

MOTESZ '2014

ÁLLANDÓSÁG ÉS VÁLTOZÁS AZ EGÉSZSÉGÜGY HELYZETE ÉS FELADATAI 2014-2018.

Preambulum

Az egészségpolitika és az orvosi ellátás elérhetővé tételének legnagyobb nehézsége az egész fejlett világban, nem csak Magyarországon, hogy az óriási tudományos-technikai fejlődéshez képest elmaradt az eredmények alkalmazását lehetővé tevő átfogó rendszer kialakulása.

Az egészségügyben a rendszerváltás óta számos változás történt, az egészségügy problémáinak átfogó megoldása azonban nem született meg. Az elmúlt húsz év során hiányzott az az eltökéltség és politikai akarat, amely e nagy ellátórendszer átalakítását kellő meggyőzőerővel és következetességgel képviselte volna. Bizonyos szempontból érthető, hiszen egy ilyen rendszer átalakítása jelentős anyagi forrást és hosszabb időt igényel, amelyet a 4 éves politikai ciklusok miatt nehezen vállalnak. Az egészségüggyel kapcsolatos orvostechika és gyógyszerfejlesztés rohamos fejlődése további forrásigényt generál, s mivel az új technológiák és terápiás eljárásrendek bevezetése általános emberi igény, elmaradásuk szakmai, emberi frusztrációt és jogi következményeket eredményez. A fejlődés lehetőségeinek széles körű, betegek által történő megismerése az internet világában triviális. Nem is csodálható, hogy a fejlett világ országaiban is állandó napirendet jelent az egészségügy „korszerűsítése”.

Hiányoznak azok a filozófiai-etikai-politikai keretek, amelyek közt az egyre drágább diagnosztikai, terápiás eszközök szükségletalapon, az emberek igazságérzetét nem sértve biztosíthatók a rászorulóknak és az igénylőknek. Mi az egészség? Hol a határ az egészség és a betegség között? Mi a határ a gyógyítás és az egészségmegőrzés között? Mi a helyes aránya az állami és egyéni tehervállalásnak? Mit kell érteni a drága technológiák korszakában a szolidaritás elvén? Megannyi életbevágó kérdés, amiről nem alakult ki társadalmi egyetértés, és amelyekben a különböző szakemberek, szakmai csoportok, ágazati szereplők is élesen eltérő álláspontokat képviselnek. Hiányzik egy olyan koncepció, ami nélkül ebben a bonyolult makrorendszerben csak részérdekek érvényesülhetnek, s aminek hiánya jelentős mértékben felelőssé tehető azért, hogy a szolgáltatók folyamatosan adósságot halmoznak fel és az egészségügyi ellátás és az orvoslás iránti közbizalom erősen meggyengült.

Az egészségügy „klasszikus” közgazdasági folyamatokkal és rendszerekkel nem leírható, nehezen értelmezhető és kiszámítható ágazat. Ezt mutatja az a diverzitás is, amely az az egyes országok eltérő egészségügyi rendszereiben nyilvánul meg. Ha van tartalma annak a homályos fogalomnak, hogy „unortodoxia”, akkor ez az egészségügyre vonatkoztatva igencsak értelmet nyer: az orvos-biológiai tudományos-technológiai vívmányok nem kezelhetők a ránk hagyományozódott régi elvek szerint.

Átfogó egészségügyi fejlesztési koncepció nélkül a különféle programok, intézkedés-csomagok csak a „tűzoltás”, a jól eladható és kommunikálható kategóriába esnek. A kormányzat által kezdeményezett átfogó változásokhoz és az egyes kiemelt programokhoz szükség van a társadalom támogatására és

az egészségügy szereplőinek partnerségére. Ezért nagyon fontos a megfelelő tájékoztatás arról, hogy milyen stratégiai lépések mentén képzeletben el az egészségügyi kormányzat a következő éveket, s mennyi forrás áll majd ezek megvalósításra rendelkezésre. A korszerű egészségügyi ellátás biztosítása csak átgondolt és széleskörű társadalmi és ágazati támogatást élvező folyamat lehet.

