

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

51. ÉVFOLYAM, 2013. 5-6. SZÁM

HOZZÁFÉRHETŐSÉG A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN

I 5. EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI
SZIMPÓZIUM



Tartalom

BEKÖSZÖNTŐ

Hozzáférhetőség a magyar egészségügyben 1

ELŐADÁS

Dr. Szócska Miklós védnöki előadása	2
Egészségügy és államháztartás (Banai Péter Benő)	5
Az onkológiai ellátáshoz való hozzáférés esélyei (dr. Garami Miklós)	14
Várólisták alakulása a magyar egészségügyben (dr. Kovácsy Zsombor).....	17
Az új innovatív terápiákhoz való hozzáférés – a finanszírozó szemszögéből (Bidló Judit)	20
Az új innovatív terápiákhoz való hozzáférés – az egészségügyi közgazdász szemszögéből (Bodrogi József).....	26
Hozzáférés a pszichiátriai ellátáshoz az OPNI bezárása után (dr. Németh Attila).....	31
A tüdőgyógyászati ellátáshoz való hozzáférés esélyei (dr. Kovács Gábor).....	34
Az orvosok és szakdolgozók elvándorlásának hatása az egészségügyi ellátás színvonalára (dr. Balogh Zoltán)	37
A folyamat- és volumenszabályozás hatása az egészségügyi technológiákhoz való hozzáférésre (dr. Kaló Zoltán).....	40
Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF 2009 adatai alapján (dr. Vitrai József)	43
Az ellátórendszer hatása a hozzáférésre, az elmúlt három év tapasztalatai alapján (dr. Sinkó Eszter)	46

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Megjelenik: kéthavonta

Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.

Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 8. • Telefon: (1) 788-9212

Fax: (1) 700-2998 • Web: www.weborvos.hu

Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója

Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.

Telefon: (1) 795-1009

Főszerkesztő: Kövesi Ervin

Orvosigazgató: Szepesi András

Felelős szerkesztő: Bene Zsolt

A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva

A tanácsadó testület tagjai: Bodrogi József, dr. Gaál Péter, Molnár Attila, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle utcai terjesztésre nem kerül.

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276

Éves előfizetési díj: 6.930 Ft

Minden jog fenntartva!

A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a kiadó írásbeli engedélye szükséges.

A hirdetések tartalmáért a hirdetők vállalják a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Hozzáférhetőség a magyar egészségügyben

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés a magyar egészségügyi rendszer egyik legaktuálisabb kérdése. Akár azt az aspektusát nézzük, hogy a legmodernebb terápiákhoz mennyiben biztosított a betegek hozzáférése, akár azt, hogy milyen egyenlőtlenségek mutatkoznak az egyének, az ország egyes térségei vagy az egyes intézmények szintjén, azt tapasztalhatjuk, hogy még mindig sok a tennivaló. A hozzáférés torzulását az egészségügyi rendszer strukturális jellemzői és az indokolhatónál szűkösebb források egyaránt okozzák. Az egészségügyre ugyanis ma kevesebbet költünk közpénzeinkből, mint amit a gazdasági fejlettségünk lehetővé tenné, ugyanakkor a rendelkezésre álló források elosztásában is vannak még hatékonysági tartalékok.

Mi jellemzi, milyen tényezők akadályozzák az adekvát ellátáshoz való hozzáférés esélyeit a népegészségügy szempontjából kiemelkedően fontos betegségek ellátásában? Mi jellemzi, milyen tényezők akadályozzák az új innovatív terápiákhoz való hozzáférést? Hogyan befolyásolták az ellátáshoz való hozzáférést az elmúlt évek kormányzati intézkedései? Hogyan látják a hozzáférés problémáit a betegek? Milyen egyenlőtlenségek mutatkoznak az EU szintjén az ellátás jövőbeli színvonalát befolyásoló kutatási forrásokhoz való hozzáférésben? Milyen szerepet játszanak az egészségügyön kívüli tényezők és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés problémái a magyar népesség rossz egészségi állapotában és az egészségi állapot egyenlőtlenségeiben?

Ezekről és hasonló kérdésekről mondták el véleményüket 2013 májusában megrendezett egész napos egészség-gazdasági szimpózium előadói – hangsúlyozva, hogy a szimpó-

ziumnak nem célja egy mindenre kiterjedő, átfogó helyzetkép nyújtása, hanem sokkal inkább a figyelem felhívása és egy szakmai diskurzus elindítása a hozzáférés alapvető problémáiról.

A szimpóziumot szervező AstraZeneca Kft. és az ELTE Társadalomtudományi Karának Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontja immár tizenöt éve biztosít rendszeres fórumot az egészségügyi ellátórendszer tekintetében legaktuálisabb és legfontosabb témák megvitatására, amelynek összefoglalóját idén az Egészségügyi Gazdasági Szemle átnyújtja olvasóinak.

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle 2013. évi utolsó száma a szimpóziumon elhangzott előadások szerkesztett változatát örökíti meg a magyar egészségügyi döntéshozói és egészségügyi közgazdasági kör számára. A szimpózium szervezői pedig az előadók által összegyűjtött gondolatokkal kívánnak sikeres és eredményes 2014-et az Egészségügyi Gazdasági Szemle olvasóinak.



Dr. Szócska Miklós védnöki előadása

Szeretettel köszöntöm a kedves egybegyűlteket! Nagyon köszönöm a meghívást a kedves kollégáknak. Minden pikírtság nélkül mondom – őszintén hiányzik a szakmai vita a Parlament falai közül is. Néhány helyzetben úgy érzem, nincs kivel vitatkozni, ezért is köszönöm a szervezőknek, hogy megteremtik a szakmai vita lehetőségét, a jövőben is bármikor örömmel állok elébe. Külön köszöntöm a következő egészség-politikával, egészség-gazdaságtannal foglalkozó generációt – mert gondolom, diákok, doktori, vagy MSc-hallgatók is itt ülnek a sorokban. Őket külön sok szeretettel köszönöm. Az egészen biztos, hogy lesz munkájuk a következő évtizedekben.

■ Dr. Szócska Miklós

Adatok

Amikor elkezdtünk foglalkozni a béremelés kiszámításával, akkor 40%-os eltéréseket találtunk az emberi erőforrás adatbázisokban az Országos Statisztikai Alapprogramban. A szakemberekhez való hozzáférés kérdése nem volt tisztázva az adatbázisokban. Úgy gondolom, amikor a hozzáféréstől beszélünk, akkor az adatokról kell beszélnünk. Erről a kedves kollégákkal már többször is szót ejtettünk. A jövő márciusig tartó ciklusig jogszabályban garantált módon biztosítjuk majd a kutatóhelyek, egyetemek hozzáférést a lehető legszélesebb körű adatokhoz. A Katéter-Mónika Projektünkben már intenzíven dolgoznak a munkatársak az adatbázisok integrációján. HR kontrolling rendszerünkkel tételesen meg tudjuk mondani az állami egészségügyben foglalkoztatottak számát, osztályos beosztását. Ezáltal olyan dolgok kerülnek a kezünkbe – a kollégák kezébe –, ami forradalmasítja, és azt kell mondanom relevánssá teszi a beszélgetést. Csakúgy, mint a várólista, ahol nem egyszerűen egy országos nyilvántartással, de más adminisztratív eszközökkel is serkentենék a várólista „tisztítását” és transzparenciáját. (A salátatörvényben például azon ösztönző szerepel, ha valaki nem jelenti le a várólistáról operált betegét, akkor nem kap érte finanszírozást.) Úgy gondolom rövidesen, negyed vagy fél éven belül elérkezik az az idő is, amikor immáron ezekről a legbiztosabb látható adatokról is tudunk majd beszélgetni.

Vizsgáljuk meg a születéskor várható élettartamot a gazdasági teljesítmény szerint az EU tagországokban. Ha megnézzük Magyarországot vagy Lengyelországot, hogy a GDP-tengeyen és a születéskor várható élettartam tekintetében hol állnak, akkor azt látjuk, hogy ez semmiképpen nem kielégítő. Ezt egy perc alatt megváltoztatni nem lehet. Miniszterként három nagyon fontos dolgom van. Az egyik az, hogy egészségesebbek, egészség tudatosabbak legyenek a polgárok, másrészt egy fenntartható, hatékony ellátórendszerben lássuk el azt, aki megbetegedett, valamint az, hogy ebben a rendszerben motivált és innovatív szakemberek dolgozzanak. Ezen a három területen kell dolgoznom. (Mindezt úgy kell tennem,

hogy a kormány megnyerje a választásokat, semmiképpen sem tehetek olyan dolgokat, amelyek ezt veszélyeztetik.)

Nézzük az egészséges életév-vesztés legfontosabb okait, ahol tíz év alatt elmozdulás látható. A tüdőrák tekintetében semmilyen elmozdulás sincs. Az is látható, hogy az ischaemiás szívbetegség, szélütés még mindig vezeti az életév-vesztések statisztikáját. Vagyis ezeken a területeken kellett beavatkoznunk. Bár arányait tekintve a népegészségügyi beavatkozások nagyobb arányban képviseltettek a népegészségügyi tevékenységben (a népegészségügyi mozgósításra hamarosan kitérek), de úgy gondoltuk, a szabályozási rendszerünkben is ered, hogy ezeket a betegségeket nem tudjuk megelőzni. Ezért „támadtunk” a dohányzás visszaszorítása frontján, illetve ezért alakítottuk így a népegészségügyi termékadót, a hozzáadott sót, cukrot célozva első körben. Értelem szerűen érdekes szociológia vitákat lehetne folytatni ennek a táplálkozási szokásokra gyakorolt hatásairól, de az biztos, hogy a termékösszetételben, hozzáadott só, cukor tekintetében a nagy gyártóknál is komoly változásokat értünk el.

Dohányzás elleni küzdelem

Előadásom idején van éppen a dohányzás elleni küzdelem legfontosabb napja. Jómagam is olvasom a sajtót, tudom, hogy ennek egyéb vonatkozásai is vannak, de én az egészséggel törődöm. A csapatmunkában az ezzel való foglalkozás a szerepem. Azt nézem, hogy akár egyéb kereskedelmet érintő jogszabály esetében csökken-e 18 év alatti korosztály hozzáférése. Amikor azt látom, hogy igen, akkor én ennek pragmatikusan örülök. Hangsúlyozom, ezeket a kérdéseket az egészség szempontjából vizsgálom. Pontosan a 18 év alatti korosztály az, amely rászokik a dohányzásra. Az onkológiai és tüdőrák-mortalitást nézve látható, hogy ezen a területen kellett támadnunk. Ami szabályozásban lehetséges, mi beletettük. Például összekötöttük az OTH szűrési adatbázisát az OEP adatbázisával, vagyis látjuk, hogy valakinek – nem feltétlenül szervezett szűrés keretében – volt-e szűrővizsgálatnak tekinthető vizsgálata. Megtettük az első legkomolyabb lépést afe-

lé, hogy szervezett szűrést indítsunk és az egyéb onkológiai mortalitások megelőzésére is szervezeten tudjunk lépni.

Kiemelném a népegészségügyi mozgósításban, szabályozásnál, hogy a népegészségügyi intézményrendszer fejlesztése és a prevenciós mozgósítás is ide számít. 2012-ben 466 milliárd rekord adóbevételt értek el. Ez annak volt köszönhető, hogy a jövedéki adót megemeltük. Ebből adjuk idén a béremelést és még sok minden mást, erre a későbbiekben még kitérek.

Most zajlik az unióban a dohány-irányelv vitája. (Az unió 65-70%-ra akart emelni, a környező országok most alkudnak.) Az egészen biztos, hogy a nálunk ez a meglévő 40%-ról emelkedni fog. Ne felejtjük el azt sem, hogy egy Országos Dohányzás Leszokás Támogató Módszertani Központ is indult. Tudom, hogy a hozzáférésnél még vannak gondok, hogy még nem



tud annyi embert fogadni, ahányan egy napi bejelentés után jelentkeznek. De bízom benne, hogy a kapacitásokat felvisszük és a tudógondozók bázisán csoportos Dohányzás Leszokás Támogatási Program indul.

Fejlődési irányok

Az alapellátásban még nem látszanak a körvonalai, de a prevenciós alapellátások megerősítése és az alapellátás kompetenciájának növelése nagyban segíti majd az ellátásokhoz való hozzáférést. A svájci projektben már egy új csoportpraxis, praxisközösség modelljén dolgozunk, ahol olyan munkatársakkal erősödik a háziorvosok praxisa, akik az ellátórendszer preventív jellegét és az alapellátás definitív ellátórendszerét erősítik majd.

A szűrésben két nagyon komoly előrelépés történik. Rövidesen indul a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése, az ötezer fő alatti kistélepüléseken. Ez egy nagyon komoly hozzáférési kérdés! Nem várjuk, hogy valaki betévedjen egy magán-nőgyógyászhoz, mert megengedheti magának, hanem az ötezer fő alatti kistélepüléseken a védőnők utánamennek, felkutatják azokat a lányokat, asszonyokat, akik a rizikócsoportba tartoznak. A vastagbél-szűrésben egy megyére kiterjedő teljes pilot indul. Több megyében most is van ilyen háziorvosi jelentkezés alapján. Most egy megyében leteszteljük, hogy mi kell ahhoz, hogy minél előbb országosan is bevezethető legyen. Már a mostani – kissé opportunistá módon szerveződő – ver-

zióban is benne van, hogy a kiszűrt betegek terápiájára, diagnosztikájára rendelkezésre állnak többletköltségek.

Az egészségműveltséghez kapcsolódva elmondható, hogy az „Egészség minden tantárgyban” filozófiáját valljuk, tehát a fizikai példatártól a történelemig, egészen az irodalomig megjelenik az egészségügy (a beteg hozzátartozó gondozása, a kalóriaégetés, a felfedezések, stb.), vagyis az orvostudomány, az egészségtudomány megjelenik a tantárgyakban, ahelyett, hogy unalmas osztályfőnöki órákon „hogyan mosd a fogad” jellegű egészségtudományt oktattunk. A tantervben dolgozó különféle tanári csoportok, sőt különféle tanulmányi versenyek példatárát készítő oktatói csoportokkal megvan az alapkapcsolat. Ez egy kiemelt uniós projekt lesz. Nem tanárképzésre gondoltunk, hanem a tanárok ilyen jellegű fejlesztői aktivitását fogjuk finanszírozni. A forrásteremtésnél – ha megkérdezzük, hogy ez mivel függ össze – a hozzáférés, a fenntartható ellátórendszer kérdésköréhez és a motivált dolgozókhöz mindhez hozzátartozik.

Források

Ennek a konferenciának egy korábbi eseményén már elmondtam, hogy a munkahipotézis 2010-ben 100 milliárdos többletforrás volt, ami a görög események hatására pillanatok hatására párolgott el. Amikor egészen pontosan három évvel ezelőtt ezen a napon a minisztérium átadás-átvételére bementem, akkor már tudtam, hogy ez az összeg nem áll rendelkezésre. Azzal a realitással is szembe kellett nézni, hogy a gazdasági világválság körülményei között az OECD-átlag felett költő szociális, OECD-átlagon költő oktatási és az OECD átlag alatt költő egészségügy közötti forrás-átcsoportosításra nem lesz lehetőség. Így ki kellett találnunk olyan forrásteljesítési technikákat, amelyekkel a rendszerben dolgozók és a rendszer fenntarthatósága érdekében forrásokat tudunk teremteni. Jó közelítéssel azt mondhatjuk, hogy az egészségügy ilyen jellegű munkáját fogadták el. Onnantól kezdve megmondtuk, hogy hogyan, honnan, mire célozva, milyen népegészségügyi hatásokat ösztönözve teremtünk forrásokat. Úgyhogy a Népegészségügyi Termékadó és a jövedéki adó volt az a két technika, amivel egyrészt forrásokat teremtettünk, másrészt bevezettünk egy forrásteremtési filozófiát is. Aki olyan dologból, ami az ő egészségére valamilyen hatással van többet fogyaszt, akkor azáltal hogy többet fizet, nagyobb felelősséget is vállal az abból következő állapotért. Több ilyen ösztönző rendszerbeli innováció van. Az egyik, amin nagyon sokat vitatkoznak, az új inzulinok támogatási rendszere. Bejelenthetem, hogy 50-ről 80%-ra emelkedett a jól beállított betegek aránya. Lehet vitatkozni, de ha megnézzük a cukorbetegség szövődményeinek terheit, a gazdasági terheket, akkor azt látjuk, hogy ennek nagyon komoly hosszú távú fenntarthatósági hatása lesz. Vannak „fétisszerűen” emlegetett egészségpolitikai törvényszerűségek. Úgy gondolom, hogy az adatok birtokában néhányat ezek közül újra kell értékelni, nagyon komoly toleráns elmélyültséggel és a politikai kommunikáció felszínes megközelítésétől megtisztítva kell megvizsgálni ezeket a dolgokat. (Ez engem is nagyon érdekel, bárkit, aki a szakdolgozatát ebből írja, örömmel látunk és örömmel adunk meg minden adatot, mert minket is érdekel, hogy amit mi első blikkre nagyon jónak látunk, az valóban úgy van-e. Bárkit, aki ezekből az említett témakörökből dolgozna, örömmel fogadunk gyakornokként. Ezt ezúton is szeretném megerősíteni.)

Előadás

Térjünk vissza a forrásteremtésre. Ezeket a forrásokat béremelésre, patikák szolgáltatási díjára használtuk. 1305 gyógyszer ára csökkent 30–35%-kal. Meg lehet nézni a különböző terápiás csoportokban, hogy hogyan csökkentek a terhek a vaklicitnek köszönhetően. Ez értelemszerűen a patikákra is hatással volt. Tehát a gyógyszer-ellátórendszer stabilizálása volt a patikák szolgáltatási díjának indoka, és az alapellátás finanszírozásának emelése is ott van a rendszerben. Ez ebben az évben is tovább folytatódik.

Lehet, hogy vitákat szül majd egy közgazdász szemével nézve, hogy 2003–2005 között az E-alap hiánya összeadva az 1000 milliárd forintot is meghaladta. Ha megnézzük a GDP államháztartási hiány alakulását 2002–2006 között és megnézzük most, akkor elmondhatjuk, hogy a 2002-es béremelés hitelből történt. Ha ránézünk az államháztartási hiányra, akkor azt láthatjuk, hogy most stabilabb a helyzet. Az E-alap enyhe többlettel bír, ez majd az év végére kiegyenlítődik. A kórházak eladósodottsága tényszerű kérdés, de legalább tiszta, átlátható adataink vannak. Ha van négy-öt olyan faktor, amely alapján megítélhető, hogy milyen helyzet áll elő, akkor azt mondhatom, hogy ebből három egészen biztosan stabilizálódott. Tehát elképzelhető, ha ezt a gazdasági eredmények lehetővé teszik, akkor lesz hová „felemelkedni”, mert több szempontot, faktort a gazdaságban egyensúlyhoz közeli állapotban látunk. Kemény munka lesz, a forrásteremtésért meg kell küzdeni, de nekünk ez eddig két évben is sikerült. Olyan innovatív megközelítést alkalmaztunk, amit befogadott a Nemzetgazdasági Minisztérium. Ezen az úton mennénk tovább. Azt még megjegyzem, hogy ezek a források, amelyeket felhasználtunk, valós források voltak.

Várólisták és népegészségügy

Meg szeretnék még említeni néhány fontos kérdést. A várólisták esetében megoldást kell találni néhány jelenségre. A legfontosabb számunkra, az ortopédiai műtétek, az onkológiai diagnosztika, csak ezután következik a katarakta. Látjuk, hogy kataraktában uniós átlagszinten műtünk. A másik kettőnél van olyan, ahol be kell avatkoznunk. Nagyon kell vigyáznunk ugyanakkor arra, hogy bármilyen beruházást teszünk ezen a területen, az hatékony legyen. Tehát az erőforrás-koncentráció elve érvényesül úgy az onkológiai ellátásban, mind az ortopédiában, hiszen ilyen módon a fix költségek hatékonyan jelentkeznek a rendszerben. Ezt mindenképpen úgy kell megtennünk, hogy a szakmák érdekeltségét ebben megteremtjük. Ugyanakkor ahhoz, hogy ezeket a programokat beindítsuk, a transzparencia terén még előrébb kell lépnünk. Negyedéven belül várható, hogy a várólistákkal kapcsolatban kibontakozik a beavatkozás.

A másik fontos dolog a népegészségügy. A népegészségügyi intézményrendszerben például az Egészségfejlesztési Irodák

hálózatában, a prevenció szervezésével foglalkozó intézményrendszer jön létre. A legnagyobb csalódást, és a legnagyobb fejtörést nekem a népegészségügyi intézményrendszer éretlensége okozta. Egyfelől nem küldhetnek színes behívókat, mert akkor az kereskedelmi szórólaponak nézik és kidobják, és akkor mindenki megnyugszik abban, hogy csak a 40%-a megy el a lányoknak, asszonyoknak emlőszűrésre. Ez egy nagyon komoly szervezési kérdés. Úgy gondolom, hogy a népegészségügyi szervezés, mobilizáció terén a rendszernek óriási tartalékai vannak. A következő egy évünk alapjaiban erről fog szólni, így ezzel sokat találkozhatnak majd a kedves kollégák.

Merre tovább?

Hadd adjak előrejelzést az egészségpolitikáról is. Választási év következik. Általában igaz ezekre az időszakokra, hogy részben ígérek, kritikai megjegyzések hangzanak el a fennálló egészségpolitikával kapcsolatban. Ugyanakkor nagy igazság, hogy olyan zaklatott egészségpolitikai ciklusokban, aminek mondjuk húsz hónap az átlagéletkora, igazából semmit nem lehet végigvinni. Csak bízhatok abban, hogy a bölcsesség uralkodik majd mindenkiben. Amikor tehát megnézzük azt, hogy milyen szervezésbeni tartalékok vannak például az ellátórendszer területén – még egyszer mondom, 40%-os eltérés volt az Országos Statisztikai Alapprogram HR adatai és aközött, amit mi valójában találtunk a munkaügyi nyilvántartásokban. Ugyanez igaz az ágyak, a működési engedélyek nyilvántartására. Már az első eredményeket láttuk a Mentőszolgálat által készített előadásban. Egy térséget érintett, látható volt, hogy a túlélési esélyek a betegutak letisztításával javultak. Rövidesen ezeket az adatokat is közzé fogjuk tenni.

Összegezve tehát, még vannak intézményfejlesztési tartalékok egy egységes egészségügyi ellátórendszerben, de a kedves kollégák még nem látnak semmit abból, ami az egységesen kezelhetőbb betegút-adatokból következhet. Hamarosan indulnak azok a kiemelt projektjeink, ahol a járóbeteg-ellátás és az alapellátás szintjére visszük le a betegút-adatokat. Vagyis egy kistérségben, egy járásban a szakma kezébe tudjuk adni, hogy a legjobb helyen gyógyuljanak a betegek.

Azt kérem, hogy járjanak nyitott szemmel a következő egy év során, lássanak a politikai kommunikáció mögé, mert az elkerülhetetlenül megjelenik. Mindenkinek megígérem, hogy a higgadt szakmai értékeléshez szükséges adatokat a rendelkezésükre bocsájtjuk.

Az előadó egészségügyi államtitkár

Egészségügy és államháztartás

A konferencia előkészítése során megküldött anyag első mondata így szól: „Az egészségügyre ma kevesebbet költünk közpénzekből, mint amit a gazdasági fejlettségünk lehetővé tene, ugyanakkor a rendelkezésre álló forrásokból is nagyobb egészségügyi állapotjavulást lehetne elérni.” Ezek azok a kulcs-tényezők, amelyekről nekem, mint az egészségügyet valamelyest távolságból szemlélő költségvetési szakembernek beszélnem kell.

Banai Péter Benő

Az egészségügyi finanszírozás és a lehetséges többletforrások alapvető közgazdasági háttere

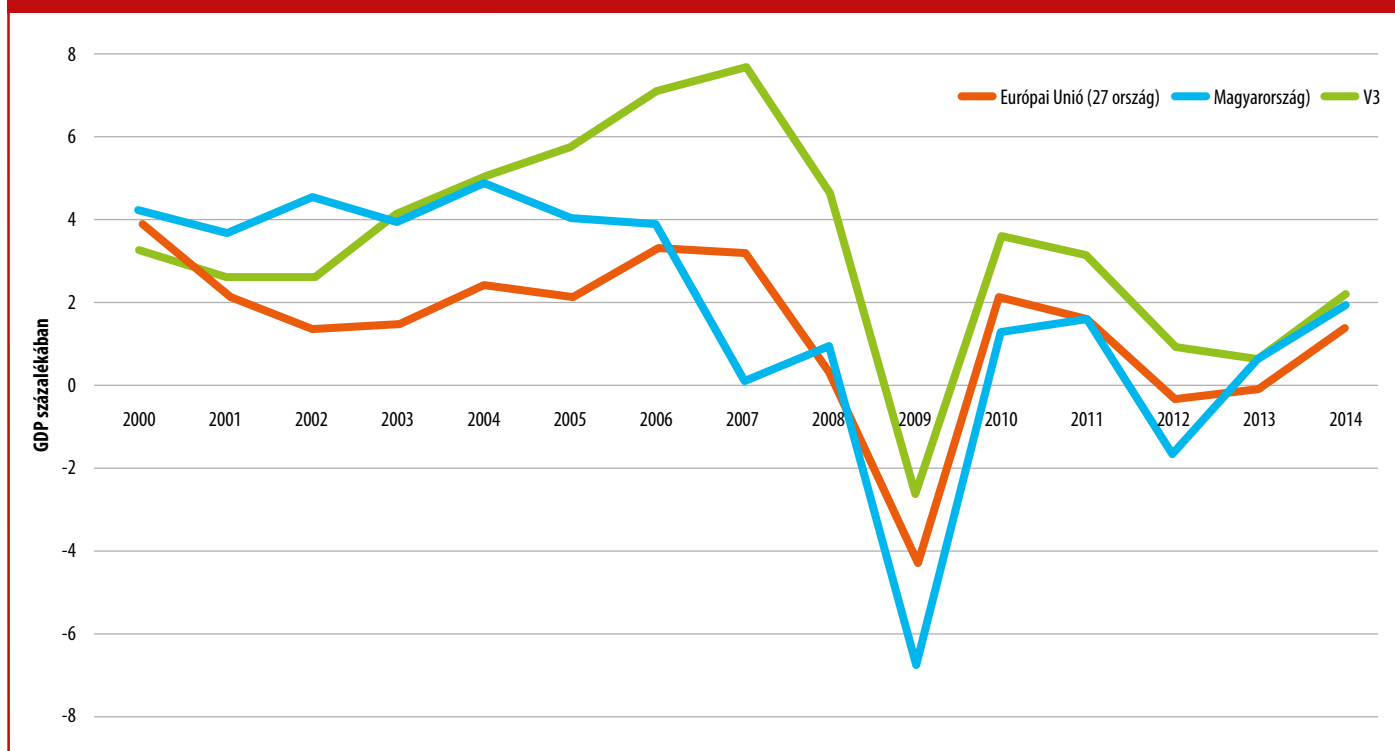
Közhelyszerű, de nyilvánvaló, hogy azt a pénzt lehet elkölteni, amit az adott gazdaság megtermel. Így ha a gazdaság növekszik és olcsó az államadósság finanszírozása, akkor lehet háttere, akár az egészségügyi többletkiadásoknak. Ha pedig tartósan alacsony növekedéssel kell számoljunk és drága az adósságállomány finanszírozása, akkor szűk költségvetési mozgástérből semmilyen területre nem lehet többletforrásokat fordítani.

Ha megnézzük a 2000 és 2014 között a gazdaság növekedési adatait, főként a 2013. és 2014. évi adatokat, akkor messziről úgy tűnik, hogy talán van esély 3–4%-os, vagy annál nagyobb növekedésre. Az 1. ábrán látható, hogy a közvetlen

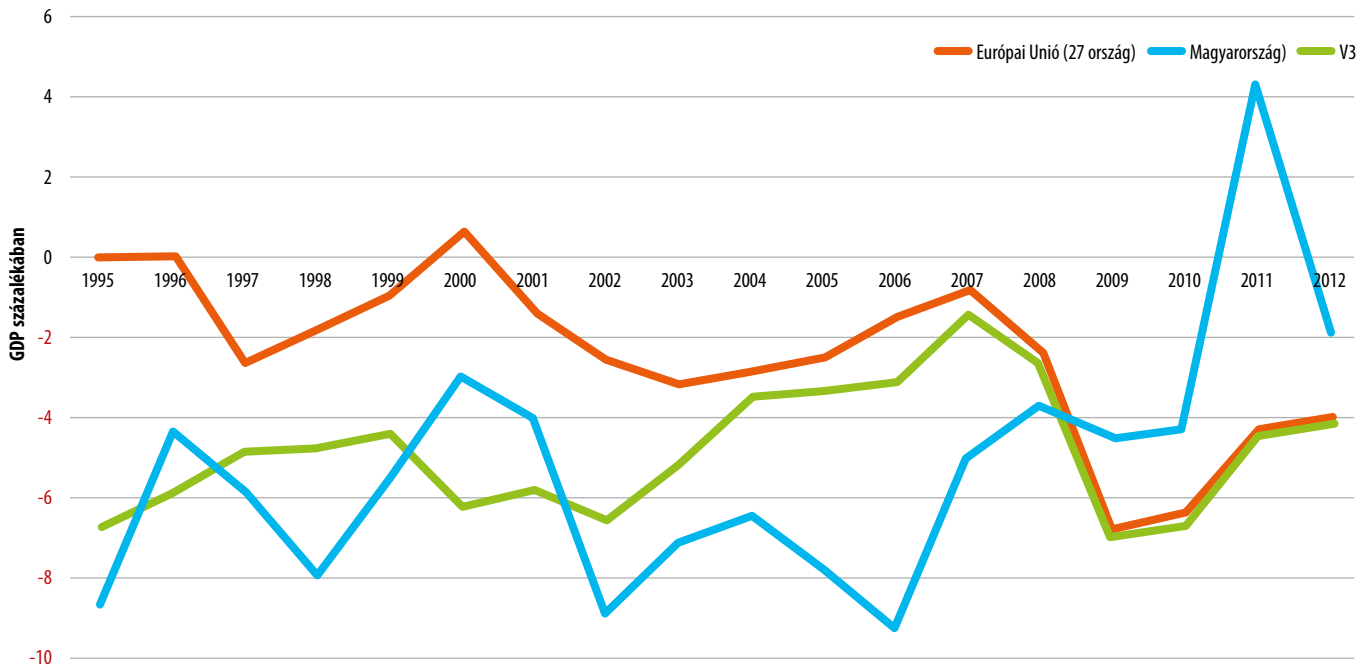
környezetünkben a visegrádi országok messze 4% fölött tudtak tartósan növekedni 2003 után. Talán bízhatunk abban, hogy a gazdasági növekedés visszaáll egy magasabb szintre, és az államháztartásnak, így potenciálisan az egészségügynek is, többletforrásai keletkeznek.

Ugyanakkor a jövőt illetően szkeptikusnak kell lennünk. A növekedés mellett az államháztartás hiánya az, amely meghatározza, hogy mennyi kiadást lehet teljesíteni, mennyi bevételt kell beszélni. Láthattuk, hogy az elmúlt időszakban – a 2000-es években – Magyarország viszonylag magas növekedés mellett is nagyon nagy államháztartási hiánnyal gazdálkodott. A 2. ábrán kék vonal jelzi hazánkat. Jól látható, hogy 6–8%-os sávon mozgott a hiány. Mára úgy gondolom mindenki pontosan tudja, hogy 3% alá kell leszorítani az államháztartás hiányát. Önmagában ez a két ábra megmutatja,

1. ábra: Gazdasági növekedés az Európai Unióban, Magyarországon és a visegrádi országokban (forrás: Eurostat, Konvergencia Program 2013)



2. ábra: Államháztartási hiány az Európai Unióban, Magyarországon és a visegrádi országokban (forrás: Eurostat)



mekkora kihívás előtt állt Magyarország, illetve arra is rávilágít, hogy a jövőben milyen feszes gazdálkodást kell folytassunk.

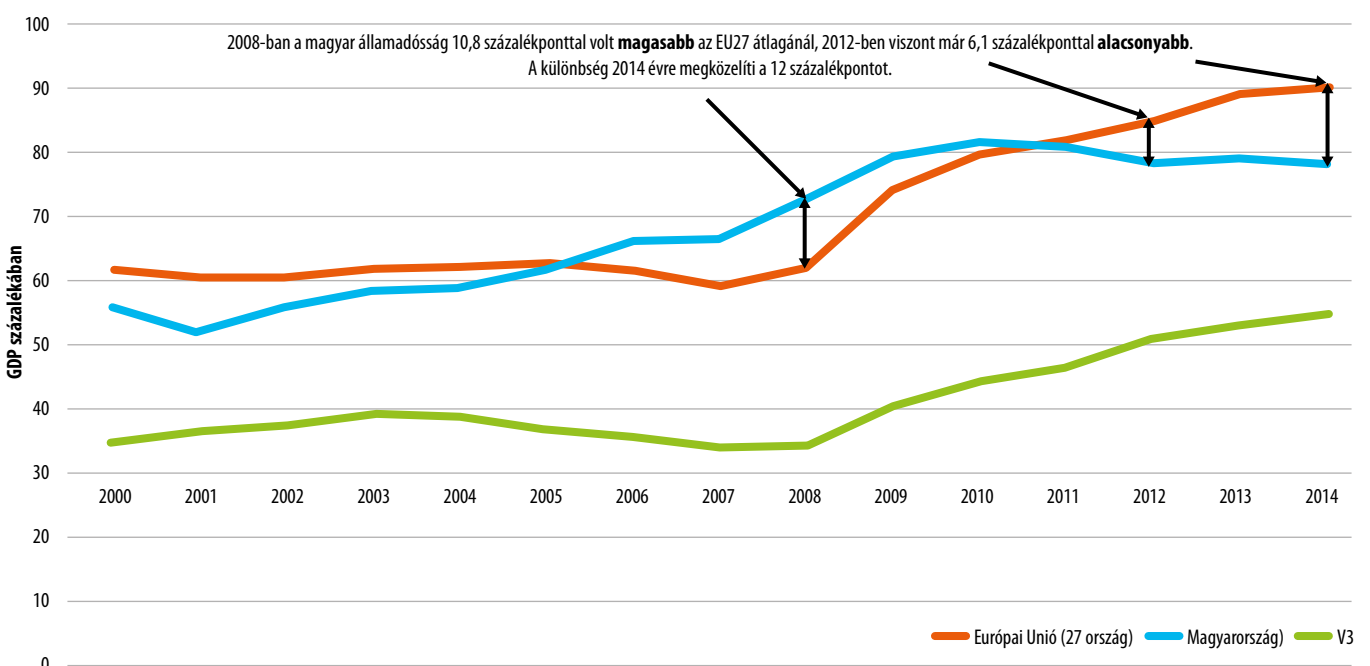
Az elmúlt években viszonylag nagy, 3–4%-os növekedés mellett sem tudta az állam leszorítani az államháztartás hiányát. Ennek az lett a következménye, hogy potenciális szankciókkal szembesülhettünk, továbbá nagyon drágán finanszírozzuk a magyar államadósságot. Ezen felül úgy kellett és kell tartósan 3% alatt tartani a hiányt, hogy nem számíthatunk arra, hogy az Európai Unióban olyan tartós és magas növeke-

dés várható, amely önmagában stabilizálja az államháztartás helyzetét.

Általános makrogazdasági költségvetési összefüggések

Az elmúlt években szerencsére a magyar gazdaság és a magyar államháztartás az uniós trendekkel ellentétes pályán mozgott. A magyar gazdaságpolitikának nem volt más lehetősége, mint a csökkenő, alacsony növekedés mellett nagyon

3. ábra: GDP-arányos adósságállomány az Európai Unióban, Magyarországon és a visegrádi országokban (forrás: Eurostat, Európai Bizottság)





szigorú államháztartási konszolidációt végrehajtani, ez az egészségügyi kiadásokat is érintette egyes területeken.

Az államadósság alakulása a növekedés és az államháztartási hiány függvénye. A 3. ábrán is látható, hogy a magyar államadósság a 2001. évi 50% feletti értékről szépen kúszott felfelé.

