

A partnerségi viszonyok fejlesztésének jelentősége az egészségügy finanszírozásában

Dr. Bacskai Miklós, Komáromi Tamás, Gyáni Gergely, Healthware Kft.

Háttér: Az államháztartás és államadósság kezelésével leterhelt kormányzati intézkedések tükrében az ágazat érdekérvényesítése elfogadható eredményességű. A következő évek feladatai a feltároló lehetőségek kiaknázása és a jövőbeli ígéretek megvalósítása.

Felvetés: Az egészségügyi ágazatban jelentős potenciál rejlik a közös érdekek mentén lefektetett együttműködésekben. A társadalmi szükségletek ismeretében az aktív partnerségek előtt sem jogi, sem technikai akadályok nincsenek napjainkban.

Megbeszélés: A többletforrások megteremtésének előtérbe helyezésével elkerülhetetlennek látszik a közszolgáltatások reformja az egészségügyben. A korrekt partnerségi viszonyok újraformálhatják a közös kockázat- és tőkekezelés módszereit az ágazat gazdaságos és költséghatékony működtetéséhez. Az állam a pénzügyi és elszámolási folyamatok újraszervezésével, az egészségpiaci szereplők a szolgáltatásszervezési feladatok összehangolásával járulhatnak hozzá a sikerhez.

Összefoglalás: Az elmúlt időszakok hiánygazdálkodása rámutat, hogy az ellátórendszerben megjelenő kedvezmények átszervezése eredményes támogatást nyújthat az ágazati konszolidációhoz és az új források sikeres beemeléséhez.

Background: *The main government actions focus on the management of public finances and public debt, but the reconciliation of sector-interests had acceptable outcomes temporarily. The goals are to realize opportunities and promises in the following years.*

Proposition: *There are high potentials for collaborations in the health-care sector in case of common interest today, without any serious legal or technical barriers before partnerships in the knowledge of society needs.*

Discussion: *The creation of additional resources by focusing on the reform of public services seems inevitable in health policy. The fair partnerships can optimize the risk-sharing and capital treatment methods cost-effectively. The state can improve the financial and settlement processes, the other actors can contribute to the coordination of healthcare service.*

Summary: *The permanent lack of funds points out that the health-care system evolved preferences may support the sector financial consolidation and the inclusion of new resources successfully.*

HÁTTÉR

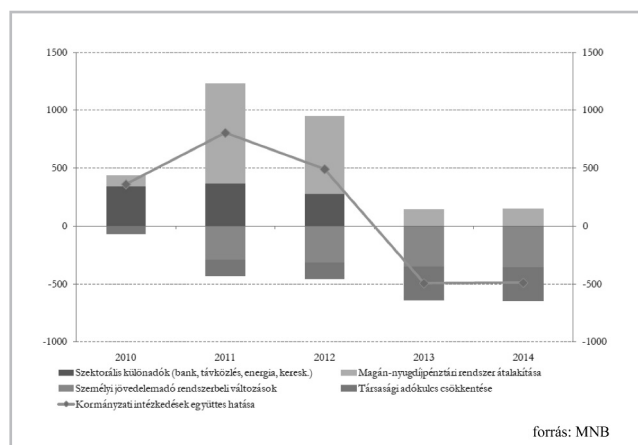
Az elmúlt időszakban jelentős kormányzati események történtek mind az államháztartás mind a társadalombiztosítás területein. A beterjesztett költségvetés bizakodást kelt az egészségügyi ágazat szereplőiben, miszerint a következő években nem itt folytatódik a közkiadások lefaragása, a meghirdetett szakpolitika pedig a széleskörű átvilágítás és összefogás jövőképét vetíti elénk. A Semmelweis Terv minden érdek képviselőjére intézményi garanciákat és az elmúlt években elmaradt felügyeleti intézkedések sorát ígéri, és kedvezően érintik az egészségügyet a Széchenyi-terv innovatív célkitűzései is [1, 2].

A stratégiai szerepkör mellett nagy az esély, hogy az átstrukturált uniós források jelentős részét is fel tudja használni az ágazat az állami hozzájárulások kiegészítésére. A közvetlen pénzügyi hozzájárulás nem ismeretlen a hazai társadalombiztosítás szempontjából, a járulékkerhek viselő 3,59 millió ember mellett az állam egyre nagyobb mértékű hozzájárulására van szükség az egyéb adóbefizetések terhére. A jövő évi költségvetésben az Egészségbiztosítási Alapnak kb. 725 Mrd Ft kiegészítésre van szüksége, ami a tervezett kiadások felét teszi ki, 21%-al nagyobb összegben, mint az adott időszaki jogviszony mellett elvárt járulékbefizetés. Bár jövőre közel 5%-kal több jut egészségügyi célokra a költségvetésből, összességében ugyanakkor csökken az egészségügyi kiadások GDP-hez mért aránya, pedig e tekintetben 1,2%-al elmaradunk régiós társainktól [3, 4].

