

Egy hónap története

Szokatlan dinamizmussal látott munkához a nyár elején hivatalba lépett Medgyessy kormány. A rövidtávú, az egészségbiztosítási kasszákat kiegészítő, és a béreket javító intézkedéseken túl a kormányprogram hosszú távú változásokat is ígért, úgy a finanszírozás, mint a struktúra átalakítása terén. Ezek előkészületeiről igyekeztünk tájékozódni.

A Medicina 2000 Járóbeteg-szakellátási és Poliklinikai Szövetség immár negyedik aligai konferenciáján a több mint 40 előadó között, a kormány képviselőjében Kökény Mihály államtitkár és Győrfi István, az Egészség Évtizede Programiroda elnöke szólalt föl.

Kökény Mihály előljáróban leszögezte, az egészségügyi ellátó rendszer kapacitása nem felel meg a lakosság szükségleteinek, és ezt érzékelik úgy a szolgáltatók, mint az igénybe vevők. Ennek egyik oka, hogy az egészségügy áldozatává vált az elmúlt évek gazdasági-politikai „döccenőinek”. A Medgyessy-kormány azt vállalta, hogy ezen érdemben változtat. Elsősorban is a gazdasági kondíciókon. A számok bizonyítanak: amíg a magyar gazdaság teljesítménye az EU tagországokénak fele, addig az egy főre vetített egészségügyi kiadások az EU-s átlag harmadát sem érik el.

EU csatlakozásunk nagy kihívást jelent az egészségügy számára is. Az egészségügy látszólag az EU-s szabályozások periferiáján helyezkedik el, nemigen léteznek kötelező szabályok. Zavartalanul élhetnek egymás mellett eltérő szerkezetű és finanszírozású ellátó rendszerek. Ám eközben egyre nagyobb erőfeszítéseket tesznek a munkaerő és a szolgáltatások szabad áramlásáért. Ez hamarosan kihat majd az egészségügyre is. A szabadon munkát vállaló német vagy portugál állampolgár joggal várja el, hogy az EU területén bárhol azonos egészségügyi ellátáshoz jusson, érte ez alatt elsősorban a szaktudást, az eszközparkot és az ellátás külső körülményeit. A csatlakozást követő 10-15 éven belül tehát a magyar egészségügynek is fel kell zárkóznia az általános európai színvonalhoz.

A hogyanról Győrfi István beszélt. Elmondta, az általa vezetett bizottság feladata a kormányprogramban az egészségüggyel kapcsolatos feladatok végrehajtásának segítése. Munkájuk kulcsfogalmának a komplexitást tartják, mondván, az elmúlt évek bizonyították, eleve kudarcra ítéltetett minden olyan próbálkozás, amely az egészségügy egészéből kiragadott részterületeken akart reformot csinálni, eredményeket elérni. A kormány célja, hogy ebben a ciklusban elindítsa a döntő változásokat eredményező folyamatokat. A változásokhoz két összetevő nélkülözhetetlen: politikai akarat és pénz. A kormány programja ennek szellemében nem

csak a célokról, hanem a feltételek, a források megteremtéséről is szól.

Mi a garanciája a megvalósulásnak? Győrfi István szerint az, hogy végre nem egy ágazat ügye az egészségügy, hanem a kormány elsőszámú prioritásai között szerepel. Ennek megfelelően az ágazat jelenét és jövőjét meghatározó döntéseket nem csak tárca, hanem összkormányzati szinten hozzák meg. A döntés-előkészítésben meghatározó szerepet játszó Programiroda nem része a kormányzati struktúrának, közvetlenül a miniszterelnök irányításával dolgozik és javaslatait közvetlenül a miniszterelnöknek juttatja el. E bizottság tagja az egészségügyért felelős miniszteren kívül a pénzügyminiszter is. Maga a miniszterelnök dönt arról, mely ügyek, programok, előterjesztések kerüljenek, és mikor kerüljenek a kormányülés elé. Ez a munkamódszer már a jövő évi költségvetés előkészítése során is érvényesül.

A kormányprogram egyik lényeges vállalása, hogy a ciklus végére az egészségügyi közfinanszírozás magyar GDP-n belüli aránya érje el a nyugat európai országok átlagának a kétharmadát. Ez a tavalyi 4,2 százalékos részesedés 5,6 százalékra emelését jelenti. Ugyanez forintban és változatlan áron kifejezve 560 milliárd forint többletet jelent. A közgazdász szerint a növekmény olyan mozgásteret biztosít, amelyben jelentős eredményeket lehet elérni.

