

Ki innen nézi, ki onnan látja

A Magyar Kórházzövetség (MKSZ) kongresszusa minden évben kiemelkedő egészségpolitikai esemény. Különösen így volt ez idén, alig néhány nappal az országgyűlési választások előtt.

Furcsa választási kampány volt, mivel a kormánypártok nem tettek közzé választási programot, a – későbbi, egyértelműen győztes – Fidesz–KDNP terveiről csak annyi volt tudható, hogy „folytatják”.

A Kórházzövetség ez évi kongresszusának az adott különös pikantériát, hogy a korábbi napokban a sajtó megszellőztetett néhány információt arról, hogy Fidesz győzelme esetén milyen személyi változások várhatók a kormányban. Minden forrás egybehangzóan állította, hogy Szócska Miklós nem marad a helyén. Lehetséges utódaként pedig Velkey Györgyöt, a Kórházzövetség jelenlegi elnökét emlegették. Rajta kívül még Zombor Gábort, Kecskemét jelenlegi polgármesterét, korábbi kórházigazgatót „hozták hírbe”. Szócska Miklós siófoki előadása így feltehetően egyik, ha nem a legutolsó hazai nyilvános szereplése volt államtitkárként, különösen fontos volt tehát, hogy ő hogyan ítéli meg az elmúlt négy évet, vagyis azt az örökséget, amelyet utódjára hagy.

Mint mondta, abban reménykedett, hogy a kormány pluszforrásokat biztosít majd a bajban lévő ágazatnak. Nem így történt, az okokat Szócska Miklós nem részletezte. Elmondta, hogy a Semmelweis-terv előkészítése során háromszor körbejárta az országot, minden érintettel beszélt. Nem fejlesztéseket ígért, hanem mindenkinek elmondta, hogy meg kell csinálni egy új, nemzeti egészségügyi szolgálatot, amelyben mindenkinek jut szerep. Lehet, hogy kicsit más szerep, de mindenképpen olyan, amilyenre a XXI. században a hazai demográfiának, az itteni népegészségügynek szüksége van. „Sok örömet lelnek a megváltozott funkcióban azok az intézmények, amelyek ma már közösségi egészség központokként működnek vagy prevencióra, járóbeteg szakrendelésre, egynapos sebészetre koncentrálnak dolgoznak” – jelentette ki az államtitkár.

„A jelenlegi ellátó rendszert nem az elégtelen finanszírozás, hanem a rossz népegészségügyi állapotok teszik fenntarthatatlanná” – mondta. Ezért, az emberek egészsége érdekében eredményes csatákat vívott különféle érdekcsoportokkal: megreformálták a közétkeztetést, kiszorították a transzszírokot (6 ezer élet évente), a dohányzásról leszokást segítő programok, a nemdohányzók érdekében hozott intézkedések, a népegészségügyi adó bevezetése sikeresen befolyásolja úgy a gyártói, mint a fogyasztói magatartást, ugyanakkor új forrásokat biztosítanak az egészségügy számára. Országszerte 58 egészségfejlesztési iroda kezdte meg működését. Az eredmények 3-4-5 év múlva lesznek látványosak – ígérte az államtitkár.

Megteremtették egy új, nemzeti egészségügyi szolgálat, ezzel az egységes ellátórendszer kereteit. A gazdasági világválság idején szükségszerű volt valamennyi intézményt közin-

tézménnyé tenni. A korábban gazdasági társaságként működő intézményeket kimentették az adósságcspadából. Kialakult a progresszivitásra épülő térségi ellátási struktúra. Az elvekről nincs vita, arról sem, hogy további finomításra van szükség. Az átszervezett betegutakkal életeket mentettek meg. Csökkent a térségek közötti betegvándorlás. 120 új ellátás került az egynapos ellátások közé. Mindez már érzékelhető az átlagos ápolási idő csökkenésében. Sok optimalizációs feladat van még. A fejlesztések felgyorsultak, a beruházások forráshiányait egy-két kivétellel sikerült rendezni. Központosított közbeszerzések meghozták a várt eredményt, több milliárd forintot sikerült megtakarítani. A kórházi gyógyszerkassza kiadásai például 10 százalékkal csökkentek. Évente sor került a kórházi adósságok rendezésére, a tvk-mentes ellátások köre folyamatosan bővült – sorolta négy évének sikereit Szócska Miklós.

