nem az egyéb karok teljesítménymutatói által nagyban befolyásolt országos rangsorok helyezésével függ össze. Az universitas-lét előnyei (sportlétesítmények, idegen nyelvi lektorátusok, átoktatások, könyvtárak, kulturális és közös hallgatói élethez szükséges szervezetek és facilitások) egyetemi szövetségek keretében jórészt zavartalanul biztosíthatóak.
7. Mindezen problémák megoldása, a fejlesztési források célszerű hasznosítása érdekében, a MAB, az MTA Orvostudományi Osztálya és a Magyar Orvosi Kamara elnökségének állásfoglalásaival egybehangzóan javasoljuk a vidéki orvosképző intézmények szervezeti önállóságának helyreállítását, illetve a szakegyetemenként működő Semmelweis Egyetem önállóságának megtartását. Ehhez kapcsolódóan javasoljuk a hazai egészségügyi szakemberképzés és továbbképzés, az orvos egészségügyi kutatás-fejlesztés, a betegellátó rendszer csúcshintézményei integrálásának helyreállítását.
8. Javasoljuk, hogy a hallgatói létszám emelése a minőségi felsőoktatás szempontjai szerint történjen. Ez a bevételek növelését, a szakmai színvonal és hírnév megőrzését, és az ország nemzetközi szintű érdekeit egyaránt szolgálja.
9. Javasoljuk, hogy a betegellátó rendszer fejlesztése adja meg az intézményi, jogi és pénzügyi kereteit az országos intézetek és a legjelentősebb kórházak arra érdemes részlegeinek az egyetemi oktatásba történő bekapcsolására.
10. A nemzetközi gyakorlat szerint javasoljuk az egészségügyi kutatások kormányzati prioritásainak megfelelő állami kutatástámogatási rendszer kialakítását.

RÉSZLETES RÉSZ

A Minisztérium a felsőoktatás fejlesztésén belül az elmúlt hónapokban kiemelten foglalkozott az orvoscépzéssel. **Az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) támogatja, hogy a kormány az orvoscépzés fejlesztését tervezi** és egyetért a jelenlegi helyzet elemzésének szükségességével. Az ETT a Felsőoktatásért Felelős Államtitkárság korábbi tervzetét megkapta és véleményezte.

A testület az elmúlt évtizedekben többször foglalkozott az orvoscépző egyetemek helyzetével és problémáival. Az orvosegyetemek integrációjának formális indoka 1997-ben (amikor az erről szóló parlamenti döntést hozták) az volt, hogy egyetemeknek csak olyan felsőfokú képzőhelyeket lehet nevezni, amelyek az élő-, élettelen- természettudományok és a társadalomtudományok területein egyaránt folytatnak képzéseket. Ez a szakmainak nevezett politikai indok már 1997-ben sem volt valós. Mint leírtuk, a világban számos olyan világhírű egyetem működik, amely Magyarországon nem lehetne egyetem. A közelmúltban is szakegyetemek alapítására került sor, részint „zöld mezős” beruházásként (pl. Lausanneban), illetve több, nagy egyetemről sikeresen váltak le orvoscépző karok és lettek önálló egyetem (pl. Ausztriában). 2015 tavaszán közzé tett állásfoglalásunkban elemeztük, hogy az ezredfordulón megvalósított **integráció nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket és az orvoscépzés folytatását a továbbiakban szakegyetemi formában javasoljuk**. 2001-ben már Mikola István miniszter úr kérésére vizsgálta az ETT, hogy **az egyetemi integráció hogyan befolyásolta a betegellátás, a szakorvoscépzés, a továbbképzés és az alkalmazott kutatás helyzetét a volt orvostudományi egyetemeken** (melléklet). Az akkori elemzés ma is hasznosítható véleményeket foglal össze. A jelen beadvány célja, hogy az ETT Balog Zoltán miniszter úr kérésére vizsgálja tovább e kérdéseket, illetve javítást célzó javaslatokat tegyen. Az integráció 15 éve valósult meg és a négy, sikeresen működő orvosegyetemet különböző módon érintette. A korábbi szegedi (SZOTE) és a pécsi (POTE) orvosegyetem önállóságát feladva hagyományos kari struktúrában egyesült más egyetemekkel illetve főiskolákkal. Ezzel saját döntési kompetenciája az új intézményeken belül kari szintre redukálódott. E két volt orvosegyetem ebben az új formában fejlődésében lényegesen elmaradt a másik két volt orvosegyetem, a budapesti (SOTE) és a debreceni (DOTE) fejlődéséhez képest, amelyek a szegedi és pécsi példával ellentétben önállóságukat teljesen (SOTE), vagy nagymértékben (DOTE) megőrizve működtek tovább és sikeresebbek maradtak. Kérdéses, hogy **az orvoscépző egyetemek jelenlegi irányítási és szervezeti struktúrája mennyiben szolgálja az orvoscépzés fejlesztését, illetve az egyetem, mint nemzetközi tudásközpont kormányzati koncepciót? Az egyetemi integráció hogyan befolyásolja az orvoscépző karok lehetőségeit és teljesítményét? A fejlesztés során mely prioritásokra kell első sorban tekintettel lenni?**

Kiindulópontunk, hogy a felsőoktatáson belül az orvoscépzésben, illetve a felsőfokú egészségügyi képzésekben speciális, hármas feladatrendszerként jelenik meg **az oktatás, a kutatás és a betegellátás együttese**. A hármas egység minden eleme meghatározó, egymással szorosan összefüggenek, egyikük sem hagyható el.

