

A piaci megbiztosítások egészség- és gazdaságpolitikai jelentősége, a megvalósítás lehetőségei

III. rész

Dr. Kincses Gyula, egészségügyi szakértő

Cikkünk előző két részét lapunk előző számaiban találják Tisztelt Olvasóink.

A Parlament elfogadta a 2011. évi CLVI. törvényt, melynek értelmében a személyi jövedelemadóról szóló törvényben módosultak a baleset- és betegségbiztosításra vonatkozó adózási szabályok. A változások a magánszemély javára kötött ilyen biztosítások díjának és a biztosítói szolgáltatásoknak a járulék és adókötelezettségét érintik. A döntés számos kérdést vetett fel, köztük az egészségpénztárak és az üzleti biztosítások várható szerepmegosztását, a közellátás és a magánellátás együttélésének kérdéseit. Az eltelt fél évben nem tisztult a két rendszer jövője sem a politikai szándék, sem a jogalkotás szintjén. Nem ismert az új biztosítási rendszer hatása a költségvetésre, a szolgáltatókra, a közszolgáltatók részvételére a kiegészítő és többletszolgáltatások terén. A szerző jelen cikkében azt vizsgálja meg, hogyan lehet egy jól működő rendszert a legnagyobb társadalmi nyereséggel kialakítani. Jelen befejező, 3. rész a magánforrások becsatornázásának részletes megvalósítási lehetőségeit veszi górcső alá, ismertetve a lehetséges pozitív és negatív hatásokat.

According the law CLVI/2011 adopted by the Hungarian Parliament the rules of the tax on personal income changed concerning accident and healthcare insurance. There is no tax on personal income, neither for the delivered services for such types of insurances. This decision raised several questions concerning the future role of personal saving accounts and private insurances, as well as the coexistence of public and private health care delivery. In the past half years the future of the two systems did not became clearer, neither from the political, neither on the legal point of view. The impact of the new system on the state budget, on the providers is not known, and the participation of public institutions in private insurance schemes is also doubtful. Author examines how one could set up a system with the biggest societal benefit. In this 3rd and final part a detailed description of the introduction of private resources is given, presenting the possible negative and positive effects as well.

KIEGÉSZÍTŐ DÍJ A KÖZSZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELE ESETÉN

Szigorú betegutak – az eltérés költsége

A változás lényege: Ha szabályozottak a betegutak, akkor az önként választott eltérésért kiegészítő díjat lehet kérni.

A dolog látszólag egyszerű, de csak látszólag. Mert az igazi kérdés nem a kiegészítő díj mértéke, hanem az alábbiak jelentik a valós szabályozási problémát:

- a beteg által fizetett díjat ki kapja és milyen érdekeltségben,
- hogyan viszonyul ez a közforrások elosztásához (pl.: TVK)

Az első kérdésre a válasz egyszerű: a díj a szolgáltatóé, és ez az ellátást végző szervezetnek belső érdekeltségi rendszerben osztható tovább. Az orvos itt (direktben) nem kap semmit: a beteg a területen kívüli intézmény választásáért fizet, ami független kérdés a kezelőorvos megválasztásától.

A nehezebb kérdés az, hogy ebben az esetben az OEP a teljes díjat fizeti-e, és hogyan működik mindez egy erős TVK rendszerben, vagy feladat-finanszírozásban. A 2006-os szabályozás kudarca bebizonyította, hogy az nem működik, hogy a beteg által fizetett díj mértéke az OEP által fizetett díj %-ában van megadva, és az OEP annyival kevesebb díjat fizet ki, mint amennyit a beteg fizet az intézményválasztásért. A kérdés megválaszolásához tudni kellene, hogy a térségi ellátásszervezésben feladat-, vagy teljesítményfinanszírozás lesz, illetve lesz-e valamilyen volumenkorlát jellegű szabály. Ha korlátozás nélküli teljesítményfinanszírozás lesz, akkor a beteg által fizetett díj többletbevétel, ami motiválja a szolgáltatót a több és jobb(hírű) teljesítésre. Ha a finanszírozás akár az alaprendszerben, akár az erős TVK által a feladathoz kötött, akkor ez az elv sérül, és megfontolandó az alábbi módszer: A finanszírozás igazságossága, a hatékonyság és a korrekt allokáció miatt elengedhetetlen az egyes teljesítmények költségnemenkénti újra-meghatározása. Ennek megfelelően a HBCs súlyszám pontértéke is kettébontható fix és a változó költségekre. Egy korrekt módon meghatározott TVK rendszerben a szolgáltató a területről el látott betegek után kapott díjból tudja fedezni a feladat ellátáshoz szükséges fix és változó költségeit. Ennek megfelelően a területen kívülről ellátott beteg ellátása után elég, ha

