

Input szabályozás az egészségügyben

Krenyác Éva, Med-Econ Kft.

Az egészségügyi szolgáltatások input szabályozása és ennek részeként a működési engedélyezési eljárás egy átfogó egészségpolitikai rendszer szerves részét kell képezze. A szakirodalom megismerésével felmerül a kérdés (főleg az amerikai kutatások eredményei tükrében), hogy szükség van-e az egészségügyi szolgáltatók engedélyezésére, illetve ha igen, akkor ez milyen mértékű legyen. A jelenlegi hazai helyzet egyértelműen a túl-szabályozás jeleit mutatja, ha csak az eljárásrendet vesszük figyelembe. Ennél fontosabb kérdés azonban, hogy milyen célból jött létre, és jelenlegi szabályozás eléri-e ezt a célt.

A comprehensive health policy system should contain the input regulation of health care services and as part of it the functional licensing process as well. During the research of the background literature – especially the results of American researches, – the question emerges, whether it is necessary to license health care suppliers, and if the answer is yes, to what extent. The present Hungarian licensing system is by all means over-regulated, if we take into account only the official licensing procedures. More important to know, for which purpose this regulation was created, and whether it reaches its goals?

Az input-szabályozás közgazdasági háttérismertetését, az engedélyezés és a minőség gazdasági kapcsolatrendszerét tekintettem át a hazai és a nemzetközi szakirodalom alapján. Bemutatok egy-két általam fontosnak tartott kutatási eredményt is, melyek – annak ellenére, hogy ezek a kutatások amerikai területről származnak – elgondolkodtatóak, és hatással lehetnek az elméleti kérdésekre adott hazai válaszokra, és a piaci szereplők viselkedésének a megértésére.

KÖZGAZDASÁGTANI PIACSZABÁLYOZÁSI KÉRDÉSEK

A versenyzői piac mechanizmusai által létrejött egyensúly, bizonyos feltételek megléte esetén a javak Pareto optimális alokációját valósíthatja meg, melytől a közgazdászok a maximális haszon/jólét realizálását várják. Ennek korlátozó tényezője a gazdaságban szűkösen rendelkezésre álló javak és elosztásukkor jelentkező piaci kudarcok [1]. Így a piaci szereplők védelme érdekében (tisztességtelen magatartás, kartell megállapodások, fogyasztók megtévesztése) egyes területeken a piaci verseny korlátozására van szükség. Ez a tevékenység kormányzati feladat, mely a gazdaság számos más alrendszerében is megoldandó, mint például a légitársaságok biztonsági előírása, import termé-

kek keresleti korlátozása vagy atomerőművek hasznos élet-tartamának korlátozása.

Az állami intervenciók alapvetően három területet érintenek: a javak előállítását, az újraelosztást és a szabályozást. Példaként – egészségügyi szektorból – említve:

- javak előállítása: az állam a költségvetés terhére az egészségügyi piacon megrendel/előállítat prevenció programokat (szolgáltatáscsomagokat),
- újraelosztás: az állam a kötelező társadalombiztosítási járulékfizetésből származó bevételeiből a rászoruló egészségügyi ellátását finanszírozza, így általában tehetősebb lakossági réteg befizetéseit az állam újra elosztja, és így az alacsonyabb jövedelműek relatív jobb helyzetbe kerülnek,
- szabályozás: az egészségügyi kormányzat meghatározza a kórházi aktív és krónikus ágyak számát, azaz a piac kínálati oldalát.

Számos szabályozás létezik, mely korlátozza a kórházi ellátást végzők piacát, ezek közül leggyakrabban a kórházi kapacitások megszerzését és az orvosi vagy a szakdolgozói humán erőforrás piactra történő belépést szokták emlegetni. Pedig az állami eszközök tárháza ennél sokkal bővebb, ilyen például az egészségügyi ellátó-egységek és méretek meghatározása; a rendszer egészében, vagy lehatárolt egységeiben elérhető kapacitások meghatározása, (a kórházi ágyak, a szakorvosi/nem szakorvosi órák, vagy a házi-orvosi, védőnői stb. praxisok száma); kormányzati kapacitásvásárlás (piaci alapú egészségügyben nagyobb jelentőséggel bír); rendeletben, előírás-ként meghatározott személyi és tárgyi minimumfeltételek rendszerbe iktatása; az egészségügyi ellátórendszer létszám-szabályozása az oktatásokon és a továbbképzésen keresztül; technológiai feltételek biztosítása; gyógyszer-szabályozás (kiemelten az új termék bevezetési fokozott ellenőrzést – USA: Food and Drug Administration átlagosan 200 millió dollár költségnövekedést eredményezett gyógyszerenként); gazdálkodási tér, adózási környezet megkülönböztető szabályozása; egészségbiztosítási piac szabályozása (összefoglalóan).

