

Jeskó József

Megmentik-e az egészségügyet?

A Semmelweis Terv értékelése



Az ezer sebből vérző magyar egészségügy átalakításának a kétharmados felhatalmazással bíró Orbán-kormány is nekifeszül. Ennek a vállalkozásnak az alapdokumentuma a Semmelweis Terv vitairat, amelyet a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága fogalmazott nem titkoltan vitaindító szándékkal. A szöveg tehát nem tekinthető végleges kormányprogramnak, inkább problémafelvetésnek, amely keretet kíván adni a kibontakozó szakmai

diskurzusnak. Szerzői meg is fogalmazzák, hogy kimondottan konszenzusos egészségpolitika kialakítására törekszenek, vagyis a döntéselőkészítésbe a szakmai és a szélesebb közvéleményt is be kívánják vonni. Ennek ellenére feltűnő, hogy a program nem váltott ki élénk párbeszédet a szakmában (csak a [Magyar Orvosi Kamara](#), illetve a [Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége](#) véleményezte röviden). Az időközben a kormány egyéb döntései által kiváltott

csatazajban a sajtó és a politikai elemzők számára teljesen elsikkadt a kérdés, a [Republikon Intézet](#) megsemmisítő kritikájától eltekintve.

Nehéz örökség

Mielőtt a dokumentum konkrét elemzésére rátérnénk, érdemes dióhéjban áttekinteni, hogy az Orbán-kormánynak milyen örökséggel kell szembenéznie. A problémakör alapvetően 4 szempont szerint csoportosítható:

1. A magyar társadalom katasztrofális egészségügyi állapota, riasztó demográfiai folyamatok. Ebből a rendkívül összetett jelenséghalmazból érdemes kiemelnünk, hogy a magas inaktivitás, a krónikus betegek nagy száma, illetve a halálozási mutatók olyan mértékű gondot jelentenek, amelyek már nem csak egészségpolitikai problémának tekinthetők, hanem a nemzetgazdaságra nézve is kockázatot jelentenek.
2. Az előző kormány reformjának kudarca, illetve a gazdasági válság következtében fellépő forráskivonás. A Gyurcsány-kormány kísérlete – amelynek leglényegesebb eleme a biztosítói oldal liberalizálása, illetve co-payment rendszerek bevezetése volt – totális kudarcot vallott. A mai napig nem dönthető el, hogy az őszi beszéd után kialakult hisztérikus politikai légkör, vagy a szakmai hiányosságok voltak elsősorban a bukás okai, mindenesetre a ciklus második felére begyűrűző gazdasági válság nyomán közel 50 milliárdos forráskivonást kellett az amúgy is finanszírozási nehézségekkel küzdő szektornak elszenvednie.

3. Az ellenzéki ciklusban folytatott politizálásával, illetve a vizitdíjról-, kórházi napidíjról szóló népszavazással a Fidesz-KDNP szövetség kijelölte a jelenlegi kormánypolitika kereteit, akkori elveik feladása a jelenlegi pozícióban mindenképpen hitelvesztéssel járna. Ez elsősorban a finanszírozás kérdéseit érinti, vagyis pluszforrások bevonása co-payment rendszerekkel elképzelhetetlen, csakúgy, mint a piaci versenyzők megjelenése a biztosítói oldalon.
4. A pluszforrások mozgósítása tehát elsősorban a központi költségvetéshez tartozik, így az egészségügy rendbetétele egyedül a sikeres gazdaságpolitikától függ, amely így növekvő adóbevételekkel, illetve elsősorban a járulékfizetők számának drasztikus emelkedésével számol. Magántőke, vagy az állampolgárok közvetlen hozzájárulása az említett okokból nem lehetséges.