Alapfeltétel az átlátható, kiszámítható finanszírozási rendszer megteremtése. Ehhez érvényesíteni kell a szakma által régóta igényelt másik alapelvet: azonos tevékenységért azonos díj járjon. Ez egyet jelent a kasszatarok meghatározott feltételek melletti átjárhatóvá tételével is.

A program csak az egész ellátó rendszer, tehát – hangsúlyozta a reformokért felelős közgazdász – nem csak a fekvőbeteg intézmények konszolidációjának és reorganizációjának megvalósítása árán valósulhat meg. A konszolidáció természetesen nem, illetve nem csak az adósságok rendezését, többletpénzek juttatását jelenti, hanem az intézmények tőkehelyzetének rendezését, elsősorban azért, hogy az egyensúly megteremtését követően ne kerüljenek újabb adósság spirálba. Első lépésben, már 2003-ban adósság könnyítésre pályázhatnak majd az intézmények.

A tőkésítés és a fejlesztések csakis az egészségügy rendelkezésére bocsátható és rendelkezésére álló források egy mederbe terelésével érhetők el. A bővített költségvetési forrásokon túl tehát számíthatnak úgy az EU-s támogatásokra, a Phare alapokból elnyerhető pénzekre, mint a magánbefektetésekre. Elképzelhető az is, hogy az állam a más infrastrukturális fejlesztésekhez hasonlóan államkötvények, kincstárjegyek kibocsátásával teremt forrásokat a lökészerűen jelentkező fejlesztési, beruházási igények kielégítésére.

A későbbiekben Kökény Mihály államtitkár arról szolt, hogy lesz-e praxisjog a járóbeteg szakellátásban?

Az alapellátásban megvalósíthatóhoz hasonló nem lesz – jelentette ki. A kormány támogatni kívánja a legkülönbözőbb átalakulási formákat, magánosítási technikákat, de nem ért egyet a privatizáció azon formáival, amelyek az egységes szakellátó intézményeket egyes praxisokra bontaná szét. Világos, átlátható szabályozás mellett szükséges az átalakulási folyamatokba külső befektetőket is bevonni, ugyanis felmérések szerint a magyar egészségügy azonnali rekonstrukciós igénye megközelíti az 500 milliárd forintot. Ekkora összeget belátható időn belül állami költségvetési forrásokból nem lehet előteremteni. Ezért alapelv, hogy megfelelő jogszabályi környezetben a megbízható befektetők, így a szakmai befektetők is szerezhessenek tulajdont vagy tulajdonrészt egészségügyi intézményekben.

A minisztériumban már folynak a finanszírozás technikájának átalakítását célzó rendeletek előkészítő munkálatai. A jövőben nem rendelkezéseket, óraszámokat, hanem a tényleges teljesítményeket, a megfelelő minőségben, a hamarosan napvilágra kerülő új Szabálykönyv előírásainak megfelelően nyújtott szolgáltatásokat kívánják díjazni. Ezt egészítené ki a rendelkezésre állást honoráló bázisfinanszírozás.

A MOK elnökségi ülésének vendége volt Matejka Zsuzsanna, az OEP főigazgatója, akit elkísértek helyettesei is, Donkáné Verebes Éva, Kameniczky István, és a gyógyító-megelőző ellátásokért felelős Dózsa Csaba. Matejka Zsuzsanna bevezetőjében hangsúlyozta, az OEP-nek nem feladata az egészségpolitika meghatározása, csupán végrehajtó szerepe van. Nincs, vagy ha igen, alig van befolyása a privatizációval vagy éppen az amortizációval kapcsolatos elvi döntésekre. Dózsa Csaba is hangsúlyozta amiről fentebb már szoltunk, az ellátó rendszer jövőjét meghatározó kérdések még csak nem is a tárca szintjén dőlnek el, hanem közvetlenül a miniszterelnöknek felelős Györfi István által vezetett Program Iroda javaslatai alapján a kormányban. Az egyik ilyen kérdés a Társadalombiztosítási Alapok felügyelete. Mint ismeretes, a Társadalombiztosítási Önkormányzatok feloszlata után az előző kormány a Pénzügyminisztérium felügyelete alá helyezte az alapokat. Az OEP főigazgatójának általános helyettese, Kameniczky István elmondta, semmiképpen sem bizonyult szerencsésnek a fiskális szemlélet erőteljes befolyása. Jelenleg a kormány közvetlen felügyeletet gyakorol, a működést pedig az állami Számvevőszék ellenőrzi. A kormány egy felügyelő bizottság létrehozását tervezte, de úgy ítélték, nem szülne jó vért, ha létrejönne egy újabb bizottság, amely „turkálhat” a költségvetés számai és a bizonylatok között. A jelenlegi, és már az országgyűlés elé terjesztett elképzelés szerint e helyett egy-egy 7-9 fős, a Parlamentnek felelős Egészség- és Nyugdíjbiztosítási Tanács jönne létre, amely nem a biztosítókat, hanem magát a biztosítást, vagyis a társadalombiztosítást az önkéntes és a kiegészítő biztosítókkal szerves egységben felügyelné. Ennek a tanácsnak nem lesznek tagjai az ellátásban érdekeltek, tehát a járulékfizetők, a szolgáltatást nyújtók, azt igénybe vevők vagy az intézmények tulajdono-

