

Kell-e nekünk két egészségügy? Vitaindító gondolatok a kormány egészségügyi stratégiájához

Dr. Rékassy Balázs, orvos, egészségügyi közgazdász, gyógyszer-politikai elemző

Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár úr október végi bejelentése, mely szerint a magán egészségügyi szolgáltatásokat és az állami közfinanszírozott szolgáltatásokat ketté kell választani, igen nagy meglepetést keltett a szakmai és laikus körökben is [1]. A bejelentésen erősen érződik a sarkosan fogalmazó miniszterelnök egyszerű, és az egészségügy valós helyzetétől eltekintő populista kijelentése, mely szerint „az egészségügy nem üzlet”.

De mint minden az életben, ennek a bejelentésnek a háttere sem egyszerűen fekete-fehér, és minimum két oldala van:

- Egyrésztől igaza van a miniszterelnök úrnak illetve államtitkár úrnak, szükség van a megfelelő állami szabályozásra, a verseny-feltételek meghatározására, minőségbiztosítási- és ellátási csomag feltételeinek meghatározására. A közellátást közpénzből kell finanszírozni a társadalmi szolidaritás megőrzése érdekében, és a rendszer egységes megtartása érdekében az állam szabályozó, és ellenőrző szerepe változatlanul megkerülhetetlen.
- Másrésztől a világon sehol nem a tulajdonforma a lényeg és meghatározó, hanem a szolgáltatás, a minőség, a minőségbiztosítás és a hozzá kapcsolódó finanszírozás tisztasága.

Teljesen tiszta és világos, hogy a két rendszer közötti viszonyokat rendbe kell tenni, és a közpénzeket lefőlöző átláthatatlan, „mutyizós” rendszert meg kell megszüntetni. Viszont tiszta, szabályozott feltételek mellett igenis helye és jelentősége van a magánellátásnak, illetve a magánfinanszírozásnak a hazai egészségügy megmentésében, minőségi fejlesztésében, szolgáltatás bővítésében.

VALÓBAN SZÜKSÉG VAN A MAGÁNTÖKÉRE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN!

Magyarországon és a világon mindenhol a magán szolgáltatók és az állami vagy közfinanszírozott biztosítói egészségügyi modell annyira összeforrt, hogy szétválasztása igen nehéz, hosszú folyamat lenne, mindamelllett, hogy sok esetben értelmetlen is. Gondoljunk csak arra, hogy hol tartana az állandó beruházás igényes labor-, vagy képalkotó diagnosztikai rendszer, művese ellátás, orvosi ügyeleti ellátás, néhány speciális egészségügyi szolgáltatás magán tőke nélkül. Ezen ellátásoknál a közfinanszírozó ugyanúgy, mint bármely más ellátótól szolgáltatást vásárol és megvan az a lehetősége, hogy a pénzért értékarányos, jó minőségű szol-

gáltatást vegyen úgy, hogy annak beruházási költségét nem maga állja.

Ez jó mindenkinek, flexibilisebb, rugalmasabb, és piac vezérelt. Amennyiben a politika, az állami vezetés úgy látja, hogy a magán szolgáltatónál túl nagy extra profit jelentkezik, vagy netán nem megfelelő minőséget kap, úgy alku pozíciója következtében körbe tud vásárolni, és jobb, érték-arányosabb szolgáltatást vásárolhat. Az állam feladata csak az ellátottak biztonsága és pénze érdekében minőségbiztosítás, és az elszámolás ellenőrzése. A hazai helyzet sajátos problémája itt, hogy a közfinanszírozott magán szolgáltató legtöbb esetben személyzetét elszippantja a közellátásból. Ez rendezendő.

Egy másik modellben, amely esetén a közfinanszírozott szolgáltató a valós piaci és társadalmi igények kielégítésére magánfinanszírozott, nem-OEP térítési díjas ellátást is nyújt, megfelelő szabályozással – megítélésem szerint – fenntartandó (lásd az Uzsocki modellt). Ennek a rendszernek is számos olyan előnye van, amely fontos a magyar egészségügy működőképessége szempontjából.

