

Mire szerveződik, azaz milyen kockázatokat fed le a kötelező egészségbiztosítás? – Szempontok az újragondoláshoz. II. rész.

Dr. Kincses Gyula, egészségpolitikai szakértő

A cikk első részét lapunk előző, szeptemberi számában találhatják meg Tisztelt Olvasóink.

MIT TARTALMAZ AZ ELLÁTÁSI CSOMAG?

Az ellátási csomagnak – a kötelező biztosítás által részben vagy egészben finanszírozott, illetve garantált ellátások halmazának – meghatározása önálló, sokszor, sokak által taglalt problémakör, így ennek részletezése nem e tanulmány tárgya. Itt csupán a társadalombiztosítás újrafogalmazásához szükséges alapelveket foglalom össze. Ehhez három dolgot kell kiemelni. Az egyik, hogy az ellátási csomag nem egyes orvosi tevékenységek csoportjának taxatív felsorolása – ez benne van, ez nincs –, hanem egy többdimenziós tér, aminek határait a kockázat oka, az ellátás célja, és az igénybevétel lehetséges módja jelölik ki. Tehát ugyanaz az ellátás (pl. emlőplasztika) az ellátás okától, céljától függően vagy része a csomagnak vagy nem, hiszen nem mindegy, hogy daganatműtét utáni rekonstrukció, vagy a celebi-par optikai tuningja az ellátás indoka. A második kiemelendő szempont: a költséghatékonyság felértékelődő érték – és ennek megfelelően az egészségbiztosítás alapvető feladata, hogy úgy működjön, hogy a legtöbb egészségnyereséget vásárolja számunkra a befizetett járulékból –, de a költséghatékonyság csak a méltányossággal, az igazságossággal, esélyegyenlőséggel együtt értelmezhető és alkalmazható. Az állítás – főszabályként – igaz, hogy az OEP dolga az, hogy a befolyó járulékokból a legtöbb egészségnyereséget eredményező szolgáltatás-tömeget vásárolja, de ha a költséghatékonyságot kizárólagos elvként alkalmazzunk, akkor az idősekre már nem lenne szabad költeni, hiszen kevés a megnyerhető életevek száma, valamint le kellene mondanunk olyan betegségek terápiajéről is, amelyeknél az egy megmentett életre számított költsége magasabb, mint más betegségeké. Tehát szükség van olyan számításokra, hogy mennyiért veszünk egy életminőség-korrigált életévet, de a végső döntéseknél az életszakaszok és a betegségek esélyegyenlőségét is meg kell teremteni. A harmadik kérdés, hogy lehet-e része a csomagnak olyan ellátás, amit nem tud minden biztosított számára egyenlő eséllyel garantálni az egészségbiztosítás. Az elmúlt fél évszázadban arra voltunk szocializálva, hogy a tudomány és a technika fejlődik, az egészségbiztosításnak meg az a dolga, hogy, ha ez az ellátás hatékony, akkor finanszírozza. A költséghatékonyság mellett azt a szempontot is figyelembe kell venni, hogy az igazságosság azt is megköveteli, hogy egy ellátás csak akkor fogadható be, ha az – nyilvánosan vezetett várólisták mellett – minden (adott szinten rászoruló és adott gyógyítási/eredményességi kritériumnak megfe-

lelő) beteg számára értelmes időn belül reálisan biztosítható. Ha a technológia egyedisége, vagy költségigénye miatt ez nem garantálható, akkor vagy bővíteni kell a kapacitásokat, vagy – ha ez nem lehetséges – ez az ellátás nem szerepelhet az egészségbiztosítási csomagban, mert sérti az esélyegyenlőséget. Az elv itt is logikus és korrekt, a dolgot az EU csatlakozás keveri meg: innentől a „technikailag lehetséges” és az „ésszerű időn belül hozzáférhető” fogalmi kritériuma nem szűkíthető le a magyar kapacitásokra.

Mindez felveti a várólisták kérdését is. Először is határozott különbséget kell tenni a várólista és az előjegyzés között. Az előjegyzés egy ellátás-szervezési fogalom, egy technikai sorolás, ahol az ellátás rövid időn belül, vagy akár hosszabb idő után, de a két fél közös akarata szerinti későbbi időpontban következik be. „Jó, majd iskolaszünetben kivesszük ezt a csúnya mandulát...” Szigorú szabályozásra itt nincs szükség. A várólista ezzel szemben egy erőforráshiány miatt kialakult kényszorsorolás. Itt transzparencián alapuló szigorú szabályok szükségesek, és (legalább a kritikus területeken) meg kell határozni azt a kritikus időt, amit a leg-rövidebb várólista hossza nem haladhat meg. (Egy 3 éves várólista például a betegségek többségében értelmezhetetlen, mert ha egy betegség érdemi állapotváltozás nélkül kibír 3 évet, akkor az jó eséllyel kizárható az ellátási csomagból, vagy az ellátás a konkrét esetben nem is indokolt.) Ha a várólisták meghaladják ezt a kritikus időt, akkor az egészségügyi kormányzat lépéskényszerben van: vagy növeli a kapacitást, vagy kizárja az adott ellátást a csomagból.

