



Rossz kulturális beidegződés

Az egészségügyi reform intézkedéseinek többsége mind a társadalomban, mind a szakmában ellenérzéseket is kelt. Ami törvényszerű, hiszen a változások általában ellenállást indukálnak, pláne, ha ilyen széles rétegeket érintenek. Skultéty Lászlóval, a GKI-EKI Egészségügy-kutató Intézet ügyvezető igazgatójával a reformlépések várható gazdasági hatásairól, hatékonyságáról beszélgettünk.

H *Az egészségügyi reform olyan kényes és a társadalom egészét érintő változásokhoz hoz, melyre a világ más tájain általában 8-10 évet áldoznak a kormányok. A tervek összeállítását alapos vizsgálatok, szakmai felmérések, hatástanulmányok előzik meg. Ezek eredményeinek felhasználásával tesznek kísérletet a változtatásra. Magyarország mindezt pár hónap, legfeljebb egy-két év alatt szeretné megvalósítani. Lehetségesnek tartja egy tizenhat éves lemaradás ilyen rövid idő alatti pótlását?*

– Az elmúlt tizenhat év a reformok szempontjából nem telt el tétlenül, mert sok olyan változás történt a magyar egészségügyben, amely információs bázisként és tapasztalatokkal szolgálhatott a változásokhoz. Korábban is született számtalan reformelképzelés, melyek többségét sajnos elsodorta a négyévenkénti kormányváltás, másrészt nem volt az államháztartásnak olyan külső kontrollja, mint amit európai uniós csatlakozásunk hozott magával. Kimondható, hogy az egészségügyi reform elhúzóda-sáért leginkább a politika a felelős.

H *Gazdaságkutatóként megfelelő irányúnak és kellőképp célravezetőnek látja a napjainkban körvonalazódó reformintézkedéseket?*

– Az eddig ismertté vált intézkedések létrehozói alapvetően abból a feltételezésből indultak ki, hogy pazarló a magyar egészségügy, amelyben emellett némely területen hiány is mutatkozik. Ezért elsősorban a pazarlás megszüntetését tűzik ki célul, de bizonyos esetekben ez magával vonja a hiány felszámolását is. A kapacitáscsökkentés például megszüntetheti egyes intézmények szak-

emberhiányát. Valószínűsíthető az is, hogy (a tervezett nagy összegű „licencdíj” bevezetése miatt) az orvoslátogatók közül többen visszakerülnek majd a gyógyítás területére. Ha a reformok képesek lesznek hosszú távon csökkenteni az ágazat költségeit, illetve jelentősen fékezni a hiány növekedését, akkor beszélhetünk majd pozitív eredményekről. A gazdaságosabb működés szempontjából legfontosabb reformelemek az aktív kórházi ágyak és az intézmények számának csökkentése, továbbá a járulékönyvek rendbetétele, a jogosultsági jogcímek pontos meghatározása. Kevésbé hatásos intézkedésnek gondolom a vizitdíjnak a tervezett formában való bevezetését.

H *Mi lehet a gond a vizitdíjjal?*

– Bevezetését a paradigma-váltó intézkedések körébe sorolom, s mint olyant, elsősorban ideológiai reformnak tartom. Várható hatástalanságát abban látom, hogy bevezetését nem előzte meg semmilyen vizsgálat, amely kiderítette volna, hogy az alapellátásban nálunk vajon miért olyan magas az orvos-beteg találkozások száma, miért évi hatvanmillió, vagyis kétszerese az európai átlagnak. Nem mérte fel senki, hogy ebben a nagyon magas találkozási számban milyen arányt képviselnek a szolgáltatás „ingyenessége” miatt létrejövők, és azok, amelyekre a beteg a nehézkesen, túladminisztráltan működő beutalási, illetve receptírási rendszer miatt kényyszerül. Ismert tény, hogy a szakrendelések többségének szolgáltatása csak házi-orvosi beutalóval érhető el, illetve a krónikus betegek, a már évek óta szedett gyógyszereik receptjeit is kénytelenek havonta kiállíttatni a házi-orvosukkal. Ennek ismeretében feltételezhető, hogy az orvos-beteg találkozások jelentős ré-

sze indokolatlan, ám a jelenlegi szabályozás által gerjesztett, a beteg által nem megkerülhető tényező. A némely egészségpolitikus által mostanában hangoztatott szlovák példa, miszerint a szomszéd államban azért vonták volna vissza a vizitdíjat, mert belátták annak hatástalan-



