

## Reformare necesse est

Dr. Kincses Gyula, egészségügyi szakértő

**Reflexiók Dr. Gaál Péternek a „Hogyan tovább? Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai irányai a Semmelweis Terv értelmezési keretében” címmel az IME – az egészségügyi vezetők szaklapja 2013. áprilisi számában megjelent cikkére**

### A RENDSZERSZINTŰ KÉRDÉSEK

Nagyon fontos írást jelentetett meg az IME-ben Gaál Pétertől a Semmelweis Terv teljesüléséről és a „hogyan tovább”-ról. Már csak azért is fontos, mert nem vagyunk elkényeztetve az egészségügyi reform tényleges folyamatait, a politikai és szakpolitikai szándékokat koherensen és konkrétan leíró autentikus közlésekkel. A Semmelweis Terv jó (alapvetően nem vitatható, és egy reális alternatívaként mindenképpen elfogadható) irányokat jelölt ki, és ez a kormányzati ciklus azon fázisában megfelelő deklaráció és alapidokumentum volt. Az igényes megfogalmazású és kivitelű munka ugyanakkor adós maradt számos alapvető, modellszerű kérdéssel:

- Merre tart az egészségügyi rendszer: a társadalombiztosítási rendszer tökéletesítése, vagy a Nemzeti/Állami Egészségügyi Szolgálat kialakítása a cél?
- Hogyan viszonyul az egészségpolitika, illetve a közösségi egészségügy a magánforrásokhoz, magánszférához?
- Feladat-, hatáskör- és eszközrendszer oldaláról szintén kontúrtales maradt az „ellátásszervezés” fogalma/intézményrendszere is. (Lásd: mik is azok a TESZK-ek, mit csinálnak, milyen jogosítvánnyal, szankcionálási és ösztönzési lehetőséggel bírnak-e, kell-e fizetni a kijelölt helytől eltérő igénybevételért stb.)

Ezek a kérdések azóta is elvarratlan szálak, és e tekintetben a tárcaszándékokban mindenképpen autentikus forrásnak számító szerző sem ad konkrét válaszokat. Gaál Péter írása azt üzeni: nem a modellszintű vitákba kell belelészapolódnia, hanem a tényleges problémák mentén, problémaorientált megközelítéssel, a funkcionális dekonstrukció eszközrendszerével kell szépen sorra megoldani a problémákat.

A baj csak az, hogy a modellszintű meghatározás egyáltalán nem esztétikai kérdés, hanem két szempontból is kiemelt jelentőségű:

- A választott egészségügyi rendszer – mint modell – nem technológiai vagy szervezeti kérdés, hanem értékválasztás, amely kijelöli a nyerteseket és veszteseket.

- A modellválasztásnál (megfelelő modellek esetén) a választott modellnél sokszor fontosabb kérdés az adott modell koherens végrehajtása, mint maga a választás.

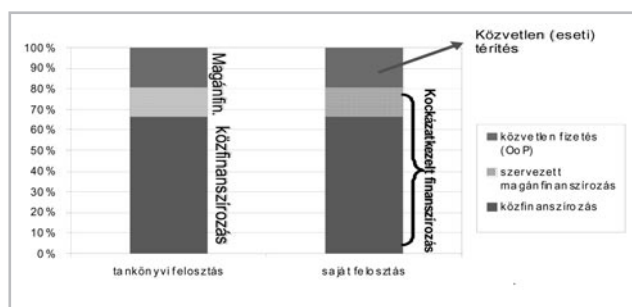
### AZ ÉRTÉKVÁLASZTÁS – ÉRTÉKHIERARCHIA

Az egészségügy alaprendszere – akarva, nem akarva – értékválasztást közvetít. Ha az értékválasztásban az alapérték (a végső cél) a közjó – jelen esetben az egészség által meghatározott életminőség – maximalizálása, akkor ez három pillér által meghatározott:

- az egészségügyi rendszer igazságossága – az equity érvényesülése (a személyes jövedelempozíciótól, a betegség jellegétől, a kulturális-etnikai státustól és a földrajzi elhelyezkedéstől független hozzáférés biztosítása),
- az ellátás minősége, ideértve a hatékonysági kérdéseket is,
- a szereplők elégedettsége/aktivitása/informáltsága/tudatossága.

