

Arccal az állami egészségügy felé?

A közelmúltban hangzott el Dr. Mikola István, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága elnökének előadása egy szakmai konferencián. Előadásának első mondataiban rögzítette: az egészségpolitika alakítása a kormányzat feladata, ő a törvényhozást képviseli.

Mint mondta, a FIDESZ és a kormány abban a helyzetben van, hogy nem kell négyéves kormányzati ciklusban gondolkodnia. Ez megengedi, hogy évtizedes távlatokban gondolják újra az egészségügy nagrendszerének működtetését és elkerülhetetlen átalakítását. A kormányzat felismerte, hogy gazdasági fellendülés nem képzelhető el a humán erőforrás jó kondíciója nélkül, ez tükröződik a kétpólusú kormányzati szerkezetben: egyik oldalon egy erős gazdasági pólus, a másikon az egységesen kezelt humán igények: oktatás, egészségügy, szociális ellátások és sport. Az új egészségügyi kormányzat pozitívumai között említette, hogy tevékenysége középpontjába kívánja állítani az új tudományágat, az egészségügyi hatásvizsgálatokat. Munkacsoportokat hoznak létre, amelyeknek feladata már az előkészítés szakaszában vizsgálni a készülő törvényeket, illetve rendeleteket, jogszabályokat és más szabályozókat abból a szempontból, hogy azok hogyan hozhatnának minél több egészségnyereséget a lakosság számára.

Az egészségügy belső válsága mára túlterjedt az ágazat határain; az intézmények mellett már nem csak a nemzetgazdasági jelentőségű beszállítókat, hanem az azokat finanszírozó bankokat is fenyegeti. Úgy tűnik, az állam felismerte, hogy a folyamat nemzetgazdasági válsággá érett, így elkerülhetlenné válik az állami beavatkozás – jelentette ki egyebek között. A volt miniszter megfogalmazása szerint a közigazgatási reform során olyan döntést kell hozni, amely az államnak fenntartói minőségben is nagyobb szerepet szán az egészségügyben. Mindezt egyebek között az is indokolja, hogy – a 2009-es zárszámadási törvény tanúsága szerint – egyre csökken a társadalombiztosítási alapok járulék bevétele; az alapok hiánya a tervezettnél tizenkétszerese. Okai ismertek: járulékcsökkenés, egyes adóknak az E. Alapba való csatornázása, nagy munkanélküliség, stagnáló reálbérek stb. Az egészségügyi szektor finanszírozásának ma már alig több, mint 50 százaléka származik a járulékbévételekből, míg a hiányzó összeget – az alkotmányos garancia elvének megfelelően – az állam pótolja az adókból. Egyébként ez így alakult számos európai országban, még olyan több biztosítós rendszerrel működőkben is, mint Franciaország. Ezek alapján megállapítható, hogy az egészségbiztosítás finanszírozása egyre kevésbé finanszírozható a járulékokból, és más adók bevonását is igényli, amely felveti, hogy távolodunk a bismarcki biztosítási alapú szolidaritási rendszertől, egyre inkább állami igazgatás alá kerül az egészségbiztosítás. Jogos tehát az állam igénye: ha már ekkora részt vállal a rendszer működtetéséből, akkor kontrollálja is legyen fölötté.

Mikola István elmondása szerint formálódik az a kormányzati szándék, amely a közigazgatási reform keretében az ál-

lamnak az eddigieknél lényegesen nagyobb fenntartói szerepet szán. Elmondása szerint arra lehet számítani, hogy a nagy egészségügyi szolgáltatókat – ha úgy tetszik, Magyarország legnagyobb munkaadóit – a közigazgatási reform mentén állami fenntartói felelősségi körbe vonják. Egy miniszterelnöki nyilatkozat is megerősítette, hogy várható az egészségügyi ellátó rendszer fokozatos közelítése az államhoz, az eddigi biztosítási elvet felválthatja az állami egészségügyi ellátó rendszer. Ha megszületik az erről szóló politikai döntés, az átmenet részleteinek kidolgozásában nagy szerepe lesz a szakmának.

Mikola szerint „lehet az állami egészségügyet is jól csinálni”, ám mint figyelmeztetett, mindez nem megy egyik napról a másikra, s utalt arra, hogy az angliai NHS már 1948 óta formálódik, és „még mindig nincsen kész.”

Ezt követően kitért arra, hogy az ágazat konszolidációja nem halogatható tovább, ám ez messze többet jelent, mint az adósság rendezését. Az adósság rendezése csak azonnali tűzoltási feladat. A konszolidáció a humán erőforrás és rendszer feltőkésítését jelenti, amit – szemben a bankok konszolidációjával – a kormányok a rendszerváltozás óta rendre elmulasztottak. Ehhez tízévesnél is hosszabb átmenetre van szükség.

Első lépésként arra lehet számítani, hogy a hamarosan létrejövő megyei állami közigazgatási hivatalok közreműködésével az önkormányzati fenntartású intézményeket az állam felelősségi körébe vonják. Ezt sürgeti a kórházak adósságállománya, és a konszolidáció már fentebb említett igénye. Nem lehet tovább az egészségügyet a rendszerváltozás óta tapasztalt maradványelvű, pénzforgalmi szemléletű, a tökemegtérülés reményét sem nyújtó, amortizáció nélkül működő rendszerként fenntartani. Első lépésként a fejlesztési forrásokat be kell tenni a működtetési források közé, ez teszi ugyanis lehetővé a tökemegtérülést, és ezzel együtt a külső források bevonását. Ezzel párhuzamosan a konszolidációnak ki kell terjednie mind az épületállományra, mind az orvosi technológiákra és az egészségügyi dolgozók bérére is. Mindennek költségigényét még 2001-ben számította ki a Mikola István által vezetett tárca: akkor 760 milliárd forintról beszéltek. Mára ez az összeg már lényegesen magasabb.

A konszolidáció végrehajtását követően sürgősen sort kell keríteni a finanszírozási rendszer átalakítására, ugyanis – Mikola István szerint – a teljesítményalapú finanszírozás mai rendszere fenntarthatatlan. Véleménye szerint az állami ellátórendszer kialakításának idejére vissza kell térni a normális működést garantáló bázisfinanszírozásra.

- A források elosztásának meghatározó szempontja legyen az epidemiológiai tényekre alapozott elosztás. Ennek az epidemiológiai tényekre alapozott térségi prioritások mentén haladéktalanul neki kell vágni, különben a jövőben sem lehet szó a halálozási és megbetegedési mutatók, a születéskor várható élettartam országon belüli megengedhetetlen eltéréseinek megszüntetéséről.

nal