A dokumentum felépítése, alapelvek

A dokumentum egy összefoglaló jövőképből és 9 terület részletesebben kifejtett intézkedési terveinek bemutatásából áll. Az alapelvek között elsősorban olyan általánosságokat fedezhetünk fel, mint „hatásosság”, „eredményesség”, vagy a „tudományos tényeken alapuló egészségpolitika”. Ezek emlegetésével az alkotók nem vállaltak túl nagy kockázatot, az mindenesetre világos, hogy az állami egészségügy továbbra is szolidaritási alapon áll majd, a nemzeti kockázatközösség továbbra is fennmarad, a forráselosztást politikai döntések határozzák meg, illetve az öngondoskodás csak kiegészítő jelleggel jelenik meg. Nem világos azonban, hogy mindez hogyan fér meg a teljesítményalapú finanszírozással, vagy az „orvos, mint

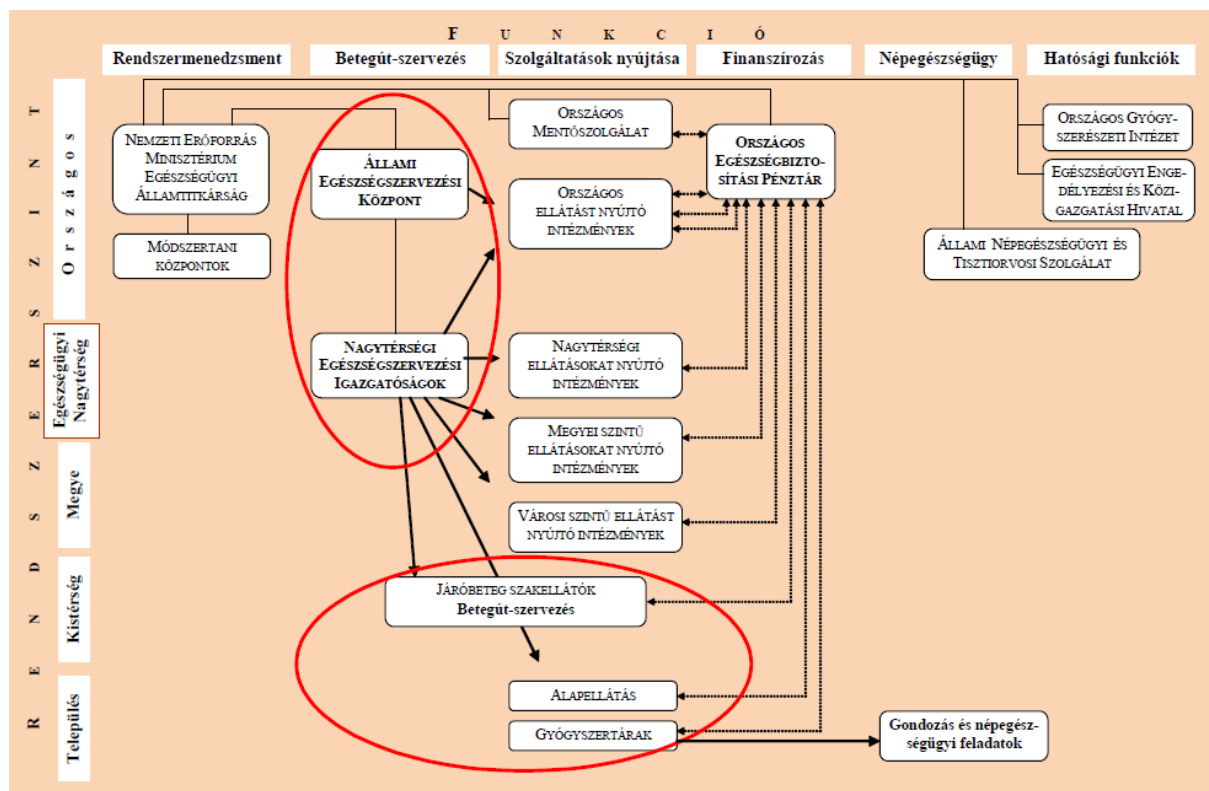
menedzser” elképzeléssel. A szabad orvosválasztás kérdésben sem következetes: egyik helyen, mint a hálapénz visszaszorításának eszközéről beszél a szabad orvosválasztás megszüntetéséről, hogy aztán néhány sorral lejjebb a betegek alapvető jogai között emlegetse a szabad kezelőorvos megválasztását. Hasonló ellentmondásokat fedezhetünk fel a centralizáció/decentralizáció kérdésében. Egyfelől mind az ellátó-, mind az egészségügyi intézményrendszerben nagyfokú központosítást hirdetnek meg, másfelől megemlítik a szubszidiaritást, mint alapértéket, vagyis kiállnak amellett, hogy a döntések minél inkább helyben, az érintettek bevonásával szülessenek meg. Az mindenestre nyilvánvaló, hogy a szocialista-szabad demokrata kudarcos kísérlet elvei: az öngondoskodás, piaci verseny, közvetlen hozzájárulás helyett egy etatista, állami újraelosztást preferáló, a szolidaritás elvét követő gondolkodás mentén képzelel el a jelenlegi kormány a megújulást.

