

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM
ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI

VEZETŐK EGYESÜLETE

KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

48. ÉVFOLYAM 4. SZÁM, 2010. AUGUSZTUS

EGÉSZSÉGÜGYI REFORM AZ USA-BAN:
MIÉRT VESZÍTETT CLINTON ÉS HOGYAN
GYŐZÖTT OBAMA ELNÖK?

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZAT MINT
KÖZSZOLGÁLTATÁS KUTATÁSI,
FEJLESZTÉSI ÉS INNOVÁCIÓS
STRATÉGIÁJA ÉS AZ ÁGAZAT INNOVÁCIÓS
FOLYAMATAINAK VIZSGÁLATA

SZEMLELETVÁLTÁS SZÜKSÉGE
AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN



BESZÉLGETÉS DÉZSY JÓZSEF
PROFESSZORRAL



Lehet ennél biztonságosabban belesni a testünk belsejébe?

A Siemens új, minden eddigi rekordot megdöntő CT-je – egyesíti a világ legrövidebb vizsgálati idejét a lehető legalacsonyabb sugárdózissal.

Ez az első alkalom, hogy a mellkas kevesebb mint egy másodperc alatt, a szív pedig már a másodperc negyedrésze alatt szkennelhető. Miközben feltárja a legkomplexebb érrendszert, a sugárdózis sokkal alacsonyabb mint a konvencionális eszközök esetében, pl. a szív vizsgálatánál az éves természetes sugárdózis alatt marad. A forradalmian új technológiának köszönhetően a beteg gyorsabb, egyszerűbb és biztonságosabb diagnosztikai eljárással találkozhat.

www.siemens.hu

Answers for life. *

SIEMENS

* Válaszok az életért.

Tartalom

SZAKCIKK

Kis kórház, isten veled? (Dr. Gaál Csaba)	2
Az expediálás (Gonda János, dr. Sánta Zsuzsanna)	6
Egészségügyi reform az USA-ban: miért veszített Clinton és hogyan győzött Obama elnök? (Prof. Harry Perlstadt, Balázs Péter)	10
Kórházmenedzselés – vezetési technikák a gyakorlatban (Dr. Baráth Lajos)	18
„Maradék” gyógyszerek és azok értéke 118 magyarországi háztartás házipatikájában (Szigeti László és dr. Simon Tamás)	26
Az egészségügyi ágazat mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs stratégiája és az ágazat innovációs folyamatainak vizsgálata (Inotai András, Kaló Zoltán)	33
A kórházak pénzügyi helyzete (Demes Istvánné)	39
Szemléletváltás szükségessége az egészségügyben (Kató Gábor)	42
Sokterápia – és utána? (Dr. Simon Kis Gábor)	47

PORTRÉ

A kórház nem hotel, hanem üzem (Bene Zsolt)	28
---	----

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: Egészségügyi Minisztérium és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Megjelenik: kéthavonta

Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete megbízásából a Magyar Mediprint Szakkiadó Kft. 1055 Budapest, Balassi B. u. 7. Telefon: (1) 461-7487, fax: (1) 461-0530

Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6. Telefon: (1) 301-7931

Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt

Lapmenedzser: Zöldi Péter

Telefon: (30) 686-3766

Nyomdai előállítás: Gyomai Kner Nyomda Zrt.

Felelős vezető: Fazekas Péter vezérigazgató

www.gyomaikner.hu

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle utcai terjesztésre nem kerül. Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt. Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág. További információ: Borda Tímea (1) 461-7487

HU ISSN: 0013-2276 • **Éves előfizetési díj:** 6615 Ft

Minden jog fenntartva! A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a kiadó írásbeli engedélye szükséges. A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalkozás a felelősséget.

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

Kis kórház, isten veled?

A múlt század végétől fogantatosított kórházbezárások nem voltak eléggé átgondoltak, hatástanulmányok nem készültek. Nem kevés olyan intézmény is akadt, ahova az előző években nagy pénzeket (sokmillió beruházásokat) fektettek be. Mindezen túlmenően a hozzátartozóknak most messzebb kellett utaznia, ami az idővesztésen kívül anyagi megterhelést is jelentett, vagyis a kórházbezárással megtakarított összeggel párhuzamosan a lakosság vállára került több teher, sőt a helyben fokozódó munkanélküliséggel maga az állam is károsodott.

■ Dr. Gaál Csaba

*Az egészségesnek és a betegnek nem egyek a gondolatai.
(Ismeretlen eredetű közmondás)*

Bár gondolatban és jegyzeteimben régebb óta foglalkoztatott a téma, a véletlen mégis úgy hozta, hogy a folyóirat ez évi 1. számában két cikk is megjelent, melyek érintőlegesen kapcsolódtak elképzeléseimhez. Ösztönző hatásukra született meg a jelen írás.

Sok helyütt törekvés a kórházi ágyak csökkentése. A Német Szövetségi Köztársaságban 1960-ban 3604 és az NDK-ban 822 egészségügyi intézmény létezett. Ebbe számítottak a nyugaton igen elterjedt rehabilitációs centrumok, szanatóriumok és az egészségügyi kúrákat szolgáltató intézmények is. Az egyesülés után 2008-ra mindössze 2067 intézetre zsugorodott a kórházak száma, amelyekben 500 000 ágyon gyógyították a betegeket. Az ágycsökkenés 1991 és 2004 között 20,2%-ot tett ki, miközben a betegszám 2,2 millióval (+15,1%) növekedett, és a kórházi ápolási napok száma mára átlagban 8,1 napra csökkent. Magyarországon az 1990-es évek százezer körül ingadozó ágyszáma 2008-ra mintegy 30%-kal csökkent, miközben nem csupán kis kórházak, de – meggondolatlan módon – országos intézmények is bezárásra kerültek.

Német tapasztalatok alapján kiderült, hogy az ágylépítéssel arányban sem a kiadások, sem az orvos- és ápolólétszám nem csökkent, sőt a foglalkoztatottak száma nőtt, minek oka a betegforgalom egyidejű gyarapodása. Az utóbbi évtizedekben javulni látszanak a mutatók, és a gyógyítási kultúra is változik: régen a betegeket addig kezelték a kórházban, amíg nem voltak abban a helyzetben, hogy szokásos mindennapijaikhoz visszatérhessenek, manapság viszont „félleg egészségesen” engedik őket haza. Eredmény: javul a kórházi bennfekvés statisztika, a gyógyítás hatásfoka. A statisztikai adatok változásában a másik ok, hogy a folyamattal párhuzamosan nőtt az egynapos beavatkozások aránya.

Fogalommeghatározás

Nemzetközi fogalmak szerint kis kórháznak nevezik általában azokat a gyógyító intézményeket, melyeknek ágyszáma

nem haladja meg a 200-at. Ezen belül is ismertek egészen kis (törpe) kórházak, melyek alig rendelkeznek 50 ágygal. Mielőtt bárki is egy kézlegyintéssel vagy lekicsinylő mozdulattal meggondolatlanul elintézné az utóbbiakat, emlékeztetek arra, hogy nyugaton ezek között számos olyan kis intézmény található, amelyekben speciális teljesítményt nyújtanak, pl. idegsebészeti, kézsebészeti vagy visszersebészeti osztályok, de hazai vonatkozásban elég csak a régen kialakított és bevált szülőotthonokra gondolni. (Ezen utóbbi népszerű intézmények ellen csak egy szakmai kifogás volt felhozható, nevezetesen, hogy nem volt lehetőség császármetszésre.)

Kórházak rangsorolása

Németországban a kórházak nagyságrendisége a következő:

- alap- és rutinellátást nyújtó kis kórházak (Grund- und Regelversorgung)
- súlyponti kórházak (Schwerpunktkrankenhäuser)
- maximális ellátást biztosító intézmények (Maximalversorgung: egyetemi klinikák, szakosodott intézmények).

Magyarországon ma a kis kórházaknak az alapellátás a feladata, a mindennapi rutinmunka elvégzése. Ez azt jelenti, hogy ezáltal lehetővé válik az emberek lakóhely közeli széles körű gyógyítása. Ide tehát azok a kórházak tartoznak, amelyek legfeljebb 200 ágygal rendelkeznek, s a szakágazatok közül is többnyire azok fordulnak elő, amelyek szintén az alapellátáshoz tartoznak: sebészet, belgyógyászat, szülészeti-nőgyógyászat.