A közgazdaságtan egy másik felfogása felől megközelítve, a piaci kudarcok (kiemelt e körben az információs asszimetria és a monopóliumok) megoldásának a mozgató rugója a közérdek. Így csak akkor beszélhetünk piaci kudarcokról, ha a közérdeket tekintjük a nézőpont alapjának. A „szervezett orvoslás” szabályozási és kontrollálási folyamatok beindulásával (kb. 19. század vége) a közgazdászok arra mutattak rá, hogy a piacralépéssel és a potenciális egészségügyi ellátók engedélyéhez szükséges követelményeik meghatározásával beindult egyfajta lobbitevékenység a piacon már bentlévő résztvevők önértékének érvényesítésére (minél magasabb követelményeket szab az ál-

lam a belépésre, annál nagyobb lehet a piaci részesedésük [2]. Ez első elgondolásra amerikai jelenségnek tűnik, de például a 2003. évi magyar minimumfeltételek meghatározásánál is jelen volt (a szakmai kollégiumok személyi és tárgyi feltételek kialakításakor) és a feltételek újragondolásánál ismét számolni kell velük.

ÁLLAMI MEGKÖZELÍTÉS

Az említettek mellett jelentős kihívás a kisebb, hatékonyabb állami apparátus kialakítása és a piac szabályozásának megoldása. Nem elhanyagolható, hogy a jóléti államok érzékelik, hogy a működésük egyre kevésbé fenntartható, így az állam szerepének és felelősségének újragondolása egyre fontosabb igény a társadalom számára. A „(köz-)egészség kategóriája” – mint a gazdaság teljesítményének meghatározó tényezője – mára már a minimalista állam funkciói között kap helyet, olyan más, jelentős feladatok mellett, mint a közbiztonság, tulajdonjog, törvényes rend biztosítása. Ezen tényezők miatt az egészségügyi hatóságoknak is képesnek kell lenniük az engedélyező tevékenység (pre-market kontroll) felől a működési felügyelet (in-market kontroll) felé elmozdulni.

A nemzetközi szakirodalom az „alapvető közegészségügyi funkciókat” (Essential Public Health Functions) különböző kompetenciák és tevékenységek spektrumaként, mátrixszerűen vázolja és lényegében a közegészség elérését és a lakosság egészségének növelését tekinti követelményének. A kiemelt funkciókat 10 kategóriába csoportosítja (egészségi állapot elemzése és monitorozása, surveillance-kockázat-kontroll, egészségre nevelés, társadalmi részvétel, közegészségügyi tervezés-menedzsment-policy, szabályozás megerősítése, egyenlő hozzáférés, humán-erőforrás fejlesztés, kutatás, betegségek és veszélyek szövődésének csökkentése), melyekhez alap kompetenciák (képzett-ségek) társulnak [3].

A MŰKÖDÉSI ENGEDÉLYEZÉS PIACI HATÁSAI

Mára az engedélyezés és az akkreditáció alapját képezi a minőségbiztosítási mechanizmusnak. Ezen tevékenységek az állami beavatkozás lehetséges eszközei, sőt több eszközt is magukba foglalhatnak (például az engedélyezés kereteiben vizsgálhatják a megkövetelt kubarát, minimális eszköz és humán-erőforrás igényt, melyek mind a minőségbiztosítás által elvárt célt – a minőségi betegellátást, és így az egészségnyereség elérését, – szolgálják).

A minőség és az engedélyezés kapcsolatrendszeréről kevés közgazdasági kutatás folyt, és ezek nagy része az amerikai gazdasági környezetben releváns. Mégis ezen kutatások közül Graddy, Gaumer és Brenner megállapításait tartom fontosnak.

Graddy [4] a szabályozási környezet és a közérdek kapcsolatát vizsgálva arra az eredményre jutott, hogy

- különbözőek a szakmákon belüli engedélyezési gyakorlatok,

- amennyiben az adott szakmának az oktatási követelményei szigorúbbak, akkor nagyobb a valószínűsége a szigorúbb szabályozásnak is.

Eredményei rámutatnak, hogy nem a lobbicsoportok hatására piaci előnyük megtartásának érdekében növelik meg a piaci belépési korlátot. Az is látható, hogy mindhárom érdek – az egyéni, az intézeti és a közérdek – is befolyásolja az engedélyezést, viszont ezek közül egyik sem dominál.

