

Egészségügy reformja (2004. augusztus)

A magyar lakosság egészsége és az egészségügy helyzetének alakulása mind társadalmi, mind politikai szempontból a 2006 évi választások talán legjelentősebb kérdése lesz. De ezen túlmenően, sőt alapvetően a jelenlegi kritikus helyzet (az egészségi állapot meg meg torpanó, de tendenciájában folyamatos romlása, valamint az ellátásban ma már kézzelfoghatóan tapasztalható meg nem felelés) is indokolja, hogy szakmai- társadalmi szempontból motivált alternatíva is készüljön a rendszer reform értékű átalakítására. A ma uralkodó „reform” koncepció(k), amelyben a problémákat egyes érdekkörök saját pénzügyi-politikai sikerré igyekeznek konvertálni tovább fogja mélyíteni mind az ellátás, mind a költségvetés gondjait.

A koncepciótlanság megnyilvánul abban, hogy nem a lényeges kérdések kerülnek előtérbe. Nem világosak a rendező elvek és prioritások, rész és ellátás-szervezési kérdések dominálnak, amelyek megvalósulásuk esetén a rendelkezésre álló pénzalap szétforgácsolását eredményezik és a felhasználás hatékonyságát tovább rontják, egyre nagyobb részarányt kikanyarítva a korlátos forrásokból a nem tényleges ellátást szolgáló tevékenységek javára. Ez az összeállítás – korábbi elképzelések alapján – bemutat egy lehetőséget a reform szakmai, pénzügyi és társadalmi szempontból egyaránt kezelhető változatára.

A célok meghatározása

Mindenek előtt gondoskodni kell arról, hogy tendenciájában az egészségromlás megálljon és a lakosság életminősége javuljon.

A társadalmi cél tehát elsődlegesen nem az egészségügy problémáinak megoldása, hanem a lakosság egészségi állapotának javítása.

Konkréten: az egészséges születés, a megbetegedések csökkentése, a panaszmentes életévek növelése. Ezen célok elérésében az egészségügyi rendszernek másodlagos szerepe van. Meghatározók a genetikai, környezeti és életviteli hatások.

Az egészség ügyét azért kell elválasztani az egészségügytől, mert az egészségügyben dolgozók érdekeltek a betegségek felismerésében, gyógyításában, de nem érdekeltek a megelőzésükben. Ezt a teljes háttérpar – amely jelentős gazdasági potenciálja miatt nagy érdekérvényesítő képességgel rendelkezik – nyomása, valamint a jelenlegi eü. finanszírozás költséggeneráló mivolta – esetenként indokolatlan, vagy fiktív beavatkozásokat elszámolva – együttesen eredményezi.

Az egészséggel kapcsolatos teendők szervezése és koordinálása – az Alkotmányban rögzített kötelességén túl – az állam kettős érdeke¹ Ennek során egyrészt segíti állampolgárai jobb életminőségét, másrészt közép, illetve hosszútávon a leghatékonyabb módszer az egészségügyi ellátások költségeinek befolyásolására. Ezt a feladatot – érdekegyezőség miatt – egy valódi Egészségbiztosítási rendszer láthatja el a leghatékonyabban. Miután ez a feladat az államé egy olyan, az állami irányítási rendszerhez tartozó biztosítót kell működtetni amely lényegesen nagyobb finanszírozási, koordinálási, ösztönzési szerepet kell vállal az egészségügyi ellátás területén. Ennek legkézenfekvőbb módja az OEP Egészség-biztosítótá történő átalakítása.

Ezen belül kell megoldani, hogy optimalizálni lehessen a feltétlenül szükséges, még elégséges ellátási szintet és a felhasznált költségek elkerülhetetlen mértékét.

