

**EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS TANÁCS ELNÖKSÉGE**

**A BETEGELLÁTÁS, SZAKORVOS KÉPZÉS ÉS TOVÁBBKÉPZÉS,  
ÉS AZ ALKALMAZOTT KUTATÁS HELYZETE A VOLT  
ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEKEN AZ INTEGRÁCIÓ UTÁN**

2001.

## HELYZETÉRTÉKELÉS

1. A volt orvosegyetemek interdiszciplináris területen jelentkező oktatási lehetőségei az egyetemi integráció során történt átszervezések során jelentősen gazdagodtak. Elvesztették ugyanakkor a progresszív betegellátáshoz és az ágazati biomedicinális kutatás-fejlesztéshez szükséges finanszírozási alapjaikat – a teljes betegellátó rendszer fenntartásához és fejlesztéséhez szükséges eszközös és létesítményi infrastruktúra kezelése, és folyamatos átalakítása megoldatlanná vált. Ez mindkét tárca, az Egészségügyi Minisztérium és az Oktatási Minisztérium részéről halaszthatatlan feladatok sürgős megoldását igényli. Ezekben az intézményekben a lakosság betegellátása és az új eljárások bevezetését megalapozó egészségügyi kutató fejlesztő tevékenység nemzeti érték, s ezen tevékenységekhez a feltételek biztosítása nemzeti érdek. Az egészségügyi felsőoktatási intézmények zavartalan működése az egész magyar egészségügyi ellátás fejlődésének nélkülözhetetlen eleme, igen fontos kulcskérdése. Ehhez az egészségügyi ágazat azonban nem rendelkezik a költségvetésben allokált megfelelő forrásokkal.

2. Mivel csökken az orvosképzésre és egészségügyi felsőfokú képzésre jelentkezettek száma, felkészültségük romlik, a következő évtizedekben ez a magyar egészségügyi ellátás minőségének romlásához vezethet. A helyzetet máris tovább ronthatja, hogy anyagi okok miatt jelentős a pályaelhagyás is. A két éve bevezetett rezidensi rendszer kétségtelen értékei mellett a végrehajtás során jelentkező komoly diszfunkciókkal küzd, ezért a hazai hagyományok és európai tapasztalatok szerint tovább kell fejleszteni. A jelenlegi orvosi pályakép nem vonz elegendő jól felkészült fiatalot. Ebben jelentős része van a megalázóan alacsony bérezésnek. Etikailag elfogadhatatlan az egészségügyi dolgozók jövedelmének a paraszolvenciára történő építése. Különösen romboló hatású ez a fiatalok esetében. Javasolt az orvosi minimálbér bevezetése: ez a minimálbér a mindenkori minimálbér háromszorosa lenne, amelyhez igazodik a többi egészségügyben dolgozó bére.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A volt orvostudományi egyetemek hagyományos alapfeladatuk, a graduális orvos és egészségügyi tudományi képzés mellett számos egyéb, a magyar egészségügy szempontjából kulcsfontosságú feladatot láttak és látnak el. A betegellátás szempontjából az ország legnagyobb fekvőbeteg ellátó intézményei közé tartoznak, ahol az alapfeladatukhoz szükséges mértékű és az igényekhez alakított területi ellátás mellett a regionális és országos szintű progresszív ellátás döntő részét végzik, beleértve a legnagyobb szakértelmet, orvostechnikát, tapasztalatot igénylő eljárásokat (egy-egy területen szakintézetekkel megosztva az ellátást). Itt koncentrálódik a betegellátás legmagasabb szakmai követelményeinek megfelelő humán erőforrás döntő hányada, amelyik a belföldön és külföldön megszerezhető tapasztalat, a tudományos kutatómunka során szerzett áttekintő és ítélőkészség, tudásanyag birtokában a tudomány legújabb eredményeinek adaptációjára, gyakorlati alkalmazására leginkább képes és hivatott. E helyeken koncentrálódik a népegészségügyi célok kitűzéséhez, a konkrét feladatok megtervezéséhez szükséges tudományos munka, a népegészségügyi szakemberek színvonalas képzéséhez szükséges oktatási háttér döntő része is. A fentiek miatt ezek a képző és betegellátó helyek a színvonalas szakorvosképzés, szakorvos továbbképzés letéteményesi, azaz a teljes magyar egészségügy szakmai színvonaláért is felelősséget kell vállalniuk. E feladataikat a volt orvostudományi egyetemek a körülmények által nyújtotta lehetőségeket messze meghaladó, nemzetközileg is nagyra értékelt szakmai színvonalon teljesítik és rendkívül komoly, mással nem helyettesíthető nemzeti értéket jelentenek.

## **I. Az orvos és egészségügyi felsőoktatási intézmények (volt Orvostudományi Egyetemek) szerepe a betegellátásban, kapcsolatuk az Egészségügyi Minisztériummal**

1. A korszerű és hatékony egészségügyi ellátás alapja - szakmai és gazdasági szempontból egyaránt - a progresszív, hierarchikus, egymásra épülő, megtervezett és jó szervezettségű járó- és fekvőbeteg ellátás. A betegellátásban a progresszivitás csúcsát azok a komplex ellátó rendszerek jelentik, amelyeket ma Magyarországon az egyetemi klinikák testesítenek meg.
2. Az egyetemi klinikák esetében a tulajdonosi jogokat az Oktatási Minisztérium gyakorolja, mely minisztérium azzal a ténnyel, hogy az ország legnagyobb és legszínvonalasabb kórházainak a tulajdonosa lett 1993 óta nem tud mit kezdeni, s a dolog természetéből adódóan e tekintetben nincs is szakmai kompetenciája.
3. Az Egészségügyi Minisztérium szerepe az egyetemi betegellátás irányításában nincs megfelelően kodifikálva, ill. esetenként az e kérdés részterületeit kodifikáló Felsőoktatási Törvény és Egészségügyi Törvény inkongruensek. E kérdésben a Felsőoktatási Törvény előírja az Oktatási Minisztérium és az Egészségügyi Minisztérium között megállapodás megkötését, ami azóta is várat magára. Mindezek következtében az Egészségügyi Minisztérium kiszorult – és részben kivonult - a hazai betegellátás jelentős szegmentumából, az egyetemi betegellátás szervezéséből és irányításából, s nem tudja az egyetemi betegellátást megfelelően beilleszteni a hazai egészségügy komplex strukturájába.
4. Az egyetemi klinikák többszörösen hátrányos helyzetűekké váltak. Nem érvényesül a tulajdonos felelőssége és elmarad a tulajdonosi jogokból fakadó kötelezettség teljesítése is. A tulajdonosi jogokat gyakorló Oktatási Minisztérium statutumában nincs benne a betegellátási kötelezettség és ezért a fejezetek közötti költségvetési megosztásban a hozzárendelt forrás is hiányzik, s gyakorlatilag nem járul hozzá gyógyító munkához szükséges épület és műszeramortizáció költségeihez. A tulajdonosi jogokkal nem rendelkező Egészségügyi Minisztérium hozzájárulása e költségekhez szintén igen korlátozott mértékű. Ebben a helyzetben az egyetemi klinikák a működőképesség fenntartása érdekében az OEP forrásból származó működési költségekből próbálják a hiányt valamennyire is pótolni. Tekintettel azonban arra, hogy az OEP-től

származó bevétel a mindennapi működési költségeket sem fedezi, az egyetemi betegellátás egyre növekvő gazdálkodási hiánnyal küzd.

5. Jóllehet az egyetemi klinikák, diagnosztikai intézetek önkormányzati feladatkörhöz rendelt területi ellátást is végeznek, az önkormányzatok nem érznek támogatási kényszert az orvosi és egészségtudományi felsőoktatási intézmények felé. A volt orvosegyetemek annak ellenére, hogy önkormányzati feladatokat is ellátnak ki vannak zárva önkormányzati pályázatokból.
6. Hiányzik az egészségügyi intézmények akkreditáción alapuló, kompetencia szintekkel ellátott rangsorolása, az ellátás magasabb, átlagon felüli ráfordítást igénylő szintjén tevékenykedők kiemelt, költségarányos finanszírozása, nem megoldott. E szinten a betegellátás nagy műszerigénye miatt halmozottan jelentkezik az amortizáció hiánya is. Mindezek miatt a progresszív betegellátás csúcsán lévő egyetemi klinikák és diagnosztikai intézetek kiemelten és folyamatosan most már több mint 10 éve alulfinanszírozottak, liquiditási gondokkal küzdenek.
7. A XIX. század második felében, és a XX. század első felében pavilon-rendszerben épült, vagy eredetileg nem egyetemi szintű betegellátás céljaira létrejött egyetemi fekvőbeteg ellátó intézmények ma már nem felelnek meg a modern betegellátás megkövetelte épületstruktúrájának. Az elmúlt 50 év alatt végzett felújítások építkezések döntő többsége sajnos ezt a szakmailag elavult, gazdaságilag kevésbé hatékony helyzetet konzerválta. Hiányoztak a modern kórházi struktúra megteremtését szolgáló nagyívű beruházások.
8. Az egyetemek betegellátásának szervezeti felépítése is sok kívánni valót hagy maga után. A tradicionális klinikai, intézeti autonómia nehezen változó és változtatható erődítményeket eredményezett, melyek gátolták és gátolják az egész egyetem szervezeti modernizálását, a diagnosztikai szolgáltatások központosítását, a hatékony gazdálkodási szabályok bevezetését.
9. Az integrációt követően a 4 egészségügyi felsőoktatási intézményben 4 különböző típusú struktúra jött létre. A SOTE és a HIETE elhibázott módon végrehajtott egyesítése egy kezelhetetlen, finanszírozhatatlan konglomerátumot eredményezett, de a létrejött Semmelweis Egyetem alapvetően orvos- és egészségtudományi szakegyetem maradt. A vidéki Egyetemek részére a Felsőoktatási Törvény 116 §-a alapján a Centrum

biztosíthatott volna megfelelő kereteket a betegellátás strukturáinak kialakításához. Az Oktatási Minisztérium attól tartva, hogy a Centrumok a korábbi orvosegyetemi önállóság átmentését szolgálják nem nézte jó szemmel a Centrumok felállását, körülhatárolt gazdálkodási autonómiáját, s ajánlásokkal, levelekkel korlátozni kívánták strukturális kibontakozását. További probléma volt, hogy esetenként az egyetemi rektori vezetés más esetekben a kari vezetők a képzést meghaladó szakmai és gazdálkodási kompetenciákat vontak magukhoz, ezzel szétzilálva az éppen létrejött Centrum működését.