Melyek is ezek:

- valós társadalmi igényt elégít ki egy jobb színvonalú ellátásra;
- plusz bevételt és forrást jelent az adott intézménynek;
- plusz bevételt jelent az ott dolgozó személyzetnek, amely fontos a személyzet itthon tartásában;
- átlátható, még viszonylag a leginkább minőségbiztosítottabb forma, hiszen szervesen kapcsolódik egy nagy intézmény minőségbiztosítási rendszeréhez;
- adózott, tiszta bevétel, hálapénz-mentes;
- várólista, illetve közpénzfelhasználás csökkentő
- kihasználja a közfinanszírozott szolgáltatók többlet kapacitásait (márpedig ebből tudjuk, van elég), vagyis nem kell megfizetni még egyszer a teljes infrastruktúra kialakításának költségét a magán oldalon (technikai hatékonyság növelő). Számos európai országban a magán és a közellátókat egymás mellé telepítik, jobban kihasználva így a nagyon költséges diagnosztikai és háttér szolgáltatókat.

Ezen rendszer nehézsége, amely megfelelő szabályozással rendezendő:

- a betegforgalom „lefőlözése”;
- az egy azon tulajdonosnál dolgozó személyzet motivációja, és helytállása a közfinanszírozott egységénél;
- az így keletkező nem tisztességes versenyelőny kezelése, a saját magántőkével létrehozott tisztán csak magán szolgáltatókkal szemben;

- és legfontosabb kezelendő probléma a közfinanszírozott ellátás további kiürülése (ki lesz, aki ott marad dolgozni?).

A lényeg, hogy nem az a fontos, ki a tulajdonos, és nem jelenthetjük ki, hogy az állam vagy a magán közül az egyik jobb vagy rosszabb gazda. Az állam alapvető feladata nem a szolgáltatás, hanem a kontroll, szabályozás: működik-e megfelelő minőségbiztosítási rendszer, a közfinanszírozónak van-e megfelelő tudása a megfelelő ár-érték arányos vásárláshoz, és ellenőrzési képessége, hogy a szolgáltatók valóban azt a szolgáltatást, abban a minőségben és indokolt esetben nyújtják-e. Az, hogy az egészségügyben az állam szolgáltató is, az a piac tökéletlenségéből, az egészség-gazdaságtan specialitásából fakadó sajátosság, de nem alapfunkció. Alapfunkció a XXI. században a szabályozás és minőség és pénzügyi, átláthatósági ellenőrzés.

Tovább megyek (és ez az érem másik oldala): a szektorsemleges finanszírozás elve alapján egy teljesen magán-tőkéből létrehozott magánklinikán miért ne jelentkezhesen OEP támogatott beteg ellátásra, amennyiben azt megfelelő dokumentációval, teljesen transzparensten, megfelelő minőségbiztosítással teszi? De a jelen kormányzati elképzelés nem ebbe az irányba hat, szóval inkább nézzük, hogy...

MI LENNE, HA TELJESEN KETTÉSZEDNÉNK A KÉT RENDSZERT?

Amennyiben kettészedjük valóban két külön-utas egészségügyi rendszert teremtünk meg. Egyrésztől lesz egy nagyon drága, és kevesek által megfinanszírozható költséges magán egészségügyi ellátás. Ahol a teljes beruházás költségét, a szeparált 24/7 működés költségét, a széles spektrumú ellátást a fizetős beteg után keletkező jövedelem kell, hogy ki termelje. Ez járóbeteg szinten működhet, de fekvőbeteg szinten és diagnosztika szinten nem fog tudni működni rentábilisan. A valós nehéz esetek változatlanul képtelen lesz ellátni, és azon eseteket a közfinanszírozásban fognak lecsapódni. Ez megteremti a betegek lefőlözésének alapját.