Ennek eléréséhez – véleményem szerint – kiemelten kell foglalkozni az alábbiakkal:

1. Az irányítás ellentmondásainak áthidalása

* Jelenleg a piacosodó egészségügyi szolgáltatások környezetében a Minisztérium és az ellátók kölcsönösen nem tudják kezelni a jelenlegi jog és hatásköri szabályozásból adódó problémákat. A Minisztérium jelenleg közvetlen szakmai irányítást gyakorolhat bármely szolgáltatónál tulajdonformától függetlenül. Ezen túlmenően egy kézben van a finanszírozó, az ellátás (vevő/eladó), a hatósági jogkör (pl. befogadások), az ellenőrzés, és a lakosság egészségvédelme. Elméletileg, társadalmi szinten beszélhetünk közös érdekről de a gyakorlatban egymásnak feszülő egysz-tenciális, gazdasági érdekek és az egészségi ellátások biztonsága ütközik.

Ezeket az ellentmondásokat egy szervezetben, egy személyben nem lehet érdemben kezelni. Ennek megfelelően az Egészségbiztosítót le kell választani a Minisztériumról és önálló kormányhivatalként kell működtetni, államtitkár irányítása mellett.

¹ Feltételezve, hogy az állam működésének fő oka a lakosság globális érdekeinek szolgálata.

Az Egészségbiztosító szervezi, koordinálja és finanszírozza az egészség-fenntartó, megóvó programokat, gyógyító-szolgáltatásokat, valamint a rehabilitációs ellátásokat is. Gondoskodik az egészséges életmódra nevelés feltételeiről. Költségvetéséből folyósítja a keresetpótló táppénz ellátást.

*Az Egészségbiztosító területi szervei nem önálló jogi személyekként működő Igazgatóságok.

*A biztosítottaknak és a szolgáltatóknak adatszolgáltatási kötelezettségük van. Az adatszolgáltatás ellenőrizhető és kikényszeríthető. Az Egészségbiztosító és a szolgáltatók megfelelő adatkezelői jogosultságokkal rendelkeznek.

* Az egészségügyi ellátások igénybevétele kapcsán az állampolgárok elsődlegesen az Egészségbiztosítóval állnak jogviszonyban. Az ellátás kiterjedtségét a mai Alkotmányos szabályozás keretei között kell fenntartani.

*Állami egészségügy keretében a jelenleginél kevesebb hatáskört és beavatkozási lehetőséget kell adni a Minisztériumnak. Mindenképen kerülni kell, hogy a Minisztérium operatíván beavatkozzon az ellátó szervezetek működésébe.

A Minisztérium fontosabb megmaradó feladatai lehetnek:

- Az ellátási területek biztosítottjai részére a szükséges, minimális – a progresszív ellátási elv alapján – struktúrák és kapacitások meghatározása.
(Az ellátási szintek a jelenlegi rendszerben működnek, miután maga az egészségügyi ellátás alap konstrukcióban és a személyzet szakmai felkészültségben kifejezetten jónak minősíthető, és a felesleges átalakítások kerülendők. Jelentős könnyítés – jobb kiszolgálás – szükséges az orvosi adminisztráció csökkentése és ezzel a szakmai kapacitások növelése érdekében.)
- Az Egészségbiztosító részéről befogadható új szakmai eljárások, eszközök és gyógyszerek körének meghatározása. A döntés az Egészségbiztosító -é !
- A – szakmai kamarákkal közösen – a szükséges képzési/továbbképzési kondíciók meghatározása, az orvosok szakmai előrehaladásának segítése. Protokoll minták meghatározása. Az alkalmazható minőségbiztosítási rendszerek akkreditálása. Protokoll alapú árjegyzék elkészítése, karbantartása.
- Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi szolgálat működtetése, a hatósági feladatok ellátása.
- A kötelező és készenléti ellátások, szolgáltatások biztosítása (pl. szűrések?, kötelező védő oltások, vérellátás, sürgősségi-baleseti mentés). (A betegszállítást a biztosítási rendszer része maradhat.)
- Kiemelt, Országos (oktatást is végző) Intézmények működtetése.
- Egészségügyi szolgáltatók akkreditálási rendszere.
(Meggondolandó az egészséges környezet feladatainak, mint az egészségügynél sokkal jelentősebb egészséget befolyásoló tényező idekapcsolása...)