Skultéty László

ságát, nem állja meg a helyét. Ott nyilvánvalóan az új kormány „népszerű” intézkedéseként került erre sor, nem a tapasztalatok miatt, melyek épp az ellátások igénybevételének csökkenését mutatták. A hazai vizitdíjrendszer (legalábbis a jelenlegi tervezett formában) az intézményekre nagy adminisztrációs költséget és pluszmunkát ró, a lakosság szempontjából pedig súlytalan. Célját, hogy felkeltse a beteg pénzügyi felelőségének érzetét, valószínűleg nem éri el, hiszen gyakorlatilag csak az orvoshoz nem járók fognak vizitdíjat fizetni. A nyugdíjas ez után is kénytelen lesz rendszeresen megjelenni a rendelőben, hogy

felírassa a havi gyógyszeradagját, és a szakorvosi beutalóért sorban állók sem lesznek kevesebben. A vizitdíj céljával, miszerint megszüntetné a gyógyító szolgáltatások ingyenes látszatát és nagyobb felelősségérzetet várna a betegtől, maximálisan egyetértek, ám bevezetésének módja célt téveszt és lejárhatja magát a díjrendszert.

H A szlovákoknál hogyan működött a vizitdíjrendszer?

– A rászorult társadalmi csoportok járandóságát (nyugdíj, munkanélküli segély stb.) meghatározott éves orvos-be-



PÁLYAKÉP

Skultéty László 1972-ben született. Diplomáit a Budapesti Közgazdasági Egyetemen szerezte.

2002 óta a GKI-EKI ügyvezető igazgatója. 1996 óta rendszeresen publikál, szakmai értekezéseiben többek között foglalkozott az egészségügyi ellátórendszer önkormányzati megítélésével, az egészségügyi informatika és menedzsment kérdéseivel, a háztartások jövedelmi rendszerének átalakulásával.

teg találkozás „árával” felemelték, majd gyakorlatilag mindenkinek egyformán kellett vizitdíjat fizetni, felső korlát nélkül. Persze, ez a rendszer is magában hordta a konfliktusok lehetőségét, hiszen a betegeskedő, sokszor orvoshoz járó nyugdíjas rosszabbul járt, mert a vizitdíjra kapott plusz pénznél többet fizetett az orvosnál, az egészséges idősök pedig jobban jártak, mert megtakaríthatták, más célra fordíthatták a nyugdíj-emelés összegét.

H Külön-külön vizsgálva az egészségügy különböző szintjein bevezetendő reformlépéseket helyesnek, célravezetőnek tartja azokat?

– A reform egészét tekintve jól látszik a koncepció. Már a Zöld Könyvben is megjelentek olyan elemek, amelyek most a reform vázát adják. Többségükkel gazdasági szakemberként egyetértek, mert szükségesek és elkerülhetetlenek a rendszer fenntartható működésének érdekében. Az persze kérdés még, hogy a törvények elvei miként érvényesülnek majd a végrehajtás során. Pillanatnyilag érezhető a törvényalkotók kapkodása, bizonytalansága, ami árthat a folyamatok végrehajtásának. Egyelőre

nem látom a reformintézkedések között egy korábbi cél, az alapellátás megerősítésének megvalósulását, pedig erre a lépésre, a magasabb szintű szolgáltatások tehermentesítése végett feltétlen szükség volna. Az alapellátás tevékenysége, a jelenlegi elképzelések szerint nagyrészt a betegség észlelésére szűkül és nem társul ehhez a kapacitás és kompetencia bővítésének szándéka. További problematikus elem a finanszírozás, amely szinte kizárólag egy rövid távú, fiskális megszorítástól vár eredményt. Folyamatban van a járulékfizetés nélküli jogosultságok felülvizsgálata és e kör szűkítése is. Gazdasági szempontból elhibázottnak tartom a még a nyár derekán életbe léptetett intézkedést; a kórházak volumenkorlátos finanszírozásában a degresszió „levágását”. Noha a szakma és a közvélemény pillanatnyilag főként az éppen aktuális kórházbezárások és ágyszámleépítések kérdésével foglalkozik, számítok rá, hogy hamarosan az említett finanszírozási problémák is ismét a figyelem középpontjába kerülnek.