A 2010 végéig adósság-mentesítésre szánt 27,5 Mrd forintos többletforráshoz hasonlóan, a jövő évi többlet is csak inflációkövetésre tűnik elegendőnek, s kérdéses lesz-e akkora megtakarító ereje az ellátórendszer átszervezésének, ami önmagában elegendő a 2012-re vonatkozó költségvetési vállalások fedezésére. Az eseti tőkeinjekciók tekintetében gyakorlatilag az államra kell hagyatkoznia az ágazatnak, azonban a kormányzatnak is jelentős hiteltörlesztésekkel és kiadásokkal kell számolnia a következő években.

A kormányzat az államháztartás egyensúlyának visszaállítására, a hiánycélok és a gazdaság növekedési pályára állítása érdekében jelentős változtatásokra szánta el magát, aminek első lépése a magánnyugdíj-pénztári kasszák 360 Mrd Ft értékű 14 havi befizetéseinek állami kezelésbe vétele volt, amit egyszeri többletbevételként a közel 2800 Mrd forintos teljes vagyonnak a tagok visszaléptetésével való megszerzése követhet. A pénzügyi tartós kezelése likviditási segítséget adhat az államnak, de megfontolandó stratégiai lépés lenne az egyéni számlakezelés fenntartása, valamint a rendelkezésre álló összeg egy részének szerke-

zetváltást kísérő közpolitikai folyamatokhoz történő hozzárendelése.



1. ábra
A kormányzati intézkedések elsődleges költségvetési hatása a változatlan fiskális politikát feltételező pályához viszonyítva (Mrd forint)

A költségvetési előretételezés alapján a társadalombiztosítási alapok költségvetési támogatása 2012-ben 163,3 Mrd Ft-tal, míg 2013-ban további 130 Mrd Ft-tal növekszik a tervek szerint [5]. A felvázolt elképzelések minden szempontból kecsegtetőek, kérdés lesz-e elegendő politikai akarat és forrás a megvalósításhoz, még ha napjainkban az egészségipar elsődleges kitérési pontként is szerepel a gazdaságfejlesztési lépések között.

VÁLTOZTATÁS-MENEDZSMENT LEHETŐSÉGEI

A jelenlegi gazdasági környezetben a kormányzati tevékenység jelentős része fordítódik az államháztartás stabilitásának biztosítására. Felmerült, hogy az egészségügy stratégiai szerepének az ára az államosítás lehet, ami nem nagy változás, ha a költségvetési hozzájárulások nagyságrendjét és a TB alapok kezelésének pénzügyi szemléletét tekintjük. Az egészségügyi ellátás azonban más jóléti és társadalmi transzferekhez hasonlóan közszolgáltatásként értelmezhető, és egyre nagyobb a lakossági igény, hogy a járulékfizető, illetve biztosított megfelelő minőségű szolgáltatásokhoz férjen hozzá. Az eltérő területi és személyes szükségletek a szürkegazdaságban már fizetőképes kereslet alakítottak ki.

Érdekes, hogy míg a bérhez kapcsolódó adónemek helyett egyre inkább a fogyasztáshoz kapcsolódó adóbevételekből tartjuk fenn az egészségügyi rendszert, az állam eltekint a közvetlen fogyasztás szervezésétől és adókövetésétől. A kereslet feltárásához és a kínálat specializálásához a decentralizált, de felügyelt szolgáltatás-szervező mechanizmusok adhatnak hatékony segítséget. A beazonosított kereslet lakossági forrásbevonást jelenthet járulékos biztosítások formájában, sőt akár maga az állam is, mint szolgáltatás-szervező többletbevételekre tehetne szert.

Az egészségügyi szektor szerkezetváltási, szabályozás és finanszírozás felülvizsgálati programja akkor lehet sikeres, ha a véges források újraelosztása és a külső állami tőkeinjekciók helyett az önálló forrásteremtés lehetőségeinek kutatása kerül előtérbe. A forráskezelés során megkerülhetetlen a tény, hogy az ágazat valódi alapkezelői jogosultsága az a biztosíték, ami mellett a felszabadítható tartalékok újra megjelennek a finanszírozásban. Nem az időszakos egészséguturizmus, hanem a jól szervezett belső piac lehet a rendszer fenntartásának záloga, továbbá az ideálisan felhalmozott tőke az állampapírhoz hasonlóan megjelenve ösztönözné a kormányzatot jövőbeli költségvetési ígéreteinek betartására.