Az alapellátásban máris hasznosultak a Svájci Modell tanulságai, az ezévi tízmilliárdos többlet forrás elosztásában megjelentek a társszakmák bevonását, a praxisok együttműködését, a prevenció összehangolását honoráló elemek. A gyógyszerpolitika nagy eredményének nevezte, hogy miközben a költségvetés kevesebbet költ gyógyszerre, a betegek is tízmilliárdokat takarítanak meg.

„Nagyon intenzív szakmai munka eredményeként ilyen, konzultatív alapokon nyugvó, összehangolt, eltervezett és végrehajtott egészségpolitika még nem volt” – summázza az elmúlt négy évet az egészségpolitikáért felelős államtitkár.

A kongresszus előadói nem látták ennyire megnyugtatónak a helyzetet. Többségük az anyagi szűkösségről szólt. Svébis Mihály leendő elnök például arról beszélt, hogy a HBCs forintértéke 2008 óta változatlan. Az orvosi ellátáshoz szükséges eszközök döntő részét külföldről hozzuk be, tehát mindezekre döntő hatással van, hogy mennyire emelkedtek az árak, vagy a forint/euró-árfolyam hogyan változik. Jelentős összegekről van szó. Nincs inflációkövetés, amortizáció a rendszerben. Mindeközben a dolgozók jövedelme alacsony, leterheltségük nagy. Úgy vélte, hogy ekkora összegből ilyen szintű egészségügyi ellátást biztosítani egyfajta „magyar csoda”, mondhatni, hungarikum.

Nincs összehangolva a pre- és interhospitális rendszer, égető a szakorvoshiány, nincs protokoll, a szakmai kollégium szerepe nem domináns, és a mentés a progresszivitás elvén működő ellátórendszert nem tudja kiszolgálni – sorolta a sürgősségi ellátás hiányosságait Pintér Lajos, aki miniszteri megbízottként a Honvédkórház átvilágításában vett részt a közel-múltban.

Az egykapus ellátással tehermentesíthetők lennének a kórházak, ám ehhez szükség lenne a sürgősségi HBCs és az alapdíj korrekciójára, a progresszivitási szintek definiálására, az egységes szakmai protokoll kialakítására, a progresszivitási szintekhez alkalmazkodó minimumfeltételekre – sorolta a pápai Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézet főigazgatója,

Dr. Vörös Ibolya, mit várnának a szakmapolitikától. Emellett rendezni kell a sürgősségi rendszerbe nem illeszkedő alapellátási ügyelet, valamint a mentés helyzetét is, mert még mindig sok a párhuzamos ellátás.

A kongresszuson szó volt arról is, hogy az elvárásokkal szemben az elmúlt két évben megtorpant az egynapos sebészeti beavatkozással ellátottak számának 2011-ben és 2012-ben látott növekedése, ezért az MKSZ úgy véli, újra kell gondolni az egynapos ellátás elterjesztését, és anyagilag is ösztönözni kell az egynapos sebészetet, mint sikeres ellátási formát.

A lakosság – egy friss kutatás adatai alapján – elégedetlen. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint az egészségügyi kiadások 35 százalékát a magánszektor fedezi. Ez mintegy 769 milliárd forintot jelent, amelyből 573 milliárd forint a háztartások közvetlen kiadása. A közszolgáltatások megítéléséről mellbe vágó eredmények születtek: a többség szerint a társadalombiztosítás sok esetben olyan szolgáltatást fedez, amelyre több hónapot kell várni, majd a megadott napon hosszú órák telnek el egy elegendő ülőhelyet és ruhatárat nélkülöző folyosón, mire a vizsgálat megtörténik. Ennek ellenére javarészt mégis az ingyenes, tb által finanszírozott intézményeket keresik fel, részben a megszokás miatt, részben anyagi megfontolásból.

Minden második ember szerint az elmúlt években kifejezetten romlott az ingyenes szolgáltatások minősége. Nem beszélve arról, hogy egyes díjmentes szakrendelések – például a szülészet és a fogászat – valójában látszattmegoldásokat takarnak, a tényleges megoldásért legtöbbször mélyen a zsebünkbe kell nyúlni. Az állami egészségügyben egyes diagnosztikai eljárásokra, mint például az MR vagy a CT, rendszerint 2-3 hónapos várakozással lehet bejutni. Ennyi idő sok ember számára nemcsak elfogadhatatlan, hanem kockázatos is, ezért – jobb híján – elkezdik keresni a magánszektor szolgáltatásait. A kutatás azt igazolja, hogy a megkérdezettek közel kétharmada a közellátás helyett a fizetős vizsgálatokat választaná, ha pénztárcája engedné.