H Realisnak és elkerülhetetlennek tartja az aktív ágyak nagymértékű csökkenését és helyettük nagyszámú rehabilitációs és krónikus kapacitás létesítését?

– Sajnos, a reformokat ezen a területen sem előzte meg olyan felmérés, amely világossá tehetné volna, vajon a most működő rendszerben mennyi azon aktív ágyak száma, amelyeken szociális vagy egyéb indokok miatt kezelnek krónikus beteget. Erről még becslések sem állnak rendelkezésre, vagyis nem tudható, hogy az egészségpolitikusok által hangoztatott harminc százalékos leépítési arány megállja-e a helyét. Amit biztosan tudni lehet, az az, hogy nálunk sokkal több aktív ágy jut tízezer lakosra, mint akár a régi, akár az új uniós tagok átlagában, s az ágyak területi eloszlása esetleges. A krónikus ellátásba átminősítendő mintegy nyolcezer ágy csupán 10-15 százaléka az aktívoknak. Az kétségtelen tény, hogy eddig sok helyen hiány mutatkozott a krónikus és rehabilitációs ellátásban. Van például olyan vidéki szanatórium, ahol egyéves a várólista, ami a rehabilitáció sikere szempontjából megengedhetetlen lenne.

H Bár a korábbi tervekben és a Zöld Könyvben is súlyponti kérdésként szerepelt a megelőzés, a megvalósulni látszó lépések között eddig szinte egyáltalán nem található azzal foglalkozó. A prevenció háttérbe szorítása pedig 10-15 év

múlva olyan vészesen romló népegészségiügyi problémákat okozhat, amelyek újfent az aktív ellátás megerősítését kívánják. Vagyis a reform pár év alatt oda jutna vissza, ahonnan elindult.

– A magyar gazdaság ismert helyzete miatt a reform elsősorban a fiskális oldalra koncentrál. Tudjuk, hogy a prevenció munkája kezdetben nagyon drága, és akár húsz évig várni kell a befektetett pénz megtérülésére. A reformerek ezért inkább a gyorsabb gazdasági eredményre vezető gyógyító ágazatra koncentrálnak. Ennek ellenére nem gondolom, hogy következményeként a jövőben Magyarországon sokkal gyengébb lenne majd a megelőző munka, mint amilyen eddig volt, ugyanis eddig is szinte a nullával volt egyenlő a rendelkezésre álló forrás. Nálunk a prevenció két fő eszközeként a kommunikációt és a központilag finanszírozott szűrőprogramokat alkalmazták. Mindkettő mértéke, minősége és határfoka gyenge volt. A központi méhnyakrákszűrés adatai például magukért beszélnek: a szűrésre invitált nőknek alig tíz százaléka jelent meg a vizsgálaton. Miközben a szakma véleménye szerint ennél nagyobb mértékű a nők átszűrtsége. Vagyis hibás volt a központilag szervezett vizsgálatok kommunikációja. A kitörési pont a prevenció terén szerintem éppen a kommunikáció javítása volna. Hiába szerveznek központi szűrőprogramokat, ha a lakosság egészségtudatos magatartásának javítását, az önmagukért vállalt felelősség érzetének erősítését nem veszik célba. Tény, hogy azt a kevés forrást, amely hosszú évek óta a prevenció rendelkezésére áll Magyarországon, lényegesen költséghatékonyabban lehetne felhasználni, mint ahogyan az megtörtént.

H Pár évvel ezelőtt az OEP éves gyógyszerkasszája 160-180 milliárd forint volt, idén pedig már 300 milliárd körül van. Szigorodnak a gyógyszerfelírás szabályai, az orvosoknak a legolcsóbb hatóanyagú készítmény felírására kell majd törekedniük. Ezekkel az intézkedésekkel vajon lassítható, esetleg megállítható lesz a gyógyszerkassza további kóros növekedése?

