

Szubszidiaritás az egészségügyben

Dr. Kósa István,
MH EK Kardiológiai Rehabilitációs Intézet, Balatonfüred

Az IME áprilisi számában Gaál Péter igen értékes elemzést adott egészségügyi rendszerünk átalakításának eddigi eredményeiről és javaslatokat fogalmazott meg a jövőbeli átalakítás irányaira. Bár rendszerkritikája felülnézeti, rendszerszervezői nézőpontra épül, nagyon sok megállapításával a rendszer bázisán dolgozók is fenntartás nélkül egyetérthetnek. Felmerül azonban a kérdés: az általa használt, funkcionális dekonstrukció elmélete alapján egészségügyi rendszerünk legalsó döntési szintje valóban a kistérségi/közösségi ellátók szintje, vagy elemzésre, potenciális beavatkozásra érdemesek lehetnek az e szint alatti orvos-beteg találkozások is?

In the April issue of the Journal Peter Gaál have given a really valuable evaluation of the achievements of our health care transformation process and made suggestions regarding the directions of the further steps. Though his criticism relies on a typical system oriented, top-down approach, most of his statements could be freely accepted by those working at the base level of the system. Although it is questionable, whether the basic decision level is really the district/community level, as it would follow from his approach based on functional deconstruction theory, or there is a level below this, the patient-physicians contacts level, which is also worth for analysis and potential intervention?

Gaál Péter írása igen fontos igazságokat mond ki az egészségügy átalakítási folyamatait illetően [1]. Rámutat a forrásteremtés megújításának elengedhetetlen voltára, felhívja a figyelmet a magánforrások bevonásának fontosságára. Kimondja, hogy a szubszidiaritás elve alapján a döntéseket az egészségügyben is a lehető legalsó szintre kell vinni, a döntések hatékonyságát elsősorban ösztönzők és nem direkt irányítási eszközök révén kell garantálni. Összintén beszél arról, hogy a fekvőbeteg struktúra átalakítása csak korlátozott eredményeket tudott elérni a rendszer hatékonyságának növelését illetően. A hatékonyság érdemi javulását a betegút szervezői funkció belépésétől, az ehhez kapcsolódó járóbeteg ellátási rendszer átalakításától várja. Dolgozataiban [1, 2] ugyan a Semmelweis tervben [3] megfogalmazottnál jobban körülrja ezen új, betegút irányító szerepkört, a funkcionális zavarok rendezését alapvetően mégis ezen funkció érdekében létrehozandó új struktúrától, a betegirányítás közösségi/kistérségi szintjének megteremtésétől várja, nem tér ki a jelenlegi struktúra ösztönzőkre épülő átalakításának lehetőségeire.

Kérdéses ugyanakkor, hogy az egészségügyi rendszer működését vállalán vivő milliárdnyi orvos-beteg találkozás döntéstömegéből melyek, és milyen költségen emelhetők a kistérségek szintjére? Azon döntések, melyek változatlanul az orvos-beteg találkozás szintjén maradnak, a kistérségi szinten legfeljebb egy új kontroll mechanizmust kapnak, milyen technikával lesznek majd befolyásolhatók? Jelen írásban arra teszek kísérletet, hogy áttekintsem az egészséggazdaság legalsó döntési szintjének jelenlegi helyzetét, a gazdálkodói szemlélet ezen szinten való megteremtésének lehetőségeit.

FORRÁSTEREMTÉS

Sokak számára megnyugtató, hogy az egészségügy forráshiányos voltát nem csak a rendszeren belül dolgozók érzékelik, magasabb szinten is megfogalmazódik: „az egészségügy jövője, fenntartható működése elképzelhetetlen a forrásteremtés rendszerének radikális átalakítása nélkül”. Az eddigi eredmények a forrásteremtés vonatkozásában azonban valóban mérsékeltek. A népegészségügyi termékadó volumene az egészséggazdaság egészéhez mérten szerény.