A rendszer igazságossága tekintetében hiba/fanatizmus lenne különbséget tenni a társadalombiztosítás és az NHS jellegű rendszerek között. Mindkettőben jól érvényesíthető az equity, és mindkettőben sérülhet is: a társadalombiztosítási rendszerekben konstrukcionális okokból, az állami rendszerekben a „járni jár, csak nem nagyon jut” elvén. (Az egészségpolitikuskok ugyanis hajlamosak összemosni a jogegyenlőség és a jogérvényesítési egyelőségének kérdését. Azaz általában nem a deklarált jogokkal van baj, hanem azok érvényesíthetőségével.) Tehát az az NHS jellegű irány – ami felé számos összkormányzati és parlamenti döntés mutat – értékelven nem támadható.

Nem így van ez a „köz” és „magán” egymáshoz való viszonyának szabályozásában. Ez már alapvetően meghatározza a rendszer igazságosságát, így a bruttó nemzeti egészségnyereséget is. E mellett nemcsak a köz- és magánforrá-



**1. ábra**  
Az egészségügy finanszírozásának felosztási lehetőségei (Kincses, 2002)

sok aránya a fontos az igazságosság és a szociális biztonság szempontjából, hanem a magánforrások felhasználási módja is. Ma Magyarországon a szociális biztonságot legalább annyira fenyegeti a szervezett magánforrások alacsony szintje, mint a magánfinanszírozás relatív magas aránya (1. ábra).

A köz- és magán viszonyában a legfontosabb kérdés: hogyan hasznosul a magánforrás az egészségügyben? Legalább részben a közszolgáltatásokat is erősíti, vagy egy második, elkülönült ellátórendszer hoz létre a gazdagabbaknak (üzleti biztosításra épülve), véglegesítve és definitív- vé téve az egészségügy kettészakadását? Ez igen komoly, megúszhatatlan kérdés.

Az említett 3 tengely közül az ellátás minősége és hatékonysága, úgy a társadalombiztosítási, mint a nemzeti egészségügyi szolgálat esetében biztosítható, de az egyéni motiváció, aktivitás stb. általában sikeresebbek a decentralizált rendszerekben, mint az egyközpontú államiakban.

## SZABÁLYOZÁS – IRÁNYÍTÁS

Régi vita, hogy a szabályozásban az adminisztratív eszközöknek, vagy az indirekt szabályozásnak, az ösztönzőknek kell-e dominálnia. Azt gondolom, hogy ez nem vagyis típusú kérdés, hanem az alábbi három eszköz egyensúlyát, összehangolt fejlődését kell megteremteni:

- adminisztratív szabályozás (kapacitás- és igénybevétel szabályozás)
- ösztönzők
- szakmai szabályok.

Bár az elmúlt 20 évem alapvetően az indirekt szabályozási rendszerek és az ösztönzési rendszerek fejlesztésével telt, nem szabad megfeledkezni az egészségügyi közgazdaságtan alaptételeiről. Az indirekt szabályozók alkalmasak a szolgáltatók aktivitásának befolyásolására, az igénybevétel tömeg elmozdítására, de csak igen korlátozottan alkalmasak a kapacitások átrendezésére. Egyrészt, mert a forrás-allokáció alapú kapacitásszabályozás igénybevétel, és nem szükséglet alapú, tehát nem csökkenti, hanem növeli a kapacitások egyenlőtlenségeit. Másrészt, itt a kínálat szabja meg a keresletet, és ezért sem működik az indirekt szabályozás. (Illés Béla nekem szegezett örökbecsű mondása szerint: a malacot nem lehet indirekt ösztönzéssel rávenni arra, hogy szúrja le magát: ahhoz böllér kell.)

Az ösztönzők szerepét nem kell részletezmem, mert ha a szereplők nem találják meg az egészségpolitikai szándékokkal egybeeső érdeküket, akkor azok a szándékok nem is fognak érvényesülni.

Több indokolást igényel a harmadik állítás, a szakmai szabályozás szerepe. Ugyanis hiába van meg az adminisztratív szabályozás, hiába a forrásallokáció/ösztönzés, ha a szakmai szabályozás nem követi/teszi lehetővé a változásokat. Egyszerű példával: mindenki egyetért abban, hogy az ellátások zömét a lakosságközeleli ellátási formák felé kell elmozdítani. Ehhez szükség van fejlesztési forrásra a modern járóbeteg központokhoz, a teljesítménytömeg elvárt elmoz-

