

Vélemény
a „Biztonság és Partnerség: Feladatok az egészségügyben 2010-ig” című
Egészségügyi Minisztérium vitaanyagáról

I. Általános megjegyzések

1. A vitaanyag olyan, mint egy kormányprogram, amely egyrészt igyekszik kevés konkrétumot tartalmazni annak érdekében, hogy később, az elszámolásnál minden teljesítés beleférjen, másrészt azért, hogy semmit ne lehessen „rajta” számon kérni, kevés azonosítható ígéretet tartalmaz.
2. A vitaanyag legnagyobb fogyatékosága, hogy *nem foglalkozik azzal az alapkérdéssel*, mit kezdünk az ellátórendszerrel, amely a jelenleg rendelkezésre álló forrásokból egyszerűen nem tartható fenn. Erre a kihívásra adható válaszok:
 - a kormány megemeli a közforrásokat az egészségügy számára, azaz visszaadja, amit az utóbbi időben kivett a rendszerből (csak tavaly 160-180 milliárd Ft került kivonásra a rendszerből);
 - a kormány a konvergencia program okán többletforrásként a magánforrásokra apellál, azaz a magánforrások minél szélesebb körű becsatornázására szavaz, ami a jelenlegi helyzetben nem igazán választható opció, gondolva a kormányzat szempontjából elbukott márciusi népszavazásra;
 - a kormány mélyrehatóan átstrukturálja az egész rendszert, centralizálja az ellátásokat, kivált a kórházi ellátást, és szembenéz azzal a helyzettel, hogy az átalakulás után a lakosság ellátáshoz jutása ugyan rosszabb lesz, mint korábban, de legalább adekvát ellátást kapnak a betegek.

Valamelyiket, akár ezek kombinációját, mindenképpen választania kell. Ha nem lép azonnal, a lefelé tartó spirálban lévő ellátórendszer teljesen leépül.

3. Erénye az előterjesztésnek ugyanakkor, hogy átfogóan foglalkozik az egészségügyi rendszer alapvető elemeivel, és a részelemekben helyes hangsúlyokkal dolgozik. Az első két kifogás azonban korlátozott jelentőséget ad ennek a megállapításnak.

II. Részletes megállapítások

1. Népegészségügyi program folytatása

Örvendetes, hogy a kormány javítani kívánja a szűrések hatékonyságát, azonban először fel kell dolgozni a korábbi időszak kudarcait (pl. ÁSZ közelmúltban készült vizsgálata segítségével), és csak azután lehet specifikusan tovább építkezni. Nota benne: az orvosszakma konzervativizmusa miatt olyan ügyek véreznek el, amelyeknek nem lenne szabad elvérezniük,

mint például a védőnők méhnyakrák szűrő tevékenysége. Amennyiben ennek a feltételei valamilyen okból nem biztosítottak, a háziorvosokra kell áttétálni ezt a feladatot. Szűrések esetében ugyanis óriási jelentősége van annak, hogy a szűrést végzők mennyire kerülnek közel a célsoporthoz.

Az orvos-beteg közötti kapcsolat új alapokra helyezése rendkívül fontos feladat a korábbi, bizalomvesztéssel terhelt időszak után. Ma még mindig a feudalizmus dominálja ezt a viszonyrendszert, ezen mindenképpen szükséges változtatni. Erre jó terepként kínálkozik az orvosegyetemi képzés megváltoztatása, ahol az orvos palánták elsőként a bemutatkozás nehéz mutatványával kezdenék a kapcsolat új alapokra helyezését.

Külön kiemelendő a teendők sorában a betegek irányába történő kommunikáció, amelyre nem csak szűrések idején van igény, hanem állandóan, a betegellátás egész folyamata során.

Itt volt az ideje, hogy a kormány felismerje, az ÁNTSZ-t nem gyengíteni, hanem erősíteni kell. Csak remélni tudjuk, hogy az építkezés, a gyarapodás és a feladatok egyértelmű meghatározásának időszaka jön el a tisztiorvosi szolgálat „életében”.