Az elmúlt ciklus egészségügyre vonatkozó kormányintézkedéseinek értékelésében kettősség érvényesül: a Semmelweis Terv ugyan jó irányú elmozdulást ígért, de nem állt össze egy koherens koncepcióvá, sok fontos kérdésre nem adott választ. Születtek jó célokra irányuló tervek, de ezeket nem követte egy tudatos, konzekvens „implementáció”, a megvalósítást alacsonyabb rendű politikai szempontok, parciális érdekeket érvényesítő lobbik erősen korlátozták.

Az elmúlt időszakban pozitívan értékelendő a tárca lakossági kommunikációja: kényes kérdéseket is sikerült „lecsendesíteni”, de a kommunikáció politikai szintű maradt, s ettől nem függetlenül túl sok kérdésben pontatlan, gyakran téves a közvélekedés fontos orvosi beavatkozások indokoltságáról. Mindez gerjeszti az emberek elvárásait a szolgáltatókkal szemben, s közvetlenül is fokozza az ellátás költségigényét. Az egészségügyi jövőkép alapelemeiről társadalmi megegyezésre kell jutni, amit széleskörű párbeszéd útján kell elérni.

Magyarországon az elmúlt évtizedekben elmaradt annak a bemutatása, hogy az államilag finanszírozott egészségügy milyen keretek között, milyen ellátás nyújtását képes biztosítani a rendelkezésre álló, EU- és OECD összehasonlításban is alacsony állami ráfordításból (minimum szolgáltatások megállapítása), holott ennek deklarációja és kiegészítő magánbiztosítások lehetősége tisztább képet jelentettek volna. Az ellentmondást az is jellemzi, hogy bár állami egészségügyről beszélünk általában, de az egészségügyi piacon jelen vannak magánvállalkozók, akik általában nem többlet-forrás bevonását generálnak (magán pénztári fizetések), hanem az állami költségvetés egészségügy forrásait használják fel.

Többszöri felmérés sem nyújt megbízható adatot arra nézve, hogy az egyes diagnosztikus és terápiás eljárások valójában mennyibe is kerülnek. A finanszírozási rendszer ad hoc jellegű – és kapcsolati tőke igénybe vételével befolyásolt – változtatásai erőteljes torzítást eredményeznek. Az elmúlt évtizedek rövid távú változtatásai inkább rontottak a helyzeten, mint javítottak. A 2013-as OECD statisztikában Magyarország minden mutatóban rosszul teljesít, s a ráfordításokban nem éri el az OECD34 költségek felét sem (OECD Health Statistics 2014, Health at a Glance). Az elmúlt években a hazai egészségügyben jelentős forráshiány keletkezett, amelyet a hivatalos kormányálláspont a pazarlásnak, a korszerűtlen szerkezetnek tulajdonítja. Különösen aggasztó, hogy a nemzetközi statisztikákban az egészségügyi státusz mellett olyan mutatóink is nagyon rosszak, amelyekre az egészségügynek csekély befolyása van (alkoholfogyasztás, dohányzás, egészségtelen életvitel stb.) Mindemelllett a nemzetközi összehasonlítás alapján az átlagos egészségügyi ellátó szerkezetben kiáltóvá vált a szakszemélyzet hiánya.

A hazai rendszer mostanra teljesítőképességének határaitra jutott, amely ésszerű és célszerű beavatkozások, valamint megfelelő forrásteremtés nélkül nem tudja hosszabb távon ellátni feladatát. Fontos még egyszer kiemelni, hogy a közfinanszírozott egészségügyi ellátásokra az uniós átlagnál lényegesebb kevesebb ráfordítás történik Magyarországon, azzal együtt, hogy a közfinanszírozott egészségügyi rendszerbe történő 1%-os GDP arányos forrásbevonás a gazdasági növekedés 1,7 %-os emelkedését eredményezheti.

Az egészségügyi rendszeren belül is kiemelt fontosságú a prevenció, szűrés és a gyermekellátás kérdése. A kormány már az elmúlt ciklusban is kiemelt figyelmet fordított a demográfiai kérdés (születésszám) megoldására. Ennek azonban első lépcsőben nem képezte szerves részét a gyermekellátás fejlesztése. Az elmúlt ciklusban ez irányban tett lépéseket (születésszám emelésére való törekvés), ki kell egészíteni azokkal, amelyek a megszületett gyermekek hosszú távú egészségének, egészségmegőrzésének feladatát látják el.

