

Az irányított betegellátás védelmében

Mihályi Péter hozzászólása

Tisztelt Olvasóink! Az alábbiakban Mihályi Péter hozzászólását olvashatják Donkáné Verebes Évának és Oberfrank Ferencnek az IME, 2005. 7. szám, 12. oldalán megjelent tanulmányához.

A két szerző szempontok és érvek sorát vonultatja fel annak bizonyítására, hogy

- az irányított betegellátási modell kísérlet (továbbiakban: IBM) valójában egy rosszul működő amerikai modell másolata;
- az IBM nem működik és nem is működhet eredményesen a társadalombiztosítás keretei között.

Bár egyértelműen nem mondják ki, az Olvasó számára egyértelmű a végkövetkeztetés: az IBM-et abba kell hagyni. Engem az érvek nem győztek meg. Másutt már módomban volt pozitív módon kifejteni, hogy miért tartom támogatódnak kísérletnek az IBM-et, ezért most csak a szerzők által felvontatott érvekre szeretnék röviden reagálni.

Az amerikai tapasztalatok csak annyit bizonyítanak, s ezt maguk a szerzők írják, hogy a 'managed care' formációk legtökéletesebb változata sem problémamentes. Hát persze, hogy nem az. A modern világ, a modernitás lényege, hogy a társadalmi lét egyetlen szférájában sincsenek tökéletes megoldások. Viták és reformok nyomán magunk alakítjuk minden ország politikai, gazdaság – és ezen belül egészségügyi rendszerét –, miközben minden felvilágosított kormány tudja, hogy a legnyomasztóbbnak tűnő problémák megoldása nyomán is újabb meg újabb problémák fognak jelentkezni.

Az sem érv, hogy „az Egyesült Államokban a panaszok legnagyobb része az irányított betegellátási szervezeteket illeti”. Hát persze, mindenütt azt szidják, amit ismernek, amit látnak. Az Eurobarometer 2003-as felmérése szerint az EU 15 fejlett tagállamának átlagában a megkérdezettek 13%-a mondta csupán azt, hogy a nemzeti egészségügyi rendszer jól működik (runs well).

Mind az amerikai managed care, mind a hazai IBM kritikája ott a leginkább hibás, hogy a szerzők egy nem-létező, ideális egészségügyi modellhez viszonyítanak. Valóságot csak valósággal, modellt csak modellel szabad összevetni. Az amerikai rendszer – írják a szerzők – „nem teszi lehetővé az egyenlő bánásmódot a betegekkel”. Vajon a szerzők ismernek-e akár egyetlen olyan rendszert, amely garantálja az egyenlő bánásmódot, az egyenlő hozzáférést. Aki csak egy kicsit figyelmesen olvasta az elmúlt évtizedek egészségügyi szakirodalmát, az tucatjával tudja sorolni az ellenpéldákat a brit, a skandináv szerzők tollából is. Talán elég, ha itt most csak Le Grand (1978) klasszikus művére hivatkozunk. A fejlett ipari országokban a társadalom keresztül-kasul át van szöve mindenféle társadalmi egyenlőtlenségekkel, és ez – természetesen – az egészségügyben is visszatükröződik.

Az IBM eddig felmutatott teljesítményét is csak a mai magyar valósággal szabad összevetni. Azzal az egészségügyi ellátó és finanszírozási rendszerrel, amelyről minden szakember tudja, hogy telis-tele van egyenlőtlenségekkel, igazságtalansággal és korrupcióval. Azt is elismeri minden komoly szakember, hogy a magyar egészségügy nem biztosítási alapon működik. Szó sincs társadalombiztosításról, sem beveridge-i, sem bismarcki értelemben. Az OEP nem biztosító, hanem az Egészségügyi Minisztérium kifizető főosztálya. Egyáltalán nem véletlen, hogy az OEP elsőszámú vezetői rendszerint irodát tartanak fenn a minisztérium épületében! Éppen ezért a szerzőknek az a perdöntőnek gondolt érve, miszerint az IBM nem illeszthető be a társadalombiztosítás rendszerébe – egyszerűen irreleváns.

Minderre példaként szolgálhat a következő megállapítás. Képmutató érvelés az IBM-ben keletkező adatok informatikai eszközökkel történő gyűjtését és kezelését adatvédelmi szempontból bírálni, s az egészségügyi törvény azon paragrafusát citálni, amelyben arról van szó, hogy a betegek adatait csak írásbeli hozzájárulás esetén szabad átadni – miközben mindenki tudja, hogy a házi orvosi praxisok körében nyugdíjazáskor, orvos-csere esetén is úgy kerülnek az adatok átadásra, hogy eközben nincs mód minden egyes TAJ-kártya tulajdonostól előzetes írásbeli engedélyt kérni.

Végezetül szeretnék néhány kisebb súlyú kritikai megjegyzésre is válaszolni.

