

# Néhány gondolat a magyar egészségügy jelenlegi helyzetéről és a válságból való kijutás lehetséges módjairól

## A legfontosabb cél

Az egészségügyi ellátórendszer célszemélye és főszereplője az ember, a célok megfogalmazása is a lakosság életminőségének javításában határozható meg. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-as közgyűlése nyilatkozatot fogalmazott meg az egészségügyről. Eszerint az elérhető legjobb egészségi állapot egyike az alapvető emberi jogoknak. A lakosság egészségi állapotának és jólétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés alapvető célja, az Alkotmány meghatározó eleme, ugyanakkor világos és elismert tény, hogy a lakosság jó egészségi állapota a társadalmi-gazdasági fejlődés egyik alapfeltétele

## A hazai egészségügyi ellátó rendszer permanens válsága:

Általános megállapítás, hogy az egészségügyi ráfordítások a technológiai és a gyógyszeripari fejlesztések következtében világszerte robbanásszerűen növekednek. E növekedést azonban az előzőekben meghatározott források nem fedezik egészében, a világ fejlett országainak egészségügyi ellátása egymástól jelentősen eltérő szempontrendszerek szerint keresi az optimális egyensúlyt a feladat és a költségek között.

A magyar egészségügyi ellátórendszer problémája azonban nem ez. **Az elmúlt években nem elsősorban a feladatok ellátásának javítása volt a cél, hanem a rendszerre ráfordított források szükségszerűnek beállított szűkítésének a szemlélete irányította és uralta a rendszer működtetését.** Azaz a szakmai/társadalmi/gazdasági egyensúly keresése helyett az eddigi ráfordításokat „ex katedra” viselhetetlenül soknak véleményezve kezdtek hozzá a hazai egészségügyi rendszer „reformjához”.

A ráfordítások csökkentése érdekében az egészségügyi ellátás elvégezhető volumene, és az elérhető finanszírozása korlátozásra került, direkt pressziót gyakorolva az ellátókra. A bevezetett korlátozások következtében azonban nem az ellátás racionalizáció alakult ki, hanem a látszólag könnyen csökkenthető, azonban a lényegi feladatokhoz tartozó ráfordítások kerültek az ellátók „költség-csökkentő” gazdálkodásának középpontjába, jelentősen rontva ezzel a beteg-ellátás minőségét

Ez szükségszerűen alakult így - hiszen a szolgáltatók csak saját tevékenységüket illetően rendelkeznek közvetlen beavatkozási lehetőséggel - és a „spanyolcsizma” elvű „reform” szabályozás nem az ellátó rendszer egészét, hanem csak részelemeit kívánta költségtakarékosságra sarkallni. Azaz **elsődleges szemponttá vált az évtizedek alatt kialakult, ellentmondásos és jelentős belső súrlódásokkal működő rendszer mindenáron, még az elvárható funkció devalválását is felvállaló módon való fenntartása.** Ez az út azonban sokáig már nem járható, **a jelenlegi magyar egészségügyi rendszer fenntartása egy beteg ellátása nélkül is sokmilliárdos kiadásokkal járna.**

A problémát az egészségügyi ellátás rendszer-szemléletű stratégiájának kidolgozásával lehet orvosolni, melyben a világosan kitűzött célok az ehhez méretezett ellátó rendszer egészének hatékony működésével elérhetőek.

**A magyar egészségügyi ellátórendszernek nem újabb és újabb „reformra”, hanem hosszú távú koncepcióra, konzekvens egészségpolitikára és folyamatos fejlesztésre van szüksége.** A kiindulás a jelenlegi helyzetből szervezendő meg, hiszen a rendszer elemei így vagy úgy, de jelenleg is működnek, és az átalakuló rendszer-fejlesztés közben is folyamatosan üzemel. **A fejlesztésnek a start-helyzetben azonnal felismerhető aránytalanságok és ellentmondások megszüntetésének szükségszerűségével is számolnia kell, hiszen a rendszer az elmúlt években erősen eltorzult.**