– Látszólag ellentmondásos tény, de igaz, hogy a szűrőprogramok számának és fajtájának gyarapodása általában indukálja a lakossági gyógyszerfogyasztást. Az újonnan felfedezett magas vérnyomásos, cukorbeteg, csontritkulásos páciensnek orvosa gyógyszereket ír fel, gyarapítva ezzel a kassza kiadásait. Ennek ellenére a



hazai gyógyszerfogyasztás éves volumene csak nagyon lassan nő. A drasztikus költség-, illetve kasszanövekedést a piacra bevezetett, drága, modern (promóciós költségekkel ugyancsak megterhelt) készítmények okozzák. Ez világlajosság, nem magyar sajátosság. Ezek a gyógyszerek az új hatóanyag magas kutatási költségei miatt drágák, s persze javíthatnak a betegek életminőségén, ám ennek ára van. Vannak közöttük olyanok is, amelyek a többi terápiás költséget is kiválthatják vagy mérséklék, de nem ez a jellemző. A gyógyszerkassza kordában tartására többféle technika alkalmazható. Központi szabályozással lehet a gyógyszerfogyasztást az olcsóbb készítmények irányába fordítani, lehet a fogyasztás anyagi terheit a szereplők között (lakosság, gyártó, biztosító) másképp elosztani, vagy volumenkorlátozó intézkedéseket lehet bevezetni. A parlament által elfogadott gyógyszer-gazdaságossági törvény elsősorban a terhek elosztásának változtatásáról szól, amelybe beletartozik az is, hogy várhatóan 2007. januártól a lakossági terhek is emelkedni fognak. Ez csupán következmény, mert a kassza tendenciózus emelkedése többek között annak az eredménye, hogy 2004 óta a gyógyszerek átlagos támogatottsági aránya fokozatosan emelkedett, a lakossági terhek relatíve csökkentek, az ebből eredő hiány pótlását pedig magára vállalta a biztosító. A frissen befogadott, drága készítmények zömét általában kiemelt támogatású gyógyszerként kezelte az OEP. A gyógyszerek forintban mért éves forgalmának éppen ezek a készítmények egyre növekvő hányadát teszik ki. Azzal egyet-

értek, hogy az orvosok törekedjenek a legolcsóbb hatóanyagú készítmények felírására, ám nem korlátoznám a beteg drágább gyógyszerekre való igényét sem. Ha úgy gondolja, neki a sikeres kezeléshez szüksége volna egy drágább gyógyszerre, az legyen felírható, ám az árát a beteg fizesse, ne a biztosító. Helyeslem, hogy korlátozzák az orvoslátogatók által nyújtott gyógyszer-promóció lehetőségét, bár nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy a gyógyszergyártók a promótálás mellett az orvosok szakmai informálására is használták a hálózatot. Úgy gondolom, ezt az információs hézagot valamilyen módon (például internetes információs lehetőséggel) ki kellene tölteni. A gyógyszer-gazdaságossági törvény alapvetően a terhek újraelosztásáról szól, melyben megjelenik a házi és szakorvosi gyógyszerkeret is. Hiányzik belőle viszont az orvosok érdekeltté tétele, az ösztönzés az olcsó hatóanyagok felírására. Csupán szankciók lehetőségét tartalmazza, megfelelnek a premizálásról, amely például a praxis bevételeit növelhetné. Pedig ezek az ösztönző, ám nem sok kiadással járó tényezők jelentősen növelhetnék a szakma elfogadóképességét, és általa a reform végrehajtásának hatékonyságát.

H A reformerek szerint a bevezetett és még várható intézkedések előbb-utóbb mérséklék, majd megszüntetik a paraszolvencia intézményét. Valóban várható ilyen hatás?