10. A fentiekben részletezett problémák miatt az egészségügyi felsőoktatási intézményekben a betegellátás strukturája, az Egészségügyi Minisztériumhoz való viszony és a betegellátással kapcsolatos belső gazdálkodás az integrációt követően kaotikussá, szakmailag inkompetenssé vált. (A helyzet egyedül ott elfogadható, ahol a Centrum a leginkább működik.) Az integráció során a betegellátás kérdésköre nem lett átgondolva, hiányzott az illetékes két minisztérium egyeztető munkája, a jelenleg kialakult strukturák (?) többsége működésképtelen, a Centrumok megerősítése vagy új strukturák kialakítása nélkül az orvos és egészségtudományi felsőoktatási intézmények betegellátása a padlóra kerül.

## **II. A szakirányú szakképzések és a továbbképzések rendszere, az orvos-egészségügyi felsőoktatási intézmények szerepe a képzésben és továbbképzésben**

1. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzést és továbbképzést szabályozó 11/1998 (XII. 11) Eü.M. rendelet megteremtette az igényes szervezett képzés lehetőségét és biztosítja a graduális és posztgraduális képzés összhangját. A kialakult képzési forma eurokonform.
2. A végrehajtás során számos, a működést akadályozó probléma merült fel, ami miatt a rendszer nem működik kellő hatékonysággal. A minőségellenőrzés rezidensképzésre alkalmazott formáinak kidolgozása és bevezetése még nem történt meg.
3. Az alacsony rezidensi bérek komoly feszültségforrást jelentenek.
4. A hiányszakmák területén a rezidensek létszámkorlátozásának feloldása nem nyújtott megoldást e szakmák (mindenekelőtt az in vitro diagnosztikai szakmák és a megelőző orvostan) szakember utánpótlásának biztosítása terén.

5. Az újonnan bevezetett ráépített szakvizsgák elérhetősége a régi rendszerben szakképesítést nyertek számára nincs biztosítva.
6. Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzését szabályozó 73/1999 (XII. 25) Eü.M. rendeletet elhibázott és jelenlegi formájában végrehajthatatlan. A továbbképzési programok minősítésében az egyetemeknek nem biztosít érdemi szerepet.
7. A szakgyógyszerész képzés kialakult rendszere az EU-konformitás szempontjából problematikus.
8. A klinikai szakpszichológusok képzésének rendje, finanszírozása és gyakorlata nem megnyugtató, az egészségügyben dolgozó további nem egészségügyi diplomások szakképesítése nem megoldott.
9. Az európai modell szerint létrejött népegészségügyi szakirányú továbbképzés nem épült be a munkakörök betöltéséhez szükséges alkalmazási követelményrendszerbe.

### **III. A kutató-fejlesztő munka helyzete az egészségügyi felsőoktatási intézményekben**

1. Az orvosbiológiai kutatások a magyar tudomány sikerágazatát jelentik. A scientometriai adatok egyértelműen azt mutatják, hogy hazánk a tudományos teljesítmény tekintetében nemzetközi összehasonlításokban - különösen a ráfordításokhoz viszonyítva - előkelő helyen szerepel, s ebben az orvosbiológiai kutatások 70-75%-át produkáló hazai orvostudományi kutatóhelyek teljesítményének igen komoly szerepe van.
2. Az egyetemek orvostudományi karai különböző típusú pályázatokon növekvő kutatási támogatást kapnak az Oktatási Minisztériumtól, ami elsősorban az alapkutatás és a biotechnológia területére koncentrálódik. Ez azonban nem oldja meg az egyetem kutatási infrastruktúrájának és az egészségügyi K+F finanszírozás alapproblémáit. Különösen a klinikai kutatások és a magasszintű, kutatómunkához kapcsolódó adaptációs tevékenység finanszírozása megoldatlan.
3. Az ETT kialakult kutatásszervezési infrastruktúrája, a pályázatok elbírálási rendszere megfelelően működik, a kutatási támogatások mértéke azonban messzemenőleg elégtelen, a pályázatokkal elnyerhető támogatások összege legtöbbször igen alacsony, nem elegendő az eredeti

pályázati célok megvalósítására, pláne nem kutatási személyzet alkalmazására, vagy a műszerpark megőrzésére, fejlesztésére, nemzetközileg elismert tudományos iskolák támogatására.

4. A magyar lakosság ellátásához a folyamatos egészségügyi, biomedicinális K+F tevékenység nélkülözhetetlen, ezt nemzeti tárcaszintű prioritások szerint kell működtetni. A finanszírozás mind a magyar tudományosság fenntartása, mind a betegellátás szempontjából vizsgálva elégtelen, és az európai-észak-amerikai arányoknak sem felel meg, ahol az egészségügyi kutatások állami támogatása jóval nagyobb.



# AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM ÉS AZ OKTATÁSI MINISZTERIUM EGYETÉRTÉSÉVEL KIALAKÍTOTT JAVASLATOK

## **I. A betegellátás és a hozzá tartozó strukturális problémák területén:**

1. Az orvos- és egészségtudományi képzés, az egészségügyi ellátás és az orvos és egészségtudományi felsőoktatási intézmények érdekében szükség van az Oktatási és Egészségügyi tárcák együttműködésére. A két tárcának el kell készíteni a Felsőoktatási Törvényben előírt együttműködési megállapodást, melyben szabályozzák a felügyelet kérdését az egyetemi funkció különböző területein, a betegellátással kapcsolatos tulajdonosi funkciót és felelősséget, s általában megteremtik az együttműködés kereteit. Az együttműködés érdekében létre kell hozni és működtetni kell egy, a két tárca között koordináló feladatot ellátó operatív főosztályt vagy más, az együttműködés folyamatosságát biztosító szervezetet.
2. Létre kell hozni az egyetemi betegellátást jelenleginél adekvátabban, flexibilisebben működtető struktúrát. Ez lehet a Felsőoktatási Törvény által definiált és annak szellemében működő Orvos- és Egészségtudományi Centrum, lehet Kht. vagy Közalapítvány. E struktúrákat úgy kell kialakítani, hogy ne eredményezzék a klinikák és elméleti intézetek elszakadását, illetve a klinikák kiválását az egyetemi keretből, s ne sérüljön az oktatás-kutatás-gyógyítás egysége.
3. A tisztánlátás érdekében szét kell választani a klinikák oktatási költségeit és a betegellátásra állami feladatként elkülönített pénzalapokat. Amennyiben nem Kht. illetve közalapítvány formájában történik a betegellátás működtetése, úgy a betegellátással kapcsolatos pénzalapok az Egészségügyi Minisztérium költségvetési fejezetébe kerüljenek át.
4. A betegellátás az egyetemen belül (ahol ilyen van) egyértelműen a Centrumhoz és ne az Orvoskarhoz tartozzon, s a Centrum elnöke legyen az egészségügyi miniszter közvetlen tárgyaló partnere. A Centrum rendelkezzen a betegellátás feladatainak ellátásához szükséges önálló, erre specializálódott gazdasági, pénzügyi apparátussal.
5. Meg kell oldani az orvos és egészségtudományi felsőoktatási intézmények betegellátáshoz kapcsolódó műszer amortizációs, épület

felújítási problémáit. Egyértelműen definiálni kell, hogy ki látja el a tulajdonosi funkciót e területen, s tulajdonoshoz allokálni a szükséges pénzalapokat.

6. Biztosítani kell a progresszív betegellátás hierarchiájának magasabb fokán lévő intézmények reális alapokon nyugvó finanszírozását. Ennek formáit egy erre a célra létrehozott ad hoc bizottság belátható időn belül dolgozza ki.
7. Az orvos és egészségügyi felsőoktatási intézményeknek modernizálni kell a betegellátás szervezeti struktúráját, mind a szakmai előrelépés, mind a gazdaságos működtetés érdekében. Fel kell mérni és szükség esetén átcsoportosítani a kapacitásokat, modernizálni a klinikák szervezeti felépítését, központosítani a diagnosztikai ellátásokat stb.
8. Az Egészségügyi Minisztérium segítségével átfogó tervet kell kidolgozni a klinikák modern betegellátásnak megfelelő restrukturálására és meg kell kezdeni az ehhez szükséges nagyléptékű beruházásokat.

## **II. A szakorvosképzés, továbbképzés területén:**

**A.** A 73/1999 (XII.25) Eü.M. rendelet módosítása, a folyamatos továbbképzés és a szakirányú szakképzések rendszerének összehangolása, az egyetemek kontrolláló, minőségellenőrző szerepének biztosítása érdekében.

**B.** A továbbképzés rendszerének újjászervezése az alábbi elveknek megfelelően:

1. az orvostovábbképzés elsődlegesen regionális alapokon szerveződjék,
2. a folyamatos továbbképzés szervezése, a továbbképző programok elfogadása, minősítése az egyetemek feladata, az egyes szakmákon belül szükséges koordinációt a koordináló tanszékek végezzék,
3. az ESZTT biztosítsa az egyetemek között a szükséges, folyamatos egyeztetéseket, és a vitás kérdések fellebbviteli fórumként történő eldöntését,
4. a nyilvántartás a Magyar Orvosi Kamaránál történjen,

5. a követelményeket úgy kell kialakítani, hogy a ráépített szakképesítéssel rendelkezők is megszerzhessék a szükséges pontokat.
6. A rezidensképzés minőségellenőrzési rendszerének kidolgozása.
7. A rezidensi bérek rendezése, az orvosi minimálbér bevezetése
8. A hiányszakmák gondjának kezelése (már rezidensi szinten is), bérpótlék vagy kiemelt bérezés biztosításával.
9. A ráépített szakképesítésekre vonatkozó rendelet módosítása, hogy az újonnan bevezetett ráépített szakképesítések megszerzését régi típusú (nem rezidensi rendszerben megszerzett) alapszakképesítésekkel is meg lehessen szerezni. (Az elmúlt néhány hónap ezzel kapcsolatos, helyes irányba mutató változásait örömmel konstatáljuk.)
10. A szakgyógyszerész képzés európai uniós gyakorlatnak megfelelő újraszabályozása.
11. A népegészségügyi szakirányú továbbképzések elismerését biztosító, ill. a népegészségügyi területén bizonyos munkakörök betöltéséhez azt követelményként előíró rendelet megjelentetése, ill. a 9/1995 (II.3) Kormányrendelet módosítása.
12. Az egészségügyben dolgozó egyes nem egészségügyi diplomások esetében a szakképesítés európai uniós formáinak átvétele.

### **III. Az ágazati tudományos kutatás, fejlesztés területén:**

1. Az ágazati kutatásfejlesztés támogatási összegének többszörösére emelése, és az ETT jelenlegi szervezetét fölhasználva pályázati támogatások formájában történő **elosztása**. Megfelelő pénzalap esetén lehetővé kell tenni a kutatási infrastruktúra fejlesztését, illetve kutatói munkaerő foglalkoztatását is.
2. A pályázati kiírásban az alábbi prioritásokat javasoljuk:
  - a.) Népegészségügyi jelentőségű, nagy mortalitással és morbiditással rendelkező betegségek kutatása,
  - b.) Az alapkutatással és klinikai kutatással foglalkozó kutatócsoportok együttműködésének elősegítése,

c.) A nemzetközi elismertséget szerzett műhelyek, iskolák kiemelt támogatása.