2. Nemzeti Szakmai Programok

Az ebbe a kategóriába tartozó, korábban kidolgozott szakmai programok felülvizsgálata, frissítése indokolt, mivel az utolsó két évben nem fordított ezek fejlesztésére senki energiát. Nyomatékosan felhívjuk a figyelmet arra, hogy a hazai daganatos betegek ellátásban mutatkozó kudarcok, illetve a kudarcok okainak kiderítése nélkülözhetetlen. Nemzetközi összehasonlításokban (pl. Karolinska Institute elemzése) Magyarország utolsó helye arra világít rá, hogy az orvosszakma eddig nem minden esetben azonosította megfelelően az ellátás teljes folyamatát, csak a gyógyítás egy meghatározott szegmensével foglalkozott, illetve sok esetben láthatóan szakmai konszenzus nélkül zajlott a betegek ellátása. A „centrummozgalom” eddigi eredményei nem látszanak. Ennek felismerése és elismertetése tudatos magatartást igényel a Minisztérium részéről. Kérdés, az irányító hatóság megfelelő elszántsággal rendelkezik-e ehhez?

3. Az ellátórendszer folyamatos fejlesztése

3.1. Háziorvosi rendszer

Érzékelhetően megnőtt a betöltetlen háziorvosi körzetek száma az utóbbi esztendőben, ami jelzi, hogy a háziorvoslás pillanatnyilag nem kívánatos foglalkozás az orvosok körében. Növeli a bajt, hogy 55 évet meghaladó a háziorvosok átlag életkora, vagyis rövid időn belül sokan elmehetnek nyugdíjba, illetve kiszállhatnak a rendszerből. E krízishelyzet kezelésére elégtelennek tűnik a megfogalmazott programpontról. Ennél mélyrehatóbb forgatókönyvvel kell a kormánynak készülnie.

3.2. Járóbeteg szakellátás

Szerencsétlenül alakult, hogy járóbeteg szakellátás fejlesztésére fordítható ÚMFT forrásai pazarlóan lesznek felhasználva, hiszen a TIOP keretében várhatóan 31 szakrendelő kap több mint 30 milliárd forintot, miközben ezek a rendelők a betegforgalom csupán 2-3%-át fedik le. Hazai szakmai szervezetek tiltakozása ellenére alakult így a program. Köztudomású, hogy a tárca jelenlegi vezetése is tett kísérletet e helyzet korrigálására, de a pazarlás úgy tűnik, már nem megakadályozható. Ez mindenképpen rányomja a bélyeget az e célra később szétosztható források nagyságára, és a következő akciótervek kivitelezésére. A járóbeteg szakellátás feladatainak újragondolása ettől függetlenül a Minisztérium előtt álló feladat, mivel az önálló szakrendelők régóta nem tudják betölteni azt a szerepet, amit annak idején az egészségpolitikusok ettől az ellátási szinttől elvártak.

3.3. Kórházi ellátások

A 75 milliárd Ft nem biztos, hogy elegendő lesz az Egészségpólus Programban megfogalmazott tervek megvalósítására. Fontos, hogy centralizált módon történjen a fejlesztési források kihelyezése, mivel a szétaprózódás csak ideiglenes túléléshez segíti az intézeteket, de abból „tovább építkezni” nem lehet.

Üdvözlendő kormányzati célkitűzés a progresszivitás különböző szintjeinek megalkotása (régi mulasztás!), s ehhez illeszkedően a szükséges források rendezése, csak az a probléma, hogy (megint) előbb kerülnek kiosztásra az ÚMFT forrásai, minthogy a tárca a progresszivitás szerinti kórházbesorolásokkal végezne.