1. Helyzetelemzés

1.1. Orvosbiológiai kutatások az orvosképző egyetemeken

Abból a hazánkban Eötvös József és Eötvös Lóránd által fémjelzett szemléletből indulhatunk ki, hogy a **tudományos kutatás helyzete és színvonala meghatározza az egyetemet.**

Az integráció után a vidéki orvosegyetemek oktatói olyan környezetbe kerültek, amelynek átlagos, tudományos színvonala gyengébb volt, mint a korábbi orvosegyetemeké. Az ehhez igazított követelményrendszer "lehúzta" az eredetileg orvosegyetemi oktatókkal szemben támasztott követelmények minőségét. Az integrált Semmelweis Egyetemen az integrálódó TF és HIETE számára ez fordítva okozott számos nehézséget. A Semmelweis Egyetemről akkreditáció hiányában először a HIETE, aztán később a TF vált le; az átgondolatlan integráció, majd dezintegráció komoly költségekkel járt. A gyengébb tudományos teljesítményű, illetve más szemléletű és kevesebb bevételi forrást hozó, többi kar visszahúzó hatása elsősorban Szegeden és Pécsen érvényesült. Az önállóságukat veszített orvoskarok az elmúlt évek EU pályázati támogatásainál (TÁMOP, TIOP) hátrányt szenvedtek el, hiszen ezekből a pályázati forrásokból kevesebb jutott el hozzájuk, mint amennyit az önálló egyetemi lét esetén kaphattak volna. Példaként említhető, hogy a szegedi orvoskarra kevesebb, vagy hasonló összegű TÁMOP támogatás érkezett, mint a minden tekintetben kevésbé meghatározó egyetemekre, illetve főiskolákra (pld. Sopron, Kaposvár, Szarvas, Eger). Az önállóságát nagyobb mértékben megőrző debreceni orvoskar TÁMOP támogatása a szegedi és pécsi karokkal összevetve háromszoros volt jelezve az érdekérvényesítésben fennálló jelentős különbségeket.

Az akkori SZOTE valamennyi meghatározó tanszékét 2000-ben még egyetemi tanár vezette, míg 2015-ben, 15 év universitas-lét után már négy meghatározó, hagyományosan erős tanszékük élén csak docens tanszékvezető áll (Gyermekeklinika, Orvosi Mikrobiológiai Intézet, Igazságügyi Orvostani Intézet, Népegészségügyi Intézet). A színvonal csökkenés a Centrum megszűnéséig viszonylag jobb helyzetben lévő debreceni orvosképzésben is észlelhető, 1999-ben valamennyi klinikai és diagnosztikus intézet tanszékvezetője MTA doktori fokozattal rendelkező egyetemi tanár volt, 2015-ben ez csak mintegy 50%-ot tett ki. Különösen feltűnő, hogy a 4 diagnosztikai intézet (Laboratóriumi Medicina, Mikrobiológia, Patológia, Igazságügyi Orvostan) közül - ellentétben az 1999-es helyzettel, ma már csak egyet (Laboratóriumi Medicina) vezet egyetemi tanár és csak ennek az egynek van MTA doktori fokozata. Ez elsősorban a gyengébb tudományos teljesítmények miatt alakult így. A szegedi és pécsi lemaradást szemlélteti például az MTA Lendület pályázatok számának, valamint az akadémiai kutatócsoportok számának összehasonlítása is (1. táblázat).

	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged
Lendület pályázatok száma	9	4	1	2
akadémiai kutatócsoportok száma	7	4	3	3

1. táblázat. Lendület és MTA kutatócsoportok száma az orvostudományi egyetemeken, karokon

Ha az elnyert OTKA pályázatokat (2. táblázat), vagy a diákköri teljesítményeket vetjük össze (3. táblázat) szintén jelentős a különbség.

	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged
2011	503,9	412,3	71,6	144,7
2012	313,7	389,5	201,9	439,1
2013	431,6	356,5	178,3	154,9
2014	629,4	241,0	144,9	77,9
összesen	1877,6	1399,3	596,7	816,6

2. táblázat. Elnyert OTKA pályázatok (millió forint) az orvostudományi egyetemeken, karokon

Intézmény	OTDK 2011 Debrecen 216 előadás 15 tagozat					OTDK 2013 Szeged 451 előadás 48 tagozat					OTDK 2015 Budapest 506 előadás 59 tagozat					OTDK 2011- 2015 össz.pont.
	Díj (db)															
	I.	II.	III.	Kd.	2011 össz.	I.	II.	III.	Kd.	2013 össz.	I.	II.	III.	Kd.	2015 össz.	
SE	6	8	8	11	33	22	22	8	28	80	33	29	1	21	84	197
DE	5	8	7	7	27	10	12	1	11	34	12	16	0	10	38	99
SZTE	2	3	1	4	10	10	12	2	11	35	8	7	0	14	29	74
PTE	2	2	2	8	14	7	11	3	6	27	5	13	1	12	31	72
Összesen	15	21	18	30	84	49	57	14	56	176	58	65	2	57	182	442

3. táblázat. TDK konferencia díjak (SE: Semmelweis Egyetem, DE: Debreceni Egyetem, SZTE: Szegedi Tudományegyetem, PTE: Pécsi Tudományegyetem)

Az adatok jól mutatják, hogy a tudományos kutatás gyengülése azonnal visszahat a tudományos, és ezen keresztül az oktatói utánpótlás helyzetére. Mindezek alapján tény, hogy a tudományos paraméterek terén mind a szegedi, mind a pécsi orvoskar tudományos potenciálja lemarad a budapesti és a debreceni orvoskarokétól.

E körülmény jelentősen befolyásolja, gyengíti az orvostudományi karok pozícióit a transzlációs kutatásokban. Más szakterületekkel ellentétben az eredményes, nemzetközi szintű, orvosbiológiai kutatások Magyarországon jelentős részben az orvostudományi egyetemeken zajlanak, a tudományos teljesítmény

nagymértékben ide köthető. A korábban harminc évig működő, de 2011-től nem megújított ETT tárcaszintű, kutatási pályázati rendszerben (amely szerényebb kutatási támogatásokat adott) az orvosképző egyetemek részesedése 70% körüli volt. Az ezekből a tárcaszintű, kutatási támogatásokból megvalósult tudományos teljesítmény fajlagos költségei (impakt faktor/forint) összehasonlításokban igen alacsonyak voltak. Annak ellenére, hogy az **orvosegyetemek tradicionálisan az alapkutatások, felfedező kutatások és klinikai kutatások helyei, szerepük meghatározó az alkalmazott orvosbiológiai, és transzlációs kutatásokban is.** Ezt mutatják a gyógyszer- és műszer- vizsgálatokban történő orvosegyetemi részvételi adatok is (4., 5. táblázat). Valamennyi gyógyszer- és műszervizsgálat ügyében benyújtott protokollt Magyarországon az ETT véleményez szakmai-etikai szempontból.

