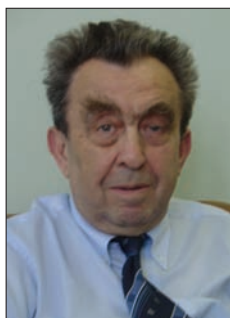


# Magyar egészségügy

## Jövőkép 2005-ben



Frenkl Róbert

**N**em éreztem semminemű büszkeséget, netán elégtételt, amikor a 2002–2006-os kormányzati ciklus derekán – a rendszerváltás óta először éltük át ezt – változott a miniszterelnök személye és az új program körvonalazásakor elhangzott, ebben a ciklusban már nem várható jelentős egészségügyi reform. Magam ugyanis már a ciklus kezdetén prognosztizáltam ezt, amikor még az illetékes és kevésbé illetékes kormányzati férfiak nem hagytak kétséget afelől, hogy az egészségügyi reform egyike lesz a ciklus jelentős eredményeinek. Az viszont rokonszenves volt, hogy a színre lépő fiatal, energikus, pragmatikus miniszterelnök nemcsak nem zárta ki, de szorgalmazta az egészségügyben is a reformot nem jelentő, de a rendszert kisebb-nagyobb mértékben jobbító lépések megtételét.

De hát mi a baj a reformmal? Kisebb baj, hogy immár maga a reform kifejezés is lejáratódott. Nagyobb baj, hogy világos koncepció, a markáns vezetés hiányában kialakulhatott az érdekek olyan szövevénye, fűszerezve alkalmi és tartós szövetségekkel, amelyek képesek kioltani a leginkább életrevaló kezdeményezéseket is. Mindenki abból a szemszögből közelít ugyanis bármilyen reformhoz, hogy a változás miként érinti majd kiharcolt privilégiumait. Innentől kezdve reménytelenné válik az ügy.

Lehet, hogy cinizmusnak tűnik véleményem, de szerintem már abból is feltételezhető, hogy a reform ismét

megreked a retorika szintjén, ha a prevenció kapja a legnagyobb hangsúlyt a nyilatkozatokban. De talán a legszántabb prevenciózókat is elgondolkodtatja, hogy az Állami Számvevőszék vizsgálati jelentése sze-

rint az Irányított Betegellátási Rendszerben a prevencióra fordítandó 600 Ft/fő több száz milliós összeg sorsa veti fel legélesebben a – legyünk jóindulatúak – hanyag kezelés gyanúját. Az is körjelző, hogy az ezt követően a háziorvosok számára kiírt prevenció pályázatra nem akadt jelentkező, mert köztudott volt, hogy ezt szigorúan ellenőrzik. A legújabb koncepció, a háziorvosi szolgálat további erősítésének indoklásában is elhangzott, hogy ők tudják legjobban fejleszteni a megelőzést. Ez elméletileg talán magyarázható, de még így is kevésbé, nem vitatva, hogy a háziorvosnak van némi lehetősége az egészségnevelésre. De nem hangsúlyozható eléggé, hogy az orvosképzés – ez még sokáig így lesz, és még inkább így lesz az evidenced based medicine korszakban – a gyógyításra irányul. A primer prevenció a családok, a pedagógusok, a testnevelő tanárok, az edzők, a lelkipáterek, a média feladata. A népegészségügyi programnak az egészségügyet érintő részét a szűrővizsgálatok jelentik, elég feladat az egészségügy számára ezek korrekt megszervezése és elvégzése.

A jövőkép megformálása előtt két ismétlődő félreértést szükséges még kizárnunk. A kisebbik koalíciós párt az egészségügy reformját emlegetve mindig a több-biztosítós rendszerben látja a megoldást. Valójában ez a modell csak a zűrzavart, no meg a költségeket növelné, az érdemi megoldások helyett végtelenbe nyúló szervezeti problémák dominálnának. Szabad mások tapasztalatából okulni.

A másik tévutat a média szereti hangsúlyozni. Azt, hogy azért nem megy a reform, mert nincs sok száz milliárd ezekre a célokra. Nem kétséges, az elmúlt másfél évtizedben reálértékben folyamatosan csökkent egészségügyi költségvetést előbb-utóbb rendezni kell, de ez nem reformot megelőző, még kevésbé a reformot jelentő lépés, hanem éppenséggel a reform megvalósítása után válhat, válik szükségessé.

