

Dr. Belső László a MOTESZ alelnöke,
a Szakma, szakmapolitika és finanszírozás rovat vezetője



Javaslat az egészségügyi fejlesztésekre és a változtatásokra II.

Bevezető

Az előző számban bemutattuk a felhívásunkra érkezett véleményeket és a MOTESZ Elnökségének javaslatát.

Azóta megismerhettünk további véleményeket, javaslatokat és ismertté vált, sőt elfogadásra került a kormányprogram is.

A MOTESZ Elnökségének véleményét a „Javaslatok az egészségügyi változtatásokra” című, a rovatunkban közzétett anyagban foglaltuk össze.

Ez a vélemény javaslatunk újabb változata, amely a jövőben tovább formálódik a beérkező szakmai javaslatok, a döntéshozókkal folytatandó megbeszélések és a kormányzati döntések ismeretében.

Természetesen továbbra is várjuk észrevételeiket, javaslatokat a szerkesztoseg@motesz.hu e-mail címre!

Javaslatok az egészségügyi változtatásokra

A közelmúlt, sokszor reformoknak nevezett változtatásai után most ismételtén azt gondoljuk, hogy az egészségügyben az **alaptervű változtatások** elkerülhetetlenek. Ebbe az irányba mutatnak a megváltozott strukturális, szervezeti tényezők, a változtatások irányába mutató feszültségek és az igények.

Szükségessé teszi a változtatásokat az ország demográfiai helyzete, a lakosság egészségi állapota, az egészségügyi dolgozók társadalmi megbecsülése, a szakmai munkát akadályozó sok és felesleges adminisztráció, az informatika adta lehetőségek kihasználatlansága.

Nem vagyunk elégedettek a jelenlegi helyzettel, mert tovább nőttek az esélykülönbségek, a hátrányos helyzetű népcsoportok és az idősek egészségi állapotmutatói drasztikusan romlottak. Leromlott az egészségügyi munkahelyi környezet és rossz a dolgozók munkahelyi közérzete, méltánytalanul alacsony a jövedelmük. A tartósan forráshiánnyal működő intézmények állapotáért az állami, a tulajdonosi és az intézetvezetési felelőségek összemosódtak, esetenként indokolatlan az intézmények terheltsége és túrhetetlen az alulfinanszírozottsága.

A problémák fő okai közé soroljuk, hogy nincs ágazati stratégia, az ellátás ágazati szintű szabályozása elégtelen, a megelőzés és a gyógyítás koordinálatlan. Az intézmény-

nyekben a súlyos forráshiány ellenére sem érvényesülnek általánosan a gazdaságossági, célszerűségi és hatékonysági megfontolások.

A javasolt változtatások eredményeként az orvos-szakmailag indokoltan közfinanszírozott intézményrendszer fenntartható és finanszírozható működését várjuk.

A változtatásokhoz az ágazati motivációs feltételeket összességében kedvezőnek tartjuk: a politikai döntésekhez adott a szükséges erejű parlamenti többség, az egészségügy határterületeit közvetlenül is érintő ágazatok (oktatás, művelődés, szociálpolitika, sport) közös irányítás alá kerültek, az egészségügyi dolgozók érzékelték az elmúlt évek dialógusképtelenségét, a konszenzusteremtés hiányát, az etikai problémák helytelen kezelését, a méltánytalanul alacsony jövedelmeket.

A főbb változtatási okok ismeretében a kedvezőnek tartott motivációs feltételekhez társulnak a társadalmi és az ágazati változtatási igények is.

Tudjuk, hogy a változtatási lépések megtételétől a változtatások stabilizálásáig nagyon sok a teendő.

Végiggondoltuk, hogy ebben a munkában milyen szerepet tudunk vállalni.

