

Százból huszonegy lépés az egészségügyért

A kormány elfogadta a száz lépés programján belül az egészségügyet érintő változások ütemtervét. A kormányhatározat tartalmazza, hogy a tervezett intézkedésekhez milyen törvényeket, kormányrendeleteket kell megváltoztatni, milyen szabályokat kell megalkotni, illetve, hogy melyik mikor lép hatályba. A kormány még a parlament tavaszi ülészakán benyújtja érintett javaslatoknak többségét, amelyek országgyűlési elfogadás esetén július elseje és 2006. január elseje között léphetnek hatályba. Egyes, főként a sürgősségi ellátást és a rákszűrést érintő intézkedések hatásai már az év második felében érzékelhetőek lesznek. A társadalombiztosítást érintő „lépések” több törvényt is érintenek, ezekről szeptembertől tárgyal majd az Országgyűlés.

A kormányülés délutánján Gyurcsány Ferenc miniszterelnök az egészségügy vezető személyiségeivel, intézményvezetőkkel, a szakmai szervezetek tisztségviselőivel találkozott, a huszonegy intézkedés az ágazat strukturális átalakításával és a finanszírozás megváltoztatásával kapcsolatos részét ismertette, valamint szöveget a mögöttük meghúzódó szándékokról, elvekről. Hozzászólásokra, kérdések felvetésére is mód volt, ezek nyomán sok alapelv tisztázására is sor került. A többszáz fős hallgatóság soraiban helyet foglaltak a MOK elnökségének tagjai.

A miniszterelnök előljáróban arról beszélt, hogy a 21 lépés mindegyikét korábban a szakma javasolta, azok nem a miniszterelnöki kabinetben születtek meg. Csokorba gyűjtésük azonban politikai döntések eredménye. Válaszokat tartalmaznak az elmúlt 15 évben feltorlódt leglényegesebb kérdésekre. Ami történik, nem reform, csupán annak előszobája.

Válasz született a legfőbb dilemmára: állami egészségügy legyen Magyarországon vagy biztosítási? „Ami van, az biztosítási köntösbe öltöztetett állami egészségügy. Semmi sem az, aminek mutatja magát” – hangzott el. A kormány döntött: biztosítási alapú egészségügy legyen, és szembe nézett döntésének a következményeivel, amelyek meghatározó módon hatnak majd a következő évtizedekre. Ezek legfontosabbika, hogy az egészségügyi kockázatokkal szembeni védekezés nem elsődlegesen az állam, hanem az egyén, a biztosított állampolgárok feladata. Azt jelenti, hogy a polgárok nem ruházzák át az egészségük megóvásáért és helyreállításáért kapcsolatos kockázatviselést az államra, hanem szabályozott módon kockázatközösséget alkotnak, önmaguk védekeznek, s maguk is tervezik meg a védekezést. Biztosítják egészségüket, mint lakásukat, életüket vagy az autójukat, megbízzák biztosítójukat, hogy számukra – ha szükséges – szolgáltatásokat vásároljon és a szolgáltatások árát – kisebb vagy nagyobb mértékben – fizesse ki.

Ehhez elsősorban is tudni kell, ki a biztosított. Csináljuk hát meg az egyéni nyilvántartást! Másik oldalról pedig ki kell mondani, mi jár a biztosítottnak. Ha pedig jár, akkor ugyanaz jár minden biztosítottnak az ország bármely pontján, függetlenül társadalmi helyzetétől. Ez ma nincs így. Gyurcsány Ferenc szerint baloldali program „nekimenni” a szolgáltatások elosztását meghatározó privilégiumoknak, s konzervatívoknak nevezte a mai status quo-t, amelynek alapján társadalmi helyzet, kapcsolatok és nem teljesítmény alapján juthat több szolgáltatáshoz az egyik ember, mint a másik. Az egyenlő hozzáférés elve meghatározza következő évek fejlesztés-politikáját. Ha megmondtuk, mi jár minőségben és mennyiségben a biztosítottnak, akkor azt nyújtani kell mindenhol és minden biztosítottnak az országban.

Új szerep vár a biztosítóra is. Feladata lesz szolgáltatásokat vásárolni a vele szerződéses viszonyban álló egészségügyi szolgáltatóktól. Kítől fog vásárolni? Azoktól, akik az adott régióban az adott szolgáltatást a legjobb minőségben és a legolcsóbban tudják nyújtani. Teszi ezt pedig függetlenül attól, ki a szolgáltató tulajdonosa, azaz szektorsemleges. A betegnek és a biztosítónak is teljesen mindegy, hogy állami, önkormányzati vagy privatizált magántulajdonú intézményben gyógyul. Nem a tulajdonviszonyokra figyel, hanem a szolgáltatás színvonalára és árára.

