

Indokolt-e területi alapon korlátozni a beutalási rendszert?

Prof. Dr. Mihályi Péter, Pannon Egyetem

Az állami irányítású egészségügy egyik vissza-visszatérő koncepciója az ellátórendszer helyi szükségletekhez igazodó átalakítása. Ez állt a Semmelweis Terv középpontjában is. Még a forintokat számoló közgazdászoknak is tetszhet ez a koncepció: X összegű közpénzből akkor lehet a legnagyobb mennyiségű egészségnyereséget vásárolni, ha odavisszük a gyógyító kapacitásokat, ahol arra „objektíve” a legnagyobb szükség van. Ez a modell azonban csak akkor működhet, ha egyúttal egy szigorú, területi logikára épülő, adminisztratív beutalási rendszert működtet az állam.

Kis utánagondolással belátható, hogy ez a koncepció – amelybe a Semmelweis tervvel ellentétben az intézmények államosítása is belekerült – egy demokratikus jogállamra épülő piacgazdaságban inadekvát. A szükségletek és az ellátási kapacitások eltéréseinek van egy ún. szociális gradiense. Egyszerűbben szólva: az iskolázottabb, magasabb jövedelmű lakosok tovább élnek, egészségesebbek és nagyobb arányban fogyasztják a közfinanszírozott szolgáltatásokat. Ez tükröződik vissza a területi adatokban is – akármilyen szinten is végezzük az aggregálást. Az egészségügyi dolgozók sem vezényelhetők oda, ahol – elvben – a legnagyobb egészségnyereséggel működhetnének. Miként más fejlett országokban, a munkavállalást Magyarországon is leginkább a kereseti lehetőségek, a szakmai kihívások és a családi elkötelezettségek határozzák meg (pl. házastársak munkalehetősége, gyermekek iskoláztatása).

Is it justifiable to limit referrals within a spatial dimension? It has been a recurrent idea in Hungary to restructure the healthcare provider network in line with objectively verifiable local health needs. The so-called Semmelweis Plan is also based on this idea. The starting point may seem convincing even to parsimonious economists: from X amount of public money, let us buy the largest amount of health gain. This can be achieved, if the capacities are moved towards the locations where people need them most. In a democratic market economy, however, this objective has very strong limitations due to the so-called social gradient. This means that people with more education and higher income are healthier and they consume relatively more health services than the lower classes. Another important impediment is that healthcare workers cannot be relocated by administrative fiat. Just as it happens in other developed countries, employment in the Hungarian healthcare

sector is chiefly determined by earning possibilities, professional challenges and family preferences (e.g. employment of spouses, schooling of children).

FOGALMI KERETEK

A hazai egészségügyi vitákban évtizedek óta keveredik a „területi” és a „regionális” jelzők azonos értelmű használata. A területi egyenlőtlenségek miatti aggodalom a hazai szakirodalomban már a 80-as években felmerült – elsősorban Orosz Éva munkássága nyomán [12]. Ezen a szellemi útvonalon keresztül került át azután több egészségügyi programba is az OEP források területi alapon történő decentralizálása. Nem kétséges, hogy – miként a világon mindenütt – a népesség morbiditási és mortalitási mutatói nálunk is szisztematikus eltéréseket mutatnak. Pontosabb szakkifejezéssel élve, az eltéréseknek van egy ún. szociális gradiense. Egyszerűbben szólva: az iskolázottabb, magasabb jövedelmű lakosok tovább élnek, egészségesebbek és nagyobb arányban fogyasztják a közfinanszírozott szolgáltatásokat. Ez tükröződik vissza a területi adatokban is – akármilyen szinten is végezzük az aggregálást. Az ország nyugati részén jobbak a mortalitási és morbiditási mutatók, mint a keleti részén, jobbak a nagyvárosokban, mint a kistelepüléseken, és még Budapest kerületi között is jelentősek az eltérések. Mindebben semmi különleges nincs. Ugyanez a mintázat fedezhető fel a világ bármely más országában.