Fontos leszögezni, hogy a fejlesztések és változtatások ne csak a betegellátás különböző szegmenseire és szintjeire terjedjenek ki, hanem vegyék figyelembe – a prevenció fontosságának hangsúlyozásával – a különböző szintű oktatási felületeket, valamint a felfedező, alkalmazott és innovatív kutatásokat és ezek ipari kapcsolatát is. Ezek szinergiája triviális és jó együttműködésük hatékonyságát, így a pótlólagos források bevonását és a hatékonyságnövelő hatását a fejlett euro-atlanti társadalmak tapasztalatai igazolják.

Jelen korszakban nem lehet az egészségügyi kormányzatot magára hagyni. Az ágazat szereplőinek együttműködésében többszektóru, összehangolt elemző munkára van szükség! Ha az egészségügy a betegek biztonságos, magas minőségű és méltányos ellátásához megfelelő feltételeket kíván kapni a kormányzattól és a társadalomtól, arra csak akkor lehet jogosult, ha fel tud mutatni egy kiérlelt és megvalósítható koncepciót a XXI. századi lehetőségek és igények racionális kielégítésére. Ennek érdekében a MOTESZ és Tagtársaságai készek a kormányzattal az együttműködésre.

A MOTESZ Tagtársaságait és Tagegyesületeit, továbbá a hazai orvostársadalom néhány kiemelkedő személyiségét felkérte, hogy segítsen kialakítani közös álláspontot az alábbi kérdésekben, amelyekkel a Szövetség segíteni kívánja a hivatalba lépett új egészségügyi kormányzat munkáját:

- 1. Melyek a folytatásra érdemesek az előző kormányzati időszakban megkezdett egészségügyi intézkedések, tevékenységek közül az egészségügyben általában és a saját szakterületén?*
- 2. Melyek azok a területek, problémák, amelyek eddig nem kaptak elég figyelmet, illetve mielőbbi intézkedéseket igényelnek az egészségügyben általában és a saját szakterületén?*
- 3. Melyik az a három legfontosabb kormányzati intézkedés, ami a legnagyobb javulást hozná belátható időn belül a lakosság egészségi állapotában?*
- 4. Melyik az a három legfontosabb kormányzati intézkedés, ami a megfelelő emberi erőforrás biztosításához szükséges az egészségügyben hosszú távon?*
- 5. Miben látja az orvos-társaságok és saját társasága, illetve szakterülete szakmai közössége saját legfontosabb teendőit az elkövetkező időszakban?*

Zombor Gábor egészségügyért felelős Államtitkár a MOTESZ vezetőivel hivatalba lépése utáni találkozásán személyesen is megerősítette, hogy igényli és várja a MOTESZ jelentését és azt személyesen is kész megvitatni a Szövetség ennek szentelt fórumán.

A beérkező válaszokat jelentés formájában összegeztük. A közös, nagy többségi konszenzuson alapuló álláspontokat az alábbiakban foglaltuk össze. A válaszadók anyagait – amelyekben lényeges további információk, elvárások fogalmazódnak meg - mellékletben csatoljuk. A jelentést a MOTESZ elnöksége véglegesítette.

A kész jelentést megküldjük az Országgyűlés, a Minisztérium és az Államtitkárság illetékes vezetőinek – az egészségügyért felelős bizottsági Elnöknek, Miniszternek és Államtitkárnak, továbbá tömörített formában nyilvánosságra hozzuk.

Általános összefoglaló

1. Melyek a folytatásra érdemesek az előző kormányzati időszakban megkezdett egészségügyi intézkedések, tevékenységek közül az egészségügyben?

Az elmúlt ciklus által megkezdett vagy tervezett programok közül a következők kiemelését tartjuk fontosnak:

