

Radnai György, az Egészségügyi Reform Programiroda kormánybiztosának válasza a Magyar Kórházzövetségnek az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezettel kapcsolatos kérdéseire

Az Irányított Betegellátási Konferenciára megjelent III. évf. 4. számunkban behatóan foglalkoztunk az ellátásszervezőkről szóló törvény kapcsán megjelent véleményekkel. Mint látható, – tekintve a kérdés egészségpolitikai aktualitását – jelen számunkban sincs ez másként! Küldetésünkben adódóan, szolgálni kívánjuk a szigorúan szakmai jellegű kommunikációt, így próbálva hozzájárulni a felek párbeszédéhez a vitatott kérdésekben. Ennek szellemében jelentjük meg az Ellátásszervezésről szóló törvénytervezet Kórházzövetségi kritikájának pontjait és az arra adott Kormánybiztosi választ. A közlemény alapját Radnai György kormánybiztosnak 2004. május 27-én kelt, dr. Golub Ivánhoz intézett levele szolgáltatja. A levél bevezető bekezdéseit elhagyva, a Kórházzövetség kérdéseire adott válaszokat szó szerint közöljük.

Munkatársaimmal feldolgoztuk észrevételeiket és tájékoztatom, – ahogy azt a Nemzeti Egészségügyi Tanács május 25-i ülésén kézhez vett törvénytervezet munkapéldánya is tükrözi – hogy időközben **számos javaslatukat** (1/b)-c); 1/e); 2/c); 4/b); 4/d-e); 4/f); 4/h) pontok) **figyelembe vettük**.

Véleményem szerint a törvénytervezet néhány pontjára adott észrevételük **félreértésből adódhat**, így ezekre (1/d); 2/a); 3/a); 3/c); 3/e); 3/f); 3/g); 4/g) pontok) pontosító és kiegészítő válaszokat adok.

Néhány kérdés (1/a); 2/b); 2/d); 3/b); 3/d); 4/a); 4/c) pontok) – a közöttünk meglévő véleménykülönbségre tekintettel – **további megbeszélést igényel**.

A törvénytervezettel kapcsolatban megfogalmazott **észrevételeikre**, – a fentiekben leírtakkal összhangban – a következő konkrét válaszokat adom.

*1/a) A javaslat a kötelező betegutak előírásával jelentősen csökkenti a szabad orvosválasztás lehetőségét.**

A **szabad orvos- és intézményválasztás joga** nem szenved csorbát, mivel ugyanazon jogokat biztosítja az új ellátási rendszer e téren, mint a jelenlegi, azzal a különbséggel, hogy a szervező a „beteg mellé lépve” a hatékony ellátás érdekében a megfelelő szintre irányítja, segíti a beteget. A „szabad orvosválasztás” a gyakorlatban így csak most valósulhat meg ténylegesen: hiszen a beteg ezután rendelkezik majd valós információval döntéséhez.

1/b)-c) Komoly anyagi terhet ró mindazokra, akik nem az ellátásszervező által előírt betegutakat veszik igénybe. Nem

* A dőlt betűs részek a Magyar Kórházzövetség „az egészségügyi ellátásszervezőkről” szóló törvény tervezetéről készült állásfoglalásában foglaltakat idézik.

biztosítja a betegek számára kötelezettségeik megismerését és evvel fokozza anyagi és egészségi kockázataikat.

A **betegút szervezésére** vonatkozó szabályok megszegése esetén a biztosítottak nincs fizetési kötelezettsége, így külön, erre vonatkozó tájékoztatási igény sem szükséges.

1/d) A szervezőt profit érdekeltté teszi a költségek visszafogásával a szolgáltatások korlátozásában, ami alulkezeléshez vezethet.

A **szervező profitérdekeltisége** nem egyenlő a finanszírozási lehetőségek szűkítésével, a szolgáltatások korlátozásával. Az ellátásszervező az eredményes gyógyító-megelőző tevékenységben érdekelt: erős korlátok közé szorított profitérdekeltiség nem eredményezi az alulkezelést, az ellátásszervező abban érdekelt, hogy a betegek minél több évet töltsenek egészségben, s minél ritkábban betegedjenek meg. Ennek elérése érdekében „többet” kell adni számukra mind lehetőségben, mind ellátást, mind infrastruktúrát illetően.