Ugyancsak üdvözlendő az a kormányzati célkitűzés, hogy stabil, kiszámítható környezetet teremtsenek a kórházak számára, bár ennek némileg ellentmond a verseny ideájának felkarolása. Minőségi versenyt meghirdetni, sőt, bárminemű versenyt meghirdetni a kórházi szektorban illúzió, éppen az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodás jegyében. (A verseny ugyanis felesleges kapacitásokat feltételez, ezek üzemeltetésére azonban egy erőforráskorlátos világban *tartósan* ritkán nyílik mód.) Ehelyett inkább javasolható a minőségi kritériumok szerinti szerződéskötés, illetve ezek számonkérése a *meglévő szerződésállományon belül*. Ennek is vannak persze szakmai korlátai. Hiszen a legfrissebb ez irányú kutatások azt jelzik, hogy a minőségi indikátorok sokszor torzítják az egészségügyi intézmények mindennapi működését (lásd Belicza Éva publikációit!) és arra ösztönzik a kórházakat, hogy a nehezebb eseteket tovább küldjék más kórházakba.

A szakmai irányelvek és protokollok készítésének újabb fázisához tanácsként elmondhatjuk, hogy a Minisztériumnak nem csak az a feladata, hogy összegyűjtse az irányelveket a Szakmai Kollégiumoktól és megjelentesse azokat, de összehasonlítást kell végeznie a szakmák között, ellenőrizve a protokollok egyenszilárdságát. Emellett a finanszírozási források definiálása, hozzárendelése is a procedúra része, aminek a következtében a finanszírozási protokollok állnak elő.

4. Az egészségbiztosítás fejlesztése

Meglepetés, hogy ennyi idő után még mindig nincs rendben az OEP jogviszony nyilvántartása. Azzal, hogy a döntéshozók anno az APEH-hez telepítették a járulékok beszedését, tulajdonképpen előre kódolták a problémát a rendszerbe.

A szolgáltatásvásárlói szerepkör erősítését szolgálja a befogadáspolitikai egyértelműsítése, a technológiaértékelés szilárdabb alapokra helyezése. Ez célzott fejlesztéseket igényel a meglévő szervezeti keretek között. Nem szabad humánerőforrás szempontjából alultervezni az ezzel kapcsolatos munkákat. Ne gondolja azonban a Minisztérium, hogy a befogadáspolitikai alapjai a gyógyszerfronton teljesen rendben lennének. A technológiaértékelés mai gyakorlata sok esetben eredményez átláthatatlanságot, amin változtatni kell.

5. Emberi erőforrás kérdések

A vitaanyag alapvető gyengesége leginkább ezen a ponton csíphető fülön. A humán erőforrás krízis már most jelen van az ellátó rendszerben, vele kell élnie a szolgáltatóknak, miközben naponta korlátozza őket a szolgáltatások nyújtásában. Ebben a helyzetben az előterjesztésben felsorolt teendők listázása elfogadhatatlanul kevés. Sürgős, azonnali kormányzati beavatkozás szükséges ezen a területen. A szükséges lépések sorában első helyen kell, hogy megemlítsük a TVK feloldását, mivel ez az elszámolási mód megakadályozza, hogy a jobb minőségű ellátásra képes intézmények kapacitásaikat jobban kihasználhassák, s ennek révén a munkaerőt jobban megtarthassák. A HBCS pontértékének lebegtetése és a hatékonyabb ellenőrzés az OEP részéről megfelelő ellensúlyt eredményezhet a kórházkassza betartására vonatkozóan.

Ezen túlmenően életpálya modellt kell kidolgozni és azt a ma munkába lépők számára elővezetni. Már korábban is készültek ilyen előterjesztések, az ezzel kapcsolatos anyagok leporolása, felfrissítése nem jelentene nagy megpróbáltatást az irányításban dolgozók számára.

Ugyancsak fontos lenne az orvosegyetemeken megtanítani a leendő orvosokat arra, hogyan kell a betegekkel bánni. Mert ezzel a képességgel ma csak kevés orvos rendelkezik.

Sinkó Eszter

2008. július 26.