Tagszervezeteinkkel együttműködve hozzá tudunk járulni az intézményi-szakterületenkénti szükséges

motiváció megteremtéséhez, és az ágazati motiváltság fenntartásához. Közre tudunk működni a létrejövő új értékeknek megfelelő szakmai magatartásformák és meggyőződések megteremtésében és a változtatások beépítésében az intézeti szervezeti élet meghatározó elemeibe: a szakmai személyiségekbe, a csoportnormákba és a szervezeti kultúrákba, a szabályozásba és a struktúrákba, és eredményeként a létrejövő változások stabilizálásában.

A kormányprogram ismeretében pontosítottuk eddigi javaslatainkat:

Célok, szervezeti célrendszer

Alapvető célnak tartjuk, hogy az egészség-gazdaság valamennyi szereplőjének a lakosság egészségi állapotának és életminőségének javítása a meghatározó érdekeltsege legyen, és a hatékony szervezetekben a fejlesztési és működési forrásokat (európai, hazai, helyi) országosan megtervezett, konszenzussal elfogadott világos, ágazati szakmapolitikai programok és egészségügyi struktúra-tervek teljesítmény- és változásmutatókkal folyamatosan ellenőrzött megvalósítására és működtetésére, a korrupció kizárásával használják fel.

Ennek eredményeként lesz az ágazat működése rendszerszerű, a tervezés hosszútávú, a stratégiai beavatkozások összehangoltak, a szabályozás és a finanszírozás kiszámítható, az ágazati szereplők között folyamatos a párbeszéd, valamint átlátható módon és hatékonyan működnek a szakmai és civil egyeztető fórumok.

A változtatás érintse a tudományos, a népegészségügyi és a nemzeti programokat, a nemzetközi és különösen a szomszéd országokkal tervezett együttműködéseket, az ellátás struktúráját, informatikai rendszerét, a finanszírozást, az egészségbiztosítási rendszert, a gyógyszergazdálkodást, az ÁNTSZ-t és az ágazati emberi erőforrásokat.

A kiinduló állapot

Meg kell változtatni az egészségre ható egyéni és külső tényezők jelenlegi kezelését, a betegek anyagi terhelését, az esélykülönbségeket, a hátrányos helyzetű népcsoportok és az idősek állapotmutatóinak romlását, a hosszú várólistákat, az orvosok és szakdolgozók elvándorlását külföldre, a lepusztult infrastruktúrát, a szükséglet, struktúra, finanszírozás összhangjának megbomlását, és azt, hogy a döntéshozók az egészségügyet nem tartják a magyar gazdaság egyik húzóerejének.

Nem kell megváltoztatni a szolidaritás elvét, nemzeti kockázatközösségen alapuló egységes társadalombiztosítási rendszert, az ÁNTSZ szükségességét, a megyei rendszert és a kialakult szakmai ellátási szinteket.

Összességében úgy látjuk, hogy rendezetlenek a működési viszonyok, káosz van a betegutak rendszerében, az egyes földrajzi területek egészségügyi szükségleteit lefedő kapacitásokhoz elégtelenek a források, a minőséghez és a hatékonysághoz meghatározatlanok a különböző ellátási szintek, a működő informatikai rendszerek nem szolgálják felhasználóbarát módon a gyógyítást és a vezetési, irányítási feladatokat.

Az alapellátás adminisztrációs feladatokkal túlterhelt, a valódi prevenció feladatok háttérbe szorulnak, a házi-orvosi munkát segítő csoportok esetlegesen működnek, a házi-orvosi pálya elvesztette vonzó hatását, bonyolult a praxishoz jutás, érződik az egységes alapellátási szabályrendszer hiánya. Sok területen összehangolatlan az ügyeleti és az intézményi sürgősségi ellátás.

A járóbeteg-szakellátás a csökkent forrásokkal és az emelkedett forgalommal nem tudja a kívánt mértékben tehermentesíteni a kórházi ellátást, mert elégtelen mennyiségben és minőségben nyújt lakosság közeli definitív ellátást. Alacsony az egynapos beavatkozások aránya, sokszor keverednek a szakrendelési és a szakgondozói feladatok.