2. A szükséges és finanszírozható ellátó rendszer nagysága és struktúrája

Teljesen ésszerűtlen, és jogilag is nonszensz, hogy különböző tulajdonformában lévő intézmények kapacitását az állam határozza meg. Az viszont a szolgáltatás vásárló Egészségbiztosító joga, kell legyen, hogy eldöntse hol, mit finanszíroz. Ezért a biztonságos ellátás érdekében a Minisztérium kidolgozásában meg kell határozni a jelenlegi ellátási területeken szükséges finanszírozandó minimális ellátás-mennyiségeket és azok szerkezetét. Ennek alapján döntheti el (pályázati, vagy más módon) az Egészségbiztosító hogyan biztosítja az adott lakosság szakmai és területi ellátását.

Az egészségügyi ellátórendszer piaci alapon működik, bármely elfogadott gazdálkodási formában lehet szolgáltatást nyújtani, annak csak szakmai (személyi / tárgyi /logisztikai) feltételei (korlátai) lehetnek. A nyújtott ellátásoknak az Alkotmány 70/D § (1) bekezdésének meg kell felelnie. A szolgáltatóknak természetesen külön bevételei, is lehetnek, szolgáltatásaik függvényében. A költségvetési intézmények esetében befektetésekre Public Private Partnership (PPP). konstrukció is létrehozható.

3. A finanszírozás főbb jellemzői

A finanszírozás ma érvényes rendje öngerjesztő módon generálja a kiadásokat (teljesítményeket). Amennyiben az intézményi kiadások nem térülnek meg az OEP finanszírozásból, törvényszerűen csődhelyzetet eredményeznek, ezeket a Kormány újra és újra konszolidálja anélkül, hogy a pénzügyi ellehetetlenülés okait orvosolná. Az intézmények jelenlegi alapvetően rossz finanszírozása rontja az ellátás és munkavégzés körülményeit és ezzel a megbízható, szakszerű ellátás feltételeit. Ezeket a jelenségeket tapasztaltuk az utóbbi időben, a közfelháborodást okozó kórházi botrányok során is.

a) E alap finanszírozása a Központi Költségvetésből.

*A rossz egészségi állapot miatt „alacsony” a pénzügyi „szolidaritási puffer” és e miatt folyamatosan hiányos az ellátás költségvetése. Nem a befizetett járulék kevés, hanem az ellátást igénybevevők száma magas. Ha tovább növeljük a járulék/hozzájárulás mértékét ezzel még jobban deformálódnak az elsődleges elosztás belső arányai, és még kevesebb összeg marad a munkaerő újratermelésére.

*Az ellátási normák – ezen belül a megelőzés – teljesítéséhez szükséges összeget a mindenkori (lehetőség szerint arányaiban csökkenő) összes közteher befizetésekből kell biztosítani. A járulékrendszer és mértéke politikai kérdés, egyszerűen a közkiadások közötti prioritás meghatározásának ügye.

b) Ellátások finanszírozása az E. alapból.

* Részben a társadalmi szolidaritás és esély-egyenlőség, részben az Alkotmány alapján a biztosító által már befogadott és finanszírozott ellátásokat minden állampolgár egyforma feltételekkel veheti igénybe. A költségek növekedésének fékezésében csak az új gyógyszerek, technológiák befogadása során lehet differenciálás úgy, hogy bizonyos eljárásokat, ellátásokat a biztosító nem, vagy késleltetve fogad be. Azokra, a piaci lehetőségek szerint – üzleti biztosítóknál – külön biztosítás köthető. Jogosan, nem, vagy késleltetve fogadhatók be például azok a nagy értékű, párhuzamos gyógyító eljárások amelyek hatása nem az egészség-helyreállítás, hanem a módszer vagy az alkalmazott anyagok tekintetében jelentenek újdonságot.

*A szolgáltatási szerződések alapján az Egészségbiztosító standard és elszámolási finanszírozásban téríti meg a biztosítottaknak nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat. Standard az az összeg, amelyet a minimum norma a rendelkezésre álláshoz, működéséhez szükséges személyi/tárgyi feltételek igényelnek. Az elszámolási finanszírozás pedig a ténylegesen, akkreditált körülmények között ellátott biztosítottak után – a Minisztérium által összeállított ellátási protokollokra épült díjszabás alapján, kapacitástól függetlenül – az árjegyzék alapján az Egészségbiztosító felé számlázott, illetve elszámolt összeg.