a szolgáltató a beteg által fizetett díjat és a változó költségnek megfelelő HBCs részt kapja meg. A területen kívüli beteg így értelemszerűen nem a TVK terhére számolódik el. Kasszavédelmi okokból nagy mozgások esetén a rendszer szigorítható azzal, hogy a változó költség HBCs pont levonandó az ellátásra kötelezett szolgáltató TVK tömegéből vagy előirányzatából. A megoldás előnyei:

- a területen kívüli beteg finanszírozás szempontjából nem konkurál a területről kötelezően ellátottakkal, nem rontja azok ellátási esélyeit, nem „fogyasztja” a TVK-t,
- miután az ellátás közvetlen költségét a szolgáltató az OEP-ből megkapja, a fix költsége pedig már a „sávós” betegekből lefedett, így a betegől kapott pénz tisztán többletforrás.

Finanszírozási protokollok: az eltérés megvásárolhatósága

A változás lényege: Ha a szakpolitika meghatározta a csomag tartalmát a finanszírozási protokollokon keresztül, akkor az ettől való eltérés megfizethető, annak a megvásárlására biztosítási termék fejleszthető.

A korrekt egészségbiztosítás megköveteli azt, hogy a beteg tudja, hogy az adott ellátás milyen technológiával jár a járulékkért cserébe. Ezt a közfinanszírozásban az ún. finanszírozási protokollok hivatottak meghatározni. A finanszírozási protokollok határozhatják meg, hogy a megfelelő egészségnyereséget eredményező technológiák (gyógyszerek, gyógyeljárások, orvostechnikai eszközök) közül melyiket tudja finanszírozni a társadalombiztosítás, illetve milyen és hány vizsgálat tartozik az adott ellátásba. Az összes ellátás finanszírozási protokollja természetesen nem készíthető el, de a kritikus területek pl.: érzéstelenítési technikák bizonyos rutin műtéteknél (jár-e, és hány éves korig jár altatás a mandulaműtétnél, szülésnél jár-e a spinális anaesthesia), milyen technológiák alkalmazhatók (vízben szüléstől a protézis anyagáig) és milyen elhelyezési körülmények között (a rooming in jár-e stb.) hamar szabályozhatók. Itt is érvényesül a Pareto elv: a lehetséges protokollok 20%-a lefeddi a lehetséges többletköltségek 80%-át, tehát viszonylag kevés munkával meg lehet határozni az életszerű helyzetek zömét [1].

Orvosválasztás a közintézetben

A változás lényege: a kezelőorvos megválasztása nem a biztosítási csomagból következő térítésmentes jog. Aki a közszolgáltatáson belül meg akarja választani a kezelőorvosát, az ezt külön díjért teheti meg.

Politikailag kényes kérdés az orvosválasztás megfizetése, de ha a kormányzat tényleg vissza akarja szorítani a hálapénzt, és az orvosoknak is szeretne legális többletbevétel eléréni, akkor elengedhetetlen ennek a bevezetése.

Az első, amit tisztázni kell: a szabad orvosválasztás nem jog, hanem mítosz: ma sem választhatja meg szabadon senki a kezelőorvosát, tehát szerzett jogról, jogszerű-

tésről nem beszélhetünk. Szabadon „orvost választani” csak az alapellátásban lehet, de valójában ott sem a kezelőorvost (az ellátót), hanem a szolgáltatót, a praxist választhatjuk meg (és ez személyében zömmel egybeesik az általunk választott orvossal).