## RÉSZLETES RÉSZ

A volt orvostudományi egyetemek hagyományos alapfeladatuk, a graduális orvos és egészségügyi tudományi képzés mellett számos egyéb, a magyar egészségügy szempontjából kulcsfontosságú feladatot láttak és látnak el. A betegellátás szempontjából az ország legnagyobb fekvőbeteg ellátó intézményei közé tartoznak, ahol az alapfeladatukhoz szükséges mértékű és az igényekhez alakított területi ellátás mellett a regionális és országos szintű progresszív ellátás döntő részét végzik, beleértve a legnagyobb szakértelmet, orvostechnikát, tapasztalatot igénylő eljárásokat (egy-egy területen szakintézetekkel megosztva az ellátást). Itt koncentrálódik a betegellátás legmagasabb szakmai követelményeinek megfelelő humán erőforrás döntő hányada, amelyik a belföldön és külföldön megszerezhető tapasztalat, a tudományos kutatómunka során szerzett áttekintő és ítélőkészség, tudásanyag birtokában a tudomány legújabb eredményeinek adaptációjára, gyakorlati alkalmazására leginkább képes és hivatott. E helyeken koncentrálódik a népegészségügyi célok kitűzéséhez, a konkrét feladatok megtervezéséhez szükséges tudományos munka, a népegészségügyi szakemberek színvonalas képzéséhez szükséges oktatási háttér döntő része is. A fentiek miatt ezek a képző és betegellátó helyek a színvonalas szakorvosképzés, szakorvostovábbképzés letéteményesi, azaz a teljes magyar egészségügy szakmai színvonaláért is felelősséget kell vállalniuk. E feladataikat a volt orvostudományi egyetemek a körülmények által nyújtotta lehetőségeket messze meghaladó, nemzetközileg is nagyra értékelt szakmai színvonalon teljesítik és rendkívül komoly nemzeti értéket jelentenek.

A volt orvostudományi egyetemek által nyújtott történelmileg kialakult oktatási-betegellátási-kutatási struktúra együttesen mással nem helyettesíthető, a magyar egészségügyben nincs alternatívája. De a kialakult egyetemi struktúra nem helyettesíthető a fenti hármas egység egyes elemeinek a tekintetében sem. Magyarországon nincsenek kutató kórházak és nincs klinikai kutatási központ, az Országos Intézetek csak egyes részterületeken jelennek meg a betegellátás csúcsán. Egy alternatív rendszer kiépítése bármelyik (betegellátás, kutatás, szakorvosképzés) területen hihetetlen összegekbe kerülne, s az alábbi két ok miatt egy ilyen erőfeszítésnek nem is lenne semmi értelme: 1/ A graduális orvos és egészségügyi tudományi képzéstől elszakított új csúcsintézmények nem tudnák a befektetett energiát, pénzt értéként visszakanalizálni a graduális képzésbe, s az egyetemi képzés közelségének hiánya komoly problémát okozna a szükséges szakember utánpótlás tekintetében, 2/ A történelmileg kialakult

egyetemi struktúra minden jelenlegi gondja ellenére működőképes, a jelenlegi problémák megoldhatók, kiküszöbölhetőek. Az alábbiakban a problémák felmutatása és elemzése mellett néhány javaslatot vetünk fel megoldásuk érdekében.

Az Egészségügyi Törvény a betegellátó és népegészségügyi tevékenység irányítását egyértelműen az egészségügyi miniszter feladatává és felelősségévé teszi. A fentiekből világos, hogy az egészségügyet irányító, koordináló tevékenysége során a legközvetlenebb kapcsolatot kell kiépítenie az orvos és egészségtudományi képző-betegellátó-kutató intézményekkel. Egyrészt támaszkodnia kell az itt megjelenő szakértelemre, tapasztalatokra, modellezési lehetőségekre, másrészt ezeknek az intézményeknek – a megfelelő szinteken - be kell integrálódni a betegellátás, népegészségügyi tevékenység általa irányított hierarchiájába. Érdekes, hogy az Orvos és Egészségtudományi Egyetemek 1993-ban történő átkerülése az Oktatási Minisztériumhoz nem okozott lényeges nehézséget az Egészségügyi Minisztérium e tevékenységében és a szoros kapcsolattartásban. (A volt Orvos- és Egészségtudományi Egyetemeknek ezzel szemben számos problémával, nehézséggel kellett megküzdeniük az új helyzetben.) A kapcsolatrendszer egy viszonylag tiszta, áttekinthető modellje alakult ki; a betegellátás, egészségügy, szakorvosképzés tekintetében az aktuális egészségügyi miniszter, ill. munkatársai közvetlenül tartották a kapcsolatot az aktuális rektorokkal és munkatársaikkal, az ágazati irányítás töretlenül működött, az egyetemek autonomiájukon belül végezték e területeken feladataikat, gazdálkodtak a hozzájuk OEP-től, egyéb forrásokból befolyt pénzeszközökkel.

A volt orvostudományi egyetemek komplex egyetemi struktúrákba történő integrálása ezzel szemben számos, elsősorban az egyetemek betegellátó funkciójával kapcsolatos problémát vetett föl. E problémák egyrésze korábban is meg volt, de az új helyzetben élesebb megvilágításba került, felerősödött, másrészüket az orvosi egyetemek önállóságának elvesztése és az új körülmények között a szabályozások hiányossága, esetenként nem megfelelő volta idézte elő. E problémák mind az egyetemeket, mind a hazai egészségügy irányításáért felelős Egészségügyi Minisztériumot (minisztert) olyan nehézségek elé állították, állítják, melyek a korszerű betegellátó struktúrák kialakítása érdekében feltétlenül megszüntetendők. A felvetődő kérdésekre az új körülmények között - az egyetemi integráció megkérdőjelezése nélkül - kell választ adni, s meg kell találni azokat a megoldásokat, melyek megnyugtatóan rendezik az egészségügyi ellátás átalakítása szempontjából esetenként komoly nehézségeket jelentő problémákat.

## **Az Egészségügyi Minisztérium által érzékelhető legfontosabb problémák:**

1. A hierarchikusan felépülő betegellátási struktúra csúcsán lévő egyetemi betegellátás nem tartozik a hazai betegellátásért felelős egészségügyi miniszter irányítása alá. A felsőoktatási törvényben e területen az egészségügyi miniszter számára megjelölt koordináló szerep nincs specifikálva, nincs tartalommal megtöltve. Az Oktatási Minisztérium fennhatósága és az egyetemi autonómia által jelentett korlátok nem biztosítanak megfelelő lehetőséget arra, hogy az Egészségügyi Minisztérium törvényes felelősségének megfelelően irányíthassa, koordinálhassa az egészségügy e jelentős szegmensét.
2. A szakorvosképzés és szakirányú szakképzés egyéb formái felett a felügyeletet ugyan a felsőoktatási törvény szerint is az Egészségügyi Minisztérium gyakorolja, a felsőoktatási és egészségügyi törvények inkongruenciái és az Oktatási és Egészségügyi Minisztérium között megkötendő szerződés elmaradása nehézkessé teszik az ehhez szükséges struktúra, finanszírozási forma kialakítását.
3. Az épület- és műszerfelújításokra, illetve fejlesztésekre az Egészségügyi Minisztérium által az egyetemekre juttatott összegek egy másik Minisztérium által kezelt vagyontárgyakat eredményeznek.
4. Az integrációt követően a különböző egészségügyi képzést, továbbképzést és betegellátást folytató felsőoktatási intézményeken belül a betegellátás és az orvosegészségügyi képzés egészen eltérő struktúrái alakultak ki. Esetenként még identifikálni is rendkívül nehéz azt az egyetemenként változó kompetens személyt, aki az Egészségügyi Minisztérium tárgyaló partnere lehet, s aki a betegellátás szempontjából adekvát döntéshozó jogosítványokkal rendelkezik. Az integrált Egyetem (a Semmelweis Egyetem kivételével) legtöbb esetben nem orvos rektora, az Orvos- és Egészségtudományi Centrum elnöke (ahol a Centrum valóban működik), vagy az integrált Egyetem struktúrájába beépült, gazdasági döntési jogosítványokkal nem rendelkező Orvoskari Dékán egyaránt megjelenik, mint tárgyaló partner, ami mind egyetemen belül, mind azon kívül kaotikus állapotokat tükröz és teremthet.
5. Az egészségügyi felsőoktatási intézmények betegellátó struktúrája és vezetési mechanizmusa helyenként már korábban sem felelt meg a

modern, hatékony egészségügyi ellátó struktúrák iránti követelményeknek. A helyzet az integráció után rosszabbodott, nehezkesebbé vált, az Egészségügyi Minisztériumnak nincs érdemi befolyása a szükséges struktúraváltásra.

**Az egyetemek szempontjából az alábbi fontosabb problémák jelentkeztek:**

1. Nincs biztosítva, hogy az integrált egyetemek keretein belül a betegellátásra és a szakirányú szakképzésre befolyó pénzeszközök kezelése elkülönítetten történjen és előbbi csak a betegellátás céljaira kerüljön fölhasználásra.
2. A betegellátó egységek épületfelújítása, műszerpótlása teljes mértékben megoldatlan. Az egyetemi pénzeszközök erre messze elégtelenek, s az Oktatási Minisztériumnak – annak ellenére, hogy az ország 4 legfejlettebb kórházát működtető intézményeket felügyeli – nincs betegellátási kötelezettsége, nincs a betegellátás működtetéséhez hozzárendelt forrása, s így a betegellátás szempontjából semmiféle tulajdonosi kötelezettséget nem vállal. Az amortizáció és a felújítások fedezése csak a mindennapi betegellátás adott célra is elégtelen pénzügyi fedezetének terhére történhet, ami nagymértékben hozzájárul a szinte valamennyi betegellátással foglalkozó felsőoktatási intézmény esetében jelentkező gazdálkodási hiányhoz. (A betegellátás progresszív formáinak alulfinanszírozása tovább növeli a gazdálkodási hiányt.)
3. A betegellátást biztosító pénzeszközök felhasználása, nyilvántartása naprakész, flexibilis, a változásokra jól reagáló, a megfelelő szabályokat ismerő, az egészségügyi ellátásra specializálódott, elkülönült gazdálkodási szervezetet igényel. Az integrált egyetemeken létrejött új gazdasági apparátusok központosító törekvése és a törekvések Oktatási Minisztérium-i támogatása komoly nehézségeket okoz a betegellátással kapcsolatos gazdálkodásban.
4. A klinikai kutatások és az adaptációs tevékenység támogatása speciális támogatási rendszert igényel, melynek letéteményese elkülönült Egészségügyi Kutatási Alap hiányában csak az Egészségügyi Minisztérium lehet. E területen az Egészségügyi Minisztérium hosszú idő óta tesz elismerésre méltó erőfeszítéseket az ETT pályázatok



kiírásával. A rendelkezésre álló anyagi források azonban messze nem elégségesek, így ez a tevékenység erősen alultámogatott.

