
Beköszöntő



Értékrendváltás a magyar egészségügyben?

Jön a vizitdíj, talán a receptdíj is, és hogy a lényegről meg ne feledkezzünk, lesz több-biztosítós modellünk is, ha addig nem bukik meg az új koncepció az egészségügy szereplőinek ellenállásán. Hasonló erőpróba előtt állt már az egészségügy, két esztendővel ezelőtt, amikor Radnai György kormánymeghatalmazott és csapata kidolgozta az ellátásszervezés nevét, néhány területet érintően a szellemiségét is felhasználó törvényjavaslatot. A jelenlegihez mérhetően veszélyes akkor volt utóljára a helyzet. Mielőtt bárki is félreértené álláspontunkat, megteesszük a szükséges disztinkciót: nem maga a koncepció veszélyes (még ha kockázatokkal teli is), hanem az a mód, ahogyan a koncepcióval kapcsolatos munkálatok előrehaladnak. Nincs ugyanis érdemi párbeszéd, vita a szakmai szervezetekkel, de a lakosság különböző képviselői csoportjaival sem. Márpedig olyan súlyú változások készülődnek a nyilvánosság kizárásával, amelyek alapjaiban változtatják meg az eddig elfogadott értékeket.

Úgy tűnik, a politikusok nincsenek tudatában, hogy a szolgáltatásokhoz való jó hozzáférés fundamentális értéket képvisel mindenütt a világban, s ez a magyar egészségügynek is – eddig – többé-kevésbé a sajátja volt. Nemzetközi összehasonlításban sem kellett szégyenkeznünk – néhány „high tech” igénybevételétől eltekintve – a várakozási idők miatt, annyira alacsonyak voltak. Az egyes hozzáférési idők általános rövidege az orvosi, szakorvosi szolgáltatások csaknem akadályoktól mentes igénybe vehetőségére utalt, amelyről persze tudjuk, hogy a paraszolvencia intézménye is befolyásolja, s főleg a hálapénzre áldozóknak biztosította a szabad intézmény-, és/vagy orvosválasztást. Ugyanilyen szabad hozzáférés biztosítása a magánbiztosítók közreműködésével sokkal költségesebb lesz a polgárok számára. Nem tagadható, hogy a rendszerben jelentős mértékű redundancia is fülön csíphető, ami az orvos-beteg találkozásokat illeti, de ennek a betegek csak kisebb részben okozói, nagyobb hányadban maguk a szolgáltatók gerjesztik, és a gyógyszerfelírási szabályok sem kedveznek a forgalom csillapításának. Amennyiben valóban arra törekednénk, hogy csökkenjen az egészségügyi személyzetre/rendszerre háruló nyomás, úgy ennek előfeltételeként kiegészítő szolgáltatások sorát kellene létrehozni, illetve a meglévőket továbbfejleszteni a szociális és egészségügyi szektor határmezsgyéjén. Továbbá: az orvosokat érintő ösztönző rendszer megváltoztatása, új érdekeltségek kialakítása, a betegút tervezés, szakmai protokollok összeállítása, számonkérés – megannyi elmulasztott kormányzati beavatkozás, lerágott csontként értelmezhető javaslat, annyiszor elhangzottak már. A vizitdíj bevezetése nem eredményez feloldozást a kormány számára elmaradt intézkedéseinek következményei alól.

A jó hozzáférésről alkotott álláspontot árnyalhatja az az ellenvetés, miszerint Magyarországon jelentős területi különbségek vannak a szolgáltatások elérhetőségében; ez igaz. Csakhogy ezek az egyenlőtlenségek a magánbiztosítók beengedésével nem fognak csökkenni. Nekik ugyanis nem érdekük, hogy a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javuljon, mivel ezzel csak növekednének kiadásai (emlékezhetünk a szabályra: minden szolgáltató igyekszik megtalálni a maga betegeit), miközben bevételeik változatlanok maradnak.

Az ellátó rendszer kapacitásainak egyenletesebb terítését, az indokolatlan párhuzamos szolgáltatások – amelyek sokszor éppen politikusi lobbizások eredményeképpen alakulhattak ki – felszámolását csak egy felelősségteljes kormányra lehet bízni, és semmiképpen sem a piacra. Bárhogy szeretné is a kormány, ezt a felelősséget egész egyszerűen nem lehet a magánbiztosítókra áthárítani. Az Egészségügyi Minisztérium pedig látványosan erre törekszik. A szervezet vezetői azt gondolják, hogy amit 50 év alatt az állami típusú, illetve közintézményeken alapuló rendszereknek nem sikerült megoldaniuk, majd a magánbiztosítói tőke, egyértelműbb és közvetlenebb tulajdonosi érdekeltsége révén megoldja. Teljes tévedés.