Már abból is feltételezhető, hogy a reform ismét megreked a retorika szintjén, ha a prevenció kapja a legnagyobb hangsúlyt a nyilatkozatokban.

Az persze érdekes, hogy az átfogó államháztartási reform, a nagy elosztórendszerek megreformálásának nem halasztható voltát visszatérően emlegető államférfiak mindig azt sejtetik, hogy ezáltal az egészségügyre fordítandó központi költségek is csökkenthetők lesznek. Ez illúzió. A hangsúly, az egészségügyet tekintve is, a fekete- és a szürkegazdaság felszámolására, a járulékfizetési fegyelem megszilárdulására kerül.

Úgy a társadalomban, mint a szakmában jelentős többsége van annak az álláspontnak, hogy továbbra is biztosítási alapon működjön az egészségügy, bármenynyire is magán hordja még az állami egészségügy jegyeit. Hasonlóan konszenzus van abban is, hogy a lehetőségek határáig érvényesíteni kell a szolidaritás elvét. Mit jelent ez a két alapelv a gyakorlatban? A biztosítási elvből következik, hogy aki részesül az egészségügyi szolgáltatásokban, annak biztosítottnak kell lennie, benne kell lennie a rendszerben, vagy neki magának, vagy helyette, érte másnak kell fizetnie a járulékot. Több próbálkozás ellenére máig sem tökéletes a profil-tisztítás, a rendszert torzítják szociális elemek, amelyeknek nem itt van a helyük. Ez alapkérdés, hiszen a járulékfizetés, a biztosítási díj jelenti minden biztosítási rendszer anyagi alapját. Irreális kétszer vagy többször annyi embert ellátni a járulékfizetők által nyújtott összegből.

A szolidaritási elv érvényben tartása azt jelenti, hogy továbbra is kizárólag a beteg állapota szabja meg az orvosi beavatkozásokat.

Itt jegyezzük meg, hogy nem kell restellni a gondokat! A leggazdagabb országok is küzdenek ezekkel. Japánban például limitálják a biztosítási alapon teljesíthető kórházi költségeket, igaz, igen magas szinten. De érdekes, hogy az aktív keresőknél a legmagasabb a meghatározott összeg, szerényebb a gyerekeknél és a nyugdíjasoknál. Persze erős szociális háló egészíti ki a rendszert, de a legtöbb család, ha mégis erre kerülne sor, képes a többletköltséget kifizetni.

Milyen elemei lennének a reformnak? A biztosítás finomításáról már szóltunk. Szükséges még a strukturális és a finanszírozási reform, valamint a szakorvosi reformnak nevezett koncepció.

A strukturális reformnak elsősorban a kórházakat kell érintenie. Nem kórházak, kórházi osztályok bezárásával csökkentendők a társadalombiztosítás terhei, közelítendő a reális szükségletek, hanem a piac beengedésével, az állami és magánintézmények optimális arányának kialakításával. Azaz, amennyire nem vezet sehová a több-biztosítós rendszer, annyira emeli a minőségi színvonalat a szolgáltatók rivalizálása.

Kimondottan szakmai alapon meghatározandó az a kórházi kapacitás, amivel az állami egészségügyi szolgálat eleget tud tenni feladatainak. Jó lehetőséget kínál erre a lassan meghatározóvá váló regionalitás. A rendszer által nem igényelt kórházakat privatizálni kell. A magánintézmények teszik teljessé az egészségügyi rendszert. A biztosított betegek ezeket is szabadon választhatják, de ezek – úgy a feltételezhetően jobb körülményekért, mint magáért – az egészségügyi ellátá-

sért is a biztosítótól kapott összegben felül is megszabhatják áraikat.

Természetesen – és itt kapcsolódhatnak az üzleti biztosítók a rendszerhez – a magánintézmények többletszolgáltatásaira is köthető úgynevezett kiegészítő biztosítás.

A strukturális reform fontos eleme, hogy a tulajdonosok (állami, önkormányzati, magán) valódi tulajdonosok legyenek, akik áldoznak az intézményre, nem kizárólag a betegellátásért kapott összegekből kívánják működtetni az intézményt.