A fekvőbeteg-ellátásban megbomlott a területi lakossági szükségletek és a közfinanszírozott kapacitások, valamint a betegutak és a hozzájuk tartozó beutalási (progresszív) szintek összhangja. Az indokolatlanul és egyenetlenül terhelt, alulfinanszírozott intézmények működtetésében nem érvényesülnek általánosan a célszerűségi, gazdaságossági és hatékonysági megfontolások, összemosódnak az intézetvezetési, tulajdonosi és állami felelősségek. Az időről-időre felhalmozódó adósságok veszélyeztetik az ellátás minőségét.

A sürgősségi ellátás minősége sok esetben a mentőszolgálat aktuálisan rendelkezésre álló személyi és eszközállományának függvénye.

A finanszírozás nem értéken történik, nem eredményorientált, bonyolult, nem kiszámítható, évekre előre nem tervezhető, nem ismeri el az amortizációt, nem ösztönzi az optimális betegutak választását és nem segíti elő a területi és szakmai egyenlőtlenségek felszámolását.

Az egészségbiztosítási pénztár finanszírozó és ellenőrző szerepének a szabályozása bonyolult és ellentmondásos.

A gyógyszergazdálkodásban indokolatlanul növekedtek a biztosítói kifizetések és a lakossági terhek.

Az ÁNTSZ forrásai indokolatlanul csökkentek és hatósági jogosítványai meggyengültek.

A népegészségügyi és az egészségügyi feladatok tervezése, végzése, összehangolása koordinálatlan.

Hiányzik az ágazati életpálya-modell, a képzés és to-

vábkképzés nem igazodik a szükségletekhez, vitatható a rezidensképzés szabályozása, tisztázatlanok a dolgozói kompetenciák, a foglalkozási státuszok jelenlegi formái felett eljárt az idő, esetenként méltatlanok a munkakörülmények és a bérezések, ugyanakkor változatlanul súlyos gondként működik a hálapénz-rendszer.

A változtatásokhoz valamennyi technikai feltétel elérhető és/vagy megteremthető a szükséges források biztosításával. A politikai döntésekhez adottak a feltételek. A társadalmi-kulturális feltételek az országban egyenletlenek, ami befolyásolja a változtatások tervezését.

A szervezeti megoldások mintái adottak, a szabályozási feltételek megteremthetők. A szükséges tervezési, áttervezési feladatok rövid időn belül megoldhatók. Megfelelő motiváltsággal és kommunikációval jó irányba befolyásolhatók és biztosíthatók a szükséges személyi feltételek. Mivel az ágazati dolgozók változtatási hajlandósága szakmai területenként és intézményenként is nagyon különböző, a tervezésnél ez is fontos tényező, valamint az, hogy a megfelelő kompetenciájú dolgozói létszám biztosítása nem csak szabályozást, hanem oktatást-képzést és új dolgozók alkalmazását is jelenti.

Nem ismerjük jelenleg a rendelkezésre álló és a szükséges erőforrásokat, ezért számszerű adataink hiányoznak, de ez természetes, hiszen a reális forrás-szükségletek a tervezett változtatások minőségének-mennyiségének és a megvalósítás ütemezésének ismeretében határozhatók meg, számolhatók ki pontosan. De azt megjegyezzük, hogy az erőforrások közé soroljuk a jelenlegi rendszerből kinyerhető, felesleges célra tartalékolat/tervezett, illetve a struktúra és a működés rendezetlenségeiből megtakarítható, felhasználható forrásokat is.

Azt gondoljuk, hogy az ágazat megnyugtatásához és tartós motiválásához olyan változtatások vezetnek, amelyek szakmailag indokoltak, megvalósíthatók, intézeti és szakterületi szinten is jól értelmezhetők, jól ütemezhetők, ellenőrizhetők, a szakmai szervezetek részéről is nyíltan és tartósan támogathatók.