A fentiek az ellátási csomag elvi, rendszerfilozófiai meghatározására vonatkoznak. A konkrét esetekben úgy a szakma, mint a betegek számára az évek óta halogatott úgynevezett „finanszírozási protokollok” adják (adnák) meg az adott ellátás közfinanszírozásban nyújtandó/elvárható konkrét szakmai tartalmát.

MILYEN KÖTELEZETTSÉGEI VANNAK A BIZTOSÍTOTTNAK?

A korszerű jogrendek a jogok és kötelezettségek egységére épülnek. Az egészségbiztosítással kapcsolatban a kötelezettségünket általában a fizetési kötelezettségre egyszerűsítettük, és már azt is felesleges maceraként éltük meg, hogy ezt – mármint az élő jogviszonyunkat – igazolni is kell. (Pedig a BKV-nál sem elég megvenni a bérletet, hanem magunkkal kell vinni, és fel is kell mutatni.) A dolog bizonyosan nem áll meg itt, az egészségbiztosítás új korszaka-

kában a jogok pontosítása mellett erősödni fog a kötelezettségek meghatározása is. Két területen várható változás:

- az eljárási, beutalási szabályok szigorú(bb)an vétele,
- együttműködési kötelezettség a terápiában, az egészségfejlesztésben.

A betegek együttműködési kötelezettsége tekintetében paradigmaváltás jellegű változások kezdődtek meg. Ennek megértéséhez érdemes röviden áttekinteni az egészségügyi ellátás fejlődési szakaszait, mert az egészségügyben a XX. század utolsó harmadában alapvető változások zajlottak le. A gyógyítás és az ezt megalapozó kutatás – az őскеzdetek óta – hagyományosan hatásosság elvű volt. Az orvos célja az eredményesség volt, és ebben meglepően eszköztelen volt: nem állt rendelkezésére megfelelő hatásosságú technológia a betegségek gyógyítására. Az orvos fő ellensége tehát évezredek óta a tehetetlenség volt: nem voltak megfelelő eszközei a betegségek felismerésére, okainak megértésére és gyógyítására. Ez a helyzet a XX. század közepétől alapvetően változott meg. A technológiai fejlődés – előbb a vegyipar, majd a műszaki és később az élettudományok, majd az elektronika és a genomika és egyéb társtudományok fejlődése miatt – a XX. század második felére új és új eszközöket adott a gyógyítók kezébe, amik már eredményesebbek (hatásosak) voltak, de ezek az új technológiák egyre drágábbak lettek, és ezzel exponenciálisan növelték az egészségügy forrásigényét. Ez új helyzetet teremtett: az orvos tehetetlenségét a gazdasági lehetetlenség váltotta fel. Ez lezárta az első, hatásosság elvű fejlődést, és a hatásosság elvű gyógyítást felváltotta a hatékonyság prioritása, azaz az egészségügyi rendszerek legfontosabb problémája ma már az, hogy hogyan lehet a rendelkezésre álló forrásokból a legtöbb egészségnyereséget biztosítani úgy, hogy ehhez társadalmi igazságosság is társuljon. Ez a változás az elmúlt évtizedekben felértékelte az ellátórendszerben, magában az ellátásban a hatékonyságot. A hatékonyság javításának számtalan eszköze és számos beavatkozási szintje ismert, ilyen például az ellátórendszer szerkezetének átalakítása az olcsóbb, lakosságközelellátások támogatásával, a technológia értékelés alkalmazása az egészségügyi technológiák befogadásában, vagy a normatív teljesítményfinanszírozás bevezetése a fee for service típusú helyett. De alapvetően megváltozott a gyógyítás szakmai szabályrendszere, működési módja is az elmúlt évtizedekben. A hatásosság elvű történeti szakaszban az orvoslás egy kreativitást, egyéni megoldásokat támogató (és igénylő) „szabad művészet” volt, melynek egyik hangoztatott alapelve volt a gyógyítás szabadsága (az „ars” főnév egyszerre jelent művészetet és mesterséget). A hatásosság elvű egészségügy már nem beszél a gyógyítás szabadságáról, és a „lege artis” kifejezésben az „ars” főnév egyre egyértelműben már csak a „mesterség”, a szigorú szabályok szerint művelendő „szakma” értelemben használatos. Az orvos a korszerű egészségügyben már alapvetően nem tudása és intuíciói alapján dolgozik, hanem protokollok szerint, és a gyógyszerrendelést is a szakmai szabályokkal lassan azonos szigorúsággal szabják meg a költséghatékonysági, finanszírozási szabályok. Az új