5. Az egyetemekre vonatkozó Kincstári Felügyelet, egyéb egészségügyi intézményekhez viszonyítva számos hátrányos szituációt teremt és nehezíti a betegellátásra vonatkozó adekvát gazdálkodást.

Az alábbiakban a betegellátás, szakorvosképzés és továbbképzéssel, ill. a tudományos kutatással kapcsolatos kérdéseket részletesebben fejtjük ki:

## **I. Az orvos és egészségügyi felsőoktatási intézmények (volt Orvostudományi Egyetemek) szerepe a betegellátásban, kapcsolatuk az Egészségügyi Minisztériummal (részletesebben kifejtve lásd az 1. sz. Mellékletben).**

### **1. Az egyetemi betegellátó egységek (klinikák, diagnosztikai intézetek) helye és szerepe a hazai betegellátás hierarchikus felépítésében**

A progresszív betegellátás a modern egészségügyi ellátórendszerek szerves része, az egészségügyi ellátás egymásra épülő, egymást egyre magasabb szinten kiegészítő rendszere, amelyben a beteg állapotának, betegsége súlyosságának, a diagnózis felállításának, a hatékony kezelés alkalmazásának és a szükséges gondozásnak minden megfelelő szakmai feltételei adottak. A rendszerben a beteg számára az ellátáshoz való hozzáférés egyenlő joga biztosítva van, függetlenül a lakóhelyétől. A progresszív betegellátási rendszer jól definiált modulokból épül fel, elemei integrált módon és rugalmasan kapcsolódnak egymáshoz. Az egyes elemek működését szakmai indokoltság alapján kompetencia szintekkel lehet jellemezni.

A progresszív betegellátás rendszere magas szervezettséget feltételez, ahol a tervezés és fejlesztés rövid és középtávon is tudatos és nem ad hoc irányítást igényel. Csak e magas szervezetség biztosíthatja az egészségügy számára a rendelkezésre álló humán és anyagi erőforrások optimális és gazdaságos kihasználását, a párhuzamosságok és a hozzáférés hiányának kiküszöbölését. A szervezetség egységes irányítást feltételez, ellenkező esetben romlik a hatékonyság és felesleges párhuzamosságok generálódnak.

A progresszív betegellátás csúcsát jelentő intézetek elvileg az alábbi feltételeknek kell megfeleljenek:

A/ Legyen reprezentálva az egészségügyi ellátás széles területét átfogó szakterületek együttes jelenléte. (Néhány szakmában [onkológia, idegsebészet, kardiológia] a vertikális specializálódás magas foka az adott intézetet a szakmai hierarchia csúcsára helyezheti).

B/ Legyen biztosított a szakmailag bonyolult és összetett betegségek diagnosztizálásához és gyógyításához szükséges szellemi és tárgyi feltételek

összessége. A szellemi feltételek közé sorolható a tudományos minősítettek száma, tudományos aktivitásuk, a vezetők tudományos és egészségügyi közéletben játszott meghatározó szerepe, az intézet oktatói aktivitása a szakemberképzésben és továbbképzésben, valamint az intézet társadalom és környezetformáló hatása is.

A fent részletezett feltételeket ma **Magyarországon a legszélesebb körben és leggazdaságosabban az orvosi egyetemek klinikái és diagnosztikus intézetei, továbbá egy-egy területre leszűkítetten az országos intézetek** teljesítik.

## **2. A progresszív betegellátást végző egyetemi betegellátó intézmények kapcsolata tulajdonosaikkal**

Az egyetemi klinikák esetében a tulajdonosi jogokat az Oktatási Minisztérium gyakorolja. A felsőoktatásban betöltött fontos szerepe, és az egységes egyetemi szervezettség miatt a graduális képzés területén indokolt az Oktatási Minisztérium által gyakorolt egységes irányítás. Ugyanakkor látni kell, hogy ez a minisztérium az egészségügyi felsőoktatás specialitásaival, ill. azzal a ténnyel, hogy az ország legnagyobb kórházainak a tulajdonosa lett 1993 óta nem tud mit kezdeni, s a más típusú problémák kezeléséhez szokott, ilyenirányú szakértelmet teljes mértékben nélkülöző Minisztériummal nehéz elfogadtatni azt a specifikumot, amelyet az egészségügyi felsőoktatás jelent. Az egészségügyi felsőoktatásban ugyanis az oktatás tárgya maga a beteg ember, aki más megközelítésben egy másik szolgáltató rendszerbe integrálódik betegsége miatt. Jogos tehát az az évek óta jelentkező igény, amely részben az orvos és egészségtudományi felsőoktatási intézmények oldaláról, részben az egészségügyi irányítás oldaláról fogalmazódott meg, s amelynek lényege: az egészségügyi szaktárca nyerje vissza irányító funkcióját az ezen intézmények által végzett betegellátás területén. Jelenleg a felügyeletet gyakorló Oktatási Minisztérium - nem lévén az adott szakma országos irányításának letéteményese - a betegellátás területén nem képes „tulajdonosi” jogait gyakorolni/kötelességeit teljesíteni, az egészségügyi ágazat pedig - különösen az integráció óta - nélkülözi a hierarchikus betegellátás csúcán lévő egyetemi intézeteket. A végeredmény: Egészségügyi Minisztérium kiszorult a hazai betegellátás jelentős szegmenstumából.

A progresszív ellátásban kiemelt tevékenységet folytató intézetek hátrányos helyzetben vannak, hiszen tulajdonosaik nem gyakorolják, vagy

nem tudják gyakorolni a tulajdonosi és működtetési jogokból rájuk háruló kötelezettségeket. Amíg az önkormányzatok általában végrehajtanak a működtetéshez feltétlenül szükséges beruházási, felújítási, gép-karbantartási, a 3-5 év alatt bekövetkező amortizációból levezethető, új műszer-beszerzési akciókat a tulajdonukban lévő egészségügyi intézetekben, addig más tulajdonosok (OM, Eü.M) erre csak igen korlátozott mértékben, vagy egyáltalán nem képesek. Az önkormányzatok nem éreznek támogatási kényszert az orvosi egyetemek felé, noha azok önkormányzati feladatkörhöz rendelt területi ellátást is végeznek. Sőt, az orvosegyetemek bár önkormányzati feladatokat is ellátnak ki vannak zárva önkormányzati pályázatokból. Az a paradox helyzet áll tehát elő, hogy az önkormányzati aktivitás fejleszti a zömében kis- és középkategóriájú fekvőbeteg egységeket, viszont a progresszív ellátás csúcán lévő intézmények tulajdonosai sok esetben még a szinten tartást sem képesek biztosítani, vagy ha igen, azt csak az egyébként is elégtelen működési költségek terhére, azaz a gazdálkodási hiány jelentős növelése árán. Pedig a progresszív betegellátás csúcsintézményei lényegesen költségesebb felszerelést működtetnek, amelyhez természetesen az épületállomány és az infrastruktúra megfelelő szintje szükséges.

Az egészségügyi finanszírozás alapvető problémája az amortizáció megoldatlan kérdése. Addig is, amíg ez törvényi úton rendeződik szükséges a betegellátás szempontjából olyan adekvát tulajdonos megjelölése vagy olyan konstrukció kidolgozása mely az egyetemi betegellátó intézmények esetén biztosítja a probléma kezelését. Mértékadó számítások szerint az egy régiót ellátó egyetemi klinikák amortizációs, épület felújítási költségei az ország teherviselő képességét is figyelembe véve 1 milliárd forint/év összeget tesznek ki.

**Összegezve: a progresszív betegellátásra fokozottan érvényes, hogy a tulajdonosi és működtetői köteleességek realizálódásának hiánya hátrányos a fenti ellátást végzők, s végső soron az egész magyar egészségügy szempontjából. A progresszív betegellátó egyetemi intézményekben kiemelt hangsúlyt kell fektetni az amortizáció megtérítésére.**

**3. A kiemelt progresszív betegellátói kör/intézet/intézmény meghatározása, a progresszív betegellátásban kiemelt feladatokat ellátó intézetek finanszírozása**

A progresszív betegellátás felső szintje a bonyolultabb és több komplikációt magukban foglaló betegségek problémájának megoldása. A jelenlegi HBCS-ra alapuló finanszírozási rendszerből *per se* következik, hogy a progresszív betegellátásban felül működő intézmények alulfinanszírozottak, és ezért egzisztenciájuk is veszélyben forog. A kiemelt progresszív ellátást végzők körének meghatározása hiányában az intézményüket idetartozónak vélő kórházi vezetők is állandóan alulfinanszírozottságukról panaszkodnak, és többletfinanszírozást követelnek maguk számára. Mindez a szűkös források igazságtalan elosztásához, a hierarchikus és progresszív ellátás csúcsán lévő szolgáltatást végzők teljes ellehetetlenüléséhez vezet. Elemi érdek tehát, hogy a kiemelt ellátásban résztvevők köre minél előbb és minél pontosabban legyen meghatározva, valamint az ebből következő differenciált finanszírozási fokozat bevezetésre kerüljön.

**Az egészségügyi intézmények akkreditáción alapuló, kompetencia szintekkel ellátott rangsorolása jelenthet egyedüli megoldást a progresszív betegellátás elismertetésének és megfelelő arányú finanszírozásának. A progresszív ellátás kiemelt helyeit az Egészségügyi Miniszter szakmánként, rendelettel jelölje ki, és azt időszakosan vizsgálja felül.**

Az egészségügyi ellátórendszerek finanszírozásának legnagyobb gondja természetesen az, hogy abszolút értelemben kevés a rendelkezésre álló, szétosztható pénz. További gond, hogy az elmúlt években alapjában véve politikai szempontok határozták meg az elosztás alapját: a kevés pénzből az ellátás tömegjellegét kívánták elsősorban biztosítani. Így az alapellátás finanszírozásán javítottak (anélkül, hogy az ellátás szakmai színvonala javult volna), s a kiskórházak működési feltételeit biztosították. Ez oda vezetett, hogy a nagy megyei kórházak, a kiemelt betegellátásban részvevő egyetemi és országos intézetek finanszírozási szempontból olyan mélyre süllyedtek, amely alapján veszélyeztetni ellátásuk színvonalát.