MAGÁN FORRÁSOK BEVONÁSA

Az elmúlt évek során az egészséggazdaság forrásai a közfinanszírozást meghaladó mértékben bővültek a lakosság közvetlen költségei révén. Egy, a közelmúltban megjelent tanulmány szerint 2012-ben a lakosság 300 milliárd Ft-ot fizetett ki közvetlenül egészségügyi ellátások igénybevétele kapcsán, és ezt lényegesen meghaladták a lakosság gyógyszerre, gyógyhatású készítményre, egészségesnek tartott termékekre fordított kiadásai (1 472 milliárd Ft) [4]. Mivel ezen források mérete egyre inkább összemérhetővé válik a közkiadásokkal, rendszerbe vonásuk optimális módja valóban átgondolásra érdemes.

A különösen a járóbeteg ellátásban megfigyelhető elfordulást a közfinanszírozott szolgáltatásoktól magyarázza ezen ellátások egyre jelentősebb várakozási ideje, ami a korábbi kapacitás korlátozás természetes következménye. Ráadásul az egyre távolabbra helyeződő vizitek is egyre rövidebbek, mert a szolgáltatók egyedüli kiútja a humán erőforrás krízis kapcsán felértékelődő orvosi tevékenység (napjainkra egy szakorvosi óra immár 2-5 eFt), és a korábbi zárt kasszás finanszírozás mellett devalválódott finanszírozási tételek (egy vizsgálat OEP finanszírozása jelenleg 1125 Ft, kontroll vizsgálaté 525 Ft) egyensúlyának megteremtésekor az egy orvos-beteg találkozásra jutó idő lecsökkentése.

Alternatíva lehet olyan, további orvosi beavatkozás pótlólagos elvégzése, mely az orvos-beteg találkozást rentábilissá teszi. Akár előbbi, akár utóbbi utat választja a szolgáltató, az érdemi orvos-beteg találkozásra jutó idő olyan alacsony (6-10 perc), mely aligha elegendő a kezelési módok mérlegelésére, az életmódváltás fontosságáról való eszmecse-
 rére.

A magán egészségügyi szolgáltatónál a beteg elsősorban időt vásárol közvetlen lakossági kifizetésével, melynek haszna betegségének lefolyása tekintetében nem elhanyagolható. A betegség és kezelésének megértése a beteg számára legalább olyan fontos, mint egy-egy új gyógyszeres terápia elindítása. Az egészségügy ezen szférájában elköltött források ugyanakkor formálisan nem hasznosulhatnak más, közfinanszírozott egészségügyi ellátóknál. Gyógyszerrendelésen kívül a magán szolgáltatók ugyanis nem rendelkeznek beutalási joggal sem a közfinanszírozott járó, sem a fekvő ellátások irányába. Hazai egészségügyi rendszerünk sajátossága, hogy a formális magán egészségügyi ellátásban résztvevők csak informális csatornák révén juttathatók vissza a közfinanszírozott rendszerbe. Jobb esetben megoldás lehet erre a magánorvos javaslata a háziorvos felé a beteg harmadik ellátóhoz való beutalására. Igen gyakran azonban a magán és közfinanszírozott ellátó perszónaluniója, azaz a magánellátást végző orvos párhuzamos tevékenysége a közfinanszírozott környezetben biztosítja ezen visszakerülést a közfinanszírozott rendszerbe, akár annak egy kiemelt színvonalú szintjére is. A magán és közfinanszírozott utak összefonódását jelenleg nem tudjuk felmérni, mivel adatszolgáltatási kötelezettsége csak a közfinanszírozott szférának van.