1/e) A betegek személyi és orvosi titoktartás alá eső adataikat arra illetéktelenek kezelnék.

A **betegek adatainak titokvédelme** körében a törvénytervezet az adatvédelmi biztos ajánlása alapján foglalkozik a kérdéssel, pontosításra kerültek a vonatkozó rendelkezések.

2/a) A szolgáltatások és a szolgáltatók struktúráját, igénybevételét, finanszírozását nem tulajdonosuk és a közpénzek legitím gazdája, hanem egészségügyi gyakorlattal nem feltétlenül rendelkező üzletemberek határozzák meg.

A **szervező szakmai felkészültségét** tekintve a törvénytervezet megköveteli a megfelelő, széleskörű szakértelemmel rendelkező szakmai és szervezői menedzsment foglalkoztatását, igénybevételét, e nélkül a szervezés nem lehet eredményes. Az orvos, az egészségügyi vezető kellő tudással bír a szolgáltatói kör minőségi teljesítésének értékelésére, a tulajdonos éppen ezért veszi igénybe szakképzettségét, tudását, tehát a szolgáltatók igénybevételét orvosok, fogorvosok és más egészségügyi szakemberek határozzák meg. Örömmel veszem minden olyan javaslatát, amely erősíti a szakmai követelmények megjelenését, erősíti az orvos-szakemberek szerepét.

2/b) A szakellátást szolgáltatók többsége jelentős számú ellátásszervezővel kerülne szerződéses kapcsolatba, mely áttekinthetetlen rendszert és jelentős adminisztrációs terheket jelentene.

A betegek adekvát gyógyítása érdekében az **egészségügyi szolgáltatóknak** is részt kell venniük a korszerűbb, beteg-centrikus ellátásban, akkor is, ha ez adminisztrációs terhet jelent. Ne felejtjük el, hogy cserébe komoly pénzügyi és érdekeltségi támogatást kap az ellátásszervezőtől mind infrastruktúrában, mind beruházásban, mind anyagiakban. Az ellátásban résztvevő feleknek logisztikai hátterüket fel kell építeni, együttműködési kapcsolatrendszerüket optimalizálni kell.

2/c) A szervezők helyi ellátási protokollokat készíthetnének, ezek egymástól való eltérései a szakmai munka egységességét, azonos színvonalon történő hozzáférhetőségét szüntetik meg.

4/h) A minőségbiztosítási kritériumok szervezőnkénti meghatározása összeférhetetlen a közfinanszírozás szabályaival.

Helyi protokollok egymással és az országos eljárási renddel történő ütközése rendezésre került, így a tervezetben a betegutak hatékonyságának elve alapján helyi protokollok kialakítása kiegészítő jelleggel, az ellátási terület lakosságának egészségi állapotára és speciális igényeire tekintettel lehetséges.

2/d) A szolgáltatók teljesen kiszorulnának az ellátásszervezésből, pénzügyi és szakmai értelemben kiszolgáltatódnának a szervezőknek.

Az ellátásszervezés lényege, hogy a ténylegesen szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézmények és a kifizetést teljesítő OEP közé – a közpénzek ellenőrzött felhasználása érdekében – **egy ellenőrzési pont, a szervező** lépjen be. Ez egyaránt szolgálja a beteg, a szolgáltatók, a fenntartók, és tulajdonosok érdekeit is. Egyébként a szolgáltatók nem lesznek kiszolgáltatottak, nem kötelesek szerződést kötni a szervezővel, adekvát ellátás esetén hozzájutnak pénzükhöz.

3/a) Az európai unió egyetlen tagállamában sem kap súlyos ponti szerepet a magántőke a közpénzek elosztásában.