Újabb kérdés, hogy ez a biztosító milyen tulajdonban van, továbbá, hogy egy biztosító legyen, vagy több. A kormány és a kormányfő álláspontja egyértelmű: egy biztosító kell lennie, mégpedig közösségi, azaz állami tulajdonban, amely fölött teljeskörű állami kontroll működik. Ez a biztosító alapszolgáltatásaiban nem üzleti elvű, s alapsomagja tekintetében nem is verseng.

Válaszolni kell arra a kérdésre is, mi legyen azokkal, akik nem biztosítottak. Van több olyan csoport, akikért az államnak kell helyt állni és az adófizetők pénzéből biztosítási díjat ki kell fizetnie. A gyermekek esetében két lehetőség van, amelyek az állampolgárok szempontjából azonos eredményűek. Magyarországon 18 éves koráig mindenki után alanyi jogon jár családi pótlék. Születésekor minden gyermek számára egyéni számlát nyitnak, s arra a költségvetés közvetlenül fizeti be az előre megállapított biztosítási díjat. Az is lehetséges, hogy a családi pótlékot „bruttósítják”, azaz megemelik a biztosítási díjjal, de az emelést egyenesen a biztosítóhoz irányítják. Társadalomlélektani szempontból ez utóbbi lenne előnyösebb, mert tudatosodna a szülőknél, hogy a gyerek biztosítása, másként mondvá: egészségügyi ellátása pénzbe kerül. Ugyanígy járnának el azok esetében, akik munkanélküliek, és munkakeresési támogatásban vagy szociális ellátásban részesülnek. Ugyancsak az államnak kell kifizetnie a büntetés végrehajtás alatt állók biztosítási díját is. A nyugdíjasok után a nyugdíjbiztosító fizet majd, ha-

sonló technikával. Mindenki után valakinek fizetnie kell! Az egyéni számla-rendszer azt is kikényszeríti majd, hogy a TAJ-kártyával rendelkező, de járulékot nem fizetők is rendezzék jogállásukat és befizessék biztosítási díjukat, vagy az általuk igénybe vett szolgáltatásokat.

Lehetővé kell tenni ugyanakkor, hogy ha valaki többlet-szolgáltatásokat kíván igénybe venni, azt legálisan megtehesse. Ez a magánbiztosítók és a társadalombiztosítás versengésének terepe, ami semmiképpen sem szűkül a hotel-szolgáltatásokra. A miniszterelnök példának a szűkös PET-kapacitásokat említette, a hosszú várólistákat, amelyeket magánbiztosítók keresztül vagy készpénzfizetéssel le lehetne rövidíteni, akár magán-szolgáltatók igénybevételével is.

Később, a kérdések között szóba került, miként kívánja behajtani a kormány az állami tulajdonú nagyvállalatok, például a MÁV és a Belügyminisztérium milliárdos nagyságrendű járuléktartozását. Gyurcsány Ferenc kifejtette, ez az állam szempontjából és a biztosítottak szempontjából is érdektelen, hiszen a társadalombiztosítás a költségvetés alrendszere, a kifizetésekért az állam vállal garanciát. A társadalombiztosítási kasszából hiányzó összeget – akár állami vállalat tartozásából fakad, akár nem – az állam kénytelen kiegészíteni. Mindegy tehát, hogy a járulékoknak megfelelő összeget a vasútnak adja-e oda vagy közvetlenül pótolja ki a kassa hiányát. Az igazi probléma a magántulajdonú cégek járuléktartozása.

Az általános emberi jogok közé tartoznak az alapvető egészségügyi ellátások, amelyeket nem lehet biztosítási jogosultságra korlátozni. Ilyenek a sürgősségi ellátások, a közegészségügyi- és járványügyi szolgáltatások, az anyas- és csecsemővédelem, oltások, szülés vagy a vérellátás. Ezek például a Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgároknak is járnak. Ennek határait „épeszű” társadalmi vitában kell kijelölni. Ám nem szabad elfelejteni, hogy ami ebbe a csomagba bekerül, annak árát az adófizetők és a járulékot fizető biztosítottak fizetik meg.

A szabad orvosválasztás joga megmarad. Ennek határáról sok vita folyt az előkészítés során. Egyetértés alakult ki arról, hogy a családorvos legyen a betegek egészség-menedzsere, normális esetben nála kezdődik a „beteg pályafutása”. Neki kell megmondania, hogy a betegnek milyen szolgáltatásra van szüksége, és ki az, aki azt az adott városban, régióban nyújtani tudja. Természetesen a beteg is javasolhat, kérhet általa választott orvost, s ha az szakmailag, kompetenciáját tekintve alkalmas, akkor a háziorvos oda irányítja. Ezt a hatályos Egészségügyi Törvény alapján kétszer meg is teheti. Alapelv: az ellátási csomag a háziorvos által előírt betegútra jogosít. Másként fogalmazva: az irányított betegút a biztosítási jogviszony következménye. A harmadik, negyedik, a háziorvos által nem javasolt ellátásért, vizsgálatért pedig térítést kell fizetni. Arról, hogy milyen mértékben, még vita folyik.