Arra a kérdésre, hogy a közérdek igényli-e a szabályozást, és magasabb fizetési hajlandóságot eredményez-e, Gaumer [4] kereste a választ. Kutatásával rámutatott arra, hogy

- az engedélyezés ellenére is jelentős mértékű elégtelen ellátás jön létre,
- az ellátás minősége nem romlik, ha az ellátási célérték (esetszám) megemelkedik,
- az engedélyezési folyamat nem megfelelően méri fel a gyakorlati kompetenciát, és
- a szigorú engedélyezési követelmények magasabb díjakat és szolgáltatói bevételeket eredményeznek. Így az önérdék megjelenik az engedélyezés kapcsán, mely a belépésnél szintén lobbitevékenységet eredményez.

Brenner [4] kutatási eredményei szerint nemcsak az engedélyezés hat a minőségre, hanem intézményi irányítási faktor számbavétele is. Fontos, például, hogy az orvosi menedzsment is felelős lehet az alacsony minőség és outcome elérésében. Annak ellenére, hogy senki sem mondja ki, hogy az engedélyezés, vagy más követelmény csökkentené a negatív eredményeket, a szabályozás önmagában mégsem biztosítja a színvonalas minőségi ellátást.

Véleményem szerint irányadók lehetnek az amerikai kutatások eredményei, de figyelembe kell venni, hogy hazai környezetben a piaci árakkal szemben a hatósági árak működnek, és ez alapvetően más működési környezetet indukál. Amennyiben az „amerikai” árak az önköltségeket is reprezentálják, akkor biztosan elmondható, hogy az engedélyezés az egészségügyi ellátók költségeit megemeli, így a költségvetési törvényben meghatározott egészségpénztári költségvetési korlát miatt az ellátó intézetek a palettájukat úgy alakítják, hogy azokon a területeken, ahol az egészségügyi ellátást végző intézményeknek van mozgásterük, az alacsonyabb önköltségű ellátásokból nyújtanak többet (ahogy ezt jelenleg is alkalmazzák az intézetek).

A szabályozás folyamatából a lobbierők és magánérdekek kizárása szükséges, és a közérdeket kell hangsúlyosan előtérbe helyezni. Bár az amerikai szerzők felvetik azt a kérdést, hogy szükséges-e egyáltalán az engedélyezés, véleményem szerint ezt a kérdést piaci ellátó-környezetben fel lehet tenni, de a hazai egészségügyi ellátórendszer abszolút igényli a mechanizmust, hiszen a működési engedélyek mögött húzódo – szakmai elveken alapuló – minimumrendeletek és standardok betartásának ellenőrzése elengedhetetlen a betegek védelme érdekében, melyet Graddy, Gaumer és Brenner kutatási eredményei támasztanak alá.

NEMZETKÖZI KITEKINTÉS A MŰKÖDÉSI ENGEDÉLYEZÉSI ELJÁRÁS TEKINTETÉBEN

Az Európai Unió egyes országainak engedélyezési mechanizmusát megvizsgálva arra a következtetésre jutottam, hogy az egészségügyi szolgáltatók engedélyezése szabályozási elvek területén – nem különbözik alapvetően a magyar példától. Különbség az eljáró hatóság tekintetében (ami lényegében nem változtat a szabályozási elveken, amennyiben a jogkörök relevánsak egymással), valamint az ellátási engedély és a finanszírozási szerződés terén található. Az egyes alábbi országok engedélyezési rendszerét röviden megvizsgáltam, az adott országból közvetlenül kapott adatok az European Observatory on Health System and Policies ország ismertetője, és az engedélyező hatóság, minisztérium honlapja alapján.

Szlovákia

A szlovák engedélyezési rendszerben két folyamat különböztethető meg a „licence” és a „permission”. Az előbbi az orvosok, szakdolgozók, gyógyszerészek engedélyezése, melyet a Szlovák Orvosi Kamara ad ki; az utóbbi a kórházak, klinikák, ambulanciák Egészségügyi Minisztérium által történő engedélyezését jelenti. Az engedélyezésnek nincs egyéb korlátja, mint az engedélyező által támasztott kritériumok teljesítése, melynek része a törvényben meghatározott minimumfeltételek teljesítése.

Az engedéllyel rendelkező intézmények ellenőrzését az Egészségügyi Ellátást Felügyelő Hatóság (Health Care Surveillance Authority) végzi, és minden szankcionálási jogkör a kezében van (pénzügyi büntetés stb.). Jelenleg Szlovákiában még nincsen kórház-akkreditáció.