Másik oldalon létre fog jönni egy olyan közfinanszírozott ellátás, amelynek a plusz forrásait teljesen elveszszük. A közfinanszírozott egészségügynek már jelentős veszteség volt az önkormányzati tulajdonos elvesztése, hiszen az önkormányzatok – igaz változó mértékben – több helyen finanszírozták a kórházai beruházásait. Ma ezt a többlet forrást az intézmények a magán szolgáltatóknak való bérbeadással, vegyes modellek kialakításával teszik meg. Ez a budapesti intézmények esetében is pár milliárd forint plusz bevétel manapság. Ennek a megszűnése a két sebességes egészségügyi rendszer kialakulásának felgyorsulását eredményezheti.

SZEMÉLYES ELŐNYÖK, VERSUS INTÉZMÉNYI, ILLETVE TÁRSADALMI ELŐNYÖK

Nem a magán-szolgáltatókat kell kiüzni a közfinanszírozott egészségügyből, hanem a közfinanszírozást lefőlöző,

közpénzből privát előnyöket kovácsoló hálapénzes, átláthatatlan, minőségileg ellenőrizhetetlen, „feketéző” rendszert kell megszüntetni, amely ma a közfinanszírozott ellátást még sok helyen jellemzi. Valóban nem tartható fenn, és a társadalom kárára van azon ellátási folyamat, amelyben a magánbeteg a magánrendelői konzultáción megvizsgáló orvos aránytalan konzultációs díjat számít fel, majd műtétre a közkórházba küldi, és ott közfinanszírozott rendszerben vesz részt, majd az orvos a gondozást is magán körülmények között végzi. Rosszabb esetben még paraszolvenciát is fizet a beteg az ellátó főorvosnak, aki így keletkező jövedelmét be sem vallja. Tehát a tervezett teljes kettéválasztás csak még tovább erősíti majd ezt a hibás, paraszolvenciára épülő rendszert.

MI JÁR ÉS MI NEM – PRÓBÁLJUK KIMONDANI

A hazai egészségügy fejlesztésének helyes irányát nem a két tulajdonosi és szolgáltatási forma teljes kettéválasztása, hanem a jelentős mértékű, a teljes finanszírozás 1/3-át kitevő magánfinanszírozás előtakarékoságban működő, kifehérített utakon, rendszerszerű mederbe terelése, és az ellátási csomagok meghatározása jelenti. A magán szolgáltatókra éppúgy, mint a közfinanszírozott szolgáltatókra egységes minőségbiztosítási rendszert kell kialakítani, szakmai irányelvekkel, protokollokkal, beszámolási kötelezettséggel.

A magyar egészségügyben fennálló definiált szolgáltatási csomag kereteinek hiánya és szabályozatlan hozzáférési szintek és betegutak következtében nincs lehetőség egy valódi, tiszta, átlátható biztosítási alapú forrás bevonására a rendszerbe, amely nélkül nem teremthető meg forrásbevonásra, a magán-egészségügyi szolgáltatások fejlődése. Mindezekhez hozzájárul még a széles bázisú fizetőképes kereslet hiánya. A magánszolgáltatók elterjedése szorosan összefügg az egészségbiztosítási háttér biztosításával. Lehet magán vagy állami, de biztos, kiszámítható háttér nélkül egy szolgáltató fejlődése sem garantálható. A magánbiztosítás alapja pedig, vagy a tiszta jogszabályi háttér, vagy a gazdasági racionalitás: amit ma meg tudok venni készpénzért, azt a jövőben megérje nekem inkább egyenlő rendszerességgel biztosítás formájában, porlasztott teherviseléssel elfogadnom. Amíg nem tudom, mit vehetek a biztosításon, amit egyébként nem kapok meg, addig nem lesz valós piaca a magánbiztosításnak.