varázsszó az EBM (evidence based medicine), a tudományos bizonyítékokra alapozott orvoslás, és a bizonyíték-rendszer metodikája ma már nem önmagában a hatásosságra, hanem a költséghatékonyságra épül. A hatásosság elvű egészségügyben az orvos/az egészségügy felelőssége az adott beteg számára a lehető legjobb ellátás nyújtása volt, a cél a személyes egészségnyereség növelése volt. Az új egészségügyben az orvos felelőssége már kiterjed az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodásra, és a cél nem az egyéni, hanem a populációs egészségnyereség maximalizálása. A beteg – saját döntése alapján és saját pénztárcája terhére – eltérhet ettől a szigorú rendtől és igényelhet kevésbé költséghatékony, de kicsit jobb/innovatívabb/komfortosabb ellátást, de ez nem írja felül a főszabályt: a közösség terhére a közösségi nyereség szempontjai szerint kell optimalizálni.

Az egészségügy második, hatékonyság elvű szakaszában az ismert hatékonyságnövelő eszközök mindegyike az egészségügyi ellátás hatékonyságát kívánja javítani az ellátórendszer, az orvos, esetleg a finanszírozó oldaláról. Ezek a lehetőségek ugyan még nem teljesen kihasználtak, de a bennük rejlő hatékonyság-tartalék egyre kevesebb. A XXI. század első évtizedében elérkeztünk oda, hogy a rendszerben ma már egyetlen szereplő van, amely a költséghatékony-gyógyítás/gyógyulás kritikus elemévé vált: ez pedig maga a beteg. Az ő együttműködésén, életmódján, az orvosi utasítások (ideértve a gyógyszersedést is) betartásának pontosságán igen sok múlik a gyógyítás eredményességében, és mára már ez a leggyengébb (pontosabban: legbizonytalanabb, leginkább kontrollálatlan, leginkább szabályozatlan) elem a gyógyítási láncban. Az egészségügy új szakasza tehát a hatékonyság javulását már nem kizárólag az ellátók hatékonyságának javításával, hanem a betegek együttműködésével is kívánja javítani. Ezért a XXI. század egészségügyének két fontos szava lesz a compliance és az együttműködés. Ahogy a XX. század végét az EBM mozaikszó jellemezte, úgy a XXI. század első részének kulcsszava lehet a CBM, amely egyformán lehet a Compliance Based Medicine és a Cooperation Based Medicine rövidítése, hiszen az együttműködési kötelezettség nemcsak az orvos-beteg viszonylatban, de az ellátórendszeren belül is értelmezendő.

Az új szakasz természetesen magával hozza az egyéni felelősség újraértelmezését. Képzeljünk el egy autóbiztosítást, ahol

- a biztosítás a töréskáron és a lopáson kívül kiterjed az autó meghibásodásának javítására is (pl. motorcsere),
- ugyanakkor nincs kötelező szerviz, nem kötelező az olajcsere, vagy az időszakos átvizsgáláson való részvétel,
- a biztosítás kiterjed az autó szándékos rongálásának helyreállítására is (baltával esek neki...),
- a KRESZ nem jogszabály, csak közlekedési szakemberek (néhol ellentmondásos) ajánlása.

A dolog abszurd, de egyébként – ha autós analógiát keresünk – ezt hívjuk Európában kötelező egészségbiztosításnak.

Az egészségbiztosítás rendszere az örökölt, megszokott formában bizonyosan nem tartható fent, bizonyosan új szabályoknak, kötelezettségeknek kell belépnie a hatékonyság növelése és a költségek féken tarthatósága érdekében. Ahogy a '90-es évek fájdalmas szemléletváltási története volt az orvosi szabadság mítoszának, az orvoslás (kizárólag) szabad művészet jellegének eloszlátása, a protokollszerű, szabályozott működés megkövetelése, ugyanígy szemléletváltásra van szükség az egyéni felelősség, együttműködési kötelezettség átértékeléséhez is. A szokásokon kívül minden e mellett szól: beteg együttműködése a terápiában elsősorban a beteg érdeke (a gyógyulás az ő életminőségét és az ő jövedelem-szerző képességét javítja), és miután a végső teherviselő a lakosság, a közterhek növekedésének lassulása szintén általános – tehát egyéni – érdek. A mind kifejezettebb forrásszűke miatt várhatóan előbb-utóbb kötelezőként is fel fog mérülni a terápiában való együttműködés, mert az egészségügyi ellátás zöme közpénzből történik, és a közpénzekkel való pazarlás előbb-utóbb ezen a területen sem lesz elfogadott, vagy bocsánatos bűn. A terápiás együttműködés tehát a betegnek egyszerre érdeke és kötelessége, illetve a közpénzhez való jutás feltétele is lehet a későbbiekben.