– A forgalomhoz képest a vizitdíjbevételek az alapellátásban és a szakrendelőkben lesznek jelentősebb mértékű. Éppen a kór-

házakban, ahol sokkal általánosabb (és lényegesen nagyobb mértékű) a hálapénz, mint az említett ellátási formákban, csekély, szinte elhanyagolható lesz az ápolási díjból származó bevétel. Várható, hogy az alap- és járóbeteg-szakellátásban a vizitdíj részben kiváltja majd a paraszolvenciát, ám a kórházakban erre nincs esély. Annál is inkább, mert egy aktív ágyon, pár napon át kezelt beteg ápolási díja alig lesz több ezer forintnál, ez az össze pedig össze sem hasonlítható azzal, amit adott esetben „hála jeléül” az orvos zsebébe csúsztat. Így nem érzi azt, hogy a díj kifizetésével „megváltotta” volna a paraszolvenciát.

H Ezek szerint csak a több-biztosítós rendszer lesz képes elnyomni a paraszolvencia intézményét? Akkor a beteg egyértelműen látja, érzékeli majd, hogy pénzért egy szolgáltatást vásárolt és nincs szüksége rá, hogy további juttatással vegye meg a szolgáltató jóindulatát. Lehet, hogy a magyar beteg még ekkor is indítatást érez majd a hálapénz adására?

– Hatvan éves rossz, kulturális beidegződéssel kell leszámolni. Az sem mindegy, hogy befizetett pénzért a beteg milyen szolgáltatást kap, mit várhat el érte és mit nem. A tervezett kórház- és orvosválasztási korlátozás, a várólisták csökkenthetik a hálapénz adásának esélyét.

LÓRÁNTH IDA

egészségügyi szakújságíró



Struktúraátalakítás Miskolcon

A struktúraátalakítás keretében a Diósgyőri Kórház - Rendelőintézetet a stroke ellátási központjává fejlesztik, így a neurológiai feladatokat városi szinten teljes egészében átveszi a Semmelweis kórháztól. A szülészeti osztály a Semmelweis kórháznak történő feladatátadással megszűnik, a jelenlegi 45-ből 40 ágyat a neurológiai osztályra csoportosítanak át, amelynek így 130 ágya lesz, a megmaradó öt ágy pedig a rehabilitációs osztályra kerül, hasonlóan a megszűnő sebészet 32 ágyához – amelyet szintén a Semmelweis kórház vesz át –, így a diósgyőri kórház rehabilitációs osztályának kapacitása a jelenlegi 20-ról 57 ágyra bővül. A járóbeteg-szakellátás keretében pedig hat ágygal egynapos sebészeti osztályt létesítenek. Ami a Semmelweis kórházat illeti, osztályösszevonás eredményeként a belgyógyászat jelenlegi 158 aktív ágya 148-ra csökken, a fennmaradó tíz hely átkerül a sebészetre, ahol ily módon 87 ágy lesz. Tízfel csökken a fül-orr-gégészeti osztály fekvőbeteg kapacitása, amelynek felét – 5 ágyat – a szűrőállomás járóbeteg óraszámára konvertálnak, ötöt pedig ápolási osztálynak adnak át. Az ideggyógyászat 50 ágya a feladat átadásával megszűnik, az így felszabaduló ágyak az sbo-ra, a szülészetre és az ápolási osztályra kerülnek. A pszichiátriai 75 ágyból húsz ugyancsak az ápolási osztályra kerül. A Semmelweis kórházban 52 ágyas ápolási osztályt alakítanak ki. A két kórház patológiai osztályait egy központtal összevonják. A kórházak strukturális átalakítása következtében az ágyak száma (aktív és krónikus) összesen tízzel csökken, alapvetően csak átcsoportosítások várhatók (89 ágy). Azzal, hogy a két kórház begogadóképessége lényegesen nem csökken, elkerülhetővé válik az egészségügyi dolgozók elbocsátása. Az átalakítás eredményeként Miskolcon létrejön az egészségügyi ellátás teljes vertikumát átfogó, egymásra épülő ellátási szisztéma, melynek alapja a szűrőállomás és a sürgősségi osztály. Az erre épülő koncentrált ellátást két irányban alakítják át. Egyik a neurológia-stroke a hozzá kapcsolódó rehabilitációval, a másik irány pedig az aktív ellátás központosítása a Semmelweis kórházban.