

Viztdíj, avagy egy elvetélt kísérlet...

Nagyistók Szilvia

ELTE TáTK, Közgazdaságtudományi Intézet

„A jó programoknak (is) egyetlen hibájuk van, hogy a végrehajtás során számlákat kell kifizetni”
(Balázs Péter)

20 évvel a rendszerváltás után a magyar egészségügy alapvető hozzáférési és finanszírozási problémákkal küzd. Magyarországon 2007. február 15-én az egészségügyi reform keretei között rövid előkészület után bevezették a viztdíjat és kórházi napidíjat, melyeket 2008. március 9-i országos ügödöntő népszavazás eredményeképpen eltöröltek. Ezáltal az egészségügyi reform egyik emblematikus eleme esett ki.

A tanulmány a viztdíj és kórházi napidíj bevezetésének indokait és megvalósításának körülményeit értékeli.

20 years after the political transition in Hungary, the health care system faces with fundamental equity and financial problems. On the 15th of February 2007, after a short preparation period, visit fee for outpatient care and hospital daily fee for inpatient care were introduced for patients as part of the health care reform. The law according to these fees was repealed by the plebiscite on 9th March, 2008. Therefore two symbolic patterns of the health care reform had to fall.

This study assesses the rationale of these copayments and circumstances of their implementation.

BEVEZETÉS

20 évvel a rendszerváltás után a magyar egészségügy alapvető hozzáférési és finanszírozási problémákkal küzd. A népesség egészségi állapota az Európai Unióban a legrosszabbak közé tartozik, így a magyar gazdasági növekedés lehetőségeit is jelentősen hátráltatja a lakosság egészségtökéjének a színvonala. Nagyon sokféle irányban indultak el a döntéshozók, hogy az egészségügy teljesítményét javítsák, utolsó lépéseik egyikeként a finanszírozási rendszer átalakítását célozták meg. Ennek egy kisebb része volt, hogy az ellátást igénybe vevők közvetlen hozzájárulását be kívánták építeni a rendszerbe, azaz a járóbeteg szakellátás és alapellátás igénybevétele kapcsán viztdíjat, fekvőbeteg ellátás esetén pedig kórházi napidíjat kelljen fizetni.

Az említett, az egészségügyi rendszert érintő problémák miatt, a viztdíj, napidíj bevezetésével és visszavonásával kapcsolatos szakmai véleményeket kívántam megvizsgálni. A kutatásom során elsődlegesen a körülményekre fókuszáltam, továbbá választ kerestem arra, hogy a megkérdezetteknek mi a véleménye, meglátása az egészségügy jelenle-

gi helyzetéről. Másodsorban azt is vizsgáltam, hogy kinek, milyen ötlete van a viztdíj és a kórházi napidíj eltörlése utáni helyzet kezelésére, az E. Alap egyensúlyi kockázatainak az enyhítésére. A feltáró kutatást mélyinterjú technikával végeztem, mely során egészségügyi közgazdászok, kórházi szakmai és gazdasági vezetők és finanszírozási szakemberek véleményét kívántam megismerni.

Természetesen az interjúalanyok kiválasztásánál a téma specialitása miatt nem lehetett statisztikai értelemben a reprezentativitásra törekedni. Ezért bár a minta nem reprezentatív, de tükrözi az egészségügyről komplex képpel rendelkezők véleményét.

A kutatás során rengeteg szempontot érintettek a megkérdezettek. Több ellentétes véleményt is megfogalmaztak, de az egészségügy lényegét érintő folyamatok tartalmát illetően egyetértettek az interjúalanyok.

A kutatás során feltárt eredmények az alábbiakban foglalhatók össze.

KOMMUNIKÁCIÓ

A viztdíj eltörlése után az egészségügy egyes szereplőinek körében olyan vélemény alakult ki, hogy elsősorban a hibás kommunikáció volt az oka a viztdíj, kórházi napidíj bukásának. A mélyinterjúk során kikristályosodott az ezzel ellentétes álláspont is, hogy az adott politikai helyzetben nem lehetett más kimenetele a viztdíj / kórházi napidíj bevezetésének, mint hogy visszavonják azt. A kommunikáció hatékonysága csak enyhíthette, lágyíthatta volna az emberek indulatait, reakcióit és a népszavazás során nagyobb részvételi arányt eredményezett volna, de a népszavazás eredményén semmiképpen sem változtatott volna. Az elutasítás nem a fizetés tényének szólt, hanem inkább a rendszernek és a körülményeknek. Az emberek a politikai közélettel kapcsolatos felháborodásukat vezették le a 2007-es népszavazás kérdéseire keresztül.

EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER VÁLTOZTATÁSA

Minden megkérdezett egyetértett azzal, hogy szükséges az egészségügyi rendszeren változtatni. Abban azonban eltérő volt a vélemény, hogy milyen mélységben, milyen szempontok szerint. A legradikálisabb vélemény az volt, hogy az egészségügyi rendszer így nem maradhat és az egész ellátórendszert át kell alakítani, ezen belül jelentősen csökkenteni kell a kórházak számát. Ha ez a rendszerkarcsúsítás megvalósul, akkor természetesen az

egyéb kapacitások eloszlását is újra kell tervezni (orvosok, nővérek száma, technológia, kórházi infrastruktúra stb.). Ezzel ellentétes nézet szerint, ha a különféle ellátási formák finanszírozási technikáit megváltoztatnák, akkor pénzügyi módszerek alkalmazásával a rendszeroptimalizálás elvégezhető lenne.

HUMÁN ASPEKTUSOK

A felmérésem során szembesültem avval, hogy több helyen nem volt pénz a vizitdíj automatákra, emiatt kényszerből az egészségügyi dolgozók szedték a vizitdíjat / kórházi napidíjat. Ám volt olyan eset is, ahol direkt a kórházi személynél akarták megoldani a vizitdíj és kórházi napidíj beszedését, hogy a betegeknek minél komfortosabb legyen az adott intézményben való tájékozódás. Ennek azonban véleményem szerint volt egy másik és egy harmadik oldala is, amire nem volt mindenki felkészülve. Egyrészt Magyarországon a jóléti társadalom egy speciális formája valósult meg, ahol az emberek jelentős részének nincs pénzügyi biztonsága, emiatt bármilyen fizetésre érzékenyen reagálnak. A legnagyobb egészségügyi fogyasztó réteg, a nyugdíjasok, átlagos nyugdíja 2007-ben 76 263 Ft [1] volt, amely réteget a közvetlen térítési díjak jelentősen érintettek.

A másik fontos aspektus az egészségügyi dolgozók reakciója, hiszen a díjak bevezetése után elsőként ők találkoztak az emberekkel. Ez a helyzet számukra pszichésen megterhelő volt, a betegek közvetlenül rajtuk vezették le frusztrációjukat, dühüket és elégedetlenségüket, a helyzetük és a rendszerrel kapcsolatos ellenérzésük miatt. Az egészségügyi dolgozóknak ezt a helyzetet kezelni kellett, amire fel kellett vagy kellett volna őket készíteni a vizitdíj és kórházi napidíj bevezetése előtt, illetve szükséges lett volna erre figyelmet fordítani a díjfizetés időszaka alatt is.

A felmérésem során talákoztam több olyan esettel is, amelyből kiderült, hogy a vizitdíj bevételek elszámolásakor felfedezett hiányt az ellátó orvossal fizették meg. Ez a hiány jórészt abból adódott, hogy nem volt egyértelmű, hogy ki mekkora összeget és hogyan szed be például ügyeletben, és érthető volt, ha az orvos elsősorban nem erre a feladatára figyelt. Az ilyen esetek tovább növelték a dolgozók ellenérzését a díjak beszedésével kapcsolatban.

A VIZITDÍJ ÖSSZEGE

A vizitdíjjal kapcsolatos visszatérő vélemény volt, hogy beszedésének szabályai nem voltak kellően pontosan definiálva. A felmérésem során talákoztam olyan véleménnyel is, amely szerint a vizitdíj meghatározásánál nem vették figyelembe, hogy az átlagjövedelem szintje milyen alacsony hazánkban, és hogy az 1 EURO nagyságrendű vizitdíj és kórházi napidíj alkalmankénti fizetése nagy összeget jelenthet annak, aki komolyabb, a mentesség alá nem eső krónikus betegségben szenved. Ezzel ellentétesen, volt olyan válaszadó is, aki azt az álláspontot képviselte, hogy a vizitdíj akkor töltötte volna be közgazdasági funkcióját, ha annak

mértékét az alkalmazott 300 forintnál lényegesen magasabban (pl. 5000 Ft / alkalom) határozták volna meg.

A vizitdíjjal és kórházi napidíjjal kapcsolatos felmérés eredményét a következőekben foglalnám össze.