Az átalakulás időintervallumát a Semmelweis Terv két lépcsőben kívánja végrehajtani: a magunk mögött hagyott 2010-es év az azonnali intézkedésekről szól, míg 2011-ben az alkotók tervei szerint megindul a fenntartható átrendeződés.

Az intézményrendszer átalakítása

Az intézményrendszer átalakításában a centralizáció a szervező elv, mind az ellátás, mind a biztosítás, mind a háttérszervezetek esetén. Megmarad az egységes társadalombiztosítási modell, amelyben az OEP az egyetlen finanszírozó. A finanszírozás legfontosabb forrása a központi költségvetéstől várt évről-évre növekvő bevétel, amelyet kiegészít a fogyasztási és jövedéki típusú adók arányának

növelése, illetve az új „népegészségügyi termékdíj” bevezetése. A Semmelweis Terv a járulékalap szélesítésétől, illetve a járulékelkerülés szigorításától is pluszforrásokat remél. A finanszírozás esetén ki kell emelni, hogy a teljesítményvolumen-korlát (TVK) rendszerét teljesen is teljesen átalakítanák az országos TVK keret emelése mellett.



1. ábra - az egészségügy új szervezete

Az alapellátásban szintén a finanszírozási viszonyok tisztázását tűzik ki elsődleges feladatként, jelenleg ugyanis a háziorvosok többsége kényszervállalkozó, aki nem tulajdonosa a rendelőjének, illetve pénzt sem közvetlenül az „ügyfeleitől”, hanem az

OEP-en keresztül kap. Nincs azonban pontosan rögzítve, hogy ez a duális finanszírozás, hogyan oszlik meg a helyi önkormányzat – amely a működési költségekért felelős – illetve az OEP – amely az ellátást finanszírozza – között. Kiemelten fontosnak kezelik a praxishoz jutás megkönnyítését, illetve a háziiorvosi életpályamodellek kialakítását is.

A szakellátásban átalakításra kerül tehát a TVK rendszer, illetve megszűnik a súlyponti kórház fogalma és az ellátás 5 szinten történik:

1. Járóbeteg ellátási szint – szakrendelők, kis kórházak
2. Fekvő- és járóbeteg ellátó intézmények – városi kórházak
3. Megyei szintű fekvő- és járóbeteg ellátási központok
4. Nagytérségi szintű fekvő és járóbeteg ellátási központok
5. Országos szakmai központok és alközpontok

A sürgősségi ellátásban szintén a centralizáció, illetve az egységesítés a kulcsfogalom, a mentés kizárólagos állami feladat lesz, amelyet a kormányzat az OMSZ szakmai adatbázisa alapján szervez meg.

A hazai egészségügy alapintézményei a Nemzeti Erőforrás Minisztérium felügyelete alatt működő Állami Egészségügyi Szervezési Központ és területi egységei a Nagytérségi Egészségügyi Szervezési Igazgatóságok lesznek. A betegút szervezés, kapacitás átcsoportosítás, az ellátó intézmények koordinációja szerepel fő feladataik között. Szintén az Államtitkárság közvetlen felügyelete alatt módszertani központok létesülnek, amelyek egy-egy nagy ágazat koordinációját végzik (menedzsmentfejlesztés, kutatás, oktatás, az ellátás támogatása, egészségkommunikáció). Az Országos Betegjogi Központ szintén az Államtitkárság gyámkövetésében jönne létre.