A régiós térképek rajzolgatása is régóta folyik. Még a tervhivatali időkben, 1971-ben próbálkoztak vele először. Az azóta eltelt évtizedek újra, meg újra azt igazolták, hogy azért is foglalkoznak ezzel olyan kitaróan, mert az ágazati reformok késleltetésében érdekelt lobbik számára ez mindig kiváló ürügynek bizonyult a nagy léptékű, valóságos változtatások elhalasztására. Ez távolról sem csak az egészségügyre vonatkozik. Nyilvánvaló például, hogy a magyar vasút gondjait nem lehet megoldani a feleslegessé vált vagy alig használt mellékvonalak megszüntetése nélkül. Mégis időről időre felmerül a regionális vasúthálózat kialakításának ötlete. A felsőoktatási felvételi rendszer tapasztalatai kínálják a legjobb példát arra, hogy miként lehet egy 93 ezer négyzetkilométeres kis országban ágazati feladatokat centralizáltan megoldani a modern informatika és telekommunikáció segítségével. Elképzelni is szörnyű, mit jelentene, ha a mai rendszert felváltaná egy regionális elosztási rendszer, ahol a diákok csak a lakóhelyük szerint illetékes régió egyetemére és főiskolájára tanulhatnának tovább.

Az EU szóhasználatában a „régio” kifejezés többértelmű. Politikai értelemben az EU önmagát a nyelvi, kulturális

és politikai régiók egységének tekinti – azzal a perspektívával, hogy a nemzetállamok fokozatos megszűnése nyomán az egyesült Európában az olykor országhatárokon is átnyúló régiók lesznek a legnagyobb szerveződési egységek. Közigazgatási és finanszírozási értelemben viszont az EU a „régio” meghatározását a nemzeti kormányokra bízta. Nálunk a területfejlesztési és területrendezési törvény 1999-es módosításával kialakított hét régió csak a területfejlesztési támogatások elosztásánál játszik szerepet. Ennyiben azonban az egészségügyi ágazat is érintett ebben.

AZ ÁLLAMI SZEREPVÁLLALÁS ALAPELVEI

A WHO összefoglaló néven „stewardship”-nek nevezi azokat a funkciókat, amelyeket az államnak kell betölteni a nemzeti egészségügyi rendszerek működésében. Ezek listája, azon belül a fontossági sorrend mindig erősen függ az adott ország általános fejlettségi szintjétől, de esetenként függhet rövid távú szempontoktól is. Ilyen rövid távú szempont lehet egy-egy járvány időszaka (ez Magyarországon szerencsére ritkaság), de a prioritások gyors átrendezését követelheti meg egy-egy jelentősebb ágazati reform időszaka is. Most is ilyen időszakot élünk át.

Véleményem szerint a jelen időszakban – fontossági és logikai sorrend szerint – az alábbi elveket lenne célszerű követni az állam által meghozandó egészségpolitikai döntések során. Az alapelvek száma nem szaporítható tetszés szerint. Két okból sem. Egyrészt, mert minden egyes újabb elem beépítése növeli a rendszer belső ellentmondásainak számát és intenzitását, másrészt pedig azért, mert a rendszer logikája követhetlenné válik még a benne dolgozók számára is.

- A populáció szintű optimum elérése érdekében fenn kell tartani a progresszív betegellátás logikája szerint alapjában véve évtizedek óta jól működő általános beutalási rendet (házi orvos-szakorvos-kórház). Ugyancsak fenn kell tartani a finanszírozási rendszer alap-intézményeit, a házi orvosok fejkvóta finanszírozását, a szakellátásban a német pontrendszert, illetve a fekvőbeteg szakellátásban a HBCs-t.
- Több ízben is megtörtént a szakmai minimum-szintek definiálása a nemzetközi tapasztalatok alapján meghatározott optimális üzemméret szerint (esetszám + technológiai komplementaritás + megfelelő humán erőforrás-állomány). Az ellátó rendszer jelentős hányada azonban ennek nem felel meg. A minimum-feltételek betartatása leginkább az ÁNTSZ-re ruházandó feladat.
- Az akut ellátások folyamatos megszervezése naponta változó (!) részletes beutalási rendet feltételez. A rendszernek a nap 24 órájában, a hét minden napján működni kell. Az orvosnak, a mentőnek tudnia kell, hogy sürgős esetben hova küldje/vigye a beteget.
- Szükség van egy naprakészen frissülő, internet alapú területi ellátási rendszerre is. Ez azt mutatja, hogy a közfi-