A második: bár az orvosválasztás nem jog, de gyakorlat, és a hálapénz egyik tipikus esete. Ma is a rutin elektív műtétek jelentős esete „megkért” műtét, amiért hálapénzzel fizetnek, és a legális megfizethetőség számtalan zavaros pótmegoldást szült, pl.: előzetes magánrendelésen való konzultációhoz, terhes-gondozáshoz kötik a szülésvezetést, műtétet, illetve a hálapénz érdekében egyes orvosok „önkéntes segítő”-nek álcázva tevékenykednek a kórházakban.

A megoldáshoz először is ki kell mondani, hogy a betegnek az ellátás az ellátóhelyre munkarend szerint beosztott orvos által nyújtva jár térítésmentesen. Ennek alapján lehet a kezelőorvos, az operátor megválasztását külön díjhoz kötni. A díj számlaköteles, és a felhasználásának elveit jogszabályban kell rögzíteni. Ahogy az intézményválasztásért fizetett külön díj az intézményt illeti meg, az orvosválasztásért járó díj az ellátóké, abból magának a szolgáltatónak (általános bevételként) részesedés nem jár. Ugyanakkor az ellátást ma már team végzi, így megfontolható a díj három részre bontása: egy rész a tevékenységet végző, a terápiát vezető orvosé, egy másik rész az ellátó team többi tagjé (altatóorvos, altatónővér, műtősnő, szülésznő stb.), és egy harmadik hányad egy intézményi prémium-alapba kerül, amit a közvetlenül az ellátásban nem nevesíthető ellátók premizálására lehet fordítani (gyakornokok, ügyeletesek, nővérek, asszisztensek stb.)

Ennek a „kiskassza” rendszernek korrekt történelmi hagyományai vannak Magyarországon.

Szerződött/partner orvos rendszere

A változás lényege: A járóbeteg-ellátásban dolgozó orvos szakmai kapcsolaton alapuló megállapodásos viszony keretében beviheti a betegét a kórházba, ott megoperálhatja, közreműködhet a kezelésében.

A javaslat a térítéses orvosválasztás esetei közé tartozik, de annál lényegesen nagyobb jelentőségű, főleg, ha kisvárosi kórházak szűnnek meg. Az egészségügyi reform kapcsán átalakuló szerkezet, a felszabaduló munkaerő megfelelő hasznosulása, a helyi ellátás lehetősége és a szolgáltatói verseny erősítése érdekében célszerű egy új jogviszony és működési mód, a „szerződéses orvos” fogalmának a bevezetése. A szerződéses orvos – e javaslat szerint, – egy olyan speciális szabályok szerint működő szolgáltató, aki

- „főállásban” a járóbeteg-szakellátás keretében dolgozik,
- jogszabályi felhatalmazás alapján a kórházzal kötött szerződés szerint a kórházban közreműködhet betegeinek a közfinanszírozás terhére történő kezelésében (megoperálhatja a beteget, vizsgálatot, orvosi eljárást végezhet, közreműködhet a diagnózis és a terápia megállapításában stb.),
- a kórházzal kötött szerződés szerint munkájával hozzá-

járul a kórház általános közfeladatainak ellátásához (részét vesz az ügyeletben, oktatásban stb.).

A szabályozási cél:

Az ellátórendszer megváltozott szerkezetében számos településen szűnik meg az aktív kórházi ellátás. Ez összetett migrációs folyamatokat indíthat meg. Ez hasznos is lehet a kórház-koncentrációban (a szakorvosok a kiemelt intézmények ellátását erősítik) de a konkrét munkahely- és feladatvesztés felveti a külföldre távozás veszélyét is. Mindkét eset szembemegy azzal a helyes céllal, hogy a kis-településeken erősödjön meg a járóbeteg szakellátás. Ezért úgy a kisebb települések szakorvos ellátása, mint az általános orvos-megtartó képesség növelése érdekében fontos lehet ez az új szabályozás, ami megteremti annak a lehetőségét, hogy a kórház nélkül maradt orvos helyben találja meg az egzisztenciális biztonságát és szakmai presztízsét, és a betegét „bekísérhesse” a kórházba, és ott kezelhesse.