Észtország

Az engedélyezésben három szint különböztethető meg. Az első, ami leginkább egy regisztráció az orvosi tanulmányok befejezésekor, s a Szociális Ügyek Minisztériuma alá tartozó Health Board végzi. A második számos orvosi szakmában jelen lévő önkéntes akkreditációs rendszer, ahol különböző „aktivitási szintet” érnek el a szakmák (például a háziorvosok egynegyede vesz részt benne). A harmadik pedig az ellátók engedélyezése. Az Észt Egészségbiztosítási Alap csak azzal az ellátóval köt szerződést, amely engedéllyel rendelkezik, amellyel nincs engedélye az működhet, de nem lehet finanszírozási szerződése.

Portugália [5]

Az egészségügyi területen a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) nem rendelkezik saját központi adminisztrációval, így a tervezési, szabályozási és menedzsment funkciókat az Egészségügyi Minisztérium látja el. Az intézményrendszeren belül központi, regionális és szektort tervező (stratégiai) intézmények vannak, melynek szereplői az Általános Egészségügyi Igazgatóság (General Directorate of Health), az Egészségügyi Biztos (High Commissioner for Health), és a Regionális Egészségügyi Igazgatás (Regional Health Administrations). A nemzeti minőségi standardok

szabályozása és a közpolitikai célok meghatározása központi szinten az Általános Egészségügyi Igazgatóság feladata, ezen intézményen belül egy funkcionálisan különálló intézményt hoztak létre 1999-ben, melynek célja a közpolitikák, stratégiák, folyamatok fejlesztése a szakemberek és a szolgáltató szervezeteket támogatása a minőség folyamatos javításában, valamint az egészségügyi intézmények engedélyezési folyamatainak és a szakorvosok továbbképzéseknek támogatása.

A szabályozási menedzsment folyamatokat illetően a portugál rendszert egy normatív rendszernek tekinthetjük széleskörű jogalkotási felhatalmazással (például szigorú felügyeletű és néha túlszabályozott a gyógyszeripari termékek, a magas technológiai színvonalú berendezések, és az egészségügyi személyzet képzése és engedélyezése). Azonban ezek a szabályok és folyamatok nem mindig kerülnek kikényszerítésre, ami menedzsment-szabályozási deficithez vezet az egészségügy szabályozásán belül.

A Számvevőszék (Court of Accounts) az utóbbi években több pénzügyi folyamat és teljesítményértékelő auditot végzett, melyben a szektor kritikái fogalmazódtak meg. Ezek az elemzések egyrészt rávilágítanak a fő szervezeti és pénzügyi akadályokra, másrészt ajánlásokat tartalmaznak.

Hollandia [6]

Az állam engedélyezi az egészségügyi intézmények működését, de az építési tervek és egyéb tőkeberuházások a helyi gazdasági megfontolásokon alapulnak.

Az egészségügyi szakembereknek regisztrálniuk kell ezt követően a praktizáláshoz engedélyt kell szerezniük. Az orvosok engedélyezése szakmánként főként önszabályozó. A Holland Királyi Orvosi Egyesület (Royal Dutch Medical Association) szabályozza az orvos-szakmai képzést a szakorvos-képzés összetételét, az oktató intézetek akkreditációját, a regisztrációs követelményeket és az engedélyezést.

Az egészségügyi ellátó intézetek több törvény hatálya alá tartoznak, melyek meghatározzák az intézetek formáját és gazdálkodását. Az engedély megszerzéséhez az intézeteknek eleget kell tenniük az Egészségügyi, Népjóléti és Sport Minisztérium által meghatározott költségvetési szabályoknak és a törvény követelményrendszerének (ezek más jellegűek, mint a magyar szabályok: például a felügyelő bizottság tagjai a menedzsment tagjai közül kerülhetnek ki stb.).

Amerikai Egyesült Államok

Az Amerikai Egyesült Államok speciális helyzetben van, mivel a piaci alapokon szerveződő egészségügy szabályozása talán még az európai szabályozásnál is szigorúbbnak mondható, igaz államonként eltérő. Már az 1900-as évek elején lecsökkentették az egészségügyi oktatóhelyek számát, hogy megemelhessék az oktatás minőségét. Az 1970-es évek közepén a „Certificate of Need Law”-ként emlegetett törvény szabályozta a kórházi ágyakat, a kórházi eszközöket, és az ápolási otthonok számát, limitálta az új technológiák beszerzését. Például az új ápolási otthonok piaci-alapú korlátozása (szigorítása) alacsonyabb minőséget

és magasabb árakat eredményezett, azaz rontotta a piac hatását, miközben mindezen szabályozási elemek a minőségi ellátás és a hatékonyság javítására irányultak.