A HBCS alapján történő értékelés elvi megfontolásból sem képes a progresszív betegellátást megfelelően finanszírozni. A legsúlyosabb, komplikált betegségek átlagon felüli ráfordítást igényelnek diagnosztikus és terápiás téren egyaránt. Ez megnyilvánul a személyzet szakmai felkészültségében, képzettségében, létszámában, ill. a betegellátáshoz nélkülözhetetlen műszerezettség magasabb fokában. Ennek ellenére a minőségi teljesítmény elismerése a minőségi betegellátásban nem jelenik meg. A kiemelt betegellátást végző intézetek csak átlagos kompenzációt kapnak, amely állandó deficit termeléséhez vezet. A HBCS rendszeren belül a komplikált esetek súlyozása sem veszi reálértéken figyelembe a

ráfordításokat. A finanszírozók, ill. az egészségügy vezetése tisztában van mindezzel, ezért hol szakmai és intézményi szorzók, hol a progresszivitásra elkülönített keretekkel próbálja ad hoc módon megoldani a nyilvánvaló gondokat. Az eddigi próbálkozások fiaskója a progresszív betegellátás csúcsán lévő intézetek folyamatos és állandósuló liquiditási gondjai alapján nyilvánvaló. A kiemelt betegellátást végzők anyagi bizonytalanságban tartása nemcsak demoralizáló, hanem a hazai betegellátás eredményességét rövid távon is veszélyeztető gondatlanság.

A kiemelt betegellátást végzők rangsorolását az alábbiak is mutatják. Az országos intézetek és az orvosegyetemek CMI-e jóval az országos átlag fölött van: országos intézetek: 1.608, orvosegyetemek (területi ellátási feladataik ellenére): 1.423, megyei vezető kórházak: 1.161, budapesti önkormányzati kórházak: 1.081, városi kórházak: 1.1037<sup>1</sup>. A GYÓGYINFOK 1999-ben készült ráfordítási adatgyűjtése alapján az orvosegyetemek átlagos ráfordítási költsége 120-130 e Ft/HBCS. Ez más szóval azt jelenti, hogy az egyetemeken ellátott minden egyes beteg esetében 45-55 eFt/HBCS hiány keletkezik. Olcsó érvelés lenne annak hangoztatása, hogy az egyetemek drága intézmények, s helyettük az olcsóbban működő helyre irányítsuk a beteget. Ennek ellentmond a magas CMI, ami azt jelenti, hogy az olcsónak vélt intézeteknél 25-35 %-kal bonyolultabb eseteket látnak el az egyetemi klinikák. A két tétel együttesen az egyetemi klinikák súlyos alulfinanszírozását húzza alá.

**A progresszív betegellátás csúcsán lévő egyetemi klinikák és intézetek a jelenlegi finanszírozási rendszer sajátosságaiból adódóan folyamatosan alulfinanszírozottak. Az eseti finanszírozás mellett szükséges a progresszióval arányos pozitív megkülönböztetés. Meg kell teremteni a mennyiségi ellátás finanszírozása mellett a minőségi ellátás finanszírozását is. Ellenkező esetben állandósuló liquiditási gondokkal, folyamatos feszültséggel, s mindezek alapján romló egészségügyi ellátással kell számolni.**

## **II. Szervezeti/strukturális problémák a volt orvosegyetemek betegellátásában**

A szervezeti és strukturális problémák egy része régóta megvan az orvosegyetemenél, más részük az elmúlt időszakban keletkezett, s az integráció során erősödött fel. Orvosegyetemeink a XIX. század második

---

<sup>1</sup> 1998-as adatok. A tendencia ill. az egyes ellátók közötti különbség azonban évek óta azonos.

felében, és a XX. század első felében épültek, illetve más esetben eredetileg nem orvosegyetemi funkció ellátására jöttek létre. Az építkezések szétszórtan, az akkori elveknek megfelelően pavilon-rendszerben történtek, amit esetenként több telephely kialakulása is súlyosbított. Az ilyen telepítésű fekvőbeteg intézet ma már messze nem felel meg a modern betegellátás követelményeinek, a betegellátás ilyen körülmények között kevésbé hatékony, a társszakmák együttműködése akadozik, nem alakul ki megfelelő betegfelvételi rendszer, sürgősségi ellátás, s a diagnosztikai egységekkel való gyors kapcsolat nem biztosítható. Mindezek az objektív adottságok (melyek egyébként sok más hazai fekvőbeteg ellátó intézmények esetében is megvannak) a betegellátásban okozott számos nehézség mellett a betegellátás lényegesen költségesebbé is tesz, mint a modern kubaturális feltételek között működő intézmények esetében. Tovább súlyosbította a helyzetet, hogy a beruházások, rekonstrukciók döntő többsége az elmúlt 50 év alatt ezt a szakmailag elavult, gazdaságilag kevésbé hatékony helyzetet konzerválta. Jóllehet készült néhány előre mutató terv, megvalósult egy két helyes irányú részberuházás, az egyetemi betegellátó intézmények egységes koncepció szerint történő fejlesztése hiányzott (hiányzik). Az egyetemi betegellátás újjá szervezésének kubaturális megalapozásához hiányoztak a pénzügyi feltételek. Feltétlenül szükség van a gazdasági problémákat okozó rossz kórháztelepítési struktúra felszámolására, az egyetemi telephelyek megújulására, a gyógyítás modern elveinek megfelelő átszervezését elősegítő nagyívű beruházások megindítására. E nélkül az egyetemi betegellátás „handycap”-pelt marad, funkcióját nem tudja betölteni.

Az egyetemek betegellátásának szervezeti felépítése is sok kívánni valót hagy maga után. A tradicionális klinikai intézeti autonómia körülhatárolt nagytekintélyű professzorok által vezetett színvonalas, de nehezen változó és változtatható erődítményeket eredményezett, melyek gátolták és gátolják az egész egyetem szervezeti modernizálását, a diagnosztikai szolgáltatások központosítását, a hatékony gazdálkodási szabályok bevezetését. Az orvos és egészségügyi felsőoktatási intézményeknek önkritikusan szembe kell nézni ezekkel a problémákkal különben a flexibilisebb manager szemléletű vetélytársakkal szemben könnyen lemaradhatnak az egészségügyi piacon.

Az integrációt követően különböző, itt nem részletezendő okok miatt, a 4 egyetemen 4 különböző struktúra alakult ki az objektív lehetőségek, az új egyetem belső erőviszonyainak, a külső környezeti ráhatás és a volt orvosegyetemeken létező vezetés belső harcai eredményeképpen. A Semmelweis Egyetem helyzete e szempontból alapvetően más mint a 3 vidéki egyetemé. A SOTE és a HIETE olyan módon történő egyesítése,

hogy mindkét egyetem komoly gazdálkodási negatívumot hozott magával, s a HIETE-ből alakult egyetemi kar nem rendelkezett graduális képzéssel, s az ebből származó bevétellel önmagában is rendkívüli nehézségeket teremtett. Mindezek ellenére a Semmelweis Egyetem alapvetően szakegyetem maradt, ellentétben a három vidéki egyetemmel.

A három vidéki egyetem közül egy relatíve erős orvos és egészségügyi Centrumot hozott létre, míg a másik kettőnek ilyenre nem volt módja, illetve az aktuális egyetemi vezetés legalábbis egy részének szándéka se. Az orvos- és egészségügyi centrum alapvetően az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó funkciók, betegellátás, szakorvosképzés, továbbképzés, klinikai kutatások koordinációjára lett kitalálva, s a felsőoktatási törvény 116 § viszonylag széleskörű szakmai, gazdasági autonómiát biztosított számukra. A Centrumok lennének tehát a betegellátást irányító struktúrák, s mint ilyenek az Egészségügyi Minisztériummal történő kapcsolattartás letéteményesei. A Centrum nem magyar találmány, hanem számos nyugati egyetemen az orvos és egészségügyi felsőoktatás természetes létezési formája. A karok, melyek szerves részei a tradicionális egyetemi struktúrának, s mint ilyenek teljes mértékben beépülhetnek az egyetemi hierarchiába, nem a betegellátás irányítására szolgálnak, az ilyen funkció felvállalása szereptévesztés eredményezte funkciózavar. Az Oktatási Minisztérium attól tartva, hogy a Centrumok a korábbi orvosegyetemi önállóság átmentését szolgálják nem nézte jó szemmel a Centrumok felállását, körülhatárolt gazdálkodási autonómiáját, s ajánlásokkal, levelekkel korlátozni kívánták strukturális kibontakozását. Ez összhangban van az új egyetemek központi gazdasági és esetenként szakmai vezetése részéről megújuló központosító törekvéseknek, s ennek a következménye, hogy a betegellátás gazdálkodási autonómiája, még ott is ahol viszonylag erős centrum van, nem éri el a szükséges mértéket. Nincs biztosítva a betegellátás céljait szolgáló pénzforrások intaktsága, s egyes a betegellátás szempontjából kulcsfontosságú területek kikerültek a centrum gazdasági apparátusából. További probléma volt, hogy esetenként az egyetemi rektori vezetés más esetekben a kari vezetők a képzést meghaladó szakmai és gazdálkodási kompetenciákat vontak magukhoz, ezzel szétzilálva az éppen létrejött Centrum működését. A Centrum zavartalan működése pedig nemcsak a betegellátás, s a hozzá kapcsolódó speciális feladatok ellátásának, hanem az integrált egyetem zavartalan működésének és végső soron az egyetemi integráció megvalósításának is feltétele.

Az egészségügyi felsőoktatási intézmények betegellátással kapcsolatos belső gazdálkodása az integrációt követően kaotikussá vált. Az



új egyetemi apparátus mindenféle előképzettség és gyakorlat nélkül számos olyan funkciót vont magához, amely a centrumnál kellett volna maradjon, Központosította az adatszolgáltatást, munkaügyet, beszerzéseket. Ennek eredménye, hogy a klinikák diagnosztikai intézetek hónapokig nem rendelkeztek a gazdálkodásukkal kapcsolatos megbízható adatokkal, a beszerzések és kifizetések késedelmet szenvedtek, a keretek nyilvántartása nem naprakész, és még hosszan folytatni lehetne a sort. Az egészségügyi orvos és egészségügyi felsőoktatási intézmények nem nélkülözhetik a betegellátás szükségleteit, igényeit alaposan ismerő adekvátan, elkülönülten működő gazdasági apparátust és a betegellátást irányító (centrum elnök) önálló döntéshozó jogosítványait. E nélkül még jelentős külső segítség esetén is aligha tudnak megbírkózni a rájuk nehezedő megoldandó szakmai feladatokkal és gazdasági problémákkal.