A kórházi szerződés értelmében

- a szerződéses orvos a kórházzal egy speciális közreműködői szerződést köt, melynek kötelező elveit, kereteit jogszabály rögzíti.
- E szerződés értelmében a szerződéses orvos által a kórházba bevitt beteget a szerződéses orvos kezeli a szakmai szabályok és a kórházi munkaszervezés korlátainak figyelembe vételével.
- A szerződés értelmében a szerződésben meghatározott módon az orvos vállalja, hogy megadott időkeretben részt vállal az osztály általános feladataiból (ügyelet stb.).
- A kórház az ellátás-biztonság érdekében a szerződött partnereinek a saját alkalmazottakkal azonos képzési, továbbképzési kritériumrendszer állapít meg.

Finanszírozási szabályok

- Az így végzett tevékenység a beteg által kezdeményezett többlétszolgáltatás, aminek többlétszolgáltatásának kell fizetnie.
- Ennek tarifáját az orvos állapítja meg, ő kapja a pénzt, és ő állítja ki a számlát (az ellátó team érdekeltségi rendszere itt is kidolgozandó).
- A társadalombiztosítás az általános szabályoknak megfelelő (pl. TVK) teljes összeget kifizeti a kórházak, nem tart vissza összeget azért, mert magán-hozzájárulás is történik. (Az ellátási esemény itt is társadalombiztosítási esemény, és a beteg külön fizet a kezelőorvos megválasztásáért.)

A szerződéses orvos „önbeutalási” szabályai:

- A szerződéses orvos az egészségbiztosítással kötött szerződése értelmében rendelkezik beutalási joggal a szerződött kórházába, de az általa beutalt betegek a többi beteggel azonos jogot élveznek, azaz
- az így beutalt beteg ellátása a kórház egységes előjegyzési és várólista-rendszerébe illeszkedik, azaz a felvétel vagy a műtét időpontjában ezáltal előnyt nem élvez,

- a területi – betegút szabályok és az ebből fakadó külön díjak ettől függetlenül egységesen érvényesülnek és megfizetendők.

Szerződéses/partner orvos rendszer előnye

Ez a lehetőség

- esélyt ad arra, hogy a szakorvos a kisebb településen is megmarad, mert szakmailag igényesebb, anyagilag rentábilisabb munkát végezhet,
- a kórház – rendelő ilyen jellegű önkéntes integrációja segíti a területi szakorvosok folyamatos szakmai fejlődését (az ilyen orvos részét vesz a belső továbbképzésekben),
- többlet-munkaerővel hozzájárul a nagyobb kórházak jobb működéséhez, segít az ügyeletek elláthatóságának megoldásában,
- a tiszta viszonyok miatt csökkenti a hálapénz szerepét,
- megszüntet joghézagra alapozott szűrkezőnás és illegális megoldásokat, mint az „önkéntes segítő” és egyéb tisztázatlan helyzetben végzett magánszolgáltatás.

Amennyiben a kormányzat kiemelt célnak tekinti a kistérségi járóbeteg-központok működését, ezt az eszközt komolyan meg kell vizsgálnia, mert ez ad esélyt arra, hogy kisvárosokban megfelelő tudású és megbecsültségű szakemberek maradjanak.

TEK nélküli háziiorvosi rendszer megtartása kiegészítő biztosítási kiegészítéssel

A változás lényege: a TEK nélküli háziiorvosi rendszer megmarad, de az ilyen praxis a betegtől legálisan (akár havidíj formájában) kiegészítő díjat kérhet.

Szintén a fizetős orvos-választás speciális esete lehet a területi ellátási kötelezettség (TEK) nélküli orvosok rendszerének átalakítása. A Kormány 2015-től meg kívánja szüntetni a TEK nélküli praxisokat. A szabályozási cél vélhetően nem teljesül, mert a TEK nélküli háziiorvosok egyik nagy csoportja idős, és (nyugdíj)kiegészítő tevékenységként viszi a praxist, a másik nagy csoport pedig a foglalkozás-egészségügyhöz kapcsolatosan az alapellátás és a munkahelyi egészség feladatainak integrálásával a munkahelyen viszi a praxist. Ebből következik, egyik csoport sem valószínű, hogy feladja jelen státuszát, és a rendszer megszűnése után ellátatlan vidéki területekre költözik. Ugyanakkor újabb praxisok szűnnek meg, tovább romlik a háziiorvosi ellátottság, romlik a minőségi munka feltételrendszere a praxisméretök növekedése miatt. Az alapellátás jelen rendszere a korstruktúra miatt így is a fenntarthatatlanság felé sodródik, nem érdemes működő elemeket kivenni belőle.