nanszírozás rendszerén belül hol vannak a minimum-feltételeknek megfelelő gyógyító kapacitások, ahová a beteg elvben beutalható. Ha a beteg „rendel”, akkor elég, ha az orvos csak azt ellenőrzi, hogy a kért helyen az ellátás lehetséges-e (pl. egy nyíregyházi beteg Győrbe akar menni). Az egyénileg rendelt betegutak jelentős arányban kiegyenlítik az eltéréseket. Az ellátó helyek igénybevétele nyilván különbözni fog, de ezt a teljesítményarányos finanszírozás megfelelően tudja kezelni. A TVK-t meg kell szüntetni.

- Magyarország nyelvi-etnikai alapon homogén, politikailag centralizált, területe kicsi, struktúrája Budapest központú, közlekedési hálózata fejlett. Az EU-országok egy része (Ausztria, Belgium vagy Németország) szövetségi állam, ahol a régiók egyben szövetségi tartományok is. Valódi hagyományai vannak az olasz, a spanyol és részben a lengyel régióknak is. A magyar statisztikai régiók egy része többé-kevésbé természetes gazdaságföldrajzi egység ugyan, többségük azonban nem az.
- Budapest és az agglomeráció a népesség 30-35%-át adja. A főváros egyben az ország gazdasági, politikai, kulturális és tudományos központja is. Minden olyan törekvés, amelynek kimondott, vagy csak titokban szándékolt célja a Budapest kárára történő, lefelé nivellálás, megvalósíthatatlan, és ezért szükségszerűen pazarló is.
- Ha egy adott feladatra nem elég egy központ, akkor törekedni kell a kapacitások piramisszerű, területi szétterítésére. Először a legnagyobb, majd a kisebb megyei jogú városokra kell gondolni. A földrajzi távolságokra is ügyelni kell, de a területi-statisztikai régiók határai nem lehetnek meghatározóak.

A SEMMELWEIS TERV

A Semmelweis Terv [14] legfőbb újdonsága a „szükségletalapú kapacitás tervezés” európai minták alapján történő megjelenítése volt, amely azonban sok hasonlóságot mutat a régi szocialista tervutasításos modellekkel is. Ennek elvégzése érdekében az államtitkárság és háttérintézményei területi alapú szükséglet-térképeket készítettek. Az elképzelés az volt, hogy 9-10 újonnan definiált egészségügyi régió (nagytérség) jön majd létre, amelyek többé-kevésbé autark módon (önellátásra berendezkedve) fognak működni. Végül 8 Térségi Egészség-szervezési Központ (TESZK) alakult meg, 7 kinevezett vezetővel. Ez a gyakorlatban feltehetően egyet jelent két TESZK összevonásával. Bár ezt szó szerint a dokumentum nem mondta ki, valójában a cél a területi ellátási rendszer és a beutalási rendszer összehangolása volt – a betegek választási lehetőségeinek korlátozása útján. Az ezt szolgáló jogszabály 2012 közepén lépett életbe.

