

Összefoglaló az IME III. Regionális Egészségügyi Konferenciájának „Területi együttműködések – szerveződések szolgáltatási szinten” blokkjából

A regionális konferencia nyitó blokkja alapvetően két kérdéskört igyekezett bemutatni. Az egyik az egészségügyi szolgáltatók működési, finanszírozási környezetének aktuális helyzetéről, olyan változásairól igyekezett áttekintést adni, mint a finanszírozási és egyéb szabályozási változások hatásai, vagy a kormány által tervezett Egészségbiztosítási Pénztárak működésének lehetséges érdekeltviszonyai. A másik témakör speciálisan regionális volt; ugyanis a regionális egészségügyi tanácsok elmúlt 3-4 évének viszontagságos működéséről adtak igen reális és elszomorító képet.

Molnár Attila, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főosztályvezető-helyettese az egészségügyi reform egy évét, az ellátórendszer átalakítását követő finanszírozási változásokat mutatta be tényadatokkal alátámasztva.

Bevezetőként néhány gondolatot vázolt a reformfolyamat előzményeivel kapcsolatban, kiemelve azokat a szempontokat, melyekben alapvetően konszenzus található: az egészségügyi ellátórendszer struktúrája, hagyománya, működési mechanizmusa jelentős mértékben nem változott meg, miközben a „világ elszaladt mellette”, az ország gazdasági-társadalmi berendezkedése gyökeresen megváltozott, így ez az inkoherencia kompatibilitás problémát okoz. Az ellátórendszer túlméretezett, elsősorban az aktív fekvőbeteg szakellátás területén, de a járóbeteg szakellátásban is vannak kihasználatlan kapacitások; egyik legsúlyosabb probléma az ágazat folyamatosan növekvő forrásigénye, amely mellett ezt a struktúrát biztonsággal üzemeltetni nem lehet.

Az egészségügyi reform folyamatának rövid áttekintését követően összefoglalta a struktúraátalakítás eddigi eredményeit, fő tendenciáit. (Szakmai szempontból a folyamat már korábban elkezdődött: ez első kemény beavatkozás, ami a rendszer működésére és a struktúrára is hatással volt, a TVK 2004. évi bevezetése volt. Majd ezt követte az összevont szakellátási kassza bevezetése, ahol azonban a gyakorlati átjáráshoz a szándék nem jelent meg pregnánsan.) Az aktív fekvőbeteg-ellátásban jelentős kapacitáscsökkenés történt, ennek egy része a krónikus ellátásban, a rehabilitációban jelent meg többletként, illetve a járóbeteg szakellátásban képez kapacitástöbbletet, amely az aktív fekvőbeteg-ellátásból átkonvertálható ellátásokra ad lehetőséget.

Kiemelte a fekvőbeteg szakellátás főbb finanszírozási változásait, érintve a területi ellátási kötelezettség, a TVK-rendszer átalakítása, a kórházi élelmezés miatti változások, a párhuzamos ellátások kiszűrése, az egynapos ellátások bővülése, a krónikus osztályokon korlátozott aktív ellátás

engedélyezése, a részleges térítési díj, az elszámolási nyilatkozat, az online jogviszony ellenőrzés kérdésköreit. A területi ellátási kötelezettség kapcsán megjegyezte, hogy az új rendszer bár előrelépés, de nem old meg számos problémát: az egyszintű felosztás nem kezeli a progresszivitást, ezért legalább még egy szinten szükséges definiálni a területi ellátási kötelezettséget (TEK-et). A járóbeteg szakellátás finanszírozási változásai közül az ötperces szabály bevezetését, a nappali kórházi ellátások elszámolhatóságát és a párhuzamos ellátások kiszűrését, az egynapos ellátások bővülését, az elszámolási nyilatkozat bevezetését és az online jogviszony ellenőrzést emelte ki.

Az előadó a figyelmet a szemléletváltozás szükségességére irányította. Arra, hogy nem tartható az a korábbi „illúzió”, hogy az egészségügyi ellátások bárhol, bármikor a tényleges rászorultság érdemi vizsgálata nélkül korlátozás nélkül igénybe vehetőek; az egészségügyi szolgáltatás színvonala nem a kórházban töltött idő hosszától vagy az elvégzett diagnosztikai vizsgálatok számától függ, hanem attól, hogy a beteg milyen gyorsan gyógyul, illetve milyen életminőség biztosítható számára a nem gyógyítható betegség mellett. A gyógyulás garanciája nem kizárólag a kórházi ellátás, a betegségek jelentős köre a házi orvosi ellátásban vagy a járóbeteg szakellátásban is eredményesen és gyorsan gyógyítható.