ERŐSSÉGEK

A vizitdíj / kórházi napidíj bevezetése által a betegek költés tudatossága emelkedett, melynek eredményeképpen sokuknál erősödött a felelősségtudat az egészségi állapotuk megőrzésére. A díjak bevezetése után csökkent az orvos-beteg találkozások száma (pl. háziorvosi ügyelet igénybevétele). Az ellátórendszer szempontjából ez komoly megtakarítást és nem utolsósorban közel 22 Mrd Ft-os vizitdíj, kórházi napidíj [2] többletbevételt jelentett. A háziorvosi praxisok bevétele átlagosan 180 ezer Ft-tal emelkedett a kártyapénz változatlanul maradása mellett (1. táblázat).

Többletbevétel		Kiadásöktetés	
Háziorvos	9,9	Gyógyító-megelőző ellátások	25,3
Járóbeteg-szakrendelők	6,3	Aktív fekvőbeteg-szakellátás	21,2
Kórház	3,0	Járóbeteg-szakellátás	3,0
Egyéb szolgáltatók (pl. ügyelet, fogászat, diagnosztika)	3,0	Krónikus fekvőbeteg-szakellátás	1,1
		Gyógyszertámogatás	15,0
		Pénzbeli ellátások (utazási költségtérítés)	1,2
		Gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdőellátás	1,0
Többletbevétel ágazati szinten	22,0	EAlap kiadásának csökkenése	42,4
Teljes hatás			66,4

1. táblázat
A vizitdíj és a kórházi napidíj összegzett hatása az OEP büdzséjére, Mrd Ft / év [2]

A vizitdíj és kórházi napidíj bevezetésének hozadéka az egyéni felelősségvállalás hangsúlyozása volt az egészségügyi ellátások igénybevitelében.

Ezzel párhuzamosan az Egészségügyi Minisztérium számára nyilvánvalóvá vált, hogy valamilyen szintű tájékoztatásra, hatékonyabb kommunikációra van szükség a lakosság, a betegek részére.

GYENGESÉGEK

A vizitdíj és kórházi napidíj jogszabályi háttérét a bevezetés előtti utolsó pillanatig módosították és változtatták. A törvényalkotók számos szempontot kívántak figyelembe venni és meghatározni, hiszen evvel az intézkedéssel a betegek terhei nőttek. Ezen ok miatt is figyelni kívántak a méltányossági szempontokra is. Sajnos ezért a jogszabály nem lett teljes, a kiindulási pont „elveszett”, a méltányossági határok összerosódtak. A rendszer bonyolulttá vált, az összetett rendszerben nehézkessé vált az elszámolás és az ellenőrzés.

A nem átgondolt szabályozás miatt előfordult olyan helyzet is, amikor a kórházi dolgozók fizették ki egy-egy beteg vizitdíját, aki nem tudta azt kifizetni, mert nem tartozott abba

a kategóriába, hogy mentesüljön a fizetés alól. Az egészségügyi dolgozók egy része az érzékenysége miatt nehezen kezelte azt a helyzetet, hogy a gyógyítás mellett/helyett pénzt szedjen.

A méltányossági szempontok miatt bizonyos szolgáltatónak relatív bevétel kiesése keletkezett másokhoz képest (pl. onkológiai vagy diabétesz szakrendelés), amelyet a finanszírozási rendszer nem kompenzált részükre. A szociális és egészségügyi célok a törvényben összerosódtak. A probléma megoldására szélesebb körben kötelezővé kellett volna tenni a vizitdíj / kórházi napidíj fizetést, és ehhez kellett volna a támogatásokat hozzárendelni, így nem mentesítségben támogatni a betegeket, hanem hozzájárulásokkal. A törvényi szabályozás további hiányossága volt, hogy az egész díjfizetést teljesen izoláltan kezelte, és nem az egészségügyi rendszer részeként. Emiatt szélesebb körűvé, még inkább politikai jellegű és kevésbé egészség-gazdaságtani kérdéssé vált a vizitdíj / kórházi napidíj megítélése.

A jogszabály elfogadása és a bevezetése között nagyon kevés idő telt el. Emiatt az intézmények nehezen, nagyon sok túlórával tudtak felkészülni a díjak bevezetésére. A felkészülés része nemcsak a díjak beszedésének az átgondolása volt, hanem a belső szabályozás megváltoztatása, pénzügyi szabályozók megfogalmazása, a munkaköri leírások átfogalmazása, a feladatkörök meghatározása, a betegek tájékoztatásának megszervezése az adott intézményen belül, valamint a dolgozók képzése az új szabályozásokról.