A gyógyszerellátás esetén az elsődleges cél a patikák visszaintegrálása az állami egészségügyi rendszerbe, vagyis megszűnik a piaci verseny, a patikaalapításról az állam dönt az ellátás biztonságának elvei alapján. Átalakul a gyógyszerár támogatás rendszere is, amely egyrészt az olcsó, generikus készítmények felírására ösztönzi az orvosokat, másrészt megjelenne a horizontális mellett a „vertikális méltányosság” is, amelynek lényege, hogy nem csak az adott gyógyszer ára befolyásolja a támogatás mértékét, hanem az is, hogy az adott páciens szociálisan mennyire rászorult helyzetben van.

Külön fejezetben foglalkozik a Semmelweis Terv az ágazati informatikával és a minőségfejlesztéssel is. Előbbi kapcsán a leglényegesebb meglátás, hogy a különböző jelentési kötelezettségek révén keletkező hatalmas adatvagyon kihasználása rendkívül alacsony. Jelenleg szinte kizárólag a finanszírozáshoz használják, ráadásul rendkívül sok probléma van az adatszerkezetek különbségével, az elavult technikai megoldásokkal, illetve nem tisztáztak az adatvédelem kérdései sem. Holott ez az adatvagyon képessé tenné a végrehajtókat egy jelenleginél sokkal hatékonyabb kapacitásszervező rendszer felállítására, amely mind a hatékonyságot, mind a források ésszerűbb felhasználását nagyban növelné. A minőségirányítás rendszerének megújítását a dokumentum összekötné az Új Széchenyi Tervben megfogalmazott egészségipar, egészségturizmus fejlesztésének kérdésével, hogy a hazai egészségügy teljesítménye nemzetközi szinten is összehasonlítható legyen. A minőségfejlesztés szolgálná egy olyan bónuszrendszer kialakítását is, amely jutalmazza a jól teljesítő szereplőket.

A Semmelweis Terv pozitív oldala

A dokumentum számos pozitívnak értékelhető meglátást tartalmaz, azonban ezek általában csak a problémák felismerésénél jelentkeznek. Nagyon fontos intézkedések között említhető, hogy az Orbán-kormány pontos pénzügyi felmérést készített, amelyekből világosan kirajzolódott az intézmények eladósodottságának mértéke, a finanszírozás elégtelensége, illetve teljesítményvolumenkorlát-rendszer visszásságai. Ezt a felmérést a jövőben fél évenként megismétlik, tehát gazdasági értelemben világos kép alakulhat ki a konszolidáció sikerességéről. Az ellátás területén is helyes az a diagnózis, hogy a jelenlegi rendszerben az alapellátás megerősítése szükséges, nagyon gyakori ugyanis, hogy sok beteg feleslegesen veszi igénybe a magasabb szinteket, mert a rendszer erre ösztönzi az orvost. Komoly gondot jelent a fiatal orvosok, egészségügyi dolgozók elvándorlása, számukra sürgető szükség van egy életpályamodell kialakítására, bónuszok, ösztönzők beépítésére, illetve a házi orvosok esetén a praxishoz jutás megkönnyítésére.

Szintén kiemelhető, hogy a dolgozat külön fejezetben tárgyalja az ágazati informatika kérdését. A jelenlegi rendszerben a kaotikus jelentési kötelezettségek valóban óriási adminisztrációs terhet jelentenek a szektor szereplőinek, mindamelllett a másik oldalon a gyűjtött adatok felhasználása – az eltérő struktúrák, vagy az elavult módszerek miatt – rendkívül korlátozott. A finanszírozás mellett a kapacitástervezésben, a betegút követésben, a működés racionalizálásában, ösztönző-, bónuszrendszerek kialakításában, a várólisták rövidítésében, illetve rengeteg más területen hasznosíthatóak lennének ezek az adatok.

A duális finanszírozás anomáliáinak megszüntetése, illetve a mentőszolgálatok egyesítése szintén fontos előrelépés lehet a jelenlegi helyzethez képest.