A tendencia éppen ellentétes azzal, ami az Európai Unióban és a visegrádi országoknál megfigyelhető. Míg a kedvezőbb nemzetközi viszonyokat több ország ki tudta használni, le tudta szorítani hiányát, és ezáltal az államadósságot is némileg csökkenteni tudta (vagy nem növekedett az államadósság), addig Magyarország államadóssága 80% fölé növekedett.

A válság idején észrevehető volt a visszaesés. Előkerült az a kérdés, hogy fenntarthatóak-e az államháztartási viszonyok vagy sem. Görögország és más országok példáján tudjuk,

hogy az államháztartás helyzete meghatározó abból a szempontból, hogy egy ország kap-e hitelt, vagy sem.

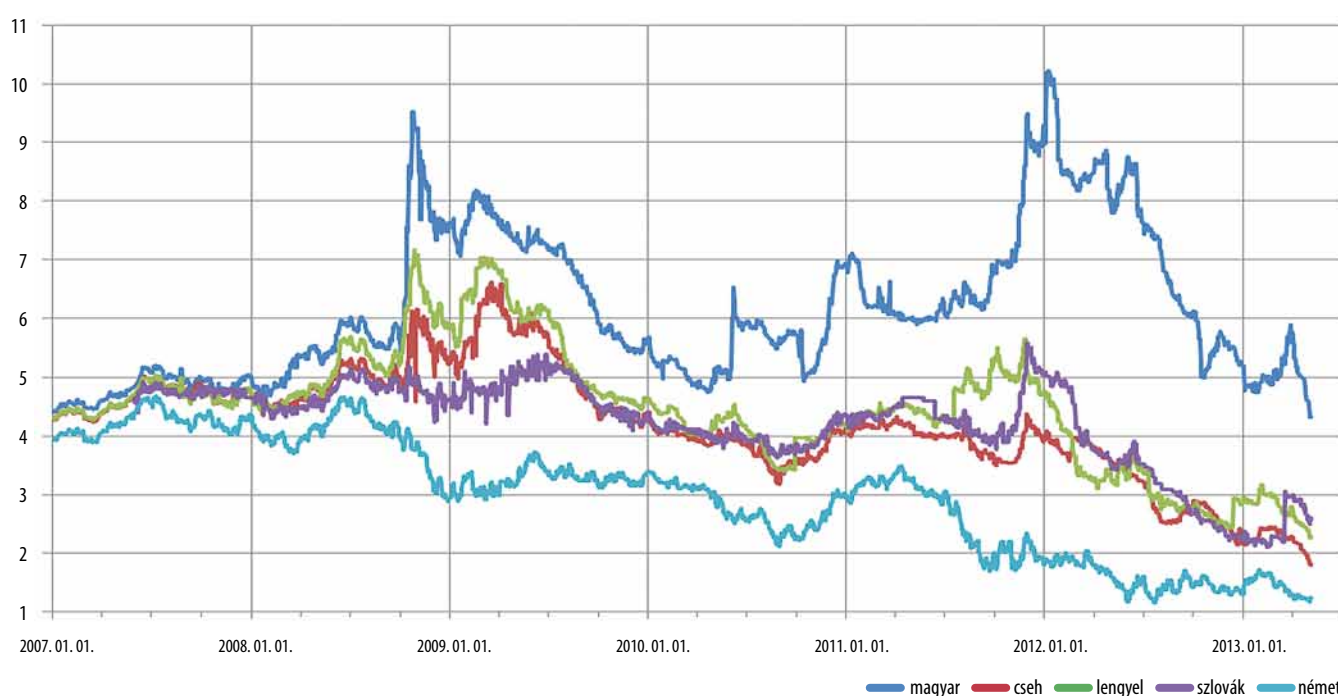
Magyarország a gazdasági válság után olyan helyzetben volt, hogy nem vagy rendkívül drágán kapott hitelt, ezért kellett olyan szigorú költségvetési politikát folytatni, amely például a gyógyszerkasszát is érintette, és amelynek megvan az eredménye: csökken az államadósság. Csakúgy, mint a hiánynál, itt is sikerült szembemenni az uniós trendekkel. Ma már nem a magyar államadósság haladja meg mintegy 10 százalékponttal az EU szintet, az Európai Bizottság előrejelzése alapján is, pont fordított lesz ez a mutató. Vagyis, míg az Európai Unióban az államadósság némileg növekszik, addig Magyarországon stabil csökkenő pályára állt.

Miért fontos mindez? Miért fontos az, hogy akár van, akár nincs növekedés leszorítsuk az államadósságot? Akár van jogos igény, például az egészségügyben többletforrások biztosítására, akár vitatható a többletigény, elsődlegesen az államháztartás stabilitását kell nézni, mert Magyarország a csökkenő hozampálya mellett is – még most is – jóval drágábban finanszírozza államadósságát, mint Németország vagy a visegrádi országok.

Az államadósság finanszírozása

A 4. ábra görbéje a tízéves euróban kibocsájtott államkötvények hozamát mutatja be. Mivel eurókötvényekről beszélünk, az árfolyamkockázat nem torzítja elemzésünket. Láthatjuk, hogy az államháztartás fenntarthatatlansága egy ideig nem szűrt szemet a finanszírozóknak. 2007-ben a magyar államháztartást, a magyar gazdaságot nagyjából olyan áron lehetett finanszírozni, mint a németekét, vagy a visegrádi harmadikét. 2008-ban, amikor beütött a gazdasági világválság, eljött az „igazság pillanata”, kiderült, hogy egyáltalán nincsenek rendben Magyarország államháztartási ügyei. Drasztikusan megemelkedett az adósságfinanszírozás ára, hiszen kockázatos országnak drágán adnak hitelt a befektetők.

4. ábra: Tízéves eurókötvény hozam a visegrádi négyeknél és Németországban



Előadás

A 4. ábrából azt is láthatjuk, hogy a magyar állampapírok (a hozamok) mozgása korrelál, összhangban van a V3-ak mozgásával. Akármekkora növekedést volt Lengyelországban, vagy Szlovákiában, akármennyivel volt alacsonyabb az államadósságuk, a nemzetközi pénzpiacok egy kategóriába sorolják a feltörekvő országokat, ami a kockázat megítélését illeti.

A különbség csupán annyi, hogy míg 2011 második felében a feltörekvő országokon belül Csehországnak, Szlovákiának és Lengyelországnak kisebb mértékben növekedett a kockázati felára, addig Magyarország esetében ez radikálisan megnövekedett, hiszen nemcsak az állam volt eladósodott, hanem a lakosság és a vállalkozások is. Szerencsére az utóbbi időben, a kormányzati lépéseknek is köszönhetően, ez a finanszírozási költség csökkent, de még mindig 4% környéki vagy afölötti hozamot kell kifizetni euróban a magyar állampapírok kamata után. Ez az a pálya, amely meghatározza azt, hogy milyen gazdálkodást kell folytatni, van-e lehetőség többletkiadások teljesítésére vagy sem.

Az államadósság drága finanszírozása közgazdasági racionalistásként arra kényszeríti a mindenkori kormányt, hogy ne engedje el a jövőben az államháztartás hiányát, és ne legyen olyan helyzet, amikor a 6-8%-os sávban mozog a hiány. Emellett az Alaptörvényben lefektetett szabály és az európai uniós jogrend szerint tartósan 3% alatt kell tartani a hiányt. Sőt, van egy még szigorúbb cél: Magyarország középtávú költségvetési hiánycélja 1,7%.

Szerencsére a tavalyi évben ezt már megközelítettük, 2013-ban és 2014-ben 3% alatti hiánnyal számolunk, ám ezt a 3% alatti hiányt sem elég tartani hanem csökkenteni kell, függetlenül a gazdasági növekedés mértékétől. Amennyiben szerény a növekedés akkor sincs lehetőség arra, hogy egyébként indokoltnak tekintett többletkiadásokra az állam fedezetet biztosítson úgy, hogy annak nincs meg az adóbevételi oldala.

Az Alaptörvényben említett adósságcsökkentési követelmény rendkívül szigorú, az elkövetkező 10–15 évben az Alap-

törvényből kifolyólag sincs lehetőség arra, hogy fedezet nélkül többet költsön az állam bizonyos kiadásokra. Mivel az Alaptörvény 50%-os GDP-arányos államadósság elérését tűzi ki célul a mindenkori kormányok részére, olyan költségvetéseket kell készíteni és végrehajtani, ami az államadósság csökkenését eredményezi. Mindezt a rendkívül szigorú politikát kell folytatni mindaddig, amíg az államadósság nem éri el a GDP 50%-át.

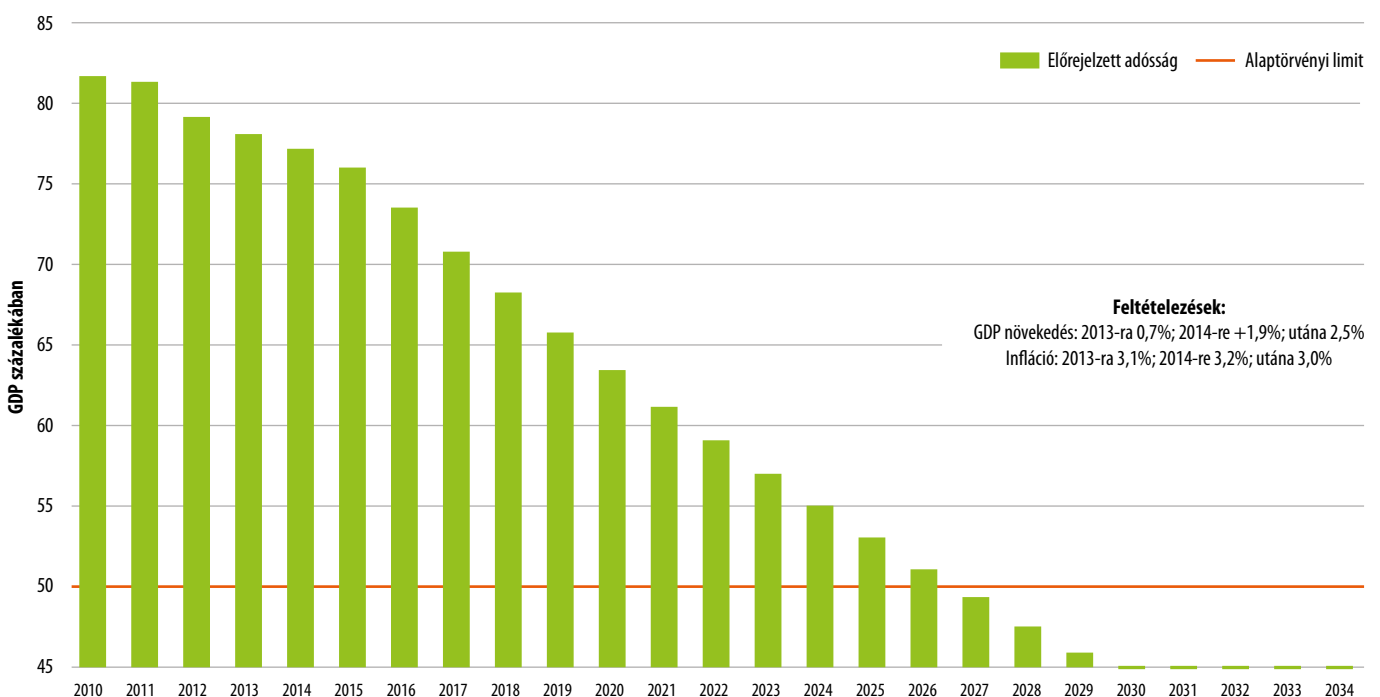
Az 5. ábrából kiderül, hogy ha egy erősebb, 2,5%-os növekedéssel számolunk, akkor is 10–15 év kell ahhoz, hogy ezt az 50%-os adósságlimitet elérjük. Erős növekedést említettem, hiszen ismert, hogy milyen növekedési adatok voltak Európában a 2000-es években. Az Európai Bizottság előrejelzése szerint (6. ábra) hosszú távon alacsony növekedésre kell berendezkedni.

A költségvetés és az egészségügy

Miért fontos ez a magyar egészségügy számára? Amennyiben az Európai Unióban alacsony a növekedés, akkor ez korlátot szabhat a magyar növekedésnek is. Közhelyszerű, de igaz állítás, hogy a magyar gazdaság kicsi, nyitott, exportunk jelentős része az európai uniós országokba megy. Ezért, ha nincs kereslet az európai uniós gazdaságokban, akkor az a magyar növekedésnek is gátat szabhat. A mindenkori kormányoknak célul kell kitűzni, hogy ezt a növekedési értéket (6. ábra) meghaladják Magyarországon, tehát ha az Európai Unióban 1–1,5%-os a gazdasági növekedés, akkor – épp a nyitottságunkból kifolyólag – ezt a növekedést meghaladjuk. Ám a jövőt illetően úgy tűnik, hogy az Európai Unió adósságválsága és a jelenleg még megoldatlannak tűnő adósságkezelési problémák miatt az Európai Bizottság előrejelzése nem pesszimista, hanem sokkal inkább realitásnak tekinthető.

Az Európai Bizottság előrejelzése alapján nem számíthatunk arra, hogy Európában óriási konjunktúra lesz, amely automatikusan kirántja Magyarországot a növekedési problémákból. Ha így lenne, akkor az államnak sokkal több bevétele lenne, és a

5. ábra: Magyarország hosszú távú adósságpályája



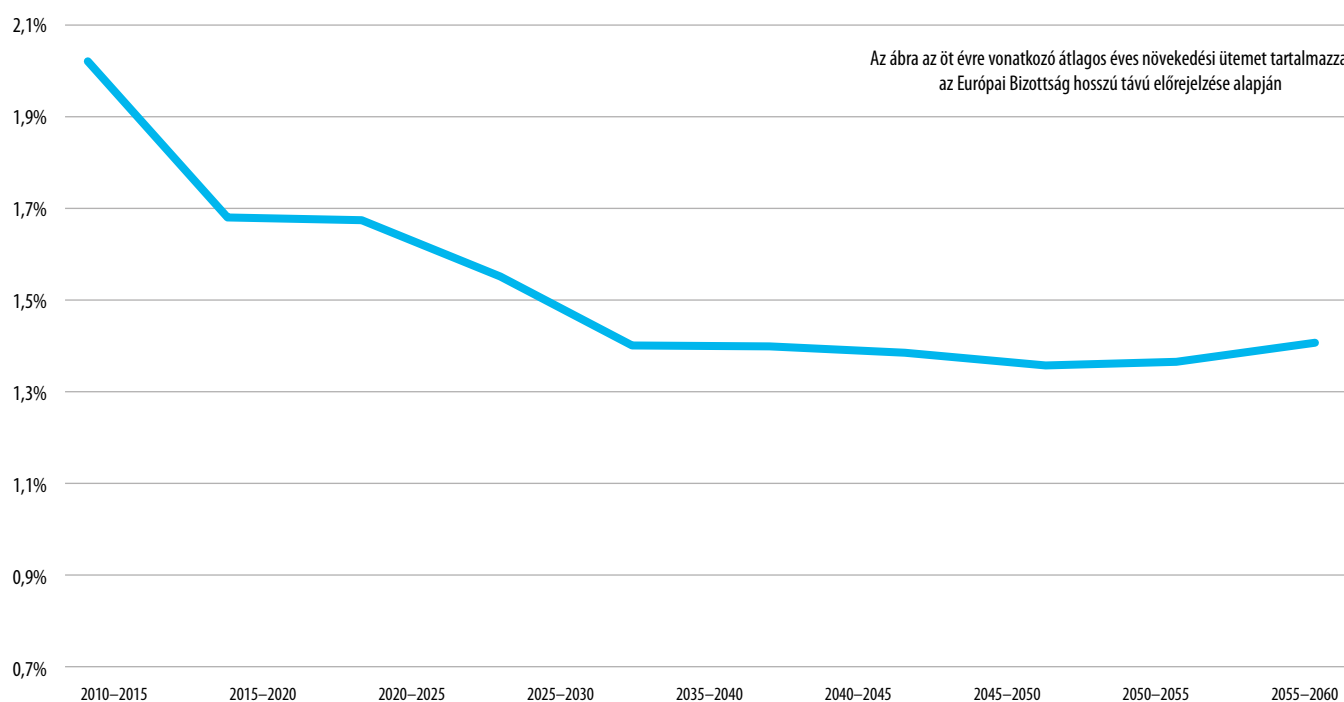
hiánycél tartása mellett is többet lehetne fordítani kiadásokra. Láthatjuk, hogy az államháztartási hiányt nem szabad elengedni, mert annak elég szigorú következményei vannak, nemcsak szankció miatt, hanem azért is, mert az államadósság finanszírozására 50–100 milliárd forinttal többet kellene költeni. Vagyis a mozgástér viszonylag korlátozott.

Ezen a mozgástéren belül kell gazdálkodnunk és meghatározni, hogy az egészségügyre mennyi pénzt lehet fordítani. A 2009–2010-es adatok alapján (7. ábra) az egészségügyre

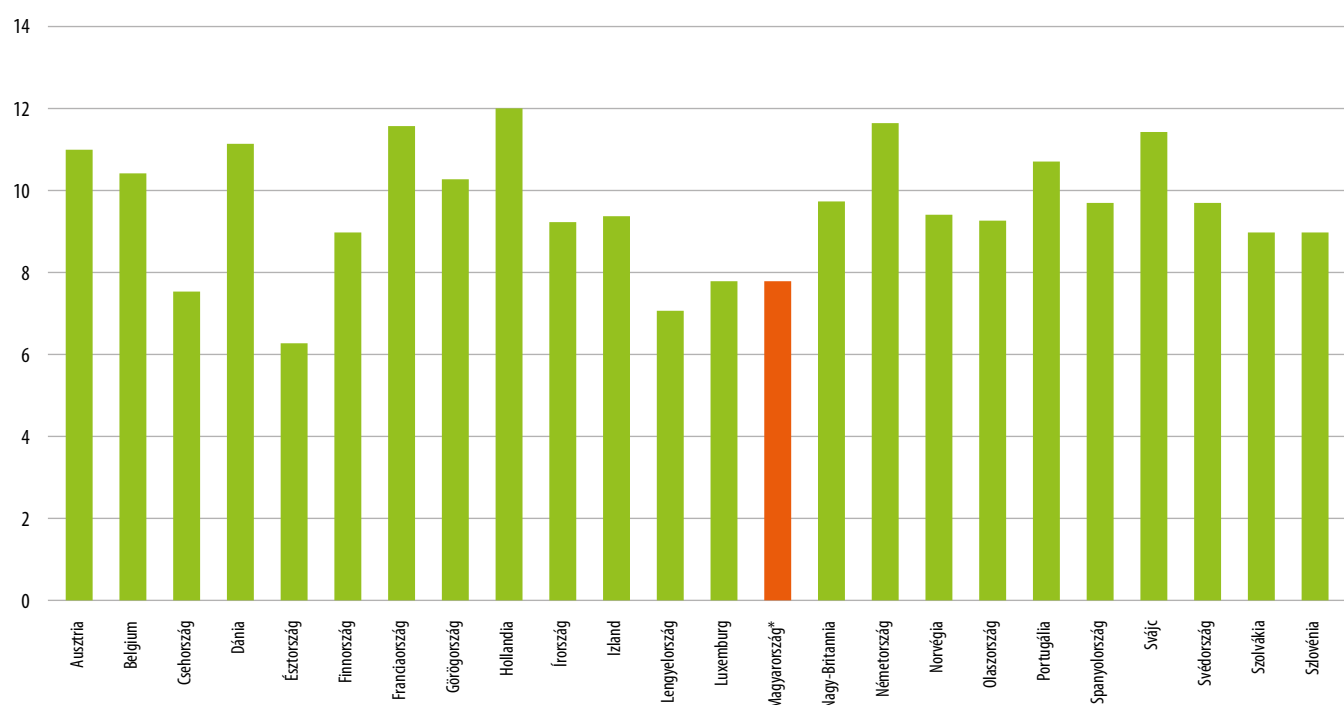
Magyarország GDP-arányosan kevesebbet költ, mint a legtöbb európai uniós ország. Ugyanakkor azt is látnunk kell, hogy nem az utolsó helyen állunk, vannak olyan országok, amelyek kevesebb pénzből gazdálkodnak.

Fontos tisztában lenni azzal a ténnyel, hogy Magyarország az elmúlt években hihetetlen mértékű konszolidációt hajtott végre. A 2000-es évek közepén hat éven át Magyarország a 27 uniós tagállamból a legnagyobb vagy második legnagyobb hiánnyal rendelkezett. Ehhez képest ma a legjobb tízben vagyunk,

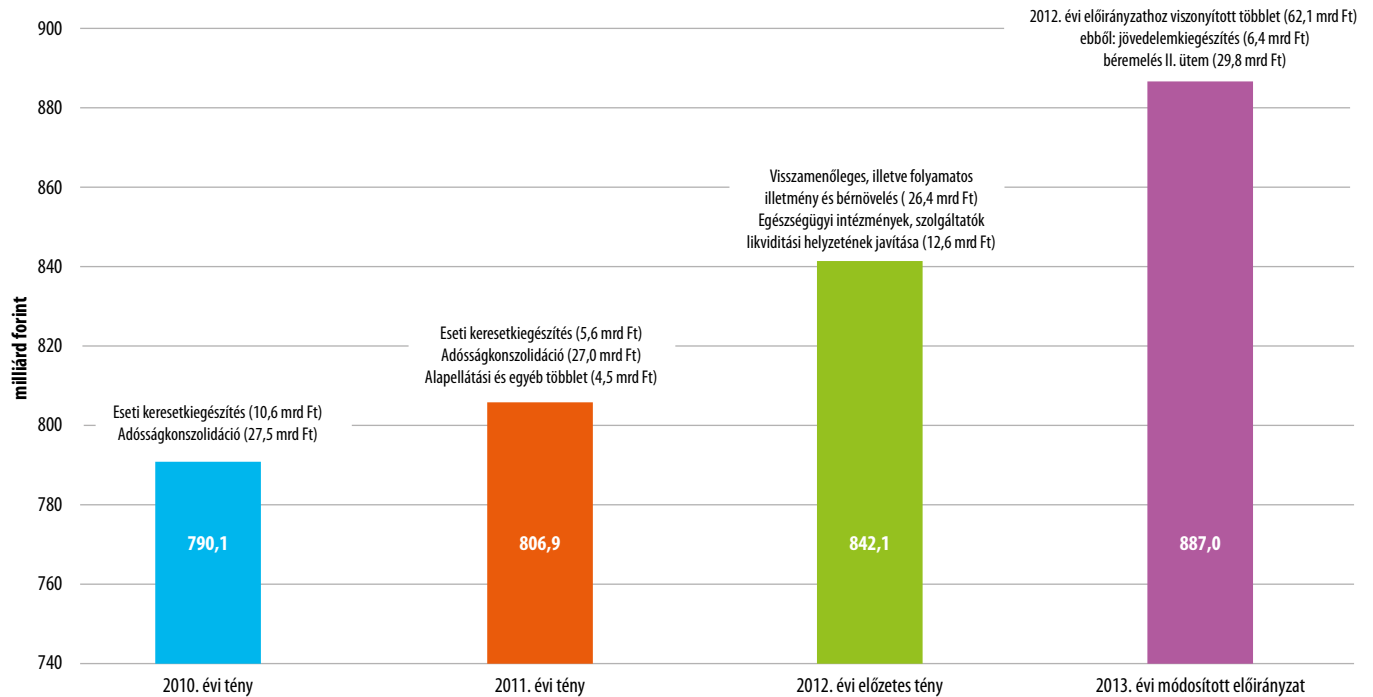
6. ábra: Az Európai Unió hosszú távú GDP növekedési előrejelzése (forrás: Európai Bizottság, 2012. évi Ageing Report)



7. ábra: Európai országok egészségügyi kiadása a GDP százalékában, 2010 (Forrás: KSH/OECD Health Data 2010; * 2009)



8. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző kiadásainak alakulása 2010-2013 között



számos területen jelentős kiadáscsökkentést és bevételnöveledést megvalósítva.

A 2010-es adatokhoz képest fontos eredmény, hogy Magyarország csökkenő növekedés mellett is, amikor automatikusan kevés pluszbevétel érkezik az államháztartásba, nagyon jelentős államháztartási konszolidációt hajtott végre, amelyben az Egészségbiztosítási Alap gyógyító-megelőző kiadásai nem csökkentek.

Tisztában vagyok azzal, hogy mindenki azt mondja: az egészségügyre többet kellene fordítani. Mi ebben a környezetben tudunk többet fordítani az egészségügyre. Míg az államháztartási konszolidáció számos országban például a bérek csökkentésével valósult meg, addig az egészségügyben 2011-től eseti kiegészítés történt, majd 2012-től tartós bérnövekedéssel többletforrások érkeztek. Sőt, 2010-ben, 2011-ben és 2012-ben egyszeri konszolidációra, adósságcsökkentésre is sor kerülhetett, és az év végén költségvetési többletforrásokból az egészségügy jelentős tételeket kapott. (8. ábra)

Természetesen vannak olyan tételek, például a gyógyszerkassza, ahol nem növekedtek, hanem csökkentek a kiadások. A 2010-es és 2013-as számok között látható egy közel 100 milliárdos növekedés, a gyógyszerkasszában pedig 80 milliárdos csökkenés. Ezért ha csak az egészségügyi kiadásokat néznénk ennél a két tételnél, akkor azt mondhatnánk, hogy szinte semmi sem történt. Amennyiben az egészségügyi kiadásokat GDP-arányosan mutatnánk, akkor szintén azt mondhatnánk, hogy nem történt változás. Pedig jelentős változás valósult meg (9. ábra).

Önmagában tehát nem elég a GDP-arányos mértéket és abszolút számokat figyelni, hanem a kiadások belső tartalmát is elemezni kell. Más fényben tűnik fel a gyógyszerkassza kiadásainak csökkentése, ha azt nézzük, hogy fedezetet kellett teremteni egyéb egészségügyi többletkiadások számára. Szükség volt erre a konszolidációra ahhoz, hogy az egészségügyi béremlés fedezete rendelkezésre álljon.

Az egészségügy finanszírozását befolyásoló rövidtávú tényezők

A magyar egészségügy óriási lehetősége volt az elmúlt években, hogy a béremléseken és az egyszeri adóssághkonszolidáción túl európai uniós források jelentős mértékben állnak rendelkezésre. A 2004–2006-os uniós költségvetési időszakban 27 milliárd forint állt rendelkezésre egészségügyi infrastruktúra-fejlesztésre. 2004–2013 között több operatív programban rendkívül nagy összegű tételek álltak és állnak rendelkezésre nemcsak beruházások finanszírozására, hanem bérjellegű kifizetésekre is.

A teljes fejlesztési keretösszeg értelemszerűen jóval nagyobb 2007–2013 között, mint a 2004–2006-os keretösszeg, de az egészségügyi kiadások aránya is növekedett, a teljes fejlesztési forráson belül. Ez eredményezte azt, hogy mintegy 480 milliárd forintot lehet elkölteni ebben az időszakban. Ennek mintegy 30%-a került eddig ténylegesen kifizetésre. Ez azt is jelenti, hogy rendkívül nagy a nyomás, hogy 2015 végéig a maradék 70% ténylegesen elköltésre kerüljön, azok a kórházberuházások amelyek elindultak, 2015 végéig be is fejeződjenek.

Saját nézőpontomból szemlélve úgy látszik, az államháztartás egészében rendkívül erős konszolidáció valósult meg, úgy hogy egészségügyi bérekre, más területektől eltérően, jutottak többletforrások. A gyógyszerkasszát úgy sikerült racionalizálni, hogy mellette az ellátás biztonsága – bízom benne – megmaradt. Sőt, a szűk államháztartási mozgástér mellett most is és a jövőben is jelentős pénzek állnak rendelkezésre – döntően a fejlesztésekre.

A 10. ábra adatait összehasonlítva láthatjuk, hogy 2007–2013-as keretösszeg az említett 480 milliárd forintot közelíti, a 2014–2020-as éveket még nem tudjuk, ugyanakkor azt már ismerjük, hogy a teljes keretösszeg hosszas harcok után csak kismértékben csökken.

Az Európai Bizottság és a legtöbb tagállam jóval radikálisabb fejlesztési támogatáscsökkentést fogalmazott meg Ma-

gyarország és más tagállamok esetén is – ehhez képest nagyon nagy siker, hogy nagyságrendileg 2014–2020-as összes uniós fejlesztési forrás a 2007–2013-as időszak pénzeivel összehasonlítható, azonos. De ezen belül az egészségügyi kiadások minden bizonnyal csökkenni fognak.

A középső grafikonon látszik, hogy a TIOP (Társadalmi Struktúra Operatív Program) beruházási források dominálják az egészségügyi kiadásokat. A 2014–2020-as időszakban elsősorban éppen a gazdasági növekedés serkentése érdekében közvetlen gazdaságfejlesztési célokra szánja a kormány a fejlesztési források nagy részét. Ez azt is jelenti, hogy az egészségügyi beruházások összege csökkenhet 2014-től, azzal hogy jelenleg még végleges számokat nem lehet mondani.

Ezért is kulcsfontosságú, hogy a 315 milliárdnyi beruházási és a többi operatív programban meglévő forrást a még hátralévő három évben minél hatékonyabban költsük el. Bár a költségek nagy részét már lekötötték, de még mindig vannak szabad források, amelyeket a legcélszerűbben kellene felhasználni, hogy ne olyan beruházásokat hozzunk létre, amelyek később kihasználatlanul vagy üresen állnak.

Az egészségügy finanszírozását befolyásoló hosszú távú tényezők

A finanszírozás áttekintésekor fontos olyan hosszú távú tényezőket is figyelembe venni, amelyek túlmutatnak a pénzügyi kereteken és a társadalom egészségügyi állapotát meghatározzák. A születéskor várható élettartam-emelkedés eredményeként az ötven év múlva várható élettartam jóval magasabb lesz, mint ma. Az alacsony születésszám szerint a korfa változik. Az életvitel szempontjából a magyar társadalom nem a legegészség tudatosabb.

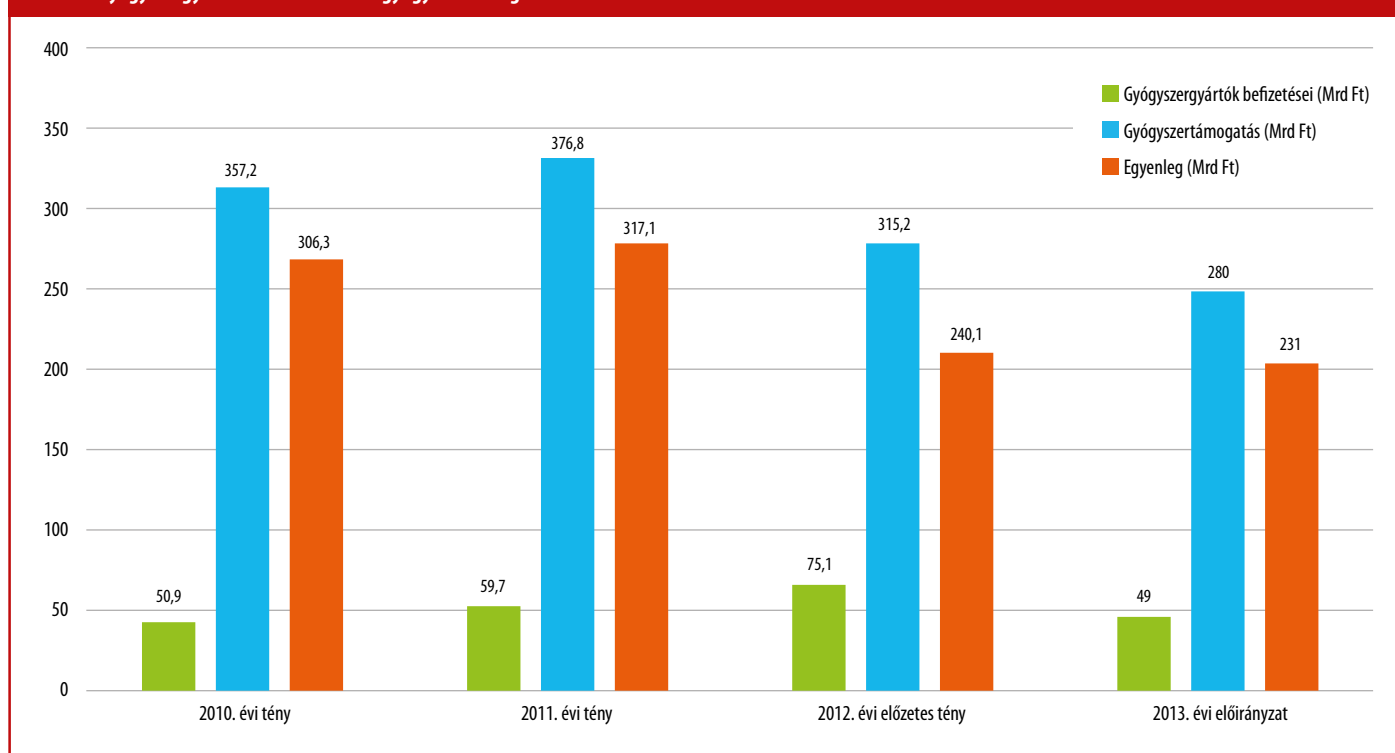
Ami az öregedést illeti 2012-re, az első statisztikai adatokkal összehasonlítva, jelentősen nőtt a 60 éven felüliek

aránya (11. ábra). Tudjuk azt, hogy egészségügyi ellátásra az életük utolsó részében szorulnak leginkább az emberek. Nyilván ha ez a folyamat folytatódik, jelentős nyomás lesz az egészségügyön. Többletkapacitások biztosítására és többletfinanszírozásra lesz szükség. Ezeket a kiadásokat valamilyen módon finanszírozni kell.

A 12. ábrán látható, hogy 20 év alatt több mint egymillióval csökkent a járulékfizetők száma. Míg a kiadásokat szinten kellett tartani, vagy adott esetben növelni kellett, még mindenki hozzáfér minden ellátáshoz, és egyre többen veszik igénybe az ellátásokat, addig a finanszírozási háttér csökkenhet, ha a járulékfizetők száma csökken. Érdemes ismét segítségül hívni az Eurostat adatokat, amelyek szerint Európában mindenütt csökken és csökkenni fog a foglalkoztatás. E trend ismeretében óriási eredmény, hogy Magyarországon sikerült ezt a csökkenést megállítani. Egymással szembemennek a magyar adatok, az Eurostat számai és az Európai Bizottság előrejelzései szerint az európai uniós trendekkel. Szerencsére nálunk nem számolhatunk a foglalkoztatás csökkenésével, így az a bázis, akinek az adójából finanszírozni kell az egészségügyi kiadásokat rövid távon nem fog csökkenni, hosszabb távon pedig a korfa alakulása határozza meg azt, hogy mennyi ember fogja finanszírozni az egészségügyi kiadásokat.

Az Európai Bizottság ötvenéves kimutatásokat készít. Minden országra prognózisokat állít össze, így vizsgálja a magyar korfa változását is (13. ábra). Amennyiben az valóban meg, amit az Eurostat prognosztizál, úgy tűnik hogy az egészségügy finanszírozására a 2010-es GDP adatnak a másfélszerese sem lesz elég. Mégpedig azért, mert a korfa változása miatt, ha változatlan maradna az életvitel, és mindenki minden ellátást változatlan feltételek mellett megkapna – amely jogos és indokolt elvárás a személyek részéről, plusz egyre kevesebb adófizető lesz –, az szinte megfoghatatlan és végrehajthatatlan feladatot jelentene.