A létrehozandó változások tartós működőképességét biztosítja,

ha meghatározzák:

- az ellátórendszer tulajdonviszonyait és működési módjait,
- a teherviselőket a fejlesztés, beruházás, felújítás, működtetés területén,
- a szükséges forrásokat,
- a minimumfeltételeket (személyi, tárgyi, informatikai),
- a szakmai protokollokat,
- az ellátási felelősségeket,
- a dolgozói kompetenciákat,
- a képzési, szakképzési és továbbképzési kötelezettségeket és felelősségeket,

- a köz-, magánfinanszírozandó ellátásokat és a biztosítási csomag(ok) tartalmát, (beleértve a gyógyszer-, a gyógyászati segédeszköz ellátást is),
- a finanszírozási eljárási rendeket és a finanszírozási protokollokat,
- a rendszeres ráfordítás vizsgálatokon alapuló folyamatos kódkarbantartási feladatokat,
- a közfinanszírozási szerződéssel területenként és szakterületenként kötelezően lekötendő kapacitásnormákat,
- a hozzáférési szabályokat (beutalás, betegút-szervezés, ellátásszervezés, intézmény-, orvosválasztás, várólista, térségi hierarchia és progresszivitási elvek),
- a szakmailag integrált működés feltételeit,

ha elkészül:

- a természetbeni egészségügyi alapellátásokat szolgáltatók egységes szabályrendszere.

ennek keretében:

- szabályozásra kerülnek a Kistérségi Alapellátási Központok (KAK), vagy a járóbeteg szakellátást és rehabilitációt is végző Kistérségi Egészségközpontok (KE) tartalma, működési viszonyai,
- az ügyeleti-sürgősségi betegellátás 24 órában működik,
- a területi alapellátási kötelezettség érvényesül a települési önkormányzatok felelősségével,
- csökkennek az alapellátás adminisztratív terhei, és a gyógyítás mellett több idő jut valós prevenciók feladataira is,
- a háziorvosi pálya vonzását azzal is segítik, hogy a szakmai kompetenciákat meghatározzák (beutalás, gyógyszerfelírási szabályok), a finanszírozást javítják, a praxishoz jutást egyszerűsítik, a háziorvosi vállalkozásokat érintő adózási szabályok felülvizsgálják,
- a járóbeteg-szakellátásban a betegek ellátásához, gondozásához a progresszivitási szinteket, a működési módokat, az elvégezhető egynapos ellátásokat, és a szaggondozási feladatkörök intézményi keretét újragondolják,
- ugyancsak újragondolják a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények és a végezhető ellátások, köztük a kórház, az egynapos ellátás, a nappali kórház, a mátrix intézet és a mátrix osztály, a területi (városi) kórház, a megyei kórház és a szakmai centrum fogalmát.

A progresszivitás szakmai mércéjének az orvostudományi egyetemek szakmai teljesítményeit javasoljuk, amelyekhez mérni és viszonyítani lehet, de ehhez elengedhetetlen, hogy az állam biztosítsa a négy orvostudományi egyetem klinikáin a legmagasabb orvos-szakmai ellátási szintet.

A lakosság ellátásának szakmai biztonságát szolgálja, ha az egészségügyi intézmények szervezeti egységei besorolásra kerülnek a szakmai minimumfeltételi előírások és a beutalási rend alapján a megfelelő progresszivitási szintekre.

Helyesnek tartanánk, ha az egyes szakmai ellátási szintek központilag szabályozott, irányított, ellenőrzött szakmai integrációban dolgoznának és minden magasabb szint szakmailag integrálná a területileg hozzá tartozó ellátásokat.

Az orvosegyetemekkel nem rendelkező megyékben a megyei kórház-rendelőintézetek lehetnének a szakmai integrátorok, amelyekhez a megyei sajátosságoknak és a lakosság morbiditási viszonyainak megfelelően a megyében működő más intézetek és egészségügyi szolgáltatók, nem csak szakmailag, hanem gazdaságilag is kapcsolódhatnak.

A SOTE és a főváros, valamint az egyetemekkel rendelkező megyék speciális kezelést igényelnek az elindult kezdeményezések elemzésének tapasztalatai alapján, megfelelő anyagi és külső szakértői támogatással.