Az ellátói struktúra konszolidációjában a szabályozási kérdéseknek, míg a finanszírozás stabilizálásban a hatékony újraelosztásnak és tőkebevonásnak kell szerepet kapnia. A bizalom és hatékonyság területén elért eredmények a kiindulópontjai az ellátási minőség célzott fejlesztésének, ami a szolgáltatások méltányos differenciálása mellett tartós bevételi többletet jelenthet további lakossági hozzájárulások bevonása esetén.

A. Struktúra:	B. Szabályozás:
<ol style="list-style-type: none"> 1. befogadási, kapacitáselosztási, értékmérő és előrejelzési eljárások fejlesztése 2. teljesítmény alapú szerződések kiterjesztése a szolgáltatói verseny optimalizálására 3. menedzsment alapú szerződések az egészség-szervezésben 4. biztosítási alapú szerződések a választék és hozzáférés javítására 5. biztosítási alapsomag definiálása a járulékos szolgáltatások versenyezetéséhez 	<ol style="list-style-type: none"> 1. törekvés a betegutak valós idejű ellenőrzésére és hatékonyságának elemzésére 2. betegregiszterek és várólisták aktív kezelése 3. felügyeleti és szervezési jogkörök egy részének átruházása ellátás-szervezői oldalra 4. szolgáltatások hozzáférési és méltányossági elemzése 5. állampolgári juttatások szerződés szerinti újradefiniálása, deklarált betegjogok mellett
C. Finanszírozás:	D. Forrásteremtés és tőkekezelés:
<ol style="list-style-type: none"> 1. finanszírozási díjtételek tartalmának és összegének aktualizálása 2. kockázat-megosztási és támogatási elvek több nézőpont szerinti felülvizsgálata 3. kassa- és betegköltségek megosztásának optimalizálása 4. finanszírozási kockázatok biztosítástechnológiai alapú csökkentése 5. biztosítási díjsomagok kialakítása 	<ol style="list-style-type: none"> 1. technikai pénzhelyettesítő bevezetése a gazdaságos működtetéshez 2. közigazgatás és közszolgáltatások reformja a minőség és hatékonyság javítására 3. alapkezelői magatartás és szövetkezeti formák erősítése, támogatott hitelkonstrukciók 4. állami befektetések, az OEP biztosítói átalakítása, kiegészítő lábak beindítása 5. részleges privatizáció, lakossági elótakarékosság terjedése, járulékkerhek optimalizálása

1. táblázat
A szolgáltatásalapú egészségügy felé történő átmenet lehetséges lépései

Az átalakítás során a köz- és magán-szolgáltatások, a centralizált és decentralizált felügyelet ideális arányai szükségesek az optimális működtetési feltételek biztosítására. Az egymásra épülő rendszerfejlesztési lépések nem képzelhetők el a konszenzuson alapuló célok, alapelvek és partnerségek nélkül.

PARTNERSÉGI VISZONYOK FEJLESZTÉSE

Az egészségügyi piactér felépítését vizsgálhatjuk a klaszszikus szükséglet, kereslet-kínálat tengely, a betegig tartó szolgáltatói értéklánc, s a minderre ráépülő szervezési, felüyeleti és finanszírozói szint oldaláról. A több dimenzió által kijelölt szerepek és feladatok váltakozva kerülnek döntően állami vagy piaci jellegű befolyás alá, de a jelentősebb változtatások során a központosítás, míg a funkcionális sokrétűség kialakítása során a decentralizált szervezési folyamatok kerülnek előtérbe. A változtatások javarészt a finanszírozás kiszámíthatóságának érdekében, a tervezési folyamatok bizonytalanságának feloldására válnak szükségszerűvé, sikerük záloga a szereplők együttműködési képessége.