Az egyetemi szintű betegellátás és az ahhoz kapcsolódó gazdálkodási funkciók megnyugtató megoldására több szerkezeti változást is magában foglaló elképzelés született. A lehetséges struktúrák az alábbiak:

A. A jelenlegi keretek megtartásával **az Orvos és Egészségtudományi Centrumok** felsőoktatási törvényben biztosított lehetőségeinek kiaknázásával biztosítani a betegellátás adekvát pénzügyi és szervezeti kereteinek a kialakítását és működését. Ehhez szükséges az Oktatási és Egészségügyi Minisztérium között a felsőoktatási törvényben előírt megállapodás megkötése és a gazdálkodás kereteinek miniszteri rendelet keretei között történő kodifikálása. Szükségesnek látszik továbbá, hogy a betegellátással kapcsolatos egyetemi költségvetés az Egészségügyi Minisztérium fejezetébe kerüljön át. Mindezek megvalósításához valamennyi egyetemen egységesen kellene értelmezni az orvosi és egészségügyi centrum funkcióját és szerepét a betegellátásban. E szerint: a betegellátás, a szakorvosképzés és továbbképzés irányítása és az orvos és egészségügyi graduális képzés, ill. a kutatómunka karok között való koordinálása a centrum elnök és helyettesei hatáskörébe tartozik, míg a kari graduális oktatás irányítása a kari dékán feladata.

Előnyei: A Felsőoktatási Törvény biztosítja a törvényes kereteket, a megvalósítással kapcsolatban már konkrét gyakorlati tapasztalatokkal rendelkezünk, az egyetemi dolgozók közalkalmazotti státusza megmarad.

Hátrányai: A kivitelezés függ az Oktatási Minisztériumban aktuálisan érvényrejutó egyetemkonceptiótól, az orvosi és egészségügyi

struktúrák egyes egyetemeken belül elfoglalt hatalmi pozíciójától. Megmarad a Kincstári függőség. A két minisztérium között létrejött szerződéstől függ az amortizáció, a felújítások finanszírozása a betegellátás költségvetésének fejezeti megjelenése és számos egyéb fontos kérdés.

- B. Közhasznú társaság** kialakítása az egyetemi szintű betegellátás működtetésére. Az erre vonatkozóan lehetőség szerepel az Egészségügyi Minisztérium legutóbbi törvénytervezetében. A részletes szabályozás kidolgozása – melytől nagyon sok függ - azonban még ezután következik.

A kht kereteiben történő működés előnyei: Egy flexibilisebb, elkülönített gazdálkodást folytató gazdasági szervezet kialakítását teszi lehetővé. A betegellátásra és oktatásra fordítható pénzeszközök a jelenleginél jobban elkülöníthetők. A jelenleginél jobban, tisztább viszonyok között valósítható meg az Egészségügyi Minisztérium közvetlen támogatása a felújítások és fejlesztések tekintetében. Az Egészségügyi Minisztérium ágazati irányításának megvalósítására a jelenlegi struktúránál jobb lehetőség nyílik. Valamennyi egyetem esetén ugyanaz, vagy nagyon hasonló lesz a betegellátó rendszer struktúrája. A betegellátás megszabadul a Kincstári felügyelettel járó problémáktól.

Hátrányok: A kht. esetében a többségi tulajdonos(ok)nak igen nagy hatalma van a betegellátás egyes kérdéseinek pl. az ügyvezető igazgató személyének a meghatározásában. Az egyetemi dolgozók jelentős része elveszti közalkalmazotti státuszát, s az oktatók státusza sem egyértelműen tisztázott. A klinikák és az elméleti intézetek más-más struktúrába kerülnek az integrált egyetemen belül az orvos- és egészségtudományi képzés pozíciói gyengülhetnek. A kht. vezetésében nem biztosított a tanszékvezetői kar meghatározó szerepe.

- C. A közalapítványi** forma a legkevésbé végiggondolt alternatíva, azonban a betegellátás működtetésére az Országgyűlés vagy a Kormány által alapított 4 közalapítvány mindenképpen konsziderálásra érdemes.

Előnyei: Biztosítja a betegellátás és oktatás pénzügyi forrásainak hermetikus elválasztását. Megszünteti a Kincstári függőséget. Elvileg lehetővé teszi a tanszékvezetői kar hagyományos szerepének és döntési kompetenciájának megőrzését. Feltehetően lehetővé válik

legalább az oktatók közalkalmazotti státuszának megtartása. Lehetővé teszi elkülönült gazdálkodási apparátus működtetését. Az egészségügyi miniszter számára a jelenleginél direktebb kapcsolattartási és koordinációs lehetőséget biztosít. Nem szünteti meg az elméleti intézetek és klinikák strukturális egységét.

Hátrányai: Számos részlet kidolgozása hiányzik. Megvalósításához kormányzati politikai akarat szükséges. Nyitva hagyja a tulajdon kérdését.

### **III. A szakirányú szakképzések és a továbbképzések rendszere, az orvos-egészségügyi felsőoktatási intézmények szerepe a képzésben és továbbképzésben**

Az 1993. évi LXXX. törvény a felsőoktatásról (az 1999. évi LII. törvény 25. §-a által módosított) 116. §-ának 4. pontja az egészségügyi felsőoktatási intézmények hatáskörébe utalta a **szakorvos, szakfogorvos, a szakgyógyszerész, a klinikai szakpszichológus és a népegészségügyi szakemberek** képzését beleértve a más felsőfokú végzettséggel rendelkezők egészségügyi, szak és továbbképzését is. A törvény értelmében e képzéseket az egészségügyi miniszter koordinációval segíti, s a feladatokhoz szükséges költségvetési támogatást a központi költségvetésben az Egészségügyi Minisztérium fejezetében kell biztosítani. Az egészségügyi miniszter 11/1998 (XII. 11) Eü.M. rendelete az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzést és továbbképzést az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szellemében már szabályozta, majd ezt a 36/1999 (VIII. 13) Eü.M. rendelet a módosított felsőoktatási törvényhez igazította. A törvény érvényesítése már az 1999/2000-es oktatási tanévben, azaz néhány hónappal az integráció megvalósulása előtt, megkezdődött, s 1999 szeptemberében a szakfogorvos-, majd a szakorvosképzés – rezidensképzésként ismertté vált - új rendszere bevezetésre került. Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzését az egészségügyi miniszter 73/1999. (XII. 25) Eü.M. rendelete szabályozza.

**A szakorvosképzés** új rendszerét az orvostudományi egyetemek elégedettséggel fogadták; ha a képzés bizonyos elemeinek megítélésében voltak is kisebb-nagyobb eltérések, egybehangzóan pozitívan ítélték meg a szakorvosképzés orvosegyetemekre kerülését, a graduális képzéssel való intézményi összerendelését és decentralizációját. Bár a decentralizáció az új szakképzési rendszer alapvető specifikuma, e rendszer mégis egységes

abban, hogy valamennyi képzőhelyen az orvos-szakmai kollégiumok által meghatározott általános minimum standardok megvalósulását írja elő. Az új alapszakképzések és -vizsgák nem csak nevükben, de a képzés tartamában és meghatározó tartalmi elemeikben, eurokonformnak tekinthetők, azaz az Európai Unió csatlakozás kapcsán a szakképesítések, egyszerű ekvivalencia megállapodások segítségével elfogadtathatók és az Unió országaiban biztosítják a lehetőséget a magyar szakorvosok munkavállalására.

A rendelet valamennyi szakorvosi szakképzés esetében kétéves törzsképzést ír elő, melyet az általános orvosi szakmák, ill. a fogszakorvos képzés esetén a felügyelő főhatóság finanszíroz.

- A szakképzés csak az egyetemek által kétévenként akkreditált képzőhelyeken folyhat. A teljes jogú alkalmasság elérése komoly kihívás a regionális kórházak számára, s komoly ösztönző erőt jelent ezen intézmények számára egészségügyi minőségügyi rendszerük életrehozása és működtetése szempontjából is.
- Az új szakképzési rendszer keretében az egyetemek és szakmai kollégiumok kapcsolata (már csak azért is, mert az egészségügyi miniszter orvosi szakmai kollégiumokról szóló 52/1999. (XI. 12) Eü.M. rendelete a szakorvosképzés és továbbképzés szakmai követelményeinek és rendszerének véleményezését is a kollégiumok feladatkörébe utalja) rendszeressé vált. Az egyetemek és a regionális egészségügyi ellátó rendszerek kétoldalú kapcsolata is erősödött és rendszerezetté vált.
- Lényeges szempont, hogy a szakképzés egyetemre kerülése szükségszerűen maga után vonta a graduális orvosképzés klinikai tárgyainak ésszerű reformját, elindította azt a folyamatot, mely a graduális és posztgraduális képzés között remélhetőleg világos feladatmegosztást eredményez.

Az alapvetően pozitív kép mellett szükséges megemlíteni, hogy a rezidensképzés bevezetése során gondok és problémák is jelentkeztek. A törzsképzés során rövidebb-hosszabb idejű, más szakmánál eltöltött gyakorlati idő programmal való megtöltése sok esetben hiányzott, s e gyakorlati idő kihasználtsága alacsony fokú. Egyes klinikák/osztályok túl nagy létszámú rezidens képzését vállalták fel, s így nem tudnak a rezidensekkel kielégítően foglalkozni. A képzés helyenként túlzottan centralizált. Mindez fokozottan aláhúzza azt az igényt, hogy minden egyetemen sürgősen ki kell dolgozni a rezidensképzés minőségbiztosítást, s azt mielőbb be kell vezetni.

Az orvos-egészségügyi felsőoktatási képzőhelyek egybehangzóan hátráltató tényezőként említik, hogy a szakorvosképzéssel kapcsolatos országos adminisztráció nem működik kielégítően. Az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács által működtetett Egészségügyi Felsőfokú Szakirányú Szakképzési és Továbbképzési Bizottság (EFSZSZTB) Orvostudományi Albizottsága részéről pl. a szakmai kollégiumok által javasolt szakvizsgáztatói névsorok elfogadása a mai napig nem történt meg, ill. erre vonatkozóan visszajelzés nem érkezett, holott a javaslatok bekérése óta több mint egy esztendő telt el.

Az egészségügyi miniszter által évről-évre közzétett (előzetesen az EFSZSZTB által jóváhagyott) törzsképzési keretszámok elegendőnek bizonyultak. 2000-ben az országos rezidensi keretszámot csak egyetlen szakma (szemészet) esetében lépték túl. A betöltöttség minden más. korlátozott rezidens létszámmal képzést folytató szakma esetben részleges volt, s a betöltöttség mértéke szakterületenként igen tág határok (0-94,3%) között mozgott. A hiányszakmák gondját az a rendelkezés, miszerint létszám „korlátozás nélkül” folytathatnak rezidens képzést, egyáltalán nem oldotta meg, hisz a rezidens képzésbe belépett orvosok száma messze elmaradt a betölthető üres álláshelyek számától. (A valamennyi szakmát felölelő adatokat - az Eü.Min. 2000. évi kimutatása alapján - lásd 1. sz. táblázatban).

