

Beköszöntő – Járóbeteg esélyek 2019



Ha szeptember, akkor járóbeteg szakellátás! IME lapszám a járóbeteg szakellátás jegyében és Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási és Szakdolgozói Konferencia Balatonfüreden. Ilyenkor végre reflektorfénybe kerülhet az egészségpolitikai szlogenek szintjén régóta preferált, de eléggé mégsem prosperáló és szakmailag sem a helyén kezelt, elismert és a finanszírozó által is gondozott ellátási szint. Szaklapunk jelen száma igyekszik több rovatában is a járóbeteg szakellátás köréből egy-egy témát felkínálni a Tisztelt Olvasóknak, bemutatva milyen széles is az a kör, amelyet érint ez az ellátási szint. Ennek jegyében a menedzsment, a klinikum, az egészség-társadalom és az egészséggazdaságtan rovatunkat is nagyrészt a járóbeteg szakellátásnak szenteltük – az IME és a Medicina 2000 évek óta gyümölcsöző együttműködésének jegyében.

Nézzük meg, rendszerszinten milyen problémák is feszítik ennek az ellátási szintnek a működését, milyen innovációs igénye lép fel ennek az ellátási szintnek! Hiszen gondok vannak: ha megkérdezzük a lakosságot, mi okozza a legnagyobb elégedetlenséget az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban, a legtöbb elégedetlenkedő válasz a járóbeteg szakellátásban – szakrendelőben és kórházi szakambulanciákon – tapasztalható hosszú betegfogadási listákat, illetve a várótermi várakozást emeli ki. Nem is véletlenül ilyen jelentős a panaszarány, hiszen az ellátórendszernek ezen a szintjén történik az orvos-beteg találkozások jelentős része – annyi, mint a háziorvosi rendszerben. Ennek ellenére várat magára a terület átgondolása, a működés szabályai nagyon régóta nem változtak. Nincsenek motiváló eszközök az igénybevétel racionalizálására, az ellátások definitív jellegének növelésére. A szakorvosi vizit díja alacsony, elszakadt a bérektől és a vállalkozói díjaktól. A szolgáltatók az egyszerűbb, kis költségű tevékenységek „pörgetésével” élnek csak túl. Nincs motiváció a bonyolultabb esetek ellátására, a teljes kivizsgálásra, a költséges és rossz fedezetű beavatkozások elvégzésére. Működik az egészség-gazdaságtan irodalmában régóta leírt, a jelen finanszírozási eszközeinktől várható módon keletkező „kéményhatás”, amely a magasabb ellátási szintek felé húzza a betegeket.

Persze lehetne mondani, ne keseregjen a szektor, oldja meg a gondjait maga, az adott kereteken belül. Sajnos beavatkozási eszköztárunk igencsak korlátos, amely a következők – példaértékű – finanszírozási esettanulmánnyal jól illusztrálható. Az endokrinológiai ellátás nagyon veszteséges, rosszul „kódolható”, illetve sok veszteséges laborvizsgálatot igényel. Mivel a rendelőintézetünkben 100 nap körülire kúszott fel a betegfogadási lista hossza, órátcsoportosítással újabb kapacitásokat nyitottunk és szerződöttünk orvost – intézményi fedezetűk romlása ellenére. Örömmük a csaknem megduplázott kapacitás miatt 30 napra csökkenő betegfogadási lista miatt korai volt: egyre több beteg érkezett máshonnan, és rövid időn belül ismét 60 majd 90 nap fölé emelkedett a betegfogadási listán való várakozás. Azaz magunk – voluntarista módon – nem tudjuk megoldani a kérdést, ahhoz kell a szabályozó és a finanszírozó segítsége is.

Az általunk javasolt innovatív beavatkozások a következők:

- a betegfogadási idő és a betegvárakoztatás monitorizálása, párhuzamosan a szolgáltatás igénybevételi mutatókkal. Ha szükséges, beavatkozás szabályozási, finanszírozás eszközökkel, ösztönzőkkel és fékekkel.
- A definitivitás támogatása a járóbeteg szakellátásban: a sebészeti típusú és az általában nem „pörgethető” beavatkozások, egynapos ellátások is váljanak TVK mentessé, hasonlóan a kórháziakhoz.
- Kódkarbantartás, finanszírozás teendői: trendanalízis szükséges arra, hogy lássuk, hol áramlik ki több forrás a rendszerből: i) Milyen vizsgálatok száma nőtt meg nagyon, melyeké változatlan, vagy csökkent? Mindez indokolt volt-e a technológia, betegutak változása tükrében? ii) Szakmánként milyen beavatkozások teszik ki a legnagyobb részarányt, és az hogyan változott? Milyen beavatkozásokat tudtak multiplikálni, van-e ennek jótékony hatása az ellátórendszerre, a betegek állapotára? Kell-e azokat visszafogni? iii) Milyen beavatkozások száma csökkent? Ez magyarázható-e a technológia, betegutak változásával, vagy egyszerűen csak rosszul finanszírozottak, és ezért inkább nem végzik azokat? iv) Az elvégzett vizsgálatok közül melyek minősülnek definitív (kórházi ellátást kiváltó) ellátásnak? Ha ezek száma nem nőtt, nem várható „pörgetésük”, preferálhatók pontérték-növeléssel.
- A Magyarországon nemzetközi összehasonlításban is magas, járóbeteg szakellátásban megjelenő esetszám csökkentése, szakmai-szabályozói intézkedésekkel.
- A veszteséges szakmák finanszírozásának javítása, akár kiegészítő finanszírozás bevezetésével.
- A laborvizsgálatok számának csökkentése, fékek és ösztönzők beépítésével.

El kell fogadnunk, hogy ezen a téren szabályozói/finanszírozói innovációra van szükség! Az idén nagykorúvá váló IME és szakmai stábjának tudományos és szervezési tudása és az idén 26 éves Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségbe tömörült 79 járóbeteg intézmény ezért kész részt venni ezen célok megvalósításában, amelyhez konferenciánk további szakmai/szellemi muníciót képes nyújtani.

*Dr. Pásztélyi Zsolt
IME felelős szerkesztő
Medicina 2000 elnök*