dulását követően a kassza átrendezésére. Ezen kívül/ezzel együtt kórházon kívüli ellátásokat ösztönző elosztási technikákat kell találni, és adminisztratív eszközökkel kell a járóbeteg ellátással kiváltott, feleslegessé vált kórházi kapacitásokat szűkíteni. Ahhoz, hogy ez működjön, mindez nem elég: át kell alakítani a szakmai szabályokat. Életszerűbbé, a vágyak helyett a megváltozott – szakmai, kulturális, technológiai, és HR – körülményekhez kell igazítani a minimumfeltételeket, és a jelenleginél lényegesen több ellátást kell kiengedni az egynapos sebészetbe, nappali kórházi ellátásba. (Persze ehhez szakítani kell az „egynapos sebészetet lehetőleg csak a kórházakban” szemlélettel is.) Ezután már csak a betegeknek kell elmagyarázni, hogy az egynapos ellátás nem vidéki pótszere a „rendes” kórházi ellátásnak, hanem a beteg korszerűbb technológiát, jobb gyógyulási esélyt kap, és kevesebb terhet, kellemetlenséget visel.

## KOHERENCIAZAVAR

Mint írtam, alapvetően ízlés és beállítottság kérdése, hogy a TB, vagy az NHS rendszer a célszerűbb, mert szakmai alapon nem lehet megalapozottan különbséget tenni, ragsort felállítani a kettő között. Ami viszont bizonyos: a társadalombiztosítást a társadalombiztosítás szabályai, az NHS-t az NHS szabályai szerint érdemes szervezni. Ezért fontos annak deklarációja, hogy mi a modell, mert ha elvileg sem tisztázott a célmodell, akkor nehéz elvárni azt, hogy tiszta legyen a megvalósítás. A magyar társadalombiztosítás identitászavara nem új, és nem ez a kormány hozta. Az Antall kormány – a változások uralhatósága, technológiai követhetősége miatt – egy „korlátozott társadalombiztosítást” vezetett be abban a reményben, hogy ez majd „valódi” társadalombiztosítássá érik. Nem ez történt, mert a tb hagyományos, az állami rendszertől megkülönböztető attribútumai (pl. önállóság, önkormányzatiság, a befizetők kontrollja) sorra koptak le az intézményről. 2010 e tekintetben is minőségi váltást hozott: egyrészt az alaptörvényből kikerült a társadalombiztosítás intézményrendszerének védelme, másrészt tovább szűkültek a társadalombiztosítás attribútumai: a munkáltató pl. már nem egészségbiztosítási járulékot, hanem ilyen célú adót fizet, valamint az ellátórendszer tulajdonosi – szervezeti – irányítási átalakítása is egyértelműen az NHS-re jellemző irányba halad. Még egyszer hangsúlyozom, hogy bár történetileg, kulturálisan – a szocializmus éveitől eltekintve – Magyarországon a társadalombiztosításnak vannak hagyományai, de önmagában az, hogy NHS-re váltunk, nem kritizálható. A fontos a koherens rendszerlogika, ehhez viszont meg kell nevezni a célmodellt.

## AZ ALAPELVEK ÉRVÉNYESÜLÉSI KORLÁTAI

Gaál Péter szimpatikus alapelveket ír le, és a funkcionális dekonstrukció lényegét számomra a szubsidiaritás fogalmának beemelése tette internalizálhatóvá. Ezen az elven alapult az Irányított Betegellátási Modellkísérlet is, aminek kidolgozásában Jávör Andrással meghatározó szerepünk

volt. Valójában a több-biztosítós rendszer is a monolit állami felelősség- és intézményrendszer decentralizálását szolgálta. Gaál Péterrel egyetértünk a paradigmaváltó forrásteremtési stratégia igényében is.

Az alapelvek tehát jók, a probléma (mint huszonhárom éve) a megvalósulásukkal van. Az egészségpolitika elmúlt 3 éve nem a decentralizáció, dekonstrukció, a szubszidiaritás érvényesítése felé haladt, hanem az államosítás, centralizálás irányába. Egy területen hozott a jelenlegi kormány előrelépést e tekintetben: a beteg együttműködési kötelezettségének, az egyéni felelősségnek a megjelenítésében. Ez jó és szükségszerű, de ettől eltekintve a döntési kompetenciák, felelőségek felfelé toldtak és nem lefele.

### A TÖBB, MARKÁNSABB VÁLTOZÁS KÉNYSZERE

Nem célokom az elmúlt 3 év eredményeinek elemzése, csupán annyit jegyzek meg, hogy az egészségfejlesztés területén, szerintem – az előző kormányokét meghaladó – eredményeket ért el ez a kormány, de az egészségügy-politikai történések már vitathatóbbak. Az eddigi 3 év szervezeti és szakmai aprómunkája tekinthető egy (nem minden területén felrajzolt) modell részletező alapozásának, és erre szépen fel lehet(ne) építeni egy új rendszert, ami ugyan nem ízlésem szerint való, de reális alternatíva.