sainak képviselői, delegáltjai, de egyik alapvető feladata a szervezeteikkel való szoros kapcsolattartás lesz.

Ezen túl az egészségbiztosító vezetői csak az aktuális helyzetről és a közeli jövő elképzeléseiről nyilatkoztak.

Az elmúlt év végén a tervezettnél magasabb díjtételeket vezettek be. Ez erre az évre a gyógyító-megelőző kassza mintegy 50 milliárdos hiányát eredményezte. A hiányt a nyár végén elfogadott pótköltségvetési törvény eltüntette, de a díjtételek további emelésére nem nyújtott fedezetet. Így az év végéig marad a 100 ezer forintos HBCS alapdíj és a 98 filléres szakorvosi pontérték. Idén az egészségügyi dolgozók béremelésére a költségvetési tartalék nyújtott fedezetet, de 2003-ban mintegy havi 9.8 milliárd forinttal terheli a gyógyító-megelőző kasszát. Az OEP ezért 130 milliárd többlet biztosítását kéri a Pénzügyminisztériumtól. Ez az összeg fedezetet nyújtana a 13. havi bérek kifizetésére is. A döntés a kormány, illetve végső soron az országgyűlés kezében van.

A többletbérek intézményi költségvetésbe való beépítésének technikájáról még folynak az egyeztetések. Valamennyi ellátási formára kiterjedő egységes technika kialakítása lehetetlen. A kisebb kasszában (művese, otthoni ápolás stb.) feltehetően a díjtételek megemelésével, a fogászati kassza esetében a fix díjak és a teljesítmény arányos díjak emelésének kombinációjával oldanák meg a kérdést. A járó- és a fekvőbeteg szakellátás területe bonyolultabb, jelen pillanatban megbízható létszám-adatok sem állnak rendelkezésre, ugyanis az intézmények jelentős hányadától kussa, értelmezhetetlen kimutatások érkeztek. Ezért nagy valószínűséggel az első fél évben az ideihez hasonló, csak a bérekre fordítható pénztömeget kapnak kézhez az intézmények, az új díjtételek, illetve az emelt fix díjak bevezetésére csak 2003. július 1-jétől van esély. Ugyanis a bérek HBCS-be, illetve szakorvosi pontokba való beépítése csak szisztematikus elemző munkát követően, a teljes díjtétel-revizió után képzelhető el, többek között azért is, mert az egyes beavatkozások bértartalma igencsak eltérő. A fenti munka párhuzamosan kell folyjon a halaszthatatlan díjtétel harmonizációval. Az OEP számít a szakmai szervezetek, elsősorban a MOK közreműködésére.

Matejka Zsuzsanna felhívta a figyelmet, hogy 2003-ban a bérek elosztásakor már nem a százalékok, hanem az új közalkalmazotti bértábla az iránymutató.

A jövő évi költségvetésben az OEP minimálisan 5 százalékos dologi automatizmus beépítését kéri. Ez esélyt adna arra, hogy az intézmények a bérekre juttatott többletet napi kiadásai fedezetére fordítsák.

Az OEP évek óta, minden előterjesztésében hangsúlyozza az eszközviszapotlás fedezetének fontosságát. A döntés a tárca, a kormány és a Reform Bizottság kezében van. Annak eldöntése sem az OEP feladata, hogy, ha bevezetésre kerül az amortizáció, akkor az külön alapról történjen-e, vagy a díjtételekbe építve.

A kasszahatárok teljes átjárhatósága politikai döntést igényel. Az OEP javaslatára azonban már puhulnak a merev határok azzal, hogy a nappali kórházi ellátásokat és az egy napos sebészeti beavatkozásokat a jövőben a fekvőbeteg

kasszából, a kórházi ellátással azonos HBCS-vel finanszírozzák.