Nemcsak helyi szinten adódtak gondok a bevezetéssel, az egészségpolitika szintjén is hiányzott a hitelesség, a hiteles közvetítő személyek, akik eljuttatják az információt a vizitdíj, kórházi napidíj és a dobozdíj bevezetéséről az egészségügy szereplői és a betegek felé. A vizitdíj és kórházi napidíj kapcsán nyilatkozó személyek nem voltak megfelelően felkészítve a problémák, kérdések kezelésére, és nem voltak diplomatikusak, meggyőzőek ebben a helyzetben, többször ellentmondásba keveredtek. Sajnos a betegek frusztrációja emiatt az egészségügyi dolgozókra irányult, akik ezt a helyzetet nehezen kezelték.

A betegek elégedetlenségét fokozta az is, hogy a társadalombiztosítási járulék fizetése mellett nem látták indokoltnak a szolgáltatáshoz való hozzáférés korlátozását. Ráadásul megrendült a bizalom a döntéshozók felé, igazságtalannak gondolták a vizitdíj rendszerét, hiszen a legnagyobb egészségügyi fogyasztók, az idősek, nem ilyen feltételek mellett készültek az egészségügyi szolgáltatások igénybe vételére. 40 évig fizették a társadalombiztosítási járulékot, emiatt úgy érezték, hogy nem lehet a vizitdíjat és kórházi napidíjat korlátok nélkül a vállukra terhelni.

A vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésének egyik komoly gyenge pontja volt, hogy nem voltak előzetes empirikus kutatások, hatásvizsgálatok e témakörben. Nem tudták, hogyan fognak reagálni a betegek és az egészségügyi szolgáltatók a díjak bevezetésére. Az egészségügyi szolgáltatók nem tudták előre, mekkora bevételük lesz a vizitdíj és kórházi napidíj bevezetésével. Nem végeztek hatásvizsgálatot

azzal kapcsolatban, hogy a betegek körében a díjak bevezetése milyen mértékben csökkenti az orvoshoz fordulás gyakoriságát.

Az egészségpolitika elsődleges célja az volt, hogy az E. Alap egyenlegét betartassa, de részben emiatt nem készült egy átfogó, kellően kiértékelte hosszú távú program, egy kommunikációs terv, amely alapján dolgozott, működött és tájékoztatott volna. Vélhetőleg emiatt is fordult elő, hogy a vizitdíj és kórházi napidíj bevezetése utáni ellenpropagandára adott magyarázatok a döntéshozók részéről kuszák és ellentmondásosak voltak. Ez hiteltelenné tette a bevezetés céljait, és a jövőbeli lépések sikerességét is megkérdőjelezte.

LEHETŐSÉGEK

A jelenlegi magyar egészségügyi rendszer több finanszírozási és egyensúlytalansági problémával küszködik, ezért érdemes megfontolni minden olyan módszer bevezetését, amely ezt csökkenti. Ennek volt egy formája a vizitdíj és kórházi napidíj, amelyet azonban egy népszavazás eltörölt. Jelenleg a magyar alkotmány szerint a vizitdíj és kórházi napidíj témájával rendelet, törvényalkotás szintjén nem lehet foglalkozni. Ám elképzelhető olyan „út” is, amely ezt kikerülheti. Az egészségügyi szolgáltatásokat több csoportra lehetne osztani. E szerint az alapsomagban lévő ellátás mindenkinek ingyen járna, majd a következő csoportba tartozó ellátásokért kellene meghatározott térítési díjat fizetni. Az E. Alap egyenlegének egyensúlyban tartását segíthetné az is, ha az egyéni kockázatokból (extrém sportok, dohányzás és alkoholizmus) fakadó betegségekre csak közvetlen térítés vagy külön biztosítás esetén válna elérhetővé az egészségügyi ellátás.

VESZÉLYEK

Az egészségügyi ágazatot és minden szereplőjének viselkedését alapvetően befolyásolja a jelenlegi gazdasági és politikai bizonytalanság. A közelmúltban – a tapasztalatok alapján – az egészségügyi reform gyakran együtt járt a betegterhek növekedésével és az előkészítetlen szabályozással. Minden egészségügyi átalakítás komoly kockázatokat hordoz, de a társadalom aktív együttműködése, és legalább részleges társadalmi konszenzus nélkül remény sincs egy új, sikeres rendszer bevezetésére.

KÖVETKEZTETÉSEK

A felmérésből egyértelműen kiderült, hogy nem elég rövidtávra keresni a megoldásokat. A költségmegosztás (ezen belül a vizitdíj és kórházi napidíj) gyakorta használt eleme az európai egészségügyi finanszírozási rendszereknek, de a bevezetésük és alkalmazásuk körülményei komolyan befolyásolják az elfogadásukat a lakosság részéről.