A kérdés csupán az, hogy van-e erre idő. Félő, hogy nincs, mert az egészségügy oly mértékben erőforrás hiányos, hogy egy kényelmes és korrekt organikus építkezéssel nem kerülhető el a nagymértékű leromlás, és a spontán – illetve a nem a tárca által uralt – folyamatok miatti kettészakadás. Ezért, véleményem szerint (bármely irányba) markánsabb, gyorsabb változásokra van szükség. Egy reflexió nem vállalkozhat programadásra, így csak pár, vázlatos pontban írom le az általam fontosabbnak vélt teendőket, irányokat.

### FORRÁSKÉPZÉS

A forrásképzésben el kell különíteni a mennyiségi és az allokációs, tehermegosztási kérdéseket. Le kell szögezni, hogy egy előregedő népesség esetén a technológiai fejlődés mellett forrásbővítés nélkül nem lehet a kérdést (főleg a HR kérdést) kezelni. A gyógyszerkassza érdemben már nem kurtítható ellátás-biztonsági kockázatok nélkül, és ez az ellátórendszer – ezzel a szolgáltatás-tömegeggyel és spektrummal, szabados igénybevételi lehetőséggel – önmagában csak a gázárak csökkentésével vagy a beszerzések központosításával nem marad finanszírozható.

A teherallokáció helyzete már összetettebb kérdés. A társadalompolitikai üzenet, az edukációs kérdések miatt fontos előrelépés az, hogy az egészségkárosító termékek különadója (részben...) az egészségügyi kasszába kerül, de a jövedelemtulajdonosok teherelosztása, illetve a munka világára és a fogyasztásra terhelt adók megosztása szempontjából ez érdemi változást nem hozott.

Bár nem vagyok a friss adatok birtokában, de az előző évek számai és a személyes tapasztalás azt prognosztizál-

ja, hogy a köz- és magánforrások aránymegosztása elérte a társadalmilag, etikailag még tolerálható küszöböt. A megoldás tehát nem a magánforrások arányának/volumenének az emelése, hanem a magánforrások felhasználási hatékonyságának javítása. Itt három kérdést kell kiemelten vizsgálni:

- Hogyan váltható ki a hálapénz legális szolgáltatásvásárlással?
- Hogyan csökkenthető a magánfinanszírozásban az igen magas out of the pocket (OOP) jellegű költség, hogyan terjeszthetők a szervezett magánfinanszírozás formái?
- Hogyan lehet megoldani azt, hogy a magánfinanszírozás minél nagyobb hányada kerüljön a közszolgáltatáshoz, járuljon hozzá azok fejlődéséhez, munkaerő megtartó képességének javításához, és főleg: akadályozza meg az egészségügy kettészakadását? Ezeket a kérdéseket az IME hasábjain konkrét megoldási javaslatokkal részleteztem [1].

### SZERKEZETÁTALAKÍTÁS – ÉRDEKELTSÉG – MŰKÖDÉS

A szerkezetátalakítási, illetve a működés átalakítására vonatkozó tervek jó irányúak, de itt is a megvalósítás ütemezésével, tempójával van gond. Nem változott érdemben az intézményi struktúra. (Kiemelten igaz ez, ha nem ágy-számban, szakorvosi órában, hanem, telephelyszámban, léghőmérterben stb. számolunk, és ugye a fix költségben ennek komoly jelentősége van.) Az érdekeltégi rendszerben a beteg együttműködési kötelezettség megjelenése pozitív és tovább nem vitt lépés, de mást nehéz felsorolni, és késik az ellátásszervezés, betegirányítás minőségileg új szakaszba lépése is. A várólisták nemcsak nőnek, de az OEP honlapon található adatok [2] márciusi letöltése szerint volt olyan kórház, ahol a csípőprotézisre a legközelebbi szabad időpont 3031.11.11, ami vicc, – bár a monoton számsorú dátum elírásra utal, – de a 2017-es dátumok is értelmezhetetlenek szakmailag. Még inkább elgondolkodtatók azok az adatok, ahol a várakozás pl. 190 és 104 nap 2-2 várakozóval, vagy 81 nap 1 várakozóval. Egy, a progresszív ellátást valóban érvényesítő rendszerben értelmezhetetlen az, hogy negyed-, vagy félévente van egy-egy műtét.