Hazánkban a nagyobb (súlyponti) kórházakban a műtétek széles palettáját hajtják végre. Az egyetemi klinikák és az országos, specializált centrumok (Országos Onkológiai Intézet, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Ér- és Szívsebészeti Klinika stb.) pedig a legmagasabb szintű ellátást hívatottak biztosítani. Nagyobb beavatkozásokra eddig is többnyire a megyei vagy egyetemi intézményekben került sor (totális gastroektomia, oesophagus- vagy pancreassebészet, szívsebészet), mint ahogyan a súlyos szövődményes eseteket,

reoperációkra szorulókat is ajánlatos volt abban járatos és kellően felszerelt osztályokon elhelyezni.

Párhuzamok

A politikusok szeretik hangoztatni, hogy a kis gazdaságok nem korszerűek, a nagyüzemé a jövő: e tekintetben a jövő már mögöttünk van (állami gazdaságok, tsz-ek). Németországban, Olaszországban mindig elcsodálkozom, amikor látom, hogy minden talpalatnyi kis területet megművelnek, és egykori gazdálkodó betegeimtől tudom, hogy némelyikük 3-4 helyen is művelte parcelláját. Nagybirtok esetén ezeknek az embereknek egy része munkanélkülivé, másik része bér munkássá vált volna. Ugyanazok, akik ezeket a hamis érveket emlegetik, szeretnék volna megszüntetni a kis falvakat is, mondván nincs jövőjük. Jó pár, mindössze néhány száz lakosú falut ismerek környékünkön Németországban, de ugyanez a helyzet Ausztriában is. Miért írom ezeket az egészségügytől látszólag távol álló példákat? Azért, mert a kis gazdaságoknak, a kis falvaknak is éppúgy létjogosultságuk van, mint a kis kórházaknak. A globalizáció világában kedveltek a nagy létesítmények, a tőke- és az intézménykoncentráció, annak ellenére, hogy ezek nem emberi léptékű intézmények.

Gazdasági vonatkozások

Róna Péter és munkatársai (7) rámutattak, hogy különböző egybehangzó tanulmányok szerint az egészségbe fektetett pénz pozitív hatást gyakorol a gazdaságra. Ennek folyománya az is, hogy az emberek egészségi állapotának javulása akár 30–40%-kal járulhat hozzá a gazdasági növekedéshez, az emberi élettartam egy évvel történő meghosszabbodása pedig akár a 4%-os GDP-növekedést is elérheti.

Egyértelműen helytelen tehát az a neoliberális hazai elképzelés, miszerint az egészségügy működtetése csak kiadási tétel, és nincs semmi gazdasági hozama. Ettől a hamis tételtől függetlenül az egészségüghöz való hozzáférés az emberek alapvető, alkotmányban biztosított joga, amely elemi szükségletet elégít ki, és a munkahelyteremtés révén hozzájárul a gazdasági fellendüléshez.

Ismert olyan hazai – sajnos szakmai körökből származó – vélemény, mely szerint a nehéz gazdasági helyzet kényszeríti ki a kis kórházak megszűnését. Az ökonómiai tényezők fontos szerepét senki sem vitatja. A leépítés azonban kétélű fegyver. Több törekvés ismert a célból, hogy kivédjük az egyre nyomasztóbb pénzügyi hiányt:

- az ápolási napok csökkentése,
- amit lehet, ambulánsan megoldani,
- centralizálás: diagnosztikai, műtői központok, különösen az intenzív ellátást igénylő betegcsoportok koncentrációja,
- racionalizálási módszerek,
- racionálás a javak elosztásában
- prioritizáció,
- orvosok teljesítményének növelése az adminisztrációs terhek csökkentésével.

A példaként felsorolt lehetőségek mindegyike az adott körülményekhez igazodva és gondos kritikával alkalmazható. Mindegyikben található hasznosítható elem. A leírt célok eléréséhez azonban az eddigi rövidlátó egészségügyi

politika helyett hosszú távra tervezett berendezkedésre van szükség. Itt elég, ha csak az eddigi minisztériumi ambuláns sebészeti ámokfutásra utalok. (5)

Három évvel ezelőtt a német gazdaság növekedésének és az ezzel együtt járó munkanélküliség csökkenésének volt köszönhető, hogy emelkedett az egészségügyi pénztárak bevétele. Vagyis a munkahelyek megtartása, sőt növelése kihat az egészségügy anyagi helyzetére, és fordítva. Az egészségügy munkalehetőséget ad, növeli a termelékenységet, hozzájárul az állami bevételek növekedéséhez és javítja a versenyképességet. A GDP nem közvetlenül emelkedik, mert az egészségügyi dolgozók javakat nem állítanak elő, de a több munkahely önmagában valóban több adót (és járulékot), azaz állami bevételeket eredményez. A GDP latens vagy indirekt módon emelkedik azáltal is, hogy több egészséges munkavállaló több terméket képes előállítani. Egyoldalú gondolkodásra utal az a nézet, miszerint az egészségügy pénzfaló ágazat (1). Nép-gazdasági szempontból sem szabad elfelejteni, hogy egy jól működő társadalomban az egészségügy egyike az ország legigényesebb és legnagyobb munkaadójának. Az EU 15 országában 1995 és 2002 között mintegy 2 millió új munkahely jött létre az egészségügyben, így minden tizedik munkavállaló ebben a szektorban dolgozik (9). Jelenleg Németországban 4,3 millió ember dolgozik az egészségügyben, azaz minden kilencedik munkaerő ehhez az ágazathoz köthető. Így tehát a legnagyobb számban jelen lévő kisebb kórházak jelentős gazdasági tényezőnek is számítanak! Ehhez ugyanis nem csupán a ténylegesen ott dolgozók tartoznak, hanem a beszállító cégek is: élelmezés (mezőgazdaság, feldolgozóipar), mosodai szolgálat, kisiparosok stb.

Az esetszám önmagában nem mércéje a gazdaságosságnak. Legalább ennyire fontos az orvosi munka minősége! A versenyképesség az egészségügyben alig fejezhető ki statisztikai adatokkal, hiszen – eltűlözva persze – lehet nagy számban statisztikailag rosszul dolgozni, és lehet kis számban minőségi munkát végezni. Az előbbi még többletköltséggel is jár: elhúzódozó munkaképtelenség, szövödmények drága kezelése, rehabilitáció stb.

Nem életképesek a „reformok” címszó alatt önkényesen és szakmai tudatlanságból megcsonkított, mindössze 20–30 ún. aktív ágygal működő kis kórházak. Ezekben az intézetekben a posztoperatív szakasz vagy a műtői szövödmény kezelésére valóban „luxus” külön intenzív terápiás központot létrehozni vagy fizioterápiás részleget működtetése. De igenis életképesek az eddig is meglevő és az alapellátásra berendezkedett ennél nagyobb aktív ágyszámú kis kórházak.

Sajnos a II. világháború utáni időszaktól kezdve a háziorvosokat nem képezték ki az általuk is megoldható kisebb beavatkozásokra, nem honorálják ezt kellőképpen ahhoz, hogy ezeket egyéb teendők mellett érdemes lenne elvégezniük. 1945-ig ugyanis természetes volt, hogy a családi orvos többek között furunkulust nyitott meg, panaritiumokat kezelt, sőt sebeket, egyszerű töréseket is ellátott. Minthogy az ambuláns sebészet ma még nem kellően és egységesen szabályozott (5), valamint a kisebb helyeken még sebészeti szakrendelés sincs, ezért a kis kórházakra hárul mindezen feladatok elvégzése is. Ha ezeket az intézményeket leépítik – mint ahogyan sok helyütt ez már megtörtént! –, akkor a beteg magasabb költséggel, lakhelyétől távol látható csak el, és a gyakori – akár mindennapos – kótváltások, ellenőrzések miatt aránytalanul nagyobb anyagi ráfordítással kell számolni.

Külföldi példák

Nemrégén Olaszországban, a Toscanában jártam. Noha elsősorban a tartomány kulturális kincsei miatt mentem oda, óhatatlanul is szemembe szökött, hogy – sok hazai kis városhoz hasonlóan – mintegy 15–20 km-ként találhatók kórházak: Cortona, Castiglione, Arezzo. Feltűnő volt még, hogy az alapellátásra berendezkedett kis intézmények egy része is teljesen új épületben található, vagyis mostanában építették vagy újíttatták fel. Érthető, hiszen a lakóhely közeli ellátás az emberek elvárt és elemi érdeke.