Az igénybevételi változásokat adatokkal, diagramokkal alátámasztva a következő tendenciák tapasztalhatók:

- Az aktív ellátásban csökken az ápolási napok és a betegek száma, megdöbbentő, hogy a kapacitás és az igénybevétel csökkenése mellett az ágykihasználtsági adatok fennállásuk óta a legalacsonyabb szintre süllyedtek vissza.
- Jelentős kapacitásváltozás mellett a TVK-ban kisebb mértékű változás következett be; a krónikus ellátásban nem következett be az elvárt változás, ennek okai abban keresendők, hogy az ellátórendszer még nem volt felkészülve ezen betegek ellátására, valamint a betegút tereleése ebbe az irányba még nem gyorsult fel.
- A járóbeteg szakellátásban az esetszám drasztikusan csökkent, a betegforgalom nagyjából minimálisan változott, ennek következtében soha nem látott kapacitás-, TVK- és teljesítmény-kihasználatlanság lépett fel (mintegy 1,5 hónapnyi teljesítmény maradt bent a rendszerben). Ennek hátterében főként a vizitdíj direkt (nem ment el a beteg) és indirekt (elszámolási duplikációk csökkenése) hatása állhat. Az az elképzelés, hogy a járóbeteg szakellátás fogadja az aktív fekvőbeteg szakellátásból „alternálható” ellátásokat, egyelőre még nem következett be.

Dr. Bacskai Miklós, a Healthware Tanácsadó Kft. ügyvezető igazgatója az egészségbiztosítási reform kapcsán vizsgálta a finanszírozói kockázatkezelés, illetve ennek feloldására szánt többevonás kérdéseit, illetve azt, hogy mindennek mi lesz az ára. Az előadás anyagát e lapszámunk tartalmazza.

Dr. Zombor Gábor, a Dél-Alföldi Regionális Egészségügyi Tanács (DARET) elnöke előadásában a regionális egészségügyi tanácsok (RET) újjáalakulásával, működésével kapcsolatos problémákat vette számba, azt a kérdéskört boncolgatva, hogy a RET-eknek milyen hatással kellene lenniük az egészségpolitikára, és ezt a feladatot el tudják-e látni.

A RET-eket elméletileg komoly és szakmailag szerteágazó feladatot ellátó, demokratikusan működő testületként hozták létre. A törvény által meghatározott funkciói közül azonban csak a koordináció, érdekegyeztetés az, ami működhet (a többi feladat kapcsán vagy nem kéri ki véleményüket, vagy nem áll rendelkezésre az ahhoz szükséges forrás, módszer), de a delegálási rendszer alapján ez is aktualitását veszti, hiszen lehetetlen létrehozni bármiféle konszenzust.

A RET-ek nem vállalták fel a struktúraátalakítás során hozzájuk delegált feladatot, mivel az nem saját, hanem diktátum által meghatározott döntés lett volna. Ezáltal ki is kerültek a hivatalos egyeztetési folyamatból és legtöbbször az átalakítások „kerékkötőjeként” állítják be őket.

A DARFT szakbizottságaként működő egészségügyi tanács 2005-ben dél-alföldi regionális egészségfejlesztési programot fogadott el, melyben meghatározásra kerültek az egészségügyi ellátásban azon feladatok, melyek a dél-alföldi régióban kiemelten kezelendők, fejlesztendőek 2007–2013. között, melyet azonban az RFT nem használt fel. A RET-ek működésében gondot jelent a – regionális ÁNTSZ költségvetésében biztosított – szűkös költségvetés is (pedig az összes EU projekt kapcsán pénzügyi hatástanulmányt kell készíteniük), a nehezen kezelhető tagösszetétel (koherencia-zavart okoz a folyamatos újjáalakulás kényszere) és az információhiány a hatáskörébe tartozó feladatok ellátása során (a pályázatok előkészítésébe sem vonják be őket).

A törvényi változások miatt eszközölt módosítások nyomán tehát a RET mint szakmai szervezet átalakult: sem a szakmaiság, sem az érdekképviselő nem jelennek már meg általa, és ebből adódóan működésképtelenné válhatnak. Az eredeti célfilozófia „az egészségügyi ellátás szervezésének társadalmi, szakmai érdekképviselői kontrollja a régióban” érvényesülése érdekében, fenn kell tartani ezt az utóbbi időben csorbát szenvedett érdekképviselői lehetőséget, a RET ebben bízva végzi továbbra is feladatát.