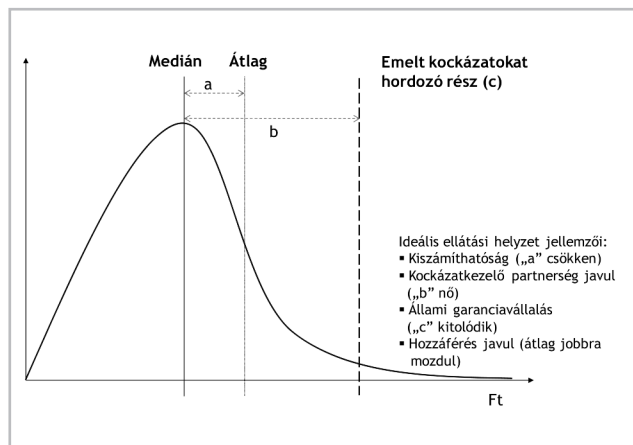
A hazai viszonyokban főleg a szolgáltatás-lánc mentén tagozódó vertikális típusú partnerségek kerültek kialakításra, míg a forráshiány miatt a horizontális kapcsolatok erőteljesen versenyjellegűek, ami az érdekszövetségek nem hatékony működéséhez vezetett. Az állami szerepkör kissé elmaradott, fellépése egyoldalú, s nem az együttműködésre épülő kockázatkezelés, hanem a kockázatáthárítás jellemzi a beszállítók és szolgáltatók felé (különadók, volumenkorlátok). Bár a beteg-piaci oldalon aktív együttműködések alakultak ki; betegszövetségek, szövetkezetek, pénztárak, szolgáltató hálózatok, holdingok, klaszterek, pályázati és kutatási konzorciumok, mindezek a források hiányában javarészt csak közös szükségleteik beazonosításáig jutottak. A jelenlegi környezetben az új szolgáltatások kialakításának forrásául leginkább csak a piaci szereplők által egymásnak nyújtott kedvezmények adtak alapot. Ezek egyedi és csoportos árengedmények, skontók, rabattok, halasztott kifizetések, ajándékok, termékminták, viszonteladói és törzsvásárlói juttatások formájában pótlólagos pénzeszközként funkcionáltak.

A választandó ágazati forrásmodell szempontjából elbizonytalanító az is, hogy a félig-meddig sikeres tőkefelhalmozás területének számító nyugdíjpénztári piacra az állam sajátos módon lépett be a közelmúltban. Megkerülhetetlen üzeneteket hordoz az egészségügyi öngondoskodás és felelősség megerősítésével szemben, ha az állam telhetlensége vagy tehetségtelensége okán, nem képes megőrizni az egyéni számlakezelés hitelességét és lakossági tökemozgósító potenciálját. Egy idealizált állami szereplő inkább jogi és pénzügyi garanciákat vállal, szolgáltatásokat és kedvezményeket biztosít, egyensúlyt teremt a centralizált és decentralizált folyamatok között, s ezzel új, célorientált bevételekre tesz szert.

KOCKÁZATKEZELÉS ÉS MEGTAKARÍTÁSOK

Általános vélekedés, hogy az ellátórendszer működésének gazdaságossá tételében még vannak tartalékok. Mindez nemcsak a finanszírozási protokollok hiányában és szerény hatékonyságú ellenőrzések miatt van így. Fontos tapasztalat, hogy a csoportosan aggregált egészségügyi kiadások jobbra ferde eloszlást vesznek fel a költségek várható érté-

keinek tekintetében, ami a változó időszaki betegszám, illetve a betegek és szolgáltatók különbözősége miatt alakul ki. A biztosítói magatartás általánosan a kiugró költségű esetek kockázatainak semlegesítésére irányul. A széles körben elterjedt volumen szerződések azonban az esetek többségében túl általános megközelítést próbálnak érvényesíteni a kockázatok kezelésére, s inkább a kockázatok tömegének áthárítására, mint megoldására adnak jogi keretet.



2. ábra
Általános ellátási szerkezetben a felhasznált támogatások összegének várható értéke

A finanszírozási protokollok használata támpontot adhat egy szabályok mentén egységesített ellátási folyamat kialakítására, de nem tűnik hatékony visszafogó eszköznek a szükségletek tömeges megjelenése esetén. Részletes eljárási protokollok, regiszterekkel nem támogatott várólista-kezelés hiányában az ellátásra jogosult betegek túllépést eredményezhetnek az alultervezett kasszák esetében. Ekkor az OEP megkérdőjelezhető mértékben hárítja az ellátó oldal felé az új betegek kezelésének terhét és a megalapozott gyógyító tevékenységek túlf finanszírozási kockázatát. Az igazságos teherviselés során az egészségügyi ellátásban érintett szereplőknek szigorúan a saját tevékenységük szabályozatlan, vagy garanciális voltából származó kiadási többlet tekintetében kellene pénzügyi felelősséget vállalniuk.

<p>Finanszírozó;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hozzáférés, regiszterek, várólisták tervezése, ▪ finanszírozási és ehhez kapcsolódó személyes és szakmai megalapozottságú adatok jogszerű kezelése 	<p>Szolgáltató;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ az ellátáshoz szükséges beavatkozás indítása, ▪ a döntés sikeressége, racionalitása, megfeleltethetősége és gazdaságossága
<p>Beszállító/gyártó;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ minőségi és arányosított mennyiségi/dózisalapú garanciák, ▪ költség-hatékonyság szintek, fajlagos eredményesség fenntartása, ▪ ügyfélközpontú részvétel a helyes felhasználói gyakorlat támogatására 	<p>Beteg;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prevenció és compliance-alapú együttműködés, akár pénzben visszatéríthető vállalatokkal, ▪ ennek hiányában átalány, azaz térítési díj