A HAZAI MŰKÖDÉSI ENGEDÉLYEZÉS HELYE AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI RENDSZERBEN

Az egészségügyi programalkotás egyik alapelve a célvezéreltség, mely a célkitűzések tisztázása által teremti meg a diagnosztikus folyamatok elindítását, ennek eredményeként a célmeghatározás megelőzi az eszközválasztást, és nem egy konkrét megoldás a kiindulópont [7]. Jelenleg az Egészségügyért Felelős Államtitkárság vitairata (Simmelweis Terv az egészségügy megmentésére), mely kijelöli és rangsorolja az egészségügyi ellátás konkrét cél-, és értékválasztását.

A szabályozás eszközeit alapvetően a piaci kudarcok kezelésére veheti igénybe az egészségpolitika, melyből kiemelt figyelmet kell szentelni az információs asszimetria problémájának kezelésére. Így a működési engedélyezések kapcsán egy olyan inputszabályozás történik, mely során az egészségügyi ellátórendszerbe belépő új szereplők feltételrendszerének megkövetelésével az output/outcome értékét szabályozni lehet.

A HATÓSÁGI ENGEDÉLYEZÉS „MÖGÖTTES” TARTALMA

Az egészségpolitikai értékválasztás keretében több olyan tevékenységet kell meghatározni, mely a hatósági működési engedélyezési eljárás alapját képezi. Ezek, a következőkben felsorolásra kerülő tevékenységek meghatározzák mind a piacra lépés lehetőségét, mind a minőségi szolgáltatásnyújtás eredményét.

- Területi ellátási kötelezettségek;
- Minimumfeltételek;
- Kapacitákszabályozás/kapacitástérkép;
- Progresszivitási szintek meghatározása;

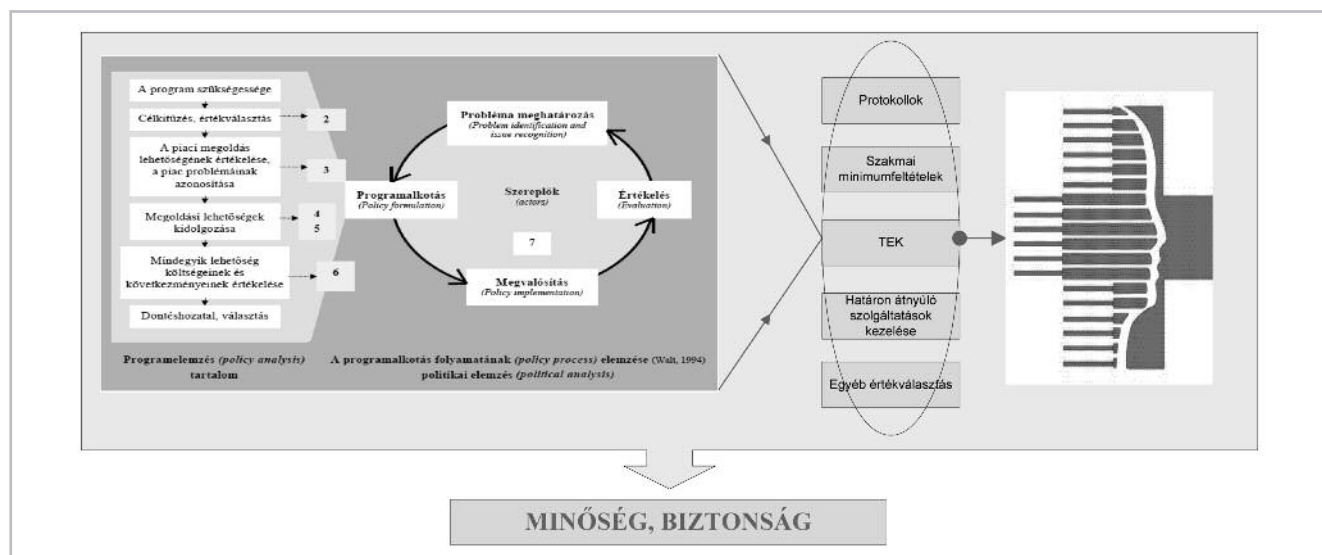
- Határmenti áthúzódó szolgáltatások.

Az állami engedélyezés elvárása, hogy egy jól szervezett adminisztrációs feladat keretében gyorsan és hatékonyan ellátott feladat legyen, melyben nem a bürokrácia ereje mutatkozik meg, hanem az ügyfélközpontú szolgáltatásnyújtás. Ennek keretében az in-market kontroll (azaz a piaci működésben ellenőrzési feladatok erősebb szerepvállalása) erősödjön meg, ami maga után vonja, hogy egy engedélyező hatóságból egy felügyeleti típusú hatósági funkció léle lehessen elmozdulni, amelynek teljesítése nagyfokú rugalmasságot követel.