## 1. táblázat

### A létszám korlátozás nélkül rezidensképzést folytató szakterületek országos adatai 2000-ben

alapszakképzési forma	Szakképzendővel betölthető álláshelyek száma	Szakképzésbe lépettek száma	Az álláshelyek betöltöttségének aránya (%)
Aneszteziológia	144	44	30,5
Geriátria	40	0	0
Infektológia	28	6	21,4
Megelőző orvostan	102	9	8,8
Orvosi laboratóriumi diagnosztika	41	5	12,2
Orvosi mikrobiológia	12	0	0
Patológia	62	3	4,8
Sugárterápia	14	3	21,4
Transzfuziológia	8	0	0
Traumatológia	71	23	32,4

## 2. táblázat

**A szakképzendőkkel betölthető álláshelyek száma és a rezidens rendszerbe felvettek száma 1999. és 2000. évi országos adatai**  
(az Egészségügyi Minisztérium nyilvántartása szerint)

Alapszakképzési forma	Szakképzendővel betölthető álláshelyek		Szakképzésbe beléptetett (rezidensek) száma	
	1999	2000	1999	2000
Anesth. és int. ther.	116	144	38	44
Belgyógyászat	170	177	138	97
Bőrgyógyászat	15	16	13	11
Csecsemő/gyermekgy.	121	98	51	58
Foglalkozás-orvostan	15	13	-	1
Fog- és Szájbetegségek	250	137	110	117
Fül-orr-gégegyógyászat	36	34	10	13
Geriátria	-	40	-	-
Gyermeksebészet	7	4	3	4
Háziorvostan	125	102	74	70
Honvédorvostan	10	10	5	5
Idegsebészet	6	1	5	-
Igazságügyi orvostan	3	7	2	2
Infektológia	21	28	3	6
Megelőző o.tan/népeg.	12	102	7	9
Neurológia	49	66	24	18
Nukleáris medicina	9	15	1	2
Ortopédia	16	21	11	14
Orvosi labor.diagn.	49	41	1	5
Orvosi mikrobiológia	7	12	1	-
Oxyológia	30	41	3	8
Patológia	66	62	16	3
Pszichiátria	60	77	23	27
Radiológia	54	77	18	16
Repülőorvostan	2	2	-	-
Reumatológia	20	39	9	22
Sebészet	54	54	31	33
Sugártherápia	14	14	2	3
Szemészet	42	39	24	26
Szívsebészet	8	3	9	3
Szülészet/nőgyógyászat	60	35	39	25
Transzfuziológia	18	8	-	-
Traumatológia	57	71	20	23
Tüdőgyógyászat	38	59	17	21
Urológia	23	16	5	7
<b>ÖSSZESEN.</b>	<b>1.583</b>	<b>1665</b>	<b>713</b>	<b>693</b>

Nem lebecsülve a Geriátria, és Transzfuziológia iránti teljes érdektelenség problémáját, ki kell emelni, az in vitro diagnosztikai szakmák, és a Megelőző orvostan/népegészségtan és az álláshelyek betölthetlenségét. Ez nem pusztán a betöltetlen álláshelyek nagy száma (több mint 200) miatt aggasztó, de azért is, mert e szakmák utánpótlásgondja a diagnosztikai ellátás és a népegészségügyi felügyelet ellehetetlenüléséhez vezethet. A diagnosztikai szakmák iránt mutatkozó érdektelenség kedvezőtlen hatása a gyógyító betegellátásra már jelenleg is igen komoly nehézségeket okoz. E szakmák gondjainak megoldására az egyetlen lehetőség van, a sürgősen bevezetendő pozitíven diszkrimináló bérezés. Az intézkedés márcsak azért sem tűr halasztást, mert a jelenleg a hálózatban dolgozók jelentős része az idősebb, nyugdíjhoz közelálló vagy éppen nyugdíjas korosztályhoz tartozik. A hiányszakmák gondjai mellett meg kell említeni, hogy feltűnő egyes korábban népszerű szakmák (pl. belgyógyászat) iránt az érdeklődés jelentős csökkenését.

2000-ben a magyar állampolgárságú végzett általános orvosok száma 671 fő volt. Mint az az 1. sz. táblázat adataiból kiderül, az 1528 általános orvossal betölthető rezidensi álláshelyek közül mindössze 576 került betöltésre. (95 elmúlt évben végzett általános orvos pályájának alakulására vonatkozóan nincsenek pontos adatok, közülük kb. 50-en léptek be Ph.D. képzésbe.) A rezidensek joggal kifogásolják a havi 55.800 Ft bruttó bért, hiszen a természettudomány és társadalomtudomány területén egyetemi tanulmányaikat éppen befejezett pályakezdő tudományos segédmunkatársak 92.000 Ft/fő bruttó bérre jogosultak. A rezidensek igénye a tudományos segédmunkatársi és rezidensi bérek nivellálására egyértelműen támogatandó.

A ráépített szakorvosképzés rendszere a kívánatos irányban fejlődött. A vonatkozó miniszteri rendeletben újonnan bevezetett szakképesítések a legtöbb esetben tükrözik az adott szakmák fejlődését, s megfelelnek a diagnosztikus/gyógyító ellátás újonnan megfogalmazódott igényeinek. Igen komoly problémát jelent azonban, hogy az új ráépített szakképesítések csak a rezidensképzésben végzettek számára lesznek majd - évek múlva - elérhetők, s a régi rendszerben megszerzett alapszakképesítésekre nem építhetők rá az új szakképesítések. A diszkrimináció megfelelő képzési program esetén indokolatlan, s a ráépített szakképesítések 5-6 éves késéssel történő megjelenése elfogadhatatlan. Az utóbbi időben tapasztalt kedvezőbb gyakorlat mutatja, hogy a probléma kezelhető.

**A fogszakorvosok képzése** fentiek szellemében folyik az orvos-és egészségügyi tudományi képzőhelyeken. 2000-ben a 136-os országos rezidensi



keretszám lehetővé tette, hogy minden frissen végzett fogorvos, aki erre igényt tartott, szakképzésbe léphetett (összesen 117).

**A szakgyógyszerész képzés** (részletes leírását lásd: Vincze és Marton: Gyógyszerészet 44, 83-90, 2000) 2000 júniusában a Szegedi Tudományegyetemen és a Semmelweis Egyetemen kezdődött el, s most zárult az első (rezidensi) év. Az Egészségügyi Minisztérium által biztosított rezidenshelyek száma megegyezik a végzettek számával. A Debreceni Egyetem 2001 szeptemberében tervezi a képzés indítását. A szakgyógyszerész képzés jelenlegi gyakorlata több problémát vet fel:

- A szakgyógyszerészi szakképesítés megszerzése a személyi jog gyakorlása és a gyógyszertár vezetés szempontjából kívántatik meg. Ezzel szemben általános tapasztalat, hogy magángyógyszertárak vezetése (öröklés kapcsán) szakgyógyszerészi szakképesítés nélkül is lehetséges, azaz magángyógyszertárakban eltöltött gyakorlati idővel a szakgyógyszerészi szakképesítés gyakorlatilag kiváltható. Az EU harmonizáció keretében tett javaslat értelmében a személyi jog elnyeréséhez nem szükséges szakgyógyszerészi képesítés és elég a magyar nyelv „megfelelő” ismerete. Az EU-tagállamokban a személyi jog nem ismert, s nincs egységes szakképzési rendszer sem, de az egyes országokban szabályozott a külföldiek gyógyszertári tulajdonhoz, sőt a gyógyszertári munkavállaláshoz való jutása is (mely az adott ország nyelvének „anyanyelvi” szinten való ismeretét követeli meg). A szakma vezető képviselői úgy vélik, hogy az EU harmonizációra való hivatkozással a szakgyógyszerészi képzés és szakvizsga eltörlése, ill. feleslegessé tétele egy 30 éve működő, és 2000-ben az orvosi szakképzési rendszerhez igazított új rezidensi rendszerű szakképzést szüntetne meg, ill. lehetetlenítene el.
- Ma a szakgyógyszerész szakképzés 12 alapszakon és 3 ráépített szakon folyik, melyet sokan – a szakma képviselői között is, – túlzott mértékűnek tartanak. Továbbá, az 1 rezidensi év plusz 3 év szakgyakorlati idő alatt összesen 150 szakgyógyszerészi tanfolyam teljesítése szükséges az akkreditációs kritériumok teljesítéséhez. A tanfolyamok számát, ill. az erre fordítandó tanulmányi időt nemcsak sokallják a rezidensek, de jórészt a graduális képzés repetíciójának tartják. Megfontolandó a graduális képzés és a szakirányú szakképzés tematikájának kritikus egyeztetése, az átfedések kiiktatása, mely önmagában is a képzés ésszerűsítéséhez vezethet.

Több vezető gyógyszerész szerint a szakgyógyszerész szakirányú szakképzési rendszer átalakítása - miszerint a személyi jog elnyeréséhez 1 év rezidensi és 1 év speciális képzés elegendő lenne, míg az alapszakokon a képzési idő 1+2 évre módosulna - ésszerű kompromisszumot jelenthet. Külön probléma, hogy a laboratóriumi szakgyógyszerész, mely diagnosztikai célú orvosi laboratóriumot is vezethet (és több helyen vezet is) képzési ideje és programja eltér a vonatkozó szakorvosképzés képzési idejétől és programjától.

A **klinikai szakpszichológusok** képzése és továbbképzése a rendszer egyik neuralgikus pontja. 1995-ben a szakpszichológus képzést az Oktatásügyi Minisztérium szakirányú továbbképzésként engedélyezte beleértve a gyermek- és felnőtt klinikai és mentálhigiéniai pszichológus szakokat is. A 73/1990 Eü.M. rendelet emelte át a klinikai szakpszichológus képzést az egészségügyi szakirányú szakképzések rendszerébe. Ma két alapszakon (felnőttági, valamint gyermek- és ifjúsági) szakpszichológus képzés) folyik klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzés összesen 130 hallgatóval. Ráépített szakpszichológus képzés 5 szakon (neuropszichológia, pszichoterápia, addiktológia, írásszakértő és igazságügyi klinikai szakpszichológus) történik összesen 70 hallgatóval. A magyar egészségügyi szakirányú szakképzések között ez az egyetlen költségtérítéssel képzés. Jelenleg hazánkban csak a Semmelweis Egyetemnek az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben működő kihelyezett tanszékcsoportja (melynek ma még sem neve, sem vezetése nem eldöntött) folytat klinikai szakpszichológus képzést. A Debreceni Egyetemen és a Pécsi Tudományegyetemen előreláthatólag 2001 szeptemberében indítja el a klinikai szakpszichológus szakirányú szakképzést.