Dr. Tóth Árpád, a Veszprém Megyei Cholnoky Ferenc Kórház- Rendelőintézet minőségügyi és fejlesztési igazgatója szintén a RET-ek működését értékelte és pozitív példaként a dán rendszer működését vázolta fel, ahol a regionális testületek felelősek az ellátás megszervezéséért, finanszírozásáért, melyhez a forrást a költségvetés biztosítja la-

kosságszám- és kapacitás-arányosan. A testületek széles hatáskörrel rendelkeznek a struktúraalakításban, a finanszírozási metodikában, központilag leginkább az ellátási kimenetek szabályozottak.

A regionalitás eszmeisége kapcsán két elv, a szubszidiaritás és a hatékonyság állandó egyensúlyának keresését fogalmazta meg. A RET-tel szembeni elvárásaként fogalmazta meg, hogy a helyi viszonyokat jobban ismerve, a döntés felelősségét jobban átérezve, ütőképebben valósítsa meg az egészségpolitikai célkitűzéseket (hatásosság, hatékonyság, igazságosság, megvalósíthatóság).

Szintén számba vette a RET kialakulásának előzményeit. A RET-ek célja valójában nincs meghatározva, helyette a törvényi rendelkezés közreműködő szervezetként aposztrofálja, üzenetként hordozva, hogy alapvetően nem számítanak döntéseikre. Az is számos problémát vetített előre, hogy az egészségügyi régió nem feltétlenül fedi le a közigazgatási régiókat, hiszen teljesen más elvek alapján alakultak ki a rendszerek.

Vizsgálva a RET feladatainak teljesülését megállapítható, hogy a regionális egészségügyi programok elkészültek, a regionális szándékokat felülírva azonban a központi akarat érvényesül, így a monitorozás is indifferens. A legjobban működő funkció a koordináció és érdekegyeztetés főleg kifejezett jogi előírás esetén; mivel a törvény szerinti egészségügyi fejlesztési előirányzat soha nem került feltöltésre, ennek forrásairól a RET-ek nem is rendelkezhetek; a be-telegedettségi vizsgálatok végzése nem történik meg; a területi beutalási szabályokkal kapcsolatos jogszabályok gyakorlatilag nem léteznek (ellátási kötelezettség oldalról került megfogalmazásra), ezért itt sem játszik szerepet a RET.

A kapacitás-szabályozás és a többletkapacitás-befogadás kapcsán megjegyezte, hogy 2005. óta többletkapacitási pályázat nincs, ezért nincs miben részt venni; a 2007. évi struktúraátalakítás kapcsán a RET nem volt hajlandó döntést hozni a központilag kialakított normatívák helyi elosztásában; az egyetlen olyan pályázatban, amely valamilyen formában plusz kapacitást hozott a rendszerbe, nem szántak szerepet a RET-nek. A jövőt vetíti előre a következő két feladat, melyekben remélhetőleg figyelembe veszik majd a RET-ek véleményét: az egyik, hogy az RFT-vel együttműködve figyelemmel kísérik az Operatív Programok régióban jelentkező fejlesztéseinek megvalósítását, a másik, az RFT-k egészségügyet érintő fejlesztéseinek előzetes véleményezése, a fejlesztésekkel kapcsolatban egyetértési jog gyakorlása.

A működéssel kapcsolatban a képviselő, a szakmai és anyagi függetlenség, valamint az adatfeldolgozás infrastrukturális illetve metodikai kérdéseit, problémáit (az adatvédelem miatt a depersonalizált, kumulált adatok felhasználásának korlátai a döntés-előkészítésben) vetette fel.

Összefoglalva, a regionalitás elve egyelőre továbbra is csak jelszavakban testesül meg: központi akarat, felhatalmazás hiányában cél-, eszköz- és forrásrendszer nélküli, érdekellentétetekkel terhelt testületek jöttek létre és működhet-

nek majd, melyek szerepe a regionális ellátórendszer kialakításában, működtetésében jelképes. Ilyen helyzetben kérdés, hogy a RET miként tudja alakítani a regionális egészségpolitikát, érvényesíteni a társadalmi elvárásokat egy vagy több egészségpénztár megjelenését követően.

Dr. Kincses Gyula államtitkár előadásában a térségi szemlélet, a regionalitás érvényesülését mutatta be általánosan az egészségügyi rendszerekben, valamint az egészségügyi reformban.