- Az IBM lényege az, hogy a bevont lakosság (kezdetben 160 ezer fő, napjainkban 1,9 millió) orvosi ellátását egy helyi szervező intézmény irányítja a budapesti OEP helyett, s ezért a szervezők részesülnek a megtakarításból. A lényeg a decentralizáció, a választás lehetősége. A cél nem a spórolás, hanem a pazarlás kiküszöbölése. A pénz nem kerül ki az egészségügyből, sőt a modellkísérletben résztvevők ellátásából sem. A felesleges kórházi beutalások és vizsgálatok, vagy az indokolatlan gyógyszerelés kiküszöbölésével felszabaduló pénzt a szervező a kísérletben részt vevő biztosítottak érdekében másutt teljes mértékben felhasználja. Így kerül több műszer, több szűrővizsgálat a rendszerbe, és így lehet legálisan egy kicsit több pénzt juttatni az egészségügyi dolgozóknak.
- Önmagában az a tény, hogy az IBM pályázatok résztvevői tanácsadói segítséget is igénybe vettek – természetesen. Így működik minden pályázati rendszer, az EU rendszere is, meg a hazai Nemzeti Fejlesztési Terv is.

- Kétszeresen is tévednek a szerzők, amikor azt állítják, hogy az OEP belső elszámolási és nyilvántartási rendszereinek hiányosságai addig nem járnak jövedelem-átcsoportosítással, amíg egységes a kockázatközösség. Egyfelől nem szerencsés úgy érvelni, hogy amíg a Csáky szalmája egy kupacban van, addig nem számít, ha rohad, ha bűdös... Másrészt nem is igaz az állítás, hiszen a rossz vagy hiányos informatikai rendszerek bizonyos szolgáltatók számára szükségszerűen több, mások számára kevesebb pénztallokálnak a közösből, így mégiscsak vannak nyertesek és vesztesek.
- Az Alkotmányra való hivatkozás ebben a formában szimpla csacsiság. Azt, hogy a kísérletben résztvevők száma fokozatosan nő, nem lehet hátrányos megkülönböztetésnek tekinteni. Ilyen alapon – például – a budapesti metróépítés is kifogásolható lenne, hiszen abból a nem-budapesti lakosoknak igencsak kevés hasznuk van.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Le Grand, J. (1978): „The Distribution of Public Expenditure: The Case of Health Care”, *Economica*, 45. évf. 125-142.
- [2] Mihályi Péter (2005): „Gyáva politika – bukott reform”, *Népszabadság*, márc. 22.
- [3] Mihályi Péter (2003): „HMO Experiment in Hungary – A Unique Road to Health Care Reform”, *CEU-Economics Working Paper*, 9/2003

Elkezdődik a 11 milliárd forintos egészségügyi beruházás Debrecenben

2005. november 3-án, került sor a Debreceni Orvos- és Egészségtudományi Centrum területén az Európai Unió támogatásával megvalósuló, 11 milliárd forintos egészségügyi beruházás alapkövetelére. Hazánkban 1989 óta ez a legnagyobb volumenű, legnagyobb támogatási összeggel megvalósuló ágazati fejlesztés.

A DEOEC 2004-ben sikeresen pályázott az Európai Unió Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Programja „Egészségügyi infrastruktúra fejlesztése az elmaradott régiókban” című intézkedésének keretében elnyerhető támogatásra. Az Augusztus Program néven ismertté vált beruházás támogatási szerződését az idei év elején írták alá a partnerek. Az intézmény-fejlesztéshez az Európai Regionális Alap 9,1 milliárd forinttal, a hazai költségvetés 1,7 milliárd forinttal, a DEOEC pedig saját forrásából 1,32 milliárd forinttal járul hozzá.

Az ország lakosságának egészségi állapotára vonatkozó mutatók szerint az észak-alföldi és észak-magyarországi régiókban a legrosszabb a lakosság egészségi állapota, és különösen gyakori a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések előfordulása.

Annak érdekében, hogy ezen a területen jelentős javulást érhesen el, a régiót ellátó DEOEC egész Közép-Kelet-Európában modellértékű, gyógyító-megelőző-utókezelő betegellátó központot hoz létre hazánkban elsőként, Kardiovaszkuláris és Onkológiai Komplex Regionális Egészségcentrum néven. A központban – amely várhatóan 2007 őszén kezdi el működését –, lehetőség nyílik majd az említett betegcsoportok átfogó kezelésére a megelőzéstől kezdve a szűréseken, diagnosztikán, műtéti terápián át, egészen a rehabilitáció és az utógondozás biztosításáig.

A program sikeres működésének eredményeként 2010-ig a keringési megbetegedések miatti halálozás várhatóan 12%-kal, a rosszindulatú daganatok miatti halálozás a férfiak esetében 12%-kal, a nők esetében 10%-kal csökken, továbbá évente 214 ezerrel lesz kevesebb a táppénzen töltött napok száma a régió lakossága körében.

2007 tavaszáig megépül egy 13 ezer m² összterületű új épület, kezdetét veszi a főépület teljes körű rekonstrukciója és tetőtér-beépítése, valamint sor kerül orvostechnikai eszközök beszerzésére is.

Az új épületben központi műtőblokk, ideg-, ér-, onkológiai-, mellkas-sebészeti, egynapos-sebészeti és szepikus műtők, központi aneszteziológia, valamint az ezekhez tartozó klinikai osztályok kapnak helyet, 26 intenzív és több mint 100 klinikai ágygal.

TÉ