Az ÁNTSZ kötelességei szerteágazóak és ellentmondásosak, hiszen egyrészt az intézet adja ki a működési engedélyeket, felügyeli a minimumfeltételeket és ellenőrzi, szankcionálja a rosszul teljesítő szolgáltatókat, másrészt a területi ellátás és a hézagmentes szolgáltatásnyújtás kötelessége miatt, a hiányos feltételek felett „át kell lépnie”. Ugyanis nem egyértelmű, hogy a minimumfeltételeket nem vagy csak részben teljesítő intézetek bezárása mit hoz magával, mivel a hatóság feladata a bezárás követően megoldani az ellátást, ami még inkább romló feltételeket teremthet a lakosság számára. Ennek a kettős, mondhatni ellentétes érdekeltségnek a feloldásához szoros együttműködésre van szükség az egészségbiztosítóval, civil szervezetekkel, az egészségügyi ellátórendszer szereplőivel.

A FOLYAMATOK MODELLEZÉSE

Az egészségügyi programalkotás és a beavatkozások hatásainak elemzése állandó feladat, melyet a kormányzat egészségüggyel foglalkozó tárcaja fog össze. Az egészségpolitika által kialakított elvek mentén és a hatósági munkavégzés keretében az ÁNTSZ ellátja az adminisztrációs feladatokat (engedélyezés, ellenőrzés, egyéb feladatok). Az 1. ábra bal oldali része mutatja a programalkotás és elemzés folyamatát, mely alapján a folyamat ideálisan lezajlik.



1. ábra Az engedélyezés rendszerének modellezése az ÁNTSZ szemszögéből (forrás: Gaál Péter: Egészségpolitika jegyzet [8])

HATÁSOSÁGRÓL – HATÉKONYSÁGRÓL RÖVIDEN

Az egészségpolitika és egészség-gazdaságtan általában a „termelő tevékenységeknél” értelmezi a hatékonyság/hatásosság kérdéskörét. A szabályozás, illetve az engedélyezés az elvégzendő egészségügyi tevékenység keretrendszerét adja meg, így csak közvetetten tudjuk hatékonyságát értelmezni. Mivel a valóságban az engedélyezés egy adminisztrációs feladat, így sok kérdés vetődik fel az engedélyezés mögött lévő tevékenységek meghatározásakor, és még több ezek hatékonyságának értelmezésekor. Az engedélyezés kapcsán az államnak arra kell törekednie – a tranzakciós költségelmélet szerint –, hogy az intézményrendszer hatékonyan szervezhesse meg a specializálódott szereplők közti tevékenységcserét, és ennek a cserének a költségei a lehető legalacsonyabbak legyenek [1].

A hatásosságot az egészségi állapot maximalizálásával azonosítja az egészségpolitika, mely az egészségügyi igazgatás területén történő beavatkozás esetében azt a kérdést veti fel, hogy a szolgáltatók engedélyezéséhez szükséges feltételek megfelelően lettek-e kialakítva és alkalmazva. A piaca lépés szabályozása a hatásosságot egyértelműen alátámasztja, mivel a technológiai követelmények (minimumfeltételek) megléte egy biztonságosabb, minőségi betegellátást eredményez.

A piaca lépők korlátozásával/szabályozásával lényegében a szolgáltatások nyújtásának minősége kerül szabályozásra, és ez magával vonja a hatékonyság fogalmát is, mind szolgáltatói szinten, mind nemzetgazdasági szinten.

Pareto hatékony erőforrás-allokáció esetén már nem tudjuk az erőforrásokat úgy növelni, hogy eredményeként másik erőforrás ne csökkenjen, adott kibocsátás mellett. Az egészségügyi piacon ez a minőségre vetítve azt jelenti, hogy ne okozza egy egészségi állapot javulás a másik romlását.

Az engedélyezési rendszerben a minimumfeltétel-rendszer kijelöli

- a technikai hatékonyságot a minimálisan igénybeveendő erőforrás-igény formájában, melyhez az intézmények igyekeznek maximalizálni a szolgáltatás-nyújtásukat (ideális esetben, egyéb megszorítás híján, mint például a teljesítmény volumen korlát);
- az allokációs hatékonyság meghatározását a nyújtott szolgáltatási forma kialakításával (például az eszköz-igény meghatározása már a hozzá köthető szolgáltatás-nyújtást preferálja).

A hatékonyság és az igazságosság egyszerre nehezen valósítható meg, de egyrészt a hátrányos helyzetűek egészségi állapotán való javítás történhet hatékony (költséghatékony) eszközökkel, másrészt a szubszidiaritás elvén történő hozzáférés nem feltétlen generál minőségbeli különbségeket akkor, ha a minimumfeltételek megvalósulnak. Kérdés abban az esetben van, ha nem tudják megvalósítani a hatóság által felállított feltételeket.