A beteg terápiás együttműködése két szinten értelmezhető:

- együttműködés a terápiában (az utasítások betartása)
- együttműködés egészsége fejlesztésében (életmód-optimalizálás)

A két terület természetesen összefolyik, hiszen az életmódváltás adott betegségekben (dohányzás, alkohol elhagyása, érdelemi testsúly-vesztés stb.) lehet „jó tanács”, de lehet konkrét terápiás utasítás. A szolidaritás elvű kötelező egészségbiztosítás logikájába (ma) a „herdálók” büntető, fegyelmező jellegű kizárása nem fér bele. Két eszköz terjedése ugyanakkor igen valószínűsíthető. Az egyik a differenciált támogatási rendszerek bónusz – málsusz rendszerhez kötött bevezetése. Bizonyos gyógyszerek támogatását lehet többszintűvé tenni, és a magasabb támogatási kulcsot a beteg együttműködéséhez lehet kötni. Ez a differenciált támogatás az „egészségügyi rendelkezésre nyújtott támogatás” rendszerében ma létezik, és a jövőben a magasabb támogatás elnyerése/megtartása jó eséllyel a beteg együttműködéséhez lesz kötve. A nem rendszeresen szedett (időnként ki sem váltott) gyógyszer nem fogja megkapni a magasabb támogatást, de eljön az az idő, amikor a genomika fejlettsége miatt jól eséllyel megmondható lesz, hogy a magas koleszterein és lipid szint az adott betegnél genetikusan kódolt-e, és ha nem – azaz csak a helytelen életmód következménye –, akkor önmagában a magas laborérték és az EKG lelet nem alapozza meg a magasabb támogatást. Ha az európai értékrend nem hullik darabokra, akkor az ilyen beteget sem zárják ki automatikusan a támogatásból, hanem megajánlanak neki egy asszisztált életmód-váltó programot, és annak betartása esetén jogosult marad a támogatásra. (Ismét le kell írni: egy tisztességes rendszerben a fő cél nem a költség-csökkentés, a spórolás, hanem az egészségnyere-

ség maximalizálása, illetve ehhez a pazarlás, a nem hatékony költség megszüntetése.)

A másik várható tendencia az lesz, hogy egyes drága kezelések esetén a terápiába kerülést a terápia eredményességének esélyéhez kötik, tehát csak az a beteg kerülhet be a terápiába, akinek objektív szempontrendszer alapján megfelelő esélye van a gyógyulásra. Így pl. önmagában a dohányzás, alkoholfogyasztás nem zárja majd ki a beteget a társadalombiztosítás ellátásaiból, de az eredményességi-esély értékelésben ez is figyelembevételre kerül.

A terápiás együttműködés tehát vélhetően új kötelezettségként jelenik meg, de ehhez a betegnek meg kell adni a lehetséges segítséget. A cél nem a büntetés, a terápiából való kilökés, hanem az eredményesség javítása, amihez a beteg együttműködési képességét is javítani kell. A betegek együttműködésének, egészség tudatosságának alapja az edukáció, azaz a tájékoztatás, szükség esetén tréning (egyes tevékenységek készség szintű begyakorlása szakemberek segítségével/felügyeletével), az oktatás. De a beteg együttműködése sok esetben nem szándék, hanem képesség kérdése. (Pl. a Cavintont is valójában csak annak kellene szednie, aki elfelejti bevenni...) Ma már korszerű infokommunikációs szolgáltatások támogatják a betegek megfelelő terápiás magatartását, illetve szakemberek (erre szakosodott szolgáltatók) nyújtanak compliance szolgáltatást. Ezek finanszírozása lehet a család, a helyi közösségek, de inkább az önkéntes pénztárak feladata, illetve a bizonyított költséghatékonyság esetében a kötelező egészségbiztosítás is finanszírozhatja. Ha a kötelező egészségbiztosítás a drága terápiák terén az eredményességi mutatókhoz kötött finanszírozásra tér át, úgy a gyógyszer-gyártók elemi érdeke lesz a compliance szolgáltatás finanszírozása.

Az előző fejezetben jeleztük, hogy az új egészségügy meghatározó mozaikszava a CBM lehet, ami egyformán értelmezhető „compliance és cooperation” alapú egészségügyként, ami azt jelenti, hogy a terápia rendelés az orvos részéről is újfajta együttműködést követel. A terápiák megválasztásánál az orvosnak tekintettel kell lennie a beteg képességeire – ideértve a szociális helyzetet is –, mert például a ki nem váltott korszerűbb gyógyszer bizonyosan nem használ annyira, mint a kiváltott kicsit korszerűtlenebb, de lényegesen olcsóbb készítmény. Ugyanígy a beteg rehabilitációjában is meghatározó a mentális és szociális helyzete, mert csak az ennek megfelelően választott technológiák lehetnek eredményesek.

EGYÉB SZEMPONTOK

E rövid tanulmány nem általában a kötelező egészségbiztosítás kérdéskörét tárgyalja, hanem a címének megfelelően a kötelező egészségbiztosítás tartalmát, kockázatkezelési feladatait elemzi. Ugyanakkor a társadalombiztosítás várható újratárgyalásához – a működőképesség megőrzéséhez – legalább utalásszerűen érint néhány szempontot, amivel ki kell egészíteni az egészségbiztosításról alkotott képet.