Sokasodó kérdőjelek

Az alapelvek kapcsán természetesen komoly vitát válthat ki, hogy a piaci jellegű-, szolgáltató egészségügy helyett központosított, szolidaritási alapon működő állami egészségügy élvez prioritást. Politikai értékválasztás kérdése, hogy melyiket tartjuk üdvösnek. A többbiztosítós rendszer bevezetésének kudarca, illetve a co-payment rendszerek népszavazáson történő elutasítása azonban azt nyilvánvalóan jelzi, hogy a társadalom többsége inkább utóbbit részesíti előnyben, ez pedig egybecseng a kormány egyéb területeken képviselt politikájával is. Ennek ellenére külön fejezetet szentel a szöveg a tulajdonlásnak és a menedzsmentnek, nem világos, hogy a centralizált rendszerben a beépített ösztönzők miként vonják magukkal majd az ellátás szintjének javítását. A patikaliberalizáció felszámolása kapcsán kirobbant vita jól jelzi, hogy nem biztos, hogy olyan területeken, ahol már piaci folyamatok indultak el szükség van az állam újbóli szerepvállalására. Nem világos, hogy mitől lenne hatékonyabb egy felosztó/kirovó rendszer a jelenleginél. Sajnos ez az egész intézményrendszer átszervezésére igaz. Természetesen egy kerettervtől nem várható, hogy pontos számadatokkal indokolja a tervezett változások végrehajtásának szükségességét, azonban azt sokkal inkább világossá kellett volna tenni, hogy az új struktúrában mi garantálja, hogy a meglévő tengernyi probléma nem termeli újra önmagát. A dokumentum megemlíti a Széchenyi Tervet, de csak mint a minőségfejlesztés egyik részfeladatát. Holott utóbbi kiemelten foglalkozik az egészségüggyel, mint a magyar gazdaság lehetséges kitörési területével. Azonban

mintha semmiféle összhang nem lenne a kormány egészségügyi és gazdasági tervei között. Előbbi egy szót sem ejt az állami mellett létező magánegészségügyről, az utóbbi viszont az egészségturizmusban óriási lehetőséget lát. A mindennapi valóságot ismerők számára a jelen helyzetben elképzelhetetlennek tűnik, hogy a leharcolt állami intézményrendszer fogadja a gyógyulni vágyó hazai és külföldi turisták tömegeit. Egyáltalán, a szöveg kizárólag az állami ellátással foglalkozik, holott egyre nagyobb az igény a minőségi szolgáltatást nyújtó magánrendelésekre is. Hasonló a helyzet a gyógyszerpiac területén: a Semmelweis Terv rögzíti, hogy a gazdaságosság érdekében az orvosokat arra kell ösztönözni, hogy minél olcsóbb, generikus készítményeket írjanak fel. Kérdés, hogy ez mennyire veti vissza az originális gyógyszerek előállítását és ezzel az egész hazai egészségügyi kutatás-fejlesztést.

A dokumentum legnagyobb hiányossága azonban az, hogy a számos helyen megígért juttatásemelések forrása nincs megjelölve. A szektor számára folyamatosan növekvő bevételekkel számol, annak végrehajthatóságát így az ígért dinamikus gazdasági fejlődéshez köti. A járulékfizetők számának növekedésével számol, holott a demográfiai folyamatok és a lakosság egészségügyi állapota miatt ez még valóban bekövetkező növekedés esetén is meglehetősen kérdéses.

A Semmelweis Terv jelenlegi formájában valóban inkább egy vitaindító szövegnek tekinthető, semmint a magyar egészségügy átalakításának kidolgozott koncepciójának. Saját ígéretei, illetve a múltból megörökölt nehézségek miatt a kormány lehetőségei igencsak behatároltak, ugyanakkor a dokumentum szellemisége, elvei illeszkednek a kabinet egyéb területeken meghirdetett

politikájához, vagyis a közösségi szolidaritás, a piacellenesség, az állami intézményrendszer elsőbbsége itt is tetten érhető. Az intézményrendszer átalakítása egyfajta visszarendeződést tükröz a szocialista-szabad demokrata rezsim évei után. A Semmelweis Terv leggyengébb pontja a finanszírozás, az intézkedések gazdasági hatásairól alig olvashatunk. A kialakítandó rendszer teljes egészében a központi költségvetéstől függ, így az átalakítás sikere is kizárólag ennek a függvénye marad.