

A reform: minőségbiztosítás és a nyilvánosság

Interjú az egészségügyi miniszterrel, Dr. Molnár Lajossal

A vártnál korábban megszületett több olyan döntés, amelyeket a kormányprogramban későbbi időpontra terveztek. Ezek közül a legnagyobb figyelmet és izgalmat a több biztosítós rendszerre való gyors tempóban tervezett áttérés bejelentése váltotta ki. (Mint ismeretes, korábban az MSZP is, a miniszterelnök is arról beszélt, hogy nincs szükség több biztosítóra, később, a koalíciós megállapodás megkötése körül pedig arról, hogy 2007 végéig el kell érni, hogy az OEP valóban biztosítóként működjön. Majd ennek megtörténte után lehetséges dönteni arról, hogy az az egy állami, vagy mellette több, más biztosító finanszírozza-e az ellátást.)

Mint Dr. Molnár Lajos miniszter elmondta, a kormány szakértői elemzésekkel ismerkedett meg, konzultációkat folytatott, megvizsgálta a lehetséges alternatívákat, és arra az elhatározásra jutott, hogy az egészségügyi reformot a koalíciós tárgyalásokon lefektetett, majd a kormányprogramban meghirdetett menetrendhez képest felgyorsítja. Gyorsításról pedig csak akkor lehet szó, ha bizonyos döntések időpontját előbbre hozzák. Erre került sor ezen a kormányülésen: július 31-ig, de legkésőbb augusztus végéig döntenek arról, legyen-e vizitdíj, a több-biztosítós egészségügyi rendszer kérdésében pedig az év végéig hoz döntést a kormány. Döntés született a biztosítási csomagokról is: biztosítási jogviszonytól függetlenül mindenkinek jár a sürgősségi ellátás – például kijön érte és ellátja, adott esetben kórházba viszi a mentő. A második, a csak a biztosítottaknak járó egészségügyi szolgáltatások rendje azonban alapvetően megváltozik. A költségek nagyobb részét továbbra is a biztosító állja, de minden meghatározó mozzanatnál a betegnek is részt kell vállalnia a költségekből. A rászorulókat – ahogy a gyógyszerek esetében a közgyógyellátással – e területen is tehermentesítének.

Előzetes számítások szerint az alkalmanként 200-500 forintosra tervezett díj felszámítása legfeljebb 20-30 milliárd forint bevételt hozna a költségvetés, vagy – Molnár Lajos szerint ez a valószínűbb – az intézmények, illetve az orvosok kasszájába.

– A döntések háttéréről, részleteiről és várható következményeiről kérdeztük Molnár Lajost:

Teljeskörűvé vált az a felismerés, hogy az egészségügy nem jól működik, nem is működtethető, nem is finanszírozható így sokáig. Ahogy az is világos, hogy minden érdekelt – ellátó (orvosok, kórházi vezetők, gyógyszerészek stb.) és ellátott, valamint tulajdonos és finanszírozó – egyként elégedetlen vele. Miért működjön továbbra is nem jól, miért legyünk még sokáig elégedetlenek vele?

– Valójában mit jelent az, hogy reform? Reformnak nevezhetők a minimálisan 5 perces ellátási időről vagy a volumenkorlát csökkentéséről és a degresszió eltörléséről szóló kedélyeket borzoló intézkedések?

Dehogy! Mit is keresne akkor az egészségügy az Állam-reform Bizottság napirendjén? Mélyebbre ható változtatásokra van szükség. Hogyan változtatható át ez a mai, szovjet típusú rendszer egy, valóban a betegek és kizárólag a betegek érdekét szolgáló rendszerre? 1950-ben nem volt nehéz felszámolni egy jó rendszert. De felépíteni egy újat, egy valódi szolidaritáson alapuló, az európai normák szerint működőt sokkal nehezebb. Amikor reformokról van szó, akkor a biztosítottak, a biztosítók és az ellátók közötti viszony, valamint a gyógyszerpiac alapjaihoz kívánunk hozzányúlni.

– Hogyan kerül ebbe a sorba a gyógyszerpiac?

Az egészségügyi kiadások több, mint feléről van szó. A gyógyszerforgalmazás, gyógyszerellátás, ármegállapítás, a támogatás rendszere, a gyógyszer-kiskereskedelem mind-mind rendezésre váró terület. A reform nem egy egyik napról másira bekövetkező fordulat, elsősorban a betegekről kell szólnia, értük kell megtörténten. A betegeknek kell, hogy jó legyen, nem a kormánynak. Számos nagy és számtalan apró lépésből áll. Kulcsa a minőségbiztosítás és a nyilvánosság.

– Az intézményeket megrendszabályozó új rendeletekre is igaz ez? Az ötperces szabályra, a személyi minimumfeltételek számonkérésére alapozott intézménybezárásokra is? Miközben tudva lévő, hogy intézmények sora küszködik létszámhiánnyal?

Igen, sok vidéki kórház küzd orvoshiánnyal, miközben Budapesten az országos átlagnál négyszer több orvos működik. Számuk messze meghaladja az európai átlagot. Ezen is változtatni kell. Másrészt: nem intézménybezárásokról van szó, most még csak arról sem, hogy az OEP nem kötné szerződést a nem megfelelő személyi adottságokkal rendelkező intézményekkel. Annyi történik csupán, hogy felülvizsgálja az élő szerződéseket. Az a cél, hogy ne lehessen „barkácsolni” a beteggel, legyenek adottak a biztonságos betegellátás feltételei. Ahol nem adottak, ott nem szabad elvégezni bizonyos beavatkozásokat. Ez pedig elsősorban a beteg érdeke, de a kórház morális kötelessége és gazdasági érdeke is az, hogy biztonságosan lássa el a betegét. Ez a rendelkezés egy az imént említett számtalan apró lépésből. Továbbá arra is példa, hogy amit lehet, ami már szakmailag és jogilag elő van készítve, azt azonnal meg is tesszük.

– Mondják, az ország hátrányos helyzetű területein élők hátránya nemhogy csökkenne, hanem növekszik a kórházak, illetve kórházi osztályok bezárásával, hiszen ezekre a helyekre a legnehezebb felkészült orvost kapni. Nem ennek ellenkezője lenne a cél? Honnan kerül orvos a borsodi, nyírségi kiskórházakba?

Ez legyen a tulajdonos és a menedzsment gondja! Lehet, hogy a jelenlegi bérért az adott kisvárosi kórházban valóban nem lehet szemészt vagy altatóorvost kapni. Akkor magasabb bérért, jobb munkafeltételekkel, szolgálati lakással kell szakembert szerezni, vagy le kell mondani arról, hogy abban a kórházban – mondjuk – szemműtéteket hajtsanak végre...

– Jelenleg a jogszabályok és a közalkalmazotti törvény sem engedi, hogy az orvosoknak piaci béreket fizessenek...

Ennek megoldása valóban a kormány feladata. Megfelelő jogszabályi keretek kialakításával fel kell szabadítanunk az orvosokat a közalkalmazottság kötöttségei alól, szabadabbá kell tennünk az orvosi működést. Valószínűleg ez lesz a megoldása a színlelt szerződések körüli bonyodalmaknak is.

– A gyors cselekvés igénye indokolja, hogy a tárca – az érintettek felháborodását kiváltva – elmulasztotta a szakmai szervezetekkel való egyeztetést?

Semmi nem történt váratlanul vagy előkészítetlenül. Semmilyen intézkedés nem újdonság, valamennyit szakmai szervezetek döntései és ajánlásai készítettek elő. Az 5 perces szabály alapjait például a szakmai kollégiumok fektették le, már évekkel ezelőtt azzal, hogy kijelentették: egy beteg megvizsgálásához, a diagnózis felállításához és a terápia megkezdéséhez a szakorvosnak minimálisan 10 percre van szüksége. Miért kellett volna ezt újra megvitatni? Tudtuk, hogy első lépésben igen nehéz lenne megkövetelni a tíz perces időt, ezért azt mondtuk, legyen a fele! Egyelőre. Majd később megemeljük. Mit kellene ezen egyeztetni? Évek óta megszületett döntések azok, amelyeket most számon kérünk.

Ugyanez igaz a személyi minimumfeltételekre is. Ezeket is jó másfél-két évvel ezelőtt a szakmai szervezetek vitatták meg, döntötték el, ezek nyomán jogszabályok születtek, amelyeket szabályosan kihirdettek. Változott volna azóta valami a kardiológiában vagy az onkológiában, ami miatt most nekünk újra kellene egyeztetnünk? Mit vitassunk meg azon újra a szakmai szervezetekkel, hogy nem szabad kemoterápiát végezni, infarktust kezelni máshol, mint azokban a szakmai kollégiumok által megnevezett centrumokban, ahol valamennyi személyi és tárgyi feltétel adott?

– Mintha ezidáig hallgatólagos közmegegyezés lett volna arról, hogy ezeket nem kell végrehajtani. Számos intézmény évek óta zavartalanul gyógyíthat ideiglenes működési engedéllyel...