9. ábra: Gyógyszergyártói befizetések és a gyógyszertámogatások alakulása 2010–2013 között



Előadás

A negatív forgatókönyv

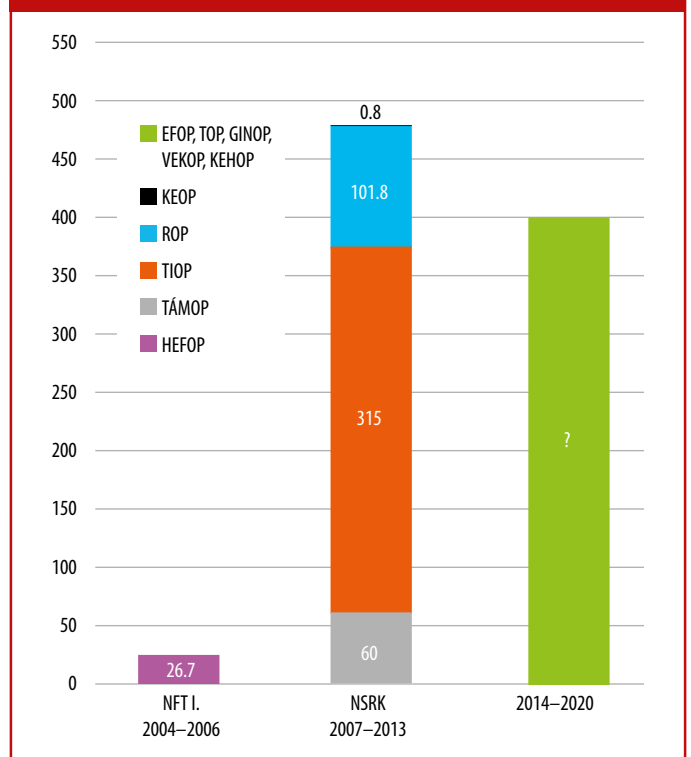
Az Eurostat számításai a múltbeli folyamatok kivetítéséről szólnak. Az Eurostat előrejelzése alapján a 65 éves és idősebb népesség aránya a 2010-es 16,7%-ról 2060-ra 32,2%-ra növekszik. A születéskor várható élettartam jelentősen emelkedik mind a férfiak, mind a nők esetében, 90 illetve 80 év fölé. Az alacsony születésszám miatt a járulékfizetők száma is radikálisan csökken. Ez a két hatás az egészségügy számára rendkívüli kihívást jelent, és ez az a negatív forgatókönyv, amit jó lenne elkerülni. Ez az egészségügyi ellátás iránti igényt is növelné, és ha figyelembe vesszük azt, hogy egyre drágább technológiák és terápiák állnak rendelkezésre, akkor a forrásszükséglet nem pusztán a társadalmi változásokból fakad.

Ez is komoly államháztartási kockázatot jelent, holott nincs arra sem jogi, sem közgazdasági lehetőség, hogy az államháztartási hiány jelentős mértékben nőjön, nemcsak az európai uniós szankciók, hanem a drága államháztartási finanszírozás miatt. Ezzel együtt ezen Eurostat „forgatókönyv” alapján is kedvező tény: a nyugdíjrendszerben bekövetkezett változások, az hogy előrehozott korai nyugdíjban kevesebben részesülhetnek. Az mehet valóban korábban nyugdíjba, aki munkaképtelensége miatt ezt valóban kiérdemli. A rokkantnyugdíj rendszer felülvizsgálaton esett át, illetőleg a munkaerőpiaci változások, a „segély helyett munkát” elve azt eredményezte, hogy Magyarország még így is az öt legstabilabb államháztartási gazdálkodó és leginkább fenntartható gazdasági pályával jellemezhető ország közé került az Európai Bizottság előrejelzése alapján, amely 25–50 évre vetít előre. Gondoljunk bele, ha a magyar korfa-adatok ilyenek, akkor milyen lehet a helyzet a többi országban!

Kitörési pontok

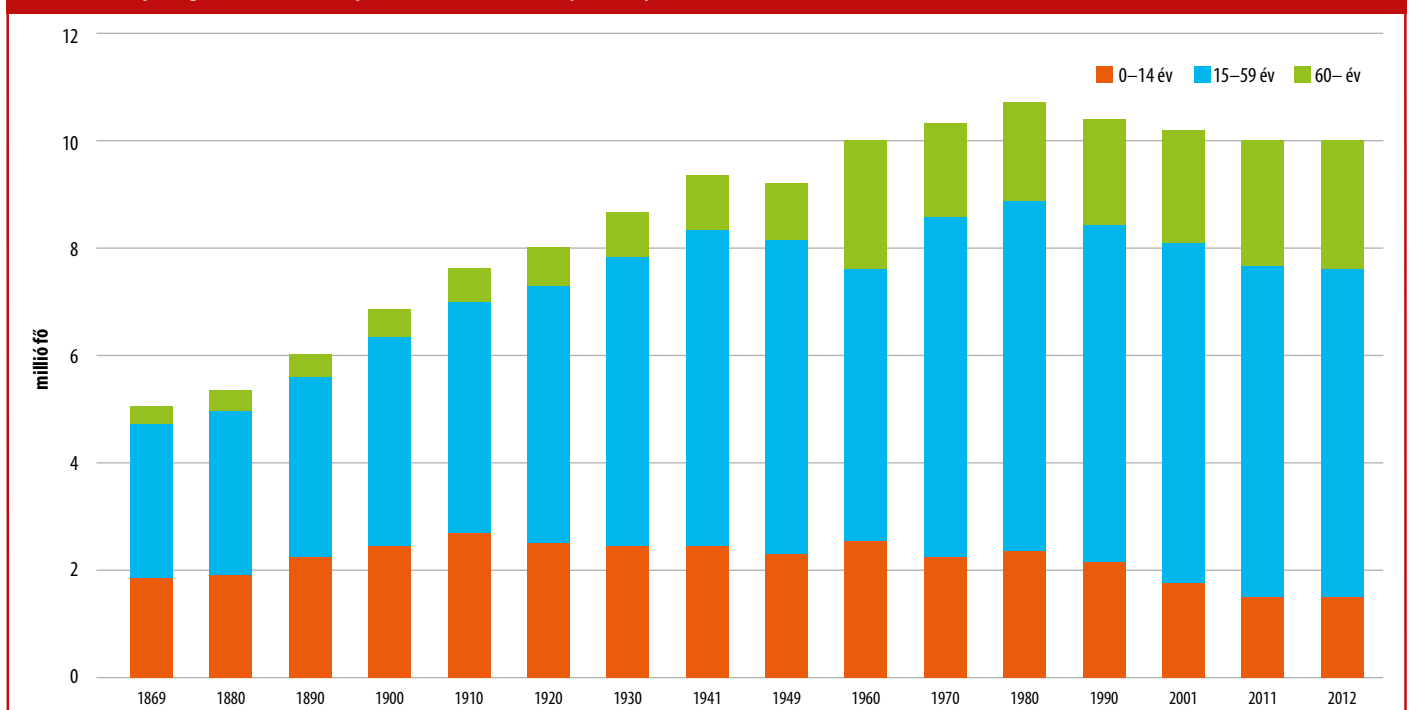
Felillantva az államháztartási gazdálkodás szigorú feltételrendszerét, azt hogy az Európai Unióban mint a magyar

10. ábra: Uniós finanszírozású egészségügyi fejlesztések és támogatások 2004–2020 között



gazdaságot meghatározó térségben a közeljövőben nagy növekedésre nem számíthatunk, látva a korfa várható alakulásának nyomását azt találhatjuk megoldásnak, hogy ne pusztán az egészségügy finanszírozásával foglalkozunk. Nem szabad csak azt vizsgálni, hogy az adott évben milyen mértékben állnak rendelkezésre többletforrások a költségvetésből, hanem azt kell megnézni, hogy az egészségügyi rendszeren kívül milyen megoldásokat találunk a magyar társadalom egészségének javítására. Ilyen szem-

11. ábra: A népesség száma főbb korcsoportok szerint az adott év január 1-jén



pontból a sport, illetve a mindennapos testnevelés bevezetése segíthet, hiszen az egészségesebb életmóddal kevesebb embernek lehet szüksége egészségügyi ellátásra. A népegészségügyi vagy a jövedéki termékadó is ebbe az irányba hatnak.

Ezzel párhuzamosan természetesen az egészségügyi rendszerben is meg kell találnunk a meglévő kereteken belüli hatékonyabb gazdálkodás lehetőségét. A gyógyszerkassza és a gyógyító-megelőző ellátások alakulása azért kiemelendő, mert hatékonyságnövelés és a források jobb felhasználása valósult meg, ami a jövőben is folytatható. Az egészségügyi rendszeren belül a prevenció erősítésével,

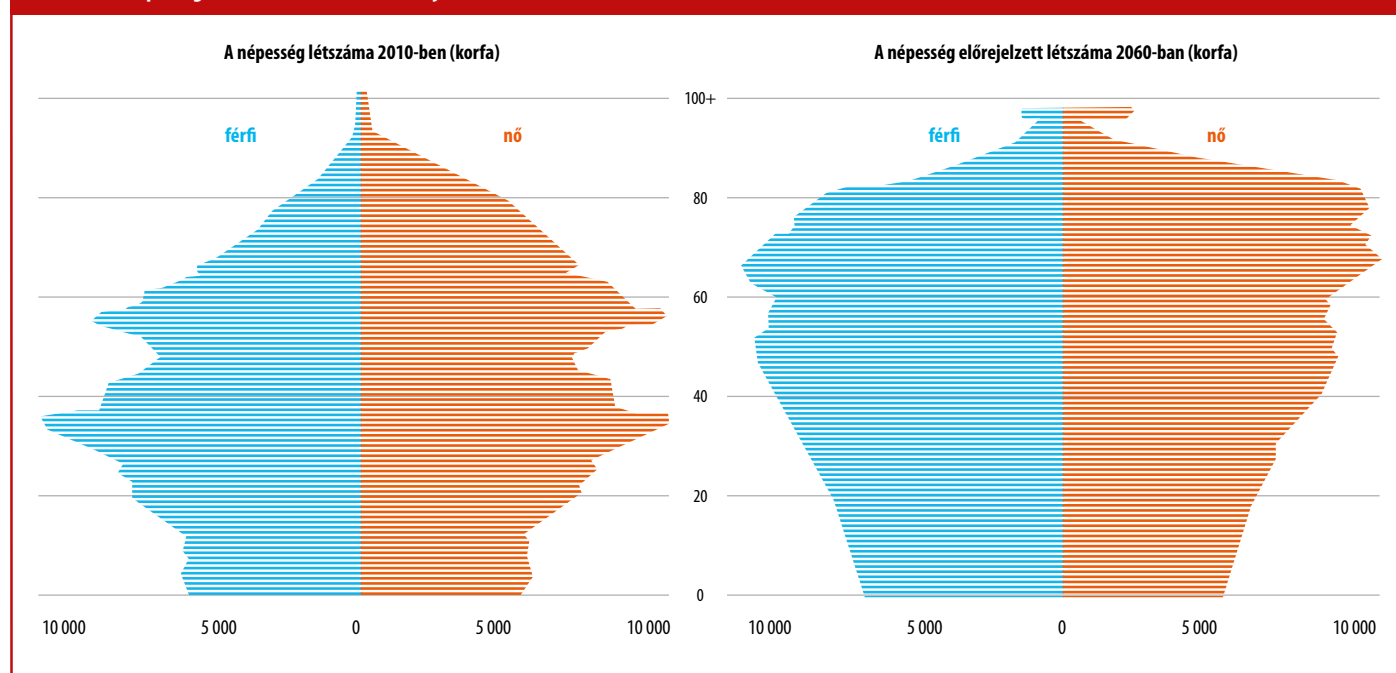
az egynapos ellátásokkal, struktúraváltással tehető hatékonyabbá a rendszer – pontosan ilyen lépésekbe fogott az egészségügyi kormányzat, hogy a meglévő forrásokon belül is hatékonyabb gazdálkodást érvényesítsen. Ami az egészségügy finanszírozását illeti, a kulcs nem az egészségügy rendszerén belül van, hanem azon kívül: életmódbeli változásokkal, gazdasági növekedéssel és a foglalkoztatás bővítésével.

Az előadó a Nemzetgazdasági Minisztérium helyettes államtitkára

12. ábra: Járulékfizetők számának változása (forrás: OEP)



13. ábra: A népesség létszáma 2010-ben és előrejelzett létszáma 2060-ban



Az onkológiai ellátáshoz való hozzáférés esélyei

Gyermekonkológusként nehéz feladatom van. Hiszen ha felnőtt-onkológus lennék, akkor előadásomban klaszszikusan egy építkezést mutatnék meg, valamint annak az erőforrás szükségletét és azt, hogy ez hogyan javítja a hozzáférést. Illetve egy konkrét innovatív terápiáról beszélnék, ami nagyon drága. Gyermekonkológusként úgy gondoltam, egy közös utazásra hívom Önöket, vagyis egy konkrét betegellátási folyamatot kísérünk végig, megnézzük azt, hogy itt az ellátás, a hozzáférési esélyek hogyan alakulnak az onkológián, a gyermek-onkológiában, valamint párhuzamot vonunk a gyermek- és felnőtt-onkológia között.

■ Dr. Garami Miklós

Mindkét elhangzott előadás megkönnyíti a bevezető értelmezését, hiszen az egészségügyi teljesítményt muszáj a fenntartáshoz mérnünk (erről részletesen hallhattak az előző előadásban), a visszaállításhoz illetve a fejlesztéshez kötődő mérhető teljesítményeket próbáljuk meg megnézni. Ezeket különböző dimenziók mentén értékeljük. Számunkra most az előadás kapcsán a hozzáférés az egyik legfontosabb dimenzió, amiről most szó lesz.

Az OECD-ben megfogalmazott indikátorok között is ott van a hozzáférés, illetve az ezzel kapcsolatos méltányosság, ami az egyik leggyakrabban említett hozzáférés. Nemcsak Magyarországon nézik az egészségügyi döntéshozók – a kérdések kapcsán is számos kritika érte ezeket –, hanem az Európai Unióban is.

Egészségügyi minőség

Az OECD egészségügyi minőségi projektjének összefüggésrendszere négy szintet határoz meg. Az egészség van legfelül, ez a lakosság egészségi állapotát mutatja – és most emlékezzünk vissza az előző helyettes államtitkári előadásra, az egészségen kívüli területekre, például a pénzügyi korlátokra. A harmadik szintként bemutatja, hogy a mindennapi életben milyen indikátorokkal méri a teljesítményt az egészségügyben. Számunkra most a hozzáférés a fontos. Szócska Miklós államtitkár előadásában hallottuk, hogy milyen nehézségekkel küzd az államtitkárság az egészségpolitika tervezésénél, illetve, hogy milyen más egyéb forrásallokációkat kell figyelembe venni az egészségügynél.

Mindkét előadásban hallottuk, hogy az onkológia a legfontosabb, hiszen a legnagyobb költséget ez a terület jelenti az egészségügyben. Erre számos utalás történt az első két előadásban. Magyarországon a stressz, a magas vérnyomás (a rengeteg kávé, pacal és egyéb élelmiszerek, valamint a dohányzás miatt, erről már sok szó esett) miatt az egyik leggyakoribb halálok a keringési rendszer okozta halálozás, az



agyérkatasztrófa. Ez 200 halálozást jelent 100 ezer lakosra a 2009-es adatok alapján. Ezzel Magyarország az élen áll Európában. A másik halálok Magyarországon és az Európai Unióban is az összeurópai adatok alapján a dohányzás. Azt kell mondanom, nem vagyok politikus, nem kell forrást teremtenem, tehát ebből a szempontból is könnyű a helyzetem.

Halálokok és túlélések

Számos halálokot látunk, amely összefügg a dohányzással. Szó esett már arról, hogy ezek a halálokok hazánkban hogyan változtak az elmúlt években. Nem hasonlítanám a GDP-hez, hiszen nem feladatom, de azért azt látni kell, hogy az ösztrogén védi a nőket, és majdnem tíz évvel tovább élnek. Fokozatosan, lineárisan, nagyon enyhén, de emelkedik Magyarországon az születéskor várható élettartam: férfiaknál 70, nőknél 78 év.

Ha megvizsgáljuk az egyes daganatokat, rákot, prosztata-rákot, tüdőrákot, a leukémiát, a Ewing-sarcomát, egyebeket gyermekkorban, fiatalkorban és felnőttkorban, és ha ezeket a betegeket egy csoportba tesszük és megvizsgáljuk, hogy a kezelésekkel milyen túlélést adunk a betegeknek, döbbenetes számokat kapunk. A felnőtt kezeléseket tíz évet adnak. Tíz évet adnak hozzá, a betegség kezdete óta, ugyanakkor a gyermekonkológia 65 éves túlélést ad.

Mikor lesz nekem vastagbélrákom? Tipikusan férfiaknál, 40–50 éves életkorban. 40–50 évesen prosztatarákot lesz, tíz évet túlélnek. Egyébként élnék 70-ig.

Azt gondolnánk, hogy ha egy ilyen drasztikus különbség, hogy a gyermekonkológia 65 évet ad, míg a felnőtt onkológia tizet, akkor van egy társadalmi konszenzus, amit ugye a politika illetve a szakmapolitika is magáévá tesz és azt mondja, hogy igen, gyakorlatilag korlátozás nélkül hozzáfér a gyermekonkológus és ott aztán tényleg mintaértékű az ellátás, és ezt példaként lehet hozni a felnőtt-onkológiában. Sajnos ez nem így van! Ahhoz, hogy a történet teljesen kerrek legyen, a hozzáférést kibővítettem azzal, hogy a tünetek megjelenése után hogyan jutunk hozzá az onkológiai ellátáshoz.

Gyorsaság

Vegyünk egy konkrét példát, egy gyermekonkológiai esetet. A Ewing-sarcoma egy gyermekkori csontdaganat, a neuroblastoma pedig a szimpatikus idegrendszer daganata. Otthon vagyok, semmi panaszom nincs. Aztán megjelenik a panasz a betegnél és több mint egy hónap telik el, hogy belép az ellátórendszerbe, hogy eljut egyáltalán orvoshoz. Bármennyi kapacitást is fejlesztünk, elégtelen, hiszen a beteg még nem jelentkezett be az ellátórendszerbe.

Nézzük meg, ha belép az ellátórendszerbe a beteg, a diagnózis mikor készül el? Azt gondolnánk, hogy a gyermekonkológiában ez nagyon könnyű. A nem gyermekorvosoknak elmondom, hogy a gyermekeknél ez úgy néz ki, hogy először a házi gyermekorvos látja a beteget, és innen egy lépcsőfok, hogy a házi gyermekorvos beutalja a gyermekonkológus-hálózatba. Vagyis nincsenek háromlépcsős állomások, mint a felnőtteknél. Ennek a jelentősége az, hogy elviekben nagyon gyors a bejutás az ellátórendszerbe, és nagyon gyorsan, célzottan fel lehet állítani a diagnózist a nagy központokban. Ennek ellenére azt látjuk, hogy itt is szélsőségesen hosszú az eltelt idő az egyes diagnózisok felállítása között.

Könnyű a megoldás, a gyermekonkológiában a szülők tájékoztatása, illetve ahogy arra Szócska Miklós is célzott, az egészségügy külön is foglalkozni fog az egészségügy oktatásával. Most gyermekonkológusként beszélek, de gondoljunk bele, hogy ez a felnőtt-onkológiában hogyan jelentkezik: véres széklet, azonnal orvoshoz kell fordulni.

Természetesen szó nincs arról, hogy a szülők elhanyagolják a gyermeküket, sőt ők kimondottan figyelnek a gyerekekre. Ugyanakkor nehéz elképzelni, hogy egy ekkora elváltozást, egy olyan elváltozást, ahol nem is ismerem az ép szöveteket, ez bekézen növekedett hetekig, hónapokig és nem okozott semmilyen zavart, és a házi orvos gyulladásként kezelte.

Vannak problémák a képzésben és a szülői magatartásban is. Ez visszautal erre az ESKI-től vett ábrára, hogy mi a pszichológiai része az elérhetőségnek. Kicsit kibővítve, például ez. Tudom, hogy valami baj van, de nem lépek be az ellátórend-

szerbe, mert félek az igazságtól, hogy megmondják: daganatos vagyok.

Gyakoriság

A gyermekonkológiai esetek gyakorisága századrésze a felnőtteknek, évente 10–15 újszülött, vagy egyéves kor alatti gyerek betegszik meg és az ellátórendszerbe 300 beteg lép be évenként. Ez a felnőtt-onkológus szemével nevetségesen alacsony szám. Ezért lehet sokkal jobban megszervezni a gyermekonkológiát. Szemben a felnőttekkel, már közel a betegek 80%-a gyógyítható.

Míg a gyermekonkológiában a szülő, majd a gyermek-onkológus fogja a gyermek kezét, addig velünk felnőttekkel az történik meg, amit mi akarunk. Vagyis ha mi nem keressük fel az orvost, ő nem megy el értünk. Ha nem megyünk el ismételtlen a felnőtt-onkológiai rendelésekre, nem lesz meg a diagnózis.

De vegyünk egy példát az átadásra is. Hogyan is történt meg egy felnőttrendszerben egy konkrét beteg átküldése. Másodlagos daganata lehet, elmúlt 18 éves, pajzsmirigyrák lehet, leukémiás volt, és át szerettem volna adni egy felnőtt-onkológiai rendszerbe. A pajzsmirigyráknál műtétre van szükség és izotópterápiát kell adni. Felhívtam az izotópterápiát adó orvost a felnőtt-onkológián, hogy itt egy beteg, szeretném átküldeni, és ő nevezze meg azt a sebészt, akivel együtt szokott dolgozni. Döbbenetes volt a beszélgetés. Ez a példa is azt mutatja, hogy a hozzáférést mi korlátozza. Belépett a beteg az ajtón, a felnőtt-radiológus, izotópterápiás elolvasta a beküldött diagnózist, az eseményt, majd ránézett az egyébként akkor már nagykorú 20–21 éves betegre és azt mondta: „Önök először sebész kell! Keressen sebészt, és jöjjen vissza!” Innen a beteget elvesztettük volna, ha nem jön vissza hozzánk.

Betegút

Vagyis mi a klasszikus betegút? Amikor a beteg elmegy a házi-orvoshoz, aki a területileg illetékes onkológiai központba beutalja a beteget, ott kiválsztják a sebészt, és így tovább. Erre is utalt Szócska Miklós államtitkár előadása, hogy tervezik a betegutak aktív követését, életrekeltését. Ez nagyon szükséges, éppen azért, mert ekkora a diszkrepancia a felnőtt- és a gyermekellátásban. Mi kezdeményeztük a döntéshozóknál, hogy terjesszék ki a gyermekonkológiai ellátást egy szürke zónával a 18–25 éves korig, hogy a beteg választhasson a gyermekonkológia vagy a felnőtt onkológia között.

Könnyű helyzete van a gyermekonkológiai betegúton elinduló betegnek, hiszen bekerül a centrumokba, és csak ezekben a centrumokban kezelhetik a gyermekeket. Szemben a felnőtt onkológiai ellátással, először házi orvos, majd területileg illetékes elsőfokú, majd másod- és harmadik szintű onkológiai ellátóegység, és ezen végig a házi orvos „fogja a beteg kezét”, úgy hogy mindig tájékoztatja a házi orvost a döntésről, és mindig időben visszamegy. Ha nem, eltűnik a rendszerben.

A jelenleg működő magyar gyermekonkológiai hálózatban olyan ISO-szintű minőségellenőrzés épült ki, ami elvárás lehetne a felnőtt onkológiával szemben is. Érdekes módon a terápia alatt mindenki arra gondol, hogy egy konkrét terápiáról fogok beszélni (a későbbiekben még lesz szó az innovatív

Előadás

terápiákról, ennek befogadásáról). Igazából jómagam egy sokkal fontosabb dolgot tartok a terápiák mögött, és ami a hozzáférést korlátozza.

Az ellátás folyamata: létrejön a diagnózis, elkezdődik egy kemoterápiás kezelés, műtét, vagy ismételt kemoterápiás kezelés. Míg ha mi, felnőttek leszünk betegek, akkor tünet, diagnózis, műtét és onkológiai kezelés. Felnőtteknél kevesebb mint fél évig tart a kezelés és körülbelül 40% gyógyul meg, a gyerekeket két évig aktívan kezelik, és 10-ből 8 gyerek meggyógyul. Ezek nagyon drasztikus, nagyon szupresszív, számos mellékhatással járó kezelések, konkrétan halálos kezelések, megfelelő szupportív terápia nélkül.

Hangsúlyozzuk ismét a legfontosabb különbséget: 65 évet ad a gyermekonkológus és 10 évet a felnőtt-onkológus. Ha most sarkítani akarnám, akkor azt mondanám, hogy a gyermekonkológia meggyógyít, aki meggyógyul az felnőtt lesz, szülő majd nagyszülő. A felnőtt-onkológia inkább a túlélésre játszik. Inkább azt szeretné, hogy túléljek! Meddig éljek túl? Amíg beleérek abba az életkorba, amikor természetesen is meghalnék.

Regiszterek és befogadások

Az új innovatív, célzott, drága terápiák befogadásának az alapja a regiszter. Az onkológiában működik az Országos Tumor Regiszter, a gyermekonkológiában az Országos Gyermektumor Regiszter, amely két éve kap állami támogatást. Ezt úgy építettük fel, hogy nem bontja fel az egységes Nemzeti Rákregiszter fogalmát, tehát önállóan elszámoltatható. Úgy gondolom, és ez az üzenete a terápiák kapcsán a mondandómnak a többi szakma felé: ha érdekérvényesítő erővel akar élni, és az innova-

tív terápiákat be akarja hozni, akkor ilyen regiszterrel kell rendelkeznie.

Számos kritika érte az előző két előadót, amikor a politika „fogta” és gazdaság „fogta” előadásokat megtartották. Ugyanakkor most hadd említsek egy olyan pozitív példát betegágy mellől, ami a a bevezetések, úgy érzem, bátor tett volt Magyarországon. Ilyen típusú befogadási rendszert nem alkalmaztak a környező országok. Nem átvett egy modellt Magyarországon, hanem egy kicsit módosította azt. Ennek kapcsán ha megnézzük a TB-támogatás és a betegszámok alakulását a biocit bevezetése előtti és utáni kilenc hónapban, azt látjuk, hogy ugyanannyi beteg olcsóbban jutott kezeléshez, és ez modellértékű lehet a későbbi készítmények befogadásához. Kimondottan bátor tettek tartom, hogy ezt a fejlesztést sikerült végrehajtani, és ma már hatékonyan alkalmazható.

Utószó

A gyermekonkológia másról szól, mint a felnőtt-onkológiai ellátás. Ha a teljes egészségügyi ellátórendszerünk jól működne, és a különböző hozzáférési korlátokat nem vennénk figyelembe, akkor időben észrevennénk a beteget, időben elmenne az orvoshoz, aki hozzájuttatná az aktív onkológiai kezeléshez, ennek eredményeként a beteg meggyógyulna, és öt évvel később két boldog gyermek édesanyjaként élne. Van erre esély!

Az előadó egyetemi docens, a Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika igazgatóhelyettese

Várólisták alakulása a magyar egészségügyben

A várólisták 2007 óta követhetők a magyar egészségügyi ellátórendszerben, ezt megelőzően esetleges volt a betegek sorolása. A várólisták alakulása arra utal, hogy egyelőre nem sikerült megbirkózni a legnagyobb problémával, az óriási szórással az egyes intézmények várakozási idői között. A jövőben szükséges a várólisták fenntartható rövidítése, a különbségek csökkentése és a várólistavezetési fegyelem erősítése.

■ Dr. Kovácsy Zsombor

Kór vagy tünet?

Néhány nappal ezelőtt egy nagyon jól ismert egészségügyi érdekvédelmi vezető azt nyilatkozta az egyik rádióban, hogy a várólistákat Molnár Lajos miniszter „találta fel”, azelőtt ez a probléma nem létezett, ő vezette be ezt az áldatlan rendszert a hazai egészségügyben. Ez a sommás megállapítás nagyjából annyira igaz, mintha azt állítanánk, hogy a földrengéseket Charles Richter szabadította a Földre azzal, hogy megalkotta ma is használt skáláját.

Persze az önmagában igaz, hogy 2007 előtt nem voltak valódi várólisták a magyar kórházakban, ám ennek nem az akkori egészségügyi problémamentes működése, sokkal inkább az átláthatatlan viszonyrendszer volt a magyarázata. A várólistákra vonatkozó jogszabályok megjelenése előtt a szakmai köznyelv úgy fogalmazott, hogy „kockás papíron” vezették az orvosok a műtéti előjegyzéseket, és mindannyiunknak voltak sejtéseink arra nézve, hogy milyen elvek szerint dőlt el, hogy ki mikor kerül sorra.

Korabeli sajtótermékekben, blogokban számos bizonyítékát találhatjuk meg a Molnár Lajos előtti éra műtéti sorolási mechanizmusának. Íme két példa: nyílt titokként nyilatkozik valaki arról, hogy a „csípőprotézis ma 150 000 forint”, előre fizetendően azért, hogy az illetőt előre vegyék a sorban.¹ Egy cikk sorra veszi a várakozási időket: „csípőprotézisre több mint egy évet, ultrahangra három hónapot (kell várni)”²

Láthatjuk tehát, hogy a várólisták kifejezett megjelenése a magyar egészségügyben egyáltalán nem egy új probléma kialakulása, hanem egy régóta lappangó, az előjegyzésben való előrejutásért kenőpénz kérése útján súlyos büntetőjogi áttéteket is adó betegség vált így nyilvánvalóvá. Ez szükséges feltétele a probléma megoldásának.

Magyarország a legjobb eredményt az európai egészségügyi rendszerek összevetésében 2008-ban érte el. A 14. helyezéssel kapcsolatban az értékelő szervezet szöveges indokolása, valamint e sorok szerzője mint az egykori Egészségbiztosítási Felügyelet elnöke részére írt személyes gratuláció egyaránt tartalmazza a várólista-nyilvánosság megteremtésének, a rendszer átláthatósága ezáltal történt fokozásának méltatását.



„Magyarország: Információs forradalom az egészségügyben!” – fogalmaz a tanulmány.³

Mire jó a várólista?

A várólista abban a természetes módon minden egészségügyi rendszerre jellemző szűkösségi helyzetben teremt egyfajta rendet, amelyben nem lehetséges mindenkinek azonnal megfelelő megoldást adni az egészségügyi problémájára.

Ennek a szűkösségi problémának a kezelésére különböző megoldások terjedtek el, például az ellátási csomag szűkítése, azaz amikor a rendelkezésre álló erőforrásokat kisebb szolgáltatási spektrumra kell szétteríteni, vagy éppen az önrész-fizetés, amikor a szolgáltatások díját részben az igénybevevő közvetlenül fizeti meg. Ezek mellett a várólisták kialakítása az egyik leggyakrabban alkalmazott megoldás.

Előadás

1. táblázat: A várólisták jellemző mutatói és befolyásolási lehetőségeik⁴

Tényező típusa	Tényező	Kompetenciaszint
A várólista hossza	Várólistára jelentkezők száma A listára kerülés kritériumai Saját kezdeményezésre lekerülők Lekerülés jogosultság megszűnése miatt	Egyéni (beteg, kezelőorvos) Országos (várólista-protokoll) vagy intézményi (helyi eljárásrend) Egyéni (beteg) Országos (várólista-protokoll) vagy intézményi (helyi eljárásrend)
A várólista „haladási sebessége”	Az ellátás sebessége Ellátóhelyek összkapacitása	Intézményi Országos

A lényeg: alapvetően a várólistára való felkerülés sorrendjében történik meg az ellátás. Ez a first in-first out, rövidítve „FIFO” elv, amely közmegegyezés szerint a lehető legigazságosabb megoldás a szóban forgó probléma kezelésére. Persze mindenkinek megvan a „maga igazsága”, és ez abban a kultúrában különösen eltérhet a FIFO-elvtől, ahol az utolsó pillanatban sorolnak be a türelmesen araszoló autók elé a másik sávból érkezők, jelentős idővesztésre kényszerítve a korrekten közlekedőket, vagy ahol az éppen megnyíló postaablakhoz egymást taposva odaugranak a szemfülesek ahelyett, hogy a meglévő kigyózó sorból minden második várakozó állna át.

A várólisták jogszabályi meghatározottsága éppen az ilyen ügyeskedésnek veszi elejét, átlátható szabályokkal garantálja azt, hogy legalábbis a korábbiaknál sokkal nehezebben lehessen manipulálni a műtétek elvégzésének sorrendjét. A várólista módszere a költség- és kapacitás-tervezéshez is segítséget nyújt a várakozók számának nyilván tartásával, ezzel és az ellátás kívánt ütemének figyelembevételével megállapíthatók a szolgáltatásnyújtáshoz szükséges mennyiségi paraméterek.

Ha túltekintünk az adott intézmény falain, az országos várólista-adatok értékes adalékul szolgálhatnak az ellátásszervezéshez. Komoly módszertani kihívás a várólista „hosszának” megfelelő értékelése, és önmagában a várakozók száma nem is elégséges ahhoz, hogy abból értékes makroszintű szervezési következtetéseket vonjunk le. Elképzelhető ugyanis, hogy azért „állnak sorba” sokan, mert az intézmény, az ott dolgozó orvos népszerű, kiváló szakember, ezért a betegek úgy érzik, hogy érdemes az általa végzendő vizsgálatra, beavatkozásra várni. Ugyanakkor az is előfordulhat, hogy azért duzzad fel a várólista, mert nincs pénz a műtétek elvégzésére, vagy a kórházvezetés más feladatra fordítja az erőforrásait.

Nem egyszer előfordul az is, hogy a várólista alapján nyújtott ellátások várakozási ideje hosszabb, mint az a megengedhető időintervallum, amelyen belül még hatásos lehet az adott eljárás alkalmazása. Ebben az esetben lényegében arról beszélhetünk, hogy a várólistára való felkerülés pillanatában máris látható, hogy teljesen felesleges lesz a várakozási idő elteltével elvégezni a műtétet, és ez igaz a várólistán helyet foglaló valamennyi betegre! Az ilyen helyzetekben komolyan át kell gondolni az adott ellátás nyújtásának kereteit, vállalhatóságát, és szükség lehet akár egészségpolitikai léptékű intézkedések megtételére.

A várólisták nyomkövetése komplex feladat. Az 1. táblázat foglalja össze a várólisták jellemzőit és a lehetséges befolyásolás kompetenciaszintjeit.

A várólista-szabályozás

A 2006-2007. évi⁵ hazai várólista-szabályozás egésze alapvetően a közfinanszírozott, azaz az Országos Egészségbiztosítási

Pénztár által fedezett ellátásokra vonatkozik. Gyakran felvetődik a kérdés, hogy a magán(finanszírozású) szolgáltatók esetében van-e valamilyen előírás a sorolásra vonatkozóan, vagy ők tetszőleges sorrendben láthatják el a betegeket. Egyértelmű, hogy az egyenlő bánásmód elvét, az emberi méltóságot és a várólista alapján történő ellátás alapelveit a magánellátásban is tiszteletben kell tartani, és nem lehet ötletszerűen, szimpátia alapján vagy más, a fentiekkel össze nem egyeztethető alapon előre vagy hátra sorolni az ellátásra várakozókat, azonban a magánszolgáltatókra nem vonatkoznak a várólista-vezetés részletes rendeleti előírásai.

A várólistákkal kapcsolatos alapvető szabályokat – adattartalom, sorrend, tájékoztatás, a speciális (transzplantációs) várólisták szakmai kontrollja – az Eütv. tartalmazza.⁶

Az Ebtv.⁷ (a fentebb leírtakkal összhangban természetéből fakadóan a közfinanszírozott szolgáltatókra korlátozva) határozza meg a várólisták fajtáit, a listavezetési kötelezettséget, a várólisták országos nyilvántartását, az adatkezelés és az adatnyilvánosság elveit, valamint a várólistára való felkerülés lehetőségét.

Anélkül, hogy a szabályozás tényleges tartalmát taglalnánk (ez túlterjedne e cikk tartalmi és terjedelmi keretein) azt az egyetlen fontos fogalmi tisztázást szükséges megejteni, hogy alapvetően kétfajta várólista létezik, a központi és az intézményi. A központi várólisták a transzplantációs és egyéb nagyértékű eljárások sorrendjének kialakítására szolgálnak, míg az intézményi (egyes intézményekben külön vezetett) várólisták azok a jelen bemutatás szempontjából vizsgálandó soroló eszközök, amelyeket általában az egyszerű várólista kifejezés alatt értünk.

A várólista-szabályok veleje, a mindennapokban alkalmazandó részletszabályok kormány-és miniszteri szintű rendeletekben kaptak helyet.⁸

A 2. táblázat mutatja be a rendeleti szabályozás főbb tartalmát.