Talán ezért sem véletlen, hogy mind többen, mind többféle módon keresik az alternatív utakat. Az évente jelentkező közel 800 milliárd forintnyi magánkiadás a legmagasabb arányt jelenti a környező országokhoz képest. A biztosítók és az orvosok tapasztalatai szerint a legnagyobb hajtóerő a várólisták, betegfogadási listák illetve az egyenlőtlen ellátás kikerülése. Vagyis: miközben évekig ment a politikai „habverés” a több-biztosítós egészségügyi modell ellenében, ma már, tisztán vagy borítékban, esetleg külön biztosítási formában, de fizetünk azért, hogy a szerintünk a számunkra legjobb ellátást kaphassuk, s ha lehet, minél előbb – fogalmazott Sinkó Eszter.

ÜZENETEK SIÓFOKRÓL

Az MKSZ a kongresszus előtt 10 üzenetet küldött „a magyar társadalom, a tagkórházak, az egészségügyben dolgozó munkatársak és a döntéshozó testületek tagjai felé”. Az „üzenetek” egy része a hivatalban lévő kormányzat törekvéseinek támogatásáról szól, a továbbiak azonban mintegy a szakma

„megrendeléseit” fogalmazzák meg a választások után hivatalba lépő – bármilyen színezetű – új kormány számára:

- „5. A Kórházszövetség úgy véli, hogy a kórházak méltányos finanszírozásához elengedhetetlen a díjtételek emelése, az átfogó súlyszám-revizíó és a feladatarányos finanszírozási keretek kialakítása.
6. Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése további források bevonásával képzelhető el, átfogó energiaracionalizálási programmal, a központi régió intézményeinek felzárkóztatásával és az amortizáció rendszerszerű pótlásával.
7. A Szövetség meggyőződése, hogy a kórházak többletbevitelhez juthatnak piaci alapon is, ezért fontosnak tartja a térítés ellenében végzett egészségügyi szolgáltatások bevezetésének lehetőségét az állami fenntartású intézményekben, a fizetős betegek ellátásának elkülönítésével a hazai biztosított betegeketől.
8. A Magyar Kórházszövetség szorgalmazza a szerkezetátalakítást, a kapacitásszabályzás és betegút-menedzsment térségi ellátásra épülő rendszerének továbbfejlesztését a megkezdett irányban a lakossághoz közeli járóbeteg, rehabilitációs és krónikus ellátások erősítésével.

Az „üzenetekhez” fűzött kommentárokból is érdemes néhányat kiemelni. Leszögezik, hogy a kórházi rendszer alulfinanszírozottságát az évenként ismétlődő adósságonkonsolidáció önmagában nem képes megoldani, ezért szükség van az egyes betegségek kezelésére kifizetett díjtételek, legalább a visegrádi országok szintjére emelésére. Az igazságosság érvényesülése megköveteli az átfogó súlyszám-revizíó és a feladatarányos finanszírozási keretek kialakítását.

Az egészségügynek további fejlesztési forrásokra van szüksége. Az uniós fejlesztések során súlyos hátrányt szenvedtek a budapesti és Pest megyei régióban működő kórházak. Felújításuk, fejlesztésük sem maradhat el. A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók fenntartói számára – a tulajdonosi kötelezettség teljesítéséhez – biztosítani kell a szükséges erőforrásokat az amortizáció rendszerszerű pótlására.

A szerkezetátalakítás, a kapacitásszabályzás és betegút-menedzsment térségi ellátásra épülő rendszerét tovább kell fejleszteni a megkezdett irányban, nem szabad bizonytalanságot okozni újabb változtatásokkal.

A speciális tudást, a szakembereket, az eszközöket és az infrastruktúrát igénylő ellátásokat kiemelt finanszírozásban szükséges részesíteni. A fekvő- és járóbeteg-ellátás erősebb integrációja eredményesebb és hatékonyabb ellátáshoz vezetne.

Svébis Mihály érzékletesen fogalmazott: „A magyar egészségügyet egy nagy, fából épült toronyhoz szoktam hasonlítani, ami recseg-ropog. Amikor látjuk, hogy jön egy kis szellő, és ennek következtében egy kicsit megbillen, akkor gyorsan keresünk egy éket, betesszük, és várunk. Ha nem dől el a torony, akkor minden rendben van. Ez nem jó! Az egész építményt kellene megerősíteni, hogy ne ezek a kis ékek tartsák meg, mert egyszer jön egy nagyobb fuvallat, és ránk dől az egész építmény”.

Nagy András László