Amit elterveztek, az valójában a börtön-egészségügy modellje. A börtönben reális cél, hogy az elítéltek ellátása objektív, orvosilag is igazolható szükségletek alapján történjen. A börtön-kórház mindig a legsürgősebb, legindokoltabb beavatkozásokat tudja elvégezni – a szimulánsok, az extra-igénnyel rendelkezők nem kapnak elsőbbséget. A rendszer

megfordítva is működik: azok a börtönlakók, akik alacsony műveltségük, ismereteik és igényeik alapján maguktól nem mennének el orvoshoz, mégis meg fogják kapni a szükséges ellátást (pl. szűréseket), mert parancsszóval berendelik őket az orvosi rendelőbe. Könnyű belátni, hogy itt és most egy ilyen elgondolás életidegen. Egyrészt azért, mert a betegek intézményhez fordulása nem korlátozható olyan szigorúan, mint egy börtönben, másrészt meg azért, mert az orvosok sem utasíthatók munkavégzésre ilyen logika mentén. Régebben ez parancsszóra működött, vagy erős érdekeltiségi mechanizmus vitte a doktorokat oda, ahova az egészségpolitika kívánta vezérelni (ld. szolgálati lakás). Mára azonban csak kevés szakma maradt, ahol a dolgozók vezényelhetők: fegyveres testületek, vasút, egyházi tisztviselők. Ma a munkavállalást leginkább a kereseti lehetőségek, a szakmai kihívások és a családi elkötelezettségek határozzák meg.

Tény, hogy egy több dimenzió szerint (például jövedelem, iskolázottság, település típus, életkor, nem, demográfiai státusz, családi állapot) is strukturált társadalomban az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet nem egyezik meg az orvos-szakmai szempontok alapján meghatározható szükséglettel. Így volt ez a szocializmus idején is, amikor az egészségügy integráns része volt a gazdaság és a társadalom minden szegletére kiterjedő centralizált tervezésnek. Heller-Fehér-Márkus [1] találó elnevezésével szólva, a szocializmus egyfajta szükséglet diktatúra volt. A betegek túlnyomó többsége számára a rendszer semmiféle választási lehetőséget nem biztosított. Ám ennek a rendszernek az 50-es években, az akkori morbiditási és mortalitási viszonyok mellett voltak számottevő előnyei is.

Ma még nem egyértelmű, hogy megvalósul-e a Semmelweis Terv leginkább életidegen javaslat, a főváros és az agglomeráció három részre osztása a kötelező beutalási rend szempontjából. Először elhalasztották az új szabályok bevezetését, később mégis bevezették, majd visszavonták. Kezdetől fogva nyilvánvaló volt, hogy Budapest felosztása mindenképpen azt jelenti, hogy lesznek olyan utcák, ahol a páros oldalon élőkre más beosztás vonatkozik, mint a páratlan oldalon lakókra. Budapest esetében különösen igaz (de országos szinten is elég nagy arányban), hogy az emberek a „bejelentett” lakóhelyüktől viszonylag távol dolgoznak, sőt sok esetben távol is laknak. A kórházi látogatás/ápolás esetében az is szempont, hogy a felnőtt gyermekek, rokonok hol laknak.

ELMÉLET ÉS GYAKORLAT 2013-BAN

A 2012 nyarán életbe lépett rendelet értelmében a fő szabály szerint a beteget, vagy bejelentett lakóhelye, vagy ugyancsak bejelentett tartózkodási helye, vagy pedig választott házi orvosának telephelye szerinti járó- és fekvőbeteg ellátóhoz lehet beutalni. (Az egészségügyi dolgozók emellett kapnak egy újabb opciót is, ők ugyanis beutalhatók abba az intézménybe is, ahol dolgoznak.) Tehát csak oda mehet a beteg, ahová a beutalója szól. Kétségtelen tény,

hogy nagyjából ugyanez volt a jogi helyzet a rendszerváltás előtt is, meg azt követően is. Mégis, az elmúlt bő negyedszázadban – tehát még a rendszerváltás előtti időszakra is visszanyúlóan – általános gyakorlat volt, hogy a beteg, ha kívánta, el tudta intézni (szak)orvosával, hogy a nem-sürgős, nem-életmentő beavatkozást az általa választott intézményben végezzék el. E mögött szinte minden esetben egy adott orvos személyének megválasztása állt. Ez a gyakorlat nem felelt meg a jogszabályok szellemének, hiszen a közfinanszírozás rendszerén belül a szabad orvosválasztás joga csak a házi orvos, illetve a házi gyermekorvos megválasztását biztosította. De mégis ez volt a helyzet az esetek meghatározó többségében.