- A forráshiányos egészségügy támogatására bevezetett extra adóbevételek és ezek körének bővítése. Mindazzal együtt, hogy a bevételek pontos allokációját teljes mértékben átláthatóvá kell tenni.
- Az életpályamodell részeként elindított rezidensi-szakorvosi ösztöndíjrendszer segíti a fiatal pályakezdő orvosokat. A jelenlegi helyzet azonban magában hordozza annak veszélyét, hogy a szakképzett munkaerő (szakorvosi) elvándorlás fokozódni fog (már láthatóak ennek első jelei). A rendszerbe belépő rezidens ösztöndíjjal kiegészített jövedelme eléri egy egyetemi adjunktus bérezését (akinek a fiatal kolléga szakképzését, tanítását biztosítania kellene). Ezzel párhuzamosan a szakvizsgát letevő, szakorvossá váló kollégák azonnal elvesztik az ösztöndíjat, amely a szakképzés megszerzése ellenére jövedelem csökkenést jelent, amely generálja az elvándorlás folyamatát.
- A progresszivitási szintek meghatározása jó irányba induló intézkedés volt, azonban a megvalósítása elakadt. Ennek a finanszírozási oldala nem valósult meg érdemben.
- A fentire alapuló betegút-szervezés elindult, majd elakadt. A jelenlegi rendszerben a beteg és ellátó optimális találkozása (a beteg azon szinten kerüljön be a rendszerbe és lehetőleg ellátásra, ahol az optimális) nem valósul meg. Jól definiált, mindkét fél részéről (igénybevevő és szolgáltató) ellenőrzött betegutak kialakítása szükséges.
- A fenntartó, a finanszírozó és a szolgáltatók együttműködését igénylő ellátásszervezés és a betegút követés révén kell optimalizálni a teljes ellátási folyamatot, a betegség korai felismerésétől, a kritikus időn belüli beavatkozás és aktív ellátáson keresztül, az akut beavatkozás révén biztosított egészségnyereség rehabilitációval (fekvőbeteg és ambuláns), gondozással és beteg-együttműködést biztosító tevékenységekkel együtt.
- A Semmelweis tervben hangsúlyosan megjelenik e-health rendszerek fejlesztésének igénye. Ez természetesen költségekkel jár, azonban már középtávon jelentős megtakarítást jelenthet. Egy országosan működő e-TAJ rendszer (vagy egyéb névvel ellátott) esetében megszüntethetők (számon kérhetők) a párhuzamosságok, fölösleges diagnosztikus és terápiás beavatkozások, sőt beteg-orvos találkozások, ami jelentős belső forrás-átcsoportosítást tehet lehetővé.
- A kiemelten kezelendő gyermekegészségügyet alrendszerre kell alakítani.

- A képzés és továbbképzés területén figyelemre méltó a ráépített szakvizsgák számának bővülése. Hiányzik ugyanakkor ennek a finanszírozási lába (a második, ráépített szakvizsgát a jelölt maga finanszírozza; a kórház forráshiány miatt erre nem képes).

2. Melyek azok a területek, problémák, amelyek eddig nem kaptak elég figyelmet, illetve mielőbbi intézkedéseket igényelnek az egészségügyben?