A várólisták alakulása 2008–2013 között

Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2010-ben történt megszüntetéséig havonta közzétette a várólisták alakulását, továbbá havi és hosszabb időszakokat átfogó elmezésekkel vizsgálta a várólisták alakulását. Ezt követően, néhány év hallgatás után a feladatot megörökölt Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2012-ben kezdett a kívülálló számára is érzékelhetően foglalkozni a várólisták elemzésével és nyilvánosságával.

A jogszabályváltozások, de még inkább a várólista-elemzések tekintetében előállt interregnum és a megbízhatatlan adatszolgáltatás miatt szinte lehetetlen a különböző időszakok adatait tudományos igényességgel összevetni, a jellemző mutatókra való rátekintés inkább csak nagy vonalakban érzékelteti a tendenciákat.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2007-2010 közötti elemzéseiben rendre az egyes intézmények várakozási idői közötti

2. táblázat: A rendeleti szintű várólista-szabályozás

Jogszabály	287/2006. Korm. rendelet	45/2006. EüM rendelet	46/2006. EüM rendelet
Főbb tartalmi elemek	-Listára való felkerülés -Listán elfoglalt hely módosítása -Rögzítendő adatok	-A sorrendtől való eltérés szakmai indokai -Várólista-protokoll tartalmi elemei -Eltérések megengedett esetszáma	-Várólista kezelésére vonatkozó szabályok elhelyezése -Intézményi várólista honlapon való elérhetősége -A beteg kérésére való tájékoztatása

3. táblázat: Átlagos várakozási idők a 2013. áprilisában elérhető adatok alapján¹² (forrás: OEP)

Beavatkozás	Legrövidebb	Leghosszabb	Várakozók száma
Szürkehályog-műtét	2 nap (Berettyóújfalú)	3,3 év (Szombathely)	26 953
Csipőprotézis-műtét	10 nap (Cegléd)	3,7 év (Szombathely)	10 267
Térdprotézis-műtét	49 nap (Vác)	5,3 év (Szombathely)	10 092
Diagnosztikus katéterezés	5 nap (Bp., Bajcsy-Zs.)	108 nap (Zalaegerszeg)	4280
Sérvműtétek implantátummal	0 nap (Győr)	1,7 év (Székesfehérvár)	2433

különbségek kerültek kiemelésre. 2007 utolsó három hónapjában gerincstabilizáló műtetre a Budai Egészségközpontban hat évet, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórházában öt napot kellett várni. Ugyanakkor a várólisták hossza (pontosabban a várakozási idő) nem tért elé az Európában megszokottnak mondható, elfogadható értékektől, például a csípő- és térdprotézis-műtétek felét 120 napon belül végezték el.⁹

A várólistákon helyet foglaló betegek számát tekintve 2008 és 2013 között drámai az emelkedés. Míg 2008 májusában összesen 20 ezren voltak várólistán¹⁰, addig ez a szám 2013 áprilisában 72 231, és csak szürkehályog-műtetre többen várnak (29 ezren), mint 2008-ban az összes várólista alapján nyújtott ellátásra. A térdprotézis-beültetés várakozási ideje regionális átlagban Nyugat-Dunántúlon 1054 nap, míg Észak-Kelet-Magyarországon 289 nap¹¹, azaz a jelentős különbségek is megmaradtak az új, centralizált országos és térségi ellátásszervezés elindítása ellenére.

A 3. táblázat bemutatja néhány várólistás ellátás markáns várakozási adatait.

Az utóbbi öt év tendenciáiból, a nehezen megszerezhető és kétséges megbízhatóságú adatok felhasználásával a következőket lehet megállapítani, illetve valószínűsíteni:

1. Jelentősen nőtt a várólistákon helyet foglalók száma.
2. Változóan alakult az átlagos várakozási idő. Ebben a tekintetben a szolgáltatott adatok minden bizonnyal jelentős mértékben hibásak.
3. Nem sikerült az intézmények közötti egyenlőtlenségeket csökkenteni.

Feladatok

A várólista, mint az ellátási igények és az ellátó kapacitások világos összevetésének eszköze tehát nagyon fontos lehetőség az egészségpolitika és az intézménymenedzsmentek kezében. Végezetül, a fentiekből levonható következtetésként a közeljövő javasolható tennivalóit a következőképpen lehet összegezni:

1. várólisták hosszának fenntartható csökkentése
 - Egyszeri forrásinjekció a felduzzadt várólisták redukálása érdekében, ami összecseng az egészségügyi kormányzat hangoztatott elképzeléseivel. Nagyon fontos, hogy korrekt elemzés előzze meg a forrásallokációt, hogy a valóban szükséges pontokon történjen meg a beavatkozás. Legalább ennyire fontos az elemzés alapján intézkedéseket tenni a várólisták ismételt felduzzadásának meg-

előzése érdekében. Ez intézményi és egészségpolitikai léptékű feladatokat egyaránt jelent.

2. Egységes, vállalható várakozási idők meghatározása
 - Térségeken belüli és azok közötti egyenlőtlenségek csökkentése
 - Garancia az időben történő ellátásra – nem utolsó sorban az Európai Unión belül egyre inkább átjárható határokon tekintettel, a magyar egészségügyi rendszer és az egészségbiztosítási források védelme érdekében, hogy a magyar biztosítottoknak lehetőleg a hazai rendszeren belül tudjunk megfelelő időben ellátást nyújtani.
3. A várólisták vezetésének, jelentésének és nyilvántartásának fejlesztése
 - A láthatóan hibáktól, hiányosságoktól és valótlan adattartalomtól hemzsegő várólisták megtisztítása, a szabályozás egységes érvényesítése az érintett intézményeknél valós és összevethető adatok előállítása érdekében.

Hivatkozások

1. *forum.hwsz.hu*, 2004
2. *zalamedia.hu*, 2005
3. *Health Consumer Index 2008 – report.*
<http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>
4. *Az új jogszabályok 2006-ban születtek, 2007-ben léptek hatályba.*
5. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
6. 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
7. 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól, 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről, 46/2006. (XII. 27.) EüM rendelet a várólista adatainak honlapon történő közzétételére vonatkozó szabályairól
8. MTI – Index, 2008. január 22. <http://index.hu/belfold/varolist6827/>
9. *www.eszakkonline.hu*
10. OEP adatok, *www.oep.hu*, 2013. május 30.
11. *www.metropol.hu*, 2013. április 16.

Az előadó ügyvéd, egészségügyi jogász

Az új innovatív terápiákhoz való hozzájárulás – a finanszírozó szemszögéből

Előadásomban néhány gondolatot szeretnék megosztani arról, hogy mi hogyan látjuk a terápiákhoz való hozzájárulást Magyarországon. Nagyon sok vita zajlik arról, hogy mennyire nem nemzetközi színvonalú a gyógyszeres ellátásunk. Megjelenik olyan szélsőség is, amikor bizonyos cégek meg tudják mutatni már a kérelmek beadása során, hogy mindenhol finanszírozott egy adott terápia, Magyarországot kivéve. Ezzel szemben mi a napi gyakorlatban azt látjuk, azért a legtöbb terápia már elérhető Magyarországon, és a betegek hozzájuthatnak a legkorszerűbb terápiákhoz. Kérdés hogy rendben van-e ez, hogy ezeknek a hatékonysága megfelelően tud-e bemutatkozni. Vagyis el tudjuk-e mondani a gazdaságpolitikának, hogy a befogadott terápiáknak van értelme, azok hatékonyak és valóban hoznak eredményeket?

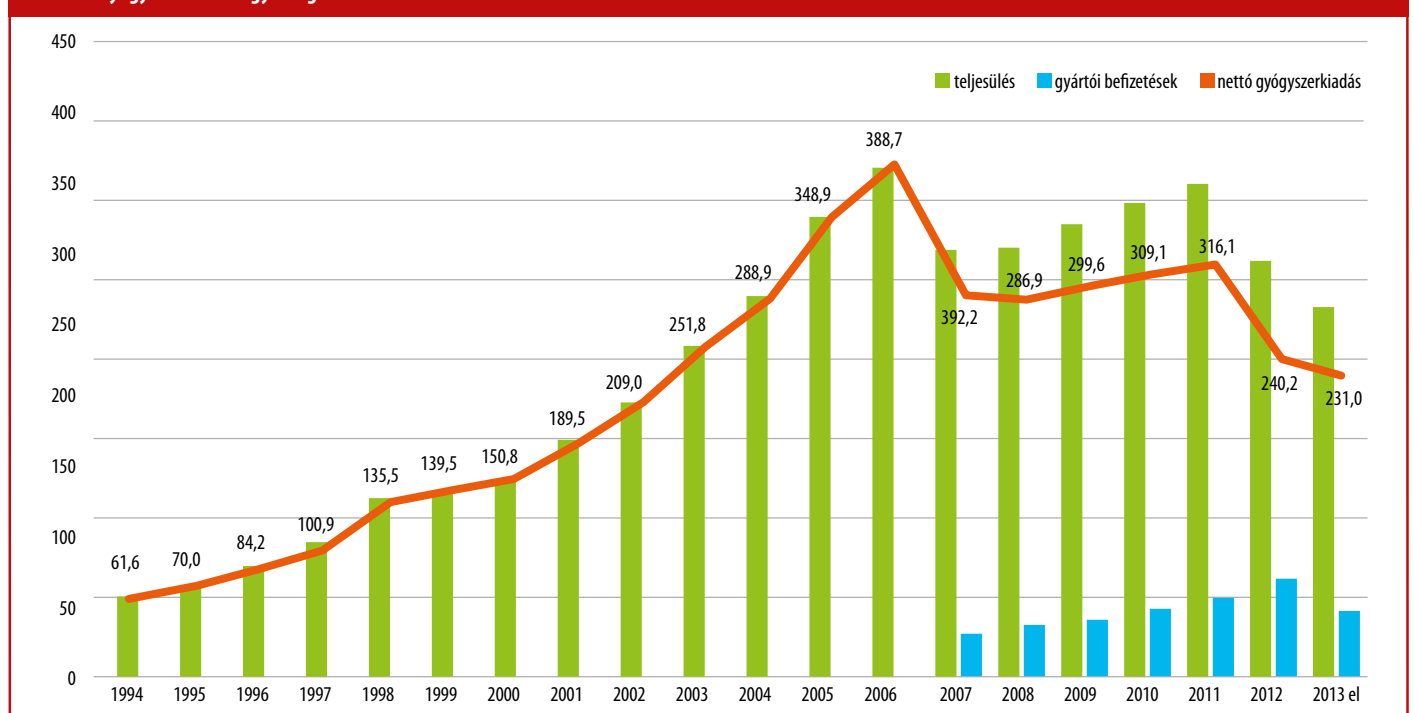
■ Bidló Judit

Gyógyszerkassza

Banai Péter helyettes államtitkár úr eléggé részletesen beszélt a makrogazdasági környezetről, én csak az idei költségvetési törvényben lévő fő számadatot szeretném megemlíteni. Ahogy Banai úr az utolsó kérdésre adott válaszában elmondta, nagyon sokszor érdemes lenne át-gondolni, hogy honnan lehetne az egészségügyre át-csoportosítani pénzt, mert mindannyian tisztában vagyunk

azzal, hogy GDP-arányosan, egy főre esően, mindenhogyan nagyon keveset költünk az egészségügyre. Csak az a kérdés, hogy honnan lehetne több pénzt szerezni? Az állam-adósság finanszírozásából nem biztos, hogy egyértelműen lehetséges a transzfer. Gyakorlatilag ez az egyetlen szám, amely nemzetközi összehasonlításban GDP-arányosan magasabb, mint például az EU többi országában. Erről most nem is szeretnék többet beszélni, hiszen a költségvetést is ismeri mindenki.

1. ábra: Gyógyszerkassza egyenlege



A gyógyszerkassza egyenlegét nyilván egy kicsit érdekesebb vizsgálni. Ezen a területen elég jelentős törésvonalak láthatóak a gyógyszertámogatás finanszírozásában. 2006-ig gyakorlatilag semmilyen olyan intézkedés nem valósult meg, ami a gyógyszertámogatást érdemben korlátozta volna. Ekkor jött a Molnár Lajos-féle csomag, ami aztán elég jelentős pénzüsszeget kivett a gyógyszerkasszából. Megjelentek a gyógyszergyártói befizetések, amelyek dinamikusan növekedve tudják, tudták fenntarthatóvá tenni a gyógyszertámogatás finanszírozását, azért, hogy egyáltalán beszélhessünk arról, hogy továbbra is vannak új gyógyszerbefogadások és elérhető terápiák.

2006-ig a gyógyszertámogatás ebből a szempontból kiemelt helyzetben volt, mivel ott a lakosság közvetlen érzékeli a támogatást, ezért egy kormányzat sem merete azt megtenni, amit egyébként abban az időben a környező országokban is végrehajtottak: ha elfogyott a gyógyszerkassza, megszűnt a finanszírozás, vagy a patikának nem fizettek, vagy a betegek csak teljes áron juthattak gyógyszerkészítményhez. Ezt Magyarországon nyilvánvalóan senki sem merete felvállalni. Volt

2. ábra: A finanszírozott gyógyszerek toplistája

Termék	2006 TB-támogatás (Ft)
PLAVIX	6 600 087 900
COVEREX	5 937 201 658
RISPERDAL	5 767 585 388
TRITACE	5 740 205 363
NEORECORMON	5 721 235 660
BETALOC	4 857 646 039
ZYPREXA	4 405 064 206
CO-RENITEC	4 256 756 724
CONTROLOC	4 060 132 233
SORTIS	3 953 362 430
HUMULIN	3 737 907 628
NORMODIPIN	3 653 643 651
SERETIDE	3 497 321 225
NEXIUM	3 329 725 941
FOSAMAX	3 169 971 610
QUAMATEL	3 154 086 591
SYMBICORT	3 093 627 527
ADEXOR	3 088 125 815
RENITEC	2 958 762 366
LESCOL	2 811 418 264
Termék	2011 TB-támogatás (Ft)
REMICADE	6 950 066 586
HUMIRA	6 195 739 785
SPIRIVA	5 751 439 895
GLIVEC	5 552 037 626
NEULASTA	5 506 811 776
CLEXANE	5 260 272 693
RISPERDAL	5 225 234 064
SYMBICORT	4 918 788 371
MABTHERA	4 800 214 684
ENBREL	4 396 285 688
LANTUS	4 185 221 546
SERETIDE	4 178 204 172
COVEREX	4 172 297 875
HUMULIN	3 388 061 615
KOGENATE	3 099 488 883
LEVEMIR	2 862 304 628
SINGULAIR	2 788 571 785
TRITACE	2 757 617 788
ZYPREXA	2 731 281 630
VELCADE	2 689 697 426



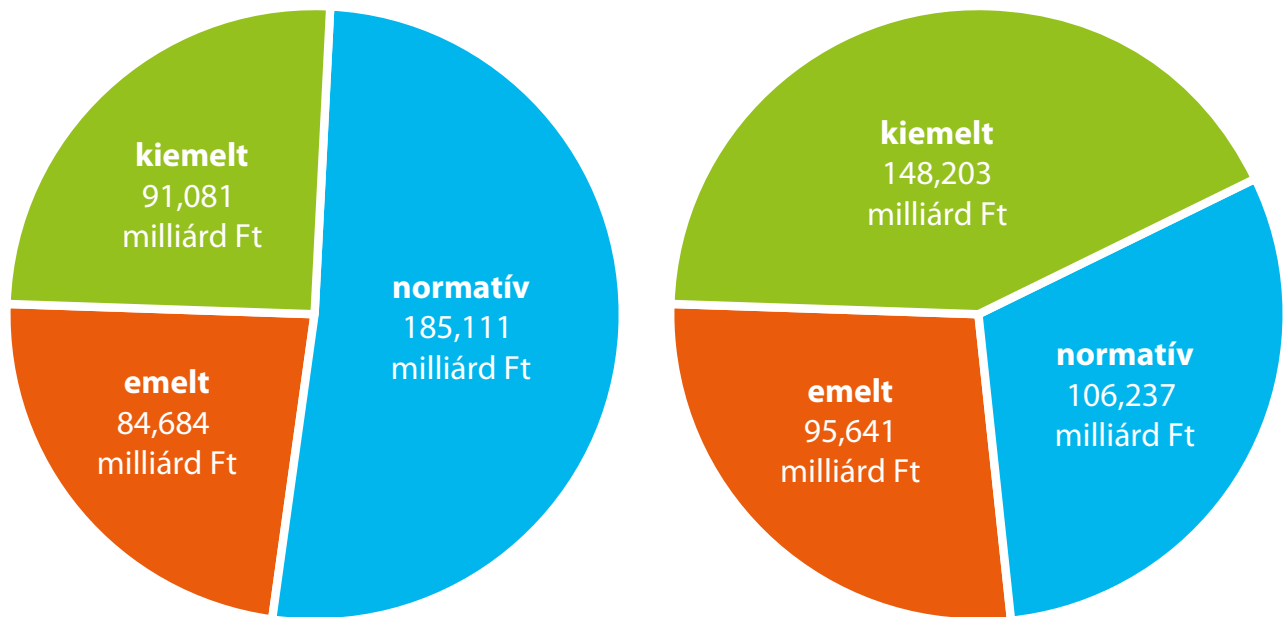
egyfajta kényszerítő erő arra, hogy a gyógyszertámogatás az igényeket mindig kielégítse, szemben a kórházakkal, ahol ezt az orvosokra kenve el lehetett porlasztani. A HBCS-pontérték lefelé normálásával a beteg nem érezte meg közvetlenül, hogy most a finanszírozás lecsökkent, vagy sem. De azt senki nem merete megengedni, hogy a patikába bemelve egy vényre azt mondja a gyógyszerész, hogy teljes árat kell fizetnie a gyógyszerért.

Összetétel változása

2006-ban a járóbeteg-ellátás keretében finanszírozott gyógyszerek toplistájában a Plavix készítmény 6 milliárd forintos TB-támogatás-kiáramlással vezette a toplistát. A toplista első helyein csak szív- és érrendszeri betegségek kezelésére szolgáló készítmények vannak, kivéve a Neorecormont. Ezzel szemben 2001-ben a toplista úgy nézett ki, hogy gyakorlatilag alig volt átfedés a kettő között. Tehát öt év alatt kicserélődött a „gyógyszerkincs”, öt év alatt teljesen lecserélődött a finanszírozás, és általában új terápiás elemek, vonalak kerültek be a gyógyszertámogatásba – és nemcsak bekerültek, hanem meglehetősen nagy részarányt vettek ki a finanszírozásból. Nyilván ennek az egyik oka az, hogy a korábban vezető Plavix készítménynek lejárt a szabadalma, és az így felszabaduló – a generikus program beindítása során közel az egyik legnagyobb árcsökkenést elszenvedő vagy elért készítmény. Ennek a fedezetére – úgy, hogy annak finanszírozási értéke körülbelül a 20%-ára lecsökkent – tudott forrást biztosítani bizonyos új készítmények befogadására. De véleményem szerint elég szembetűnő a két lista közötti különbség, a termékcsaládokra.

Látható, hogy teljesen új terápiák jelentek meg a finanszírozásban, és ezekre megoldást kellett találni. Ez a támogatás technikájában is jól látszik. Míg 2006 során a normatív

3. ábra: A terápia összetétel változása



támogatású termékek (itt azokról a termékekről van szó, ahol nincs semmilyen megkötés, minden orvos, minden törzskönyvezett indikációba az adott támogatás összeggel felírhatja a készítményt) több mint a felét tették ki a teljes támogatás-kiáramlásnak, körülbelül a negyedét tette ki a kiemelt, tehát az 50-70-90%-os támogatás, és körülbelül negyedét a 100%-os támogatás.

Ezzel szemben 2011-re ez az arány eltolódott. Vagyis a normatív támogatás a bevezetett generikus programnak köszönhetően ilyen jelentős változást ért el. A kiemelt támogatás egyértelműen átvette azt a finanszírozást, amit a normatív támogatásból megtakaríthatunk. Azt azért aláhúznám, hogy önmagában a kiemelt támogatás nem egy rossz dolog. Ez nem azt jelenti, hogy ez probléma lenne, mert önmagában az, hogy egy terméknek 100%-os támogatása van vagy kiemelt, nem egy rossz dolog. Sőt az a jövő, hiszen a legtöbb helyen meg kell mondanunk, hogy milyen indikációban finanszírozzuk a terméket, ahol ez a leghatékonyabb.

Azonban azt tudni kell, hogy a terápia eltolódik a drágábbak irányába, egyre inkább ezekre a terápiákra kell megtalálni a finanszírozási lehetőségeket és az új támogatási techni-

kákat. Magyarországon nemzetközi összehasonlításban az egyik legkomplexebb támogatási rendszer él, talán még én magam sem mernék rá vállalkozni, hogy felsoroljam az összes gyógyszer-támogatási kategóriát. A komplexitás azt jelzi, hogy újfajta (reményeink szerint azért kreatív) támogatási technikákat kell bevezetnünk, amelyek megfelelnek mind a gyógyszerek sajátosságainak, mind pedig annak, hogy a betegek hozzáférése ne romoljon, de a támogatásban jelenlévő lehetőségeket kihasználjuk. Megjelentek újfajta finanszírozási technikák, a tételes elszámolás, a közbeszerzés, ezek mind-mind olyan új lehetőségek, melyek biztosítják, hogy a támogatással a gyógyszerek a továbbiakban is hozzáférhetőek legyenek.

Hogyan finanszírozzunk?

Nagyon sok választ kellett találni, nagyon sok új megállapodást kellett kötnünk az elmúlt években azért, hogy azokat a készítményeket, amelyek most már eltolódnak ebbe a nagyságrendbe, azokat is finanszírozni tudjuk. Ha kizárólag a járóbeteg-ellátásban finanszírozott gyógyszerek egyéves

4. ábra: Kockázatmegosztás típusai

Dobozonkénti visszafizetés

- Nemzetközi referenciaárzás miatt
- Komparátor terápia miatt

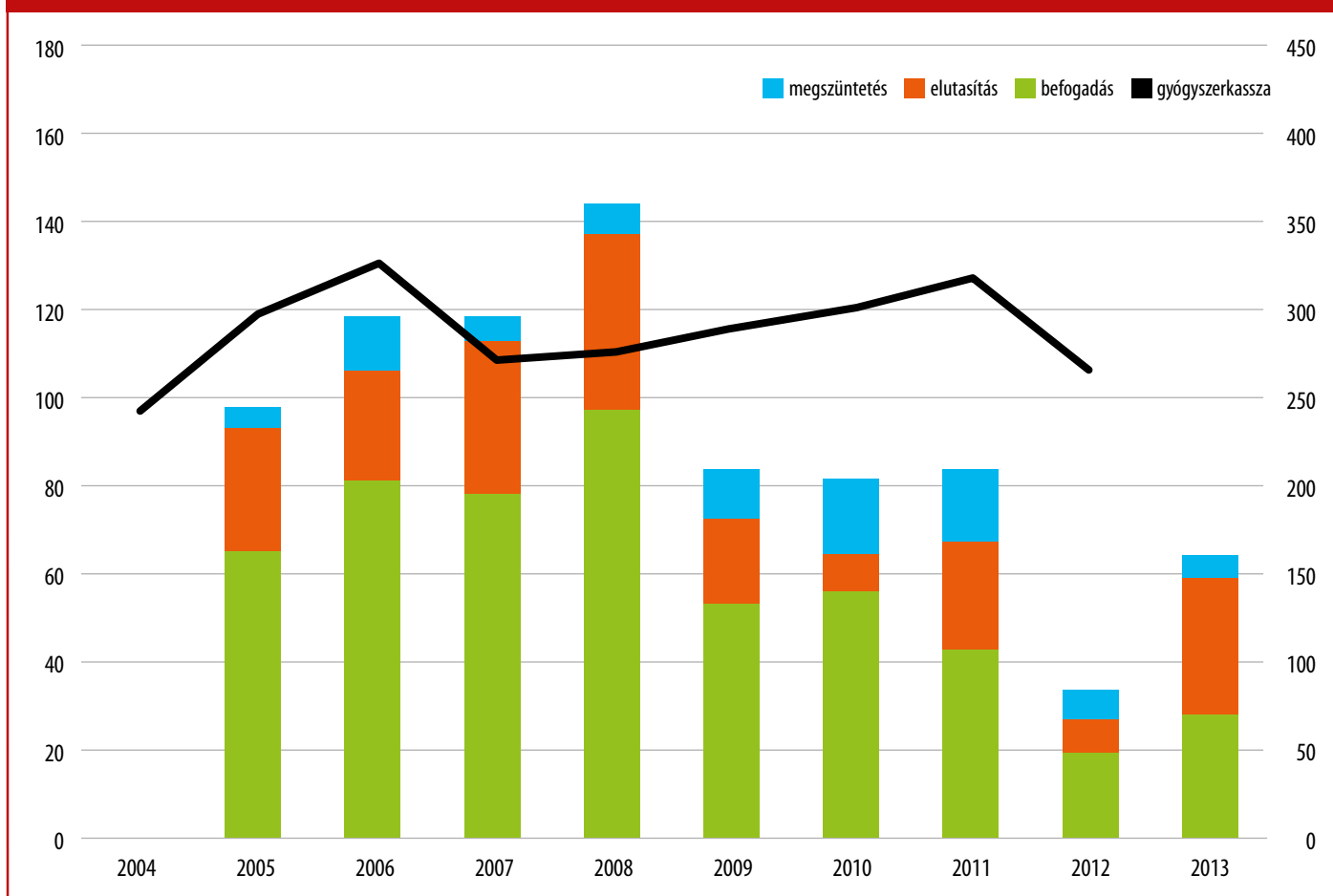
Pénzügyi kockázatmegosztás

- A támogatás-kifizetés összegemaximált
- A határösszeg elérése után a gyártónak visszafizetési kötelezettsége van

Terápiás kockázatmegosztás

- A biztosító csak a hatékony terápiaért fizet
- Betegegyüttműködés is vizsgálható

5. ábra: Befogadási kérelmek



terápiás költségét nézzük, közel 7 és 8 millió forint között vannak évente. Ez a tényleges adatok alapján értendő, az elméleti kezelések még magasabb szinten lehetnének. Ha a TB-támogatást elosztjuk a betegszámmal, akkor ezeket a költségeket kapjuk.

A 4. ábrán világosan látható, hogy újfajta támogatási technikák alakultak ki, ezek elsősorban arról szólnak, hogy a termék finanszírozásának kockázatát hogyan tudjuk megosztani a finanszírozó és jelen esetben a forgalmazó között. Az orvosokat még nem vontuk be, de úgy gondolom, hogy a jövőben ez is megtörténik. Nyilvánvalóan létezik egy teljesen egyszerű, semleges módszer, a dobozonkénti visszafizetés. Ez általában akkor következik be, ha nemzetközi referenciaár miatt árat kellene csökkenteni. Itt utalnék arra is, amikor arról beszélünk, hogy Magyarországon ugyanannyiért kell finanszírozni a gyógyszereket, mint például más nyugat-európai országokban. Ha van Magyarországon megfelelő, alacsonyabb árú komparátor, akkor azért megpróbáljuk megoldani, hogy azt valamilyen módon finanszírozni tudjuk. Erre szolgál például egy dobozonkénti visszafizetés, vagy egy pusztán pénzügyi kockázatmegosztás, amikor a biztosító adott összeget allokál egy készítmény finanszírozására. De e fölötti a támogatási összeg esetén a kockázat elsősorban a gyártónál van. Létezik továbbá egy újabb, most induló terápiás kockázat megosztási metódus.

Úgy gondolom, ez hozzájárult ahhoz, hogy kicsit fenntarthatóbb legyen a finanszírozás. Ennek a legegyszerűbb és jogszabályban is megjelent példája kolorektális daganatok finanszírozása. Mivel itt most szakemberek ülnek, szeretném

külön kiemelni, hogy a palliatív kezelés finanszírozására kérünk ilyen jellegű megállapodást, nem az oki terápia finanszírozására, nem akkor, amikor érdemi eredményt várunk a készítmények használatától, hanem akkor, amikor vannak még betegek, akik még reagálhatnak a kezelésre. Ebben az esetben azt szeretnénk, ha ezt a kockázatot elsősorban a gyártó vállalná, és az OEP csak akkor szállna be a finanszírozásba, ha bizonyított a reakció az adott készítményre, bizonyított lesz, hogy a betegnek valóban hatásos lesz a készítmény. Az egyedi méltányosság keretében már van néhány ilyen készítmény, ami így kerül finanszírozásra. Ez a tényleges gyakorlati tapasztalatokból származik, nem feltétlenül csak a klinikai gyakorlatok alapján.

Itt térnék ki néhány gondolattal arra, hogy az eredményesség nem feltétlenül jut el a való életbe, amint azt a beadványok alapján vártuk. Ez az egyik legnagyobb finanszírozói probléma. Csak úgy tudjuk folytatni a terápiák befogadását, ha ilyen típusú kockázatmegosztással garantálni tudjuk azt, hogy azt az egészség-nyereséget, amit például egy beadványban ígér egy gyártó a való életben is meg fogjuk kapni. Úgy tűnik, hogy ezek nagyon sok esetben nem valósulnak meg. Viszont ezzel valamilyen szinten garantálni tudjuk, hogy a forrásokat hatékonyan használjuk fel. Az új típusú technikák egyik eleme, hogy a járóbeteg-ellátásban is egyre több helyen jelennek meg a bioszimilerek készítmények (GCSF, EPO). Azért tudtuk véghezvinni ezt a rendszert – és nagyon örülök, hogy ez átjött – mert fel tudtuk mérni, hogy milyen volt a készítmények használata. Ez a kulcsa a finanszírozásnak, és itt kapcsolódnék ahhoz, amit a docens

Előadás

úr mondott az előadásában, hogy új készítmények finanszírozása csak regiszterek esetében lehetséges.

Ha tudjuk, hogy hogyan kezelik a betegeket, mi várható tőle, akkor biztosan tudunk rá finanszírozási megoldást találni. Ez is egyfajta elmozdulást jelent a tételes elszámolásban. Ugyanez történt az EPO és a GCSF készítmények esetében is, ahol többéves valós élettapasztalat volt a felhasználásokról, és ezek alapján mertünk belevágni abba, hogy egy újfajta finanszírozási technikát létrehozunk.

Befogadási kérelmek

Az 5. ábra megmutatja, hogyan alakultak a befogadási kérelmek az elmúlt időszakban. 2004. május 1-jén vezettük be Transzparencia Direktívát, az azóta beadott befogadási kérelmeket gyűjtöttük össze. Ezekből készítettem néhány ábrát. Felül az adott évben a gyógyszerkassza kiadásait láthatjuk. Nem feltétlenül egyértelmű az összefüggés, de azért látható, hogy értelemszerűen van valamilyen hatása az új befogadásának a gyógyszerkassza kiadásaira is. A zöld rész mutatja, hogy hány kérelem került abban az évben befogadásra, ezek nem a beadás dátuma, hanem a finanszírozási döntés alapján készültek. 2005-ben közel nyolcvan készítmény befogadása történt meg. Ez nyolcvanféleséget jelent, ez nem hatóanyag. Összesen az eltelt időszakban 2004–2013-ig 1048 normál eljárású kérelem volt, ez 485 készítménycsaládot érintett. Erre ennyi kérelmet adtak be, ezekből ennyi volt az eloszlás (5. ábra).

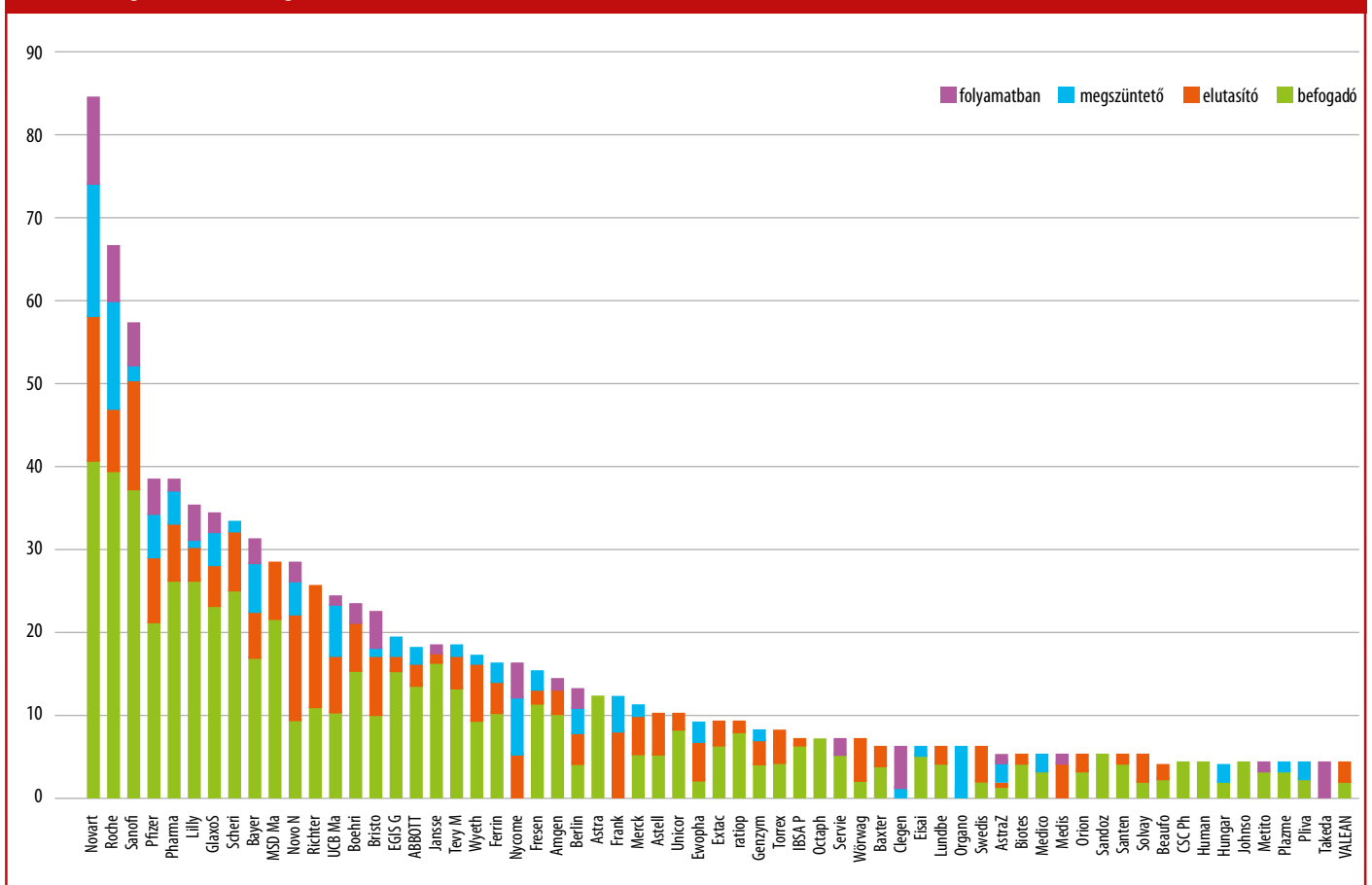
Természetesen előfordulhat, hogy ha egy készítményt mondjuk 2007-ben elutasítottunk, akkor az egy esetleg

módosított beadással befogadásra kerülhetett a következő évben. Jól látható, hogy 2004-ben nagyon felfutottak a készítmények befogadásai, nyilván volt egyfajta elmaradás is, de nem biztos, hogy pont ekkora. Itt először nagyon rutinszerűen történtek a befogadások, aztán később ez kicsit moderáltabb lett. 2012-ben ezt minimálisra csökkentettük. Nyilvánvalóan ez összefüggésben van a Széll Kálmán Tervvel, azzal hogy nem volt lehetőség új terápiák befogadására. Ebbe benne vannak úgy a kórházi, mind a tételes elszámolásba befogadott készítmények, tehát ez nemcsak a járóbeteget-ellátást jelenti. Volt egy ilyen jellegű hatása is az elmúlt éveknek.

De mit is nevezünk innovációnak, mi az, amit feltétlenül támogatnunk kell? A normál eljárású kérelmeknek a fele volt az, ami új készítményre vonatkozott az eljárás időpontjában, az összes többi áremelés, vagy támogatási kategória, vagy még az új indikáció, ami még ide sorolható, hogy ténylegesen valami újat hozott a terápiába, az lehet jelentős. A többi módosított kérelmet jelent, amit normál eljárásban kellett befogadni. Ebben az új készítményben minden benne van. Benne vannak azok is, amelyek érdemi nagy terápiát nem jelentenek, és azok is, amelyek valódi terápiás áttörést jelentettek. Úgy gondolom, hogy május 1-jétől a hepatitis ellenes készítmények hármas kombinációjának finanszírozása is megkezdődött, elmondható, hogy minden valódi terápiás áttörést jelentő készítmény finanszírozására megtaláljuk a módot.

A 6. ábrán látható legaktívabb kérelmezők (Novartis, Roche, Sanofi) megérdemlik hogy megemlítsük őket. Az említett három gyógyszergyár nyújtotta be a legtöbb kérelmet, normál eljárást, egészen jó befogadási aránnyal. Az alsó zöld rész mu-

6. ábra: Befogadási kérelmek cégenként



tatja, hogy hány kérelmet fogadtuk be, a piros az elutasítást jelenti, a világoskék a megszüntetést, visszavonás miatti eljárást jelenti, a sötétkék pedig a jelenleg folyamatban lévő, döntés előtt álló eljárásokat jelzi. Látható, hogy néhány gyógyszer-gyár valóban aktívan dolgozik, sok újdonságot hoz a piacra. Ez persze nem minősíthető, mert lehet, hogy az egyetlen termékes cég is valóban nagy terápiás áttörést jelentő molekulát hozott be.

Végezetül pár gondolat az onkológiáról, hiszen ez a legnagyobb terápiás terület. Talán itt tudjuk a legnehezebben bemutatni a felnőtt onkológiával szemben a gyermek onkológiában, hogy milyen fejlődés is történt, illetve hogy azt az adott pénzt, amit erre fordítunk, mennyire tudjuk hatékonyan felhasználni. Úgy gondolom, hogy nagyon fontos lenne a további hozzáférés biztosításában, hogy ebben legyen valamilyen előrelépés. Az elmúlt időszakban nagyon sok új terápiás lehetőség jelent

meg, ezzel szemben a KSH adatait vizsgálva az onkológiai ok még mindig vezető halálok. Az onkológiai halálozások száma nem csökken, növekvő tendenciát mutat, elsősorban a nőknél, de a férfiaknál is enyhén stagnáló tendenciát láthatunk. Tehát az a nagyon sok pénz így első ránézésre – nem szeretném nagyon naivan azt a következtetést levonni, hogy ez csak ennek köszönhető –, de ennek a helyét még jobban kellene definiálni, hogy tényleg, valóban adekvátan költjük-e el és megfelelően finanszírozzuk a készítményeket. Mindezzel együtt azt gondolom, hogy minden olyan terápiának, ami érdemi áttörést tud hozni a gyógyításban, meg fogjuk találni a helyét a finanszírozásban.

*Az előadó az Országos Egészségbiztosítási Pénztár
főosztályvezetője*

Az új innovatív terápiákhoz való hozzáférés – az egészségügyi közgazdász szemszögéből

Köszönöm a rendezőknek a felkérést, azt a lehetőséget, hogy egészségügyi közgazdászként elmondhatom a véleményem bizonyos kérdésekről. Három témára fogok koncentrálni. Egyik oldalról azt a globális piacot szeretném körbejárni, ami mind a mai napig a gyógyítás leghatékonyabb terápiája, ez pedig nem más, mint a gyógyszer. Lesz egy nagyon rövid kitekintés Magyarországot illetően. Köszönöm Bidló Juditnak azt a felvezető kijelentését, hogy a magyar gyógyszer támogatás komplex. Ezt a későbbiekben még egyéb szóval is szeretném illetni, kommentálni. Megengedek magamnak Magyarországot illetően egy kétéves előrejelzést egészségügyi finanszírozási lehetőséget illetően.

■ Bodrogi József

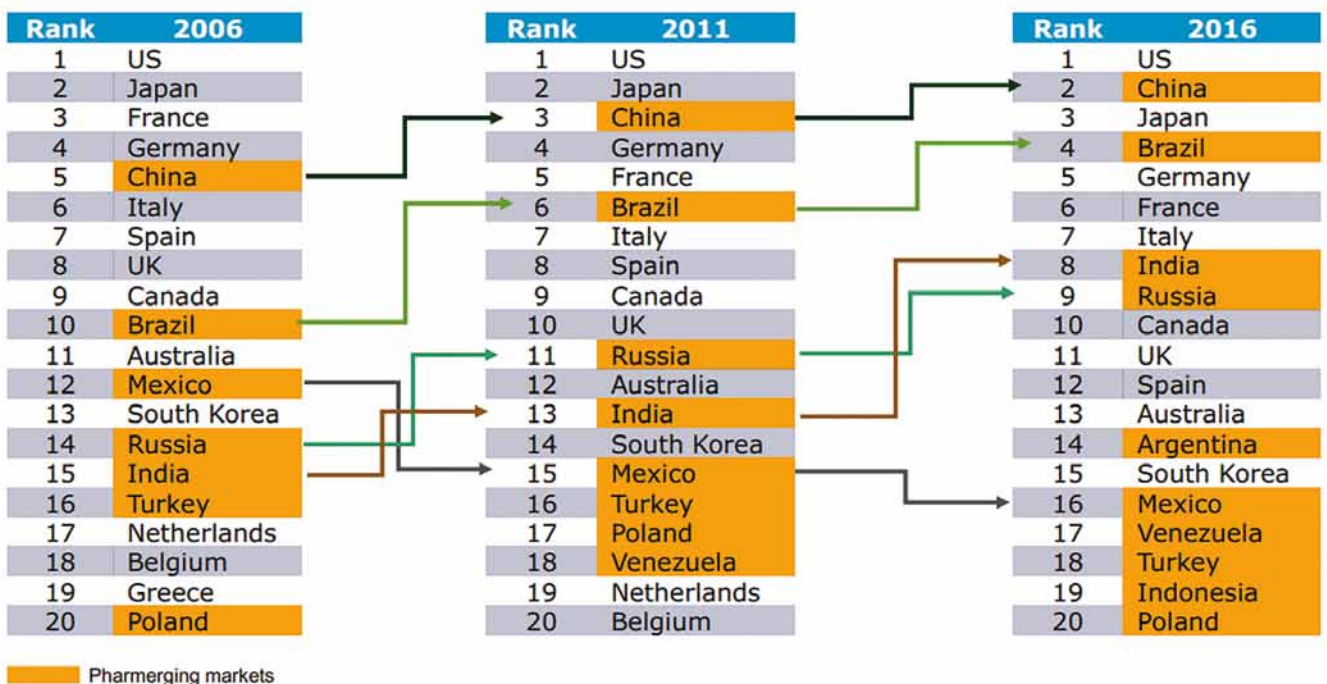
Mivel is foglalkozik az egészségügyi közgazdász?

Tulajdonképpen nagyon „veszélyes figura”, aki nagyon sok pénz elköltését javasolja a döntéshozónak. Legtöbbször olyan összegét, amely nem is áll rendelkezésre. De ha lenne is annyi pénz, akkor az eredmények egészen biztosan sokkal később jelentkeznek. Churchill politikusra és államférfira osztotta a

közpolitikával foglalkozó embereket. Egyik híres definíciója szerint a politikus legfeljebb választási ciklusig, vagy még inkább a közvélemény-kutatásig gondolkodik, az államférfi pedig évtizedekkel foglalkozik.

Az egészségügy ennek kiváló példája. Ha politikusokkal találkozunk és közvetlen javaslataink vannak, akkor bizony nem nagyon örülnek a találkozóznak. Az egy másik kérdés, hogy mi

1. ábra: Gyógyszerpiaci átrendeződés (forrás: IMS Market Prognosis, Apr 2012)



mennyire örülünk a találkozónak, révén hogy a javaslatunk mindig azzal kapcsolatos, hogy pénzt kellene elkölteni különféle célok elérésére. Ugyanakkor a másik közpolitikával foglalkozó halmaz, az államférfi sokkal ritkább „jószág”, ugyanis az államférfiak értik meg, hogy az egészségügy hosszú távú befektetés, amikor annak az eredményei akkor jelentkeznek, amikor jellemzően a politikusok már „amortizálódtak”. Egyébként erre is van példa Európában.

A mai magyar helyzet kísérletiesen hasonlít a 1970-es évek finnországi helyzetére. Ott egy Urho Kekkonen nevű úriember, aki egykor az ország elnöke volt, megértette, hogy van értelme az egészségügybe befektetni. Vagyis az egészségügyi közgazdászoknak nem szabad feladni azt a tevékenységet, hogy meggyőzzék a döntéshozókat.

A globális gyógyszeripar

A világ gyógyszerpiacán körülbelül 1000–1200 milliárd forint forgalom jelentkezik. Ez kicsit több, mint kilenc éves magyar GDP, de ha sörhánnyra fordítom le, akkor 1:2-höz az arány. Ennek a nagyon fontos alrendszernek lényeges közgazdasági indikátora a növekedés, azaz hogy milyen irányba mozog a világ gyógyszeripara. Az elemzők szerint a klasszikus „aranykorszaknak” vége van. A 2000-es évek elején 11–12%-os növekedési ütemmel álltunk szemben, most szolidabb piacnövekedéssel kell szembenéznünk. Függetlenül attól, hogy a kereslet a gyógyszeripar termékei iránt még mindig nagyon intenzív. Ahogy az előbb is említettem, ennél hatékonyabb, közvetlen terápiát nem nagyon tudunk találni, eltekintve a televízió keresztül megvalósítható gyógyítástól.

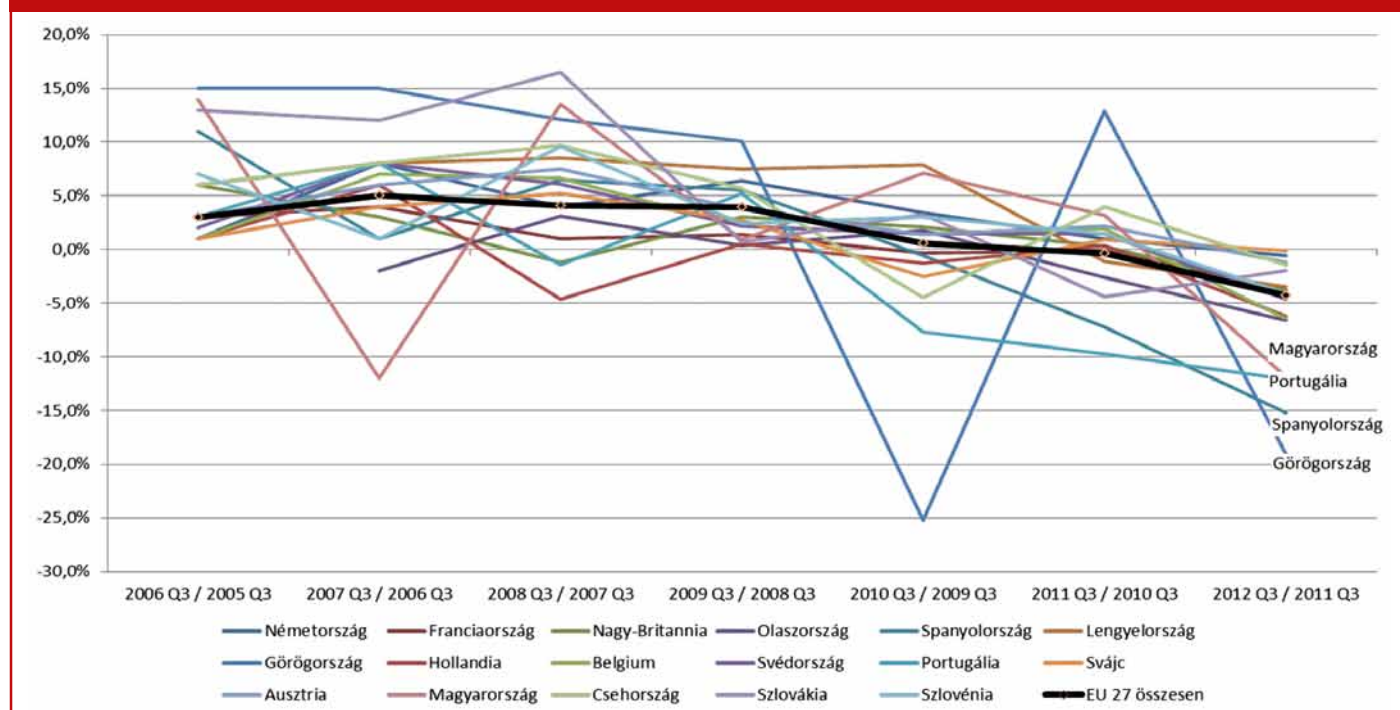
Nagyon valószínű, hogy a kereslet továbbra is intenzív marad, köszönhetően annak, hogy az átlagéletkor a fejlett világban elég dinamikus emelkedik. Jelenleg a Föld lakóinak 8 százaléka 65 év feletti. Tudjuk, hogy ebben a korszakban történik meg a találkozás a gyógyszeres terápiákkal. Az idősekség maga után vonja a gyógyszerfelhasználás struktúráj-



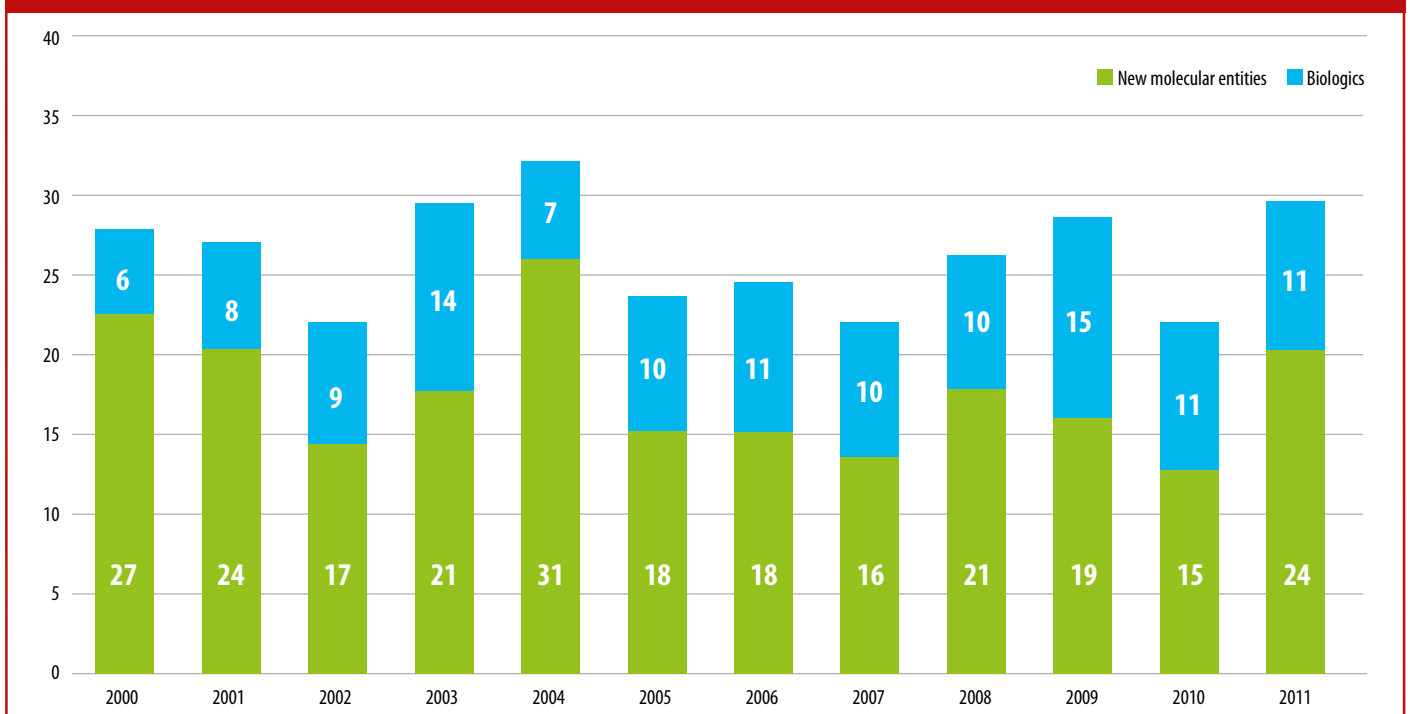
nak felhasználását. Nyilván a krónikus megbetegedések és a központi idegrendszer megbetegedései fogják vinni a prímet. Nagyon komoly, nemcsak közgazdasági, hanem erkölcsi problémák is felvetődnek. A keresletet befolyásolja, legfőképpen korlátozza a fizetőképesség.

Mely országok képesek ezeket a modern terápiákat megfizetni? Ebből a szempontból eléggé lejt a pálya, hiszen a Föld 7,5 milliárdos lakosságából 4–5 milliárdan nem tudják kifizetni ezeket a modern terápiákat. Tehát úgymond „nem játszanak” a gyógyszeripar szempontjából. Ma több formában is elhangzott, hogy rendkívül erős a gyógyszerekkel való találkozás

2. ábra: Gyógyszerpiacok az Európai Unióban, 2006–2012 (forrás: GIRP 2013)



3. ábra: Kutatás-fejlesztés 2000-2011 között (forrás: EvaluatePharma, „World Preview 2018” (June 2012))



makrogazdasági meghatározottsága. Ezt még többször próbálom majd bizonyítani, és Magyarország esetében is teszek majd erre különféle utalásokat.

A világ vezető gyógyszerpiacain komoly átrendeződés figyelhető meg. Az 1. ábrán a top 20-as csoport látható, a 2006-os, 2011-es és a 2016-os év, ami már itt kopogtat az ajtón. Az előrejelzések már nagy biztonsággal mutatják, hogy a BRIC országok (Brazília, Oroszország, Kína és India), a gyorsan növekvő, nagy populációval rendelkező országok meghatározó szerepet fognak betölteni a világ gyógyszerpiacán. Kína itt már a harmadik, csak a kórházi gyógyszerpiaccal. 2016-ra Brazília megelőzi majd Németországot és vannak még olyan országok, melyek lélekszámuknál és gazdasági lehetőségük-nél fogva szerepet játszanak a világ gyógyszerpiacain. Jól látható, hogy a mostani klasszikus gyógyszerpiacok szerepe valamelyest leértékelődik. A mostani klasszikus gyógyszerpiac meghatározó országa az Amerikai Egyesült Államok, a szerepe, növekedési potenciája csökkenni fog. Ennek magyarázó tényezője az az Obama-program, amit az elmúlt évben fogadtak el, és ami 35 milliárd ember bevonását vonja maga után és nyilván nagyon komoly 1000 milliárdos investíciót igényel az egészségügy szempontjából. Bizton állítható, hogy az Amerikai Egyesült Államokban nem a leginnovatívabb terápiákat fogják napi rutinszerűen használni.

Az európai gyógyszerpiac meghatározó öt nagy országában szinten maradásra lehet számítani. Ez összefüggésben van azzal, hogy a gazdasági növekedési lehetőségek a keresleti tényezők ellenére eléggé szigorúan megfognak határozni. Japánál egy kis növekedés látunk, a Földnek az a régiója, amely komoly gazdasági növekedést produkál, valószínűleg az lesz az epicentrum a világ gyógyszerpiacán.

Ahogy látható, az előbb említett BRIC országok esetében igen gyors növekedésre lehet számítani. Ennek két következménye van a világ gyógyszerpiacát illetően. Egyik oldalon az, hogy az értékesítési kapacitások ezekre a területekre koncentrálnak, a másik oldalon pedig az áll, hogy a termelő-

kapacitás igen jelentős részét elvitték a piaci közelség miatt. Ugyanakkor az előbb említett tényezők ellenére egy érdekes jelenségre is felhívnam a figyelmüket. Nevezetesen arra, hogy ezekben a BRIC országban a magánfinanszírozások hányada rendkívül magas. Indiában ez az érték 70% fölött van. Tehát a növekvő gyógyszerkiadásnak valószínűleg az első számú magyarázója az, hogy az emberek ki tudják fizetni ezeket a pénzeket.

Az európai gyógyszerpiac

Mi történt Európában 2006 és 2012 között a gyógyszerpiacon? Ezt mutatja a 2. ábrán a fekete vonal. Mint látható, csökkenés történt. Alul a makrogazdasági meghatározottság látható. Annál a négy országnál (Magyarország, Portugália, Görögország, Spanyolország), amely az Európai Unióban a legkomolyabb makrogazdasági problémákkal nézett szembe, azoknál volt a legradikálisabb a gyógyszerértékesítés aránya és mennyisége. Spanyolország szerepe különösen fontos, hiszen a nagy gyógyszerpiacok közé tartozik. Tehát nemcsak a világban, Európában is a fizetőképesség, a fizetési lehetőség fontos szereplője a gyógyszeriparnak.

Kritikus kérdés gyógyszeripar szempontjából, hogy milyen terápiák állnak a jövőben rendelkezésre. Itt egy hagyományos gyógyszeripari dilemmával állunk szemben. Nagyon sok terápia területen nincs még megoldás. A klinikus kollégák erre sok-sok példát tudnának mondani, döntően az onkológiai megbetegedéseknél. Többek között a központi idegrendszer megbetegedéseire nincs áttörés-jellegű terápia. Ezeket a célokat sajnos leghatásosabban kockázatos kutatásfejlesztő tevékenységgel lehetne szolgálni. Itt nemcsak a kockázat óriási, hanem a pénzüsszeg is hatalmas. Tanítottuk korábban, hogy egy termék kifejlesztése az egymilliárd dollárt meghaladta, ez ma már inkább a kétmilliárd dollárt közelíti. Tehát, hogy érzékelni lehessen, hogy milyen komoly investíciókról van szó, ezt mindenféleképpen tudni kell. Ugyanakkor a kutatásfejlesztés

eredményessége csökken. Vagyis kettős trend érvényesül, az egyik oldalon folyamatosan nőnek a kutatásfejlesztésre szánt összegek, a másik oldalon pedig az elérhető terápiák száma és összetétele teljes mértékben megváltozott. Jól látható, hogy a hagyományos terápiák és a biológiai technológiák milyen kombinációt képeznek. Erre egy rövid gondolat erejéig még visszatérek.

Ugyanakkor a cégek a kutatásfejlesztés bonyolult folyamatában keresik azt a lehetőséget, ahol a befektetéseik megtérülését el tudják érni. Megfigyelhető, hogy jelen pillanatban körülbelül háromezer termék van abban a szakaszban, hogy esélyük van rá, hogy gyógyszer váljon belőlük. Ezeknek a legnagyobb része Fázis 2-ben van. Körülbelül a felük van ebben a szakaszban. A gyógyszeripar az új környezetben keresi a „kibújási” lehetőségeket, hogy milyen terápiás területeken, milyen molekulákkal tudják elérni azt, hogy gyógyítási célokat szolgáljanak, ugyanakkor a befektetéseik megtérüléseit meg tudják valósítani.

A lehetséges válaszok

Milyen válaszok születnek ennek a rendkívül kockázatos területnek a kérdésére? Országok szintjén teljesen egyértelműen látszik, hogy Európában és az USA-ban is szigorodnak a befogadási körülmények. A költséghatékonysági peremfeltételeket sokkal szigorúbban veszik. Elég komoly a „potyautas”-kérdés, mert ha mindenhol vonakodnak a befogadási folyamattal, akkor ki lesz, aki a befektetőnek az innovációt, a prémiumát megtéríti. Ez egy nagyon komoly regionális probléma. Érdekes tény, hogy az Amerikai Egyesült Államok hajlandó részt vállalni abban a folyamatban, hogy egyéb országok is beszálljanak az innováció finanszírozásába.

Milyen vállalati szintű reakciók következhetnek? Itt aztán végképp vegyes a spektrum. Vannak olyan cégek, melyek a

K+ F kiadásait jelentősen csökkentették. Például egy vezető amerikai vállalat egyharmaddal csökkentette tavaly a kutatásfejlesztési kiadásait. Ugyanez történt egy másik francia gyógyszercéggel is. Ugyanakkor van olyan cég, amely a kutatási kapacitásokat szűkítette jelentős mértékben. Tudunk olyan technológiát, terápiát, kezelési taktikát, amely decentralizálta a kutatási erőforrásait, de megtaláljuk ennek az ellenkezőjét is. Vagyis a vállalati reakciók teljes mértékben kaotikusnak tűnnek.

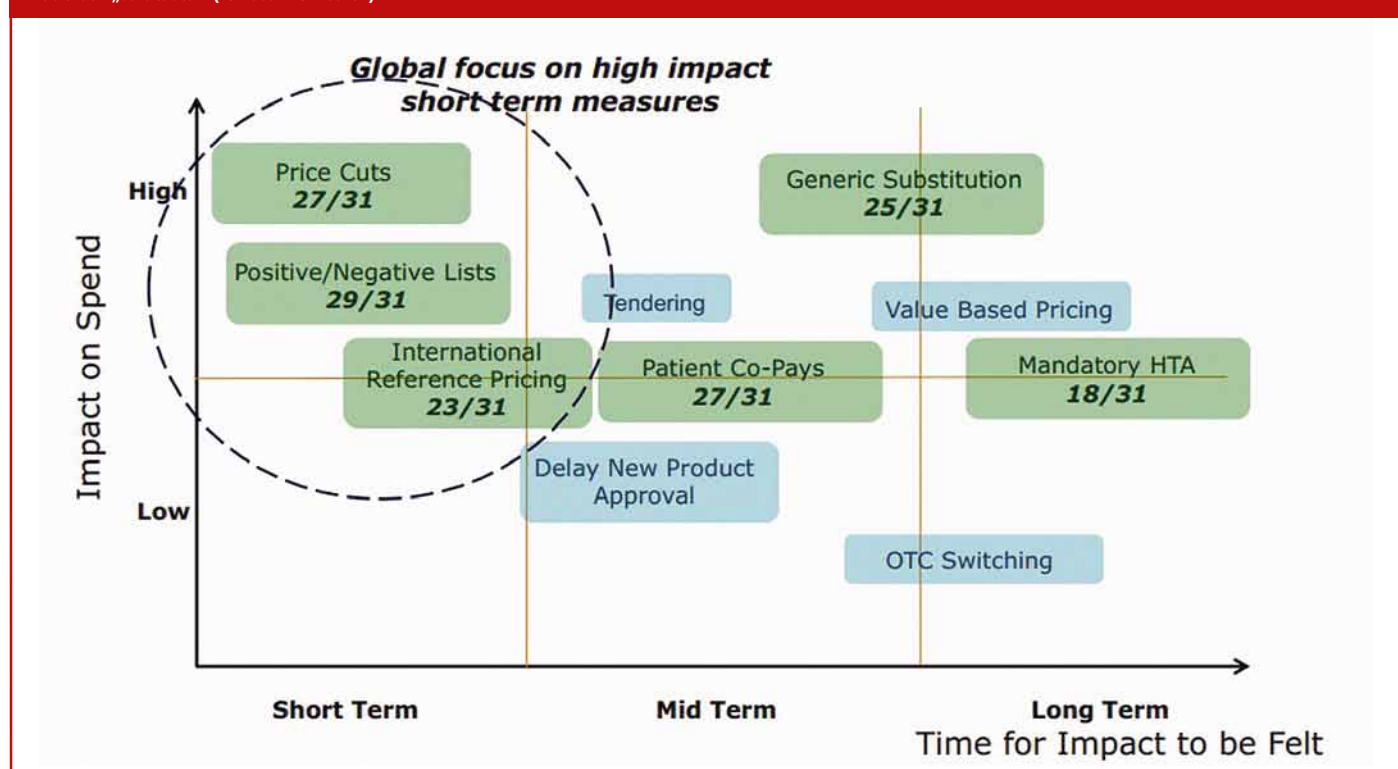
Azonban találtam egy nagyon érdekes ábrát (4. ábra) a „salátástálról”, amely azt mutatja, hogy rövid, közép és hosszú távon alacsony és magas hatékonyság mellett milyen technikák vannak a gyógyszerkiadások növekedési ütemének visszafofására. Örömmel állapítottam meg, hogy mind a hatékony, mind a kevésbé hatékony rövid-, és középtávú terápiák közül az OEP már igen sokat megtalált. Ugyanakkor jelezném, hogy még van mozgástér, amivel a közkassa szempontjából lehet technikákat alkalmazni.

Milyen egyéb folyamatok befolyásolják a gyógyszeripar működését?

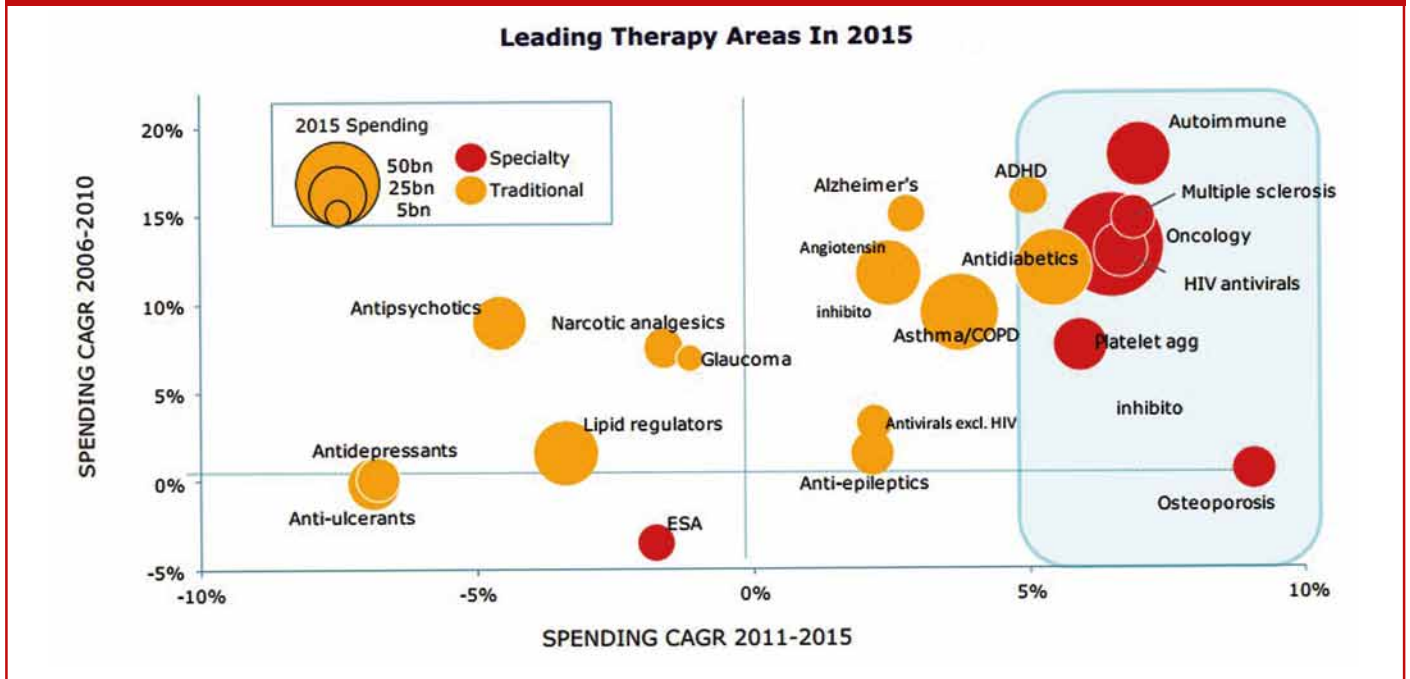
Az elmúlt két évben hihetetlen mennyiségű szabadalom járt le, ezeknek a forgalmi értéke 60 milliárd volt. Ezek közül az egyik 2011-ben éppen a gyógyszeripar történetének egyik legsikeresebb terméke volt, 12 milliárdos forgalommal. Az adott cégek vezetőinek elég komoly fejfájást okoz, hogy miként tudják ezeket a kieső bevételeket kompenzálni. Elég jól látható, hogy a világ gyógyszeriparának nemcsak növekedési és fejlesztési okok miatt, a blockbuster korszaknak mindenféleképpen vége van.

A világ gyógyszeriparában az elmúlt tizenöt évben az volt a jellemző folyamat, uralkodó mainstream megoldás, hogy legyünk nagyobbak, vásároljunk minél többet, minél nagyobb legyen a piaci részesedésünk. Ez valószínű-

4. ábra: A „salátástál” (forrás: IMS Health)



5. ábra: Vezető terápiás területek (forrás: IMS Institute for Healthcare Informatics)



leg már nem fog tovább működni. Halkan megjegyezném, hogy a legnagyobb értékű akvizíció a magyar GDP-nek a kétharmadát, háromnegyedét tette ki. Vagyis óriási pénzekekről van szó. Ezáltal a cégek szempontjából óriási kockázatot jelentettek a további akvizíciók. Úgy látszik, az elmúlt 3-4 év folyamatait vizsgálva, hogy a gyógyszeripari cégek másféle taktikát választottak. Elsősorban nem a bevételeikre fókuszálnak, hanem a költségeiket szeretnék valamilyen módon optimalizálni. Ennek az egyik fő technikája a klaszteresítés, tehát rengeteg funkciót (pénzügyi, HR, marketing) regionalizálnak. Úgy tűnik, a gyógyszeripar az előbb említett folyamatokra ezt a reakciót találta ki.

Korábban elhangzott, hogy a gyógyszerbiztonság, gyógyszerhamisítás rendkívül komoly tényezővé vált. Örömmel tapasztaltam, hogy Magyarország a gyógyszerhamisítást kiemelten kezeli. Ez elsődlegesen hatósági szabályozó szempont, egészen biztosan további szigorítások várhatók, amelyek nem biztos, hogy a gyógyszeripari célokkal is találkoznak. Itt szeretném megjegyezni, hogy tavaly az FDA elég komoly figyelmetetést bocsájtott ki, 19 onkológiai centrumba hamis gyógyszer került be. Tehát rendkívül komoly problémával állunk szemben. A gyógyszeriparnak és a szabályozó hatósági szervezeteknek fel kell készülniük erre a komoly problémára.

Az 5. ábra egy amerikai publikációból származik és azt mutatja, hogy a biológiai terápiák után jönnek a bioszimilerek. Egészen biztosan átalakul a terápiás területek struktúrája. Valószínűleg a központi idegrendszeri, onkológiai autoimmun megbetegedések lesznek a driverek a gyógyszerpiacon. Az Amerikai Egyesült Államokban 2007-ben azt gondolták, hogy mintegy 16 milliárdos megtakarítást tudnak realizálni azon keresztül, ha a bioszimilereket bevonják a rendszerbe. Ebből 600 milliárd dollár realizálódott.

...és itthon?

Végül, kapcsolódva Bidló Judit előadásához, arról beszélnek, hogy komplex-e a magyar gyógyszer-támogatási rendszer. Úgy vélem, a hazai gyógyszer-támogatási rendszer rendkívül bonyolult. Magyarországon Európa egyik legbonyolultabb rendszere működik. Előbb-utóbb ezt a rendszert revízió alá kell vonni. El kell végezni a rendszer egyfajta ésszerűsítését. Azt gondolom, hogy az állami szervek, akadémiai szektor és az ipari szereplők részvételével ezt a munkát minél gyorsabban el kellene kezdeni. Ugyanakkor az is látható rövid távon, hogy a budget impact húzó, meghatározó tényező lesz a befogadások környékén, a cégek szempontjából kritikus területen.

Ha az egészségügy egészére kellene valamilyen egy-két éves előrejelzést adni, kritikus témáról beszélünk. A teremben ugyanis sokan ülnek, akik jelezték, hogy a makrogazdasági egyensúly oltárán az egészségügy elég „vastagon” áldozott. Ennek kapcsán elhangzik az az ötlet, hogy tegyenek be pénzt az egészségügybe. Ennek azonban elég komoly korlátai vannak. Az egyik az, hogy nem nagyon van pénz. Két helyről lehetne forrás, például onnan, ha lenne növekedés. Az egészségügyi programok újraértékelése, újrapozicionálása akkor lehet opció, ha a magyar gazdaságnak 3%-os gazdasági növekedése lesz. Jelen pillanatban 1%, tünhet reálisnak rövid távon. Ebből számomra az következik, hogy az egészségügyi szereplőknek meg kell érteniük, hogy az elkövetkező két évben az a legreálisabb scenárió, hogy az egészségügyi kiadások nominális szinten maradnak, és ez, véleményem szerint, a gyógyszerkasszára is igaz.