2. táblázat
Lehetséges felelősségi pontok az egészségügy finanszírozásában

Valamennyi szereplő szabálykövető magatartása esetén minimalizálhatja a felelőtlenségéből adódó túllépést, aminek egyértelmű jelei lennének az ezen a területen megjelenő felelősség- és járulékos egészségbiztosítások. Egyértelmű, hogy a megvalósuláshoz a meglévő módszertanok eszköz-szerű használata, minőségügyi indikátorok meghatározása és az ellátási események döntési pontjainak valós idejű és nem utólagos vizsgálata szükséges. Mindehhez csekély befektetéssel társítható olyan integrált informatikai megoldás, ami biztonsággal kezelné a regiszter és várólisták betegadatait és kiszolgáltatná a finanszírozási teljesítmények elszámolását, a kiadási, illetve túllépési pontok felelősségének megállapítását. Az egészségügyi indikációknak és állapotnak megfelelő jogosultság komplex vizsgálata mellett, a pénzben megváltott hozzáférés ellenőrzésére is lehetőség nyílik.

A partnerségi viszonyok erősödése elmozdulást jelenthet a volumen-szerződésektől a hatékonyabb menedzsment-alapú megállapodásokhoz, ahonnan a tervezési feladatok megosztásával valódi biztosítások is kialakulhatnak a beteg oldali öngondoskodás motiválásával, megtakarításokra ösztönző pénzügyi termékek bevezetésével.

A jelen idejű betegút követés ráirányítja a figyelmet az utólagos elszámoltatásról a tervezési folyamatok fontosságára. Intenzív alapkezelői tevékenységnek kell felváltania a jelenlegi költségvetési szemléletet, mind a célzott bevételek (adó és/vagy járulék) többéves tervezésével, mind az év végi egyenlegek évek közötti átvezetésével. Jelen szabályozás alapján nincs mód sem kötvénykibocsátásra, sem vásárlásra az E-Alap terhére, ami az önálló tőkekezelés alapja lehetne [6].

TŐKE- ÉS FORRÁSKEZELÉS

A működő tőke javításában felhasználható technikai pénzhelyettesítők bevezetésének előnyeiről korábbi cikkünkben már értekeztünk [7]. Az új fizetési mód költséghatékony eszköz lehet a TB-Alapok kifizetéseinek teljesítésekor, miután a használatban lévő pénz értékmérő és spekulatív funkciója kettéválik. A megtakarítás maximalizálásában az állami szerepvállalás kiemelt fontossággal bír a jogi keretek, működési környezet és pénzforgalmi ösztönzők biztosítása terén. Az innovatív fizetési módok fejlődésével a jogi, technikai keretek és komplex kártyarendszerek adottak az intézményi és a lakossági felhasználás biztosítására is.

Amennyiben az egészségügyi piac szereplői közötti elszámolás nagyobb részben elektronikus pénzhelyettesítőben történik, beleértve a helyi vagy országos adójellegű befizetések teljesítését, jelentős pénzösszeg tartós lekötésére van mód a kibocsátó hitelintézetten keresztül az Egészségbiztosítási Alapból. Az alapból történő havi pénzforgalom közel harmada a bért terhelő járulékok, ÁFA tartalmak, adók és hivatali díjak kifizetésére történik. Ez az összeg gyakorlatilag folyamatosan forgalomban van, míg e-pénz elszámolással fedezete folyamatos lekötésben tartható. Egy feltételezett 6%-os állampapírhozam mellett, éves szinten, ez akár

25 Mrd Ft többletforrást jelenthet a költségvetés viszonylatában, amennyiben az Alapok terhére kötvényvásárlás történhet és a báziséből származó hozam teljes mértékben az elektronikus pénzrendszer körforgásában marad [7]. Napjainkra technikailag már nincs akadálya, hogy a szolgáltatási értékláncban érintettek adóbefizetésük mellett bérkifizetéseket is az elektronikus pénz formájában teljesítsék, hasonlóan az elektronikus utalványok rendszeréhez. A készpénz jellegű használat elterjedésével, az elfogadóhelyek számának növelésével és egyéb pénzügyi szereplők közreműködésével akár az E-Alap költségvetésénél is nagyobb értékű e-pénz forgalom alakulhat ki. Abban az esetben, ha pl. havi szinten egymillió munkavállaló részére személyenként 35 ezer forintnyi e-pénz juttatás történik, az további 25 Mrd Ft értékben növelheti az egészségügyre fordítható éves keretszeget, ha a kibocsátás az E-Alap terhére történik.