- Közösen át kell tekinteni az ágazati jogszabályokat és fel kell mérni a napi működési zavarokat, nehézségeket okozó elmaradásokat, hiányosságokat és az érintettekkel együttműködve, tervszerűen fel kell számolni őket.
- Az utánpótlás kérdés megoldása égető feladat. Az elvándorlás kérdése napi szinten szóba kerül az egészségüggyel kapcsolatban. Az itthon maradó pályakezdők számára, azonban még a hiányszakmákban sem kerül elégséges állás, szakképzési lehetőség kiírásra. Nem lép, állás-képzési hely hiányában nem léphet be a rezidensi rendszerbe annyi új rezidens, amennyi szakorvos évente kiesik. Ez önmagában egy paradoxon. Hogyan kívánjuk itthon tartani a pályakezdőket, ha nemhogy megélhetést, de állást sem tudunk biztosítani számukra? Vissza kell állítani az államilag támogatott rezidensi álláshelyeket (2-5 éves finanszírozási garanciával), legalább akkora létszámban, és azokon a területeken, ahány orvost szeretnénk pótolni évente.
- A humánerőforrás hiány azonban nemcsak az orvosokat, hanem az ápolói-asszisztensi szakmát is érinti. Óriási hiba volt a 90-es években az egészségügyi szakközépiskolai rendszer leépítése. Szükséges ennek újragondolása és az egészségügyi szakközépiskolák megerősítése.
- Pontosan meg kell határozni az egészségügyi szakemberek, szakdolgozók kompetenciáit és ezt érvényesíteni kell a szabályozás és működtetés során. Az 1. pont második alpontjában életpályamodell kialakítása és következetes végig vitele nem tűr halasztást. Igaz ez az orvosok és az ápolás területén is.
- Az itthon maradó kollégák számára kiegészítést jelent a privát szférában történő munkavégzés, amely sok esetben hivatalos munkaidőn túl, más helyen, infrastruktúrában és privát szolgáltatónál történik. Az állami egészségügyben elsősorban az ambuláns ellátás területén óriási pazarlást jelent, az elsősorban jogszabályokkal akadályozott munkaidőn túli privát szolgáltatás ellehetetlenítése. Napi 12-16 órában állnak üresen állami szolgáltatók ambuláns helységei. Biztosítani kell, hogy ugyanott, ugyanazon infrastruktúrában munkaidőn túl a munkavállaló végezhesen egészségügyi szolgáltatást ugyanazon a területen, amelyen munkaidejében dolgozik. Ez egyrészt megtartó erő lehet (plusz bevétel a munkavállaló számára), csökkentheti az intézmény-fenntartó kiadásait (fix költség akkor is keletkezik, ha üresen állnak az ambulanciák), rövidítheti a várakozási időt anélkül, hogy az állami szolgáltatás hozzáféréseinek esélyegyenlősége csökkenne.
- Óriási többlet terhet jelent az adminisztráció mértéke és szervezetlensége (részleges megoldás lehet az e-TAJ). Ennek drasztikus csökkentését kell elvégezni, amely elsősorban nem forrás, hanem akarat és jogszabályi háttér változtatásának kérdése.
- az érintettek bevonásával mielőbb ki kell alakítani azt a rendszert, aminek révén elérhetővé tehetőek azok a gyógyszerek, amelyek alkalmazásának előfeltétele molekuláris vizsgálat elvégzése, és amelyeknél igazolt a jelentős egészségnyereség.
- Alapjaiban kérdőjelezi meg a jelenlegi rendszert a biztosítási csomag pontos definíciójának hiánya. Ennek megoldása a rendszerváltás óta várat magára. Csak ezt követően lehet biztosan elkülöníteni a biztosított és fizetős ellátást.

- Az OEP által finanszírozott ellátás térítési díja nem tartalmazza az eszközbeszerzés és fenntartás valamint az ingatlan fenntartás költségeit. (Nincs amortizáció az egészségügyben, közgazdasági nonszensz!) Az önkormányzati fenntartó helyére belépő állami tulajdonban ez most még inkább kritikus lesz. Be kell vezetni az egészségügyben is az amortizációt. E nélkül az ingatlan fenntartása, az eszközpark fenntartása és pótlása nem várható és nem oldható meg.
- A forrásallokációnál a központi régió hátrányos helyzetét meg kell szüntetni.
- Az egyik legsürgősebb feladat a hatékony, magas színvonalú szakfelügyelet megszervezése. Jelenleg nincs az egészségügyben semmilyen érdemi szakmai kontroll. Az OEP csak a finanszírozás adminisztratív kontrollját végzi, de azt senki nem vizsgálja, hogy az egyes intézményekben milyen az ellátás minősége szakmai szempontból. (A legfelsőbb szintnek mondott megyei kórházak is megkapják az OEP térítést, akkor is, ha a beteget nem tudták ellátni és továbbküldik.) Az OTH szakmai ellenőrzési feladatát nem működteti (lehet, hogy pragmatikus okokból, hiszen sok helyet be is lehetne zárni, pl.: a minimum feltételek nem teljesülése esetén. Ebben az esetben persze az egészségügy megszűnne működni).
- Fokozatosan ki kell alakítani az egészségügyi ellátás teljes minőségügyi és betegbiztonsági rendszerét. Ennek érdekében az orvosszakmáknak, a szolgáltatóknak, a hatóságoknak, az állami szervezeteknek és a civil társadalomnak szervezeten együtt kell működniük.
- Az egyre szaporodó kártérítési eljárások mögött az esetek többségében, mint kiderül nem valós problémák és igények, hanem a kártérítési lehetőség, mint pénzszerzési forrás áll. Erre az euro-atlanti országok többségében már felfigyeltek. A felesleges időt és kiadást jelentő eljárások ésszerű keretek között tartását jelenti, egy kártérítési maximum bevezetése.
- Ki kell dolgozni az ellátásban egyre nagyobb szeletet kiharító magánszolgáltatók és az állami szolgáltatók közti helyes arányt! A profitorientált magánszolgáltatók versenyelőnye miatt fokozni kell az állami szolgáltatók színvonalát, és minden szolgáltatóval szemben szigorú etikai és adminisztratív kontrollt kell alkalmazni!