Az egészségügyben dolgozók ellenében nem lehet végrehajtani a változtatásokat – mondta Gyurcsány Ferenc. Aki ezzel próbálkozik, az megbukik – tette hozzá. Mire van szükség? Leegyszerűsítve: magasabb jövedelmekre. Ha el-

hisszük, hogy az eltervezett rendszer tisztább, hatékonyabb, akkor több jut az egészségügyre, magasabbak lesznek a jövedelmek is. Rendet kell tenni, meg kell szüntetni a szolgáltatásokat paraszolvenciával megvásárolni tudók, azokhoz szívességi alapon hozzájutók és az orvosok magánbetegeinek privilégiumait. Meg kell állapítani a magánpraxis és a közszolgálat határait, meg kell szüntetni egymás kapacitásainak használatát. Ma még erre hajta az orvosokat, ápolókat az érdekük. Ha megváltoznak a viszonyok, akkor más lesz az érdekük, s szívesebben visznek haza havi bruttó 800 ezer Ft-os fizetést legálisan, mint fogadnak el – vagy kényszerítenek ki – paraszolvenciát. Gyurcsány Ferenc elmondta, hallotta a vádat, nem konzekvensek a száz lépés feketemunkával és borralalóval kapcsolatosan eltervezett intézkedései, mert nem terjednek ki az orvosi hálapénzre. Valóban nem, mert közgazdaságilag más kategória – mondta. A borralaló kulturális és kereskedelmi kérdés, így helyes, ha adóvonzata is van. A hálapénz nem ilyen, az a magyar egészségügyi ellátási rendszer strukturális következménye. Ellene harcolni szélmalomharc. A struktúrát kell megváltoztatni, megszüntetni az okot, és akkor lesz tisztességes fizetés – állította a miniszterelnök.

Majd egy órás beszédét Gyurcsány Ferenc azzal zárta: elégedett, mert úgy érzi, sikerült következetesen végiggondolni az egészségügy valamennyi fontos elemét, és a problémák megoldására konzisztens válaszok születtek. Gyors tempót kíván diktálni: hat-hét hónap szükséges a rendszer kulcsát jelentő egyéni nyilvántartás kialakításához, a teljes program három év alatt végrehajtható.

A miniszterelnök tájékoztatóját a hallgatóság élénk tapsal fogadta.

VÉLEMÉNYEK, KÉRDÉSEK

Csaba Iván közgazdász a társadalom peremén élők ellátása miatt aggódott. Gyurcsány Ferenc válaszában arról szólt, hogy a bármilyen nehéz helyzetbe került egyéntől is elvárható a társadalommal való minimális együttműködés, legalább annyi, hogy kapcsolatba lépjen a szociális ellátó rendszerrel. Ha ez megtörténik, a szociális ellátás keretében biztosítottá válik. Az is elvárható, hogy a tervezett, minimális ellátást nyújtani képes mozgó orvosi rendelőket felkeressék.

Szepesi András, a Kórház című lap főszerkesztője arra volt kíváncsi, vajon miként lehetne megakadályozni, hogy a négyévenkénti kormányváltással együtt lecserélődjön az egészségügy szakértői gárdája is. Mint mondta, a teremben legalább négy szakértő garnitúra foglal helyet, akik többsége elkezdett, majd kényszerűen félbe hagyott tervezési munkákat.

A miniszterelnök elmondta, ismeri a problémát, és tervezi, hogy az ágazat stratégiai intézményeit megpróbálják távolabb „helyezni” a kormánytól, hogy a kormányváltásokkal járó személyi változások ne ériék el, ne akasszák meg a hosszabb távú, stratégiai jellegű munkákat.

Szolnoki Andrea, Budapest egészségügyért felelős főpolgármester helyettese kényes kérdést tett fel: vajon ki veszi magának a bátorságot, hogy megmondja az érintetteknek, hogy ingyenesen, azaz biztosított jogon csupán érzéstelenítéssel jár a mandulaműtét, s nem altatásban, hogy 40 éven felül a társadalombiztosítás nem finanszírozza a lombikbébi programban való részvételt, mint ahogy 75 év felett a bypass műtétet sem, és így tovább?

Válaszában a kormányfő kifejtette, semmiképpen sem a kormánynak vagy a miniszterelnöknek, hanem a járulékot fizető biztosítottaknak kell eldönteniük: milyen mértékig vállalnak szolidaritást egymással. Véleményük kikérésének technikáját mielőbb ki kell dolgozni – mondta.