Mivel a területi elv kérdését nem lehet önmagában való kérdésként kezelni, kiindulásként felvázolta az egészségügyi rendszerekben érvényesülő térségi szemlélet makrokörnyezetét, elhelyezve benne a hazai egészségügyi rendszert. Általánosságban a február 11-i döntés szabja meg a regionalitást és a területi elv érvényesülését, melynek jelentőségét, lehetséges funkcióit a következőkben látja: egyenletes hozzáférés, a kapacitások szükségletarányos kiegyenlítése; az ellátórendszer hierarchikus felépítése a progresszivitás igazságos érvényesítése mellett; az ellátórendszer működésének összehangolása, az ellátásszervezés.

A térségi szemlélet a magyar egészségügyben eltérő súllyal érvényesül egyes területeken, miután ez egy modellfüggő szempont és a célmodell egy választható versengő biztosítási rendszerre épül. Területi elv érvényesül a kapacitások meghatározásában, az egyenlőtlenségek kiegyenlítése mellett az igazságosság, költséghatékonyság, progresszivitás érvényesíthetősége érdekében meghatározó a fejlesztésekben, részben területi elv érvényesül az ellátásszervezésben (hozzáférési garanciák, progresszivitás). A finanszírozásban – a jogalkotói szándék szerint – viszont csak másodlagos vagy átmenetileg érvényesül a területi elv, a deklarált elv itt a versengő biztosítók működése. A kompromisszumos modell végeredménye az új rendszerben a területi elv és a verseny keveréke, de a törvény szándéka nem a területi elv konzerválása, hanem a verseny és a különböző piaci elemek – a választás – erősítése. A térségi szemlélet az ágazati uniós források felhasználása során is több területen érvényesül.

A RET-ek jövője kapcsán két lehetséges perspektíva vázolható fel: a térségi szemléletet erősítve önálló intézmények maradnak, az ÁNTSZ-re épülve, vagy mint fejlesztés-

téspolitikai intézmények az RFT-k szakbizottságaként működnek, részt vehetnek bizonyos ágazati döntésekben, egyes kérdésekben önálló hatáskörben; így nagyobb beleérkezéssel rendelkezhetnek a régiók fejlesztéspolitikájában, illetve rendelkezésükre állhat az a fajta infrastruktúra, tudás, ami az ágazatban csak korlátozottan vagy nem egyenszilárdsággal van meg.

Henter Izabella, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének (MDOSZ) főtitkára, egy 2007. októberében készített felmérés informatív értékű eredményeit prezentálta, amely a 2005. évben a MESZK-kel közösen végzett kutatás folytatásának tekinthető, lehetővé téve a két évvel ezelőtti eredményekkel történő összehasonlítást.

Öt témakört illetően kérdőíves módszerrel 54 kórházban vizsgálták meg a dietetikus munkát, a kórházi betegélelmezés körülményeit: betegétkeztetés, leggyakoribb diéták, enterális táplálás jellemzői, dietetikai szakrendelések, orvos-dietetikus team munka.

Megállapítható, hogy a vizsgált két év folyamán az élelmezés kiszervezéseinek száma majdnem háromszorosára növekedett, ezt a folyamatot a teljes élelmezési költség mintegy 18,6 milliárd Ft értékű összege tette lehetővé. A kórházi élelmezésben és a dietetikai tanácsadásban pozitív és negatív irányú folyamatokat egyaránt feltárt az elemzés: a dietetikai szolgálat helye a szervezeti felépítésben még mindig nem tekinthető ideálisnak; nőtt az egy dietetikusra jutó betegek száma, a szakrendeléseken pedig csökkent a dietetikai tanácsadás; az enterális táplálásban és a tápszerek finanszírozásában viszont pozitív változás volt tapasztalható.

Az eredmények felmérése és publikálása azért is fontos, mert a tárca a szakma javaslatait és tanácsait is kikérve, ezen eredmények alapján döntött úgy, hogy változtatni fog a betegétkeztetésen. Ennek eredményeképp született meg a vonatkozó miniszteri rendelet is, mely szintén egy „input” és ennek „outputjára” vonatkozóan szeretnének további vizsgálatokat végezni.

Dr. Gaál Péter, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ programvezetője, előadásában az egészségbiztosítási reform megvalósításával kapcsolatos kulcskérdésekre kereste a választ. Előadását teljes terjedelemben megtalálják a lapszámunk hasábjain.

Készítette: Borcsek Barbara és Dózsa Csaba

IME.

VI. Infokommunikációs Konferencia

2008. május 28.

Best Western Hotel Hungaria – 1074 Budapest, Rákóczi út 90.

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682

www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu