

Merre tart a magyar egészségügy?

A július elsején életbe lépő új finanszírozási rend érzékenyen érinti a magyar kórházak mindegyikét. A megszorító intézkedésként aposztrofált változásokon kívül a hazai egészségügy szereplőit ugyanilyen intenzíven foglalkoztatja a körvonalazódó reformok várható hatása is.

Az Európai Unióban az idősek (65–79) száma 2010 után jelentős mértékben növekszik, és ez a tendencia 2030-ig folytatódik (+37,4%). A két évszám között ugyanakkor az aktív korúak száma 20,8 millióval csökken.

A technikai forradalom eközben minden képeletet felülmúló, új lehetőségeket biztosít a diagnosztika és a gyógyítás területén. A gyógyszerkutatás fejlődésének köszönhetően újabb és újabb készítményeket vehetnek be a gyógyítók. A 21. század kihívásai közül csak néhányat említve is egyértelmű, hogy a nálunk fejlet-

tebb gazdasági potenciállal rendelkező országok egészségügyi rendszereiben is folyamatos átalakítások szükségesek.

A magyar egészségügyi rendszer azonban évtizedek óta alig változott, jelen állapotában tovább nem finanszírozható, és működőképességében is zavarok mutatkoznak.

Az ágazat működtetésében és működésében részt vevő minden szereplő egyetért abban, hogy reformokra van szükség, de a reformok megvalósításának elképzelései politikai hovatarozástól függően jelentősen változnak. A 2006-os választásokon ismételen kormányzati pozícióba került szocialista-liberális kormány Új Magyarország programja eltökélt és központi szerepet szán az egészségügyi reform megvalósításának.

A konvergenciaprogram megvalósulásához nélkülözhetetlen gazdasági megszorító intézkedések, a reformok elindítása és a színlelt szerződésekre vonatkozó adójogi moratórium 2006. június 30-ával történő megszűnése valóban felforrósította a

szakmán belüli hangulatot, és válságmenedzselésre készítette a hazai kórházakat.

Az MKSZ 18. kongresszusának állásfoglalása szerint az MKSZ elkötelezett az ágazat működőképességét biztosító sürgős szakmai változások és a hosszú távú átalakítások végrehajtásában. Ugyanakkor nehezményezi, hogy a teljesítményvolumen-korlát (TVK) bevezetése óta folyamatosan fennálló forrásvesztés és finanszírozási hiány a kórházak pénzügyi-gazdasági helyzetét rontja, sőt lehetetlenné teszi.

Ezt a finanszírozási technikát tovább nehezítette a július elsején életbe lépett 95 százalékos törvény, melynek lényege, hogy a 2005. évi teljesítményt bázisként véve a 95 százalékon fölüli teljesítményt az OEP nem finanszírozza.

Dr. Vincze Árpád, a Békés Megyei Tüdőkórház igazgató főorvosa hangsúlyozta, hogy a vezetése alatt álló kórház esetében ez havonta több mint tízmillió forint bevételkieséshez vezet. Ugyanakkor a kórházban működő légzésrehabilitációs részleg

szorzója is kedvezőtlenül változott, 1,6-ról 1,2-re csökkent, melyet a krónikus alapdíj négyezer-száztizenöt forintról négyezer-kilencszáz forintra való változtatása nem kompenzál. Az általános krónikus finanszírozás szorzója is 1,2 maradt, ami a kórházi menedzmentet arra készíti, hogy az ezen ellátási formában részesülő daganatos betegek a strukturális átalakítás után a kedvezőbb finanszírozású rehabilitációs ellátási körbe kerüljenek.

Hasonló véleményt fogalmazott meg dr. Nyári Ildikó, az ajkai Magyar Imre Kórház főigazgatója is, amikor arról beszélt, hogy az általa vezetett intézményben is kritikus helyzetet okoz az új finanszírozás. Az akut ellátást igénylő betegek felvételénél a kórháznak nincs mérlegelési lehetősége, így a nem ilyen jellegű problémával jelentkező pácienseknél csak az előjegyzési rendszer nyújthat megoldást, ez pedig várólisták kialakulásához vezet. Ráadásul a 95%-os szabály azt is kiválthatja, hogy a magasabb HBCS-jű betegek okozta finanszírozási nehézségek esetén az osztályos felvételekben – kompenzálásképpen – csökkenteni kell a betegfelvételt.

A Magyar Televízió Kedd 21 című műsorában Rác Jenő előző egészségügyi miniszter, jelenleg a veszprémi kórház főigazgatója is szükséges rossznak minősítette ezt a finanszírozási technikát, a kötelező akut betegellátás mellett a tervezett műtéteknél ő is a várólisták növekedését prognosztizálta, ugyanakkor azt is elmondta, hogy a gazdasági lehetőségeket minden rendszernek figyelembe kell venni.

Dr. Horváth Ágnes szakállamtitkár ugyanezen műsorban a témakörhöz kapcsolódóan megjegyezte, hogy jelenleg Magyarországon a kórházi betegek húsz százaléka indokolatlanul fekszik az intézményekben.

Csak méreteiben eltérők a gondok a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban, melyekről dr. Maróth Gáspár válságmenedzser nyilatkozott a Kossuth Rádió Magyarországról jövő című műsorában. Az intézmény a három legnagyobb megyei kórház egyikeként kiemelkedő szakmai hírnévvel rendelkezik, és ez megmutatkozott az ellátásért hozzá forduló betegek létszámában is, akik közül senkit nem utasítottak vissza. Ennek eredményeként a 2005. évben a kórház folyamatosan a 110%-os sáv felett mozgott, s így majdnem 600 millió forintnyi összegben maga finanszírozta a betegellátást a 11 milliárd forintos éves költségvetéssel rendelkező oktató kórházban.

A 2005. évi teljesítménykorlátot július elsejétől még 5 százalékkal visszavette a

központi kormányzat a költségvetési megszorítások miatt, ami változatlan betegellátás mellett másfél milliárd forintnyi – csaknem kéthavi finanszírozási összegű – kiesést jelent. A válságmenedzser matematikailag megoldhatatlannak tartja a kórház likviditásának fenntartását. A problémák megoldására mindhárom kórház megszorító intézkedéseket tart szükségesnek, melynek kézenfekvő lehetősége a létszámleépítés lenne, hiszen a kórházak egyik legnagyobb költsége a bér.

A válságmenedzser által elmondottakat prof. dr. Oláh Attila, a Petz Aladár Kórház orvosigazgatója megerősítette, és hozzáfűzte, hogy Győr számára a legnagyobb gondot a TVK további 5 százalékos csökkentése, valamint a degresszió megszüntetése jelenti. Előzetes kalkulációik szerint ezt minimum 12 százalékos betegforgalom-csökkenéssel tudják csak kompenzálni, ami a várólisták további növekedéséhez vezet. Bizonyos műtéti típusok eddigi 3-4 hónapos előjegyzése most még tovább nőni.

Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy Győr eddig is természetes regionális központként működött, hiszen a területen nincs orvosegyetem. Amennyiben a környező kisebb kórházak működéképtelené válnak vagy profilváltásra kényszerülnek, az ideáramló betegek száma még tovább fog nőni. Ha erre a feladatra a centrumként működő nagy megyei kórházak nem kapnak finanszírozást, az jelentősen veszélyeztetni fogja mind a progresszív betegellátás elvét, mind a megkezdett reform-folyamatokat.

Dr. Nyári Ildikó szerint az igazgatása alatt álló kórházban már eddig is pengeélen tancoltak az orvosi és szakdolgozói létszámmal. A további létszámleépítés szinte lehetetlen, részint az elvárt, magas szintű betegellátás miatt, részint pedig az e célt szolgáló minimumfeltételek kilitálásba helyezett szigorú számonkérése okán.

A Petz Aladár Megyei Oktató Kórháznál a kórház bér- és járulékköltségei a teljes működési bevétel hatvan százalékát teszik ki. A kórház vezetése azonban semmiképpen nem akar megválni a jól képzett szakemberállománytól, hisz a budapesti Semmelweis Egyetem Oktató Kórházaként működő intézményben olyan terápiák és beavatkozások folynak, melyek az országban egyedülállóak, illetve csak néhány helyen végezhetőek.

A győri kórház szolgálatában fél éve tevékenykedő válságmenedzser a humán erőforrás vonatkozásában attól tart, hogy a fiatal orvosgeneráció elvándorol a kórházból. Végső megoldásként szeretné elérni,

hogy a központi kormányzat az elmúlt évek hibás finanszírozási stratégiáját felülvizsgálja a győri Megyei Kórházzal kapcsolatban, és új kereteket szabjon meg.

A Zala Megyei Kórház ápolási igazgatója attól tart, hogy költségsökkentésként ápolási területen a kórházvezetők az alacsonyán kvalifikált munkaerőt fogják előnyben részesíteni.

A kialakult problémákat súlyosbítja a hiányszakmákban és ügyeleti ellátásban gyakorivá vált vállalozási megbízási szerződések problémája. A szerződések felmondása – amennyiben a szakemberek közalkalmazottként vagy szabadfoglalkozású jogviszonyban nem ohajtanak tovább dolgozni – egyes területeken az ellátást is veszélyeztethetik.

A kórházak többsége az APEH szakembereivel is konzultált a helyzet megoldásáról, így biztosítva a fennálló munkajogi problémák rendezését.

Lapunk júniusi számában dr. Kőszegfalvi Edit jogtanácsos, biztosítási szakjogász, jogi osztályvezető a kérdést részletesen elemezve arra a konklúzióra jutott, hogy e kérdéskör megoldására szükséges az ágazatot érintő jogszabályi környezet megváltoztatása is.

Az egészségügyben tapasztalható megszorító intézkedések mellett körvonalazódni látszanak az ágazat reformjának főbb jegyei, melyek a szolidaritás alapú egészségügyi ellátásra épülnek, a biztosítási alapsomag meghatározása mellett. A reformok során a sürgősségi ellátáshoz való egyenlő hozzáférést kell biztosítani minden beteg számára, racionalizálni kell a kórházi ellátórendszert, és az aktív ágyszám lakosságra vetített ésszerűsítése után fejleszteni kell elsősorban a rehabilitációs és krónikus ellátást, a méltó halálhoz való jogot figyelembe véve növelni kell a hospice jellegű ágyak számát is.

A struktúraváltás alapkövetelménye a kórházi működés minőségének mérése, a felügyeleti rendszer kialakítása, az OEP átalakítása mellett a biztosítási törvény megalkotása, és az orvos-beteg találkozások racionalizálására a később meghatározásra kerülő vizitdíj bevezetése, mely talán hozzájárul a sokszor szegénytelen alacsony orvosi fizetések emeléséhez.

A kormányzat és az egészségügy minden szereplőjének közös célja a fenntartható finanszírozás mellett a betegek megfelelő szintű ellátása, melynek kereteiről az elkövetkező hónapokban még sok vita várható.

RADNAI ANNA

újságíró