Ary Lajos, a Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke hozta szóba a „humán erőforrás” válságos helyzetét.

Gyurcsány Ferenc elmondta, a 21 lépés néhány nappal korábban még 26 volt. A most még hiányzó 5 program pont a humán erőforrásról szól, de ezeken még dolgoznia kell a szaktárcának. Ezek között szerepelnek oktatási és jövedelmi kérdések is, továbbá a háziorvosi munka felértékelése és az orvos-szakdolgozó arány javítása is.

Eger István, a MOK elnöke meglegedettséggel nyugtázta, hogy a kormány nem tervezi az ellátó rendszer struktúrájának azonnali megváltoztatását, mert „azt jelen állapotában nem bírni ki”. Ugyancsak meglegedetten szólt arról, hogy a kormány egyértelműen letette voksát az egységes

szolidaritáselvű társadalombiztosítás mellett. Ugyanakkor felhívta a figyelmet arra, hogy a 21 pontban megfogalmazott célok teljesítése jelentős anyagi forrásokat igényel, ennek alapján reményét fejezte ki, hogy 2006 végre az egészségügy éve lesz, és költségvetési elsőbbséget élvez majd.

Gyurcsány Ferenc az eddigiekhez képest szokatlan élességgel válaszolt. Elmondta, hogy eddig akárhány ágazati tanácskozáson részt vett, mindenütt elmondták, hogy a következő év az ő évük kell legyen. 20 milliárdot kért az önkormányzati szféra, százat az oktatás, és így tovább. „Soha nem követem el azt a hibát, amit az elődeim, hogy ígérek.” – mondta, s emlékeztette a résztvevőket: 2002-2005 között csaknem ezermilliárddal többet költöttek az egészségügyre. Míg a 2002-es költségvetésből 620 milliárd jutott az egészségügyre, addig 2005-ben már 948 milliárd. Mégsem változott semmi, mégis mindenki elégedetlen, a struktúra változatlan, a kórházak újra eladósodtak. Ugyanez történne, ha újabb 1000 milliárdot fordítanának az ágazatra. Leszögezte: jövőre nem lesz választási költségvetés. Jelenleg a rendelkezésére álló 22 ezer milliárdból 10.200 milliárdot oszt el az állam, gyakorlatilag minden 100 forintból 105-öt költenek el. Ami az egészségügyet illeti, elosztani csak azt lehet majd, amit a rendszer rendbetételével nyernek. „Elnök úr, amit Ön kér tőlem, azt nem tudom megtenni” – mondta a miniszterelnök.

Nagy András László

Új zöldmezős beruházásban épített dialízisközpont Székesfehérváron

Az EuroCare Rt. 2005. május 27-én avatta fel székesfehérvári dialízisközpontjának új, zöldmezős beruházásban megvalósított épületét. Ezzel a közel félmilliárd forint értékű beruházással a hálózat létrejötte óta a cég 17 millió eurót fordított új dialízisközpontok létesítésére, illetve az orvostechika fejlesztésére.

A Fejér megyei Szent György Kórházban 1988 óta működik dialízisközpont, azt megelőzően a dialízisre szoruló betegek Budapestre jártak kezelésre. 1988-ban a Fejér Megyei Tanács, valamint a megye több termelő üzeme (termelőszövetkezetek, üzemek, vállalatok) összefogásával 9 kezelőhelyes műveseállomás létesült egy korábbi kórházi csecsemőotthon épületében. A dialízisközpont működtetését 1992 júliusában vette át az EuroCare Rt. A növekvő kapacitásigények következtében a kezelőhelyek számát 14-re bővítette és az elavult gépparkot korszerűsítette. 2001-ben ismételt bővítés és átalakítás történt, amelynek során 23 kezelőhely kialakítására került sor változatlan alapterületen. Jelenleg 114 beteg kezelése folyik a dialízisközpontban, és a gondozott betegek száma is meghaladja a 800 főt. A dialízisközpont régi épülete a megnövekedett kapacitásigények miatt az utóbbi években szűknek bizonyult, így szükségessé vált egy új – a kórház területén belül, a belgyógyászati osztályhoz közvetlen kapcsolattal rendelkező – dialízisközpont megépítése. A zöldmezős beruházással létrehozott épület alapterülete 1394 négyzetméter és 32 kezelőhellyel rendelkezik.

Az ünnepélyes megnyitón részt vett Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter. Fabók József, az EuroCare Rt. igazgatója elmondta „A dialízis-ellátás hazai fejlődése jó példa arra, hogyan szolgálja a magántőke bevonása a betegek ellátásának javítását. Ezt megelőzően évente betegek százai haltak meg azért, mert nem volt elég kapacitás az országban. Ma már – köszönhetően a magánszolgáltatók megjelenésének – minden vesebeteg európai színvonalú ellátásban részesül.”

TÉ