Kikre terjedjen ki a kockázatközösség

Az első kérdés: kikre terjedjen ki a kockázatközösség, azaz milyen körben legyen kötelező a társadalombiztosítás elvű egészségbiztosítás? Erre a kérdésre ma automatikus válasz a nemzeti kockázatkezelés (azaz a teljeskörű biztosítottági kötelezettség) fenntartásának igénye, és a volt szocialista országok számára valóban ez az egyetlen helyes ajánlható út. Ugyanakkor a teljeskörű társadalmi szolidaritás jogos igénye nem jelenti feltétlenül az egyszintű, egyintézményes rendszerek kizárólagosságát, mert eltérő társadalmi csoportok eltérő öngondoskodási képességgel rendelkeznek, illetve más eszközökkel motiválhatók az egészségtudatosságra. Ezért három kiegészítés itt is megemlíthető.

Az egyik: a nemzeti kockázatközösség nem feltétlenül az állampolgári jogon járó ellátás szinonimája, a célszerű módja az általános (azaz teljeskörű) biztosított kötelezettség előírása. (Az autósoknak sem állampolgári, vagy a forgalmi engedély jogán jár a felelősségbiztosítás, hanem törvény írja elő a biztosítás megkötésének kötelezettségét.)

A másik: az egy- és több-biztosítós rendszerek meddő vitájának újraindításánál fontosabb a kiegészítő biztosítások rendszerének életre-lehelése. A két rendszernek egymásra kell épülnie, illetve a kiegészítő biztosítások lehetnek a szintér jellegű egészségvédő-egészségfejlesztő programok (munkahelyi egészségügy) egyik finanszírozója is. Felértékelődő kifejezés lesz az „asszisztált öngondoskodás”, azaz az egyének a magánfinanszírozású költségekben is igénylik a szakértői segítséget.

A harmadik: a differenciált igények kielégítésének, a magasabb jövedelműek pénzének becsatornázásának egy elvi lehetősége az ún. „cenzus” bevezetése, a magasabb jövedelműek, a nem munkajövedelemből élők kiengedése a kötelező rendszerből. Ez visszatérés lenne a klasszikus bismarcki elvekhez, de ebben a formában bizonyosan nem szabad megvalósítani. (Még akkor sem, ha tudjuk, hogy az ellátás igénybevétele durva egyszerűsítéssel és statisztikai átlagban nem szükségletarányos, hanem jövedelemarányos a magasabb jövedelműek magasabb igénye és jobb érdekérvényesítése miatt.) Megfontolható ugyanakkor a kötelező járulékos megosztása „szolidaritási” és „saját biztosítási” részre. Ebben a modellben egy jövedelemhatár felett a (munka vagy tőke) jövedelemmel rendelkező állampolgár mindenképpen köteles a kötelező egészségbiztosítás alapjába befizetni a szolidaritási részt (amiért ott nem kap ellátást), de a „saját biztosítási” részt külön biztosításba is viheti. Ez a modell ugyanakkor elősegíti az egészségügy kettészakadását (olcsó és leromlott közellátás + minőségi piaci rendszer a tehetősebbek számára), ezért elektíven nem célszerű bevezetni, csak utólagos „kármentés” jelleggel jöhet szóba.

Hogyan osztozzanak a jövedelemtulajdonosok a terheken?

A második kérdés: milyen arányban, hogyan osztozzanak az egyes jövedelemtulajdonosok a terheken?

A válasz itt is két szinten vizsgálendő: hogyan oszlik meg a teher az állami újraelosztási rendszerek és a háztartások

között, illetve milyen technikákkal, kikre érdemes terhelni a közkiadásokat.

A háztartások terhei (az egészségügyi magánkiadások) így is elég magasak, ennek aránya érdemben a populációs egészség-kockázat nélkül nehezen emelhető. Itt a terhek átstrukturálása a feladat: egyrészt az informális terheket (hálapénz) kockázatkezelésre alkalmas legális terhekké kell alakítani (önkéntes kiegészítő biztosítások), másrészt a terheket részint a bónusz-málusz rendszereken keresztül, illetve az eljárásrend, az alapcsomag pontosításával választhatóbbá kell tenni (vizitdíj jellegű terhek helyett fakultatív co-payment).