*Az amortizációt a térítések formálisan nem tartalmazzak, viszont tartalmazzak nyereség-hányadot. Az Egészségbiztosító az általa preferált beruházásokra /fejlesztésekre, pótlásokra/ évente pályázatot ír(írhat) ki, amelyhez kedvezményes? pénzügyi hitel igényelhető...

*A gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és kiegészítő ellátások részben vagy egészben térítéskötelesek, amelyekből az Egészségbiztosító egészség-programjaiban való részvétel alapján bónusz illeti/illetetheti meg a biztosítottat. Az engedményt az Egészségbiztosító a szolgáltatónak megtéríti. Itt nem csak a nyílt forgalmú, receptre felírt kiszolgálásokról, hanem a fekvőbeteg intézményekben elrendelt gyógyszerekre is kiterjedően kerül alkalmazásra a költségtérítés, amely természetesen – esetenként „0” értéken – differenciáltan kerül meghatározásra.

*A szolgáltatónál jelentkező biztosítottat a megállapításokról és az ellátásokról érthető módon tájékoztatni kell, az igénybevett ellátást, az elszámolhatósághoz a biztosítottnak, kártérítési felelősség mellett aláírásával igazolnia kell.

*Az egzakt elszámolások alapja az egzakt nyilvántartás. A biztosított azonosítás és a hozzákapcsolódó ellátás folyamatos regisztrálása az átfogó informatikai rendszeren keresztül valósulhat meg. Az informatikai rendszer a legnagyobb kihívás bármely reform elképzelés megvalósítása esetén. A jelenlegi rendszer a feladatoknak nem megfelelő. (a maiaknak sem...!)

Megvalósíthatóság

Az átmenetet a befogadások és fejlesztések (a folyamatban lévők kivételével) cca. 1.5 – 2 éves befagyasztása mellett célszerű vezényelni. A jogszabályi feltételek és szükséges egyeztetések cca. hat hónap alatt kialakíthatók, az irányítás átszervezése, informatika, árjegyzékek kialakítása, a minimum kapacitások és struktúrák meghatározása, az akkreditációk lebonyolítása, az új szerződések megkötése további 1.0 -1.5 évet vehet igénybe.

Kritikus pont továbbá az éves költségvetés nagysága és az informatikai rendszer megfeleltetése. Minden átalakítás csak többletforrás bevitelével érhető el, e nélkül bármely változtatás (reform) csak szemfényvesztés. Az itt vázolt rendszer kiépítési költségei miután új szervezeteket nem kell létrehozni viszonylag nem nagyok. Az informatikai rendszerrel kapcsolatos elvárások kialakításának költségeit külön kell megtervezni.

Meg kell jegyezni – számtalan, egyenként is nyomós ok miatt – elkerülhetetlen, hogy a szolgáltatások biztonsága érdekében az E-alap költségvetését az inflációhoz képest valamilyen, a központi költségvetésben megállapított 1 feletti szorzóval ne növeljük.

A fenti rendszer számos kérdést külön és részletesen nem tárgyal, mint például a hálapénzt, a szabad orvosválasztást, a nettó finanszírozást, vagy az ellenőrzést, de ezekre a válsz a rendszerből közvetlenül vagy közvetve logikailag, kompatibilis módon levezethető. Másrészt a jelenlegi rendszerben lévő gyakorlat, szabályozás 1:1 ben átvehető és illeszthető.

A fentiekre tekintettel az eü. reform szükségképpen érintett területei, amelyeken a folyamatokat érvényesíteni kell:²

1. Jogosultsági rendszer
2. Irányítási rendszere
3. Szervezeti rendszer
4. Finanszírozási rendszer (makró/ellátási)
5. Technológiai rendszer
6. Informatikai rendszer

XXXXXXX

² 2006.10.21. i beszúrás - Lebence