A szereplők felismerése, hogy az ilyen típusú elszámolás képes a közös források gyarapodását biztosítani, megteremti a lehetőséget, hogy kedvezményszerűen lemondjanak a kezelt pénzösszegek saját hasznú lekötéséről. A nyereség gyakorlatilag címkézett, így nem általános költségvetési bevételként, hanem betegoldali kedvezményként jelenik meg, mindemellett a pénzforgás sebessége is gyorsul a szektorban. A lakosság szintű kiterjesztés történhet adókedvezményrel támogatott cafeteria jellegű juttatás formájában is, ahol a felhasználás céljai nem korlátozottak. A személyi használat vagy gazdasági társaságok közötti elszámolás ösztönözhető kedvezménypontok, ill. erre a célra elkülönített e-pénz jóváírással is. Fontos, hogy az e-pénzt kibocsátó szakosított hitelintézet kamatot nem adhat, így az ilyen jellegű jóváírás forrása nem a letétek, hanem az erre a célra külön kezelt pénzösszegek terhére történik. A jelenleg elterjedt „multi-pontos” vásárlói rendszerek között gyakorlatilag megjelenik egy állami formáció, ami azonban nem a fogyasztásra kivetett adóból, hanem a céltudatos fogyasztói magatartásból származó kedvezményekből tesz szert a szektorba szánt többletbevételekre. A rendszerben e-pénzt használók tudatosíthatják, hogy a használat során a társadalombiztosítás fejlesztését támogatják, és kifejezetten ösztönző lenne, ha a jelenlegi egészség- és önszegélyező pénztárak nyitottak lennének a folyamatban való részvételre.

Lehetséges, hogy nehezen elfogadható első körben, hogy az egészségpénztári befizetések e-pénzben történjenek, amivel a pénztárak lemondanának a megtakarítás jellegű funkcióikról. Mérlegelendő azonban, hogy a jelenlegi 50-60 Mrd Ft összeg között kezelt pénzmennyiség a fokozódó kereslet miatt megdöbbenően növekedne, továbbá a felhasználásban való részvételükért az Alapok megtakarításaiából külön ügynöki díjra lennének jogosultak. Ugyanígy kapcsolódhat a rendszer fenntartásához számos pénzügyi szereplő, akik hajlandóak számla- és kártyarendszereik közreműködésével az „egészségügyi szolgáltató- és vásárlóközösség” támogatására. A központilag felügyelt, részben kiszervezett szervezési funkciók segíthetnek a fogyasztói csoportok valódi vásárlóközösséggé formálásában. Az állam szolgáltatásvásárlói monopóliumának lazításával ösztö-

nözné a verseny kialakulását a szolgáltatói oldalon. Az állam mind saját mind piaci elektronikus-péNZ kibocsátókon keresztül többletbevételre tehet szert, miután a használt e-péNZ fedezetét általánosan kis kockázatú állampapírokban kell tartani. A többletbevétel mennyiségét az egészségügyi piac szereplőinek együttműködése maximalizálja, így a megtakarítások egy része a rendszer fenntartását, ill. a költségvetési ígérek betarthatóságát kell biztosítsa. Elviekben a többletforrások, illetve az ágazatban felvett likviditási és beruházási hitelek egy része elektronikus pénzhelyettesítő formájában is a rendszerbe kerülhet, ami segíthet a piaci hitelek kamatterheinek csökkentésében [7].

SZÖVETKEZET JELLEGŰ EGYÜTTMŰKÖDÉSEK

A partnerségek közel szövetkezeti szintű átalakítása garantálhatja a rendszerben eddig elbújtott, profitorientált kedvezmények megjelenését a betegoldalon. Terápiás és ellenőrzési megfontolásból külön mikrokasszák is létrehozhatóak, ahol az erre csoportosított pénzügyesek felhasználási követése az eltérő „címkejű” e-péNZ segítségével akár tételesen megoldható. Tulajdonképpen megvalósítható, hogy a péNZ valóban kövesse a beteget. Bár a kedvezmények megtakarítások formájában történő kezelése rövidtávon ugyanannyi pénzeszköz mellett több beteg ellátását jelenti, középtávon a hozzáférés és egyéni szükségletek ki-elégítése érdekében történt lakossági hozzájárulások nagymértékben kiegészíthetik a járulékbefvételeket. A lakossági kifizetések a rendszerben jelenleg is számottevőek, az éves paraszolvencia 30-70 Mrd forint közötti összegének kifehérítésével további célzott források állhatnának rendelkezésre a közszolgáltatások reformjához.

