

## Kényszerek és lehetőségek a járóbeteg szakellátásban

Dr. Varga Imre

Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség

A cikk vázlatosan felsorolja azokat a szempontokat, melyek lényeges befolyással lehetnek a járóbeteg szakellátásra. Példaként egy egyszerűsített háromdimenziós mátrix-moddal ábrázolja a rendszer struktúráját és működését. A javasolt modell már több alkalommal publikációra került, használható voltát eddig nem kérdőjelezték meg. Több eleme az immáron már 6 éve javasoltaknak a jelenlegi rendszer részévé vált. A szerző az említett modell alapján 10 pontos feltételsorral tesz vitaindító javaslatot, hogy egy újonnan felálló rendszerben a járóbeteg szakellátásban dolgozó szakorvosok mozgástere hogyan bővíthet, és az érintettek milyen feltételekkel javíthatják munka-, valamint életkörülményeiket és biztonságérzetüket.

### BEVEZETŐ

A cikk 2006. szeptember elején íródott, amikor még távolról sem kidolgozott, de legalábbis nem ismert, hogy a kormányzat milyen konkrét változtatásokra szánja el magát az egészségügyben. A Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnökeként, felajánlva és demonstrálva szövetségünk kooperatív hozzáállását, újra összefoglalom a szövetségünk által már több éve hangoztatott és publikált gondolatokat és elveket. Jóllehet, az alábbi gondolatmenet egyes elemei már több állásfoglalásunkban is szerepeltek, maga a cikk a szövetség elnökségével részleteiben nem egyeztetett elképzeléseket tartalmaz, így saját véleménynek minősül.

### A rendszer elemei

Kiindulási alapként meghatározom az egészségügyi rendszer átszervezésének feltételrendszerét, melynek egyensúlyt kell találnia a költséghatékonysági elvek érvényesülése, a szakmai szempontok, valamint a betegek és a szolgáltatók érdekei között.

Az alábbi felsorolás nem logikai sorrendben készült, és nem törekszem többre, mint egyfajta koncepcionális szempontrendszer vázlatra, amely egy részletes program kidolgozásánál egyfajta heurisztikai szerepet tölthet be.

- Egészségpolitikai/politikai preferenciák által meghatározott irányok
- A döntések következményei, közeli és távoli hatásai (alapellátás, fekvőbeteg ellátás, IBR stb.)

- Az ellátórendszer egészének strukturális deformitása, határterületi problémák
- Bevonható források, pl. NFT által biztosított lehetőségek, vállalkozó, hitel stb.
- Kapacitás viszonyok országos szinten
- Kapacitás (szakorvosi óraszámok) helyi szinten
- Szakmai feltételrendszerek
- Szolgáltatási csomagok meghatározottsága
- Ellátási szintek és feladat/láncok mátrixa (feladatok helye az ellátás rendszerében)
- Ellenőrzés (Szakmai, finanszírozói, minőségügyi, indikátorok/rendszerek)
- Személyi ellátottság feltételrendszere
- Infrastrukturális ellátottság feltételrendszere
- Új ellátási formák integrálódása
  - Egynapos és kúraszerű ellátások
  - Prehospitális, post hospitális ellátás. Protokollrendszerek
- Finanszírozás rendszere, kényszerei
  - Költségkalkulációk és teljesítményarányosság
  - Költséghatékonyság
  - Folyamatos „finanszírozói” karbantartás
  - Szabályzók/korlátok szerepe (Szabálykönyvi előírások, TVK, 5 perces szabály stb.)
  - Feladat-pénz követés rendszere
  - Új típusú finanszírozási technikák (AHBCs stb.)
  - A változásokat a források átcsoportosítása és szükséges mértékű pótlása, ne pedig forráskivonás jellemezze.
- Új típusú szerződések
- Működtetési formák
- Kialakult szokásjogok és elvárások a beteg oldalon
  - A betegbeutalás rendszere, orvoshoz jutás – intézmény/szolgáltató választás, ügyeleti szolgálathoz jutás
- Hozzáférés, elérhetőség, földrajzi és egyéb működési feltételek
  - Távolságok, hátrányos helyzetű szolgáltatók, önálló rendelőintézetek hátrányos helyzete
- Kialakult szokásjog a szolgáltatói oldalon
  - Kórház-rendelőintézeti kapcsolatok,
  - Orvosok helyhez kötöttsége (mobilitási hajlandóság hiánya)
  - Korábbi bemerevedett gyakorlathoz történő ragaszkodás
  - A kórházi struktúra merevsége – nehezen alakíthatósága

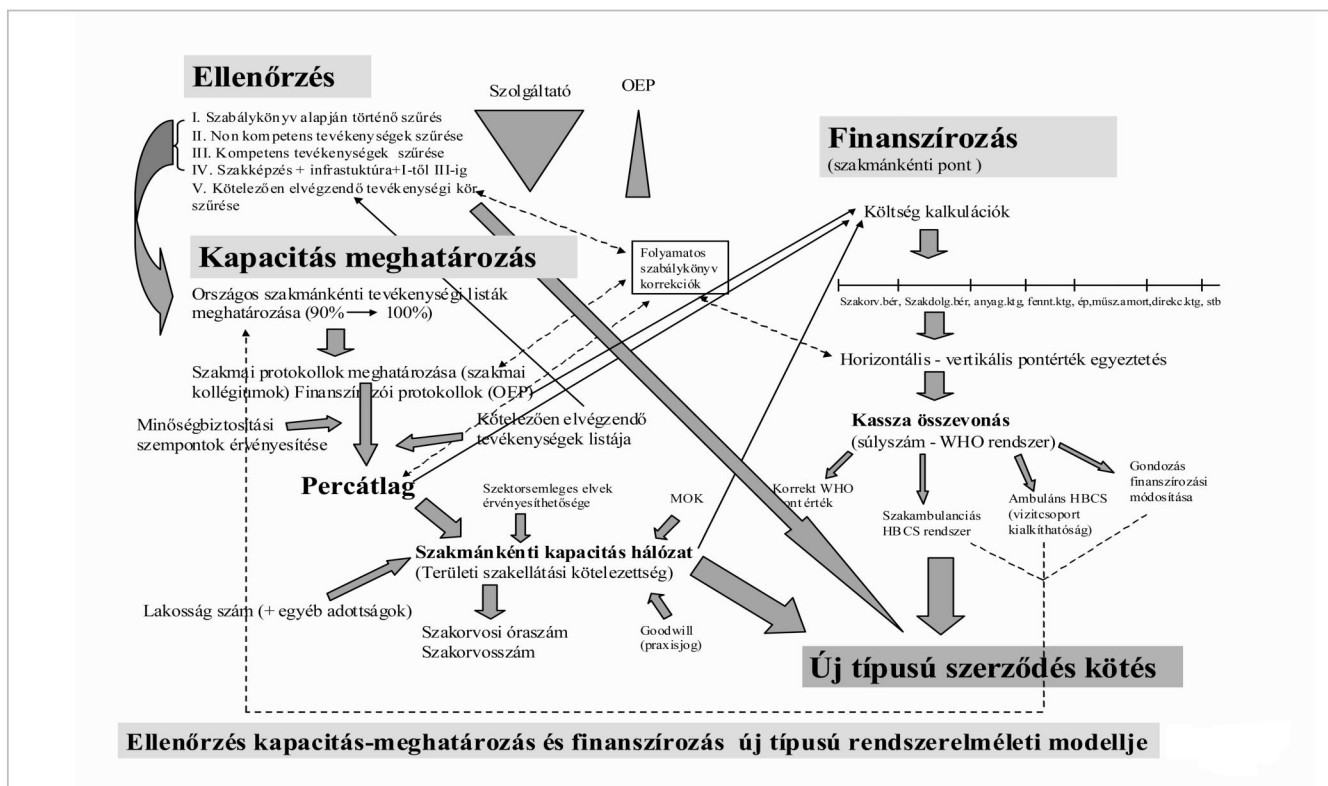
- Tulajdonosi hozzáállás
  - Elvárások és teljesítés
  - Be nem tartott tulajdonosi megállapodások
  - A kérdéskör területi/helyi vetülete
- ÁNTSZ
  - Infrastruktúra feltételek, ideiglenes engedélyek stb.
- Beteg, orvos, OEP viszony helyzete, leszabályozottsága/szabályzatlanlansága
- Életpálya kilátások
- Garanciák
- Egzisztenciális szempontok

A változásokat elősegítő és elképzelhető ideális irány megválasztása a fenti paraméterek rendszerelméleti figyelembevételével természetesen ennyi alkotórész egyidejű szem előtt tartásával igencsak nehéz. Ezért az egyszerűbb demonstrálhatóság kedvéért mutatom be az általam 3 dimenziós mátrix modellnek, – bővebben az ellenőrzés kapacitás-meghatározás és finanszírozás új típusú rendszerelméleti modelljének – nevezett 1. ábrát, melyen a 3 önkényesen kiválasztott – nem lényegtelen – paraméter segítségével érzékelteti, hogy a rész elemnek változása hogyan korrigálhatja a rendszer egészét és alakíthatja az egyéb paraméterek változását. Az ábra 2000. áprilisából származik, egyes elemei (nem csupán egyesületünk aktivitásának köszönhetően) már megvalósultak, így pl. a gondozói finanszírozás módosítása, a kassaösszevonás, vagy az ellenőrzés néhány intézkedése, vagy az egy betegre jutó átlagos ellátási időtartam ellenőrzése. Bármilyen különös, a betegre jutó

percátlagot, mint fogalmat és rendszerező elvet már 2000-ben javasoltuk.

**Egy példa a modell használatára**

Érdeemes végigkövetni az újonnan a rendszerbe állított tevékenység sorsát, ahogyan az a szakmai és finanszírozói protokollja meghatározásával módosítja a kapacitásviszonyokat, a finanszírozás mértékét, az ellenőrzést és a szerződést. Egy adott tevékenység vagy tevékenységsor a Finanszírozási és Kód Bizottság jogszabályi javaslatával bekerül a rendszerbe. Ellentétesen a jelenlegi gyakorlattal, ehhez rendelkeznie kellene konkrét – azaz nem egysoros – szakmai definícióval, meghatározott feltételrendszerrel, egyeztetett finanszírozói értékméréssel és minőségbiztosítási feltételekkel. Ezek megléte esetén dönthető el: mely tevékenység válik feleslegessé, így a rendszerből kiiktatható. Ez irányba a 2001-ben indult járóbeteg kódrendszer felülvizsgálat során már sok minden történt, azonban a munkát folytatni kellene. A felvett új és a kiiktatott régi tevékenység/ek segítségével újra el kell végezni a következő kalkulációkat: milyen hatással bír ez az ellátás egészére, az egy betegre vonatkoztatott mutatóktól – beteg percátlag – az adott terület/régió kapacitás viszonyaira, mely eredménynek megfelelően azokat módosítani kell. A jelenlegi szabályozók mellett a TVK és a szakorvosi óraszám az a két fő mutató, amelyen a változtatásokat el kell végezni! A javasolt finanszírozói protokollnak valamennyi részelemével követnie kell a változásokat a bérektől kezdve az amortizációig.



1. ábra  
Kapcsolat a rendszerelemek között

A javasolt rendszer ennél a példánál természetesen bonyolultabb, mivel a demonstrációs céllal kiválasztott 3 paraméteren kívül olyan elemek is szerepet játszanak, mint pl. az egészségpolitikai preferenciák, vagy az életpálya garanciális szempontjai.

A fentiekben vázolt fő sarokpontok és alcsoportjaik figyelembevételével kialakított átalakításokra már régen várnak a járóbeteg szakellátásban dolgozók. Különösen nagy most a várakozás, mivel a jelenlegi ellátórendszer a megváltozott igényeket nem tudja kielégíteni, de a megváltozott feladatok ellátására a mostani rendszer nem is alkalmas. Új rendszer viszont csak megújított környezetben indulhat.

Az elmondottaknak megfelelően az alábbi 10 pontban fogalmazhatók meg a szakorvosi elvárások sarokpontjai, melyek javaslatom alapját képezik és melyeket vitaindítónak szánok a szakmai közösség számára:

- **A szabadfoglalkozású szakorvos járó, járó-fekvő szolgáltatás lehetőségeinek meghatározása, engedélyezési rendszerének párhuzamos módosítása**

Definiálandó az új rendszerben a szakorvos szerepe, lehetőségei, mind az irányában fennálló szakmai elvárások, mind az engedélyező hatóság (ÁNTSz) szempontjából. Meghatározó/k a szakképesítésről és jártasságról szóló dokumentum/ok, mely alapot ad/nak arra, hogy az ország területén megfelelő szerződéssel szakorvosi tevékenységet folytasson. (Külföldi példákhoz hasonlóan akár járó, akár fekvő ellátásban, akár több helyszínen is) Ettől viszont legyen független az ÁNTSz-engedély, amellyel az intézménynek kell rendelkeznie, amely a megfelelő szerződéssel őt alkalmazza, feltéve, ha az orvos nem a saját intézményében nyújtja a szolgáltatását! Az orvosnak a finanszírozóval kötött szerződése legyen érvényes az ország területén, pl. gyógyszer, gyógyászati segédeszköz felírására is.