FORRÁSALLOKÁCIÓ

Azzal mindannyian egyetértünk, hogy az egészségügyi ellátás legköltségesebb részének – a fekvőbeteg ellátásnak – az epizódjait meghatározóan járóbeteg környezetben alkalmazzák, és hasonlóan ezen szféra felel a legtöbb nagy értékű gyógyszer kiutalásáért is. A gazdaság más szférájában a nagy értékű kötelezettségvállalások szükségességéről való döntést azonban szakértői tevékenységnek tekintjük, és az utalványozási összeggel arányos tiszteletdíjjal ismerjük el. Ez képez gazdasági alapot ahhoz, hogy az esetleges indokolatlan utalványozások kapcsán keletkező kár megtéríthető legyen. Ezzel szemben a közfinanszírozott járóbeteg ellátásban alkalmazott térítési díjak a vizsgálat önköltségét is nehezen fedezik, nem nyújtanak érdemi fedezetet arra a szakértői tevékenységre, amit az évi 50-150 eFt gyógyszerköltség, 150 eFt-1,5 MFt fekvőbeteg ellátási költség indokoltságának megítélése jelent. Ennek következtében a döntések heterogenitása egyre markánsabb. A koronária betegség gyanújával vizsgált hazai populáció adatait elemezve találtunk olyan kistérséget, melyből a 150 eFt-os koronarográfiás vizsgálatra terheléses elővizsgálat nélkül került a betegek széles köre, miközben ezen betegek utólag meghatározott kardiovaszkuláris rizikója közel állt a panaszmentes populációéhoz [5].

EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS

Külön kérdés, hogy milyen típusú ellátásokat allokálnak intézményeink. Köztudott, hogy a közfinanszírozott környezetben megjelenő privát piaci szereplők, mint a gyógyszer-gyárak, egészségügyi eszközszállítók, igen hatékony módszereket alkalmaznak saját piaci sikerük megvalósítása érdekében. Ráadásul a társadalmi közfelfogás is a gyógyszerek, beavatkozások utalványozását ismeri el teljesítményként, míg annak elmaradását büntetéssel fenyegeti. Ahogy ezt lassan egy évtizede e lap hasábjain elemeztem, a beutalások költségvonzata tekintetében érzéketlen döntési környezetben nem meglepő az utalványozások eskalálódása [6].

Az egészség megőrzéséhez szükséges életmódi beavatkozások egészségipari háttere egyelőre gyenge, az életmódrendezés háttérbe szorulása az egészséggazdaság egészén belül ezért nem meglepő. Az egészségpolitikának pozitív diszkriminációval kellene elérni az életmódrendezéshez köthető célok megvalósulását. Mivel az egészséggazdaság folyamatai leginkább finanszírozási ösztönzőkkel befolyásolhatók, kívánatos lenne a finanszírozási súlypontok eltolása az invazív, gyógyszeres kezelések felől az életmódi intervenció irányába. Itt persze ismét felmerül a kérdés: Új struktúrát kell kialakítani ezen funkció érdekében, vagy a meglévő struktúra funkcióját kell inkább kibővíteni? Mivel hazánkban osztályok, intézmények sora foglalkozik életmódi intervencióval, megfelelő szakember gárdával, eszközparkkal, valószínűleg sokkal hatékonyabb lenne ezen, jelenleg rehabilitációsnak keresztelt intézmények funkciójának kibővítése, mint a népegészségügy égíse alatt egy független, életmódrendezést támogató struktúra felépítése.

HOGYAN JAVÍTHATÓ A FORRÁSALLOKÁCIÓ?

Az előző bekezdésekben egy sajátos, perifériás nézőpontból adtam áttekintést arról a környezetről, melyben az egészséggazdaság meghatározó döntései keletkeznek. A következő kérdés az, milyen kiút adható e helyzetértékelés alapján?

KÖZÖSSÉGI FORRÁSOK ALLOKÁCIÓJA

Fontos kérdés, hogy csak egy új intézményrendszer a kistérségek/közösségek szintjén tudja hatékonyan magvalósítani az egyes ellátottak egészség-szervezési tevékenységét az egyéni egészségtervezéstől az esetelemzésen át egészen az esetmegbeszélésig [2], vagy van esély e funkciók legalább részleges delegálására ennél perifériásabb pozícióba, az orvos-beteg találkozások szintjére? A betegút szervező funkció orvos-beteg találkozáshoz közel vitele mellett szól, hogy a betegellátás szintjétől távolodva a betegre vonatkozó információk csak szűkülnek, ami az állapot megítélhetőségét rontja. Az egyes betegekre vonatkozó adatok távoli újraértékelése ráadásul jelentős többlet ráfordítást igényel. Amennyiben ösztönzőkre épülően a hatékony