Már az is reformértékű lenne, hogy a megfelelő szakmai egyeztetések után megszületett, létező jogszabályokat be-

tartatjuk? Hiszen ezekben az esetekben csupán erről van szó!

– Hány intézmény, illetve osztály bezárására számít július 31. után?

Egyre sem. Biztosítunk elegendő időt a felkészülésre, ha az ellátási érdek úgy kívánja, adunk néhány hónapos haladékot. Végül ha be kell szüntesse bizonyos tevékenységeit egy-egy intézmény, akkor sem történik nagy baj. Magyarországon rendelkezünk éppen elegendő, kiválóan felszerelt, felkészült, szakemberekkel ellátott intézménnyel. A beteg érdeke az, hogy ahol az adott beavatkozást kifogástalanul képesek elvégezni, ott lássák el.

– Mit tehet egy helyi, vagy területi önkormányzat, ha úgy ítéli meg, bizonyos ellátásokat ott, helyben kell, hogy megkapjanak lakói?

Oldja meg, biztosítsa a feltételeket! A kormány ebben támogatni fogja. A reform – sok más mellett – a kistérségek támogatásáról, a leszakadó térségek felzárkóztatásáról is szól. De be kell látni, nem az a beteg érdeke, hogy a legközelebbi utcasarkon jól-rosszul ellássák, hanem az, hogy oda mehessen, ahol jó és biztonságos ellátására adottak a feltételek. Ma is sokan, sokat utaznak a jobb ellátás reményében.

– Kérem, térjünk át a több biztosítós rendszerre! Milyen menetrendben állapodtak meg?

A kormánynak be kell nyújtania, a Parlamentnek meg kell vitatnia a szükséges törvényeket. Ez reményeink szerint 2007. első negyedére lezajlik. Három, a tárca, a tárca háttérintézményei és az OEP legjobb erőit magába foglaló munkabizottság dolgozik a koncepciók kidolgozásán, a jogszabályok előkészítésén, majd kodifikációján. Három nagy témakörben dolgoznak: a biztosítottak és a biztosítók magatartása és annak szabályozása, a harmadikban pedig ugyanezt teszik az ellátók magatartásának és annak új szabályozásával kapcsolatban. Ezeket egészíti ki a gyógyszerpiac újraszabályozása, valamint az egészségügy nyilvánosságára, a nyilvánosság kontrolljára születő koncepciók, majd jogszabályok. Ezek majd együtt alkotják az egészségügy reformjának alapjait.

– Mi a legszükségesebb intézkedés annak érdekében, hogy újabb biztosítók léphessenek színre?

Létre kell hoznunk azt a biztosítás-felügyeletet, amely az állam felelősségét testesíti majd meg. Jelenleg hiányzik egy olyan fórum, ahová a beteg abban az esetben fordulhat, ha elégedetlen az ellátásával. Ez az új szervezet lesz hivatott arra, hogy eljárjon a beteg érdekében és szankcionáljon, ha kell. Kulcsfeladata lesz, hogy meghatározza, az egészségügyi intézmények milyen adatokat kötelesek nyilvánosságra hozni. A beteg joga tudni, hogy egyes intézmények és azon belül az egyes szakmák mennyire biztonságosan, eredményesen működnek. Ehhez meg kell alkotni a megfelelő értékkelő, minősítő rendszereket és biztosítani

kell az intézmények által szolgáltatott adatok teljes körű nyilvánosságát.

2007-től az APEH keretein belül működik az az informatikai rendszer, amelynek segítségével nyomon követhető, hogy ki fizet járulékot és ki nem, illetve, hogy a munkáltató befizette-e alkalmazottai után a járulékot. Nem beszélhetünk valódi biztosításokról mindaddig, ameddig nem tudjuk naprakészen és azonnal lekérdezhetően, hogy ki tett eleget járulékfizetési kötelezettségének és ki nem. Aki nem, az csaló.

– Szankcionálható lesz a család?