Külön kell szólni az alapellátásról, mert ugyan a kétharmad birtokában most már megoldható lenne, hogy ne horgászjegy legyen a praxisjog, hanem valós piaci érték, de ehhez egyrészt piac kell (szereplőkkel, versennyel és pénzzel), másrészt azóta már egyértelművé vált, hogy az alapellátás ebben a praxisalapú modellben nem lesz fenntartható (bővebben lásd [3]).

### HUMÁNERŐFORRÁS

A munkaerő-ellátás problémaként hamarosan megelőzi a pénzühiányt, ráadásul az is egyre világosabb, hogy mindez érdemi többletpénz nélkül nem kezelhető. Ugyanakkor arról is többször írtam [4], hogy ez a probléma csak pénzzel, de

általában HR oldalról nem kezelhető, mert a munkaerőhiány tartós és kódolt a fejlett államokban és holdudvarukban. Ehhez olyan, a HR szükségletet csökkentő (egészségügyi szakembert helyben és általában kiváltó) szabályok, képességfejlesztések és műszaki technológiai megoldások kellene, mint a korszerű informatikai megoldások – különösen a telemedicina és az AAL alapú rendszerek – fejlesztése, a kompetenciaszintek átrendezése, ellátórendszeren kívüli eszközök bevonása stb. Mindemellett érdemes új jogviszonyokon is elgondolkodni, illetve létező jogviszonyokat újraértelmezni, mert az bizonyos, hogy kizárólag közalkalmazottakkal az egészségügy nem lesz fenntartható [5].

## ÖSSZEKÉNT

Az egészségügyi rendszerek fejlesztésében nincs egyetlen garantáltan jó, királyi út, nagyjából elfogadható megoldások léteznek csupán. Az ágazat vezetése vélhetően új utakon indul, és ezek az irányok modellszinten nem kritizálhatók, és – nem bizonyított előnyök mellett – reális alternatívát jelentenek. Ugyanakkor az eredményes megvalósításhoz koherens, a modellváltást felvállaló gondolkodásra van szükség, és gyorsabb megvalósításra, mert nemcsak a fejlesztési pénzek felhasználása kerülhet veszélybe, de a spontán folyamatok a gyors beavatkozás nélkül a jelenlegi kormányzat által sem kívánt irányba terelhetik az egészségügyet.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kincses Gyula: A piaci betegbiztosítások egészség- és gazdaságpolitikai jelentősége, a megvalósításuk lehetőségei I, II, III.. IME – az egészségügyi vezetők szaklapja, XI. évf. 5-6-7. szám, A tanulmány egyesített szövege megtalálható: [http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/a\\_kiegeszito\\_finanszirozások\\_szerepe.pdf](http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/a_kiegeszito_finanszirozások_szerepe.pdf)
- [2] [https://varolista.oep.hu/varolista\\_pub/varolistak-teteles-lekerdezese/?ocsk=005&tk=MIND](https://varolista.oep.hu/varolista_pub/varolistak-teteles-lekerdezese/?ocsk=005&tk=MIND)

- [3] [http://www.asztalfiok.hu/2013/02/haziorvos-sirato\\_19.html](http://www.asztalfiok.hu/2013/02/haziorvos-sirato_19.html)
- [4] <http://www.asztalfiok.hu/2012/10/hova-tunnek-magyar-orvosok-es-miert.html>
- [5] <http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/jogviszonyok.pdf>

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Kincses Gyula** 1976-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen 1980-ban fül-orr-gégész szakorvosi szakvizsgaát 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. díjat, 2003-ban „Pro Sanitate” díjat, 2007-ban a Magyar Köztársaság Arany Érdemkeresztje kitüntetését kapott.

## Megnyitotta kapuit a Janssen Akadémia

2013. június 11-én Andreas Woitossek, a Janssen-Cilag Kft. ügyvezető igazgatója, ünnepélyes keretek közt indította útjára a cég által létrehozott Janssen Akadémiát. Az Akadémia egy olyan egyedülálló kezdeményezés, melynek keretein belül elősegítik a magyar orvosok, ápolók, egészségügyi szakemberek orvosi-egészségügyi tudásának mélyítését, lehetőséget nyújtanak, hogy naprakész információkhoz juthassanak szakterületükön. Ezt segítve különböző oktatásokat, workshopokat szerveznek, és rendelkezésre bocsátanak egy modern orvosi könyvtárat. Szeretnék növelni az egészségügyi dolgozók közötti együttműködést, elősegíteni a tudományos kezdeményezéseket és az egyéni és csoportos tudományos munkákat. A helyszín mellett, azt kiegészítve működni kezd a Janssen Akadémia weblapja is.

Szerk.