A fekvőbeteg-ellátásban is javasoljuk sürgősen visszaállítani – megfelelő felülvizsgálat után – a megbomlott összhangot a területi lakossági szükségletek és a szükséges közfinanszírozott kapacitások, valamint a betegutak és a hozzájuk tartozó beutalási (progresszivitási) szintek között. Ezek elvégzéséhez nem kerülhető meg az indokolatlan feladatok, az egyenetlen terhelések, a kötelezően elvégzendő szakfeladatok, valamint az adósságok kialakulásához vezető állami/tulajdonosi/intézeti gazdasági döntések helyességének felülvizsgálata sem, és ahol indokolt, az intézeti alulfinanszírozottság azonnali megszüntetése. Az intézményektől a továbbiakban el kell várni, akár ösztönzők biztosításával is, hogy a döntéseik célszerűségi, gazdaságossági és hatékonysági megfontolásokon alapuljanak, és a beszámolóik tegyék átláthatóvá az intézmények gazdálkodását. Javasoljuk világosan elhatárolni az intézetvezetési, tulajdonosi és állami felelőségeket és azokat érvényesíteni az időről-időre felhalmozódó adósságok kezelésekor.

A sürgősségi ellátás minőségének javítását szolgálná a kidolgozott szakmai javaslatok érvényesítése és a mentőszolgálat eszközállományának alkalmassá tétele.

Amennyiben szakszerűen megtervezett ráfordítás vizsgálati adatok alapján, valós értéken történik a finanszírozás, akkor várható, hogy eredményorientált, egy-

szerű, kiszámítható, évekre előretervezhető lesz és tartalmazza az amortizációt, ösztönzi az optimális betegutak megválasztását, elősegíti a területi és szakmai egyenlőtlenségek felszámolását.

Az egészségbiztosító szakmai és gazdasági ellenőrző szerepét az intézmények számára érthető, tervezhető módon és ellentmondásmentesen javasoljuk újraszabályozni.

A gyógyszergazdálkodásban az orvos-szakmailag indokolatlanul növekedett biztosítói kifizetések és lakossági terhek felülvizsgálata sem kerülhető meg.

Az ÁNTSZ forrásait feladatai, és a hatósági jogosítványai bővítéséhez javasoljuk igazítani.

Javasoljuk áttekinteni az egészségügyi szakmai kamarák, szakmai és civil szervezetek önként vállalt és másoktól átvett feladatait, az eredeti szerepükhöz képest történt változásokat és állami támogatási rendszerüket.

Javasoljuk a népegészségügyi és az egészségügyi feladatok összehangolását eredményező tervezés és finanszírozás kialakítását.

Javasoljuk folytatni olyan megvalósítható ágazati életpálya-modell kidolgozását, amely tartalmazza a szükségletekhez igazodó képzést, továbbképzést, és a rezidensképzést is, amely tisztázza a dolgozói kompetenciákat és a lehetséges foglalkozási státuszokat (pl. szellemi szabadfoglalkozás). A szakmai működéshez indokoltan szükséges minimumfeltételek szigorú betartatásával és a források biztosításával az esetenként méltatlan munkakörülményeket fel lehet számolni. Ügyelni kell arra, hogy a megfelelő források ismeretében tervezett bérintézkedések változásokat segítő hatását jelentősen ne rontsa a működő hálapénz-rendszer.

A tervezett változtatások központilag vezérelt informatikai támogatás nélkül nem valósíthatók meg!

Javasoljuk a tudományos, a népegészségügyi- és a nemzeti programok, a nemzetközi és különösen a szomszédos országokkal tervezett együttműködések, a nemzetközi orvos-szakmai társasági szervezeti tagságok folyamatos támogatását.

A MOTESZ a megismert kormányprogram, különösen annak egészségügyi fejezetében foglaltak megvalósításában készséggel közreműködik.

Budapest, 2010. május 31.

a MOTESZ Elnöksége