Mint az szakmai körökben jól ismert, 2007 óta van legális mód is arra, hogy a beteget saját kérésére az orvos más kórházba utalja be, ha a beteg kész a beavatkozás költségét – maximum 100 ezer forint erejéig – saját erőből állni. A gyakorlatban azonban ez a rendelkezés alig-alig került alkalmazásra, mert ilyen esetekben a kórháznak nem jár a normál HBCS-alapú finanszírozás teljes összege – vagyis a gyógyító intézmény rosszul jár. Nem jár jól a választott orvos sem, mert a beteg által fizetett pénzből egyetlen fillért sem lát. Ez a legális kiskapu tehát kezdetől fogva nem működött, és ma sem működik.

A felsorolt ellentmondások ellenére is állítható, hogy a területi ellátási rendszer, illetve a beutalási rendszer ellentmondása az elmúlt 30 évben nem okozott erősen érzékelhető feszültséget sem a betegek, sem az orvosok számára. Az elmúlt két-három évben azonban gyors ütemben növekedni látszik ez a feszültség. Ahogy a szakmai zsargon mondja, egyre nehezebb „időpontot kapni”, ha a betegnek diagnosztikára, speciális kezelésre, vagy műtétre van szüksége. Ennek – úgy tűnik – két fő oka van. Egyrészt az, hogy a kórházakban és szakrendelőkben csökken a közfinanszírozás keretében rendelkezésre álló orvosi munkaidő alap. Egyre többen választják a külföldi munkavállalást, akár folyamatosan, akár ügyeletszerűen, a hét néhány napján, és érzékelhetően nő a magánpraxis keretében dolgozó orvosok száma, rendelési órája is. Másrészt egyre keményebb korlátnak tűnik a TVK, mert a területi ellátási kötelezettséggel ellátandó betegek „kitöltik” az adott pénzügyi kereteket. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a paraszolvencia sem tudja oldani a hiányhelyzetet. Az intézmény ellenérdekeltége erősebb, mint a paraszolvenciát adó és kapó szereplők nyomásgyakorló képessége.

Az adott keretek között, a belátható jövőben a helyzet csak rosszabbodhat. Az elmúlt három évben ugyanis az egészségügyi kormányzat egy hibás körbe került. A betegutak korlátozása növeli a hálapénz indokoltságát a közfinanszírozásban, de egyszersmind a betegek egyre nagyobb részét a magánegészségügy felé tereli. Ha a privát szférában nő a kereslet, az folyamatosan kiszívja a humán erőforrást a közszférából, ami által tovább szűkülnek a közellátás lehetőségei, és romlik a kapacitások kihasználtsága. Mindez további betegút korlátozások bevezetését teszi majd szükségessé.

EGY RÉGI PROBLÉMÁRÓL

A progresszivitás logikája szerint szabályozott magyar egészségügynek több évtizede jól ismert gondja, hogy az ellátó rendszer alsóbb szintjein a lehetőségekhez képest sem történik definitív ellátás. Fekvőbetegként kezelnek olyan problémákat, amit járóbeteg ellátásban is meg lehetne oldani [2], a háziorvos a szakorvosi hálózatot terheli triviális feladatokkal. Ez részben annak a következménye, hogy a rendszer-hierarchia magasabb fokán általában jobban képzett, az adott részterületet jobban ismerő orvosok dolgoznak. A hierarchia magasabb grádicsán dolgozni nagyobb szakmai presztízt is jelent. Ezt mind a beteget továbbküldő orvosok, mind maguk a betegek pontosan tudják is.

Ezekkel a nagyon erős mozgatórugókkal szemben csak ellenérdekeltségi ösztönzők bekapcsolásával lehet csillapí-

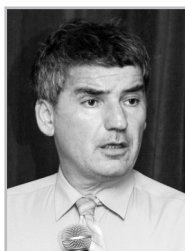
tóan fellépni. Legalább négy területen lenne célszerű egyidejűleg változtatni:

- Tovább kell csökkenteni az aktív ágyak számát, mert amíg van üres ágy, addig beteg is lesz benne. Ez az ún. Roemer törvény, mely Milton Roemer amerikai egészségügyi közigazdásról, a WHO egyik alapítójától kapta nevét [13].
- Gyors ütemben önállósítani és privatizálni kellene minél több szakambulanciát, szakrendelőt, hogy növekedjen az ellátók anyagi érdekeltsége a betegek definitív ellátásában;
- A finanszírozói oldalon meg kellene teremteni a biztosítók közötti verseny feltételeit;
- Úgy kell összekapcsolni a köz- és a magánfinanszírozást, hogy a magánorvosi számlák meghatározott százalékát a társadalombiztosítás visszatérítse a biztosítottaknak.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Fehér Ferenc, Heller Ágnes, Márkus György: Diktatúra a szükségletek felett, Bp.: Cserépfalvi Kiadása. 1991
- [2] Kökény Mihály: Kórházak átmeneti helyzete: befejezetlen történet. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 37. évf. 3. sz. 209-214. o. 1999
- [3] Mihályi Péter: Menteni, ami menthető.... Marcius Tizenötödike (A Népszava és az Élet és Irodalom ünnepi melléklete), <http://www.alkotmanyozonemzetgyules.hu/cikkek/menteni-ami-mentheto> 2012. 3. 15.
- [4] Mihályi Péter: Elitváltás, centralizáció és a települési önkormányzatok jogainak csorbitása az egészségügyben", Fundamentum, 2. sz. 39-44. 2012
- [5] Mihályi Péter: „Régi és új tapasztalatok a közpénzből finanszírozott, ingyen beruházások megvalósulásáról”, IME-Az egészségügyi vezetők szaklapja, 11. évf. 9. sz. november, 29-31. 2012
- [6] Mihályi Péter: Útban a börtönegészségügy felé, Népszabadság, 2011. 10. 22.
- [7] Mihályi Péter: Kié legyen a kórház?, www.galamus.hu, 2011. 2. 9.
- [8] Mihályi Péter: Egészségügyünk területi megközelítésben, Id.: Ehrlich Éva, Szigetvári Tamás: Az infrastruktúra fejlettsége Magyarországon 1990-2002, Bp., Világgazdasági Kutatóintézet, 83-93. 2005
- [9] Mihályi Péter: Bevezetés az egészségügy közigazgatásába, Veszprém, Veszprémi Egyetemi Kiadó. 2003
- [10] Mihályi Péter: A regionális megközelítés buktatói a magyar egészségügy reformjának szemszögéből, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf. 1-2. sz. 15-23. 2003
- [11] Mihályi Péter: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia, Bp., Springer Orvosi Kiadó. 2000
- [12] Orosz Éva: Az egészségügyi infrastruktúra területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata, MTA Regionális Kutatások Központja, Pécs. 1985
- [13] Roemer, M.I. . „Bed supply and hospital utilization: a natural experiment". Hospitals, No. 1, Vol. 35, 36-42. o. 1961
- [14] Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére: Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország, Szakmai koncepció, Bp.: Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. 5. 11.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Prof. Dr. Mihályi Péter 1997/98-ban a Pénzügyminisztérium helyettes államtitkáráként dolgozott (társadalmi közkiadások, települési önkormányzatok).

2006 és 2007 között az Államreform Bizottság Egészségügyi Munkacsoport vezetője. Jelenleg a Pannon Egyetem, Pénzügytan Tanszékének vezetője.