	összes protokoll száma	ebből egyetemi részvétel	%
2011	363	250	68.87
2012	390	256	65.64
2013	355	252	70.99
2014	380	268	70.53

4. táblázat. Az orvosképző egyetemek részvétele az ETT Klinikai-Farmakológiai Etikai Bizottsága által tárgyalt vizsgálati készítmények humán vizsgálatokban történő kipróbálásáról szóló protokollokban.

	összes protokoll	ebből egyetemi részvétel	%
2011.	35	25	71%
2012.	46	34	74 %
2013.	34	19	56 %
2014.	78	46	59 %

5. táblázat. Az orvosképző egyetemek részvétele az ETT Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága által tárgyalt humán műszervizsgálatokról szóló protokollokban.

Az orvosképző egyetemek részvételének százalékos aránya a magyarországi általában multicentrikus és multinacionális gyógyszer vizsgálatokban 70% körül van. Hasonlóan a gyógyszer vizsgálatokhoz, a műszervizsgálatokban történő egyetemi részvétel is 60-70%-os. Ez pontosan a korábbi elemzésünkben kifejtett lényeges sajátossággal függ össze, hogy az orvosképző egyetemeken a teljes transzlációs lánc egyetlen helyen érvényesül a felfedezéstől a megvalósult termékig. Ezek a teljesítmények az egész magyar K+F szektor teljesítményében fontos tételek. A tudományos kutatási bevételek között a vizsgálati készítményekkel végzett magyarországi kutatások ráfordítását 50-100 milliárd forintra becsülik, amelynek harmada adók és járulékok útján közvetlenül a költségvetés bevétele. Ezen túlmenően ebből a forrásból az egészségügyi intézmények is jelentős részesedést kapnak. A fentiek alapján az, hogy **az egyetemek a transzlációs kutatásokat mennyiben tudják szervezni, milyen stratégiákat követnek meghatározó kérdés.**

Ipari szempontból a magyarországi gyógyszerkutatások sajnos eltolódtak a generikumok irányába; jelentős orvosbiológiai, kutatási kapacitásokat számoltak fel (pld. Chinoín). A klinikai gyógyszer vizsgálatok azonban változatlanul igen jelentős számban folynak (4. táblázat). Az egyetemek pozícióit javítják, hogy a kutatási költségek itt tehető a legolcsóbbá a betegek koncentrációja miatt (az OEP ellátás 17 %-a, itt a legmagasabb case mix index – lásd később), valamint a klinikai centrumokban az egészségügyi szakszemélyzet kiváló képzettségű, szakmai ambíciója és finansziális érdekeltsége erősebb, mint a környező ellátóké. Egyetem-irányítási szempontból mindenképpen vizsgálendő, hogy az egyetem **jelen irányítási struktúrája mennyire képes alkalmazkodni a gyógyszervizsgálatok új, szervezeti kereteihez (CRO, SMO)**. Bármilyen magyar **egészségipari fejlesztés az egyetemeken** – beleértve ez esetben természetesen szakterületektől függően a Műszaki Egyetemet, az ELTE-t és más egyetemeket is - **lévő szellemi kapacitásra kell, hogy építsen**. Ez az elmúlt száz év magyar hagyományai alapján mindig így volt, és számos példával szemléltethető nemcsak a medicinában. További gyenge pont Magyarországon, hogy nem tud kialakulni az a kis- és közép-vállalati (KKV) szerveződés, amely különösen az élő természettudományokban az elmúlt évtizedekben világszerte elterjedt. Ezek a cégek gyakran egyetemi környezetből származó spin off cégekként jelennek meg. Bár az egyetemi technológiai transzfer irodák megalakultak és működni próbálnak, **az intézményesített egyetem-ipar együttműködés megfelelő formái nem alakultak ki**. A Semmelweis Egyetemen kifejlesztett onkokés kálváriája, magyar szempontból intellektuális sikere és egyidejű fejlesztési, iparjogvédelmi kudarca jól mutatja: **az így központosított egyetemi innovációs rendszer rugalmatlan, adekvát támogatásra és megfelelő reagálásra képtelen**. A KKV sikertelenség is arra utal, hogy **szemben a nemzetközi trendekkel a magyar egyetemi rendszer ebben a formában nem az innováció motorja**. Így továbbra is **csak a felfedező kutatások terén képesek a magyar, orvosegyetemi kutatók olyan nemzetközi szinten kimagasló teljesítményekre**, amelyeket az egyetem az akadémiai kiválóság elismerési formáiban, - hírnév, egyetemi rangsorok, „brand” - hasznosít, és elsősorban az idegennyelvű oktatásban kapitalizál. **Szemben más szakterületekkel az egészségügyi kutatásoknak fontos specifikuma** minden országban az **egészségügyi, kormányzati prioritásoktól való függés**. Ez az USA-ban is tetten érhető, amely közpénzből a legtöbbet költ egészségügyi kutatásokra. Ott is kormányzati programok orientálják a kutatói szabadságot és érdeklődést azzal, hogy megszabják a támogatás irányait és finansziális lehetőségét. **Jelenleg Magyarországon azonban ez a nemzetközi tendencia nem érvényesül**. Csak egyetlen ilyen programot ismerünk - ez az idegtudományok terén a NAP -, amely mind szakmailag, mind tematikailag, mind a magyar kutató társadalom szakmai teljesítőképessége vonatkozásában indokolt.