3. Melyik az a három legfontosabb kormányzati intézkedés, ami a legnagyobb javulást hozná belátható időn belül a lakosság egészségi állapotában?

- A magyar lakosság egészségismerete és egészségtudatos viselkedése messze elmarad az uniós országok többségétől. Mind a médiában, mind a köznevelésben erőteljesen meg kell jeleníteni az egészségismereteket, prevenciót és szűrési programokat. A média esetében az egészségnevelésre fordított idő (tartalom) a reklámadó elszámolásánál csökkentő tényezőként beszámítható lehet, így nem szükséges közvetlen állami forrásokból reklám vagy műsoridőt vásárolni. A köznevelésben a mindennapi testnevelés mellett, egészségnevelés tantárgy bevezetése javasolt.
- Prevenció és szűrő programok kialakítása. Számos jól működő program támogatja a határon túl élőket, amely programok folytatása támogatandó és fontos. Ugyanezen vagy hasonló programok, kezdeményezések határon belüli elmaradt térségekben alig jelennek meg. Jól megtervezett szűrőprogramok eljuttatása az elmaradottabb, ellátási hiánnyal küzdő régiókba elengedhetetlenül fontos. Ez részét képezheti a szakorvosi képzésnek is. A szűréseken, vizsgálatokon való részvételben az ellátottak érdekeltté tétele megoldható.
- A népegészségügyi szempontból kiemelt fontosságú kérdések – mentális és központi idegrendszeri zavarok, szív- érrendszeri megbetegedések, onkológiai megbetegedések, gyermek-egészségügyi ellátás, a mozgásszervi zavarok és az időskori ellátás, a sürgősségi

ellátás nemzeti programok keretében történő kiemelt, mindenre kiterjedő, koordinált kezelése, egészségügyön belüli és társadalmi elismertetése.

4. Melyik az a három legfontosabb kormányzati intézkedés, ami a megfelelő emberi erőforrás biztosításához szükséges az egészségügyben hosszú távon?

- Életpályamodell kialakítása a már leírtak alapján. A jelenlegi ösztöndíj (bérezési) rendszer folytatása, egészen az életpálya végéig. Ennek meg kell közelítenie az európai szintet. Szakorvos képzés támogatása, a 2-5 éves rezidensi/szakorvos-jelölti rendszer állami finanszírozásának visszaállítása. A szakorvosok bérének a jelenlegi ösztöndíjjal támogatott szakorvosjelölti bérekkel történő összehangba hozása. A szakorvos képzés színvonalának emelése, aminek a feltétele az, hogy a képzésben résztvevők díjazásban részesüljenek. Ez a jelenlegi tutor-mentor rendszer továbbfejlesztését jelenti.
- Életpályamodell kialakítása a szakápolói területen, képzés és utánpótlás megfelelő biztosítása, a középiskolai rendszer újra indítása.
- Az adminisztrációs terhek jelentős csökkentése és lehetőség biztosítása az egyszerű módon történő belépésre a privát ellátó rendszerbe. Továbbá az infrastruktúra javítása. Ez a látszólag heterogén három terület a munkavégzés körülményeinek javítását szolgálja, amely a pénz mellett a másik elvándorlást generáló tényező.

5. Miben látja a MOTESZ a maga és az orvos-társaságok legfontosabb teendőit az elkövetkező időszakban?

- A folyamatos kommunikáció mellett az érdekérvényesítés hatékonyabbá tétele. Szaktanácsadói szervek mellett és helyett döntés előkészítői és operatív funkciókba történő bevonódás.
- A nemzeti programok gondozása, karbantartása, megvalósításuk szakmai feltételeinek biztosítása, társadalmi kommunikációja.
- Az orvostársadalom és a társadalom közötti kommunikáció fejlesztése, a kölcsönös megértés és bizalom erősítése az ellátás feltételeinek javítása, végső soron a lakosság egészségben eltöltött éveinek növelése, egészségi állapottal összefüggő életminőségének javítása érdekében.

Budapest, 2014. november 27.

A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége Elnöksége