Németországban hasonló a helyzet. Bár Ulmban egyre bővül és terebélyesedik az igényes egyetemi klinika (Maximalversorgung), mégis több 20–30 km-es körzetben mindenfelé egymást érik az alapellátást nyújtó (Grund- und Regelversorgung) kis kórházak: Ehingen, Blaubeuren, Laupheim. Ugyanezt tapasztaljuk, ha Ausztriában járunk. Itthon az ún. reformközgazdászok tényként terjesztik azt a tévhitet (8), mely szerint sok a kórház: az általuk példaképnek tekintett nyugati példák abban nem ezt bizonyítják!

Hazai előzmények

Országunkban a kezdetben „járási”, később a járások megszűnése után „városi” kis kórházak zömükben a XIX. sz. végétől az első világháborúig terjedő időben épültek 20–40 km-es távolságban. Ennek oka, hogy ezek a kis kórházak a vonaton kívül hintóval, sőt szekérrel is aránylag hamar elérhetőek voltak. Kezdetben nem tagozódtak osztályokra, ez csak az 1930-as években történt meg: sebészet, belgyógyászat (utóbbihoz tartozott a röntgen, a kislabor és a fertőző-pavilon), majd csatlakozott a szülészet. Az 1960-as években a fejlődés oda vezetett, hogy igényesebb röntgenre, laboratóriumra volt szükség, majd felmerült az aneszteziológiai ellátás iránti igény (10). Ezzel párhuzamosan kibővült a közlekedés is (több gépkocsi, autóbuszjáratok).

A múlt század végétől foganatosított kórházbezárások nem voltak eléggé átgondoltak, hatástanulmányok nem készültek. Nem kevés olyan intézmény is akadt, ahova az előző években nagy pénzeket (sokmillió beruházásokat) fektettek be. Mind ezen túlmenően a hozzátartozóknak most messzebb kellett utaznia, ami az idővesztésen kívül anyagi megterhelést is jelentett, vagyis a kórházbezárással megtakarított összeggel párhuzamosan a lakosság vállára került több teher, sőt a helyben fokozódó munkanélküliséggel maga az állam is károsodott. A racionalizálást célzó intézkedések nem találkoztak az emberek érdekeivel, s nem vették figyelembe, hogy a kis kórházakat elődeik nagy anyagi áldozatok árán hozták létre. A bezárások ellen mind az ott élők, mind az orvosok tiltakoztak. Utóbbiaknak sem volt közömbös a változás. Ha egy orvos a kisvárosban vállalt állást, nemegyszer házat vagy lakást vett, így szinte egy életre elkötelezte magát, helyben rendezkedett be: a drasztikus változások komoly egzisztenciális gondot okoztak, és ezzel a hazánkra amúgy is jellemző kiszámíthatatlanság csak fokozódott.

A kis kórházak létjogosultsága

Az emberek egészségének megőrzéséhez és biztonságérzetük megtartásához nagyban hozzájárul a lakóhely közeli kórházi alapellátás biztosítása. Ez nem csupán betegérdek, de a lakóközeli ellátás gazdaságosabb is, mint a távoli, nagy

egészségügyi centrumban való gyógykezelés. Az egészségügyi szolgáltatás helyi elérhetősége egyenletesebb térbeli foglalkoztatást eredményez, és foglalkoztatási stabilitást nyújt (7). Mindehhez hozzátartozik, hogy a hazai szerény anyagi lehetőségek miatt vidéken mind a betegek, mind a hozzátartozók – még ha van is járművük – jóval kevésbé engedhetik meg magunknak a 30–40 km-es utaztatásokat. A modernkori megbiztosítási pénztárak alapelve a szolidaritás, a kispénzű, a vidéki embereknek a városiakkal azonos szintű ellátása. Ez nem csak igény, de állami feladat is. Ha valaki pusztán gazdasági szempontok alapján mérlegelve azt mondaná, hogy ezek nem eléggé kifizetődők, akkor ki kell jelenteni, hogy a gyógyítás nem ökonomiai kérdés, itt nem gazdasági versenyről van szó, az emberek egészsége a tét. Közérzetükhöz elengedhetetlen, hogy ők a „saját kórházukba” mehessenek, ahol esetleg már ismeretek és ahol a megszokott, bizalmi viszonyon alapuló orvosokkal találkozhatnak. Szemléletváltásra van szükség, amely az egészséget, annak megővését, a gyógyítást helyezi előtérbe a rideg, csak számításra alapuló haszonelvű nézettel és gyakorlattal szemben.

Az aacheni (D) klinikumban korábban „strukturális átrendezést” hajtottak végre, melyet az orvosok 90%-a ellenzett. Közben személyzetet bocsátottak el, számos gazdasági szakembert vettek fel: eluralkodott a gazdasági szemlélet. Az orvosok féltelmének oka az volt, hogy az ökonomia győz az orvoslás szempontjai felett. Az orvosok úgy érezték, egy gyárban dolgoznak, ám a betegek személyes kapcsolatot kerestek. Kiderült: a személytelen, bár gazdaságosan dolgozó szolgáltató a betegek számára nem kívánatos! Az átszervezéssel végül is megnőtt az alkalmazottak száma, így megtakarítás sem keletkezett. Egy gazdaságcentrikus nagyüzemben nehéz az emberközpontúságot úgy megőrizni, hogy a beteg maradjon a középpontban és az orvosi etika ne sérüljön.

Túlélési megoldások

A kis kórházakat is veszélyezteti a nem kellő finanszírozás, ezért segíthet a helyzetükön, ha a műtétek egy részét ambulánsan végzik el, és a kórházi alapellátáson kívül egy-egy speciális szakterületet is integrál (pl. kézsebészet, érsebészet, phlebológia stb.). Érdekes példa erre egy német kis kórház, ahol a sebész az ún. NOTES-eljárással (természetes testnyílásokon át végzett endoszkópos műtétek, pl. transvaginalis cholecystectomy /2/) az ilyen típusú műtétek végzésében élén jár országban. Vagyis egy kisebb intézménynek a sebész minőségi munkája is megadhatja a rangját. A lakosság ellátásában azonban mindenképpen hibának bizonyulna, ha a kis kórházak működésképtelenné válnának. Ilyen helyzet – legálábbis Németországban – elképzelhetetlen lenne, s az emberek a politikusoktól az intézmény fennmaradását mindenképpen kikövetelnék.

A sebészetben a dolgok természetéből következik, hogy az alapellátást nyújtó kórházaknak nem csupán az általános sebészeti, de a traumatológiai eseteket is el kell látniuk. Megmagyarázhatatlan, sőt nevetséges lenne, ha pl. egy típusos radius- vagy bokatörést, de akár a mindennapi kéz sérülések egy részét is megyei kórházba kellene küldeni, holott ezek a sérülések már az egy napos sebészet keretein belül is elláthatók (4). Noha nem mindenütt valószínűsíthető, de lehetséges példaként említeném a városunkban, Ehingenben, illetve a környéken működő kis kórházakat, melyekben nemcsak rutin

ortopéd műtéteket végeznek, de csípő- és térdízületi protézisek beültetésére is sor kerül.

A freiburgi egyetem kezdeményezésére született meg az ún. freiburgi modell, melynek lényege, hogy a környező kisebb kórházakkal orvoscsere-szerződést kötnek: nemcsak a fiatal orvosok, de a szakorvosok is forgó rendszerben egy másik intézményben is dolgoznak (6). A forgásban a klinikai főorvosok, sőt maga az intézetvezető, prof. Büchler is részt vesz. Ily módon az egyetemi kollégáknak módjuk van a rutinműtéteket elszámoltatni (sebészképzés!), de a specializált idősebb sebészek is felfrissíthetik tudásukat és megismerkedhetnek egy kis kórház gondjaival, működésével, az alapellátást biztosító orvosok pedig tudomást szerezhetnek a legújabb operatív lehetőségekről, tovább képezhetik magukat, és a fiatalok hozzájuthatnak a szakvizsgához szükséges, előírt műtéti katalógus teljesítéséhez. A modellnek anyagi kihatásai is vannak. Az appendectomiáért járó 2000 eurós honorárium (elszámolás a DRG-rendszerben) ugyanis a nagy költségekkel működő egyetemi klinikán nem fedezi a műtét kiadásait, ezzel szemben az alapellátást biztosító kórház nem igényel akkora személyzetet, és egyébként is „olcsóbban” dolgozik. A kis kórházban a főegyenlőltvány eltávolításán kívül az epe-, sérv- és pajzsmirigyműtétek azok, amelyek elvégzése az egyetemen dolgozó fiatal sebészek számára a legnagyobb haszonnal jár.