Számos statisztikai összehasonlítás készíthető a tudományos teljesítmények ismert mérőszámai felhasználásával. Ezek azonban elfedhetik a lényegi trendeket. Egy egyetem jövőjét a **30-50 év közötti generáció** kutatói teljesítménye meghatározza és mutatja. Az orvosképző egyetemeken ennek a generációnak választási lehetőségei az elmúlt 15 évben jelentősen bővültek, aminek hátrányos

következményeivel is szembesülünk: **elsősorban a fiatal, klinikus kutatók jelentős számban hagyják el az országot.**

Az orvosegyetemi PhD iskolák sikeresek, a követelmények pártatlan, külső fórumoktól függők, szigorúak és korrektek. Ugyanakkor feltűnő, hogy a végzős orvosok egyre kisebb számban jelentkeznek PhD képzésre. Ez évben Debrecenben például az 50 fős nappali tagozatos keret mindössze 10%-ára jelentkezett végzés előtt álló, vagy végzett orvos. A rezidens és PhD programok karrier szempontú összehangolása nincs rendben. A korábbi sikeres és jól bevált MD-PhD programot az integrált egyetemeken kialakult, „tudományegyetemi” lobbij hatására megszüntették. Ez a program, mely sikeresen működik az Egyesült Államokban és Németországban is bevezették, a felső éves orvostanhallgatóként végzett PhD képzést egy éves képzésként elismerte, és a szakirányú szakképzési törvény egy éves célzott, a szakterületen végzett PhD munkát egy év erejéig beszámította a szakképzési időbe. Ez lehetővé tette, hogy a szakorvossá válás idejét a PhD képzés nem nyújtotta meg túlzottan. Szükség lenne e képzési forma visszaállítására. A tehetség gondozás hagyományai az orvosképző helyeken igen pozitívak. A tudományos diákkör és a „tehetség”- programok (pld. a Kerpel Frónius program Budapesten) az egyetemi utánpótlás forrásai. Mindezek a programok azonban elsősorban az **ambiciózus, fiatal oktatói kutatói rétegre épülnének, és ez a réteg döntően a klinikumban elkezdett hiányozni.**

Az integráció, a párhuzamosan jelentkező működési nehézségek nem biztosíthatják és biztosítják az egészségügyi kutatások átgondolt, hosszú távú építését, kiszámítható, a fiatalok számára vonzó perspektíváit. Az önálló egészségügyi szakegyetem mindenképpen koncentráltabb, kiszámíthatóbb, gyorsabban reagáló, hatékonyabb megoldást kínál.

Az **állandó szervezeti átalakítások és felesleges centralizálások, az „egyetemi bürokratikus vízfej képzése”, a kancellári rendszer személyfüggő értelmezései verseny hátrányba juttatják az egyetemeken dolgozó kutatókat.** A kutatásokat döntően pályázati forrásokból finanszírozzák. Az egyetemi intézetek, klinikák pályázati teljesítménye nagyon eltérő. **Az a tény, hogy hány kutatónak van és milyen pályázati támogatása létfontosságú egy intézet és az egyetem jövőjében. Ennek elősegítése és zökkenőmentes bonyolítása lenne mind szakmai, mind pénzügyi téren a vezetői feladat.** Ez azonban még nem került be a vezetői, szakmai teljesítmények mutatói közé. Másrészt **a fiskális szemléletű irányítás csak az elvonható bevételt látja a tudományos pályázó/zatban, transzlációs kutatási projektben és nem az egyetem jövőjének talán a leglényegesebb zálogát.** Az MTA-val összehasonlításban az egyetemi pénzügyi menedzsment intézményesítetten rossz, centralizáltan bürokratikus, merev. A szabályok nem az egyetemi szakmai célokat segítik, hanem önmagukat építik. A pénzügyi döntéseket minden eszközzel távolítják a szakmai szempontoktól. A szakmát művelő és a gazdasági/működési döntéshozó a szakmai cél érdekében való együttműködése helyett **fordított mechanizmusok kialakulásának vagyunk tanúi.** A magyar onkológia ma sem válna magyar haszonná.

1.2. Oktatási helyzetkép

Az egyetemi orvoscépzésre az elmúlt évtizedekben különböző egyetemeken eltérő fejlődések eredményeként több helyen ráépültek a **fogorvos-, gyógyszerész-, népegészségügyi és a főiskolai jellegű egészségügyi képzések, továbbá folyamatosan más képzési formák is kialakulnak – pld egészségügyi menedzserképzések**. Ez az elemzés elsősorban az orvoscépzéssel foglalkozik, de közvetve érint más rokonterületeket is. A korábbi évek Orvos–és Egészségtudományi Centrum koncepciója ebből indult ki, illetve a szakegyetemek létrehozása esetén e centrumok többkarú egyetemekké válhatnak, miként a Semmelweis Egyetem is belső, szakmai fejlődés révén vált többkarú egyetemmé és a Debreceni Egyetemen belül működő Centrum is többkarú struktúrát alakított ki.

Az elmúlt 30 év lényegi fejleménye, hogy **az általános orvosi lett Magyarországon a legsikeresebb, tömeges, idegen nyelvű képzéshez kötött diploma**. Ezzel összefüggésben, a „húzóerőt” kihasználva jelentős a fogorvos- és gyógyszerész képzés is, és fejlődnek az egészség tudományi főiskolai, idegennyelvű oktatási programok. Az angol és német nyelvű orvoscépzés jelentősen emelte Magyarország jó hírét a világban; komoly, importhányad nélküli bevételt hoz, ráadásul a képzés közvetett hasznát legalább hasonló mértékűnek becsülik. Példa erre, hogy Németországban a Német Orvosi Kamara szerint kb. 8000 német állampolgár orvos van, akik minimum két évet töltöttek zömmel a Semmelweis Egyetemen. Közülük egyre többen kerülnek vezető pozíciókba, ami fontos a jövőt illetően. Különösen a vidéki városokban nem elhanyagolható e képzés idegenforgalmi és munkahely teremtő hatása. Erről több elemzés született. Az orvoscépzés az egyik legmagasabb, hozzáadott értékű tevékenység a magyar gazdaságban: kettő Ft ráfordítás kb. egy Ft nyereséggel jár, amely kiugró érték. **Ezért az orvoscépző egyetemek, az egyetem, mint nemzetközi tudásközpont kormányzati koncepció legjelentősebb elemei a magyar felsőoktatásban, mint a legtöbb idegen állampolgárságú hallgató által megszerezni kívánt magyar diploma. Az idegennyelvű képzés bevételei az elmúlt évekre elérték és meghaladják azt az összeget, amelyet az állam normatív oktatási támogatásként a magyar orvoscépzésre az egyetemeknek juttat.** Korábbi elemzéseinkben leírtuk, hogy az idegen nyelvű oktatás közvetlen és közvetett bevételeit évi 160 milliárd forintra becsülik, amelynek jelentős hányada szintén az állam közvetlen bevétele. Ez már nemzetgazdasági szempontból is jelentős bevétel és egyben a nemzetközi elismerés igen komoly formája. **Ez összetett, regionális, fejlesztési, hálózati programokat indukálhat.**