A közkiadások teherviselőinek vitáját az adó- vagy járulékos alapú finanszírozás vitájaként ismerjük. A tankönyvi felosztások szerint az adó alapú finanszírozás az állami rendszerek tulajdonsága, míg a társadalombiztosítás forrása a munka világából (járulékfizetés) származik. Ez a tétel ma, amikor a kötelező egészségbiztosítás rendszerében az ellátásra jogosultak közel kétharmada nem munkajövedelemből él, így már nem igaz. Ha az állam a gazdaság növekedése, a munkahelyteremtés érdekében a terheket az élők munkajövedelemből a szélesebb terítésű (ezzel a versenyképességet kevésbé veszélyeztető) költségvetési források felé akarja elteríteni, akkor igen könnyű helyzetben van: reális mértékű járulékosat kell fizetnie a nem munkajövedelmük alapján biztosított (ráadásul életkora miatt magasabb fogyasztású) kétharmad lakosság után, és ezzel csökkenthetővé válik a munkajövedelmekre kirótt járulékos. Emiatt tehát nem érdemes a társadalombiztosítás elvét, rendszerét feladni.

Az egészségbiztosító szolgáltatás-vásárló szerepe

Az egészségbiztosítás – így a biztosított számára nyújtott szolgáltatások – fontos, de a dolgozat tárgya miatt szintén nem itt részletezendő feladata a szolgáltatás-vásárlás kérdése. Ez két fő kérdést vet fel: egyrészt az alkalmazott elosztási technikák, másrészt az ellenőrzés problémakörét.

Az egészségbiztosítás finanszírozói (szolgáltatás-vásárlói) szerepkörével kapcsolatban négy alap-feladat fogalmazható meg:

- A rendszer szintű hatékonyság javítása, azaz annak biztosítása, hogy az egészségbiztosítás a rendelkezésre álló forrásokból a legtöbb egészségnyereséget eredményező szolgáltatásokat vásárolja;
- Az igazságosság, a hozzáférési esélyegyenlőség biztosítása;
- Az egészségpolitikai szándékok érvényesíthetősége;
- A költségkontroll biztosíthatósága.

Az egészségbiztosítás szolgáltatás-vásárlásában alkalmazott technikák alapvetően jók (pontosabban: az alaptípusok szintjén a világ ma nem ismer jobb, hatékonyabb finanszírozási technikákat), de a finanszírozási rendszer nem követte megfelelően az egészségügy szakmai, technológiai fejlődését, és a teljesítményvolumen korlát mai rendszerével együtt a finanszírozás egyre messzebb szakad a valós teljesítményektől. Mindezt tovább rontja, hogy az ellenőrzés sem

használja ki a korszerű információtechnológiai lehetőségeket, illetve ezek nincsenek a szakmai szempontokkal „összedrótozva”.

Ennek kapcsán a finanszírozási rendszer mára erősen formalizálódott: az elszámolt teljesítmények (a kifizetett finanszírozási összeg) egyre messzebb kerülnek a tényleges (szakmai és ráfordítás-szerű) teljesítményektől, de mindez azért érdektelen, mert a volumenkorlátnak a 2010 körül beállított szintje a rendszert gyakorlatilag egy túlbonyolított bázis-finanszírozássá alakította vissza. (Az alacsonyan meghúzott – mindenki számára mindig teljesíthető –, degresszió nélküli TVK valójában bázis-finanszírozásként működik.)

Az ellenőrzési rendszer hiányosságaira elég egy példát hozni: egy kis szakma egyik olyan vizsgálatából, amit már gyakorlatilag senki nem végez – és az ehhez szükséges eszköz is már csak múzeumokban található – 2009-ben az OEP felé 934 816 vizsgálatot számoltak el, és az OEP ezt ki is fizette. Az ok: az elszámolás alapját képező dokumentációs rendszerbe a fejlesztők és rendszergazdák „elszámolás-optimalizáló” algoritmusokat építenek be, ami a hasonló vizsgálatok közül mindig a drágábbat ajánlja fel. Az ellenőrzés megszigorításának igényénél ki kell emelni, hogy az ellenőrzés nem a költség-takarékosság eszköze, azaz a kiszűrt hamis elszámolások nem megtakarításként jelentkeznek az OEP-nél, hanem ez a biztosíthatja a jobb teljesítményarányosságot, de ez a feltétele a ma megalázóan alacsony pont/forint érték növelésének is. De legalább ilyen fontos a rendszer hitelességének a helyreállítása is, mert ma senki nem tekinti teljesítményarányosnak, ösztönzőnek a rendszert.

A finanszírozás és az ellenőrzés rendszere nem segíti megfelelően a szakmapolitikai célokat sem. A finanszírozás nem ösztönöz arra, hogy a szolgáltatók a lakosság közeli ellátási formákat válasszák, és az ellenőrzés még soha sem kérdőjelezte meg azt, hogy egy tipikusan ambuláns beavatkozást miért fekvőbetegként számolt el a szolgáltató. (Ezen az sem javít, ha tényleg befektették...).

A két alapvető (a normatív teljesítményfinanszírozás használata és a költségkontroll biztosíthatósága) megőrizve a rendszer olyan folyamatos fejlesztésére van szükség, amely nem kényszeríti látszat-teljesítmények elszámolására a szolgáltatókat, és ezzel a finanszírozást közelíti a valós teljesítményekhez.