döntést közvetlenül az orvos-beteg találkozás szintjén el tudjuk érni, a döntésre szánt források meghatározó része is ezen – jelenleg kifejezetten alulfinanszírozott szintre – csatornázzható. Ez növelheti a munkahelyek orvos megtartó képességét, mérsékelheti az ágazat humán erőforrás krízisét. Az alulfinanszírozott orvos-beteg szintet érő újabb, felsőbb, irányítói beavatkozások ugyanakkor a közvetlenül betegekkel dolgozó orvosok frusztrációját csak növelik, a krízist elmélyíthetik.

Az ellátások, utalványozások megítélése, majd erre épülő a megfelelő érdekeltiségi rendszer kialakítása komoly műhelymunkát igényel. Olyan rendszerre van szükség, mely korlátos többlet adminisztratív teher mellett lehetővé teszi az ellátásra kerülők jellemzését, az arányos utalványozási költségigény becslését. A HBCs rendszerhez hasonlóan célszerű lehet az ellátottak csoportjának megítélése, az egyes ellátottakra vonatkozó konkrét döntések szabadságának meghagyása a döntésben közvetlenül résztvevő orvos kezében.

Kardiológiai példát hozva, az ellátásra kerülő betegek súlyossága, halálózási rizikója néhány egyszerű paraméter, mint a vérnyomás, a koleszterin szint, a dohányzási státus, a nem és a kor alapján populációs szinten már relatíve jól becsülhető. A szakorvos feladata, hogy tapasztalata, ismerete alapján a beteg rizikó besorolását először az anamnézis, majd a ráépülő diagnosztikus lépcsők használatával pontosítsa. Igen alacsony rizikó esetén még a legolcsóbb diagnosztikus vizsgálat, a 4500 Ft-os terheléses EKG elvégzése is felesleges, hisz minden vizsgálat – az elkerülhetetlenül megjelenő téves kóros eredmények révén – további, költségesebb vizsgálat igényét generálhatja. Magas rizikó esetén viszont akár a legelső diagnosztikus lépcsőként is indokolt lehet a 150 eFt-os invazív vizsgálat elvégzése. Jelen egészségügyi rendszerünk az utalványozások indokoltágát igen ritkán vizsgálja, ezért a betegutak jellemzően eltolódnak a költséges ellátások irányába. Így történhet meg, hogy egészen alacsony halálózási arányú betegek nagy arányban kerülnek egy területről közvetlenül a drága invazív vizsgálatra.

Önmagában a beteg rizikó státuszának szisztematikus áttekintése, ennek dokumentálása már az ellátási gyakorlat racionalizálása irányába hat, miközben az adminisztratív terheket minimálisan növeli. Az, hogy ezen paraméterek alapján becsült költségek milyen technikával hozhatók fedésbe adott ellátó által indukált tényleges költséggel, az egy újabb kérdés. Amennyiben sikerül a döntéshozó szolgáltató jövedelem szintjét egy reális piaci szintre emelni, önmagában ezen emelt jövedelemszint fenntartási lehetősége már ösztönzőként hathat a szolgáltatóra. A túlköltés minimális jövedelem rész visszatartásával már érzékenyen szabályozható.

MAGÁNFORRÁSOK ALLOKÁLÁSA

A magán egészségügyi szolgáltatók utalványozási jogának tiltását a közfinanszírozott ellátások vonatkozásában eddig egyedül az utalványozások hiányzó kontrollja magyarázta. Amennyiben a közfinanszírozott ellátók esetében si-

kerül megteremteni a hatékony kontrollt az utalványozások felett, a rendszer a magánellátók irányába is kitérhető, a közfinanszírozott ellátások utalványozásának joga a magán szolgáltatókra is kiterjeszhető. Ez az eddig informális átjárás formalizálását teszi lehetővé a két rendszer között.