A sikerek elérésének több összetevője van. Korábbi elemzésünkben leírtuk, hogy ilyen szintű **felsőoktatás ebben a régióban csak azokon az egyetemeken tudott megvalósulni, ahol a tudományos kutatói potenciál is rendelkezésre állt**. A tudományos értékrend közvetlen hatása (nyelvtudás, teljesítmény központúság, kreativitás stb.) az oktatási értékrendre, ennek kapcsán a megfelelő oktatók kiválasztódására egyértelmű és közismert.

A siker további, lényeges összetevője az orvoscépző helyek egyetemi szemlélete. Az orvoscépző egyetemek oktatásában mindig jelentkezett egy **értékrend központúság, a vizsgakövetelmények szigora, a számonkérés következetessége**. Ez nemcsak szakmai, hanem **erkölcsi, etikai értékrend** is, ami a

minőségi felsőoktatásban nélkülözhetetlen. Ez az orvosképzésben annak ellenére létezik, hogy a mennyiségi szemléletű, normatív fejkvóta finanszírozás abban tette érdekeltté az egyetemeket, hogy minél több diplomát adjanak ki. A „**lemorzsolódást**” negatívumnak tekintik. Ez visszas helyzeteket idéz elő. Az idegennyelvű oktatásban ennek a mentalitásnak óriási veszélyei vannak. Egy komoly követelményeket támastó rendszerben törvényszerű, és természetes, hogy a jelentkezők egy hányada a nehéz orvosegyetemi követelmény szintnek nem képes megfelelni. Ezt **nem a követelmények csökkentésével** kell kezelni. Az egyetemi chartak egyetemi polgárok alatt egyaránt értenek oktatókat és hallgatókat. **Értékrend megtartásához nemcsak magas szinten oktatni képes egyetemi oktatók, hanem értékközpontú, egyetemi hagyományok követésére alkalmas hallgatók is szükségesek.** A magyarországi, idegennyelvű orvosképzés azért sikeres, mert az itt végzettek sikeresek hazájuk, vagy működési országuk különbözeti vizsgáin. Ez értékeli valójában oktatásunk és egyetemeink **szakmai színvonalát.** Az orvosképzés azért futhatott fel, mivel orvosképzésre jelentős igény van a világban itt nem részletezendő számos ok miatt. A volt szocialista országokban minimum 100 általános orvosi kar kínál orvosképzést jelenleg. Az idegennyelvű orvosképzés színvonala azért fejlődhetett mind a négy magyar egyetemen erre a jelenlegi szintre, mert alapvetően **európai színvonalú egyetemek.** Közép Európában a Semmelweis Egyetem például 18 000 euró tandíjat kér tanévenként, miközben egyes, más országokban már 3000 euróért tanévenként, kollégiumi férőhellyel is kínálnak orvosképzést.

Alapvető kérdés, hogy a fejlesztés során képes-e megtartani a magyar orvosképzés a szakmai színvonalát úgy, hogy egyúttal növelje a bevételeit? A hallgatói létszám emelése könnyebben megoldható, mint a minőségi felsőoktatás megtartása. Ha a minőségi oktatás színvonalát csökkentjük, akkor azonban a bevételek is esnek és az egész program sikere gyengül.

A jelenlegi struktúra nem teszi lehetővé a világos és elvárható kormányzati program teljesítését, hogy létszámában növekedjen, színvonalában erősödjön az idegennyelvű orvosképzés, és a nemzetközi megmérettetésben előkelő helyekre kerüljenek az egyetemek. Az integráció előtti orvosegyetemek esetében a mainál kedvezőbb volt a helyzet. A kormányzati program sikeresen és relatív, rövid időn belül megvalósítható az önálló egészségügyi szakegyetemek visszaállításával.

Ha a hallgatóság színvonala romlik, akkor az oktatás színvonala is romlani fog, és árbevétele csökkenni. A külföldi hallgatók vonzásában mind a négy orvosképző hely stratégiája és hallatlanul lényeges marketing tevékenysége helyesnek bizonyult. Ha azonban gyengébb hallgatók érkeznek, akkor az hosszú távon veszélyezteti az egész programot.

Kontroll nélküli létszámemelés a bevétel csökkenéséhez vezethet és a minőségi képzés gyengüléséhez. Egyszerre kell a képzési szintet megtartani és a képzést fejleszteni.

Összefoglalva ebben a nemzetközi minőségi versenyben és konkurenciaharcban a magyar **orvosképző egyetemek szívós tartalmi és marketing küzdelemben jó pozíciókat értek el, ami átgondolt fejlesztéssel gazdaságpolitikai és társadalmi célok szolgálatába állítható. A nehezen kivívott brand értékét azonban nem szabad rövid távú érdekekért feláldozni.**

Az orvosegyetemi oktatásban résztvevők egyetemi hallgatókat, és rezidenseket oktatnak. A képzésben a preklinikai és klinikai képzés ugyan számos ponton összefügg, de mégis elkülönül. A MAB jelentés és a közvélemény kutatások, valamint a nemzetközi vélemények szerint, míg **az orvostanhallgatók az elméleti, preklinikai képzéssel elégedettek a gyakorlati, klinikai képzéssel kapcsolatban komoly problémákat fogalmaznak meg. Ezek a fontos észrevételek egybe csengenek a szakorvosképzésben résztvevő rezidensek által felvetett problémákkal. A rezidens és szakorvos képzés, valamint a kötelező továbbképzés „idegen test” főként az integrált egyetemek oktatásában, de az egész felsőoktatás pénzügyi és jogi szabályozása sem képes ezeket a feladatköröket jelentőségének és igényeinek megfelelően kezelni. A hallgatói, rezidensi elégedetlenséget a klinikai gyakorlati oktatás hallgatói véleményezésében nagyon komolyan kell értékelnünk.**

Az oktatók helyzete alapvetően meghatározza az egyetemi oktatást. Az orvosegyetemeken az elméleti oktatásban lehetőség volt az idegennyelvű oktatási bevételek egy részének a kutatási infrastruktúrába történt beforgatása, ami jelentősen javította a mind a dologi, mind a személyi feltételrendszert. Mind Budapesten, mind vidéken ezek a kedvezőbbé váló dologi feltételek az elméleti intézetek egy részében a tudományos teljesítményt jelentősen növelték, illetve lehetővé tették. **A devizás oktatás bevételeivel azonban az önállóságukat teljesen, vagy az elmúlt évig részben megőrző egyetemek jobban tudtak gazdálkodni, mind infrastrukturális, mind humán erőforrásokat fejleszteni, mint az önállóságukat elvesztő karok (SZTE-ÁOK, PTE-ÁOK).** Ezeket a bevételeket Szegeden és Pécsen más, kevésbé eredményes, vagy válságban levő karokra költötték, így **az orvosképzésre, a régóta indokolt fejlesztésekre csak sokkal kevesebb pénz jutott.** Így Budapest és Debrecen a saját fejlődését jobban biztosíthatta, mint a szegedi és pécsi orvoskarok. Az integrált egyetem megalakulása óta például Szegeden lényeges volumenű (500mFt-ot meghaladó) orvoskari, oktatási-kutatási fejlesztés (beruházás) nem történt, míg a budapesti, debreceni, pécsi orvoskarokon több milliárd Ft-os oktatási-kutatási fejlesztések (elméleti tömbök, kutatóközpontok) valósultak meg. Az orvoskari léthez kötött egészségügyi beruházások terén is a szegedi orvoskar lényegesen elmaradt a társkaroktól. Mindezek következtében az SZTE ÁOK térítéses bevételei 2,5 milliárd Ft körül mozognak évente, a pécsi 4 milliárd, a debreceni 5,5 milliárd és a budapesti 6-8 milliárdos bevétellel szemben. **Az oktatási, dologi feltételek a klinikákon egyre szerényebbek. A klinikai gyakorlatok tartásának dologi feltételei is romlanak. A szkill laborok létesítése pozitív fejlemény mind a graduális, mind a rezidens képzésben, de csak kiegészíti, nem helyettesíti a beteggel való közvetlen foglalkozást.**

A főiskolai jellegű követelmények erőltetése (pl. orvosképzésben nehezen értelmezhető kontaktórák törvényi meghatározása) és az idegennyelvű oktatásnak a kívánatosnál nagyobb oktatási terheket jelentő hatásai viszont rontják a kutatási lehetőségeket. **Az egyetemi oktatók megélhetését más részről jelenleg az idegennyelvű oktatás óradíjai fedezik. Enélkül az orvosképzés minőségi személyi feltételei súlyosan romlanának. Ezek a bevételek azonban csak az elméleti képzésben résztvevők megtartását teszik lehetővé, de nem tudják meggátolni a klinikus, középkorú generációk külföldi munka vállalásait. Az oktató hiány egyre komolyabb. A klinikumban dolgozó oktatók munkabére, munkakörülményei elfogadhatatlanok, és erre reagálnak. Ennek súlyos következményeivel szembesülünk.**

A minőségi „elit” oktatás feltételei az orvosképzésben kiválóan társíthatók az egészségtudományi, népegészségügyi karokon folyó felsőfokú (BSc és MSc) képzésekkel. Ez oktatási és ellátórendszeri stratégiák harmonizációját teszi lehetővé egyetlen intézmény különböző karai optimalizált működésében. Ugyanaz az oktatói társadalom több szinten is oktathat, így a különböző követelmények magas intellektuális szinten hangolhatók össze. Adott esetben a „lemorzsolódás” problematikája is kezelhetőbbé válhat. Ezek a főiskolai karok idegennyelvű oktatás szempontjából is jelentős tartalékokkal bírnak. **Így a szakegyetemi szerveződés sokkal integráltabb programok megvalósítását teszi lehetővé.**

1.3. Betegellátás az orvosképző egyetemeken

Az orvosképző egyetemek a magyar egészségügyi ellátórendszer szempontjából is kulcsfontosságúak. Az egyetemi klinikák a magyar kórházi ágyszám 12%-át birtokolják, és ezen a teljes magyar fekvőbeteg-ellátás 17%-át végzik. Case-mix indexük kb. 0,5%-kal meghaladja a megyei kórházi case-mix átlagot, amely azt jelenti, hogy a 17%-nyi részvétel a magyar fekvőbeteg-ellátásban a „progresszív betegellátás” területére esik, azaz a súlyos betegségek jelentős része az egyetemi klinikákon kerül ellátásra! Ez a tény pozitív hatásai mellett súlyos költségvetési problémák forrása. **A progresszív betegellátás kérdése megoldatlan, finanszírozásáról az ETT és más szakemberek is több anyagban tettek javaslatokat.**