Szintén figyelembe veendő körülmény, hogy a fejlett államok, illetve a WHO egészségpolitikájában felértékelődnek a szintér jellegű programok. A „vállalati egészségügy” valamilyen szintű újraépítése ráadásul nemcsak az egészségnyereség, de a vállalati hatékonyság, munkaidő-kihasználás

szempontjából is jelentős: egy kézben van az ártalom-kiküszöbölés, a szűrés és az alapellátás, valamint a terápia-magagement. Ráadásul mindezt a munkahelyen lehet megtenni, tehát nem kell fél napokat, napokat hiányozni mindezért. Ez explicit érték a munkáltatók számára.

A rendszer a kiegészítő biztosítás számára azért fontos, mert ezek a TEK nélküli praxisok lehetnek a biztosítói esetmanageri központok alapjai. Ezek a praxisok beutalási joggal szervezik a betegek ellátását – hatékonysági szempontok alapján akár váltakozva igénybe véve a magán- és a közszolgáltatásokat –, és együtt látják a közszolgáltatások és a magánszolgáltatások leleteit, eredményeit.

Ugyanakkor a jelenlegi szabályozás valóban tarthatatlan: a nem munkahelyre épített praxisok esetében elképzelhetetlen, hogy a praxis a csökkentett közfinanszírozásból fenntartható legyen, és miután az orvos legálisan nem kérhet kiegészítő pénzt a betegtől, így ez a rendszer a hála-pénz egyik fenntartója.

Az általam javasolt célmodell az, hogy maradjon meg a TEK nélküli praxisok rendszere, de a csökkentett OEP finanszírozás mellé a TEK nélküli orvos legálisan kérhessen a betegektől fix kiegészítő díjat. Megfontolandó olyan megoldás is, amikor a kiegészítő díjat (egy összegben) a munkáltató fizeti megállapodás alapján a vállalati egészségprogramnak megfelelően.

Teljes térítésért végzett ellátások a közszolgáltatások területén

Kontingált közforrások mellett várólista-elkerülő fizetős sor bevezetése

A változás lényege: A közszolgáltatók szabad kapacitásán (a finanszírozási korlát miatt kihasználatlan kapacitásokon) elkülönített időben (esetleg elkülönített térben) piaci szolgáltatások nyújthatók. Ezáltal rövidülnek a várólisták, és többletbevételhez jut a közszolgáltató.

A klasszikus mondás: pénzért nem lehet előre állni sorban, de át szabad állni egy rövidebb, fizetős sorba. Nem képzelhető el tehát semmilyen olyan megoldás, ami a közszolgáltatások területén más kárára tesz lehetővé előny-szerzést. Olyan megoldásra kell törekedni, amely nem sérti a társadalmi igazságosságot és a társadalmi egészségnyereséget szolgálja, ilyen, ha a közszolgáltatók a szabad kapacitásaikon fizetős többletszolgáltatásként ellátási hiányt enyhítenek. Ebből következik, hogy ez a megoldás csak olyan területeken képzelhető el, ahol az erőforrás-hiány a közforrásokra alapozott pénzeszköz-hiány. (Ezért kizárt pl. mindez a szervátültetések területén, vagy olyan esetekben, ahol a szűk keresztmetszet a megfelelő felkészültségű team, vagy speciális diagnosztikai – terápiás eszköz.)

Ennek az az előfeltétele, hogy az egyes ellátások intézmény-szinten legyenek kontingálva, és ez konkrét ellátás-típusokra legyen lebontva. Azaz meg kell mondani, hogy az X kórház havi ennyi csípőprotézist és havi annyi mandulaműtétet

tud/köteles megcsinálni a társadalombiztosítás terhére. Ebben az esetben mondhatja a szolgáltató, hogy a szabad kapacitását értékesíti, és a kontingensen felül pénzért vállal többletműtéseket. A dedikált kontingálás azért is fontos, mert az intézményi „TVK gazdálkodás” lehetőséget nyújt arra, hogy a menedzsment a kritikus területeken generálja a hiányt, azaz politikailag is fontos cél a központi kontingálás, mert ha intézményi kontingens-megszabás van, az lehet „ráutaló”, azaz a fizető területeken direkt szűkítő. Azt, hogy milyen ellátások esetén kell bevezetni a központi kontingálást, azt a területi várólisták hossza és az erőforrás-szűkösség jellege dönti el.