A magánbiztosítói tőke erre képtelen. Értethető módon képtelen. Mert mi is a baja a magyar egészségügynek? Többek között az, hogy forráshiányos. Az OEP állandó deficitet küzd, és az önkormányzatok sem tudnak, vagy nem akarnak tulajdono-

si feladatuknak megfelelni. Segít ezen a helyzeten, ha több biztosító van jelen a piacon? A 3,9 millió foglalkoztatott után bejövő járulékok akkor sem biztosítanak elegendő forrást az egészségügy működési kiadásainak fedezésére, ha több alapból érkezik pénz a szolgáltatókhoz, mivel ezek az alapok is azzal a forrástömeggel tudnak majd gazdálkodni, ami az OEP-nél jelenleg rendelkezésre áll.

Hazánkban csak az utóbbi három esztendőben vált nyilvánvalóvá, hogy 10 millió állampolgár egészségügyi ellátásának költségeit 4 millió állampolgár befizetéséből nem lehet finanszírozni. Ez részben az 50%-os egészségügyi dolgozói bérelemelésnek tulajdonítható, és ennek következtében a kiadások egyszeri látványosabb megemelkedésének. (Az, hogy a bérelemelést megelőző tíz esztendő alatt ez nem vált sokkal egyértelműbbé, éppen az egy alapból történő fizetés technikájának, a felsőkori OEP kasszáknak, a kórházak finanszírozási módjának valamint az egészségügyi intézményekben megjelenő és érvényesített nagyobb menedzseri felelősségnek volt köszönhető. Az állam normatív alapon csak az idej esztendőtől fizet a fennmaradó 6 millió állampolgár után, benne 3 millió nyugdíjassal, az Egészségbiztosítási Alapnak.)

A lepukkadt intézmények felújítását sem fogják a magánbiztosítók finanszírozni, mivel az épületek nem kerülnek át tulajdonukba, maradnak az önkormányzatoknál. Azzal persze fenyegetőzhetnek, hogy nem kötnek szerződést az elfogadhatatlan körülmények közepette dolgozó szolgáltatókkal, de Európában, a kötelező társadalombiztosítási rendszerek keretein belül a biztosítási alapoknak jellemzően nincs szabad szerződéskötési joguk az egészségügyi intézményekkel. (Az utóbbi esztendőben próbálkoznak ilyen jogosítványok megadásával Szlovákiában és Hollandiában, de egyelőre mindkét országban korlátozott sikerről számolnak be, s e sikerek a kórházi szektort vajmi kevésbé érintik.)

A biztosítók adminisztrációs terhei az OEP-hez képest jelentősen megemelkednek a személyre szóló nyilvántartások megjelenésével, a megannyi szolgáltatói szerződés nyilvántartásával, a hirdetés, marketing költségeivel, s ezek a növekvő tételek mind csökkentik az egészségügyre fordítható kiadások arányát. Ennek köszönhetően nem tudják majd a magánbiztosítók enyhíteni az ágazat humán erőforrással kapcsolatos gondjait sem, beleértve a migrációs kérdést is, mivel nem lesznek képesek annyival többet fizetni a szolgáltatóknak, mint amennyivel meg kellene emelni munkatársaik béreit ahhoz, hogy maradásra bírják őket.

Átháríthatatlan állami illetve közösségi felelősségek uralják tehát az egészségügy sajátos piacát, s ezeket nem lehet egy „laza csuklómozdulattal” a magántőkére, a magánbiztosítókra áttolni. A szociális biztonság ésszerű határok közötti fenntartása mindmáig közösségi feladat, legalábbis Európában. Ezen a határon még nem léptünk át – egyelőre. A fenntartható finanszírozás érdekében sem kell ezen átlépnünk. Csak éppen más módszerek után kell nézni, mint amilyeneket a kormány készen választhatni.

Dr. Sinkó Eszter
IME Szerkesztőbizottsági tag



IME konferencia naptár 2006

VII. Outsourcing Konferencia

Helyszín: Hotel Stadion Budapest
Időpont: 2006. október 18.

V. Kontrolling Konferencia

Helyszín: Hotel Stadion Budapest
Időpont: 2006. november 29.

Larix Kiadó Kft.

1089 Budapest Kálvária tér 3. 333-2434 210-2682
ime@imeonline.hu, larix@larix.hu www.imeonline.hu, www.larix.hu