A **közpénzek elosztásában** nem vesz részt közvetlenül az ellátásszervező. Elvi számlájára közpénz nem kerül, nem finanszíroz egészségügyi szolgáltatást. A finanszírozási források elosztása a szervező engedélyét követően továbbra „egy kasszából” (OEP) történik. A magántőke nem a közpénz elosztásában kap szerepet, hanem a betegek érdekét szem előtt tartva, a hatékony és színvonalas egészségügyi szolgáltatások megszervezését végzi.

3/b) Csak profitorientált magánbiztosítók és bankok jelentkezése várható ellátásszervezőként az 50 milliárd Ft-os befektetési kényszer miatt. Ezek után a harmadik esztendőitől csak 5%-os megtakarítási szintet feltételezve is évi 15 milliárd Ft-

ot vihetnek ki a kötelező egészségbiztosítási szolgáltatások pénzalapjából profitként.

Az ellátásszervezés a változatlanul szolidaritási elven működő társadalombiztosítás részelemeként jelenik meg. Az igénybevett ellátások kifizetését, – a jelenlegi szabályoknak megfelelően – az OEP fogja végezni. Az ellátásszervező tehát kizárólag akkor jut pénzhez, ha a hozzá tartozó lakosok ellátását a jelenlegi rendszernél hatékonyabban szervezi meg, részére csak a megtakarítás kerül kifizetésre. Az így felszabadított pénznek azonban szintén csak egy részét használhatja fel szabadon (működési költség, nyereség), a nagyobb részét – mintegy 75%-át – az egészségügybe kell visszaforgatnia. Vegyük észre: a mai rendszer rendkívül pazarló, **a források, fejlesztési pénzek nem ott képződnek, ahol a legégetőbb szükség van rá**, nincs valódi kontroll arra, hogy a pénz elköltése mögött milyen tényleges egészségnyereség képződik. Azt állítom, hogy **a pazarlás csökkentése lesz nagyobb, és ennek egy része fog megjelenni az ellátásszervezőnél, így összességében több forrás szolgálja majd a valódi egészségügyi ellátását.**

3/c) A pénzbeli betét nem játszik pozitív szerepet a szolgáltatások finanszírozásában, mivel ennek csak 20%-a kerül a likviditási alapba, a maradék 80% sorsa ismeretlen.

Ez a tipikusan „állami” gondolkodás. Az **ellátásszervező** gazdasági társasági formában működik, **jegyzett tőkéje a biztonságos működés egyik garanciája**. A szolgáltatások finanszírozása nem függ a szervező tőkéjének nagyságától, a finanszírozás továbbra is az OEP feladata. A szervező jegyzett tőkéjének **20%-át elkülönített letéti alszámlán** tartja a tevékenységével összefüggésben jelentkező esetleges kockázatok kezelése céljából. Az általános szabályok szerint működő gazdasági társaságokra vonatkozó rendelkezéseknél lényegesen szigorúbb szabály ez, hiszen alapesetben a jegyzett tőkét befizeti, de nem köteles folyamatosan elkülönítve tartani. A jegyzett tőke 80%-ára tehát az általános szabályok vonatkoznak. Gondoljunk ugyanakkor végig: a tőke azért „jön be” az ellátásszervezési rendszerbe, mert úgy látja, van lehetősége a megtérülésre. De a tőke nem pazarol, szigorúan megköveteli majd, hogy a befektetett pénzt célirányosan használják fel. **Ez azt jelenti, hogy a tőkeforintokat is egészségügyi, informatikai, infrastrukturális célokra fogják felhasználni.**

3/d) Bizonytalan az ellátásszervezők tőkekövetelményeinek meghatározása és mértéke. Érvényesíthetetlen, hogy az valódi többlettőkeként felhasználva a fejlesztési források, az egészségnyereség céljaira fordítódjanak.