Szabadpiaci szolgáltatások ösztönzése

Végül pár olyan szervezeti modellt mutatok be, ami segítheti a köz- és a magán együttélését, ugyanakkor hozzájárul a korszerű, piaci igényekhez is alkalmazkodó ellátórendszer kialakulásához.

Számtalan példa bizonyítja, hogy a közszolgáltatásra kialakított infrastruktúrák a vegyes, többcélú hasznosításra alapvetően alkalmatlanok az egyszerűsítés minőségi standardok érvényesíthetatlensége miatt, ráadásul a közfinanszírozott és a nem OEP finanszírozású betegek egy rendszerben való ellátása etikai konfliktusokra, tisztázatlan helyzetekre, korrupcióra ad lehetőséget. Ezért ki kell mondani, hogy a „VIP kórterem” jellegű megoldás rossz kényszermegoldás, és a fejlesztésekben, átalakításokban az olyan megoldásokat kell támogatni, amelyek kialakítják az elkülönült piaci szolgáltatások nyújtásának feltételeit. (Jó modell lehet a Semmelweis Egyetem – Kútvolgyi modellje).

Célszerű megfontolni a „partner kórház” fogalmának, intézményének bevezetését a feladatok korrekt szeparálása érdekében.

A partner kórházak elve:

- a köz- és magánszolgáltatások tekintetében elkülönült szervezet, tiszta, áttekinthető felelősségi viszonyokkal és gazdálkodással,
- teljes egészében elkülönült hotel-rész a fizetős betegellátás számára, részben közösen használt szakmai infrastruktúra mellett (műtők, diagnosztikai szolgáltatások, labor, képzés stb., a partner kórház szolgáltatást/kapacitást vásárol az „anyakórháztól”),
- részben elkülönült személyzet (az ápolásban, technikai kiszolgálásban elkülönült, az orvosi szolgáltatásokban közös, de tisztázott és elkülönült jogviszonyban: „másodállás”),
- részben vagy egészében közös technikai – műszaki – gazdasági kiszolgálás (opcionális, vásárolt szolgáltatásként).

A partner kórház modell előnyei:

- az elkülönített infrastruktúra tiszta felelősségi és gazdasági helyzetet teremt a köz- és magán feladatok ellátásában,
- a piaci (belföldi többletszolgáltatások és gyógyturizmus) bevétel a közszolgáltató intézmények finanszírozási pozícióját is javítja,

- a partner kórházban megszerezhető megnövekedett jövedelmek és a bővülő szakmai lehetőségek miatt javul a közszolgáltatók munkaerő-megtartó képessége,
- a közfeladatokból fakadó üzemméret és komplexitás miatt a fizetős betegellátásban is nagyobb szakmai biztonsággal nyújthatók a szolgáltatások, azaz javul a piaci szolgáltatások biztonsága és hitelessége,
- a köz- és magánellátás szeparált együttműködése segít az egészségügy szürkegazdaság jellegének csökkentésében, és pozitívan hat a legális belső piac, a kiegészítő biztosítások fejlődésére is,
- a piaci szolgáltatások más kultúrát hoznak az intézménybe, ami általában is javítja az intézmény szolgáltatásait, azaz a magyar, közfinanszírozású betegek ellátásának minőségét, körülményeit.