Az aneszteziológiában a minimális létszámgény kórházanként három, de inkább négy orvos lenne, hiszen egy orvos távolléte esetén is biztosítani kell a zavartalan ellátást. Az ügyeletek így is havi 10 alkalmat jelentenének, mégis a kis műtéti szám miatt az aneszteziológusok kihasználtsága alacsony lenne. Megoldás a helyzetre, ha két szomszédos kis kórház összefogna, és közös részleget hozna létre. Hasonlóképpen oldható meg a röntgen-, a laboratóriumi részleg gondja is, sőt közös igazgatás és gazdasági vezetés alá is tartozhatnának. A leírt módon elég volna 4-5 aneszteziológus, holott ez különálló intézetek esetén házaként 3-4, vagyis összesen 6-8 orvost jelentene. Ezzel javulna az orvosok kihasználtsága, növekedhetne a műtéti szám, és sok párhuzamosság megszüntethető lenne (10).

Jövőkép

Összegezve elmondható, hogy a kis kórházak rendszere Magyarországtól nyugatra mindenütt bevált, amelyhez az emberek ragaszkodnak, alapvető jogukként élik meg, hogy közelükben kaphassák meg az egészségügyi ellátásukat. Ezekben az országokban senki sem azon siránkozik – mint ahogyan a hazai neoliberais és ebben őket követő szocialista politikusok –, hogy ez a rendszer nem gazdaságos. Mert bár az egészségügyből nyilván nem zárható ki az ökonomiai nézőpont, de nem ez az elsődleges! Szemléletváltásra van tehát szükség: a betegek alapvető egészségügyi ellátását lehetőség szerint helyben kell biztosítani. Az egészségügy fontossága miatt az alkotmány is központi, alapvető jogként jelöli meg az egészségügyi ellátást: „Minden betegnek joga van... megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli egészségügyi ellátáshoz”. Továbbá „az állam felelős a lakosság egészségügyi állapotáért... a feltételrendszer kialakításával...”.

Magyarországon a Molnár-Horváth-féle rombolás előtti időszakban a megyei és a legmagasabb szintű egyetemi, illetve speciális és országos intézmények láncolatába példásan illeszkedtek a kis (városi) kórházak. Ennek az átgondolt és az egész országot lefedő egészségügyi ellátórendszernek

újraélesztése, életképessé alakítása az emberek közmegelegedését vívna ki.

Minthogy a kórházi betegellátást nem lehet csupán gazdaságossági szempontok szerint kezelni, úgy vélem, nem szabad a kisebb intézményeket elsorvasztani. Ha az ökonomiai tényezők összességét figyelembe vesszük (munkahelyteremtés nem csak a kórházi dolgozók számára), valamint azt, hogy az intézmény a kisvárosnak tekintélyt, rangot is kölcsönöz, húzó ágazatként pedig az értelmiségnek is perspektívát kínál, akkor az eddigi településrombolás után (iskolák, posta megszüntetése, közlekedés megnyirbálása) végre a kis helységekből ismét felfelé indulhat a fejlődés. A kis ágyszámú intézetek pénzügyi gondjainak megoldására a következő lehetőségek adódnak:

- egy-egy speciális szakterület létesítése vonzza a betegeket amellet, hogy integrálja az intézményt a nagyobb ellátórendszerekbe,
- a mennyiségi helyett a minőségi munka biztosítása és megfizetése,
- az egynapos sebészet kialakítása,
- az ambuláns onkológiai (pszichiátriai stb.) ellátás biztosítása,
- a rutinmunkában együttműködés az oktató intézményekkel.

A hazai kórházak száma nemzetközi összehasonlításban nem sok. Magyarországon nemhogy szükség van az intézmények megtartására, hanem a leírt figyelembevételével inkább fejleszteni kellene a kis kórházakat mind ágyszám, mind felszerelés, mind a minőségi munka tekintetében. Azon túlmenően, hogy így javulna a helyben lakók biztonságérzete, egészségügyi ellátása, tehermentesíteni lehetne a súlyponti kórházakat, ezáltal azok hatékonyabban tudnák ellátni magasabb szintű feladataikat. Remélhetőleg az új kormány felismeri ezen lehetőségeket, ami az ott élő emberek szempontjából alapvető létfontosságú lenne.

Irodalomjegyzék

1. Baráth L.: *Innovatív együttműködésre van szükség. Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 2009;47:2–4.
2. Burghardt J.: *Kleine Häuser nicht ausschließen. Dtsch Ärztebl.* 2010;107:A240.
3. Fleßa S.: *Die Zukunft der Kleinst- und Kleinkrankenhäuser in Deutschland. Chirurg BDC.* 2006;150.
4. Gaál Cs.: *Ambuláns és egynapos sebészet. Medicina Kiadó,* 2008
5. Gaál Cs.: *Van még remény? Magyar Sebészet.* 2009;63:33–38.
6. Lisson M.: *Kleinere Operationen nicht mehr in der Uniklinik. Dtsch Ges Chir – Mitteilungen.* 2005;34:51.
7. Róna P., Rácz J., Rózsa A. et al.: *A paradigmaváltás alapjai. Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 2010;48:45–48.
8. Simon Kis Gábor: *Reform vagy csak a szokásos rombolás?! Egészségügyi Gazdasági Szemle.* 2010;48:28–29.
9. Spielberg P.: *Der Gesundheitsmarkt als Hoffnungsträger. Dtsch Ärztebl.* 2006;103:A637.
10. Széll K.: *A jövő orvoslásának nélkülözhetetlen kötőanyaga az etika. Vasi Szemle.* 2008;62:855–867.

A szerző emeritált sebész főorvos. (DrGaal@aol.com)

Az expediálás

Az expediálás a gyógyszerészi szakmai munka legszebb, legfelelősségteljesebb mozzanata. Ez az a pillanat, mikor az orvos rendelvénye alapján vagy anélkül, a gyógyszerész átadja az enyhülést, gyógyulást ígérő készítményt tudnivalóival együtt a beteg részére. Ez az a pillanat, amikor a gyógyszerésznek minden addigi tudását, tapasztalatát, empátiáját, emberismeretét, határozottságát, meggyőző erejét, szakmai ismeretét megfelelő módon összegezve és összerendezve kell átadni a betegnek. A receptre történő expediáláskor nem kisebb a gyógyszerész felelőssége, mint a vény nélkül történő expediáláskor. A recepten történő hibás rendelés, téves adagolás utolsó kontrollja a nagy szakmai tudással és szakmai felelősséggel felruházott gyógyszerész. Vény nélkül történő expediáláskor nagyobb a döntés lehetősége és a felelőssége is..

■ **Gonda János, dr. Sánta Zsuzsanna**

A folyamat

Az értelmező szótár szerint expediál: a címzeteknek továbbít valamit. A patikában ez úgy értelmezhető, hogy a címzett a beteg, a vásárló. Fontos, hogy megkülönböztessük a beteget és a vásárlót. A beteg, aki ismeri a saját problémáját, tisztában van a saját panaszával, esetleg járt orvosnál, ahol valamilyen felvilágosítást már kapott a terápiát, esetleg a rendelt készítményeket illetően is. A vásárló, aki lehet hozzátartozó, családtag, szomszéd, ismerős, nem rendelkezik saját tapasztalatokkal a panaszokat, fájdalmat, kínokat illetően. Neki nyilvánvalóan más típusú felvilágosítást szükséges adni.