Mindeközben már nemzetközi mércével mérve is egyre jelentősebbek a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai (teljes kiadások 36%-a), nincs megoldva egy extra biztosítási rendszer kialakítása. Így még nemzetközi összehasonlításban is az egyik legkevesebbet költünk egészségügyre közkiadásokból, illetve viszonylag sokat magánkiadásokból. Jellemző, hogy ezek az egyéni egészségügyi kiadások on-the-spot, zsebből fizetődnek, és nagy terhet jelentenek egy viszonylag szűkebb, krónikusan beteg, amúgy is hátrányosan megkülönböztetett rétegnek, mivel semminemű költségteher porlasztó megtakarítás hazánkban nem elterjedt. Ez a legrosszabb és legigazságtalanabb verziót eredményezi! [2]

KIEGÉSZÍTŐ MAGÁN- ÉS ÁLLAMI/NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÓ PIACA ÉS VERSENYE

A hazai egészségügyben kialakult viszonyok középette a magánegészségügy megerősödése nem várható állami központi rendezés, erősítés nélkül. Annak ellenére, hogy az állami egészségügyi források szűkülésével a lakosság részéről egyre nagyobb hajlandóság mutatkozik a közvetlen fizetésű egészségügyi szolgáltatások irányába, döntően a magánegészségügyi szolgáltatás mindaddig megmarad az állami ellátás-t kihasználó, „lefölöző” szolgáltatásként, amíg nem teremtjük meg a közös együttélés tiszta feltételeit.

Javaslatom szerint meg kell teremteni egy, az OEP által működtetendő kiegészítő biztosítási opciót, amely valós és reális alternatívája lehetne a – véleményünk szerint reálisan várhatóan itthon – meg nem nyíló magánegészségbiztosítói piacnak. Mivel a társadalom egyre növekvő részének, és az orvos társadalomnak is, szüksége és igénye van a színvonalasabb, betegközpontú, kulturált és valós értékén kezelt ellátásra, de valós hosszútávú magánegészségügyi szolgáltatási rendszer kialakítása csak közösségi biztosítói finanszírozással teremthető meg.

Tiszta, átlátható érdekeltségi viszonyok megteremtése, a magánegészségügyi szolgáltatók beengedése a közfinanszírozású rendszerbe, kiegészítő biztosítások megteremtése, számos helyen emelheti az ellátás színvonalát, kifehéritő hatással van a rendszerre, és legfőképpen kiszolgálja a társadalmi igényeket, mindamelllett, hogy a magánbiztosítás átlátható tiszta forrást hoz a rendszerbe, amely hivatott lehet valamelyest kompenzálni az egyre csökkenő állami forrásokat.

Amennyiben ezeket a lépéseket nem lépjük meg, úgy várhatóan egyre nőni fog az olló a magán- és állami szolgáltatók és a közellátás között, és egy kétpólusú egészségügyi ellátórendszer irányába haladunk, amely növelni fogja a társadalomban más területeken is egyre jelentkező polarizációt, feszültséget.

AZ ÖRDÖG PERSZE A RÉSZLETEKBE BÚJIK MEG...

A kiegészítő csomag lényege a nagyobb szabadság, nagyobb orvos és intézményválasztás lehetősége. A mostani egészségügyi reform folyamat elképzeléseibe szervesen illeszthető a betegutak meghatározására alapuló igénybevétel szűkítése. Ezzel szemben az extra biztosításért cserébe szabad intézményválasztás lenne megvásárolható, és kialakulna egy verseny a szolgáltatók között. Jelentős hívó

szó, hogy az adott intézmény, amely ilyen pluszbiztosítással rendelkező beteget lát el (2 forrásból), magasabb összeget kap (javaslatom szerint 120-130%-ot) érte. Minden ilyen beteg ellátása az OEP kasszájának megtakarítást jelent, hiszen nem kell a teljes finanszírozási összeget kifizetnie, hanem csak annak a 70-80%-át, így az OEP-nek is érdeke ezen betegkör terjedése. A magánbiztosító is jól jár, hiszen ő csak az extrát fizeti meg, (40-50%-ot), és a plusz biztosítással rendelkező beteg is jól jár, hiszen világosan meghatározható extra szolgáltatásokat kap a pénzéért.