A közvetlen lakossági finanszírozásra épülő, azaz a teljes egészséggazdaság szempontjából önálló forrásteremtést felvállaló magán járóbeteg ellátók bevonása az egészségügyi rendszerbe ugyanakkor egy újabb, formális döntési szintet is létrehoz. Beléptükkel maga a beteg válik a források allokálójává. Ezen allokációs döntését a beteg egyik oldalról vitathatatlanul információ hiányosan hozza, hisz saját állapotát megítélni korlátozottan tudja. Döntését viszont erősíti saját és a nyilvánosság azon korábbi megtapasztalása, mely alapján orvosát hitelesnek, finanszírozásra érdemesnek tartja. Nem szabad elfelejteni, hogy a krónikus betegségek dominánssá válásával az egyszeri, információ hiányos helyzeteket egyre inkább felváltják a visszatérő orvos-beteg találkozásokra épülő, a beteg által egyre pontosabban megítélhető gondozási folyamatok. Ha az ellátás folyamatát emellett a közösség is tartalmi kontroll alatt tartja, az mindenképpen a rendszer tisztulása irányában hat.

KORLÁTOK

A vázolt rendszer korlátja, hogy csak durván körvonalazza a rendszer alapját képező betegcsoport súlyozási technikákat, illetve az erre épülő ösztönzést. A szerző menségére szól, hogy részletes eljárásrenddel a hivatkozott korábbi, nagyobb munkák sem szolgáltak. A jelen munka célja nem is egy komplex megoldás bemutatása, inkább a korábbi betegirányítási rendszerekhez képest egy kezelőorvos irányú súlypont eltolás mellett szóló érvek áttekintése volt.

Bármely irányítói megoldás kerül is megvalósításra, ez az orvos-beteg találkozások adatszolgáltatásának bővülését igényli. Míg azonban az orvos-beteg találkozások ösztönzőkre épülő átalakítására építő rendszerben ezen bővülés csupán az ellátásra kerülő csoport jellemzésére szolgáló néhány aggregált, index mutatóra terjed ki, a kistérségi/közösségi szinten irányított rendszerben a közel teljes betegdokumentációt be kell vonnunk az adatszolgáltatásba, annak ellenére, hogy ismert, ezen orvosi dokumentáció alapján a beteggel közvetlenül találkozó orvos teljes gondolatmenete sok esetben nem lesz reprodukálható.

A javasolt rendszer az eddig csak közfinanszírozott körre korlátozó adatszolgáltatást kiterjeszti a közvetlenül lakosság által finanszírozott járóbeteg ellátó körre. Mivel a magán szolgáltatók ezen többlet terhe a beutalási jog megszerzésével párosul, részükről érdemi ellenállással nem kell számolni. Ráadásul társadalmilag a magán ellátások kontrollja hosszabb távon egyébként is elkerülhetetlen lenne, hisz tevékenységük számtalan interakcióba kerül a közfinanszírozott szférával. Ezen adatszolgáltatás elmaradása esetén egyes, népegészségügyileg figyelemre érdemes egészségügyi ágazatok, mint a nőgyógyászat, fogászat, kikerül az egészségügyi kormányzat látóköréből.

Fizetőképesség függő egészségügyi ellátások bevezetésének mérlegelésekor nem kerülhető meg a szociális hatás kérdése. El kell ismerni, az ellátásokhoz való egyenlő hozzáférés a tisztán közfinanszírozott rendszerben elméletileg jobban biztosítható, mint egy vegyes köz-, illetve magánfinanszírozott környezetben. A csak közfinanszírozott környezet hazánkban azonban idealisztikus, a hálapénzrendszer a szolgáltatásokat napjainkban közismerten igen durván torzítja. A szociális érzékenységet a jelenlegi, szűrte rendszer azonban sokkal jobban sérti, mint egy átlátható, kontrollált rendszer. Az egészségügyi ellátás szempontjából egyébként nem az a kérdés, hogy a járóbeteg szintű orvos-beteg találkozásra közfinanszírozott, vagy a lakosság által egyénileg finanszírozott környezetben került sor, hanem hogy az ellátott a két úton ugyanoda és ugyanakkorra ér-e, azaz a nagyértékű szolgáltatásokhoz egyidőben, egyenlő eséllyel fér-e hozzá. Ez pedig egy átlátható,

utalványozásaiban kontrollált rendszerrel messze jobban biztosítható, mint a jelenlegi, átláthatatlan hálapénzrendszerben.