Ismertek statisztikai adatok, ahol a betegeket éppen az alkalmazott gyógyszerek miatt kell kezelni. Az adatok nem egyértelműen azt jelzik, hogy rosszul, hibásan, tévesen választották ki a terápiára szánt készítményt. Az is igen gyakori, hogy a jól kiválasztott készítményt nem megfelelően alkalmazzák. Nem megfelelő alkalmazás, ha nem megfelelő ritmusban, vagy nem megfelelő dózisban alkalmazza valaki a szert, pl. ha „3x1 tabletta” adagolás helyett „1x3 tabletta” adagolásban alkalmazza. A beteg nem köteles tudni, és nem is biztos, hogy tudja, hogy a receptorok megkötő képessége véges, ezért hiába alkalmaz a rendelnél nagyobb dózist, az az esetek egy részében változatlan módon halad keresztül a szervezeten, más esetekben túladagolás, netán mérgezés tünetei jelentkezhetnek, és gyakori az is, ha a hatás nem növekszik, a mellékhatások súlya, mélysége azonban igen. A beteg felvilágosítása és az együttműködésre való rábírás, rábeszélés, a helyes alkalmazásról való meggyőzés az expediáló gyógyszerész feladata. Időnként a jól kiválasztott készítmények fokozottan jelentkező mellékhatásai okoznak problémát. Nem ritka, ha együtt szedett szerek között lép fel nem kívánatos együtt hatás, kölcsönhatás, ami súlyosabb gondot jelenthet, mint a kezelni kívánt alapbetegség.

A megfelelő alkalmazásra vonatkozó felvilágosítás jelenti azt is, hogy saválló filmköppennyel bevont tablettát ne felezzen vagy porítsa a beteg. Az expediáló gyógyszerésznek kell információt adnia arról, hogy a kapszula széthyitható-e vagy sem,

portartalma kapszula nélkül alkalmazható-e vagy sem. Természetesen a felvilágosítás, alkalmazási tudnivaló átadása vonatkozik valamennyi gyógyszerformára, beleértve a végbélkúpokat, hüvelygolyókat, kenőcsöket, szuszpenziókat, emulziókat, forrázatokat és így tovább.

Az expediálás előkészítése

Az expediálás előkészítése gyakorlatilag a patika nyitása előtt kezdődik. „Rend van, mint a patikában” mondásnak megfelelően elvárható, hogy a patikában rend és tisztaság legyen. A készítmények az előírásoknak megfelelően legyenek elhelyezve, azonos kategórián belül abc-rendben legyenek megtalálhatóak a gyógyszerek. A gyógyszerek ne keveredjenek a gyógyhatású és egyéb termékekkel. A homeopátiás szereket el kell különíteni, ahogyan a teákat, az illatos, szagos készítményeket, és a kötszereket, tápszereket, kozmetikumokat, higiénias termékeket, segédeszközöket is érdemes külön tárolni.

A betegek vagy vásárlók többsége recepttel érkezik a patikába. A recept egyértelmű jelzés arra vonatkozóan, hogy az illető orvosnál járt, találkozott szakemberrel, aki valamilyen jellegű felvilágosítást adott neki. A kapott információ lehet rosszul megfogalmazott, érthetetlen, túlságosan szakmai, idegen szavakkal tűzdelt, tisztázásra szoruló. Az expediáló gyógyszerésznek nem dolga az orvos véleményének, adott információinak az elbírálása. Óvakodni kell a beteggel, vásárlóval való beszélgetés közben az orvost illető véleménynyilvánítástól. A beteg nyilván ahhoz az orvoshoz fordul problémájával, akiben megbízik, esetleg közelebbi, baráti kapcsolatban is lehetnek. Soha ne mondjunk véleményt az orvos tevékenységéről, az általa rendelt szerről. A beteg hitét nem szabad megingatni sem az általa választott orvosban, sem az orvosa által rendelt gyógyszer(ek)ben. A beteggel, vásárlóval nem szabad közölni, hogy nem ezt kellett volna felírni, miért nem írt valami mást az orvos.

Ha kétségünk merül fel, kérjük a beteg türelmét, próbáljuk felvenni az orvossal vagy az általa képviselt intézménnyel, kórházzal, rendelővel a kapcsolatot. Az orvoskollégák az esetek

többségében segítőkészek, örömmel veszik a konzultáció lehetőségét. A telefonos beszélgetés során az orvoskolléga vagy megerősíti korábbi véleményét a recepten rendelteket illetően, vagy módosít rajta. A módosítások többsége a recepten külön aláírással, pecséttel hitelesítendő, ilyenkor sajnos a beteget meg kell kérnünk, fáradjon el ismét kezelőorvosához. Bizonyos – a módosítások csekély része – megbeszélés alapján, a recepten az expedáló gyógyszerész által feltüntetésre kerülhet.

Az orvossal történő konzultáció során esetleg előfordulhat, hogy az orvoskolléga kikéri magának a figyelmeztetést, a jó szándékú jelzést. Soha ne akadjunk fel ilyesmin, mert a beteg érdeke mindennél előrébbvaló.

A receptek

A beteg vagy a vásárló a patikában elsőként a receptjeit nyújtja át. Az expedálás első mozzanata, hogy végigtekintsük a recepteket. A recepteken egy sor adat van feltüntetve, ami rengeteg információt ad az expedáló gyógyszerész részére. A felírás dátuma nemcsak arról ad felvilágosítást, hogy a recept érvényes-e vagy sem, hanem arra vonatkozóan is, mikor járt a beteg orvosnál. A feltüntetett név vagy nevek jelzik, egy valaki számára, vagy több beteg részére történik a vásárlás. Több név esetén beteg és vásárló is lehet egyben, akinek felvilágosítást, információt is kell adnunk a gyógyszerek mellé. A feltüntetett születési idő, a kor is fontos adat. Tudjuk, a készítmények adagolásakor figyelniünk kell a gyermekeknek szánt, illetve a felnőtteknek szánt adagolásra. Tudnunk kell, hogy bizonyos gyógyszerek csak meghatározott kor fölött adhatóak. Előfordulhat, hogy a készítményt rendelő orvos elmulasztotta megkérdezni a beteg korát. Előfordulhat, hogy tudatosan rendelte az egyéb körülmények között nem adható szert. Ebben az esetben külön aláírás és pecsét szükséges a tudatos rendelés jelzésére. Az expedáláskor figyeljünk a feltüntetett életkorra, és ha kétségünk merül fel, konzultáljunk a receptet felíró orvossal. Ne feledjük, az orvos hibázhat, és a hibáját utolsó láncszemként az expedáló gyógyszerész képes szakmai tudásával az expedáláskor észrevenni, ha szükséges korigálni.

A betegek kora egyéb ismereteink alapján, pl. Magyarország szociológiai helyzetét ismerve egyéb felvilágosítást is ad. A 60 év felettiek Magyarországon jó eséllyel a veszélyeztetettek közé tartoznak, azaz magas vérnyomásúak, emelkedett a vércukorszintjük, a koleszterinszintjük és esetleg túlsúlyosak is lehetnek.

A recepten feltüntetett lakcím is ad információt, feltéve, ha a feltüntetett környéket ismerjük. Kötelezően feltüntetendő adat a recepten, úgynevezett „alaki kellék” a taj-szám és a BNO-kód. A taj-szám hiánya jelentheti, hogy nem biztosított személlyel állunk szemben. A vényköteles expedálható szereket természetesen a vény ellenében ekkor is megkaphatja, társadalombiztosítási hozzájárulás nélkül, azaz teljes áron. Ha a taj-számat az expedáló gyógyszerész egyértelműen be tudja azonosítani, pl. a beteg taj-kártyájának megtekintésével, lehetséges azt az expedáláskor pótolni.

A BNO-kódot a betegségek nemzetközi osztályozása alapján az orvos köteles feltüntetni. Ennek feltüntetése az orvos diagnózisa alapján történik. Nem szabad az expedáló gyógyszerésznek felülbírálnia, javítania, saját magának eldöntenie és beírnia a BNO-kódot. Amennyiben hiányzik, vagy kétségünk van, konzultáljunk a felíró orvossal.

A gyógyszer expedálását nem érinti, de érdemes tudni, hogy az OEP a BNO-kód hiánya miatt a recepteket a támogatás alól kivonja, azaz a társadalombiztosítási hozzájárulást nem fizeti meg a patikának. Ha a receptből ez nem derül ki, érdemes megkérdezni, hogy a személy saját magának váltja-e ki a gyógyszereket, vagy valaki más megbízásából.

A recept eddig felsorolt nagyon fontos adatai, alaki kellékei a fejlécben szerepelnek. A recept legfontosabb, érdemi része a fejléc alatt található. Hagyományosan „Recipe” Rp = végy felszólítással kezdődik, majd következik az orvos utasítása a gyógyszer kiválasztására vonatkozóan.