Amennyiben a magán- és állami szolgáltató is vállalja az állami egészségügyi rendszer szakmai, és finanszírozási feltételeinek való megfelelést, úgy ezen plusz biztosítással rendelkező kör ellátására ő is szerződhet. Hozzáadott és vonzó értéket biztosíthat (és régóta megoldatlan problémára nyújt megoldást), a szolgáltató semleges finanszírozás a magasabb csomagban (magyarán magánorvoshoz is mehetné a biztosításom terhére). Ahogy itt nem érvényesül oly szigorúan a progresszivitási szint és a betegút, választható lenne magánegészségügyi szolgáltató is, amely az adott közfinanszírozott intézmény által nyújtott feltételekkel köteles vállalni az ellátást, és az OEP-től a finanszírozási összeg csak egy részét, (pl.: 70-80%-át) kapja meg. Evvel csökkenti az állami ellátás leterheltségét, versenyhelyzet révén emeli a színvonalat.

ÖSSZEFOGLALÁS

Összefoglalásul elmondhatjuk, a hazai egészségügyben a magán és állami egészségügyi szolgáltatások sok helyen együtt, összekapcsolódva működnek. Általánosítás lenne azt mondani, hogy az egyik jó és a másik rossz, és egységesen ketté kell választani a két rendszert. Az állam szabályozó, minőségbiztosító és átláthatóság növelő szerepével tisztítani kell az egészségügyet, de igenis szükség van a magántőkére a közfinanszírozott rendszer javítására érdekében. A dolgozat második részében javaslatot tettem egy kiegészítő, vagy megosztott járulékfizetés mentén kialakuló magánbiztosítási forma létrehozására, amely kezelné a differenciált társadalmi igényeket, és csökkentené a közvetlen magán fizetési formát.

Jelen javaslatomat vitaindítónak szánom, egy valós szakmai konszenzuson nyugvó megoldás irányába. Hiszen vallom, hogy bárminemű konszenzusos rendszer felé való elmozdulás közös szakmai egyeztetésen kell, hogy múljon, és nem kell egyedül a kormány vállalást nyomnia.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] <http://vs.hu/gazdasag/osszes/senki-nem-erti-mit-akar-nak-az-egeszseguggyel-1031#!s0>
 [2] Orosz Éva, ELTE Társadalomtudományi Kar: „A szociális és egészségügyi rendszerek globális kihívásai” kon-

ferencia 2012 szept. 8. http://egk.tatk.elte.hu/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=208&Itemid=68

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Rékassy Balázs 1992-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános orvosi karán, majd a Londoni Egyetemen (LSHTM and LSE) Health Service Management MSc végzettséget szerzett, ugyanitt további két évig kutató munkát végzett. Az ELTE Társadalom Tudományi Kar, Gyógyszerpolitika és gyógyszer-gazdaságtani elemző szak-képzettséget szerzett 2010-ben. Volt az Egészségügyi Minisztérium Miniszteri tanácsadója, a Világbanki Program Iro-

da népegészségügyi projektjeinek munkatársa, majd az Irányított betegellátás programjának egyik kidolgozója. Saját orvosi könyv- és orvosi folyóirat kiadóját (Medition) 2000-ben alapította. Az ING biztosító Egészségbiztosítási osztályának vezetője, a Vitalitás biztosítás és kórházi matrix osztály létrehozója. Egészségpénztár alapítója, az Egészség Kutató Intézet alapítója. Az utóbbi hét évben a gyógyszeriparban dolgozik. 2012 január óta GlaxoSmithKline Kft. kormányzati kapcsolatok és kommunikációs igazgatója, majd az utóbbi 10 évben a gyógyszeriparban (Boiron, Pfizer GSK) vezetői pozícióba dolgozott.

Személyre szabott kerekasztal

Az elmúlt években az onkológiai betegek számára számtalan, az eddigiektől gyökeresen eltérő ún. célzott terápiás lehetőség vált elérhetővé. E valóban csodás eredményekre képes eszközök eredményes felhasználása új szemléletet követel. Megfelelő célzás (labordiagnosztika) nélkül például egyáltalán nem alkalmazhatóak a személyre szabott gyógyítás ezen eszközei.