Ennek főbb eszközei:

- a pontértékeknek a valós teljesítményhez igazítása a megváltozott technológiák miatt,
- a szakmai – elszámolási szabályok pontosítása, ezzel az elvárható teljesítmények pontosabb meghatározása,
- és a korszerű informatikai eszközöket és a szakmai szabályokat aktívan használó ellenőrzési gyakorlat erősítése.

Tudjuk, ezek az eszközök csak akkor hatékonyak, ha a volumenkorlát a valós feladatokhoz és a fenntartható működés feltételeihez igazodik, és értelmes határnál degresszív.

A finanszírozási rendszer fejlesztése nem választható el a szakmai szabályok fejlesztésétől. Egy elvárt teljesítmény reális pontértéke csak akkor határozható meg, ha magának az

ellátásnak is meg van határozva az elvárt szakmai tartalma, azaz lehet tudni, hogy az elszámolásért milyen tartalmú, milyen ráfordítású szolgáltatást köteles nyújtani az ellátó. Ennek alapvető eszköze az ún. finanszírozási protokollok elkészítése, folyamatos karbantartása. Ezeket a protokollokat kell a díjtétel-karbantartással összekapcsolni. A járóbeteg-szakellátásban a valós teljesítményekhez kötött díjtétel-karbantartás alapja (lenne) az „Engedélyezett Orvosi Eljárások” regisztrációs rendszerének kialakítása. Ahogy a gyógyszereknek megvan a „törzskönyve”, ami az engedélyezéssel, alkalmazással kapcsolatos adatokat közokiratként tartalmazza, ugyanígy szükség lenne egy hasonló regiszterre az orvosi eljárásokkal kapcsolatban is. (Ami ebben benne van, az – és úgy – végezhető Magyarországon.)

A regiszter javasolt tartalma:

- az eljárás megnevezése,
- az eljárás/eljárás-sor azonosítója (regisztrációs szám, – nem azonos az OENO kóddal! –, a regisztráció alapjául szolgáló engedély azonosítója),
- az eljárás egyéb szakmai azonosítói (OENO, HBCs),
- az eljárás részletes tartalma leírása,
- az eljárás indikációi (BNO tartományokban is),
- minimum-feltételek:
 - közvetlen (személyi, tárgyi),
 - intézményi / kiegészítő feltételek
- alkalmazhatósági területek (alapellátás, járó, fekvő, egy-naposban? nappali kórházban? stb.),
- az elvárt átlagos ráfordítási idő,
- az eljárás lehetséges progresszivitási szintje (csak súlyponti, csak centrum stb.),
- beutalási, kezdeményezési szabályok (beutaló kell-e, beteg kérésére orvosi indikáció nélkül végezhető-e stb.),
- a várólista szakmailag elfogadható hossza. (Problémát jelent, hogy az adott ellátás kritikus várólista-hossza indikáció-függő: nincs maximált CT várólista idő, mert más egy koponyafolyamat kivizsgálásánál, és más egy sérülés kontrolljánál... Elképzelhető, hogy a kritikus várakozási időt inkább a finanszírozási protokollokban, vagy a kritikus területeket érintő rendeletben kell szabályozni),
- figyelembe veendő szakmai protokollok, evidenciák.

A fenti lista az alapja a súlyszám-meghatározásnak és karbantartásnak, hiszen ez határozza meg az elvárt HR, gyógyszer és orvostechikai ráfordítást. Fontos tétel a listában az elvárt ráfordítási idő. Ez az ellenőrzés szempontjából fontos: 6 óra szerződött rendelési időben nyilvánvalóan nem lehet 7 óránál több ráfordítás-igényű ellátást elszámolni.

Kapacitás szabályozás

A kapacitás-szabályozás szintén olyan érintkező terület, ami nem lehet e dolgozat tárgya. Utalás-szerűen a kapacitás-szabályozás – ideérve a fejlesztéspolitikát is – szükségesét három dolog emeli ki:

- A jelenlegi PET – MR stb. kapacitás-eloszlás is bizonyítja, hogy tudatos fejlesztéspolitika és ehhez kapcsolt kapacitás-szabályozás nélkül nem lehet igazságos (egyenletes) hozzáférést kialakítani. (Az első debreceni, majd jó késéssel belépett két budapesti PET kamera után Kecskeméten települt a negyedik PET Magyarországon. A Dunántúlon egy sincs, hacsak a budai készüléket nem számoljuk oda...)
- A kívánatos és szükséges szerkezetátalakítást (beleértve a kórházbezárást is) indirekt eszközökkel csak igen nagy késéssel lehet elérni.
- A kapacitásszabályozás a költségkontroll fontos eszköze, mert az egészségügyi közgazdaságtan régi tétele szerint a keresletet itt a kínálat szabja meg.