Már említettük, hogy több recept esetén mindenképpen tekintsük végig a receptek sorát. Amennyiben több recept több névre szól, feltétlenül válogassuk szét betegenként, ha lehet, ne csak gondolatban, hanem fizikailag is a recepteket. A recepteken rendelt gyógyszerek ugyancsak sok információt adnak a páciens betegségeiről, az orvos által felállított diagnózisról és a választott terápiás módszerről. Az expedáló gyógyszerésznek kötelessége megvizsgálni az együtt rendelt gyógyszerek kölcsönhatásait. A patikákban működő számítógépes rendszerek ismerik az inkompatibilitásokat.

Az expedálás során a vényen szereplő készítmények számítógépes rögzítésekor a patikai számítógépes rendszerek automatikusan jelzik az inkompatibilitásokat, összeférhetetlenségeket. Nem jó megoldás, ha a képernyőn előttünk megjelenő jelzésről azonnal, gondolkodás nélkül tájékoztatjuk a beteget vagy vásárlót. Jobb megoldás kérdésekkel körbejárni a témát. Mielőtt rémületet, ijedséget keltünk, győződjünk meg róla, ugyanannak a betegnek rendelték-e az inkompatibilis szereket. Egyazon orvos rendelte-e? Ha nem ugyanaz az orvos rendelte az összeférhetetlen szereket, vajon tud-e arról, hogy más szert is szed a beteg az általa rendeltén kívül? Tájékoztatta-e a beteg orvosát az egyébként alkalmazott gyógyszereiről? Az orvos tudatosan rendelte-e a szereket együtt? Korábban szedte-e már ezeket a készítményeket együtt egy időben?

Ha a kérdésekre kapott válaszok alapján kétségünk merülne fel, feltétlenül konzultáljunk a vényt rendelő orvossal.

A vény sarkalatos adata a felírás dátuma. 2007 februárjától a vények 90 napig kiválthatóak, 90 napig érvényesek. Amennyiben a recept felírásának dátuma és az expedálás között több mint 90 nap telik el, úgy a recept érvénytelenné válik.

Az érvényességüket veszített receptek után az OEP nem fizeti meg a patikának a társadalombiztosítási hozzájárulást. Ezen túlmenően orvosilag is indokolt, hogy a beteg érdekében a kezelőorvos háromhavonként találkozzék betegével, ellenőrizze annak állapotát, ha kell, igazítsa, módosítsa a terápián. Soha ne adjunk ki 90 napnál régebbi receptre felírt gyógyszert!

Expedálás vény nélkül

Nem ritka, hogy a receptjeit átnyújtó, receptet kiváltó beteg vagy vásárló a recepteken szereplő gyógyszereken kívül egyéb szereket is kíván vásárolni.

Alapszabály: vényköteles gyógyszert csak vényre adjuk ki, soha ne adjuk ki vény nélkül!

Amennyiben a beteg vagy vásárló vényköteles gyógyszert kér – vény hiányában –, tájékoztassuk őt a gyógyszer rendelkezéséről, és kérjük meg, hogy fáradjon el kezelőorvosához felírni a receptet. Ez egyben azt is jelenti, hogy megbeszéli orvosával, egészségi és általános állapota alapján indokolt-e az általa választott gyógyszer alkalmazása.

A vény nélkül is kiadható gyógyszerek esetén hasonlóan kell eljárunk, mint a vényre történő expedíáláskor. Kérdezzük meg a beteget, vásárlót, hogy saját maga részére, vagy megbízásból vásárol-e. A számítógépre vitelkor, „beütéskor” a patikai számítógépes rendszer szokásosan automatikusan jelzi, ha inkompatibilitás áll fenn. A konzultáció lehetősége mindig adott. Vény nélkül expedíálható gyógyszerek vagy egyéb készítmények esetén a gyógyszerésznek nagyobb a döntési hatásköre és ezzel együtt a felelőssége is. Az inkompatibilitást mindenképpen kerülni kell. Azonos hatástani csoportba tartozó gyógyszerek közül válasszuk vagy ajánljuk a betegnek mindig azt a hatóanyag-tartalmú készítményt, amely nem inkompatibilis a többi, együtt alkalmazott szerrel. Ez természetesen a vény nélkül kiadható szerek alapos, mélyreható ismeretét feltételezi. A patikai számítógépes rendszerek sokféle keresésre adnak lehetőséget, így például hatóanyag szerintire is, vagy épp a készítmény OGYI szerinti rövid leíratát is előkereshetjük, ahonnan információt kapunk a szer hatóanyagaira és egyéb jellemzőire, tulajdonságaira.

Soha ne adjunk, ajánljunk ugyanabból a hatástani csoportból két különböző készítményt megvásárlásra. Igyekezzünk, ha csak egy mód van rá, meggyőzni betegünket, vásárlónkat, hogy egyet válasszon az azonos vagy hasonló hatású szerek közül. Tegyük meg mindent a túlgyógyszerezés elkerülésé érdekében.

A vény nélkül adható szerek esetén szánjunk időt a felvilágosításra, az információadásra. Minden esetben igyekezzünk enyhébb hatású, kevesebb mellékhatással rendelkező szereket ajánlani. A mellékhatásokra mindenkor hívjuk fel a figyelmet! A fitoterápiás, gyógynövény hatóanyagú készítmények általában kevesebb mellékhatással rendelkeznek. Igyekezzünk a természetes hatóanyagok irányába hatni. A homeopátiát szelíd gyógymódnak szoktuk hívni. A homeopátiás szerek ajánlása azonban speciális ismereteket követel. Ismeret nélkül soha ne ajánljunk szert!

Az expedíáló gyógyszerésznek kellően meggyőzőnek kell lennie, hogy a tőle elhangzó ismeretek, információk hitelesek legyenek. A bizonytalanság elbizonytalanítja a beteget, vásárlót is. Ha bármilyen kétségünk merül fel, azt ne a beteggel, vásárlóval osszuk meg.

Kétség, bizonytalanság esetén van mód konzultációra. A patikában a kollégák együttműködése, együtt gondolkodása rendkívül hasznos lehet egy-egy probléma megoldásában.

Gyakori, hogy a recepten rendelt készítmény kézzel írott neve nem egyértelmű, nehezen olvasható. Ilyen esetben próbáljunk meg támpontokat szerezni. Támpont lehet a recept fejlécén szereplő intézmény, annak szakiránya. Segíthet a recept alján az orvosi pecsét, melyen ugyancsak fel van tüntetve a vényt rendelő orvos szakterülete. Nem szégyen megkérdezni a beteget, szedte-e már korábban a gyógyszert, tud-e segíteni a gyógyszer nevének megfejtésében. Ha semmilyen úton nem jutunk eredményre, ne próbálkozzunk találmányra kiadni bármit. Az esetleges gyógyszeres cseré s súlyos veszélyekkel és következményekkel járhat. Tanácsalanság, kétség esetén konzultáljunk a vényt rendelő orvossal, vagy az ő intézményével.

Egyedi magisztrális készítmények expedíálása

Az egyedi összetételű magisztrális készítmények az orvos speciális megfontolása alapján összeállított vényen rendelt készítmények. Ezen készítmények – hacsak nem gyakran rendelt,

mindennapos készítmények – általában nem állnak készen rendelkezésre a patikában. Így a magisztrális készítmények expedíálása tulajdonképpen kétszeri találkozással történik. Az első találkozás során a beteg vagy vásárló átadja a receptet. Az expedíáló gyógyszerész feladata, hogy a recepten a már fent felsorolt adatokat áttekintse, ellenőrizze, meggyőződjön arról, hogy a recept minden alaki kelléke meglegyen. A recept érdemi részének ellenőrzése során ellenőriznie kell, hogy a rendelt alapanyagok mindegyike rendelkezésre álljon a patikába, azaz a készítmény ténylegesen elkészíthető legyen. A felírt alapanyagok készlete természetesen a patikai számítógépes rendszer nyilvántartásában is ellenőrizhető, ha szükséges, vagy kétségünk van, érdemes a laboratóriumban a gyakorlatban is meggyőződni a rendelkezésre álló alapanyagokról, illetve azok rendelkezésre álló mennyiségéről. Mivel az alapanyagok hivatalos elnevezése a jelenleg hatályos VIII. Gyógyszerkönyv megnevezése, elképzelhető, hogy a vényt író orvos valamely korábbi gyógyszerkönyvben hivatalos néven jelöli az alapanyagot. Ez a tény megköveteli az expedíáló kollégától, hogy az alapanyagok szinonim elnevezéseit, korábbi hivatalos vagy nem hivatalos, szokásos elnevezését is ismerje.