Amennyiben a lakosság és az egészségügyi dolgozók egy részét negatívan befolyásoló egészségpolitikai döntést

hoznak, az előnyöket és hátrányokat gondosan kell mérlegelni. A döntésekhez különböző forgatókönyveket szükséges kidolgozni, hiszen nem mindig az egészségpolitika által preferált folyamatok mentén zajlanak le a változások. A dön-

téshozóknak ugyanakkor hosszútávú stratégia mentén kell gondolkodniuk, nem szabad pillanatnyi impulzusok alapján sok-sok ember és piaci szereplő helyzetét befolyásoló döntést hozniuk.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] KSH, Statisztikai Tükör: Nyugdíjasok, nyugdíjak 2008., 2008/139

[2] Mihályi Péter: A vizitdíj első éve, Népszabadság, 2008. február 19.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Nagyistók Szilvia 2009-ben végzett a Budapesti Corvinus Egyetemen, Marketingkommunikációs szakirányon. További szakképzéseit gazdasági, üzleti és reklám területen szerezte. Munkatapasztalatát a SmithKline Beecham Kft, Coloplast A/S, Sandoz és a Novartis cégeknél gyarapította. Jelenleg az ELTE TáTK, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszékének munkatársa és a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság titkára.

katapasztalatát a SmithKline Beecham Kft, Coloplast A/S, Sandoz és a Novartis cégeknél gyarapította. Jelenleg az ELTE TáTK, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszékének munkatársa és a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság titkára.

Címzetes főorvosi elismerést kaphatnak a házi orvosok

Nyugdíjba megy az ország legidősebb házi orvosa, a 80 esztendős Bartus Béla. Bartus doktor Tatabányán fejezi be 1967-ben kezdett aktív pályafutását. Ebből az alkalomból az Országos Alapellátási Intézet és Tatabánya Megyei Jogú Város Önkormányzata által szervezett ünnepségen elsőként vehette át 17 pályatársával együtt, április 21-én a házi orvosok presztízsének erősítése céljából létrehozott címzetes főorvosi elismerést igazoló hiánypótló díszoklevelet. A házi orvos ugyanis hosszú évtizedeken át teszi a dolgát, folyamatosan képezi magát, és még sincs szakmai előmeneteli lehetősége, bármilyen remek és nagy tudású, sohasem lehet főorvos. Ezen óhajtott változtatni az elsőként odaítélt címzetes főorvosi elismerés, a márciusban meghirdetett az „**Az év praxisa**” (www.azevpraxisa.hu) pályázattal együtt.

Az ötletadó és kezdeményező most is az Országos Alapellátási Intézet volt. Sokan vannak a házi orvosi praxisban, akik rendkívüli munkát végeznek, anélkül, hogy kirakatban lennének, anélkül, hogy ők lennének a hírek főszereplői. Pedig a 6800 házi orvos kapuór szerepe nem pusztán szlogen, hiszen rajta múlik a beteg sorsa, jó és pontos diagnózisa, hogy időben kerüljön szakorvoshoz, és hogy a megfelelő terápiát kapja. Nála jobban senki sem ismeri a beteg szokásait, családi és szociális helyzetét, mindennapi konfliktusait, szorongásait. És jó pszichológusként azt is pontosan tudja, hogy egy jó szó, egy simogatás, mekkora gyógyulásba vetett reményt, mekkora hitet adhat beteg számára. Egy kórházban sok az orvos, lehet konzultálni, a gyógyítás a szakmai nyilvánosság előtt zajlik, a házi orvos viszont a rendelő magányára utalva óriási felelősséggel dönt. Munkája bonyolulttá és szerteágazóvá vált, ráadásul az egyre romló életkörülmények és a sokszor alig ismert szabályozók, valamint a betartásukat „elősegítő” retorziók, sebezhetővé és sérülékennyé tették a házi orvosokat, akiknek többsége becsületesen, tisztességesen végzi munkáját. Kell tehát az elismerés, és az ezzel járó biztonságérzet. A címzetes főorvosi elismerést adó Országos Alapellátási Intézet szándéka szerint ez afféle életpálya, életmű elismerésnek is számít.

A díszoklevelet Dr. Balogh Sándor PhD, c. egyetemi docens, az OALI főigazgatója és Bencsik János Tatabánya Megyei Jogú Város polgármestere adta át.

TÉ