A Magyar Rákellenes Liga kezdeményezésére 2005 szeptemberében jött létre az Onkológiai Kerekasztal. A Kerekasztalra hagyományosan meghívást kapnak a releváns betegszervezetek és a szakma képviselői, valamint a szakmai és pénzügyi döntés előkészítők és döntéshozók. Az Onkológiai Kerekasztal üléseire nagyjából évente kerül sor, ahol mindig más, az onkológiai kezelés éppen legaktuálisabb kérdéseivel foglalkoznak a meghívottak.

Az Onkológiai Kerekasztal legutolsó ülését az elmúlt héteken „Merre tart a személyre szabott medicina?” címmel tartották meg. A mostani ülés célja az volt, hogy irányítsa a figyelmet arra, hogy a magyarországi onkológiai halálzási adatokon jelentősen lehetne javítani, ha felállna a személyre szabott terápiák rendszere a diagnosztikában és a terápiás szemléletben egyaránt. A speciális témára való tekintettel egyúttal a Magyar Személyre Szabott Medicina Társaságot (MSZMT) is felkérték, hogy legyen az esemény szakmai védnöke.

A házigazda (Magyar Rákellenes Liga) és a szakmai védnök (Magyar Személyre Szabott Medicina Társaság) mellett az eseményen képviseltette magát a Magyar Onkológusok Társasága, a Magyar Klinikai Onkológiai Társaság, az Országos Onkológiai Intézet, az Onkológia és sugárterápia szakmai kollégium, a Patológia szakmai kollégium, a Tüdőgyógyászat szakmai kollégium, valamint az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK), a Nemzeti Betegforum (NBF), a Terápiás Együttműködésért az Egészségügyben Közhasznú Egyesület (TEREK), és a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ).

A szervező Magyar Rákellenes Liga vitaindítójában elmondta, hogy az elmúlt években számtalan, az eddigiektől gyökeresen eltérő módszerű kezelési lehetőség látott napvilágot, amik újszerű megközelítést igényelnek mind a beteg, mind a kezelőorvos részéről. Jellemzően azonban csak a lehetőségekről esik szó a korlátokról annál kevésbé, pedig fontos, hogy az érintettek megértsék a személyre szabottság lényegét a túlzott elvárások megelőzése érdekében.

A költséghatékonysági összefoglalóban bemutatták, hogy az elmúlt évek adatai alapján a célzott terápiás megoldások egyértelműen költséghatékonyságot növelő eszköznek bizonyultak. Mindazonáltal már itt felhívták rá figyelmet, hogy az elérhető hatékonyságnövekedés kulcsa a célzottság és (a beteg személyes kockázat) beazonosítás, illetve hogy a költségcsökkenés hosszabb életszakaszokat vizsgálva adja ki a maximumát.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a hiteles terápiás döntések elengedhetetlen feltétele a megfelelő diagnosztikai lehetőségek megteremtése, kialakítása. Ennek része, hogy mind orvosi, mind humánus szempontokból elfogadhatatlan, ha a hiányzó diagnosztikai lehetőség/kapacitás miatt kell az érintett betegnek hosszán várakoznia.

A résztvevő szakemberek részletesen bemutatták, hogy ebben a gyorsan fejlődő és növekvő szegmensben már most is súlyos a diagnosztika alulfinanszírozottsága. A helyzetet jól mutatja, hogy míg 2013-ban mintegy 900 millió forintnyi értékben végeztek el molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat az állami finanszírozású rendszerben, addig az erre előirányzott éves keret mintegy 200-250 millió forint volt csak. E hiány finanszírozására a diagnosztikai központok hosszabb távon képtelenek, aminek már most vannak kézzelfogható jelei.

Ez utóbbi kérdés a modern, célzott terápiás gyógyszerek alkalmazásához is szorosan kapcsolódó téma. A legtöbb ilyen jellegű készítménynek ugyanis már a forgalomba hozatali engedélyében (törzskönyvében) előírják, hogy milyen

(Folytatás a 43. oldalon)