Az előadó egészségügyi közgazdász

Hozzáférés a pszichiátriai ellátáshoz az OPNI bezárása után

2006-ig az OPNI elnevezését valószínűleg meg kellett volna magyarázni, 2006 után azonban fogalom lett, amikor is az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet bezárták. A „negatív reklám” megtette hatását. Több film illetve tanulmány is készült az ügyben. Ebből a két legfontosabbat használtam fel. Ezeket nem pszichiáterek készítették. Az elsőt Bondár Éva szociológus készítette, akit még az MSZP-kormány kérte fel, hogy vizsgálja meg az OPNI bezárásainak következményeit. Ő ezen tanulmányt 2010 májusában, a kormányváltáskor tette le az asztalra. Az anyag nem volt publikus, de belső felhasználásra bármikor elérhető, nem titkosított. A másik az Állami Számvevőszék jelentése, amit 2012 júliusában tettek közzé.

■ Dr. Németh Attila

Mi is történt?

2007-ben nemcsak az OPNI-t zárták be, hanem országosan a pszichiátriai aktív ágyakat 22%-kal, továbbá a járóbeteg-ellátás finanszírozását is jelentősen csökkentették. Nálunk a fix finanszírozást 50%-kal csökkentették. Azaz egy egyébként sem igazán működő rendszert minden szinten „megvagták”.

Igaz, hogy tettek hozzá rehabilitációt, meg krónikus ágyakat is, de összességében mégiscsak csökkentek az ágyszámok. Talán túl sok az ágy? Az európai uniós rangsorában alulról a harmadik helyen állunk. Ha emellett, az ígéretnek megfelelően az egyéb szolgáltatásokat, a járóbeteg- vagy krónikus ellátást tényleg megoldották volna, akkor ez nem lett volna olyan nagy „érvágás”.

Az OPNI bezárása azonban nemcsak az ágyszámcsökkenésről szól, hanem arról is, hogy bezártak egy olyan intézményt, ahol nagy kutatási potenciál és rendkívül jó oktatás volt, nem is beszélve arról, hogy mégiscsak egy országos intézeti feladatokat ellátó módszertani központról van szó.

Az ágyszámok csökkentésénél azzal érveltek, hogy területi ellátási egyenlőtlenségeket fognak kiegyenlíteni. Látható volt, hogy szinte „fűnyíró elven” csökkentettek mindenhol, és ahol eddig kevés volt, ott még kevesebb lett. Vagyis ez nem vált be.

Nézzük meg, hogy mi történt a betegellátásnál az Állami Számvevőszék grafikonjai alapján. A nagyon súlyos pszichiátriai betegségekben, skizofréniában 2007-ben csökkent a ráfordított kiadás, azaz néhány beteg „el is veszett”, akik nem váltottak ki gyógyszert. Az OEP kimutatása szerint ez mindösszesen 86 skizofrén beteg elvesztését jelentette. Magyarországon körülbelül 40 ezer skizofrén beteg él, akik kezelés alatt álltak. Ám a csökkenés után az adatok ismét emelkedtek. Miért? Mert ha egy skizofrén beteg nem szedi a felírt gyógyszert, az előbb-utóbb visszaesik. Azaz visszakerül a rendszerbe, vagyis az OPNI bezárása, az ágyak leépítése után valóban a betegek



egy része „eltűnt”, vagy nem találta meg a megfelelő helyet, de visszaesett és újra bekerült a rendszerbe.

Mi történt a depressziósokkal? Egyre kevesebbet és kevesebbet kezeltek, kezeltünk. Mondhatjuk azt, hogy ez egy nagyon jó hír, ez azt jelenti, hogy kevesebb depressziós van Magyarországon. De sajnos ez nem így van. Mert ezek a betegek nem fértek hozzá az ellátáshoz, szűkült az ellátórendszer. Tehát a legsúlyosabb betegeket akarva, nem akarva az ellátórendszernek el kellett látnia, a kevésbé súlyosak pedig kimaradtak. Nem voltak nevesítve várólisták, csak éppenséggel nem kerültek sorra a rendelésnél.

Előadás

Ugyanez történt a drogproblémával is. Megszüntették Budán a Drogambulanciát, a drogbetegek – ha eljártak – Pestre kellett menniük, ami önmagában nem lett volna nagy baj. Azt állapították meg, hogy a súlyos drogfüggők, a heroinisták, a kokainisták eljutottak, míg a kevésbé súlyosak kiestek a rendszerből, és csak akkor kerültek vissza, amikor ismét súlyosak lettek. Ha ezt nézik a közfinanszírozás szempontjából, akkor a hét indikátor közül öt romlott és kettő javult. Mert nemcsak depressziót és skizofréniát vizsgáltak, hanem azt is, hogy a nappali kórházban ellátott betegek száma is csökkent. Vagyis nemcsak az ágyszám, nemcsak a járóbeteg-ellátás, hanem a nappali kórház finanszírozása is csökkent.

Akkor mi javult? Az egy skizofrén betegre jutó gyógyszer-támogatás csökkent, ez pozitívum. Miért? Mert akkor jöttek be a generikumok, és a nagyon drága második generációs antipszichotikumok ára ugrásszerűen csökkent. Ez véletlen egybeesés. Viszont emelkedtek a közösségi ellátásra fordított kiadások.

A járóbeteg-ellátásban az első fix finanszírozás csökkenése után megroggyant az ellátás. Aztán a 2010-es költségvetésben megadták az előző év csökkentett járóbeteg-finanszírozását, és a gondozók megkapták az első féléves keretet, ami aztán az egész évre vonatkozott, vagyis felére csökkent a büdzsé. Az új kormánynak rögtön azzal kellett kezdenie, hogy odaadja azt a második félévben, amit eleve az elején meg kellett volna adni. Magyarán, a kormányváltás után a további romlást sikerült megelőzni, és nagyjából ott tartunk, hogy még fenntartható a rendszer, de bizony nehezen.

Mi minden romlott?

A humán erőforrás is egyre rosszabb és rosszabb lett. Az érzékelhető, hogy a rezidensek többletfinanszírozása elősegítette a pályán való megtartást. Egy rossz folyamatot ugyanis sokkal nehezebb megállítani, mint megelőzni. Mert a baj nem akkor volt

igazán nagy, amikor már látták az orvosok, hogy nem nagyon van itthon perspektívájuk, a baj akkor kezdődött, amikor német nyelvtanfolyamokat hirdettek negyed-, ötödéves orvostanhallgatóknak, hogy hatodévből már rögtön kimehessenek Németországba. Amikor államvizsgáztattunk, hat orvostól háromnak már megvolt a németországi helye. Ezt a folyamatot kellett megállítani, mert egyetemista korukban a fiatalok már terveznek.

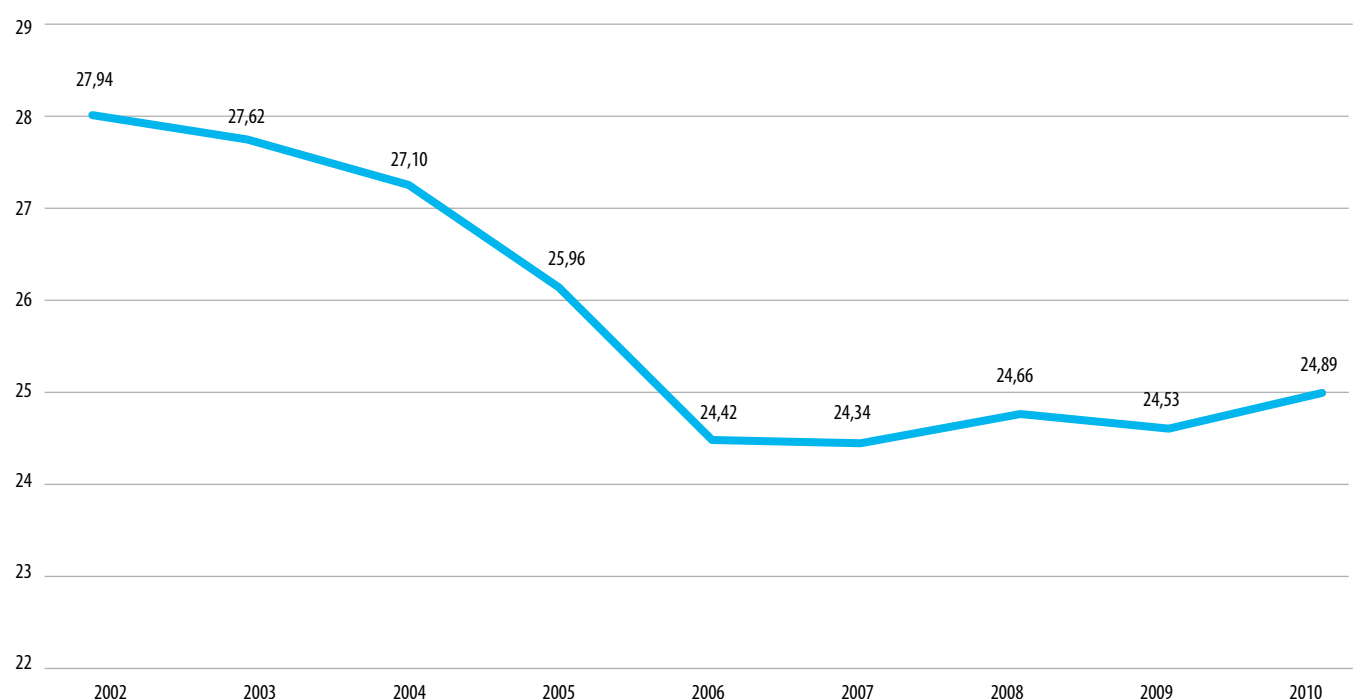
Vizsgáljuk meg, hogy mennyit fordítottak a pszichiátriai betegekre. Tudjuk, hogy nagyon sok szociális probléma is van, tehát kell a szociális támogatás is, azt mondhatjuk hogy 2006-2010-ig standard volt. De gyógyító-megelőző ellátások támogatása csökkent, több mint 10%-kal. A szociális támogatások viszont emelkedtek. Nagyon fontos dolog, ha nem oda adjuk a pénzt, ahol a leghatékonyabban tudjuk felhasználni, akkor az lehetséges, hogy nagyon jó szándékkal kapunk többletforrást, csak éppenséggel nem hozza meg a kívánt eredményt.

Mi legyen az indikátor?

A pszichiátriában nagyon nehéz megfelelő indikátort találni. Azt szoktam mondani, hogy keressünk indikátort, mondjatok valamit, én megmondom, hogy miért nem jó. De nincs igazán jó ötletem, kivéve talán az öngyilkossági arányt. Általában a nem pszichiáterek azt mondják, hogy az öngyilkosság szerelmi bánat, munkanélküliség és sok más ok miatt következik be. Ez azonban az eseteknek a töredéke. Elsősorban a depresszió és a kezeletlen depresszió az ok. A kezeletlen depressziós esetek 15%-a végződik öngyilkossággal, ha kezeljük akkor 3%.

Nem a rendszerváltás hozta meg az öngyilkosságok csökkentését, hanem a pszichiátria fejlődése. 1985-86-ban volt a „csúcs”. 2006-ig az összes befejezett öngyilkosság száma 50%-kal csökkent. Ez a világon a második legjobb eredmény volt. Dánia ért el ennél jobb eredményt. De ez a szám még így is magas. Lekerültünk a dobogó csúcsáról, de ott vagyunk a második, harmadik helyen. (Illetve már voltunk lejjebb is, de most

1. ábra: Szuicid ráta Magyarországon, 2002–2010 (forrás: KSH)



visszakapaszkodtunk a második helyre, ez is összefügg 2007-tel.) Az 1. ábrán látható, hogy a százezer főre jutó öngyilkosságok számra meredeken csökken, 2007-ben stagnál, majd egy lassú emelkedés kezdődik. Tehát a csökkenés megállt, vagyis valami baj van. De nemcsak a befejezett öngyilkosságoknál indult meg rossz tendencia, hanem az öngyilkossági kísérletet elkövetők számában is. Ez is évről évre nő.

Volt, ami javult

Nézzünk meg két nagyon fontos területet, a depressziót és az öngyilkosságot. Antidepresszánsokról a bulvár média mindig negatív dolgokat ír, hogy „eszik az emberek a gyógyszereket” feleslegesen, meg többet ártanak, mint használnak. Egyrészt hadd mondjam el, hogy Magyarországon sokkal kevesebb antidepresszánt írnak fel az orvosok, mint Svédországban vagy Amerikában, a lakosság arányait nézve. Tehát nincs túlgyógyszerezve a magyar lakosság. Az antidepresszánsokat nem kell összekeverni az altatókkal és a nyugtatókkal. Ez két külön kategória. Az antidepresszánsok a depresszióra hatnak, meg néhány szorongásos betegségre jók. Míg 2006-ban 325 ezer beteg váltott ki ilyen gyógyszert, 2010-ben ez bizony 10%-kal, 295 ezer betegre csökkent. Megint mondhatjuk, mintha kevesebb lenne a depresszió, de ez sem Magyarországon, sem a világon nem igaz. Minden betegséget kódolnak, és ezzel a depressziós kóddal megint csak 15–20%-kal kevesebb beteg volt bent a rendszerben. Azaz kiestek a rendszerből. Annak ellenére, hogy a Telefonos Lelki Elsősegély Szolgáltatások most már az ország 100%-os területén lefedettek, és még mobiltelefonon is hívhatók, az öngyilkosságok aránya nem csökkent tovább, megállt, esetleg enyhén emelkedik, annak ellenére, hogy a közösségi ellátásra fordított pénz emelkedett.

Még egy dolog javult. Az alkoholos májbetegségben meghaltak száma csökkent. A májcirrózis (májzsugor) és az alkoholizmus szoros összefüggése miatt ez egy nemzetközi mutató, hogy ez korrelál. Csakhogy ez nem két vagy három évről szól, hanem többről. A boncolások számától kezdve a minőségibb borok ivásáig sok ok közrejátszik, de ez nem függ össze szorosan az egészségügyi reformmal.

Az ÁSZ jelentés tíz indikátorból nyolcat talált romlónak, és ebben elsősorban az öngyilkosságok szerepeltek, a depressziósok. A „forgóajtó-rendszer”, a rossz finanszírozás miatt visszajött, az elbocsájtott betegek hamar visszaestek, mert például túl korán küldték el őket. Még egy szomorú jelzés a pszichiátriában, a nem önkéntes pszichiátriai felvételek száma emelkedett, azaz ha gondozzuk a pszichiátriai betegeket, nem esnek úgy vissza, hogy akarata elleni (rendőrautós) beszállításra legyen szükség. Sajnos ez egy figyelmeztető mutató, hogy a pszichiátriai ellátásunk, a gondozás romlik.

Hogyan tovább?

Miért nem hozta meg a kívánt eredményt a közösségi ellátásba kerülő több pénz? Erre is van válasz. Az ÁSZ azt mondja, hogy a koordináció, munkamegosztás, a célszerű betegirányítás nem átlátható, amit a megkérdezett intézmények véleménye vissza is igazol. Azaz a szociális ágazat kapta meg a pénzt, építette ki a rendszert. Az egészségüggyel nem volt kommunikáció, mert az más tárcához tartozik. Külön, egymással párhuzamosan épültek ki rendszerek, amelyek nem voltak egymással beszélő viszonyban sem. Megjelentek a gondozó főorvosnál, mondván mi vagyunk a szociális gondozók, kérünk beteget, majd gondozzuk őket. Ha ez egy organikus fejlődés lett volna, a gondozókra kihegyezve, hogy ők építsék ki a közösséghez, a családhoz való gondozást, akkor ez megterült volna.

A pszichiátriai ellátásra igaz, hogy gyenge a betegek érdekvédelmi rendszere. Nagyon jól tudjuk, hogy a diabétesz, a kardiovaszkuláris, vagy az onkológiai betegek érdekvédelme sokkal jobb. Ráadásul nemcsak a betegek nem elég hatékonyak, hanem a pszichiáterek sem.

Az ellátás fejlesztésére lehetőséget jelentene a magántőke és a magánpraxisok. A co-paymentet fel lehetne használni – a pszichoterápia jóformán elérhetetlen, vagy alig elérhető, de magánrendelésben igen. Ha a co-payment elem működné, és azt mondaná az OEP, hogy 5000 forintot finanszíroz egy órányi pszichoterápiáért, amiről számlát ad az orvos, akkor az már a beteg és az orvos közötti egyéb megállapodás, hogy az 5000 forint az ellátás teljes díja vagy csak annak fele. Ezzel sokkal átláthatóbbá válna a rendszer.

A jövőkép megalkotásához fontos azonosítanunk a kitörési pontokat. Egyrészt a pszichiátriai gondozókat, a járóbeteg ellátást kell megerősíteni. Átfogó gondozást kell végrehajtani a családtól, a nappali ellátáson keresztül, beleértve a kórházi beutalást is, és az onnan visszakerült beteg figyelemmel kísérését, hogy megakadályozzuk azt, hogy a beteg kiessen a társadalomból és pszichiátriai betegek otthonában kössön ki – ez a legdrágább ellátás.

Másrészt létre kell hozni egy országos intézetet az OPNI helyett, ahol nemcsak a gyógyítás legmagasabb szintjét lehet biztosítani, hanem egy koordináló, szervező modellt is nyújtania kell, ami példát adhat a többi kórházi osztálynak. Ehhez persze szükség van kutatásra és oktatásra is. Örömhír, hogy ez az országos intézet meg is alakul a Nyíró Gyula Kórház területén.

Az előadó a Nyíró Gyula Kórház főigazgató főorvosa

A tüdőgyógyászati ellátáshoz való hozzáférés esélyei

Hallgatván az előző előadásokat, megelégedéssel állapíthatom meg, hogy az egészségügy forrásigényes, nagy elemei között a gyógyszer és a beavatkozások finanszírozása Magyarországon viszonylag jó állapotban van, összehasonlítható az európai standarddal. Valóban, a mindennapi gyakorlat is ezt bizonyítja.

■ Dr. Kovács Gábor

Körülmények

A leginkább forrásigényes elemek között Magyarországon az infrastruktúra, a bérek tekintetében van rendkívül nagy elmaradás. Kiváló egészségügyi közgazdászok ülnek itt, akik pontosan, százalékosan is ki tudják fejezni, hogy milyen elmaradások vannak. Mindezek mellett őszintén meg kell állapítanunk, hogy a pulmonológia területén (de más szakterületeken is) minimális az elmaradásunk a nemzetközi guideline-ok teljesítése mögött. Nem mondom azt, hogy maradéktalan a gyógyszerekhez, illetve a beavatkozásokhoz való hozzájutás, de ez alapvetően nem befolyásolja az egészségügyi ellátás színvonalát. Bár a bérek és az infrastruktúra tekintetében olyan szinten és távolságban lennénk az európai, nálunk fejlettebb országok színvonalától, mint ez a gyógyszerhez való hozzájutás tekintetében van.

A másik nagyon fontos körülmény – és ez sem újdonság –, hogy a hiány és a pazarlás egyszerre van jelen a rendszerben. Annak, hogy a pazarlás jelen van a rendszerben az egyik legfontosabb oka, hogy az utóbbi évtizedekben elharapódzott a kollégák defenzív szemlélete. Ez emberileg teljes mértékben érthető, hiszen az utóbbi mintegy másfél-két évtizedben találkoztak azzal a jelenséggel, ami Magyarországon korábban teljes mértékben szokatlan volt: a média szenzációhajhászásával. Emellett megindult az ügyvédek, jogászok és az általuk „felizgatott” betegek és hozzátartozók rágalomhadjárata, ami miatt teljes joggal képviselnek olyan defenzív szemléletet a kollégák, ami viszont már a pazarlás oldalán jelenik meg.

A harmadik nagyon fontos körülmény, amit ki kell hangsúlyozni, az a lakosság felelőssége a forrásokhoz való hozzájutás tekintetében. Bár korábban itt már szó esett a lakosság egészségtudatosságának növeléséről, nyilvánvalóan ezt nem felnőttkorban kell elkezdni, hanem gyerekként, már az iskolában kell megtanulni. Napjainkban ennek a hátrányait kell az egészségügyi ellátásnak tapasztalnia.

Közismert tény, hogy az élettartam meghosszabodásával, az egészségügyi állapot alakulásában 50%-ban az életmód az, ami felelőssé tehető. Ha a magyarok várható élettartamáról beszélünk, akkor a lakosság életmódját kell „ostoroznunk”. Ha arról beszélünk, hogy milyen a hozzáférés az egészségügyi ell-

átáshoz, akkor azt is figyelembe kell vennünk, hogy milyen a lakosság különböző rétegeinek hozzáférése az egészséges életmódhoz.

Nagyon nehéz csak szeparáltan, az egészségügyi ellátás színvonaláról és az ahhoz való hozzáférés lehetőségeiről beszélnünk, ha nem szólnunk az egészséges életmódhoz való hozzáférésről.

Amikor – konkrétan – a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeiről ejtünk szót, akkor nyilván szakmai szempontokat, amelyek az ellátórendszer felkészültségéből fakadnak, finanszírozási szempontokat, melyek értelemszerűen az ellátás finanszírozásából erednek, és a lakossági szempontokat kell elemeznünk (amely, ahogy az előbb említettem a lakosság hozzáállásából fakad).

Feltételek

A szakmai szempontok között első helyen a szakmai felkészültséget kell említeni, hiszen alapvető kérdés, egy ország egészségügyi ellátottsága szempontjából, hogy azok az orvos, illetve az egészségügy területén dolgozó egyéb diplomás és nem diplomás szakemberek, akik a maguk területén képviselik a szakmai színvonalat, hogyan felelnek meg a nemzetközi elvárásoknak, és értelemszerűen a hazai standardoknak, minimumkövetelményeknek.

Beszélni kell az orvostechnikai feltételekről, amelyek természetesen befolyásolják a hozzáférést, az egészségügyi dolgozók létszámáról, ami manapság Magyarországon kifejezetten érdekes és érzékeny téma. No és a kapacitásokról, a finanszírozásról is szót kell ejteni.

Amikor a finanszírozás szempontjait nézzük (nyilvánvalóan erről itt már bővebben hallhattunk), a rendelkezésre álló pénzről, különböző jogszabályokról, amelyek érintik természetesen a finanszírozást és technikákról, melyek újfent befolyásolják a hozzáférést is. Nemcsak globálisan, akár regionálisan, lokálisan is.

A lakossági szempontokat részletezve megjelenik az a kérdés, nyilván a lakosság szempontjából, hogy van-e egyáltalán olyan ellátás Magyarországon, hogyha nemzetközi guideline-oknak megfelel, akkor Magyarországon biztosítjuk-e azt, hogy

akár Magyarországon, vagy külföldön, de megfelelő finanszírozással ezt az ellátást a lakosság elérhesse.

Nézzük meg, melyek ezek a lakossági szempontok. A földrajzi, a geográfiai, a regionális hozzáférés és a kapacitás. A kapacitások azok, amelyek meghatározzák azt, hogy adott területen egyáltalán a várólisták hogyan alakulhatnak. Aztán ott van a betegedukáció, a szociális helyzet, illetve (amiről kevesebbet szoktunk beszélni, de a mindennapi klinikai gyakorlatban lényeges elem), hogy a különböző kisebbségek körében megjelenő kulturális különbségek hogyan befolyásolják az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést.

Visszatérve a szakmai szempontokra, mivel jómagam a tüdőgyógyászatot képviselem, megpróbálom ezeket a szempontokat a tüdőgyógyászat mindennapi gyakorlatán keresztül esetelni, értékelni.

A szakmai felkészültség nyilván kényes kérdés, különösen amikor az ember a saját szakmájáról beszél. De most egymás között vagyunk, és ezeket a kérdéseket csak őszintén érdemes felvetnünk. A pulmonológia – néhány diagnosztikus területtel és a pszichiátriához csatlakozva az előttem szólóhoz



– hiányszakma. Ez azt jelenti, hogy mintegy harminc százaléknyi szakember, szakorvos hiányzik a rendszerből Magyarországon. Részben ennek is köszönhetően magasabb az átlagéletkor. Nyilvánvalóan több nyugdíjas korú kolléga is dolgozik a pulmonológiai hálózatban. Lehetnek bizonyos egyenlőtlenségek, egyenletlenségek a szakmai felkészültség, a legfrissebb szakmai ismeretek terén. Bár igyekszem diplomatikusan fogalmazni, de tény: előfordulhat olyan, hogy regionálisan ugyanahhoz a legkorszerűbb ellátáshoz való hozzáférési jog nem teljesül bizonyos szakmai információk áramlásának vagy elfogadásának hiányában.

Nézzük meg az orvostechnikai feltételeket. A központi régió és az orvosegyetemek közelsége közismerten jobb hozzáférést biztosít. Nyilvánvalóan itt a képzőképző diagnosztika, vagy adott esetben a sugárkezelések vonatkozásában a centrumok közelsége alapvetően meghatározhatja azt, hogy milyen az ellátáshoz való hozzáférés. Ezt a szituációt lehet nehezményezni, de azt gondolom, hogy ezen nagyon nehéz lesz a közeljövőben változtatnunk. A közlekedési távolságok, az ismerettség, alapvetően a beutalási rendszerek, láncok

hossza a jövőben is befolyásolni fogja ezekhez a korszerű orvostechnikai feltételekhez való hozzájutás lehetőségét.

A személyi feltételek, és itt az egészségügyi dolgozók létszámára gondolok, jelentős problémákat rejtenek magukban. A tüdőgyógyászati hálózat egyenes szakorvosi ellátást biztosít országszerte. A tüdőgyógyászat mind a mai napig nagy vívmánynak tekinti azt, hogy tüdőgyógyászati hálózatban működhet az országban. A hálózatban mintegy 130 helyen a lakosság közelében elérhető szakorvosi ellátás. Az orvoshiány úgy jelentkezik, hogy bár megvannak ezek a különböző szakorvosi ellátó rendelések, már nem heti 4–5 napon keresztül, minden nap érhető el az ellátás, hanem részmunkaidőben, csak két napon keresztül, mert a szomszéd területről jár ki a szakorvos. Ilyen hiányok mutatkoznak már Szabolcs-Szatmár-Bereg-megyében, Somogy, illetve Nógrád, Tolna és Békés megyében. Tehát érzékelhető az hogy ott, ahol csak részmunkaidőben jelenik meg a szakorvos, ott a szakorvosi ellátáshoz való hozzáférés megnehezül. Egyre többször fordul a beteg a háziorvoshoz a panaszaiival. A háziorvos kevésbé küldi el a szakorvoshoz a beteget, tehát a rendszerben megjelenik a hiányállapot.

A kapacitások a tüdőgyógyászat vonatkozásában országszerte elégségesek. De ezeknek a befogadása rugalmatlan, és bizonyos értelemben véve egyenlőtlen elosztáshoz vezet. Azt hiszem, hogy érdemesebb lenne rugalmasabban és rendszeresen egyeztetni a kapacitásokat a különböző szakmai kollégiumi tagozatokkal. Ezekből fakadnak azok, egy élő példát mondva erre, mondjuk a légzőszervi rehabilitáció vonatkozásában, hogy néhány intézetben (Mátraházán, Farkasgyepűn, a Korányi Intézetben, esetleg a Mellkasi Betegségek Szakkórházában, Deszken) koncentráliódik a légzőszervi rehabilitációs ágyak 70–80%-a. Ezeket a kapacitásokat rugalmasabban lehet kezelni. Ebben az értelemben a lakosság számára is jobban lehet kezelni az elérhetőséget.

Problémák

A finanszírozás általános kérdéseket vet fel. Úgy gondolom, hogy ezek nem pulmonológia-specifikusak. Beszéltem a hiány és a pazarlás egyidejű jelenlétéről. Visszatérnék a képzőképző diagnosztikára. Olyan példát szeretnék mondani a tüdőgyógyászati onkológiai területéről, ami kiválóan illusztrálja ezt a pazarlást. A nemzetközi guideline-okat olyan országokban fogalmazták meg, ahol teljesen evidens, hogy kéthavonta a tüdőrákos betegek kemoterápiás kezelésénél előírják a CT-kontrollokat. Magyarországon a magyar guideline alapján mi úgy fogalmaztunk, amennyiben a hagyományos röntgenvizsgálattal követhető az elváltozás – hiszen vannak olyan típusú tüdőrákok, ahol kiválóan lehet követni az elváltozásokat – elégséges az is, ha mellkas röntgenvizsgálatot végeznek, amely 400 forint, szemben a 16 ezer forintos CT vizsgálattal. Az OEP-pel sikerült megfelelő szakmai megegyezést kötni, és a kompromisszumot az egészségbiztosító elfogadta.

A kollégák viszont – mivel természetesen a CT-vizsgálatot nem lehet megtiltani, mert vannak olyan szituációk, amikor erre a vizsgálatra van szükség – ragaszkodnak a CT-vizsgálathoz. Ezt tekintem belső pazarlásnak, amikor a lehetséges olcsóbb beavatkozás helyett a költségesebb beavatkozáshoz ragaszkodnak a kollégák.

A finanszírozási szempontokat tekintve a pulmonológiában a diagnosztikára érdemes bővebben kitérni. Újkeletű

Előadás

probléma, és alapvetően felvet egy általánosabb kérdést, amit úgy gondolom a jövőben, a tanulságokat leszűrve érdemes kezelni. A korszerű molekuláris tüdőrákterápia feltétele az, hogy megfelelő genetikai alapú diagnosztika álljon a rendelkezésünkre. Ezek az új gyógyszerek rendkívül költségesek. Nyilvánvalóan ezek a tüdőrákos betegek esetében forradalmian új lehetőséget jelentenek. A korábbi néhány hónapos túlélés helyett itt már valóban érdemi, néhány éves túlélésről beszélhetünk. Ezeknek a feltételre viszont az, hogy megfelelő diagnosztika legyen a háttérben.

Az elmúlt egy-két évben ez a diagnosztika valamelyest elmaradt, nem volt finanszírozva, ami a legkülönbözőbb zavarokhoz vezetett. Valóban előfordult, hogy különböző magán-diagnosztikai laborok komoly pénzüsszegekért a páciensek zsebére terhelve ajánlották fel a vizsgálatokat. Ebben a tekintetben most készül egy megfelelő megállapodás. Remény van arra, hogy az idei évtől ez a diagnosztika finanszírozottá válik. A jövőben terápiát és diagnosztikát egyidejűleg kell megfelelően finanszírozni.

A lakossági szempontokról még néhány gondolat. A földrajzi hozzáférést a tüdőgondozók biztosítják Magyarországon. A tüdőgyógyászat terén lényegében véve számottevő várólista nem alakult ki, sürgősségi ellátás a területen értelemszerűen nincs. Itt a háziorvosok illetve a tüdőgyógyász szakorvosok közötti jobb, egyenletesebb kapcsolattartás lehet az, ami segíthet.

Mindenképpen beszélnünk kell még a betegedukációról, ami alapvetően befolyásolja azt, hogy milyen a hozzáférés az adott területen. Amikor a lakosság oldaláról beszélünk, meg kell említenünk azt is, ha mondjuk egy bronchitis-es beteg

dohányzik, és ha a lehetősége adott, hogy leszokhasson a dohányzásról, és megkísérli azt, hogy leszokjon e káros szenvedélyről, akkor elfogadható az, hogy ő a megfelelő gyógyszerár-támogatást kapja. De ha meg se kíséri azt, hogy leszokjon a cigarettáról, a közismerten az állapotát a leginkább rontó dohányzásról, vajon meg kell-e tartanunk azt a fajta ártámogatást, amit minden nemdohányzó bronchitis-es beteg is kap. Ez egy olyan kérdés, amit azt hiszem az elkövetkező években mindenképpen szem előtt kell tartanunk. A páciensek, a lakosság felelősségére a jövőben a finanszírozás területén is figyelni kell.

Összegzés

Az ország lakossága különböző régiókban, településeken, különböző közlekedési viszonyok között él. Egyenlőtlenek a képzettségi edukációs szintek, a szociális helyzet, a kulturális körülmények. Azt gondolom, hogy idealizmus azt várni, hogy egyenlőek legyenek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyei. A kérdés inkább az, hogy tolerálhatók-e ezek a különbségek.

Itt hanyarodnék vissza ahhoz, amivel kezdtem, vagyis hogy az egészségesebb életmódhoz való hozzáférésben is van egyenlőtlenség, ami a szociális helyzetből, képzettségéből is fakad, erre kellene sokkal nagyobb erőt és talán forrásokat is fordítani.

Az előadó az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet főigazgató főorvosa

Az orvosok és szakdolgozók elvándorlásának hatása az egészségügyi ellátás színvonalára

Tisztelt Elnök Úr! Kedves Kollégák! Először is szeretném megköszönni Orosz Éva professzorasszonynak a lehetőséget, hogy meghívtak erre a rendezvényre. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnökeként a szakdolgozók oldaláról szeretnék szót ejteni. Szemüveget szeretnék átnyújtani virtuálisan az Önök számára, hogy egy kicsit másképp, a szakdolgozók oldaláról nézzük az egészségügyet.

■ Dr. Balogh Zoltán

Megvizsgálva az egészségügyi ellátás színvonalának meghatározó tényezőit, azt látjuk, hogy nagyon sokféle aspektusból lehetne ezt a kérdéskört körbejárni. Emlékszem még Varga Piroska egyik előadására az 1990-es évek közepéről, amikor minőségbiztosítás, minőségfejlesztés témakörében tartottunk szakmai továbbképző rendezvényeket, konferenciákat. Próbáltuk definiálni, hogy mi a minőség az egészségügyben, és az ápolásban hogyan érezzük ennek a hiányát. Az volt a definíció lényege, hogy a minőséget nem tudjuk definiálni, csak a hiányából tudunk következtetni a nemlétére. Számos tényező határozza meg a színvonalat az egészségügyben. Ezek mentén próbálok néhány helyzetképet felvázolni, helyzetjelentést adni.

Paradigmaváltás

Amikor az elvándorlásról beszélünk, akkor a társadalom elsősorban az emigráció, tehát a külföldre történő elvándorlás szempontjából nézi ezt a kérdést, ugyanakkor itt, a szakdolgozói területen erőteljes belső migráció is megfigyelhető. A másik nagy probléma, szembeállítva az orvosképzéssel a szakdolgozó képzések igen széles tárházát, hogy nem biztos, hogy a valós szükségletekhez igazodó szakképzési rendszer működik Magyarországon. Évek óta mondom, hogy ez a fajta szakképzési rendszer nem biztos, hogy a magyar szükségletekhez van igazítva.

Önök bizonyára nehezen tudják elképzelni, hogy ma Magyarországon több mint 70 OKJ-s szakképesítéssel lehet egészségügyi szakdolgozói szakképesítést szerezni, továbbá van közel két tucat olyan BSc-s, MSc-s program, ahol főiskolai, egyetemi képzés keretében szakdolgozókat képeznek. Eléggé változatos a kép, de szükség van egyfajta specializációra, mert ahogyan az orvoslás területén is, itt is megjelenik a specializáció, a szakdolgozói terület is megkívanja azt, hogy speciális szakismerettel bíró szakemberek legyenek ott a primer prevencióban, ahogy a főigazgató úr



mondta, vagy éppen a szekunder terciér prevenció területén a rehabilitációban.

Képzettségi szint

Már több orvos szakember előadásában elhangzott, hogy a szakképzés színvonala, illetve az ott dolgozó kollégák tudása, ismerete mennyire felel meg. 2009 óta a Szakdolgozói Köztestület

Előadás

tagja a vizsgabizottságoknak. Azoknak a vizsgabizottságoknak, ahol a szakképzésben gyakorlati és elméleti tudást szereznek.

A táblázatban az utóbbi három év számadatai láthatók, melyek nagyon jól jellemzik szakképzési rendszerünk jelenét. Azért hangsúlyozom, hogy a jelenét, mert az a változás, amit nagyon régóta óhajtunk – hat-hét éve beszélünk arról, hogy változásra van szükség –, az csak szeptemberben fog bekövetkezni, hiszen néhány nappal ezelőtt hirdette ki a minisztérium az új szakképzési- és vizsgakövetelményeket. Tehát ennek a hatása igazából a következő ciklus derekán fog érvényesülni. Vagyis 2–3 év múlva az új szakképzésen, beiskolázott és végzett kollégák „elindulnak” a rendszerben. Addig egyfajta „tehetetlenség” van, olyan végzettségű kollégák „jönnek ki”, akik nem biztos, hogy a megfelelő felkészültséggel, gyakorlati képzettséggel rendelkeznek.