ÖSSZEZGÉS

Szembe kell néznünk azzal az egyre nyilvánvalóbb ténnyel, hogy egész Európa a szerzett jogok csapdájában vergődik. A jövő meghatározó kérdése, hogy hogyan lehet összeegyeztetni a versenyképesség megőrzését/javítását az örökölt jóléti rendszerek fenntarthatóságával, és hogyan lehet megőrizni a társadalmi békét a fenti konfliktus feloldása során. A dolog nem egyszerű, hiszen az alaphelyzet a következő:

- A jóléti rendszerek (a szerzett jogok) fenntarthatósága kódoltan fokozódó forrásigényű a demográfiai változások (korösszetétel és családszerkezet átalakulása) és a technológiai fejlődés miatt;
- A fentiek fedezetének biztosíthatósága gazdasági növekedést igényel, aminek legismertebb eszköze az adó- és járulékcsoökkentés, ami a közkiadások csökkenését jelenti, ez pedig változatlan szokás-rendszerben nem teszi lehetővé a jóléti rendszerek szükséglet- és technológiakövető forrásellátását.

Ez az a paradoxon, amivel a XXI. század első negyedében minden országnak szembe kell néznie, és egy társadalmi érési folyamat eredményeként át kell alakítaniuk a jóléti rendszereiket. A demográfiai, technológiai és nemzetközgazdasági trendek kizárják az örökölt formában való fenntarthatóságot. A társadalombiztosítás intézményei (ponto-

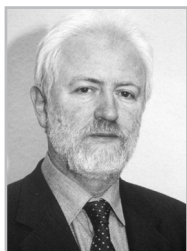
sabban a nemzeti kockázatkezelésen és szolidaritáson alapuló rendszerek) az újrakonfigurálás után is bizonyosan fontos és tartós szerepet fognak játszani az európai országok életében, de a szolidaritás megőrzése mellett a szubszidiaritás elvének konzekvensebb érvényesülése lesz a jellemző.

Az átfogó, rendszerszintű újragondolás még várat magára, ma csupán az egyes elemek költségsökkentéséig jutottunk el. Érdemes felismerni, hogy az okok mélyebbek és a folyamatok elkerülhetetlenebbek, ezért a megváltozott körülményeknek megfelelő új társadalmi szerződést kell kötni, nem pedig ad hoc fiskális szempontok szerint kell ötletelni. Mindez akkor lehet békés és tartósan eredményes, ha a közgondolkodás átalakulásával jár együtt. Ennek első üzenet értékű lépése volt Magyarországon a vizitdíj bevezetése, amelynek az volt a deklarált üzenete, hogy az örökölt, korlátlan garanciájú ingyenes és feltétel nélküli jóléti rendszerek nem tarthatók, mert mindennek ára van, amit így vagy úgy, de mindenképpen mi fizetünk meg, ezért a hatékony működésben, az ésszerű igénybevitelben az egyéneknek is érdeke és felelőssége van. A szociális népszavazás akkor még keresztbeverte ezt a társadalmi érési folyamatot, de az azóta eltelt idő segít az egyéni felelősségek újragondolásában. A jóléti rendszerek jövőjét, a jövedelemtulajdonosok és az egyes társadalmi csoportok elvárható terheit, juttatásait tehát valóban újra kell tárgyalni, és társadalmi párbeszéd után a jogok és kötelezettségek új, reális, de tisztességes egyensúlyát kell megtalálni. Az újratárgyalt jövőképekben az egyéni felelősség bizonyosan nagyobb szerepet kap, de ennek kapcsán a szolidaritási elvet semmiképpen sem szabad kidobni. Tovább lépést ebben az asszisztált öngondoskodás erősítése jelenthet.

Az átalakítás várható fő irányai az egészségbiztosításban:

- kockázattisztítás, a kezelendő kockázatok körének pontosítása, szűkítése,
- az eljárási, igénybeviteli szabályok pontosító szigorítása,
- együttműködési kötelezettség kialakítása a betegek részéről,
- az eredményesség figyelembe vétele a szolgáltatók finanszírozásában.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Kincses Gyula 1976-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen 1980-ban fül-orr-gégész szakorvosi szakvizsgáát szerzett. 1976-tól 1991-ig a DOTE-n dolgozott fül-orr-gégészként. 1990-tól 1994-ig országgyűlési képviselő. 1991-től 1998-ig a Gyógyinfok igazgatóhelyettese. 1998-tól 2001-ig a Miniszterelnöki Hivatalhoz tartozó Stra-

tégiai Elemző Központban dolgozott. 2001-től a MEDINFO, az átalakulást követően az ESKI igazgatója. 2007. október 1-től az Egészségügyi Minisztérium államtitkára. A Fül- Orr- Gégegyógyászati Társaság tagja, valamint a Magyar Egészségügyi Informatikai Társaság, a Magyar Népegészségügyi Társaság és a Magyar Egészségügyi Telematikai Társaság alapító tagja. 1993-ban a MOTESZ International pályázat I. díját, 2003-ban „Pro Sanitate” díjat, 2007-ban a Magyar Köztársaság Arany Érdemkeresztje kitüntetését kapott.