**Nem egyszerűen csak új kórház-rendszert vagy új kórház-finanszírozási rendszert kell kialakítani, hanem azt a szakmai és technológiai egyensúlyt és struktúrát, mely biztosítja a rászoruló betegek számára a korrekt ellátás és az esélyegyenlőség lehetőségét miközben garantálható a finanszírozó számára a tervezhető és áttekinthető működtethetőség.**

## **Az első lépések:**

Az első szükségszerű lépés **egy jelenlegi egészségügyi ellátási térkép elkészítése az OEP és az ÁNTSZ adatbázisainak az alapján.** Az ellátási térképnek pontosan kell ábrázolni az egészségügyi ellátás intézmény-rendszerének minden jelenleg „aktív” vagy „aktívnak látszó” szolgáltatóját, azok kapacitását, fontosabb technikai lehetőségeit és a megközelítését biztosító közlekedési útvonalakat. **Biztosak lehetünk benne, hogy szép számmal találunk fantom-intézményeket és találunk jelentős ellátási hiányokat, „fehér foltokat” is.**

Az ellátási térkép készítésével párhuzamosan **meg kell fogalmazni az egészségügyi ellátási rendszertől elvárt teljesítést, kiket, és milyen minőségben kíván ellátni a rendszer, és milyen szolgáltatások nem tartoznak az egészségügyi rendszer feladatai közé.**

A jövőben mindenképpen szükséges lehet **az ellátó rendszerben való elhelyezkedéstől is függő szakmai, technikai minimum-maximum feltételrendszerek kidolgozása, a fejlesztési források hatékony elosztása - bevonása, és az optimális működtethetőség érdekében.** Nem feledhetjük azt sem, hogy a rendszer egyik meghatározó feltétele az egészségügyi dolgozó. A hazai egészségügyi dolgozók bére oly mértékben tér már el negatív irányban az európai normáktól, hogy az orvosok és szakdolgozók létszámának folyamatos csökkentése önmagában is a rendszer működését dominánsan befolyásoló elemnek tekinthető, miközben a hazai egészségügyi rendszerek hivatkozottan a legjelentősebb költségeleme a dolgozók bérköltsége...

Az egészségügyi ellátás megbízható statisztikai tény adatok és világos elvárások alapján általában tervezhető – hatékony működtetéséhez azonban hatékony kialakítású eszköz és folyamatrendszerre van szüksége.

Az ellátó rendszer megújításához, költséghatékonyságának javításához elengedhetetlen **az ellátók jelenlegi gazdasági működésének áttekintése.** A kisvállalkozások és a magántőke már most is jelen van az ellátó rendszer minden szintjén – szinte általános a kórházak működtetéséhez szükséges alapszolgáltatások kiszervezése, melyről az ÁSZ összefoglaló jelentést is készített.

E jelentés főbb megállapításai szerint azonban **e kiszervezett szolgáltatások jelentős része egy mára már túlhaladott struktúrában alakult ki, melynek következtében többletköltséget jelenthetnek a kórházak részére.**

Az egészségügyi rendszeren belüli gazdálkodási adatok összehasonlíthatósága és jobb áttekinthetősége érdekében az üzemgazdasági szemléletű könyvelés, és párhuzamos és automatikus pénzforgalmi könyvelés kötelező vezetése volna célszerű. Egységes számlakeret és mátrix költséghelyes rend a controlling módszerek alkalmazását nemcsak elkülönült ellátóként teszi lehetővé, hanem az országos működtetési – hatékonysági adatok is folyamatosan készíthetőek, elemezhetőek.

Természetesen **rendezni szükséges a jelenlegi kezelhetetlen szakmai és gazdasági helyzetet** is. A szolgáltatóknál felgyűlt tartozások rendezése szükségszerűnek látszik, e tartozások kezelése több helyen már az alapl működést is veszélyezteti. Többféle forma lehetséges: előleg, tartozásátvállalás stb., de arra mindenképpen ügyelni kell, hogy **a tartozások valós háttere is megvizsgálásra és szükség esetén akár erélyes eszközökkel is korrekcióra kerüljön (előnytelen szerződések, rossz gazdálkodási gyakorlat, stb.)**

A tartozások szanálásának korszakában a folyamatos működés érdekében szükséges lehet átmeneti finanszírozás kialakítása, lehetőleg teljesítmény-arányos rendszerben, de a jelenleginél jóval erősebb gazdasági és szakmai ellenőrzöttséggel

Az egészségügyi ellátórendszer hosszú távú stratégiájának kidolgozásához elengedhetetlen az egyes célok, alapkérdések szakmai, politikai, gazdasági, jogi szempontú tisztázása, egyeztetése:

- Az egészségügyi rendszertől elvárt teljesítés meghatározása, az egészségügyi és szociális feladatok elválasztása
- A teljesítés kötelezettjeinek és jogosultjainak világos meghatározása
- A teljesítés rendszer- és területi struktúrájának átalakítása, a célszerűség és az esélyegyenlőség figyelembevételével
- A valós szakmai ellenőrzés rendszerének kidolgozása (az ÁNTSZ jelenlegi szerepkörének teljes átalakítása, nem passzív hivatal, hanem operatív közszolgálati rendszer feladatkör! )

- A magántőke bevonásának alapszabályainak rögzítése, az ellátó rendszerben szereplő egységek definiálása, **az egészségügyi rendszer „korlátozott piaci rendszer”-ként való kialakítása**, egészségügyi közgazdaságtani modell alkalmazása a jelenlegi „ha akarom, egyes elemeiben korlátlanul szabad és ellenőrizetlen piac, ha akarom, bármikor államilag korlátozott jegyrendszer” szemlélet helyett.
- **A finanszírozás szabályainak teljes revíziója szükséges.** Vagy a jelenlegi dual rendszer megtartása a döntés, mely esetben **a működtetési költségeknek valóban fedeznie kell a működtetés minden részlemét, viszont a fejlesztés központi forrásokból történik.** Ebben az esetben viszont gyakorlatilag **állami fenntartású rendszerről beszélünk**, és **nem tarthatóak fenn azok a jelenlegi rejtett elemek**, ahol a működtetési finanszírozás bőkezűsége fenntartást és fejlesztést is lehetővé tesz, más megfogalmazás szerint **a karvalytőkét a rendszerbe vonzó elvonható és kivonható nyereséget eredményez.** Amennyiben a fejlesztés és a működtetés finanszírozási forrásainak egyesítése a döntés, akkor a magántőke bevonásának a szabályai és a működés során a kölcsönös garanciák szabályai a meghatározandóak.

Valamennyi feladat „rendszer szemléletet”, időt és konzekvens munkát igényel. Ez azért elengedhetetlen, mert a rendszerek (így az egészségügyi ellátás és az annak alapját képező intézményrendszere) olyan elemek és alrendszerek halmazából épülnek fel, amelyek optimális esetben a rendszeren belül a fő célért működnek együtt, szerencsétlen esetben viszont jelentősen rontják egymás hatékonyságát. **A jelenlegi szervezetlen és kontrollálatlan rendszer vezető mamut elemei aktuálisan minden erőforrást a saját működésükhöz és nem az elvégzendő feladatokhoz rendelnének, teljesen szétzilálva a rendszer maradék belső szakmai és kapcsolati rendszerét.**

A rendszerszemléletű gondolkodás a teljes rendszerekről és azok területén az alkotóelemektől való gondolkodás módszere. Így egyértelmű, hogy **a részfeladatok (például az alapellátás vagy a járóbeteg-szakellátás vagy akár a ma elsődleges jelentőségűnek ítélt finanszírozás) mindig, csak az egész rendszer céljainak együttes figyelembevételével fogalmazhatók meg.**

Az elméletileg elérhető minőség és a korlátok adta gyakorlati színvonal között világszerte nagy szakadék tátong, ez a folyamat Magyarországon az elmúlt években ráadásul túlhangsúlyozottá vált. Éveken át erőneinket túlbecsülték, hibáinkat alulbecsülték az egészségügyi rendszerünk vizsgálatakor, és önmagukat megnyugtatta téves elképzelésekkel és nagy önbizalommal fogtak neki a rendszer átalakításához, ami leginkább a rendszer korlátozását, hatékonyságának romlását és kiszámíthatatlanná válását eredményezte, de nem lett gazdaságosabb, csak kevesebb pénz került még rosszabb felhasználásra.