A minimumfeltételek átdolgozásával a minisztérium foglalkozik, bevezetésére mintegy fél év múlva, fokozatosan kerülhet sor. Teljesítése a működési engedély feltétele. Az OEP, mint a szolgáltatás vásárlója számára a működési engedély megléte a szerződéskötés első feltétele. Minőségi indikátorok és kontroll elemek bevezetését is tervezik, amelyek később válhatnak a szolgáltatásvásárlást meghatározó tényezőkké.

Mint ismeretes, a pótköltségvetésben 46 milliárd forinttal, 199 milliárd forintra egészítették ki az eleve alultervezett 153 milliárdos gyógyszerkasszát. Újabb 10 milliárd forintra van szükség ahhoz, hogy az év hátralévő részében is finanszírozható legyen a lakosság gyógyszer fogyasztása. Az erről szóló javaslat már az országgyűlés előtt van. Matejka Zsuzsanna szerint ez az összeg, és a gyógyszerár támogatás aránya az egészségügyi kiadások összességéhez képest irracionális: a társadalombiztosítás gyógyszerár támogatásra használja fel azt a pénzt, amelyet a gyógyító-megelőző ellátásra, ezen belül a bérekre, dologi költségekre kellene fordítania. És a kiadások – hangsúlyozta – nem a lakosság számára megvásárolt egészség nyereséggel arányosan növekednek, hanem jóval azt meghaladó mértékben. Aránytalan felhasználási struktúra és a termékek túlpromocionálása eredményezi a szükségtelen többletet. A főigazgató asszony kijelentette, kizártnak tartja, hogy a pénzügy hasonlóan magas összegű gyógyszerkasszát biztosítana a jövő évre is. Tenni kell tehát a kiadások csökkentésé-

ért. Kérte az orvosi kamara segítségét, mert a biztosító csak az orvosok segítségével tud tenni az indokolatlanul kiáramló gyógyszerár-támogatás megfékezéséért.

Milyen ártámogatási rendszert képzelt az OEP? Olyan, amely gátat szab az indokolatlan áremelkedéseknek és a túlpromocionálásnak. Ahogy a gyógyító, diagnosztika területén is a teljesítmények túlpörgetésének gátat szabó volumenvásárlásra készülnek, úgy a gyógyszergyártókkal is árvolumen megállapodásokat kívánnak kötni. Erre elsőként az újonnan befogadásra kerülő, igen drága szerek esetében látnak lehetőséget. A szakmailag indokolt és finanszírozható fogyasztási mennyiséget a szakmai kollégiumok határozzák majd meg. Amennyiben a tényleges fogyasztás meghaladja ezt a szintet, degresszív támogatás lép életbe. Ez a megoldás több EU országban kielégítően működik.

Előkészületek folynak a hatástani csoportos fix összegű támogatás bevezetésére is. Ez azt jelenti, hogy a biztosító az ATC ötödik jegyéig lemenően meghatározza, hogy egy betegség gyógyszerelésére milyen összegű támogatást képes nyújtani naponta.

Változtatni kívánnak azon a gyakorlaton is, mely szerint, amennyiben a gyártók nem fogadják el a társadalombiztosítási támogatás alapjául felkínált árat, akkor terméküket a saját maguk által megállapított áron forgalmazhatják. Sok, csak kórházban alkalmazható vagy csak szakambulancián rendelhető szer került ebbe a körbe, és az árak irracionálisan megugrottak. A közfinanszírozás alapjául elfogadott ár kategóriájának bevezetését tervezik, amellyel az állam kontroll alatt tarthatná ezeket az árakat is.

Nagy András László

Lapzártakor érkezett hír

2002. december 1-től bevezetésre kerül a járóbeteg-szakellátásban használt kód- és pontrendszer és a tevékenységi kódlista alkalmazására vonatkozó Szabálykönyv átdolgozott változata. A Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság koordinálásával megvalósul több, mint egy éves átfogó revíziós munka eredményeként a szakmai kollégiumok, országos intézetek vezetőinek és szakértőinek segítségével, széles szakmai együttműködéssel megtörtént minden egyes szakterületen belül az eljárások pontértékének arányosítása. Meghatározásra került, hogy az eljárás szakmai szabályaiért melyik szakma a felelős, illetve az eljárást melyik szakma számolhatja el, azaz a kompetenciák kijelölése. A járóbeteg-szakellátásban most először az átlag-pontszám értéke rögzítésre került: az országos átlag 250 pont/eljárás.

A munka részleteiről bővebben a legközelebbi számban olvashatnak.