- **A szakorvos, mint önálló egészségügyi szolgáltató lehetséges szerződéses kapcsolatai**

- Szakvizsga, kiegészítő képesítések, jártasság és OEP szerződés:  
Alapértelmezésben alapfeltétel egy kellő szakképesítéssel és a szükséges jártassággal rendelkező szakorvos, akinek a finanszírozóval érvényes szerződése van.
- Egy-két műszer/berendezéssel is rendelkező vállalkozó Ezen pont alatt értendő, hogy a szakorvos megfelel az első pontban írott feltételeknek és tevékenységének végzését segítő egy-két műszer, bútor stb. saját tulajdona, mely a munkavégzését és/vagy tevékenységei lehetőségét bővíti.
- Valamennyi műszerrel és berendezéssel rendelkezik: Ezen pont alatt értendő, hogy a szakorvos megfelel az első pontban írott feltételeknek és a tevékenységének végzését biztosító valamennyi műszer, bútor stb. saját tulajdonában van.

- Rendelő + helységei (szakorvosi PPP):  
Ezen pont alatt értendő, hogy a szakorvos megfelel az első pontban írott feltételeknek és saját tulajdonú és felszereltségű rendelőjében végzi tevékenységét.

A megújult rendszerben tehát lehet, hogy egy szakorvos akár több szerződéssel bír, pl. szerződik feladat végzésére egy, akár több fekvő intézménnyel meghatározott feladatokra, ügyeletre, műtétekre, osztályos munkára stb., míg másik intézménnyel ambuláns feladatok végzésére egy műszerrel, és saját rendelőjében is nyújt szolgáltatást pl. önkormányzattól feladat átvállalással.

- **Új típusú szerződéskötési rendszer kialakítása**

Az előző pontokban leírtaknak megfelelően megváltozott a szerződéskötés rendszere mind az OEP-el, mind az őt alkalmazó intézményekkel és azokkal, akiktől (pl. önkormányzat stb.) feladatot vállal át.

- **Vagyonérték megjelenítése a területi ellátási kötelezettség szintjén**

Lényegében a goodwill és know-howra való hivatkozás már nem idegen az egészségügyben. Nem biztos, hogy ezen fogalmak kizárólag az alapellátást kiszolgálóak lennének, tehát megtalálható a helye a szakellátás területén is.

- **A finanszírozói minőségi szolgáltatás vásárlói szempontjainak megjelenítése az új „feladatcentrikus” rendszerben**

A szolgáltatás vásárlója -a beteg biztosítója- egy újonnan felálló rendszerben, melyben meghatározható indikátorok révén a szolgáltatás minőségére és betegre (TAJ-ra) legújítható költséghatékonyság szempontjai szerint informálódhat, érvényesítheti preferencia rendszerét akár bonusz-malus, akár a szankció (szerződésbontás) eszközeivel, mely a jelenlegi rendszerben nem képzelhető el igazságosan. (Legyen az a szolgáltató, akár maga a beteg!)

- **Hatósági díjtétel rendszer kialakítása**

A közfinanszírozott körben nyújtott szolgáltatások korrekt kalkulációs rendszerének segítségével kialakítandó szempont, mely az egész rendszer stabilitását hivatott biztosítani. Nem tartható fenn az a rend, hogy még éves szinten sem lehetséges a tervekészítés a nemegyszer ötletszerűnek tűnő gyors és kiszámíthatatlan szabálymódosításokkal.

- **Költség követési rendszer kialakítása (TAJ, egy, két, több konkrét és valamennyi szolgáltató vonatkozásában)**

Lényegében már ma is alkalmas a feltétel kielégítésére az OEP jelenlegi informatikai rendszere, melybe egy biztosító esetén az OEP, több biztosító esetén az egyes biztosítók szempont csoportjai illeszthetők be a kapcsolható jutalmazási, esetleg elvonási intézkedésekkel.

- **Szakmai értékmérés rendszerének módosítása (célzott indikátorrendszerek kialakítása, benchmarking módszer, definitivitási mutató bevezetése stb.)**

Az előző ponttal analóg tevékenységsort takar, csak a szakmai szempontok figyelembevételével. Ideális esetben e két pont kiegyensúlyozott viszonya lenne a megfelelő a gyakorlatban, mert bármelyik irányába történő elhajlás káros eredményt hozhat.

- **Magán és a szolgáltatói vagyon elkülönülése**  
Fontos feltétel, mely a közfinanszírozotti tevékenység végzése kapcsán, mint szempont nélkülözhetetlen, mivel a szolgáltatás speciális jellege miatt a vállalkozás nem süllyeszthető le a gebines üzletek rizikójával analóg szintekre.
- **Életpálya garancia szempontok és a kiszámíthatóság beépítése**  
Ennek hiányában több szakmát és földrajzi területet érhet kár részben a külföld, részben a nagyobb városok

elszívó hatása miatt, mely hiánya a lakosság egészségügyi ellátásának esélyegyenlőségét még jobban ronthatja.

## KÖVETKEZTETÉSEK

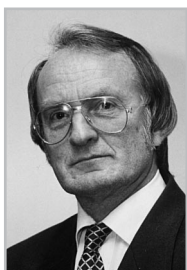
A javasolt átszervezés, valamint a fentiekben megfogalmazott tíz pont megvalósulása serkenthetné a vállalkozói kedvet, amire az évek óta rendelkezésre álló 25 Md Ft vállalkozói hitel sem volt képes. Természetesen szeretném, ha a napjainkban tervezett mélyreható változások nyertesei többek között mi, a járóbeteg szakellátásban dolgozó szakorvosok lehetnénk, ezt azonban win-win módon, tehát nem mások, vagy más területek kárára képzelem el. Bízom benne, hogy a javasolt reformmodell koncepció erre alkalmas. Visszautalva a címre, javaslatom lényege úgy fogalmazható meg, hogy a kétségtelen kényszerek mellett komoly mozgástér is adott a járóbeteg szakellátás átszervezésére.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Dr. Dérer István igazgató, Nógrád megyei MEP: Szakorvosi tevékenység végzésének engedélyeztetése és a változtatás javasolt iránya (előadás a VII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencián 2005 szept. Balatonaligán)
- [2] Dr. Kiss István alelnök, MOTESZ: Az egészségügy fejlesztés szakmai feltételrendszeréről 2007-2020 egészségügyében (előadás a VII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencián 2005 szept. Balatonaligán)
- [3] Dr. Varga Imre: Változásmenedzselés a járóbetegszakellátásban, Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000. 38. évf. 1, 19-23.
- [4] Dr. Varga Imre: Javaslat a járóbeteg-szakellátás reformjához, Egészségügyi Menedzsment 2000. június
- [5] Dr. Varga Imre: Befektetői remények a járóbeteg szakellátásban, Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001. december
- [6] Dr. Varga Imre: Helyzetelemzés, nemzetközi kitekintés és javaslatok az egynapos sebészet hazai bevezetése kapcsán I., IME Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2003. II. évf. 2. szám 12-16.
- [7] Dr. Varga Imre: Helyzetelemzés, nemzetközi kitekintés és javaslatok az egynapos sebészet hazai bevezetése kapcsán II., IME Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2003. II. évf. 3. szám 8-14.
- [8] Dr. Varga Imre: Helyzetelemzés, nemzetközi kitekintés és javaslatok az egynapos sebészet hazai bevezetése kapcsán III., IME Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2003. II. évf. 4. szám 9-14.

*Az irodalomjegyzék folytatását honlapunkon tekinthetik meg kedves olvasóink.*

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Varga Imre** 1976-ban szerzett általános orvosi diplomát. A Dunakeszi Szakorvosi Rendelő Intézet urológus szakorvosa. Alapító tagja – kezdetben titkára, majd elnöke – a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségnek. Egészségügyi szaktanácsadó, az Egészségügyi Minisztérium Finanszírozási és

Kódbizottságának tagja. Szakmai tanulmányútak: Ausztrália, Flinders Medical Center, US Aid segítségével USA 10 államában szervezési, egynapos ellátási területek, szerkezet átalakítási célú, irányított betegellátás szervezés, training program. 2000-ben Közgazdaságtudományi Egyetem egészségügyi menedzser diploma. A Szegedi Tudományegyetem orvos/közgazdász képzésében a járóbeteg szakellátás oktatója. Szervezési-kutatási területe: az egynapos ellátások.