A gazdasági társaságokra általánosan előírt tőkekövetelménynél szigorúbb szabályok meghatározása garanciális okból történt. Ez a rendelkezés jelentős forrást áramoltat (tulajdonszerzés nélkül!) az ellátórendszerbe, és ez a garancia arra, hogy van fedezete az ellátásszervezéshez szükséges be-

ruházásoknak. Beruházás esetén a létrejövő vagyon nem az ellátásszervező, hanem kizárólag az ellátásszervezővel szolgáltatási, vagy együttműködési szerződést kötött szolgáltatók, önkéntes kölcsönös egészségpénztárak tulajdonába kerülhet, és az egészségfejlesztés céljainak meghatározása csak a tulajdonos egyetértésével történhet. Ezáltal elkerülhető, hogy az egészségfejlesztés leple alatt az ellátásszervező vagyonának gyarapodása következzen be. „Magyarország jogállama, tehát a törvénytervezet elfogadását követően a törvényi rendelkezések minden jogalkalmazóra kötelezettségeket róznak.” Megjegyzem, hogy a mai egészségügyi rendszerben semmilyen fék, vagy hathatós ellenőrzés nem működik arra vonatkozóan, hogy az évente rendelkezésre álló források valóban a szükségleteknek megfelelően kerülnek felhasználásra.

3/e) Az egészségfejlesztési szolgáltatások nem tartoznak ma az alapvető szolgáltatások (E. Alap) körébe. Ezekre a tervezet szerint évente 22.5 milliárdot lehetne kivenni az E. Alapból, sőt ennek terhére lehetne elszámolni a kötelező 50 md-os befektetést is. Ebből fejlesztés címen rekreációs (pl. uszoda) beruházástól a magánkórházig bármi létesíthető, támogatható.

Az egészségfejlesztés, egészségnevelés, a primer prevenció az ellátási alapsomag részévé válik, amelynek finanszírozását az E. Alapból a prevenció díj, illetve a megtakarítás terhére kell megvalósítani. Ez a jelenlegi általános rendszerből hiányzott, a javasolt új rendszer **betegségügy helyett, valódi egészségügyet valósít meg**. Az ellátásszervező abban válik érdekeltté, hogy az emberek minél tovább maradjanak egészségesek, illetve a betegségeiket időben felismerjék és gondozzák. **A megjegyzés alapvető félreértés**, mivel a szervező úgy fogja a forrásokat allokálni, hogy a beteg állapotának megfelelő szolgáltatást nyújtsa. Éppen ellenkezőleg: a tulajdonosi forma változása is segíthet. A törvénytervezetben előírt céloktól eltérően nem történhet az egészségfejlesztési források felhasználása.

3/f) Az ellátásszervezői rendszerben definiálatlanok az állam feladatai és a feladatellátás garanciái.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos **állami feladatok nem változnak**. Az ellátásszervezéssel kapcsolatos garanciákat a törvénytervezet körültekintően szabályozza (személyi, tárgyi feltételek, jegyzett tőke követelmény, vagyoni biztosíték, céltartalék, felügyeleti rendszer, minőségbiztosítási és fogyasztóvédelmi szabályok).

3/g) Tisztázatlan, hogy mi az állam felelőssége ill. az OEP útján vállalt garancia tartalma az ellátásszervező csődje esetén.

Teljes félreértés! Az ellátásszervező gazdasági csődje nem érinti az állam egészségügyi ellátási kötelezettségét. A szolgáltatások finanszírozása, a lakosság ellátása az ellátásszervező megszűnése és átalakulása esetén is az OEP és a szolgáltatók által történik, az általános szabályok szerint.

4/a) Az egészségbiztosítás működési költségei legalább is duplázódnának a betegellátás terhére.

A törvénytervezet éppen **azt célozza, hogy a rendelkezésre álló pénzek felhasználása hatékonyabbá váljon**, azaz hogy az ellátásszervező célirányosan terelje a beteget a megfelelő kezelésre. Ezzel elérhető a betegutak optimalizálódása, a költségek csökkenése és ezzel a párhuzamos és indokolatlan ellátások megszüntetése. Az egészségbiztosítás működési költségei átrendeződnek a megváltozott feladatokhoz igazodva. Egyes helyeken megtakarítások keletkeznek, melyek más területeken jelentkező feladatokhoz rendelhetők. **Így összességében nem nőnek az egészségbiztosítás rendszerének költségei.**

4/b) Az ellátásszervezőknek a törvény koncesszióba átadott biztosító pénztári szerepkört biztosít.