Ezzel már a finanszírozási kérdésekhez érkeztünk. Bárhol leírható, de talán leginkább ennél a témánál, szinte hihetetlen, hogy a magyar egészségügyben érdemi változások nélkül eltelt tizenöt év. Azért is kívánczoltam ide ez a gondolat, mert a finanszírozás viszont változott a HBCs-rendszerrel, a homogén betegcsoportokon alapuló finanszírozással, az viszont nem fejlesztette, hanem torzította a rendszert. Ne bonyolódjunk most ebbe bele! Talán csak egy kiváló egészségpolitikus egykori érvét említem meg, amely jelzi, hogyan torzulnak egy rossz rendszerben a legjobb elképzelések. Ő úgy vélte, az a HBCs-rendszer legfőbb előnye, hogy a betegágy mellett takarékosra készíti az orvost. Igen, egy korrekt, jól finanszírozott rendszerben, ahol mindenki a vizsgálati és terápiás polipragmázia ellen van. De amikor attól függ a pénz, hogy mi minden történt a beteggel, akár feleslegesen is, akkor háttérbe szorul a szakmaiság. Jobb eset, ha legalább megtörtént az elszámolt vizsgálat, bár ez sem biztos.

Ahogy az intézmény egészét tekintve is vegyes finanszírozás kell, a fenntartótól, illetve a biztosítótól, vegyes finanszírozással szerződhet a biztosító is. Ez különböztetné meg egyébként az állami, önkormányzati, illetve a magánintézmények finanszírozását. Előbbieket fix összegű, illetve teljesítésményarányos ellátás illetné meg, míg a magánintézmények csak a betegek után járó összegeket kapnák. A teljesítésményfinanszírozásban helyesebbnek látszik a különböző betegségek gyógyításának fix összegű finanszírozása, amely valójában takarékosra készítet.

A reform, illetve a jövőkép következő eleme (valójában ez jelentené a frontáttörést, netán az egészségügyiek közalkalmazotti státusának megszűnését) az úgynevezett szakorvosi reform. Lényegesen csökkenne a klinikák, kórházak státusban lévő munkatársainak száma, ehelyett szakorvosok kerülnének szerződéses viszonyba az osztályokkal. A szakorvosi reform azt jelentené, hogy a szakorvosok mint szabad munkavállalók a járóbeteg-ellátásban és a kórházi osztályokon is

---

A szolidaritási elv érvényben tartása azt jelenti, hogy továbbra is kizárólag a beteg állapota szabja meg az orvosi beavatkozásokat.

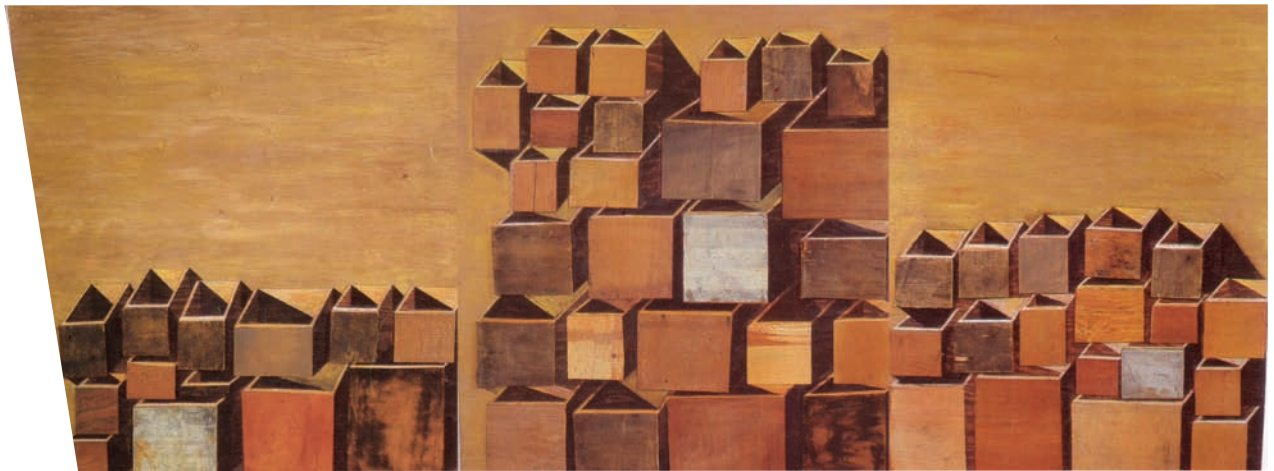
---



---

Amennyire nem vezet sehová a több-biztosítós rendszer, annyira emeli a minőségi színvonalat a szolgáltatók rivalizálása.