A patikai számítógépes rendszerek általában ismerik a szinonim elnevezéseket. Ennek ellenére, vagy éppen ezzel együtt javasolható, hogy a patikában papír alapú, könyv formában is rendelkezésre álljon a szinonimaszótár.

A rendelt alapanyagok ellenőrzése során a rendelt dózis(ok) at is ellenőrizni kell. Az adag(ok) ellenőrzése a lehető legfontosabb része az egyedi magisztrális összetételű készítmények expedíálásának. Valamennyi hivatalos alapanyag a szokásos adagolása megtalálható a patikákban kötelezően rendelkezésre álló szakkönyvekben. Az adagolás ellenőrzése alapos analitikai ismereteket követel. Az expedíáló kollégának szükséges ismerniük a erős hatású szereket, tudniuk kell az „+” (egy kereszt), „++” (két kereszt), „#” (egy üres kereszt), „##” (két üres kereszt) besorolású szerek csoportjait. Az adagolás ellenőrzésekor tudni kell, hogy a vényt felíró orvosnak saját döntése alapján joga van a szokásosan alkalmazott adagolástól eltérni. Amennyiben a megengedettnél – saját megfontolás alapján – nagyobb dózisban rendeli az alapanyagot, úgy külön aláírással, külön bélyegző lenyomattal kell jeleznie, hogy tudatos, és nem véletlen dózistúllépés történt. A megengedettnél nagyobb adag rendelésekor az újabb aláírás és újabb pecsét ugyanolyan alaki kelléke a receptnek, mint bármely más, fentebb sorolt alaki kellék.

Kábítószer, pszichotrop anyagok expedíálása

A kábítószerekre, pszichotrop anyagokra külön jogszabály vonatkozik, mely jogszabályt az expedíáló gyógyszerésznek kötelessége ismerni. Ezen szerek megrendelésére, tárolására vonatkozó előírások – ahogyan az expedíálására vonatkozóak is – eltérnek az egyéb gyógyszerkészítményekre vonatkozó szabályoktól. Kábítószer rendelése esetén az orvos által kitöltött úrlapon a gyógyszer kiváltása előtt a betegnek hatósági engedélyt kell kérnie, a hatósági engedélyt a beteg köteles magával vinni gyógyszer kiváltásakor a patikába. Az engedély a patikában megőrzésre kerül. A kábítószer-engedély névre és konkrét készítményre vonatkozik. Amennyiben a készítményt vagy annak hatáserősségét a felíró orvos változtatni kívánja, úgy az előző engedélyt hatóságilag vissza kell vonni, és újabbat kiadni. A hatósági engedélyek a patikában megőrzendő dokumentumok közé tartoznak. A hatósági engedély mellett az orvos „dupla vényen” rendeli a kábítószere-

ket és pszichotrop anyagokat. A második vényen az orvos kötelezően feltünteti: „Másolat”. Természetesen mindkét recept – az első példány és a másolat is – szabályosan kitöltendő, az orvos aláírásával és pecsétjével ellátottnak kell lennie. A receptek mindkét példánya megőrzendő a patikában. Az expedíáláskor a kábítószeres és pszichotrop anyagok receptjeinek hátulján az átvevő beteg vagy vásárló személyi igazolványának számát – tényleges személyi igazolvány megtekintés után – fel kell tüntetni. A kiadást a kábítószer-nyilvántartókartonon is rögzíteni kell.

Gyógyászati segédeszköz expedíálása

A gyógyászati segédeszközök expedíálása alapjaiban nem tér el a gyógyszerek vényre történő expedíálásától. Ellenőrizendőek a recept alaki kellékei, különös tekintettel kell lenni a gyógyászati segédeszköz rendelésének jogcímére – többnyire speciális jogcímen rendeli a felíró orvos a gyógyászati segédeszközöket. Minden vélynél figyelemmel kell lenni a rendelt mennyiségre, fokozottan vonatkozik ez a gyógyászati segédeszközök receptjeire. Az orvos utasításként a „Szükség szerint” kifejezést nem alkalmazhatja. Egyetlen recepten egyhavi mennyiség rendelhető, amennyiben az orvos ettől eltér, azt külön jelölnie kell, és az orvosi naplószámot is fel kell tüntetnie.

A gyógyászati segédeszközök expedíálása során bizonyos értékhatár felett az OEP az ágazati kód feltüntetését is megköveteli. Az ágazati kód a recept fejlécén, az orvos neve, intézmény megnevezése alatt található. Az előírt esetekben az ágazati kód hiánya miatt az OEP a támogatásból kizárja a recepteket, azaz a társadalombiztosítási hozzájárulást nem téríti meg a patikának.

Hibás receptek

Az expedíálás problémás esetei a hibás vények expedíálása. Hibás az a vény, melynek valamely alaki kelléke hiányzik. Csak felsorolásszerűen a kötelező alaki kellékek: beteg neve, születési dátuma, lakcíme, a beteg taj-száma, a BNO-kód, a vényazonosító vonalkód, az expedíálás jogcíme, a felírás dátuma, az orvos neve, az intézmény megnevezése, az orvos engedélyszáma, a rendelt készítmény megnevezése, a hatóanyag tartalma és csomagolási egysége (ennek hiányában mindig a legkisebb hatóanyag-tartalmú és legkisebb csomagolás expedíálendő), az orvos utasítsa az alkalmazásra vonatkozóan, orvos aláírása és pecsétje, a beteg aláírása.

A felsorolt alaki kellékek közül a beteg adatai pótolhatóak a patikában. Nem pótolhatóak az orvosra vonatkozó adatok, a BNO-kód, a rendelt készítmény hatóanyag-tartalma, csomagolási egysége, valamint az orvos utasítása.

A 90 napnál régebbi recept érvénytelen, nem expedíálható. Érdemes tudni, hogy a lejárt receptek utáni társadalombiztosítási hozzájárulást az OEP nem fizeti meg a patika részére.

Hibás a vény, ha az orvos utasítása szerinti adagolás szerint a receptre felírt mennyiség az egyhavi mennyiséget meghaladja, és ez nincs külön jelölve pl. „Három hónapra ellátva”, vagy „Két hónapra ellátva”, a jelölés mellett a naplósám feltüntetése is kötelező. A mennyiségre vonatkozó speciális jelzések a patikában nem pótolhatóak. Ezekben az esetekben a vényen szereplő készítményből a vényen szereplő alkalmazási utasítás szerinti egyhavi mennyiség expedíálható.

A receptet az orvosnak lehetősége és joga van javítani, a javítást minden esetben külön aláírással és pecséttel kell ellátni, ugyanúgy, mint adagtúllépés esetén.

A hibás, hiányos vagy bármilyen szempontból az expedíáló gyógyszerész szempontjából nem elfogadható vények esetén meg kell kérni a beteget vagy vásárlót, hogy fáradjon vissza a felíró orvoshoz, és ott kérjen hibaigazítást, javítást.

Empátia

Az egészségügyi törvény rendelkezik a betegek jogairól, többek között arról, hogy a betegeknek joguk van a saját szintjükön, tudásuknak, ismereteiknek megfelelően tájékozódni a betegségükről. Ezt a tájékoztatást a kezelőorvoson kívül az expedíáló gyógyszerésznek kell biztosítani. Nem szabad elfelejteni, hogy a beteg felvilágosítása, tájékoztatása a saját szintjén történjen. Nem könnyű feladat, hiszen csupán percek vagy percek töredéke áll rendelkezésre ahhoz, hogy felmérjük a beteg ismereteit, hogy a saját szintjén tudjunk kommunikálni. Érdemes a lehető legegyszerűbben fogalmazni, kerülni az idegen szavakat, kifejezéseket. A legfontosabb információkat próbáljuk meg többször, többféleképpen megfogalmazni. Adjunk helyet és időt arra, hogy a beteg, a vásárló megértesse a hallottakat. Fontos, hogy legyen lehetőség kérdéseket feltenni, visszakérdezni.

Talán nem gondolunk rá, de a beszéd hangossága is jelentőséggel bír. Idős, kissé vagy jobban nagyot halló betegnek vagy vásárlónak kellő hangossággal kell az információkat átadni.