ÖSSZEFOGLALVA

A gazdálkodói szemlélet érvényre juttatása egészségügyi rendszerünkben a hatékonyság növelés egyik alapfeltetele. Ezen célhoz egy új intézményi szint létrehozása mellett a meglévő struktúra működésének átalakítása is közelebb vihet. A rendszer hatékonyság-növekedésétől remélt, felszabaduló források az ösztönző rendszer csatornáin keresztül mindenképpen visszaforgatandók az ellátórendszerbe, mérsékelve ezáltal az ágazat humán erőforrás krízisét. Amennyiben az átalakítás kizárólag egy új, adminisztratív szervezet létrehozására koncentrál, az akár a krízis elmélyítését is előidézheti.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Gaál, P: Hogyan tovább? Az egészségügyi rendszer fejlesztésének stratégiai irányai a Semmelweis Terv értelmezési keretében. A probléma-orientált programalkotás koncepciója. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2013., XII. évf. 3. 9-14. o.
- [2] Gaál, P, Sinkó, E: Egészségügyi menedzsment és rendszerirányítás a magyar egészségügy átalakításában, Népegészségügy, 2012. 90:(2) 111-119.o.
- [3] Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság: Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország: Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Nemzeti Erőforrás Minisztérium: Budapest, 2011.
- [4] Piac És Profit: Nagy üzlet az egészség – Egyre többet költünk.
url: http://www.piacprofit.hu/gazdasag/nagy_uzlet_az_egeszseg_egyre_tobbet_koltunk/
- [5] Kósa, I, Vassanyi, I, Nemes, A, Belicza, E, Kozmann, Gy: „Regional Differences in the Utilisation of Coronary Angiography as Initial Investigation for the Evaluation of Patients with Suspected Coronary Artery Disease.” European Heart Journal 33 (Abstract Supplement): 248. 2012
- [6] Kósa, I: HBCs: piaci működés? A kínálat már versengő, a keresletről pedig nem szeretünk beszélni, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2004. III. évf. 6. 12-16. o.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Kósa István általános orvosi diplomáját 1986-ban Szegeden szerezte. Előbb az egyetem Izotópdiaosztikai Laborjának, majd 1992-től Kardiológiai Központjának munkatársa. 1994-ben belgyógyászat, 1997-ben kardiológia szakvizsgát szerzett. 1995-96-ban

Münchenben, a TU PET Centrumában foglalkozott nukleáris kardiológiai kutatásokkal. A Dél-alföldi Regionális Egészségfejlesztési Pályázat Szív-Érrendszeri fejezetének koordinálása után 1998-99-ben egy évet szakmai tanácsadóként dolgozott az OEP főigazgatója mellett. Egészségü-

gyi menedzser másoddiplomát 2003-ban szerzett Szegeden. A képzés kapcsolódó kórházmenedzsment gyakorlatát a bécsi Rudolfinerhaus-ban töltötte. PhD fokozatát 2003-ban védte nukleáris kardiológiai témában. 2005-2008 között a Csolnoky Ferenc Veszprém megyei Kórház II. számú Belgyógyászati osztályának osztályvezető főorvosa, 2008 áprilisától az egyesített Belgyógyászati Centrumon belül kardiológus főorvos. A VEAB STEMI Regiszter egyik koordinátora. 2009-től a Pannon Egyetem Egészségügyi Informatikai Kutató-fejlesztő Központ munkatársa, az egyetem docense. 2009 novemberétől az Alpha Projekt orvos szakmai vezetője.