A Felsőoktatási Törvény a klinikai pszichológusok mellett egyéb nem egészségügyi diplomások egészségügyi szakképesítését is az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe utalja. A Minisztérium azonban mindeddig nem élt ezekkel a jogokkal. Így az egészségügyi ellátásban dolgozó nem egészségügyi diplomásoknak nincs lehetősége szakképesítés megszerzésére. Ez különösen nagy problémát jelent a diagnosztikai laboratóriumokban dolgozó nagyszámú biológus, vegyész stb. esetében. Tekintettel arra, hogy az európai közösség országaiban ilyen diplomával rendelkezők csak szakképesítéssel (klinikai kémikus vagy klinikai biokémikus) dolgozhatnak diagnosztikai laboratóriumokban, e szakképesítések hazai adaptációja igen sürgős feladat.

A népegészségügy specifikuma az interszektoriális aktivitás és a multidiszciplináris megalapozottság, ezen belül azonban az egészségügy és a

megelőző orvostan/népegészségtan mint meghatározó szektor és diszciplína, vezető szerepe vitathatatlan. A **népegészségügyi szakirányú továbbképzés** rendszerének kialakítása – bár Európában több mint 100 éves múltra tekint vissza – hazánkban csak 1996-ban kezdődött el (világbanki hitel felhasználásával) az akkori Debreceni Orvostudományi Egyetemen életrehívott Népegészségügyi Iskola keretei között. Azóta öt posztgraduális szak (népegészségügyi, környezet-egészségügyi, epidemiológiai, egészségfejlesztési és egészségügyi minőségbiztosítási/minőségfejlesztési), valamint egy Ph.D. program került akkreditálásra és indításra. A Világbank a programot „highly satisfactory” minősítéssel értékelte. Az Iskola - a European Training Network egyetlen közép-kelet-európai iskolájaként - megkapta a lehetőséget a „European Master in Public Health” diploma kiadására is. A szakirányú továbbképzés ezen formájának kialakítását nem követte a szakirányú képzettséget elismerő, ill. bizonyos munkakörök betöltéséhez azt alkalmazási követelményként előíró törvénykezés. Emiatt a képzés igénybevétele kizárólag az egyéni szakmai igényesség, az ellátott munkakörhöz az adekvát ismeretanyag megszerzésére irányuló törekvés indikátora. Indokolt a 9/1995 (II.3) Kormányrendelet módosítása, mely vezető népegészségügyi köztisztviselői állás betöltéséhez a népegészségügyi szakirányú végzettséget (melyet vagy a szakorvosi szakképzés vagy a szakirányú továbbképzés keretében szerez meg a jelölt) követelményként írja elő. Fenti rendelet módosítása azért is szükséges, hogy a vezető népegészségügyi köztisztviselők felkészültsége megfeleljen az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény által előírtaknak.

**Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzését** szabályozó 73/1999 (XII. 25) Eü.M. rendeletet az egészségügyi felsőoktatás szakemberei elhibázottnak tartják, s úgy vélik erre vezethető vissza a továbbképzés rendszerének több súlyos anomáliája. Az egyetemi képzőhelyek egyöntetűen kifogásolják, hogy a továbbképzésben e rendelet mindössze továbbító szerepet szán számukra a továbbképzési programok szervezői és a Kamara között. A rendelet értelmében az egészségügyi felsőoktatási intézmények még csak véleményező szerephez sem jutnak, s a minőségellenőrzési és minőségbiztosítási szempontokat nem érvényesíthetik. A továbbképzési programok értékelését az ESZTT EFSZSZTB végzi. A rendelet módosítása az egészségügyi felsőoktatási intézmények minősítési jogkörének helyreállítása érdekében feltétlenül indokolt. A továbbképzés újraszabályozása kapcsán a folyamatos továbbképzés alapvetően regionális

alapokon történő szervezése az egyetemek feladatává kell váljon, s az egyetemeknek kell betölteni a szakmai szűrő szerepét a továbbképzési programok kiválasztásában. A továbbképzés országosan egységes rendszerét, az elbírálási szempontok harmonizációját, az egyetemek helyi bírálóbizottságai közötti egyeztetés biztosíthatja, melyek munkáját a koordináló tanszékek vezetői hangolják össze. Az orvostovábbképzés nyilvántartását a Magyar Orvosi Kamarához célszerű rendelni. Az ESZTT-nek a külső minőségellenőrzésben szükséges szerepet biztosítani, s a vitás kérdésekben fellebbviteli fórumként funkcionálhatna. A jelenlegi rendszerben külön problémaként jelentkezik, hogy a két vagy több (alap, ill ráépített) szakvizsgával rendelkező szakorvosok számára gyakorlatilag lehetetlen a szakképesítéseik fenntartásához szükséges kreditpontok megszerzése. A rendszer átdolgozása során e problémára is megoldást kell találni.

#### **IV. A kutató-fejlesztő munka helyzete az egészségügyi felsőoktatási intézményekben**

Az orvosbiológiai kutatások a magyar tudomány sikerágazatát jelentik. Az objektív scientometriai adatok egyértelműen azt mutatják, hogy hazánk a tudományos teljesítmény tekintetében nemzetközi összehasonlításokban - különösen a ráfordításokhoz viszonyítva - előkelő helyen szerepel, s ebben a hazai orvostudományi kutatóhelyek teljesítményének igen komoly szerepe van. A kísérletes kutatások az MTA-KOKI mellett döntően a volt orvostudományi egyetemek elméleti intézeteiben, a klinikai kutatások szinte kizárólag az orvostudományi egyetemeken folynak. Az egyetemek a hazai orvosbiológiai kutatások 70-75 %-át produkálják, számos nemzetközi hírű tudományos iskolának adnak otthont. Jellegzetessége az egyetemi kutatásoknak az elméleti intézetek és klinikák között kialakult együttműködés, amely biztosítja, hogy a klinikai kutatások használhassák az alapkutatások módszertanát, az elméleti intézetek ezt szolgáló műszerparkját, és az elméleti kutatók szakértelmét beépítsék a klinikai kutatásokba. Ez is aláhúzza az egyetemeknek azt a szinte egyöntetű kívánságát, hogy a betegellátás területén szükséges struktúraváltás olyan formában valósuljon meg, amely nem eredményezi az elméleti intézetek és klinikák szétválását, lehetővé teszi az oktatás és kutatás területén a jelenlegi strukturális egység megőrzését.

Nemzetközi összehasonlításban a magyar kutatás-fejlesztés szerkezete nem kedvez az egészségügy szempontjainak. Hazánkban nincs jelentős

volumenű egészségügyi kutató-fejlesztő tevékenységet finanszírozó állami támogatási rendszer. A kutatásfejlesztés ezen területe a világ legfejlettebb országaiban is döntően állami feladat maradt, annak ellenére, hogy a magánkézben lévő egészségipar egyre nagyobb volumenű, és emelkedik az általa finanszírozott kutatások volumene is. A magyar támogatási rendszer nem felel meg az észak-amerikai és nyugat-európai rendszernek, ahol az egészségügynek megvannak a kutatásfejlesztő rendszerei (szervezetei) országoként eltérő struktúrával (NIH USA, MRC Nagy-Britannia, INSERM Franciaország, stb.). Az egyetemek orvostudományi karai különböző típusú pályázatokon növekvő kutatástámogatást kapnak az Oktatási Minisztériumtól, ami elsősorban az alapkutatás és a biotechnológia területére koncentrálódik. Ez azonban nem oldja meg az egyetem kutatási infrastruktúrájának és az egészségügyi K+F finanszírozás alapproblémáit. Különösen a klinikai kutatások finanszírozása megoldatlan, s ezért e területen a kutatási teljesítmények és feltételrendszerek romlanak.

Az egészségügyi kutatásfejlesztés az egészségügyi törvény és felsőoktatási törvény szerint elsősorban az egészségügyi miniszter kormányzati felelőssége. A költségvetés jelenlegi helyzetében azonban a miniszter gyakorlatilag eszköztelen. Az Egészségügyi Minisztérium elismerésre méltó módon a megszorítások idején is mindvégig fönntartotta az ETT kutatási támogatási rendszerét, mely elsősorban a klinikai kutatások támogatására szolgált. A támogatás mértéke azonban messzemenőleg elégtelen, a pályázatokkal elnyerhető támogatások összege legtöbbször igen alacsony, melynek következtében a kutatási terv megvalósítása nehézségekbe ütközik, módosításokra szorul. Az összeg sem kutatási személyzet alkalmazására, sem a műszerpark megőrzésére, fejlesztésére nem fordítható, illetve nem elegendő. Az ETT kialakult kutatásszervezési infrastruktúrája, a pályázatok elbírálási rendszere megfelelően működik, s e keretek megfelelőek lennének a jelenleg kutatásra fordítható összegek többszörösének az adekvát elosztására is.

Most, hogy a gazdaság fejlődése lehetővé teszi, a kutatási összegek többszörösére történő emelése alapvető igény, e nélkül a kutató-fejlesztő munka az egészségügy területén, még szinten tartásra sem elegendő. A megemelt támogatási összegeket az alábbi kiemelt területekre lehetne koncentrálni (a teljesség igénye nélkül).

- a.) A népegészségügyi jelentőségű nagy mortalitással és morbiditással rendelkező betegségek (atherothromboticus cardio-, és cerebrovascularis megbetegedések, daganatos megbetegedések, stb.) kutatása,

- b.) Az alapkutatással és klinikai kutatással foglalkozó csoportok együttműködésének az elősegítése, az együttműködés feltételeinek a megteremtése,
- c.) Nemzetközi elismertséget szerzett tudományos műhelyek, iskolák munkájának a támogatása.

A következő költségvetés tervezésénél rendkívül fontos, hogy az emelt támogatás igénye megjelenjék, s az igény minél nagyobb hányada realizálódjon. A kutatásfejlesztés támogatásának emelése hosszú távú befektetés, mely elválaszthatatlan az orvos- és egészségtudományi alapképzés, szakirányú szakképzés és továbbképzés színvonalának kívánatos szinten tartásától, az egészségügyi ellátás modernizációjától, a népegészségügyi program megvalósításától.

V. Az elemzés 2001 májusa és szeptembere között készült. Megtárgyalta az egészségügyi és oktatási miniszter jelenlétében az MTA Orvosi Tudományos Osztálya. Végző változatát, a javaslatokat az Egészségügyi Minisztérium és az Oktatási Minisztérium, valamint az érintett egyetemek vezetőivel való további egyeztetések után fogalmazzuk meg.

Budapest, 2002. január 30.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Elnöksége

## AZ EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS TANÁCS ELNÖKSÉGE

**Elnök:**

Vizi E. Szilveszter

**Aelnök:**

Sótonyi Péter

**Titkár:**

Mandl József

**Tagok:**

Muszbek László  
Naszlady Attila

Romics László  
Tulassay Zsolt

**Az anyag előkészítését az alábbi munkabizottság végezte:**

**Elnök:**

Muszbek László

**Tagok:**

Ádám Veronika  
Ádány Róza  
Belyei Árpád  
Gönczöl Éva  
Kecskés Gábor

Kosztolányi György  
Mandl József  
Szegedi Gyula  
Tulassay Tivadar  
Vécsei László