Változatlanul megmarad az „**egy biztosítós modell**”, a szervezők az OEP „**kinyújtott karjaiként**” működnek. Az ellátásszervezési szerződésben a határozatlan, de minimum 10 éves határidőt az indokolja, hogy az ellátásszervező is részesüljön garanciában, hogy beruházása megtérülhet, nem kerül ki megtérülési időn belül a rendszerből, ha jól teljesít.

4/c) Az ellátásszervező-finanszírozó for-profit alapú működése a szolgáltatói oldalon is for-profit intézmények előretörését hozhatja a kölcsönös érdekeltség miatt.

Lehet hogy ez így lesz, lehet, hogy nem, de egyrészt ez az ellátásszervezői rendszer kiterjesztése nélkül is bekövetkezhet, másrészt ez a kérdés nem ennek a javaslatnak szerves része.

4/d) Az ellátásszervezők és azok felügyelete, valamint a szerződéskötések új rendszere szükségtelenné teszi az OEP működését.

4/e) Az ellátásszervezők felügyelete az OEP-re is kiterjedne, ami összeférhetetlen.

A szolgáltatók a továbbiakban is megkötik a finanszírozási szerződéseket, azonban a szolgáltatási szerződésekkel ellentétes finanszírozási szerződési rendelkezések a Felügyelet általi jóváhagyással hatályukat veszítik. **A Felügyelet jogköre** az OEP ellenőrzésével kapcsolatban módosításra került, ezáltal az OEP szerepe tisztázódott. Mint a közpénzek elszámolója szükséges és vitathatatlan a léte, nincs szó összeférhetlenségről. A Felügyelet az OEP-et csak a törvénytervezet rendelkezéseinek végrehajtásában ellenőrzi.

4/f) EU követelmény a biztosításban az átlátható térítési formák, elismert és tényleges költségek bemutatása, most ettől a rendszer teljesen elszakad.

Nem! Meg kell oldani az informatikai követelményeknek megfelelő rendszer kialakítását, de ezt a problémát **egyéb-**

ként is meg kellene oldani az adekvát egészségügyi szolgáltatási struktúra megteremtése érdekében.

4/g) A fejkvóta számításának szabályai hiányoznak a törvényből.

A fejkvóta szabályait nem jelen törvénytervezet, hanem külön jogszabály hivatott szabályozni.

Az **alkotmányosság és törvényesség** érdekében megfogalmazott megállapításokra véleményemet a következők szerint összegzem:

5/a) Az általánosan érvényes finanszírozási szabályoktól történő szervezőnkénti eltérés sérti az egységes hozzáférés és elbánás alkotmányos elvét.

A törvénytervezetben szereplő finanszírozási szabály **nem sérti** az egységes hozzáférés és az egyenlő elbánás alkotmányos elvét, hanem éppen ellenkezőleg: a betegek egyes igényeihez, állapotához alkalmazkodva az eltérítési lehetőség azt célozza, hogy a finanszírozási rendszer képes legyen követni az egyes betegségek esetén jelentkező eltérő szolgáltatási tartalmat. Az ellátásszervező arra jogosult tehát, hogy szolgáltatás típusokat (és nem szolgáltatásokat!) **plusz, mínusz 15%-kal** eltérített módon finanszírozzon. Az így keletkező megtakarítás, azonban **nem vehető ki az egészségbiztosításból**, azt teljes mértékben az egészségügyi rendszerbe kell visszaforgatni.

5/b) Az egészségfejlesztési szolgáltatások E. Alapból történő finanszírozásával ezek is kikerülnek az egységes hozzáférés alkotmányos hatálya alól.