---



Szikora Tamás: Triptichon

szerződhetnének. Az egész rendszer életszerűbbé, rugalmasabbá válna, csökkenne a nyomasztó hierarchia, a pozícióból adódó tekintély, egyértelműbbé válna a személyes felelősség. A részletek természetesen kidolgozandók, további érv az egységes uniós munkaerőpiac, amely feltehetőleg a szakemberek kelet–nyugati vándorlását eredményezi majd.

Ezek a reformelemek, leginkább a szakorvosok preferálása, lényegében megoldaná a paraszolvenciakérdést, hiszen mindenki legálisan juthatna az öt munkája alapján joggal megillető jövedelemhez.

És itt térjünk vissza és szolgáltatásunk elégtételt a prevenció szemléletnek! A reform további lényeges eleme lenne a vázolt intézkedésekkel is összefüggésben a rendszer szereplői gondolkodásának a megváltoztatása, távlatilag ideértve a népesség szemléletét is.

Arról van szó, hogy a biztosítási rendszerekben hagyományos kárkezelő gondolkodást – az egészségügyben feltétlenül – fel kell váltania a kockázatkezelő gondolkodásnak. Az egészségügyi költségrobbanás mérséklésének legjelentősebb eszköze az egészségi állapotot fenyegető társadalmi és egyéni kockázatok mérséklése. Különösen a kiegészítő biztosításoknál, egészségpénztáraknál jelenhet meg a kockázatkezelés elve, a biztosítási díjak különbözősége a kockázati tényezők – obesitas, dohányzás, alkoholfogyasztás stb. – meglétének figyelembevételével.

Kétségtelen, hogy az elmúlt évtized számos előbbre vivő intézkedésének még alig látszik a kedvező hatása. Erősek a negatív trendek. Mégis hiba

lenne, illetve hiba az egészségügy lehetőségeinek, a népesség egészségi állapotának javításával kapcsolatos nihilista megítélés. Az egészségügyi adatok, ha szolid mértékben is, de javulnak. Csökkent a halálozások száma, nőtt a születéskor várható átlagos élettartam. Együttes hatása ez a preventív intézkedéseknek, a gyógyító–ellátó rendszerben dolgozók helytállásának, az egészségkultúra szerény mértékű javulásának, a legkorszerűbb gyógyszerekhez való hozzáférés lehetőségének.

A gyógyító egészségügy reformja saját jelentőségén, a tiszta viszonyok, átláthatóság, a racionalitás értékein túl kétségkívül az egész egészségügyi rendszerre kizárólagos hatású. És a kommunikációs társadalomban nyilvános és rejtett mechanizmusok révén befolyásolja a lakosság egészség-magatartását. Talán ez a legfontosabb közvetett hatás. Mert kétségkívül a kívánatos egészséghelyzet megvalósulásához az egészségügy lehetőségein túl a népesség egészség-magatartásának változása, a testi-lelki értelemben vett aktív életmód terjedése, a szenvedélybetegségek mérséklődése járulhat leginkább hozzá. Még mindig szerényen, félve emlegetjük, hogy két évtizede a magyar egészségügy jól reagált az AIDS-kihívásra, ennek köszönhető, hogy a demokratikus átalakulást követően is a kevésbé fertőzött országokhoz tartozunk. Nem ábránd a korszerű, hatékony egészségügy, az egészséges nemzet. Ezt, a lelki egészség prioritását mindenki elfogadja, s talán a népességfogyás is megállítható lenne a mentálhigiénés kultúra fejlődésével. Csak úgy látszik, hosszabb idő szükséges a társadalom erkölcsi rehabilitálásához, a konszenzussal elfogadott értékrendhez, legalább értékminimumhoz. Ebben legfeljebb katalizátor lehetne az egészségügy.

dr. Frenkl Róbert