A halasztott kifizetések és körbetartozások adósság formájában a jelenlegi rendszer szerves részei. A kényszerűségből szült kedvezményezések logikája részben megtartható, azaz ha a beszállítók időben meg is kapják a felgyorsult e-péNZ elszámolásban a termékeik és szolgáltatási árát, s azok egy részét adónemek, partnereik és bérek kifizetésére használják fel, a profitot mégsem váltják vissza azonnal valódi deviza alapú forintra. Ekkor a pénzeszköz lehetséges kamatai a rendszerben maradnak, általánosan hozzájárulva a pénzügyi konszolidációhoz. Ez a magatartás szét is teríthető a szereplők között, amennyiben olyan e-péNZ-t is vegyítünk az elszámolásba, aminek visszaváltása csak egy bizonyos időkorlát letelte után történhet meg.

A betegterheket hosszabb távon stabilizáló kiegészítő biztosítási csomagok alapvető problémája, hogy honnan kerül feltöltésre a stabil működtetéshez kapcsolódó közös kockázati rész. A hazai privát egészségbiztosítások csupán 2 Mrd Ft vagyonnal rendelkeznek, általában egyéb elérési, vagy életbiztosítással kombinálódnak, s csak befektetési jelleg felmutatása mellett képesek keresletet támasztani. A

belépő betegek igénybevételének korlátozása ellenérzéseket szül, a megfelelő számú, feltárt kockázatú díjfizető összegyűjtését hosszas veszteséges időszak előzi meg. Átmeneti megoldás lehet a belépők hitelfelvétele a kezdeti korlátozások kiváltására, azonban a biztosítási díjak és hiteltörlesztés együttes terhe nagy visszatartó erőt képvisel. A szolgáltatáscsomag kialakításában érdekelt az e-péNZ elszámolás segítségével kedvezőbb hitelkonstrukciókat alakíthatnak ki az igénybevevők részére, illetve a szolgáltatás során vállalható kedvezmények már a termék tervezési fázisában nyílták tehetőek. A szolgáltatásban résztvevők eltérő lejáratú, illetve beváltási határidejű pénzhelyettesítők megfelelő arányú elfogadásáról nyilatkoznak az ellátáshoz kapcsolódó kiadások elszámolásánál, így a halasztott kifizetés útján relatíve több pénzeszköz állhat rendelkezésre, amíg a biztosítottak befizetései megteremtik a kellő fedezetet a biztosítási csomag stabilizálásához.

A közgazdasági értelemben vett valódi pénzhelyettesítők, a gyakorlatilag 100% pénzügyi kedvezmény elszámolását segítő barter-pénzek szoros szövetkezeti formában történő felhasználása napjaink pénzügyi vitáinak egyik visszatérő témája. Az elterjedés monetáris korlátai ellenére megfontolandó a svájci WIR példájának hazai adaptációs lehetősége. Bár a hasonló befektetési hitelek működtetéséhez több szektorra kiterjedő hálózatokra van szükség, az egészségügyi partnerségi hálókat a hazai megvalósulás alapját képezhetik, különösen az előbb említett tőkefelhalmozási probléma kapcsán.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az állam új bevételekben, az egészségügyi ágazat a pénzügyi konszolidációban, az egészségügyi piac újabb szolgáltatások kialakításában érdekelt. Az összetett érdekviszonyok feloldására megoldási alternatívát jelenthet olyan emelt szintű partnerségi hálózatok kialakítása, amelyek hatékony segítséget nyújtanak az újraformálódó lakossági szükségletek és igények kiszolgálásában. Az állam a központosított pénzügyi folyamatok újraszervezésében, garanciavállalásban, míg az egészségpiaci szereplők a decentralizált szolgáltatásszervezési feladatok összehangolásában léphetnek fel hatékonyan. A hiánygazdálkodás tapasztalatai szerint a kedvezmény-rendszerek eredményes átszervezése közel azonos hatékonyságú lehet az ágazati konszolidáció sikerességében és új források megteremtésében, mint a közvetlen, állami alapú szolgáltatás-vásárlói eszköztár.

Bár a társadalombiztosítás összetett problémáira több megoldás javasolható, az ágazati közpolitika hosszú távú sikerességének kulcsát a közszolgáltatások reformja, a gazdasági hatékonyság és ellátási minőség javítása, illetve a kölcsönös bizalomra épülő állami partnerség jelentheti a jövőben.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság: Újraélesztett Egészségügy-Gyógyuló Magyarország. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, Szakmai konzultáció – vitairat, 2010. október
- [2] Nemzetgazdasági Minisztérium; Új Széchenyi terv, a talpra állás és felemelkedés fejlesztéspolitikai programja 2010. július
- [3] P. Kiss G, Szemere R: Almát körtével? Mérlegen a visegrádi országok állami kiadása, MNB-Szemle, 2009. Május
- [4] OECD Health Ministerial Meeting; Health System Priorities When Money Is Tight, 2010. október
- [5] A Magyar Köztársaság 2011. évi költségvetése
- [6] 1992. évi XXXVIII. törvény az Államháztartásról
- [7] Bacskai M., Komáromi T., Gyáni G.: A működő tőke teremtésének pénzügyi lehetőségei az egészségügyben, IME -az egészségügyi vezetők szaklapja IX. Évfolyam 7. szám 2010. Szeptember, 19. old

Dr. Bacskai Miklós, Komáromi Tamás, Gyáni Gergely bemutatása lapunk IX. évfolyamának 7. számában olvasható.