Ellentmondásos és feszültséget generál az **orvosképző egyetemek kettős irányítása**, vagyis, hogy betegellátó és népegészségügyi tevékenységük az egészségügyért felelős államtitkársághoz, míg felsőoktatási funkciójuk a felsőoktatásért felelős államtitkársághoz tartozik. Ez az ellentmondás a szakegyetemi rendszerben sokkal könnyebben feloldható (volt) mint az integrált egyetemeken. Ez már az ellátó rendszer alapegységénél, azaz a klinikánál konfliktusokat jelent: A klinikaigazgató professzor „főnöke” az OEP ellátásáért felelős klinikai főigazgató, de kinevezője és főnöke az oktatásért és kutatásért felelős egyetemi dékán. Nincsen egyértelmű vezetési algoritmus és hierarchia. A jelenlegi rendszer hibáját mutatja, hogy nem teszi lehetővé e kettősség feloldását. **Ez a probléma és ellentmondás láthatóan nem változott annak ellenére sem, hogy e területek 2010 után egy tárcához kerültek. Az ellentmondásokat**

az egyetemi integráció már korábban is inkább élezte, mintsem csillapította volna. Az egyetemi belső fejlesztési döntésekben és politikában az önállóságukat veszített, azaz az universitasokba kari szinten betagozódtak szegedi és pécsi **orvoskarok érdekérvényesítő képessége az egyetemeken megvalósult fejlesztésekben sokkal gyengébbnek bizonyult,** mint az önállóságukat teljesen (SOTE) vagy nagymértékben megőrzött budapesti vagy debreceni orvoskarok. Az orvoskarok szenátusi képviselete közel akkora, mint más sokkal kisebb méretű, jelentőségű, gazdálkodású, tudományos potenciálú és infrastrukturális háttérrel rendelkező karoké. Ez mind szakmai, mind egyetem-politikai–szempontból nehezen indokolható.

Az integrált egyetemeken hiányzik, vagy esetleges az az egységes szakmai-gazdasági menedzsment szemlélet és kompetencia, amely az oktatás-kutatás-betegellátás egységes irányítását tudná biztosítani. A területi betegellátás és az orvosi oktatás infrastrukturális háttérének biztosítása az universitasok költségvetésének közel felét teszi ki, amivel az universitási döntéshozó képviselet (rektor, kancellár, szenátus) nincsen összhangban. Ez is nagymértékben akadályozza a harmonikus és kívánatos fejlődésnek és egyértelműen szakegyetemi létet indokol. Megjegyzendő, hogy a külföldi példák mellett már a hazai szakegyetemi példák száma is jelentős: Államigazgatási-, Zeneművészeti-, Színművészeti-, Nemzetvédelmi- stb.

Az integrált egyetemek központi költség ürügyén a betegellátásra szánt OEP bevételekből is jelentős összegeket vonnak el. A betegellátás, a progresszív betegellátás, a klinikák országos feladatokban való részvételét, a szakmai stratégia kialakítását az is nehezíti, hogy a **betegellátási döntések hozatala nem a szakemberek kezében van.**

Egy nagy tudomány egyetemnek egyszerre kellene jó oktatási menedzsmentnek és feladat ügyintézőnek, valamint gazdálkodónak lennie. Eközben egy egyetemi kórházat „termelő üzemet” is vinnie kellene, annak minden szakmai és főképpen gazdálkodási speciális követelményeire tekintettel. Ezzel egy időben pedig tudnia kellene kutatni-fejlesztetni, azaz K+F kisvállalkozásokat szülnie (spin-off) és részben akár működtetnie. Néhány tevékenységét üzleti alapon, 100%-ban egyetemi tulajdonon alapulóan, de mindenben a versenyszféra követelményei szerint kell végeznie. Erre a **komplex több típusú szakember együttes munkáját igénylő feladatellátásra a jelen integrált egyetemi struktúra alkalmatlan. Így jelen formájukban az orvosképző egyetem nem alkalmas az egészségipari klaszterképződést támogató kormányzati célkitűzésre.** A mai szervezeti struktúra és gazdasági igazgatóságok KIR rendszere nagyon-nagyon távol áll a dedikált irányítástól. Annyira, hogy tulajdonképpen lebénítja azokat a funkciókat, amelyeket ma egy európai egyetemnek tudni kell. Az egészségügyi szakegyetem a betegellátásban a régió koordináló motorjai lehetnek. Ez az egészségpolitika és irányítás helyes elvárása. **Ezt a szerepet a jelenlegi struktúra eddig nem vállalta fel, sokrétű gondjai miatt nem is tudja felvállalni.**

Alapvető kérdések megválaszolatlanok, így például az, hogy 1000 forint OEP bevételből, hány forint jut a közvetlen betegellátásra. A tancélos betegellátás külön szempontjait is meg kell jeleníteni. Kérdés, hogy az egyetemi rendszerben hol és hogyan dőlnek el a szakmai fejlesztések, igények, beszerzések, azaz a kórház-üzem napi munka-feladatainak intézése hány lépéses felfelé, majd lefelé. Milyen beruházási támogatást, pályázatot tudnak felmutatni egyetemi klinikum *versus* kórház az elmúlt öt évben, illetve az elkövetkező egy-két évben, ebből 1000 OEP forintra mennyi jut, azaz mit tudtak, tudnak elérni. Ez ugyanis jól kifejezi, hogy a teljes menedzsment mennyire hatékony ezen a fronton. **A korábbi problémák jelentős, szakmai közösségekben végzett, stratégiai gondolkodást igényelnek, amelyet nem lehet hierarchikus szemléletben, hatalom (értelmezési) szóval helyettesíteni.**

Összefoglalva, a jelentős oktatási, spirituális, tudományos, gyógyítási és anyagi értékteremtés sem az orvospérezés finanszírozásában, sem a kezelésében, sem az önállóan hozott, helyes „vállalkozó szellemű”, szakmai, innovációs, stratégiai döntéseik lehetőségeiben, a sikeres, nemzetközi kapcsolatépítésük elismerésében nem nyilvánul meg. A jelenlegi, integrált rendszer, illetve állami irányítási forma gyakran inkább akadályozza, mint segíti működésüket. Akadályozza, hogy az ország betegellátásában és az ellátó rendszer fejlesztésében betöltsék azt a szerepet, amelyre személyi és dologi állapotuk elvben predesztinálná őket. Akadályozza, hogy szabadon fejlesszék kapcsolat rendszerüket, valamint olyan szakmai kutatási döntéseket hozhassanak, mint a fejlett országok egyetemei általában. Minderre rakódnak rá az egészségügyi ellátórendszer súlyos gondjai és munkaerő helyzete.