Ennek megfelelően ma senki nem tudja, milyen forrásokkal működhetne Magyarországon egy célszerű és hatékony egészségügyi rendszer, az azonban bizonyos, hogy a jelenlegi rendszer toldozása-foltozása után is jóval több működési forrást igényelne, mint egy célszerűen kialakított rendszer.

## **Összehangolt fejlesztési stratégia**

**Bármely egészségügyi fejlesztési stratégia csak akkor lehet hatékony, ha szervesen illeszkedik más, nagy ellátási rendszerek fejlesztési tevékenységéhez, illetve a közigazgatási rendszerek működéséhez is.** A lakosság egészségi állapotának és életminőségének javítása az egészségügyi szektoron túlmutató, a nemzetgazdaság egészére kiterjedő intézkedések egész sorát igényli. Ahhoz, hogy az egészségügyi gyógyító-megelőző ellátás eredményes és megfelelő fejlesztésnek örvendhessen, ki kell alakítani, és be kell tartani a koncepcióalkotás, a tervezés és a megvalósítás logikai egymásutánját és feltételrendszerét.

A gyógyító-megelőző szolgáltatások rendszerében a legnagyobb számú orvos-beteg találkozó az alapellátásban, illetve a házi orvosok praxisaiban realizálódik, ezen orvos-beteg találkozók hatékonysága azon is múlik, hogy milyen módon férhető hozzá a **korszerű orvosi diagnosztika már a házi orvos és betege számára is.** A specialista szakorvosok tevékenységét az alapellátás orvosai jelenleg járóbeteg-szakkonzíliumok formájában veszik

igénybe, mely rendszer jelenleg előrehelyezett kórházi szűrő- és válogató állomásnak, sem mint beteg-közeli ellátó helynek pozicionálja magát.

Az egészségügyi ellátás fejlesztési tervének kiemelt fontosságú része kell, hogy legyen az alapellátás és a konzíliumi ellátást nyújtó járó-beteg szakellátás fejlesztése, viszonyának átalakítása. **A „lakosság-közeli ellátás” ezen összefüggő részeit „kistérségi hálózatba” ajánlatos szervezni**, amelyek a korszerű informatika és a tudatosan szervezett együttműködés segítségével szoros kommunikációs és szakmai hálózatba vonhatják egy térség minden egészségügyi dolgozóját, azaz nem elkülönült kis önkormányzati egységek, hanem szervezett és kezelhető kistérségi egységek jönnek létre.

### **A lakosság-közeli és a fekvőbeteg-ellátás**

A lakosság-közeli ellátás (alapellátás és a járóbeteg-szakellátás) koncepcionális átalakítása tehermentesíti a fekvőbeteg-ellátás intézményrendszerét. **Magyarországon nem az a baj, hogy sok a kórház (ezt sokan hangoztatják, de nemzetközi összehasonlítás alapján nem igazolható), hanem az, hogy a kórházakban sok az olyan fantom és puffer ágy, aminek fenntartására csak az abszolút ágyszámra alapuló teljesítmény-finanszírozási rendszer az egyetlen indoka.** A fekvőbeteg-ellátás országos rendszerét, annak struktúráját, együttműködési módszereit a valós szükségleteknek megfelelően kell megállapítani, **a kórházakban szükséges feladatok körét a lakosság-közeli ellátás mennyiségi és minőségi teljesítményéhez kell igazítani, és nem fordítva.**

Ahhoz, hogy a jövő egészségügyi ellátórendszerének intézményei, centrumai az orvosi világ fizikai és intellektuális központjai, valamint a gyógyítás nélkülözhetetlen műhelyei lehessenek, nem kampányszerű reformokra, **hanem rendszerszemléletre alapozott, átgondolt, folyamatossá tett fejlesztőmunkára szorulnak, ahol jól meggondolt jövőkép megvalósításán lehet munkálkodni.**

*Mindezek a teljesség igénye nélkül, vita és munkaanyagként kerültek rögzítésre. Egyes kérdésköröket illetően Dr. Szabadfalvi András, a MÖSZ egészségügyi szakértőjének a munkája volt a forrásdokumentum.*