Az **egészségfejlesztés és a prevenció**, – amely mindent megelőző prioritással bír, és amely minden hivatását szerető orvos álma – eddig gyakorlatilag teljes egészében hiányzott a rendszerből. A törvénytervezet a háttér megteremtésével ezt a hiányosságot igyekszik maradéktalanul pótolni és ezzel biztosítja az egységes hozzáférés alkotmányos elvét is. Az ellátásszervező legfontosabb feladata a hozzátartozó lakosság egészségben tartása. Ennek érdekében – az egészségfejlesztés körében – szervezi az egészséges életmódra nevelő programokat, a szűréseket, végzi a betegút követést. Az ellátásszervező feladata annak biztosítása, hogy akár helyben, akár attól távolabb, minden lakos a tényleges egészségügyi szükségletei szerint részesüljön ellátásban. Ennek révén jelentős mértékben **növekszik a lakosság esélyegyenlősége az egyes egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez**, illetve igénybevitelhez.

5/c) A területi elv alapján működő szervezők felfüggesztik az Ötv önkormányzati jogosultságait, tartalom nélkülivé teszik eljárási felelősségüket.

Az ellátásszervező működése **nem érinti az önkormányzat ellátási kötelezettségét, vagy tulajdonosi jogait**, ellenkezőleg: elősegíti azok erősítését, hatékony megvalósulását. A szervező tevékenységéről évente két alkalommal tájékoztatja az illetékes önkormányzatot és ennek keretében javaslatot tesz a szolgáltatások fejlesztésére (ide értve az intézmények állapotát, az ellátás minőségét, az intézmények műszerezettségét stb.). Ez alapján az önkormányzat egy újabb szakmai szereplő gyakorlati tapasztalatai, javaslatai birtokába jut. A szervező az egészségfejlesztésre és az intézményfejlesztésre elkülönített forrásokat az önkormányzatok döntésének megfelelően köteles az önkormányzati egészségügyi szolgáltatókhoz eljuttatni. Az önkormányzatok a jogszabály által kötelezően az intézményeknek juttatandó ezen források tulajdonosává válnak. Ugyancsak az önkormányzatok döntenek arról, hogy az orvosokat, ápolókat és más egészségügyi dolgozókat az ellátásszervező eredményes tevékenysége következtében létrejövő források terhére milyen juttatás illeti meg.

5/d) A beutalási szabályzatok elkészülésének ellátásszervezői új jogosítványa ellentmond az önkormányzatok törvénybe foglalt jogosultságainak.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga tartalmilag gazdagodik: **hatékony, a betegeket kímélő betegút szervezési rendszer kerül bevezetésre**. A szervezett betegutak előírása ténylegesen teremti meg a szabad orvosválasztás lehetőségét, hiszen a szervező, a beteg „mellé lépve” segíti az egészségügy rendszerében a legmegfelelőbb ellátáshoz történő hozzájutást, a lehető leghatékonyabb módon. Minden biztosított számára lehetővé kell tenni, hogy az illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz fordulhasson és ezen túlmenően az egyes ellátásszervezőkhöz tartozó lakosság esetén biztosítani kell más egészségügyi szolgáltató igénybevitelét is, ha a szervező rendszerén belül nem áll rendelkezésre megfelelő ellátás.

5/e) Az átmeneti két év alatt a fejkvóta számítás térségeket preferál, ami az azonos állampolgári elbánás és esély sérelméhez vezet.

A fejkvóta térségi alapú leosztásának szabályait egyáltalán **nem érinti** a törvénytervezet. A fejkvóta az ellátásszervező rendelkezésére álló lakosonkénti forrásösszeg meghatározója, ebből a szükségleteknek megfelelően történik a lakossági ellátások finanszírozása a fent leírt szabályoknak megfelelően.

Remélem levelemmel sikerült néhány kérdést megnyugtató módon megválaszolni és néhány félreértést eloszlatni. Tudom, hogy számos kérdés megítélésében álláspontunk különböző. Fontosnak tartom ugyanakkor azt, hogy rendezett módon fennmaradjon közöttünk a párbeszéd, ezért – a szakértői munkacsoportokban folyó munkákon túl – megtiszteltetésnek venném, ha módom lenne a Kórházszövetség egyik elnökségi ülésén konzultálni Önökkel a legfontosabb kérdésekben.

Radnai György bemutatását lapunk III. évfolyamának 1. számában olvashatják.