Az elmúlt 15 évben az orvoskarok universitasokban történő működtetése Magyarországon nem bizonyult sikeresnek. Az orvoskarok szempontjából az integrált egyetemi struktúra előnyei messze elmaradtak a várakozástól és a hátrányok domináltak, ami gátolja az orvoskarok fejlődését. Az universitas-lét esetleges előnyeinek jelentős része (sportcentrumok, idegennyelvű lektorátusok, átoztatások, közös hallgatói élethez szükséges szervezetek és facilitások) egyetemi szövetségek keretében is jórészt biztosítható. A jelenlegi rendszer a változtatásra megérett.

2. Javaslatok

2.1. Javasoljuk az egyetemi szintű irányítási rendszer újra gondolását – orvosképző szakegyetemek létrehozását.

A jelen irányítási viszonyok mellett semmilyen garanciát nem látunk arra, hogy a rendszerhibák kiküszöbölhetőek lennének a struktúra módosított működtetésével.

2.2. Állami kutatástámogatás az egészségügyben

Korábbi előterjesztéseinkben jeleztük, hogy a hosszú távú állami mecenatúra dominanciáját a kutatástámogatásban elengedhetetlennek tartjuk. Ebben az újonnan alakult államtitkárság, amely valamennyi kutatástámogatást egyesít sorsdöntő, nemzetstratégiai szerepet játszik. Alapvető azonban, hogy mennyiben kíván az egyetemekre is építeni. Ez a fejlesztés szakmai tudományos értékrendjének lényegi eleme. **A tudományos kutatások stratégiai döntéseiben az állami dominanciájú egészségügyet mindenütt a világon külön kezelik, külön kormányzati irányítás alatt működő, állami szervezetekben (USA-NIH – jogilag az egészségügyért felelős minisztérium egysége, Nagy Britannia-MRC, Franciaország - INSERM stb). Magyarországon ez a gondolkodásmód és közigazgatási kutatástámogatási logika ma teljesen hiányzik.** A korábbi, mostanra megszüntetett ETT támogatási rendszer elvben ilyen volt, de eszközzrendszere mindig igen szerény. Az egészségügyben mindenképpen **javasoljuk, hogy az egészségügyért felelős tárca kormányzati prioritásai intézményesítetten érvényesüljenek az állami orvostudományi kutatástámogatásban.** Megfontolandó lenne az egészségügyi kutatások támogatási arányának kormányzaton történő eldöntése. **Ezt ugyanis nemcsak tudományos kutatási, hanem szakmapolitikai, kormányzati stratégiai szempontok is meghatározzák.** Ennek intézményesített formái nem látszanak. Az ágazati kutatásfejlesztés az egészségügyi ellátórendszer szerves része (például a transzlációs kutatások eredményeképpen már a környező országokban is több robot sebészet kezdte meg működését, nálunk pedig egy sem).

Fejlett országokban az egyetemi oktatók jövedelme részben kutatási teljesítményük függvénye. A fiatalabb korosztályoknál folyamatos bevezetéssel egy ilyen rendszer kidolgozása, majd bevezetése kívánatos lenne. Ez egyfajta megoldás is lehet a teljesítményfüggő bérezés gyakorlatának kialakítására. Az MTA Lendület program, különböző egyetemi kezdeményezések (pl. „merit” támogatások, Bolyai ösztöndíjak) már szolgálnak ilyen célokat. Ennek fejlesztését, támogatását javasoljuk. Mindez azonban a **teljesítmény központú életpálya modellek kialakításának szükségességét** is felveti egymásra épülő támogatási rendszerekkel. **Jelenleg ez hiányzik.**

2.3.Klinikai kutatási hálózat támogatása

Az ETT kezdeményezésére a tárca 2014-ben megalapította a pécsi Szentágothai Tudásközpont székhellyel a Magyar Klinikai Kutatási Hálózatot, amely ily módon csatlakozott az európai klinikai kutatási rendszerhez. Az EU-ban országonként egy klinikai kutatási hálózatot ismernek el; ez a csatlakozás így most megtörtént. Lehetővé vált olyan európai klinikai konzorciumokban való részvétel is, amelyeket nem a gyógyszercégek, vagy az EU kutatási keretprogramok támogatnak, és amelyek jelenleg a klinikai kutatási vizsgálatok kb. 30%-át jelentik Európában. Ebben az alapítók az orvosképző egyetemek. Első lépésben a Hálózat bevonta az országos intézeteket, második lépésben bevonják a nagy kórházakat. Ennek a **Hálózatnak a kormányzati támogatását javasoljuk fejlesztési pályázatok lehetőségeinek formájában,** ez a feltétele annak, hogy a Hálózat nemzetközi forrásokból önfenntartóvá válhasson.

2.4. Egészségpolitikai döntések az egyetemeknek a regionális, országos betegellátó rendszerben, a progresszív betegellátásban betöltött szerepéről

A közfinanszírozott aktív fekvőbeteg szakellátás újradefiniálása jelenleg folyamatban van. Az orvosi egyetemek és karok vezető betegellátó szerepeket töltenek be. Mivel a korábban leírtak értelmében az egyetemi ellátó helyek az átlagosnál súlyosabb beteganyag kezelését vállalják, rentábilis működtetésük csak a progresszív betegellátást tükröző differenciált finanszírozás mielőbbi bevezetésével képzelhető el.

Összefoglalva, a fejlesztés igénye ezen a területen nyilvánvaló. A hallgatói létszám alakítása feltételekhez kötött, amiben az oktatói létszám alakításának minőségi kritériumai vannak. Ez a minőségi kritérium csak tudományos és oktatói értékrenden alapulhat. Ez minőségi teljesítményközpontú kell, hogy legyen, amely csak meghatározott infrastruktúrában hozható létre. Ellenkező esetben a mennyiségi növekedés minőség romláshoz vezet, ami bevétel csökkenést is eredményez.

Budapest, 2015.06.09.