A biztosítás-felügyeletnek szankcionálás hatásköre is lesz, így amennyiben kiderül, hogy egy munkáltató nem fizette be alkalmazottai után a járulékot, az ellátás költségét a munkáltatón fogják behajtani. Tarthatatlan, hogy mintegy 500 ezren egyáltalán nem fizetnek az ellátásukért, illetve munkáltatójuk nem fizeti be járulékaikat, és további 500 ezren nem a valós jövedelmük után fizetnek. Nem engedhetjük meg, hogy a családok a tisztességesen fizetők pénzéért és kárára ellátást kapjanak. Ugyanez vonatkozik a nagyvállalatokra, köztük az állami tulajdonúakra is. Ugyanis a biztosítók gazdasági társaságok – az OEP is ilyené alakul –, tehát értelmét veszti az a hivatkozás, miszerint a járulékok befizetésével az állam csupán egyik zsebéből a másikba teszi a pénzt és dönthet, hol keletkezzen deficit, amit majd zárszámadáskor rendez: az állami tulajdonú MÁV-nál vagy az ugyancsak állami tulajdonú OEP-nél.

– Mit tudhatunk máris a több-biztosítás rendszerről? Például a magánbiztosítók felkészültek-e már arra, hogy belépjenek a rendszerbe?

Biztosan. Ez az ő dolguk. A mi feladatunk, hogy megújítsuk és önállóan gazdálkodó szervezetté tegyük az OEP-et, alkalmassá arra, hogy egyenlő feltételek mellett versenytársa legyen az újaknak. A lakosságot pedig nem akarjuk kényszeríteni arra, hogy biztosítót váltson, hogy az új biztosítóba átlépjen. Csak akkor döntenek majd a megszokott, az állami helyett az új biztosító mellett, ha jobb, ha vonzóbb ajánlatot kapnak: jobb sebészt, lakóhelyéhez közelebbi ellátást, kevesebb várakozást, bármit. A cél nem az OEP lebontása,

hanem az, hogy a betegek választhassanak, ne legyenek kiszolgáltatva egy monopolhelyzetű biztosítónak.

– Tervezik a tulajdonviszonyok megváltoztatását? Lesz helye a magántőkének?

Mindenképpen, de szó sincsen kórházak, intézmények eladásáról. Változtatni akarunk azon a helyzeten, hogy egy-egy kisváros önkormányzata egymaga legyen felelős egy egész térség népességét ellátó kórház-monstrum működtetéséért, miközben számtalan környező település lakóit is ellátja. Lehetővé akarjuk tenni, hogy a kistérség önkormányzatai összeálljanak, és közösen tulajdonolják és működtessék a lakosságukat ellátó intézményt. Hadd hozzanak létre a kórház működtetésére gazdasági társaságot – akár for-profit, akár nonprofit formában –, amelybe vagy bevonnak más, külső tulajdonost – befektetőt –, vagy sem. Ugyanez igaz a nagy regionális kórházakra, amelyek nem csak a saját városuk, hanem megyéjük lakosságánál is nagyobb kört látnak el és viselik az ezzel járó anyagi és ellátási felelősséget. Jogszabályok által szeretnénk felelősségeket és döntési jogokat átruházni a kistérségekre és a regionális egészségügyi tanácsokra.

– Ön a közeli napokban megnevezte legközelebbi munkatársait, közülük ketten az irányított betegellátási modell meghatározó, vezető személyiségei voltak. Találgatások kaptak szárnyra, sokan az irányított betegellátást teljes körűvé tenni kívánó Radnai-féle tervek leporlását emlegették. Az IBR lenne a reform?

Szó sincs róla. Az IBR nagyon jó előiskola volt, nagyon sok, hasznosítható tapasztalathoz jutottunk általa, nem megszüntetni, hanem továbbfejleszteni akarjuk. Az országban jelenleg is 14 ellátásszervező dolgozik, és lát el több ezer orvos közreműködésével mintegy 2 millió beteget. Ennyien tanulták meg, hogyan lehet a beteget – a beteg érdekét szem előtt tartva – hatékonyan ellátni. Ez a tapasztalat – know how – érték, amelyet a reform során meg kívánunk őrizni.

– Köszönöm a tájékoztatást és munkájához olvasóink nevében is sok sikert kívánok.

Nagy András László

Horváth Ágnes orvos-közgazdász, államtitkár 2003-2004-ben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár megbízott főosztályvezetőjeként tevékenykedett, majd 2004 decemberétől a Misszió Egészségügyi Központ ügyvezető igazgatójaként részt vett az irányított betegellátási modellkísérletben.

Rapi Katalin egészségpolitikai szakállamtitkár, gyermekorvos, 1977-től a Szent László Kórházban dolgozott, 1995-től főigazgatóként.

Kovácsy Zsombor a szabályozásért és irányításért felelős szakállamtitkár 2001-2002 között az akkori Népjóléti Minisztérium egészségpolitikai főosztályát vezette, majd 2006-ig az Igazságügyi Minisztériumban dolgozott.