Ennek tipikus példája a túlszabályozás, vagy olyan feltételek meghatározása, melyet rendszerszerűen nem lehet

teljesíteni. Így előfordulhat, hogy az egészségügyi ellátás nem hézag- és átfedésmentesen valósul meg. A hézagmentességre azért van szükség, hogy minden állampolgár egészségügyi szükségletét ki lehessen elégíteni (ez szorosan kapcsolódik a következő részben kifejtésre kerülő igazságosság alapelvehez). Az állami túlszabályozás egyes területeken folyamatosan tapasztalható, egyrészt a lobbitevékenységek, másrészt a működtetés alatt fennálló egyéb feltételek miatt. Ezek főként a hézagmentesség alapelveire hatnak. Jó példa erre a szakmai kollégiumok túlzóan magas minimumfeltételei, vagy az uniós forrásból megépülő infrastruktúra magas követelményei, melyeket később saját forrásból/társadalombiztosítási alap bevételeiből nem tudnak az intézetek fenntartani, vagy akár már a pályázati kritériumokat sem érik el (például az onkológia területén).

Az átfedésmentesség már hatékonysági kérdés. Az egészségpolitika hatékonysági értékválasztása esetén az ellátásokat úgy szervezi meg, hogy optimális költségen lássa el az előírt feladatát, melynek szolgáltatói és szolgáltatási átfedése nem a hatékonyságot fogja szolgálni. Ennek kérdésköre már messzebbre vezet az inputszabályozás tárgykörétől, ezért csak mint hangsúlyos ellátási területi kérdést vetem fel.

AZ IGAZSÁGOSSÁG MEGVALÓSÍTHATÓSÁGA AZ ENGEDÉLYEZÉS KAPCSÁN

Az igazságosság filozófiai megközelítésében használt két legfőbb alapelv a haszon alapelv (az fizeti meg az ellátást, akinek haszna van belőle) és a fizetési képesség alapelv (a társadalom tagjai teherbíró képességüknek megfelelően viseljék a terheket). [8] Mindkét elv költségviselői oldalról közelíti meg az igazságosság fogalmát, de mivel az engedélyezést ezek a megközelítések nem érintik, így eltekinthet tőle. Igazságosság és engedélyezés kapcsolatáról, a szolgáltatások elérésénél beszélhetünk, mely a következőképpen azonosítható:

- egyrészt az azonos szükséglet esetén azonos hozzáférés valósul meg, minden állampolgár szintjén,
- másrészt pedig a területi aránytalanság csökken.

Az egészségügyi ellátás kínálati oldalának szabályozásával lehetővé válik, hogy a lakosság teljes vetülete lefedetté válhasson az egészségügyi „piacon”. A korábbiakban említett átfedésmentesség figyelembevételével és a szakmai minimumfeltételek optimális kialakításával, valamint a progresszivitási szinteknek megfelelő besorolással, a lakosság minden területen el tudja érni az ellátást. Fontos megjegyezni, hogy úgy beszélünk igazságosságról, hogy az engedélyezési folyamatot megalapozó szakterületek határozzák meg az igazságosság teljesülését, de maga az engedélyezési hatósági eljárás nincsen kihatással az egészségi állapotra vagy a társadalom tagjaira. Továbbá az is igazságossági problémát jelenthet, ha a szakmai kollégiumok nem egyenlő szigorúsággal határozzák meg a minimumfeltételeket.

Probléma, ha a szolgáltatók nem tudják elérni a minimális szolgáltatásnyújtás kialakított feltételrendszerét (és így

nem működhetnek), mert ekkor a társadalmi szinten az igazságosság elve csorbul. Ebben az esetben előfordulhat, hogy egyes területeken nem lesz egészségügyi szolgáltató/szolgáltatás (igazságosság-hozzáférhetőség csorbul), vagy nem a progresszivitásnak megfelelő szinten látják el a beteget (hatékonyan romlik). Például ha a beteget „utaztatják”, akkor amennyiben időben jut ellátáshoz, a szakmailag elvárt minőségű betegellátást fogja megkapni, ha késik az ellátás a távolság miatt, akkor már az egészségnyereség csökken, arról nem is beszélve, ha esetleg alacsonyabb szinten nem a megfelelő ellátást kapja meg a rászoruló.

Mindezen igazságossági dilemmák az egészségpolitika megválaszolandó kérdései, így az engedélyezés „adminisztrációs tevékenységét” nem érintik.

KÖVETKEZTETÉSEK

A jelenlegi, lényegében adminisztrációs teherrel járó engedélyezés bürokratikus, rugalmatlan, és nem követi az egészségpolitikai elveket. Véleményem szerint az ellátórendszer szereplői nem érik az input-szabályozás komplex hátterét, melyben nagy szerepe van annak, hogy az egészségpolitika nem alakította ki a házag- és átfedésmentes ellátást, nem ösztönöz az intézetek közötti együttműködésre, kapacitásszabályozásra, a területi ellátási kötelezettség ésszerű kialakítására és a minimum-feltételek korszerű és lobbimentes megalkotására. Sokszor persze ez a szereplők rendkívül magas ellenállásának is köszönhető. Ennek egyben oka és következménye is, hogy az ÁNTSZ egészségügyi igazgatási szakterülete (a felsorolt feladatok csaknem teljes megvalósítása ide tartozik) rohamunkával, kiforratlanul lett megalapítva. Széleskörű ismeretekkel, nagyfokú tudással és kapcsolatrendszerrel rendelkező humán erőforrásra lenne szükség a feladatok ellátásához, ugyanakkor az intézetet 2004 óta a folyamatos létszám-leépítés és forráskivonás jellemezte.

Az egészségügyi szolgáltatások engedélyezési eljárásának koncepciója és az alapelvek megalkotása az egészségpolitika feladata, de a megvalósítását az ÁNTSZ-nek kell hatékonyan ellátnia. A jelenlegi engedélyezési rendszerben egyszerűsítési lehetőségek rejlenek. A legfontosabb az ad-

minisztrációs teher csökkentése, mert ezáltal a hatóság az egészségügyi piac szereplői felé egy ügyfélbarát magatartást közvetít, és ez elősegíti az egészségügyi rendszer együttműködési készségének javulását. Az in-market kontroll alkalmazása lehetőség a jelenleg hiányzó bizalom erősítésére a szereplők között.

Az ÁNTSZ egységes igazgatási eljárásához vitathatatlan, hogy egy közös eljárási protokoll szükséges, mely részben a működési engedély nyilvántartó és határozatgeneráló informatikai rendszert jelent. Az informatikai háttér egy olyan keretszabályt ad, mely nehezíti a rendszeren belüli „kiskapuk” alkalmazását. Ez persze elsősorban pozitív változásnak tűnik, de továbbgondolva sok problémát és nehézséget is felvet. Mi történik akkor, ha protokollszerűen nem adható ki a működési engedély, azonban így ellátatlan területek jönnek létre? Milyen hamar ismeri fel a rendszer az egészségügyi szolgáltatások hiányos lefedettségét? Milyen bürokrácia épül az említett hézagok megoldására? Ezen és hasonló kérdések megválaszolása mind az egészségpolitika feladata, mely nem kis felelősséggel jár.

TOVÁBBI VIZSGÁLATI IRÁNYOK KIJELÖLÉSE

Az engedélyezési tevékenység egyszerűsítési lehetőségén túl további, idáig nem tárgyalt de szorosan kapcsolódó témakörök vizsgálata elengedhetetlen. Ilyen például az orvos-szakmai berkekben folyamatosan felmerülő, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételek felülvizsgálata, vagy a kapacitások centralizált kormányzati meghatározása, az orvos- és szakdolgozói képzés, továbbképzés szabályozása stb. Ezek mind közvetlenül vagy közvetetten kapcsolhatóak az egészségügyi „piac” input-szabályozásához. Mivel ezen területek mögött hatalmas – sokszor ellenirányú – lobbierők munkáinak, agresszíven befolyásolják a kínálati piacot, ezért az egészségpolitika csak meggondolt, komplex intézkedéseket eszközölhet az egészségügyi ellátórendszer, egészségügyi piac, és nem utolsó sorban a minőségi betegellátás védelme érdekében.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Samuelson: Közgazdaságtan (Economics) 1948
- [2] Veress József: Bevezetés a gazdaságpolitikába, Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem 1997
- [3] <http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/EPHF.htm>
- [4] Folland Goodman Stano: The economics of health and health care
- [5] The Portuguese Observatory on Health Systems: Health Care Systems in Transition
- [6] Health Systems in Transition The Netherlands: Health system review
- [7] Gaál Péter: A probléma-orientált programalkotás koncepciója. IME Az egészségügyi vezetők szaklapja 2005, 4(4):8-10.
- [8] Gaál Péter: Egészségpolitika: Az egészségügyi rendszer menedzsmentjének alap-ismeretei (jegyzet). Budapest: Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzser-képző Központ, 2005.

Krenyácz Éva bemutatása lapunk VI. évfolyamának 8. számában olvasható.