Nézzük meg, hogy mi is a helyzet az új szakképzettséget szerzők tekintetében. Ha megnézzük, hogy a körülbelül 9000 végzett szakdolgozó közül hányan végeznek gyógyszerári asszisztensként, gyógyszerkiadó szakasszisztensként, gyógyszer- és sportmasszőrként, akkor azt lehet mondani, hogy ezeken a területeken jelentős „csapat” végez. De nem biztos hogy valós piaci igény, hogy ezeken a területeken ilyen mértékben kellene szakembereket pótolni. Pedig 2006–2007 óta ez a tendencia. Ezeken a területeken végeznek a legtöbben, ez éves szinten 4000 főt jelent.

Az ápolói területen örvendetes, hogy most már (1454 fő) jelentős emelkedés mutatkozik, néhány évvel ezelőtt ez a szám még 1000 körüli volt. Ami miatt nem teljesen jó a szájunk íze az az, hogy ennek a jelentős része még mindig olyan kolléga, aki már a rendszerben van, csak alacsonyabb képzettség mellett szerzi meg az Országos Képzési Jegyzékben szereplő magasabb, középfokú végzettséget. Vagyis nem plusz emberként jelenik meg az egészségügyben, nem nappali szakos hallgatóként, tanulóként végez, hanem már a rendszerben lévőként. Körülbelül egyharmad, harminc százalék az, aki ma Magyarországon ápolóként nappali szakon végez. Aztán ott van a fogászati, az ápolási asszisztensi terület és még hosszan sorolhatnám. Arra hívnám fel a tisztelt jelenlévők figyelmét, hogy ugyanúgy mint az orvoslásban, itt is van egy bizonyos szakápolói szakosodás. „Tokkal-vonóval” összesen 369 fő végzett szakápolói területen. A labor- és a képi diagnosztika területen, vagy egyéb más területeken vannak olyan végzettségű kollégák, akiknek az utánpótlása 2–3 év óta nem történt meg. Szerencsére kihírdették a szakmai és vizsgakövetelményeket, egy hosszú folyamat végén vagyunk.

Három éven keresztül küzdöttünk magunkban, illetve a Nemzetgazdasági Minisztérium által felkért Magyar Kereskedelmi és Iparkamarával azon, hogy ne szüntessék meg a szakképzést. Az első tárgyaláson a 69 szakdolgozói szakképzésből 19-et szerettek volna meghagyni. Vagyis a szakápoló kérdést egy vonallal kihúzták, maradt volna kettő a tizenkettőből. Az asszisztenciából nagyon sok területet szerettek volna megszüntetni. Mint mondtam, azért nincs annyi citológus szakasszisztens a rendszerben, és azért nem képeznek minden évben, mert országosan 2–3 évet kell várni arra, hogy összejöjjen annyi jelentkező, akikkel érdemes elindítani a rendszert.

Az iskolarendszeren kívülivé tették ezeket a szakképzéseket, és azt is hozzá kell tenni, hogy 250-450 ezer Ft/szakképesítés volt ennek a díja. Ezek a képzések nem voltak államilag támogatottak az elmúlt hat, hét és nyolc évben. Ez egy hatalmas probléma a rendszerünkben, mert üzleti alapon kezdő-

1. táblázat: Szakmai vizsgák mutatói a bizottsági tagok jelentése alapján

	2010	2011	2012
Vizsgaszervező intézmény	65	92	79
Vizsgaalkalmak	399	550	605
Vizsgázók száma	6897	8347	9464

dött el a szerveződés. A gyakorlóterület pedig csak „virtuálisan” létezett, igazolásokkal. Tömegek jöhettek ki a rendszerbe a gerjesztett munkanélküliség talajára, hiszen a munkaerőpiacon már az első, második vagy harmadik nap kiderült, hogy alkalmatlan egy adott munkakör betöltésére, bár papírja van róla. Csak ezen kormányzati ciklus alatt született a mi vészjósló jelzésünkre olyan intézkedés, hogy képzéseket, vizsgákat függesztettek fel, hogy visszavontak olyan papírokat, amelyeket nem lehetett volna kiadni. Az utolsó 2,5 évben voltak ilyen intézkedések, és megszületett az iskolarendszeri képzés visszaállítása, valamint elindult az Ösztöndíj Program, amivel talán potenciálisan több lehetőség lesz a jövőben (az orvosok mellett) jobb szakképzést, jobb munkavállalókat biztosítani.

Elhelyezkedési nehézségek

A korábbi minimumfeltételek nem rögzítették a valós ellátóigényeket. 1999 óta volt onkológiai szakápoló képzés Magyarországon, illetve a jelenleg még kifutóban lévő, de hatályos rendelkezések értelmében onkológiai szakápolót ezekben a rendeletekben nem lehet látni. Olyan területi különbségek vannak az országban, hogy van olyan terület, ahol az onkológiai ágyakra hat szakápoló jut egy adott területen, és van ahol ez a szám 0,2.

Nemcsak ezért nem tudtak elhelyezkedni a kollégák, hanem azért sem, mert ezek a szakmák nem voltak nevesítve, illetve létszámstop volt. Ahogy itt már elhangzott, az üres álláshelyeket nem töltötték fel. A betöltött ápolói álláshelyek tekintetében folyamatos csökkenést lehet látni, ugyanakkor az üres szakdolgozói álláshelyek nem követték ezt a fajta tendenciát. Azaz szüntek meg álláshelyek. Ez volt az a terület a vezetőség, menedzsment részéről, ahol örvendetes volt, hogy nem jelentkeztek, mert így kevesebb költséget vittek el, és a helyettesítés költsége nem volt akkora, mintha ott betöltötték volna ezeket az álláshelyeket. Ma-napság már vannak olyan osztályok, ahol a minimális 11-12 kolléga helyett akár 8-9-cel is próbálkoznak üzemeltetni többműszakos munkarendben osztályokat, ami szinte már lehetetlen, vagy csak hazai és uniós direktívák megsértésével lehetséges.

Migráció

A belső migráció, pályamódosítás kérdéskörében megjelennek olyan területek az elmúlt másfél-két évtizedben, melyek korábban nem szakdolgozói, hanem az orvosi szférák privilégiuma volt, mint például a gyógyszerellátás, vagy a gyógyászati segédeszköz ellátás és egyéb gyógytermékek forgalmazása. Aztán megjelent az egészség- és gyógyturizmus, az életmódközpontok, az egészségbiztosítás területe is. Vagyis számos poszton tudtak a jól képzett kollégák elhelyezkedni, ezáltal „kikerültek” a rendszerünkben. További elhelyezkedést jelenthetett, jelenthet az egészségügyi szektoron kívül való munkavállalás is. Egészségügyi szakképesítéssel betölthető területeken dolgoznak – ahogy az már dr. Németh Attilától és más előadótól is elhangzott –, például ott van a szociális

terület, a pszichiátriai betegek otthona, az egy klasszikusan szociális szakellátási forma. A szociális alapellátás, a közösségi pszichiátriai ellátás területét is ide sorolhatjuk. Számos olyan terület van, ahol jól képzett, egészségügyi szakképesítéssel dolgozó szakemberek dolgoznak, és akkor még nem beszélünk az időskorúak otthonáról, a régi szociális otthon hálózatáról, ahol bizony ápolást, gondozást nyújtanak a kollégák. A minimumrendelettel az ápolók is ott vannak, egészségügyi szakképesítéssel. Ez egyfajta „mostohagyerek”.

A kormányprogramban az egészségügy és a szociális ellátás kapcsolatrendszerét az ápolás szempontjából is tanulmányozták, mert érezni lehetett, hogy nagyon nagy szakadék van a két ellátási forma között. Európa más országaiban ezt sokkal egységesebben, több „átjárhatósággal” oldják meg. Ma Magyarországon az egészségügyi végzettségű szakdolgozók, akik több mint 15 ezren a szociális ágazatban dolgoznak, egyfajta „kirekesztettségben” élnek. Hiszen ők olyan szakemberek, akiket igazán a szociális terület sem fogad be, az egészségügyből pedig teljesen ki vannak kirekesztette, méghozzá oly módon, hogy az utóbbi években történt pozitív intézkedések őket mellőzik.

A pályamódosítás másik területe a szürkegazdaság. Ez nemcsak „külhonzban”, Európában jelenik meg, Magyarországon is. Főként magánterületen egyre többen vállalnak feketén megélhetési munkát az egészségügyi területeken is. Továbbá van valós pályaelhagyás is, amikor szektoron kívül helyezkednek el.

A másik oldal a külföldi migráció potenciális kérdésköre, amiről azt halljuk, hogy csökken, és ez valóban így van, orvosi területen van egyfajta érzékelhető csökkenés. Azért a szakdolgozói területeknél a teljes szakdolgozói és az ápolói területről bizony nem mondható el, hogy az egy vagy két évvel korábbihoz képest a tavalyi adatok jobbakk lettek. Csak bízni tudok abban, hogy az ideai adatok végre meg fogják állítani ezt a fajta rohamosan romló tendenciát. Hiszen ha megnézzük, hogy a főiskolai és a nappali szakos ápolóképzésből 480-an jönnek ki Magyarországon egész évben, akkor az az 518 ember pontosan annyi ápolónak az elvesztését jelenti, akit képeztek, ugyanakkor egy-egy évben 1500-an vonulnak nyugdíjba az ápolás területéről. Ez a tendencia.

Mit is fog eredményezni az elvándorlás? Az egy-egy szakdolgozóra, ápolóra jutó betegek száma növekszik – ezt mindenki tapasztalhatta –, vagyis negatív irányba változik. Az orvosok számának csökkenésével nő az ápolói szakdolgozói leterheltség mértéke, hiszen átvenni kényszerülünk feladatokat, felhatalmazás, képzettség, képesítés alapján, orvosi felhatalmazással írásban. Muszáj, merthogy az ügyeletes orvos csak minden harmadik órában lesz ott, vagy megkapja a beteg az ápolót, ápolást, vagy ellátatlanul marad, aminek persze következményei lesznek. A szakmai felületesség, hibák száma növekszik.

Végezetül a betegelégedetlenségről, az atrocitásokról és az agresszió-kezelésről is ejtsünk néhány szót. Az agresszió mindenütt megjelenik, sok-sok konfliktussal. Nap-nap után küszködnek a kollégáim atrocitásokkal, agresszióval. Az erről szóló országos felméréseket (az atrocitásokról, az agressziókezelés kérdéskörét) a közeljövőben fogjuk publikálni. Az Ápolási Szakmai Kollégium végzett méréseket e témakörben az elmúlt hetekben, hónapokban. A megkérdezettek, a válaszoló intézmények nyolcvan százalékában az atrocitás, agresszió napi gyakorisággal előfordul, és tizenkét százalékukban olyan mértéket öltött az utóbbi három évben, ami jelzésértékű.

Összegzés

Úgy gondolom, egy szakmai köztestület feladata évek óta, hogy rámutasson a problémákra és konstruktív javaslatokkal segítsük a döntéshozókat (akár önkormányzati, akár államigazgatási szinten), annak érdekében, hogy felhívjuk a figyelmet az ágazatvezetés felelősségére, mivel ők felelnek az egészségügyi szakképzésért. Nem szabad kiengedni a kezünk közül a Nemzetgazdasági Minisztérium számára. Az orvoscépzés mellett a szakdolgozók képzése is olyan feladat, amiért az egészségügyben a szaktárca felel, ezért ott lehet hatékonyan tenni. Fontos, hogy a nemzetközi elveket, uniós direktívákat, amelyeket be kell tartanunk Magyarországon, be is tartsuk!

Az előadó a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke

A folyamat- és volumenszabályozás hatása az egészségügyi technológiákhoz való hozzáférésre

A jelenlegi egészségügyi rendszer legfőbb problémája az, hogy az egészségügyi infrastruktúra és humán kapacitások működtetésére, a biztosítási csomag finanszírozására nem elegendőek a rendelkezésre álló erőforrások. Ez nem jó hír.

■ Dr. Kaló Zoltán

Mi történik tehát? Az 1. ábrán a nagyobb kör azt mutatja, hogy a szükséglet alapján mennyi forrásra lenne szükség, a sárga kör pedig azt jelzi, hogy ténylegesen mekkora az a közfinanszírozott büdzsé, amit az ellátásokra költhetünk. Látszik, hogy a közfinanszírozott büdzsé egy része kívül esik a szükséglet szerinti ellátásokon, tehát pazarlás azért van a rendszerben. De ha megszüntetnénk a pazarlást a rendszerben, az összességében biztosan nem pótolná a rendszerben jelen lévő hiányt. Illúzió, hogy ha hatékonyabbá tesszük a meglévő rendszert, majd a feltárt erőforrásokból megoldjuk a problémákat, akkor szükséglet szerinti ellátást tudunk biztosítani.

Bizonyítékon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal

Hogyan lehet a kettő között szűkíteni? Mert ezt a választást sajnos valamilyen módon meg kell tennünk. Az egyik módszertan a bizonyítékon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal lenne, amit itt az ELTE-n is oktatok. Döntések indoklása tudományos módszertannal végzett számítások szerint, egészségügyi technológia értékelése, amelynek része az egészségnyereség, az egészséghatás vizsgálata, a költséghatékonysági modellezés és a költségvetési hatáselemzés. Úgy gondolom, hogy ennek az is nagyon fontos része, hogy az egyetemi központok, a kutatóintézetek, a civil szféra kontrollfunkciót tud gyakorolni a döntések felett, majd utána, ha történik valamilyen nagy egészségpolitikai döntés, akkor a döntések felülvizsgálatára is lehetőség van. Illetve részben prospektív, eredményesség alapú rendszer az, amikor eredményesség alapú kockázatmegosztást lehet egészségügyi technológiák befogadása kapcsán hozni. Ehhez az egyik lehetséges módszertan a bizonyítékon alapuló egészségpolitikai döntéshozatal.

Folyamatszabályozott volumenkorláton alapuló rendszer

A másik módszertan a folyamatszabályozott volumenkorláton alapuló rendszer. Ennek a premisszája az, hogy ez a

költséghatékonyság olyan ködös fogalom, és hiteles és valid módon amúgy sem tudjuk mérni. Helyette legyen testületi döntéshozatal, és abban megtestesülő kollektív véleményalkotás. Ezt úgy hívják az Orvostovábbképző Szemle egy cikkében, hogy „nem a szubsztantív racionalitás kell”, vagyis ne a számok alapján hozunk döntéseket, legyen procedurális ez a racionalitás. A költséghatékonyság fogalma pedig arról szól, hogy egy testület kollektív döntése révén keletkezik minősítés. Tehát attól lesz költséghatékonny, hogy azt egy bizottság döntési folyamat során eldöntötte. Ennek a felülvizsgálatáról szó sem lehet. Gyakorlatilag egy állami vagy szakmai szereplő nem mondhatja el, hogy nem ért egyet azzal, hogy ez mégsem volt költséghatékonny. Vagy pedig ami költséghatékonny volt, arra mégis azt mondták, hogy nem költséghatékonny.

Nagyon fontos eleme a folyamatszabályozott rendszernek, hogy a döntést támogató háttérintézmények (tehát a szűk szakértői kör) hozzáfér a releváns finanszírozási adatokhoz, esetlegesen működő betegregiszterek adataihoz, de nyilván ez indirekt módon esetleg azt is jelentheti, hogy az egyetemi- és kutatói szféra, betegszervezetek ehhez már nem férnek hozzá, mert ennek a szűk körnek kell kontrollálni meghatározott módon ezeket a folyamatokat.

Eltérések

A két megközelítés között az a különbség, hogy a folyamatszabályozott rendszerekben több dologra mondhatjuk ki azt, hogy „igen, ez költséghatékonny”. Ennek egyébként nagyon fontos hozadéka az, hogy azért a politikai üzenetek szempontjából mennyit fogadtunk be, hány pozitív döntés volt – ez egy fontos elem, sőt, nyilván a bennfentes szakértőknek ez mind sikerdíjat jelent. Természetesen, mivel többet fogadunk be, mint kellene, ez együtt jár azzal, hogy a volument korlátozni kell. Tehát papíron elérhető, a gyakorlatban nem biztos.

Vegyünk egy példát. 5000 beteget kellene befogadni az adott terápiára, de csak 200 beteget fogadunk be. A maradék 4800 betegnek meg kell találnia a módját, hogy hogyan jut

hozzá a terápiához, innentől kezdve ez a korrupció és a paraszolvencia melegágya. Mivel kollektív a döntéshozatal, tehát nem a szubsztantív racionalitáson alapul, hanem a procedurális racionalitáson, ezért nem tudjuk megmondani, hogy miért az a döntés született. Ebből adódóan a pozitív döntéseknek nagyobb a használdozati költsége, mert sokszor arra költjük el a pénzt, ami nem is igazán költséghatékony, és a morális válság, ami az egészségügy egyik „rákfeneje”, fokozódik.

A bizonyítékon alapuló döntéshozatal esetében nyilvánvalóan kevesebb technológiára mondanánk azt makroszinten, hogy a mai gazdasági helyzetben befogadást érdemel. Ez azt jelenti, hogy sokkal több, nehéz döntést kell hozni, és kevesebb is a „sikerdíj” és a politikai kredit. Ugyanakkor, ha valamit már befogadtunk, utána azt már nem kezdjük el volumenekkel szabályozni, lefojtani. Amit befogadunk, az szinte mindenki számára elérhető, aki rászoruló. Ez önmagában csökkentené a korrupciós paraszolvencia lehetőségét, jelentősen fokozná az esélyegyenlőséget. Természetesen mivel szubsztantív racionalitás alapján hozunk döntéseket, meg is tudjuk mondani, hogy miért ez a döntés született. Nemcsak az, hogy a szobában ülve úgy gondolkodtunk, hogy ez költséghatékony, hanem le lenne írva, hogy ennyi és ennyi a költséghatékonyági ráta, és így tovább. Innentől kezdve, hogy indokolhatóbbak a döntések, kisebb a használdozati költség, kevesebb a rossz döntés, és a morális válságot enyhíteni tudnánk.

Amennyiben ár- és volumenkorlátok biztosítják a folyamat-szabályozott támogatáspolitikai rendszer működését, akkor nyilván a folyamatokról bennfentes ismeretekkel rendelkező szakértőkön keresztül el lehet érni – mondjuk ipari beszállítóknak – azt, hogy legyen valamennyi befogadás. Még akkor is, ha ez nem a valós ötezer betegre, hanem csak ötszáz betegre szól. Vagyis „részsikerek” vannak. Nyilván ez a bennfentes ismeretekkel rendelkező lehet volt döntéshozó, politikus, vagy bárki más. Tulajdonképpen ez biztosítja a befogadás menetét.

Ugyanakkor, mivel mindenütt volumenkorlát van, gyakorlatilag bármikor kivonható a rendszerből. Azt mondjuk, hogy nem tudjuk tartani a büdzsét, ezért 500 beteg helyett legyen 400 beteg. Ugyanúgy marad a befogadás, csak kevesebb beteg jut hozzá. Vagyis papíron elérhető, a gyakorlatban egy kicsit kevesebb beteg éri el, de a rendszerben bármekkora költségvetés mellett „papíron” működőképes marad a rendszer. Azonban ez azt is jelenti, hogy a betegek jelentős része nem fér hozzá a közfinanszírozott technológiákhoz. Nyilván



kommunikációs szempontból ezért sosem az aktuális politikai és egészségpolitikai döntéshozók a hibásak, hanem a rendszer alsóbb szintű szereplői, például a beszállítók. Például valamelyik onkológiai osztályon elfogy a gyógyszer, és azt mondják, hogy erre a hónapra már nincs rá volumen, akkor a kórház a hibás, és nem az, aki ezt a rendszert kialakította. Természetesen ilyen rendszerben az egészségpolitikai és finanszírozási döntések indoklásához még kutatóként, vagy a civil szféra képviselőjében sem lehet hozzáférni. Nehéz is, hiszen nem a szubsztantív racionalitás alapján történnek az indoklások.

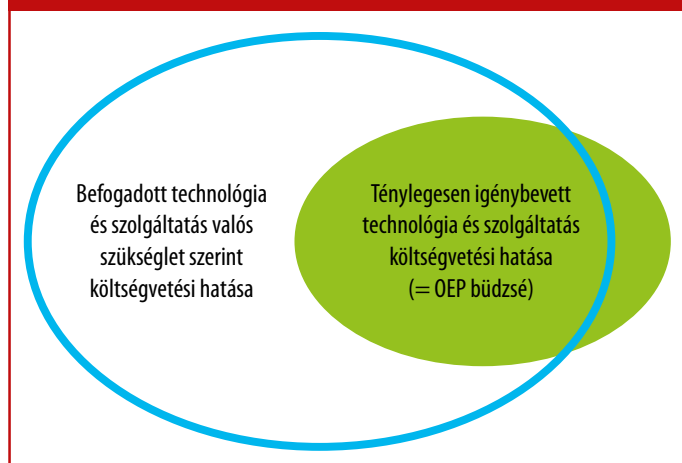
A döntések hatásait monitorozó vizsgálatokat nem lehet végezni, mert nagyon kevés anyagi forrás van, és az adatokhoz sem lehet igazából hozzáférni. Abban a helyzetben a fő cél a rendszer működése, és nem a lakosság egészségi állapotának javítása. Mondhatnám úgy is, hogy nem a beteg túlélése, hanem a rendszer „túlélése” a fontosabb! A hiány miatt a rendszerben kódolva van a korrupció és a morális válság fokozódása is.

Fontos megjegyezni: nem aktuálpolitika, amiről beszélek. Két módszertant hasonlítok össze, de nyilván egy nagyon nehéz helyzetben mindig aktuálpolitikának hangzik, ha valaki megpróbál egy rendszert értelmezni.

Egy lengyel példa

Kiváló cikk jelent meg a Health Policy című szaklapban, Martin McKee tollából, „The politics of health technology assessment in Poland” címmel. Martin McKee mesterképzésünk tanácsadó testületének tagja. Szerzőtársaival cikkükben a lengyel nem transzparens, lobbista szakértők támogatásán

1. ábra: A közfinanszírozott egészségügy alapproblémája: az alapsomag nagyobb, mint a rendelkezésre álló forrás



Előadás

alapuló folyamatszabályozott rendszert értékelték. Arra tettek megállapításokat, hogy hogyan lehet ezt a rendszert javítani. Például úgy, hogy az egészségügyi technológia-értékelés szervezetét, rendszerét professzionálisabbá kell tenni. A döntéshozóknak kontrollálni kell, hogy hova mennek dolgozni, és hogyan lobbiznak utána. Nyilvánvalóan a szakértőknek ki kell nyilvánítaniuk érdekellentétüket, és azt, hogy milyen érdekviszonyokat képviselnek, és ezt nyíltan kell kezelni. Úgy vélekednek, hogy egy ilyen rendszerben a betegszervezetek és a civil szféra részvétele igen fontos, és az is lényeges, hogy egy technológiai értékelő iroda minél távolabb legyen a politikai döntéshozattól.

A lengyel rendszerről talán még annyit, hogy ott működik technológiai értékelés. Akik a rendszert kialakították, nagyon jól meg is élnek belőle. Náluk a rendszer működik, nem kell mondanom, hogy Lengyelországban a betegeknek milyen hozzáférési korlátai vannak.

Összegzés

Hogyan tovább? Úgy gondolom, előbb-utóbb „tiszta vizet kell önteni a pohárba”, és a legfontosabb kérdés a mindenkori politikai és egészségpolitikai döntéshozók számára. Tegyük fel, hogy válság van. A válságra hivatkozva lehetne az egészségpolitikai döntéshozatal megalapozottságát javítani, megváltoztatni a döntéshozási gyakorlatot, vagy az elmúlt évekhez hasonlóan, csak a közkiadások kontrolljára koncentrálni. Egyébként a közkiadásokat nagyon jól kontrollálja az ilyen rendszer, a volumenkorlátok miatt, amelyeket mindig könnyű „letekerni”, ahogy már említettem. Vagy pedig a bizonyítékon alapuló döntéshozatal lesz az uralkodó,

és ez most biztosítja a folyamatszabályozott rendszer helyett a rendszer működőképességét.

Azt gondolom, hogy mindenféleképpen szükség van arra, hogy egy új rendszert alakítsunk ki. Egy új egészségügyi rendszert kell tervezni. Az egészségügyi rendszer újratervezésén belül nem tehetünk meg két dolgot. Egy: ne vonjunk be pluszforrásokat. Kettő: ne szűkítsünk csomagot. Az új rendszert az ésszerűség határain belül tudományos bizonyítékokra, a szereplők partneri viszonyára kell alapozni. A sárdobálás senkinek sem jó, amikor valaki mindig a másik szereplőt hibáztatja azért, hogy nem működik a rendszer. Természetesen egy nagyon fontos pont a betegek szempontjainak figyelembevétele. Az egészségpolitika és a finanszírozási döntések indoklását, háttérszámításait – nyilván ebben lehetnek bizalmas adatok, ezek kivételével – hozzáférhetővé kell tenni a kutatók és a civil szféra képviselői számára. Az egészségpolitikai, egészségügyi finanszírozást tudományos kutatási módszerekkel monitorozni kell. Mindenképpen arra kell gondolni, hogy időnként ezeket a döntéseket az új tudományos bizonyítékok függvényében felül kell vizsgálni. Természetesen csak egy bizonyos költségvetési hatás felett.

Úgy gondolom, hogy ha maradunk ennél a folyamatszabályozott rendszernél, ezt a mély erkölcsi válságot nem tudjuk kiirtani a rendszerből, ezért mindenféleképpen szükség van arra, hogy a szubsztantív racionalitás egy idő múlva valamilyen módon felülkerekedjen a procedurális racionalitáson.

Az előadó az ELTE TáTK Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont vezetője

Egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás igénybevételében az ELEF 2009 adatai alapján

Tisztelt Hölgyeim és Uraim! Az Európai Unió tagállamaiban az „ellátás szükséglet szerint, a teherviselés pedig képesség szerint” elv érvényesül, ezért indokoltnak látszik megvizsgálni, hogy az ellátás igénybevételében jelentkező egyenlőtlenségek kialakulásában a szükségletek milyen szerepet játszanak. A következő előadásban egy módszertani vizsgálatot mutatok be, amelynek az volt a célja, hogy megnézzük, milyen szerepe van a szükségletnek, illetve más tényezőknek az egészségügyi ellátás igénybevételében jelentkező egyéb egyenlőtlenségekben.

■ Dr. Vitrai József

A felmérés

Egy európai uniós felmérés a szükséges, de mégis elmaradt egészségügyi ellátások jövedelmének egyenlőtlenségeit vizsgálta. Kiderült: a társadalmi, gazdasági helyzet befolyásolja az igénybevételt, vagyis ez nem csupán tudományos probléma. A szükségletek vizsgálatának egy nehézsége van, mégpedig az, hogy a jövedelem a társadalmi pozíciótól függően befolyásolja a szükségletet. A társadalmi lejtőn lefelé haladva egyre növekszik az ellátási szükséglet, hiszen minél rosszabb helyzetben van valaki, annál több egészségügyi problémával küzd, vagyis több lesz az ellátási szükséglete. Miközben – a társadalmi pozíciótól függően – az ellátáshoz való hozzáférés, lefelé haladva a társadalmi lejtőn, csökken. Vagyis elmondható: ahol különbséget látunk az igénybevételben, azaz ha valahol növekszik az igénybevétel gyakorisága, az nem feltétlenül jelenti azt, hogy ott több a szegény ember, hiszen egyidejűleg ott a hozzáférés is „gátlődik”.

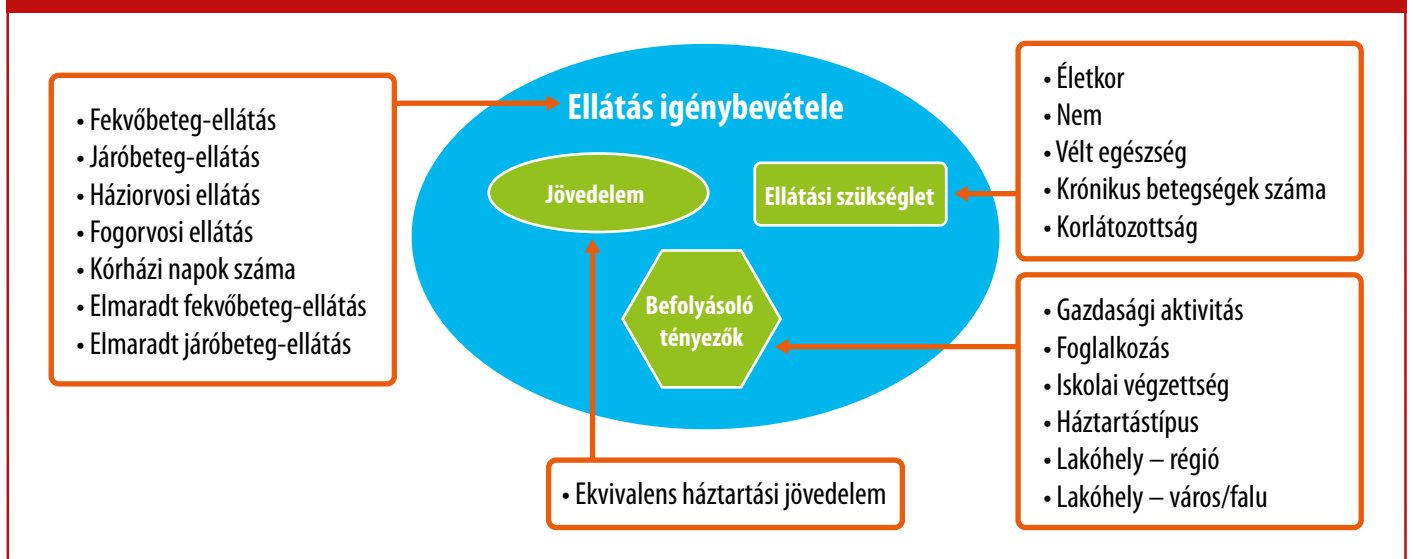
A megoldást a szükségletekre korrigált egyenlőtlenségek elemzése kínálja. Az ellátás igénybevételében jelentkező különbségek egy részét biológiai vagy demográfiai eltérések okozzák. Jól tudjuk, hogy az idősek a fiataloknál sokkal gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, a nemek szerint lebontva a nők gyakrabban, mint a férfiak. Amennyiben az ellátásbeli különbségekből ezt a hatást kiszűrjük, akkor jutunk el az egyenlőtlenségig, hiszen azt nevezzük egyenlőtlenségnek, amelyek megváltoztathatók (a biológiai és demográfiai különbségek nem ilyenek), és az adott társadalom megváltoztatandónak, méltánytalannak, azaz igazságtalannak tartja. Ha ebből az egyenlőtlenségből kivonjuk azt a hatást, amit maga az egészségi állapot megromlása, a szükséglet okoz, akkor jutunk el ahhoz az egyenlőtlenséghez, amely már nem az egészségi állapotból, hanem egyéb tényezőktől függ.



Tényezők

Érdekes ezen a ponton megnézni, hogy egy panasztól az igénybevételig milyen tényezők azok, amelyeknek a hatását ezen az „úton” figyelembe kell venni. (1. ábra) Az ellátási szükséglet természetesen függ az egészségi állapottól, de nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy az adott személy egészségismeretei, illetve a korábbi betegségei során szer-

1. ábra: A modell felépítése



zett tapasztalatai befolyásolják hogy felismeri-e azt, hogy ellátást kellene igénybe vennie. Még ha fel is ismeri, hogy szüksége van orvosi ellátásra, akkor az a szándék, hogy ő ezt igénybe vegye, függ attól, milyenek voltak a korábbi ellátások során a tapasztalatai, hogy milyen anyagi feltételei vannak (megengedheti-e magának az utazást, hogy a munkájából egy ideig kimaradjon, stb.). Továbbá időbeli korlátok is akadályt jelenthetnek az igénybevétel szempontjából.

Ha a beteg felismerte, hogy orvoshoz kell fordulnia, és úgy is dönt, hogy orvoshoz megy, a következő lépés előtt még mindig vannak akadályok. Ilyen akadály a fizikai elérhetőség: az egészségügyi ellátóhely, szolgáltató távolsága, illetve a beteg lehetőségei az utazásra. Továbbá akadály lehet az is, hogy abban az időpontban ott tud-e lenni, amikor az egészségügyi szolgáltatás igénybe vehető.

Az előzők alapján tehát az igénybevételi egyenlőtlenségeket úgy vizsgáltuk, hogy megnéztük, hogy milyen szerepet játszanak a demográfiai tényezők, az egészségügyi ellátási szükségletek, azaz az egészségügyi állapotok, illetve egyéb társadalmi, gazdasági tényezők. Az elemzéshez a Világbank ilyen célra készített programját használtuk. Az adatokat pedig a 2009-es „Európai lakossági egészségfelmérés” számadatai szolgáltatták. Fontos megjegyezni, hogy anonimizált és egyéni adatokról van szó. Ugyanis ahhoz, hogy összefüggésében vizsgálhassuk a jövedelem, illetve más társadalmi, gazdasági tényezők és az egészségügyi ellátások igénybevétele között, egyéni adatokra volt szükség.

Az ellátás igénybevételét sok dimenzióban vizsgáltuk. Megnéztük, hogy az ellátás igénybevételénél jelentkező különbségeket hogyan magyarázza a jövedelem, amit az ekvivalens háztartási jövedelemmel jellemeztünk, azaz figyelembe vettük, hogy az adott háztartásban hányan élnek, vagyis abból az összegből hány embert tartanak el. A modellben az ellátási szükséglet mérésére a biológiai, demográfiai mutatókat, a szubjektív egészséget, illetve az orvos által, az előző egy évben diagnosztizált előforduló krónikus betegségek számát vizsgáltuk.

Mindezekon kívül, egyéb társadalmi, gazdasági tényezőket is bevontunk a modellbe, mint például az egyén társadalmi aktivitása, foglalkoztatottsága. Továbbá a foglalkozás jellegére, iskolai végzettségre és a lakóhelyre is rákérdeztünk.