Aluldiagnosztizáltak a magyarországi COPD-s betegek

A 2010 – a „Tüdő Éve“ kampány keretében világszerte megrendezendő események egyike a **COPD Világnap**, idén **november 17-én** került megrendezésre, melynek során a COPD megbetegedésre és a szűrővizsgálatok fontosságára hívták fel a figyelmet a szervezők.

A COPD

A krónikus obstruktív tüdőbetegség egy halálos kimenetelű, krónikus tüdőbetegség, ma már megelőzhető és kezelhető. Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO kimutatásai szerint több mint 250 millió embert érint világszerte. A COPD-t ma a 4-6. vezető halálként tartják számon a világon, és ez az egyetlen betegség, amelynek halálozási gyakorisága világszinten is növekszik. A WHO előrejelzése szerint a COPD 2030-ra már a harmadik leggyakoribb halálkórává válhat a világon! Magyarországon pontos epidemiológiai adatok nincsenek, de több mint félmillióra becsülik a COPD-ben szenvedőket, azonban kevesebb, mint 20%-uk diagnosztizált, mert a betegek nem ismerik a panaszuk pontos hátterét és annak jövőbeli veszélyeit, ráadásul az állapotuk javításának gyógyszeres megoldásával sincsenek tisztában. Holott a COPD időben történő felismerésével és kezelésével lehetőség nyílik arra, hogy a betegek állapota jelentősen javuljon, és meghosszabbodjon a várható élettartam. Az idei világnap éppen ezért a tüdőtérfogat-mérés/légzésfunkció mérés fontosságát hangsúlyozta, mely felbecsülhetetlen a potenciális halálos betegségek időbeli felismerésében.

Korai szakaszában a COPD gyakran nem ismerhető fel, de nagyon egyszerű diagnosztizálni. A veszélyeztetett betegek esetében egy egyszerű, fájdalommentes vizsgálat, a spirometria segíthet a betegség felismerésében. A spirométer a funkcionális légzésdiagnosztika legfontosabb eszköze, nélkülözhetetlen a légzőrendszeri megbetegedések korai kórismezésében. Ha a COPD-t időben észlelik, a betegség kockázatának csökkentésére, valamint a progressziójának lassítására már rendelkezésre állnak programok, gyógyszeres terápiák, amelyek megátolják a további légzésfunkció romlást.

A COPD Világnap hosszú távú céljai

A világnap célja, hogy felhívja a figyelmet a COPD-s betegek számának növekedésére, tájékoztatni a betegeket a szűrés lehetőségeiről és a korai diagnózisról, a betegség gyógy módjairól, folyamatos együttműködésre buzdítani a betegeket orvosokkal, ezzel növelni a COPD-vel kapcsolatos tünetek megértését. A világnap pozitív üzenete révén felhívni az egészségügyben dolgozó szakembereket, betegeket és a közvélemény figyelmét az összefogásra.

Ezen intézkedések:

- jelentősen csökkentik a COPD miatti halálozások számát
- csökkentik a COPD miatti kórházi ellátási napok számát, valamint (A COPD kapcsán évente Európában 4,7 milliárd eurót költenek járóbeteg ellátásra, 2,9 milliárd eurót fekvőbeteg ellátásra és 2,7 milliárd eurót gyógyszerekre.)
- csökkentik az újabb COPD-s megbetegedések arányát.

A fenti célok elérése érdekében a rövidtávú stratégia kulcsa, hogy a közvélemény ismerje a COPD tüneteit; megfelelő és elérhető eszközök álljanak rendelkezésre a COPD diagnosztizálására az egészségügyi dolgozók számára; a gyógyszeres terápiás lehetőségek mindenki számára elérhetővé és megfizethetővé váljanak; az egészségügyi szakemberek, betegek és családtagjaik oktatást és tájékoztatást kapjanak a COPD hatékony kezeléséről; valamint azon törekvések támogatása, melyek csökkentik a környezeti kockázati tényezőket az érintett populációban.

További információ a COPD világnapról a www.goldcopd.org/WCDIndex.asp oldalon olvasható.

Szerk.