Mindez kiegészítendő a MEDIHOTEL fogalmával, amely egy olyan, az egészségügyi előírásoknak megfelelő, szakápolásra működési engedéllyel bíró, kórháztól elkülönített, önálló épület vagy elkülönült bejáratú épületrész, amely a kezelés, utókezelés idejére a szakápolásra, egészségügyi felügyeletre, speciális elhelyezésre szoruló betegek hotel-szerű elhelyezésére alkalmas. A szolgáltató ezzel le tudja rövidíteni a tényleges kórházban töltött időt, ez feleslegessé teszi a kórházi kapacitások túldimenzionálását, ugyanakkor az emelt komfort (valós hotel-szerűség) miatt növeli a betegek elégedettségét. A medihotel a kapacitásait kizárólag piaci alapon értékesíti, ideértve a külföldi közfinanszírozásokat és a kiegészítő biztosítások/lakosság által finanszírozott többletszolgáltatásokat is.

ÖSSZEGZÉS

Magyarországon ma az egészségügyben – akár a GDP %-át nézve, akár az összes egészségügyi kiadáshoz viszonyítva – nemzetközi összehasonlításban is alacsony a közfinanszírozás aránya, amihez igen alacsony szervezett ma-

gánfinanszírozás társul. Ezért ma Magyarországon alacsonynak mondható a szociális biztonság ezen a területen, túl nagy az egyének kitettsége a betegség okozta kockázatok esetében. A demográfiai, technológiai és makrogazdasági folyamatok várhatóan tartósan nem teszik lehetővé a kiadások szükséglet-követő emelését, így a feladat nem oldható meg a magánforrások becsatornázása nélkül. Ez felértékeli a szervezett magánfinanszírozás jelentőségét az egyéni kockázatkezelésben. Ennek következtében Magyarországon is szükségszerűen növekedni fog az önkéntes egészségbiztosítások szerepe, és a kormányzatnak meg kell találnia az egészségpénztárak és a kiegészítő biztosítások együttműködését, feladatmegosztását. A személyi jövedelemadóról szóló törvény módosítása megteremtette a vásárlói oldal, a kiegészítő biztosítások növekedésének lehetőségét, de a piac tényleges növekedéséhez a kínálati (szolgáltatói) oldalnak is növekednie, fejlődnie, szerveződnie kell.

A társadalmi hatások tekintetében a legfontosabb kérdés az, hogy a magánszolgáltatások piaca egy második, magán-ellátórendszer kialakítására koncentrál, és ezzel forrásokat, munkaerőt visz el a közösségi egészségügyből, vagy ezek az új, legális források részben a közszolgáltatókat is erősítik a köz- és magánszolgáltatások szabályozott, transzparens együttélésével. A szabályozásban ezért célszerű az olyan elemek erősítése, amelyek lehetővé teszik, hogy a kiegészítő források legalább egy része a közszolgáltatásokat is erősítse, javítva azok minőségét, munkaerő-megtartó képességét. Ugyanakkor ez nem megy politikai bátorság nélkül, mert hozzá kell nyúlni az olyan hálapénz-fenntartó tabukhoz is, mint az orvosválasztás legális megfizethetőségének kérdése, és szintén elkerülhetetlen az ellátási csomag pontosítása a kritikus területeken. Ehhez az úgynevezett finanszírozási protokollokat is fejleszteni kell. A köz-, és a magánellátás együttélésének új lehetősége egy új ellátási kultúrát, ügyfél/beteg-központú szemléletet is hoz, aminek mindenki nyertese lehet, de a legfontosabb eredmény az egészségügy teljes és végleges kettészakadásának megakadályozása.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kincses Gyula: Az ellátási csomag pontosításáról (2005) http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/az_ellatasi_csomag_meghatarozasa.pdf

Rekordszámú új hallgatóval indul a Semmelweis Egyetemen a 243. tanév

Idén több mint 3400 új hallgató kezdi meg tanulmányait az egyetem hat karán, tavalyhoz képest csaknem félezerrel nőtt a gólyák száma, akik közül várhatóan több mint 720 külföldi. Összességében elmondható, hogy maximális kapacitással indul a tanév, az osztatlan képzésekre lényegesen több hallgatót vesz fel a Semmelweis Egyetem, mint az elmúlt tíz évben bármikor.

A Semmelweis Egyetem 243. tanévének ünnepélyes megnyitóját szeptember 2-án vasárnap, a hagyományoknak megfelelően a Budapest Congress & World Trade Centerben tartották. A tanévnyitón részt vett Dr. Hoffmann Rózsa, az Emberi Erőforrások Minisztériumának oktatásért felelős államtitkára is.