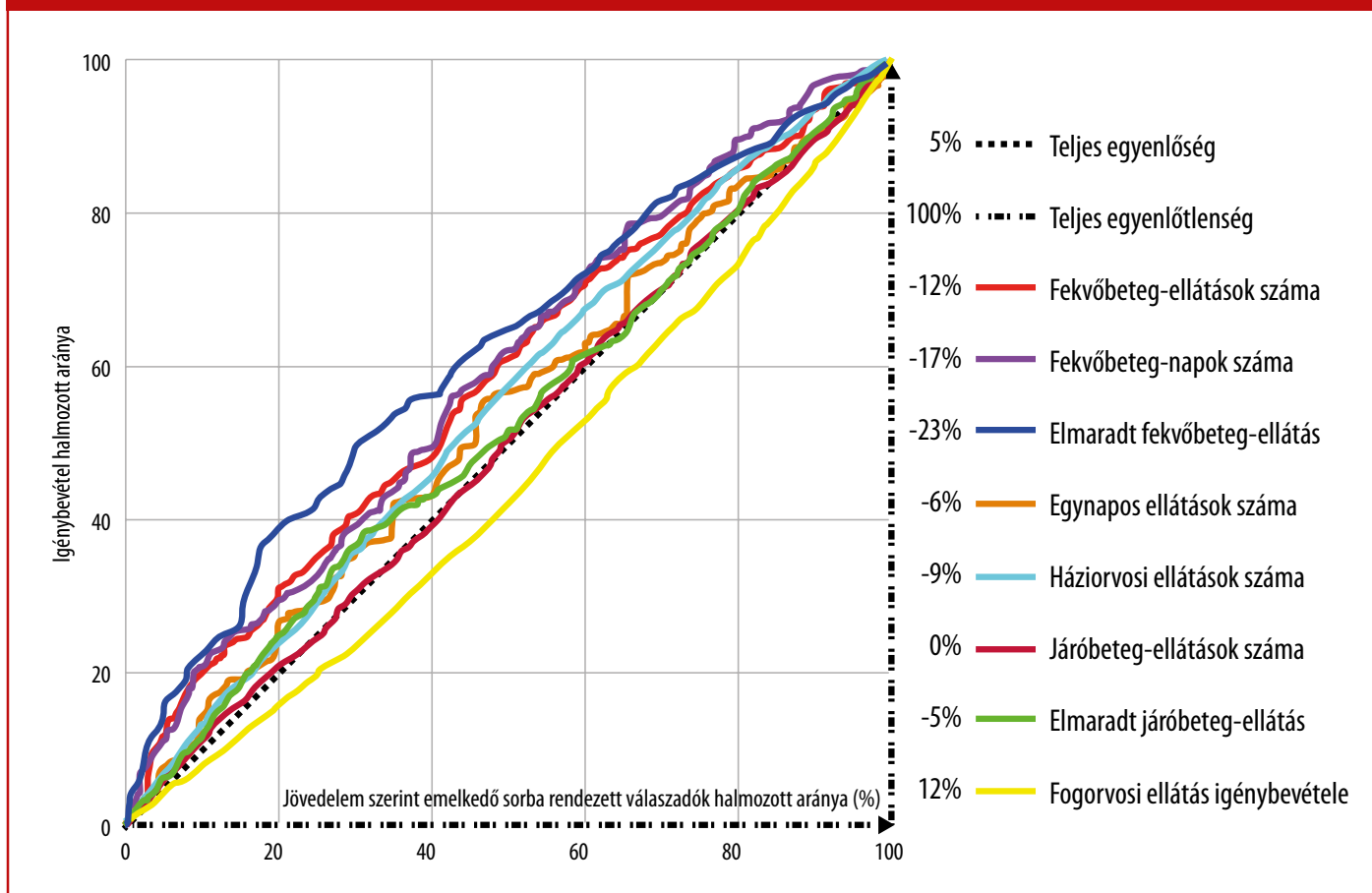
Eredmények

A különböző ellátási formákat elemezve megfigyelhető, hogy az alacsony iskolázottságúak jóval többször veszik igénybe az egészségügyi ellátást, kivéve a fogorvosi ellátásokat, ahol éppen ellentétes a trend. Vagyis minél magasabb iskolai végzettséggel bír valaki, annál gyakrabban fordul fogászhoz. A jövedelem szempontjából hasonló a helyzet. Némileg eltér a gyakoriságok különbözősége, de a trend ugyanaz. Minél alacsonyabb társadalmi pozícióban van valaki a jövedelme szerint, annál gyakrabban veszi igénybe a különböző ellátási formákat. Kivéve szintén a fogorvosi területet, ahol – mint az előbbieken is – az ellenkezőjét látjuk.

Az igénybevételi egyenlőtlenséget úgynevezett koncentrációs együtthatóval mértük. A következő ábra ezt szemlélteti. Ez az egyenes azt jelzi, hogy ha adott lakosság ugyanolyan arányban veszi igénybe az ellátást, mint amit ő képvisel (vagyis, ha a lakosság 50%-a veszi igénybe a fekvőbeteg-ellátás 50%-át), akkor megjelenik a teljes egyenlőség az igénybevételben. Ha az ellenkezője történik, vagyis egyetlen ember veszi igénybe az összes fekvőbeteg-ellátást, akkor a 2. ábrán láthatjuk mi lesz az eredmény. A kettő közötti terület a teljes egyenlőtlenséget jelzi.

Ehhez képest, ha megnézzük a fekvőbeteg-ellátás mutatóját, akkor azt látjuk (az ábrán ezt a piros vonal jelzi), hogy a teljes egyenlőség felett megy, vagyis a rosszabb pozícióban lévők a saját arányuknál többet vesznek igénybe, ahogy azt az előző ábrákon már láttuk (hiszen a vízszintes tengelyen a társadalmi pozíciók szerinti rendeződést jelenti). Vagyis az, aki szegényebb, az többször fordul orvoshoz, gyakrabban vesz fekvőbeteg-ellátást igénybe. Ez az (ábrán a piros vonal és a pöttyös rész közötti terület) a koncentrációs együttható. Ez a 12% azt mutatja meg, hogy a teljes egyenlőtlenséghez viszonyítva mekkora volt a vizsgált mutató százalékban. A többi igénybevételi formára vonatkozóan is láthatunk eredményeket az ábrán. A legmagasabb eltérés 23%. Megfigyelhető, hogy a járóbeteg-ellátásban nem volt egyenlőtlenség. Vagyis a járóbeteg-ellátás igénybevétele nem függött a jövedelemtől. Illetve a fogorvosi ellátásnál, ahogy azt már az előbbieken láttuk, az ábrán a görbe a pöttyözött vonal alatt fut, így a tehetősebbek ebből többet vesznek igénybe, mint a szegényebbek.

2. ábra: Igénybevétel jövedelmi egyenlőtlenségei



A különböző ellátási formákban a negatív irány azt jelenti, hogy a kevesebb jövedelműek gyakrabban fordulnak orvoshoz, gyakrabban vesznek igénybe egészségügyi ellátást. Ha az említett modellben figyelembe vesszük a társadalmi, gazdasági tényezőket, a biológiai tényezőket, illetőleg az egészségügyi állapotot, azaz szükségletre korrigálunk, akkor azt látjuk, hogy a tendencia jelentős mértékben megváltozott.

Eszerint (a szükségleteket leszámítva) ugyanolyan szükségletű személyekről beszélve a tehetősebbek veszik igénybe gyakrabban a fekvőbeteg-ellátást, több napot töltenek a kórházban. Az elmaradt szükséges fekvőbeteg-ellátás tekintetében a szegényebbek „vezetnek”. Az egynapos fekvőbeteg-ellátást a tehetősebbek gyakrabban veszik igénybe. A háziiorvosi ellátás igénybevétele, ha a szükségletre korrigálunk, nincs különbség. A járóbeteg-ellátásban, amiről úgy hittük nem függ a jövedelemtől, kiderült, hogy igenis függ. Vagyis a tehetősebbek gyakrabban veszik igénybe az ellátást, amennyiben a szükségletekre korrigálunk. Ahogy látható, a fogorvosi ellátásban a korrigálás nem jelent lényeges különbséget.

Ez az elemzési módszer lehetővé teszi azt is, hogy megnézzük: a különböző vizsgált tényezők milyen szerepet játszanak ebben az egyenlőtlenségben. Amire érdemes felhívni a figyelmet az az, hogy az egyén társadalmi, gazdasági, biológiai tényezői nem játszanak lényeges szerepet az egyenlőtlenségek kialakulásában (az ábrán késsel jelzett rész). Ezzel szemben a krónikus betegségek száma, illetve a korlátozottság igen. Kiemelném, hogy a krónikus betegségek iránya pozitív, vagyis azt látjuk, hogy a tehetősebbeknél, akik igénybe vették a szolgáltatást, a diagnosztizált betegségek aránya jóval magasabb, mint a szegényebbeknél.

Ennek a fordítottját látjuk a korlátozottság mutatóban, amiből arra lehet következtetni, hogy a szegényebbek azok, akik korlátozottabbak, nagyobb egészségügyi problémával bírnak, viszont nem diagnosztizáltak. Erre utal az az elemzés, ahol a korlátozottságot vizsgáltuk jövedelem szerint, úgy hogy az életkor és a krónikus szám hatását kiszűrtük, vagyis tisztán csak azt néztük meg, hogy adott jövedelemtől függ-e a korlátozottság. Jól látszik, hogy mintegy 60%-kal jobb helyzetben vannak a legmagasabb jövedelmű ötödben lévők.

Következtetések

Az első és legfontosabb következtetés: az alacsonyabb jövedelem akadályozza az ellátások igénybevételeit. Láttuk, hogy az igénybevételeknél jelentkező egyenlőtlenség nagyrészt a szükségletek különbözőségeiből vezethető le, a többi vizsgált tényező nem játszik nagy szerepet. A korlátozottság és a krónikus betegségek jövedelmi megoszlásából arra lehet következtetni, hogy a jobb anyagi helyzetben lévők gyakrabban kapnak orvosi diagnózist, vagyis többször ismerik fel náluk a betegséget, szemben a szegényebbekkel, akik feltehetőleg csak később, vagy rosszabb állapotban jutnak el orvoshoz. Mindezek alapján arra a megállapításra juthatunk, hogy minden olyan beavatkozás, ami az anyagi feltételekhez köti az igénybevételeket (beleértve például egy co-payment bevezetését), az egyenlőtlenséget növelné.

Az előadó az Országos Egészségfejlesztési Intézet szakmai vezetője

Az ellátórendszer hatása a hozzáférésre, az elmúlt három év tapasztalatai alapján

Előadásomban 2010 nyarától kezdve veszem górcső alá azokat az egészségpolitikai intézkedéseket, amelyek véleményem szerint fontosak voltak az elmúlt időben. Az előadás végén megpróbálom a felkérésnek megfelelően összegezni a megállapításaimat arról, hogy ezek az intézkedések hogyan hatottak a betegek szolgáltatásokhoz való hozzáférésre. Néhány megjegyzésem bizonytalan megfogalmazásokra utalhat, adatokat, mutatókat nem képeztem ebben a témában, így jó néhány megfogalmazás szakértői becslésre és véleményre utal majd. Kérem, kezeljék ezeket a helyükön.

■ Dr. Sinkó Eszter

2010 nyarán

Hogyan is nézett ki az én meglátásom, olvasatom szerint 2010 nyarán az ellátórendszer? Erről már mások is beszéltek a szimpóziumon. Kaló Zoltán hozzászólásában jelezte, hogy az ellátórendszer fragmentált szerkezetű. Ez a megállapítás nemcsak 2010-ben volt értelmezhető a magyar egészségügyre, hanem a mai időszakban is. Sőt, ha a fragmentáltságra mérőszámot kellene intézményesítenünk, akkor valószínűleg növekvő fragmentáltságot látnánk. Tény, hogy nemcsak a magyar egészségügy küzd a fragmentált intézményrendszerrel, nemzetközi szinten is észrevehetőek ilyen jellegű, de nem ilyen mértékű jelek. Ezen részben az ellátások folyamatalapú megszervezése segíthet.

2010 nyarán olyan szétzilált volt az ellátórendszer, hogy azt gondoltuk, ennél mélyebbre már nem süllyedhet, aztán mindig kiderül, hogy van ennél rosszabb. Nem tudom, emlékeznek-e arra, hogy egykor hogyan fogalmazott Rácz Jenő, a Magyar Kórházszövetség elnöke. Egy ideig azt mondta, hogy itt vagyunk a szakadék szélén és lefelé tekingetünk, aztán az utóbbi években már csak arról nyilatkozott, hogy a szakadékban vagyunk, és kérdezte, hogy feltűnt-e ez valakinek? Jelenem, mindenkinek feltűnt, csak kevesen mondták ki.

Nagyon fontos megemlíteni, hogy az ellátórendszerben szokatlanul erős morális leépülés ment végbe. Korábban voltak bizonyos morális szabályok, melyeket teljesen „keresztbe szabtak”, az elmúlt időszakban még inkább, mint 2010 előtt, de ez már 2010-ben is nagyon durva jelenségeket okozott.

Egy alkalommal elmeséltem a Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség volt elnökének, hogy milyen szimpptomákkal küldenek tovább betegeket, erre teljes elkeseredettséggel ez a kolléga azt mondta: ezek az orvosok, akik ilyen és ilyen vélelmezett megbetegedések esetén továbbküldik a



betegeket, neki nem orvostársai. Vagyis, lehet ezeket a megfogalmazásokat szépíteni, de látszik, hogy az orvostársadalmon belül is időnként hüledezve tapasztalják, hogy milyen jelenségek fordulnak elő. Olyan vélelmezett megbetegedésekkel nem kezelnek betegeket, ami korábban nem fordulhatott volna elő.

1. ábra: Aktív ágyak 2012. július 1-től, szakma főcsoportok szerint (forrás: GYEMSZI, 2012.május)

	SZAKMA FŐCSOPORT	AKTÍV ÁGYSZÁM		ÁGYSZÁM VÁLTOZÁS	
		2010	2012.07.01-től	2012–2010	2012/2010
1.	01 Belgyógyászat	8 985	4 807	-4 178	-46,5%
2.	02 Sebészet	4 497	3 150	-1 347	-30,0%
3.	04 Szülészeti-Nőgyógyászat	3 359	3 150	-209	-6,2%
4.	05 Csecsemő- és gyermekgyógyászat	3 548	3 150	-398	-11,2%
5.	06 Fül-orr-gégegyógyászat	1 176	1 084	-92	-7,8%
6.	07 Szemészet	1 058	721	-337	-31,9%
7.	08 Bőrgyógyászat	520	426	-94	-18,1%
8.	09 Neurológia	3 029	1 865	-1 164	-38,4%
9.	10 Ortopédia-traumatológia	3 746	3 623	-123	-3,3%
10.	11 Urológia	1 191	1 019	-172	-14,4%
11.	12 Klinikai onkológia	1 947	1 443	-504	-25,9%
13.	14 Reumatológia	1 098	1 098	0	0,0%
14.	15 Aneszteziológia és intenzív betegellátás	1 311	1 325	14	1,1%
15.	16 Infektológia	834	935	101	12,1%
16.	18 Pszichiátria	2 976	2 722	-254	-8,5%
17.	19 Tüdőgyógyászat	2 018	1 928	-90	-4,5%
18.	20 Plasztikai és égéssebészet	111	152	41	36,9%
19.	23 Gyermek- és ifjúságpszichiátria	139	139	0	0,0%
20.	40 Kardiológia	1 530	1 869	339	22,2%
21.	46 Sürgősségi betegellátás	476	578	102	21,4%
	Mindösszesen	44 153	41 893	-2 260	-5,1%

Nyilvánvalóan durva jelenségeket okozott már 2010 nyarán is, hogy uniós csatlakozásunk 2004 után felerősítette az orvoselvádlást. Azt látjuk, hogy a betegek elképesztő mértékben voltak kiszolgáltatottak 2010 nyarán, vagy ha úgy tetszik, mondhatjuk, hogy 2010-ben az ellátórendszerben nagyon szerény mértékű volt a betegek védelme. Nem gondoltuk, hogy ennél rosszabb is lehet a helyzet. Romló orvos-beteg kapcsolatokat kellett detektálni. Az ellátórendszer átszervezésekor egy korábban működő orvos-beteg kapcsolat mindig megszakad, félbeszakad. Ilyenkor mindig az a kérdés, hogyan lehet gyorsan helyreállítani a kapcsolatokat, vagy hogyan lehet új orvos-beteg kapcsolatokat kiépíteni.

Az elmúlt egy év egyik legkellemetlenebb tapasztalatának azt tartom, hogy ezek az orvos-beteg kapcsolatokat nem nagyon installálódnak újra. Bizonyos intézményekben TVK-kihasználási problémák is keletkeztek, ami azért furcsa, mert közben komoly sorbanállások is láthatóak. Ez sokféle jelenségre utalhat a rendszerben, ami ebben csúcsonyul ki.

Pénzügyi szempontból mit láthatunk? Az egészségügy nem kormányzati prioritás. Ebbe a jelenségbe a Fidesz boldogan bele is kapaszkodott, mondván, hogy majd amikor ők kerülnek hatalomra, akkor az egészségügy azonnal kormányzati prioritássá válik. Az adatokból majd kiderül, hogy mennyire értelmezhető ez a megfogalmazás.

A foglalkoztatottsági ráta alacsony, azóta sem sokat javult. Ez nyilvánvalóan befolyásolja azt, hogy hányan fizetnek TB-járulékot. A járulékmértékekről is tudható, hogy 1993-ban a bérekre vonatkozóan 24%-ot tett ki, ami aztán lement 8%-ra. Azóta egy kicsit emelkedett, de ez azt jelenti, hogy miután kevesen is dolgoznak, ráadásul alacsonyak a járulékmértékek, nyilvánvaló, hogy az egészségügyi kiadásokat oly mértékben nem lehet csökkenteni, hogy ne szoruljon növekvő adóbevételre az Egészségbiztosítási Alap.

Kormányváltás után

Nézzük meg mi is történt a kormányváltáskor, 2010 nyarán. Az első kellemetlen, nagy pofon az volt, hogy nincs miniszteri rangban az ágazat vezetője, ami azért kellemetlen, mert nincs ott a kormányüléseken, nincs biztosítva állandó jelenléte. Nyilvánvaló, hogy egy EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma) vezető nem tudja olyan mértékben képviselni azokat a szakmai területeket, amelyek alá vannak besorolva, hiszen hét szakmai terület is odatarozik. Képtelenség egyforma minőségben képviselni őket a kormányüléseken.

Ami még fontos jelenség lehet, bár valószínűleg ennek csak retorikai következménye van, hogy a kormányprogram megegyezik a Fidesz választási programjával. Azaz nincs disztinkciós különbség a választási- és a kormányprogram között. Ha az ember elmondja, hogy ez tulajdonképpen csak azért keletkezett, mert jó néhány tárca nem volt képes elkészíteni a kormányprogramot, ezért ha úgy tetszik, azt a „szellemes” megoldást választották, hogy a választási programot kormányprogrammá tették. Annak viszont volt üzenete, hogy nem az államtitkárság írta a kormányprogramot. Aztán 2011 májusára az államtitkárság hozzátett ehhez egy komolyabb szöveget, ez pedig a Semmelweis Terv, az egészségügy átalakítására vonatkozó stratégiai terv volt.

Ha közelebbről megnézzük az azóta történt eseményeket, a Semmelweis Tervnek az a szelete valósult meg, ami a rendszer irányításával kapcsolatos kérdéseket foglalta magába. Elsősorban az irányítási rendszerbe hoztak változásokat, illetve az ellátórendszerben bizonyos kapacitási átalakításokat hajtottak végre. Létrehozták a GYEMSZI-t, amely öt intézmény összeolvadásából keletkezett. Az volt az első „kellemetlenség”, hogy amikor a GYEMSZI létrejött, még nem lehetett tudni, hogy napirenden van az államosítás. Ez pedig azt jelentette, hogy a GYEMSZI-nek, amit elsősorban országos szintű

Előadás

ellátásszervezési, egészségügyi feladatokra hoztak létre, intézmény-fenntartási feladatokat is el kell látnia. Így az apparátus nagy részét ilyen típusú feladatok kötik le, valamint azt is jelenti, hogy a szellemi erőforrások jó része az államosításra koncentrál, amit folyamatosan kifogás tárgyává teszek előadásaimban.

A GYEMSZI alatt létrehozzák a térségi ellátásszervezéssel, a Fidesz-féle nomenklatúrában az egészségszervezéssel foglalkozó szervezeteket, ezek azok a bizonyos TESZK-ek, amiből talán hét van a rendszerben. A fővárosra és környékére hármat szerettek volna létrehozni, a többi öt pedig „karéjban” következett volna. Most úgy néz ki, hogy a fővárosra és környékére nem érdemes hármat létrehozni, lehet, hogy ennél az egykettőnél „megáll a történet”.

A következő fontos beavatkozási pont az aktív ágyak átalakítása, az aktív kapacitások csökkentése volt. Illetve nem is a csökkentés volt a fontos változás a kórházi szektorban, hanem inkább az a momentum, amikor a kórházi ágyakat, kórházi osztályokat a progresszivitási szintek között besorolták, illetve új progresszivitási szinteket alkottak meg.

Szintén fontos lépés volt, amikor az Egészségbiztosítási Felügyeletet (EBF) a kormány megszüntette, és helyette létrehozták az OBDK-t, az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központot, végül két ütemben béremelést hajtottak végre.

Kapacitás

Jelentős átstrukturálás valósult meg az ellátórendszerben. A GYEMSZI adatait tartalmazó 1. táblázatban látható, hogy a belgyógyászati osztályok ágyszámai országos szinten jelentősen csökkentek. Igazából ez csak egy szakmai átcsoportosítást jelent, hiszen például a kardiológiai osztályokon lévő ágyszám jelentősen növekedett, és így tovább. Vagyis belső átcsoportosítás történt, de nagyjából igaz az a megállapítás, hogy a kapacitások durván 5–6%-a lett leépítve.

Ha emlékeznek arra, hogy 2007-ben, Molnár Lajos minisztersége alatt mekkora, 25–26%-os kapacitásleépítésre került sor, akkor azt láthatjuk, hogy ez a mérték sokkal kisebb, ilyen szempontból „nagyívű” átalakításnak semmiképpen nem nevezhető. Am nagyívű átalakítást eredményezett, hogy a progresszivitási szinteknél nagyon komoly átalakítások történtek. De azért a történelmi hűség kedvéért jegyezzük meg, hogy 14 kórház aktív ágyain teljesen megszűnt az ellátás, 44 kórházban pedig jelentősen csökkentették az aktív részlegeket. Tehát intézményi szinten körülbelül ez a mérleg keletkezett.

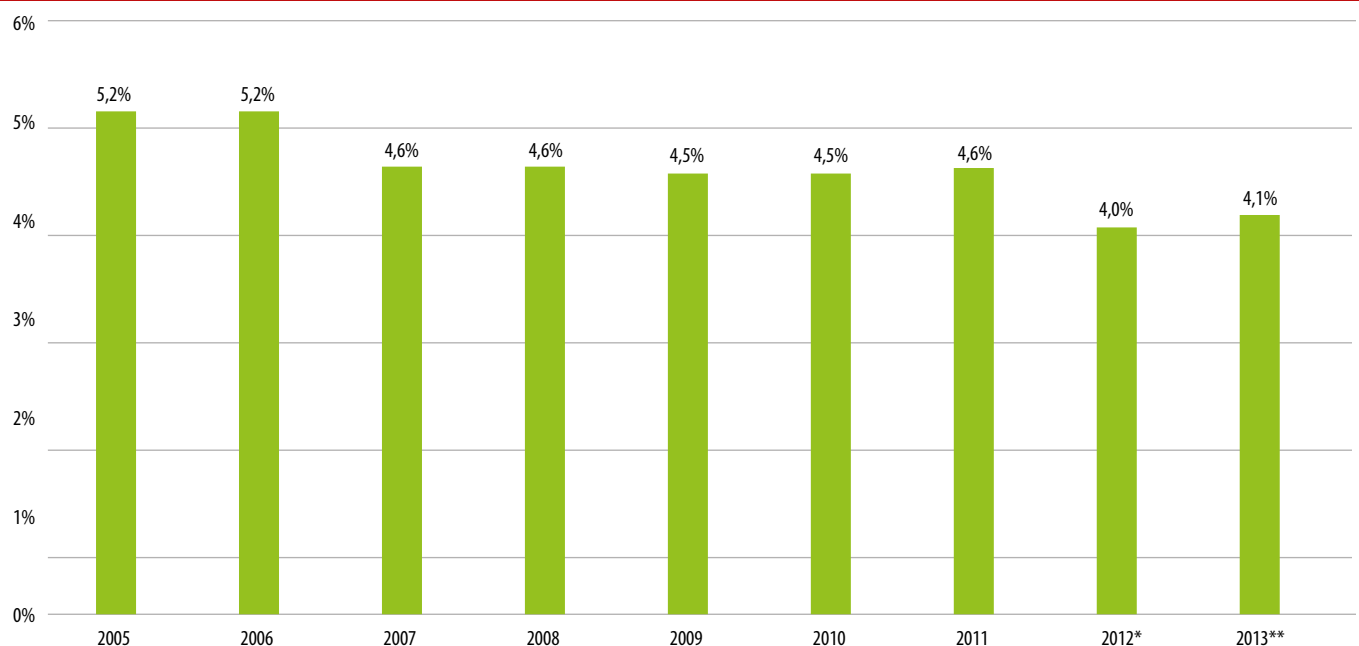
Ez a kormányzati ciklus teljesítette azt a politikai célkitűzést, hogy kórházat nem zártak be. Kérdés persze az, hogy vajon mennyi életképes kórházat hagytak meg, illetve a kórházak ebben a szerkezetben életképesek-e vagy sem? Az életképesség alatt azt értem, hogy tudnak-e akkora bevételt „keletkeztetni” a rendszerben, hogy abból a kiadásait ki tudják fizetni.

Látjuk, hogy jó néhány „bomba”, vagy ha úgy tetszik, „akna” van a rendszerben, amelyek bármikor felrobbanhatnak. Kisebbségi robbantgatásokkal itt-ott találkozni is. Hiszen vannak intézmények, amelyeket folyamatosan finanszírozni kell ahhoz, hogy egyáltalán jelen legyenek. Hiszen nincs akkora „beteganyag”, nem megy annyi beteg oda, hogy abból normális bevételt lehessen képezni. A minimumfeltételeket úgy állapították meg, hogy nem tudják hatályba léptetni, hiszen egyelőre nincs ellenőrzés, és ez nyilván nem véletlen.

Hozzáférés és egyéb kellemetlenségek

A hozzáférés alakulásában meghatározó szerepet játszott, hogy átalakították az ellátórendszert és a Területi Ellátási Körzeteket (TEK) is. Közben a TVK nem követte a TEK átalakítást. Ezért fordulhat elő az a jelenség, hogy tulajdonképpen felesleges TVK-k vannak a rendszerben. A GYEMSZI részben úgy próbálja ezt a problémát kezelni a saját hatásköre alatt lévő kórházak esetében, hogy újracsoportosítja azt, persze a történet ennél bonyolultabb.

2. ábra: Az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásai, 2005–2013. Egészségügyi kiadások a GDP%-ában. (Forrás: Zárszámadás)



* előirányzat (2011. évi CLXXXVIII. törvény) ** MNB-elemzés az államháztartásról, 2013. február

A jelenségek értelmezése során fontos lehet, hogy nagyon sok olyan változás történt az egészségügyben, amelyet nem az államtitkárság indított el, hanem más minisztériumok. Eddig csak a Nemzetgazdasági Minisztériumot (NGM) vagy Pénzügyminisztériumot (PM) szoktuk meg, mint olyan szereplőt, amely folyamatosan beleszól az egészségügyi körülmények alakulásába. Azt kell látnunk, hogy a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium (KIM) is nagyon élénk. Többek között átstrukturálta a kormányhivatalok feladatait és a megyei ÁNTSZ-szervezeteket majdnem teljesen „bekebelezte”, illetve a REP-ek is beolvasztásra kerültek, legalábbis a pénzügyi szolgáltatások tekintetében.

Az államosításokat nem a Semmelweis Terv kezdeményezte, illetve abból ilyen jellegű utalás csak nagyon nehezen olvasható ki, ennek ellére megtörtént. A járóbeteg-ellátás és a háziorvosi rendszer még állva maradt.

Nézzünk még néhány kellemetlen pontot. Az egyik ilyen a 62 éves nyugdíjkorhatár kérdése. Ez azért befolyásolja a betegek ellátásához való hozzáférést, mert a 62 éves korhatár és a többi átalakítás szintén csökkentette a munkaerő elkötelezettségét az egészségügyi szolgáltatások nyújtása iránt. Hiszen nagyon sok nyugdíjas van az egészségügyi ellátórendszerben, ők tartják fenn, például jellemzően a járóbeteg-szakrendelőket, illetve tudjuk, hogy a háziorvosi rendszerben hogyan néz ki ez a történet.

A foglalkoztatási jogviszonyok szintén egyfajta kellemetlenséggel bírnak. Az, hogy a Kórházszövetség ezekben a kérdésekben hogyan foglalt állást, az intézmény honlapján olvasható. Mindenesetre annyit kiemelnék, hogy a minimumfeltételek teljesítése a szükséges fejlesztési források hiányában „illúzió”, illetve a tartós alulfinanszírozottságot emelte ki a legutóbbi állásfoglalás. Az Állami Számvevőszék is hasonlókról beszélt a maga módján, amikor azt mondta, hogy a 20 vizsgált kórház esetében 17-nél azt találták, hogy a gyógyító tevékenység közvetlen költségeire nem nyújtott fedezetet az OEP folyósította támogatás. Ez egy elég fontos mondat, különösen egy számvevőszéktől.

A zárszámadásból származó adatokat GDP-arányosan vizsgálva (2. ábra) kiderül, hogy az államháztartás konszolidált funkcionális kiadásai sorában az egészségügyi kiadások miként festenek. Akkor, amikor arról beszélünk, hogy vajon ez a kormányzat pénzügyileg hogyan teljesített, akkor felhívom a figyelmüket a 2010-es 4,5%-ra. Ehhez képest kell az adatokat egymáshoz értelmezni. Ez a szám 2013-ban 4,1%-ra ment le úgy, hogy ha az eredeti költségvetést fogadják el, ahogyan benyújtották, akkor ez 3,7 százalékpont lenne.

Összegzés

Összegzésképpen nézzük meg, hogy az eddigi átalakítások, amelyek befolyásolhatják a betegek ellátáshoz való hozzáférést, mit eredményeztek. Egyrészt, az ellátórendszerben a tulajdonviszonyok durván átalakultak. Sokan mondhatják azt, hogy ezek nem kellene, hogy érdemben befolyásolják az ellátórend-

szer működését, hiszen az állampolgároknak teljesen mindegy, hogy ki a tulajdonos. A történet azonban az én olvasatomban nem így értelmezendő. Ugyanis azáltal, hogy államosításra került sor, ez befolyásolja az irányítási rendszert. A GYEMSZI számos döntést vont magához, és a döntések előtt folyamatosan rengeteg papírt kért be. Ez azt jelenti, hogy a döntések útja jelentősen meghosszabbodott. Az intézmények hónapokat várnak arra, hogy a GYEMSZI valamire igent mondjon. Hogyan befolyásolja ez az ellátáshoz való hozzáférést?

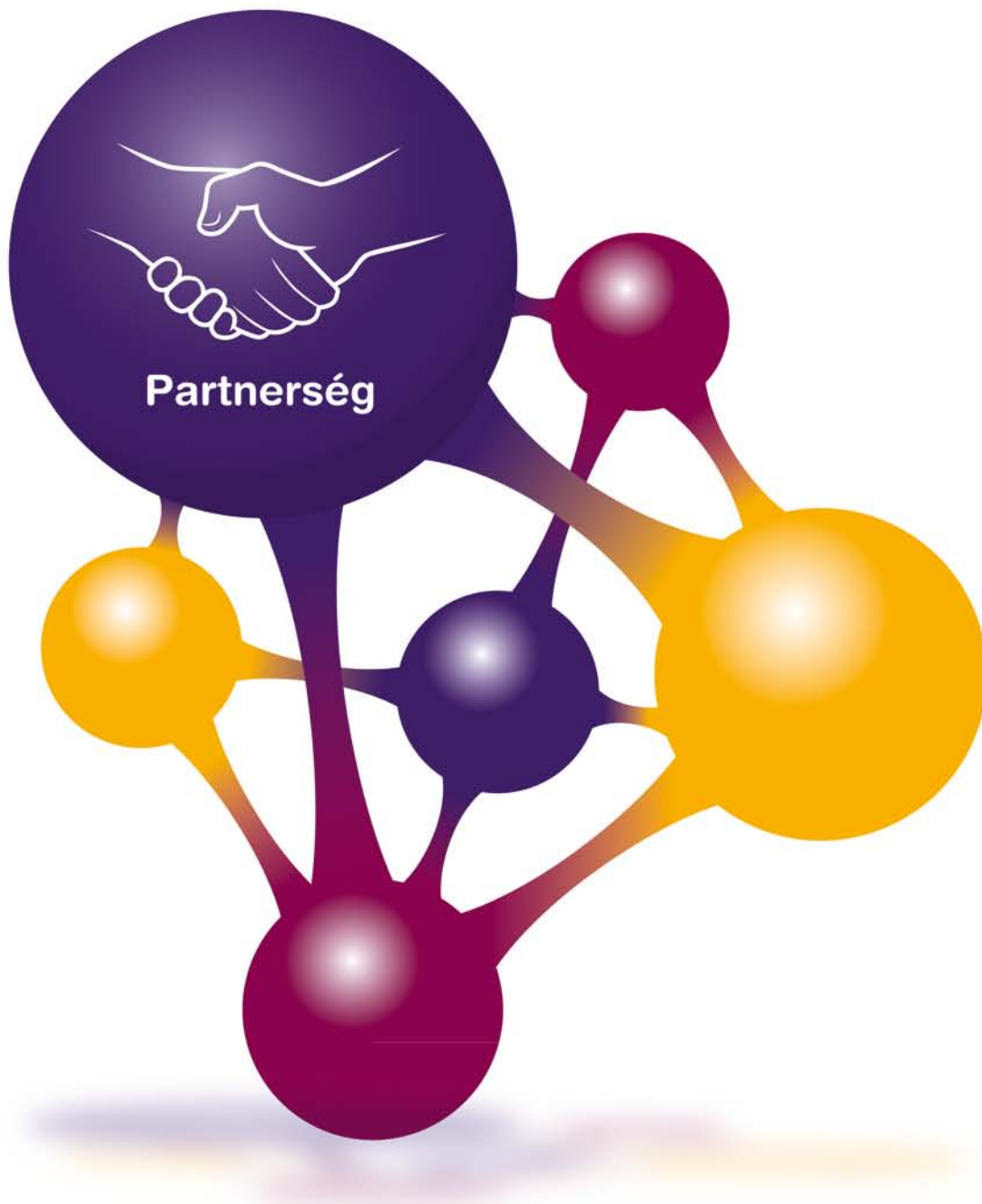
Szignifikánsan ugyanis akkor, amikor egy instabil ellátórendszerrel van dolgunk, azért jött ki ilyen sok ellátás az ellátórendszerből, mert korábban rugalmas kereteket biztosítottak. Részben az önkormányzatok, részben a kórházigazgatók a gazdálkodást tekintve elég jól felnőttek a feladathoz, és ezért sokmindent megtettek, ami lehetővé tette azt, hogy legalább ilyen szinten működjön a rendszer. Látható, hogy egy GYEMSZI-típusú rigiditás nem javítja a helyzetet, valamint az ÁNTSZ funkcióinak kurtítása sem, hiszen a TEK-ek meghatározását az ÁNTSZ végezte úgy, hogy a kormányhivatalok alá volt rendelve.

Forrásteremtés vonatkozásában az önkormányzati források elvesztése súlyos veszteség. Ez az utolsó „békeévben”, 2009-ben még több mint 90 milliárdot tett ki, nyilván ennek egy része megmaradt a járóbeteg-szakellátás, illetve az alapellátás szintjén, de a városi kórházak vitték el az összeg nagyobbik részét. Bevezették a Népegészségügyi Termékadót (NETA), ami központi adótételeket, forrásokat váltott ki, tehát ténylegesen plusz forrásként nem jelent meg.

A betegjogokkal kapcsolatosan úgy érzem, hogy az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ messze nem hozza azt a teljesítményt, amit annak idején „fénykorában” az EBF (Egészségbiztosítási Felügyelet) megtett, és én magam ezért fájjalom is, hogy egy ilyen intézményt megszüntettek. Nincsen hatósági „láb” a betegjogi védelem terén, csak egy mediátori szerep, ami ide nagyon kevés.

Problémának látom, hogy egy új rendszermodell intézményesült az elmúlt három év alatt, ahol az állam újra „szerephalmozó”. Holott a 90-es évek egészségügyi változásai pont azt tűzték ki elsődleges célként, hogy az állam ossza meg a szerepeket, a funkciókat, hiszen nem minden szerep áll jól. Az állam a korábbi tevékenységeit sem látta el jól, ehhez képest most újabb szerepet vállalt fel. Szerintem ez szerencsétlen mozzanat. Nincsenek ösztönzők, érdekeltségek a rendszerben, ezért nem is működik úgy, ahogy esetleg működhetne, ha helyükön lennének az ösztönzők. Minden beavatkozás felülről érkezik, az alulról érkező kezdeményezések nem támogatottak. A helyi közösségi kontroll folyamatosan eltűnik a rendszerből, és ezt mindannyian közös veszteségként élhetjük meg.

Az előadó a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészséggazdaságtan Tagozatának elnöke



PEROZZI&PARTNER KFT. LEZÁRJA: 2013.10.08

Az AstraZeneca Kft. és az ELTE Társadalomtudományi Karának Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontja az idén immár 11. alkalommal rendezte meg hagyományos egészség-gazdaságtani szimpóziumát.

Az AstraZenecánál mindannyian nagyon komolyan vesszük az egészség helyreállítását, megőrzését, javítását. Nyitottsággal, és energiával rendelkezünk ahhoz, hogy eredményesen működjünk együtt az egészségügy minden szereplőjével azért, hogy a hosszú távú problémákra hosszú távú megoldásokat találjunk.

**Az egészségügy változik, így mi is változunk.
Mert biztosan tudjuk: Összeköt minket az Egészség!**