Intim, egyedi, speciális problémákról ugyancsak megfelelő halszággal szükséges beszélni, figyelve arra, hogy soha ne hozzunk senkit kényelmetlen helyzetbe a patikában tartózkodó, számára idegenek előtt. A jogszabályok nemcsak biztosítják, hanem kötelezővé teszik az intim beszélgetés helyének, lehetőségének megteremtését.

Gyakori, hogy a beteg vagy vásárló nem a választott gyógyszerrel kapcsolatban, hanem egészen más problémával kapcsolatban tesz fel kérdést. A gyógyszerész feladata az egészségügyi felvilágosítás, akkor is, ha nem az aktuális vásárlással kapcsolatos a téma.

Az utóbbi időben gyakorta beszélünk gyógyszerértési marketingről. Ennek speciális, különösen fontos, talán legfontosabb eleme a gyógyszerész szaktudás, szakértelem. Az expedíáló gyógyszerész, amikor szemben áll a beteggel vagy vásárlóval, minden szavával, gondolatával, kimondott mondatával gyógyszerész gondozást valósít meg, ha nem is a protokoll szerinti, klasszikus értelemben vett módon, hanem csak hagyományosan, szakmai szempontok alapján. Ahogyan ezt évtizedek óta lelkiismeretesen tesszük, és reményeim szerint tenni fogjuk, míg világ a világ.

A szerzők szakgyógyszerészek.

Tisztelt Olvasó! A „nyomda ördöge” folytán az előző lap-számunk 12. oldalán lévő szakcikk bevezetője helyett tévesen egy másik cikk lead-je került. (Az eredeti bevezető a szakcikk elején, teljes terjedelmében olvasható). Az érintettektől ezúton is elnézését kérünk. A szerk.

Egészségügyi reform az USA-ban: miért veszített Clinton és hogyan győzött Obama elnök?

Barack Obama elnök 2010 márciusának végén két új törvény aláírásával alapvető változásokat indított útjára az Amerikai Egyesült Államok egészségbiztosítási rendszerében. Győzelmet aratott egy olyan ügyben, amelyben Clinton elnök totális vereséget szenvedett. Obama a sikert nem a véletlennek köszönhetette, ugyanis tudatosan kerülte elődjének minden melléfogását, tehát nem zárt ajtók mögött tárgyalva igyekezett megszerezni a különböző érdekcsoportok támogatását, és nem a kongresszusra bízta a jogszabály sarokpontjainak kitűzését. Sőt, amikor a kongresszus belemerült a részletekbe, egyszerűen magához ragadta a kezdeményezést, és döntött a függő kérdésekben.

■ Harry Perlstadt¹ (professzor, PhD, M.P.H.), Balázs Péter²

Az egészségügyi reform nem egy csapásra változtatja meg az USA jelenlegi rendszerét, hanem tízéves átmenetet ad az új egészségbiztosítási rendszer bevezetésére. A megváltozott jogszabályi környezet korlátozni fogja a biztosítótársaságok üzleti nyereségének növelését, és párhuzamosan 32 millió, eddig nem biztosított állampolgárnak ad lehetőséget, hogy a jövőben az egészségbiztosítási fedezet előnyeit élvezhessék. Ennek érdekében a kis- és középvállalkozások célzott munkáltatói kedvezményekben részesülnek, emelkednek az adóterhek a magasabb jövedelmű társadalmi rétegekben, valamint a gyógyszeripar és a biztosítási üzletág is kénytelen lesz lemondani a nyereség egy részéről, hogy ezzel is támogassa a szövetségi kormányt a változtatások végrehajtásában.

Amerikai alapértékek és az egészségügyi ellátás finanszírozása

Az amerikai társadalmat mindig is az egyéni szabadság és az autonómia feltétlen tisztelete vezérelte. Európával összehasonlítva lényegesen kisebb a fogékonysága a szolidaritás, mint érték, és a különböző társadalmi csoportok kollektív jóléte iránt. Mindez természetesen a legkevésbé sem jelenti azt, hogy az amerikai polgárok külön-külön, vagy akár nemzeti szinten nem tartanának össze, ha valamilyen természeti csapás vagy katasztrófa érné az országot. Másfelől azonban igencsak vonakodnak attól, hogy a sajátjukon kívül, számukra ismeretlen polgárok egészségbiztosításához is hozzájárulást fizessenek. Továbbá, azért sem lelkesednek, hogy elvegyék tőlük a szabad választás lehetőségét, és még kevésbé lelkesednek azért, hogy a

megmaradó egyetlen lehetőség ráadásul még kötelező is legyen a részükre.

Az USA alkotmánya tételesen rögzíti a vallásszabadságot, a sajtó és a véleménynyilvánítás szabadságát, az esküdtszék bevonásával folytatott peres eljárást, a fegyverek birtoklásának és viselésének szabadságát. Az egészség azonban nem szerepel a jogosultságok között. Csupán egyetlen utalás található az alkotmányban „az általános jólét előmozdítására”, azonban ennek az értelmezése már kezdettől fogva vita tárgyát képezte. A konzervatív politikusok (lényegében a republikánusok) véleménye szerint ez a kijelentés nem vonatkoztatható az egészségre, amely így nem szövetségi ügy, hanem az egyes tagállamokra tartozik. Ezzel szemben a liberálisok (lényegében a demokraták) értelmezése szerint a kongresszus jogosult az általános jólét előmozdításának szövetségi keretein belül, a többi között az egészségről és az egészségügyről is intézkedni. Valójában az egészségügyi reform kérdésében is megnyilvánuló, igen mélyről jövő pártpolitikai megosztottság ezt a kezdetektől fennálló ellentét magyarázza.

Társadalombiztosítási törvény az USA-ban is létezik, és a kongresszus már 1935-ben megszavazta, és ennek keretében kapnak például öregségi járadékot (nyugdíjat) azok, akik a törvényes korhatárt elérték (jelenleg 65 év), vagy a családok temetési segélyt elhalálozás esetén. A törvény rendelkezett a munkanélküliség elleni biztosításról és az önálló jövedelemmel nem rendelkező családtagok ellátásáról is. Lényeges különbség azonban az európai rendszerekkel szemben, hogy az 1935. évi jogszabály nem foglalkozott betegségi (egészség) biztosítással. Csak 1964-ben történt változás ebben a kérdésben, ugyanis a kongresszus úgy módosította a társadalombiztosítási törvényt, hogy két közfinanszírozott programot is

létrehozott az egészségügyi szolgáltatások költségtérítésére, nevezetesen a MEDICARE-t és a MEDICAID-et.

A MEDICARE a 65 év felettiiek szövetségi szinten központosított, közfinanszírozott biztosítása. Szolgáltatásai a kórházi kezelésre, az ápolási otthonokban történő ellátásra, illetve az ambuláns orvosi és más egészségügyi szakmai ellátásokra nyújtanak fedezetet (ez a MEDICARE-A és -B része). Ezek a biztosítottak 1997-től arra is lehetőséget kaptak, hogy a közpénzből finanszírozott biztosításukat magántársaságokkal kössék meg (ez a MEDICARE-C része). Jóval később, csak 2006-tól társult az előbbiekhöz a gyógyszerellátási biztosítás (a MEDICARE-D része), szintén magánbiztosítók által. A MEDICAID egy szociális ellátási program, amely az alacsony jövedelmű és rászoruló felnőttek, illetve gyermekek kezelését biztosítja. Ezt az egyes tagállamok tartják fenn, következőképpen a jogosultság és a kedvezmények államról államra igen változatosak lehetnek. Általánosságban az jellemző, hogy MEDICAID kevesebb költségtérítést fizet a kórházi és az ambuláns kezeléseikért a MEDICARE-hez viszonyítva. Minden korcsoportban (csecsemők, gyermekek, felnőttek) és várandósok részére is csökkentett áron vagy térítésmentesen járnak az orvosi és fogorvosi szolgáltatások, a védőoltások, a szemészeti és audiológiai szűrővizsgálatok. Ezek elérhetőségét három rendszer biztosítja: a helyi önkormányzatok közegészségügyi osztályai által kistérségi vagy városi szinten, helyi adókból fenntartott több mint 3000 intézmény, a közösségi egészségházak hálózata, amelyeket a szövetségi kormányzat tart fenn, és a karitatív szolgálatok, amelyeket vallási egyesületek és nonprofit társaságok üzemeltetnek.

Az USA Népszámlálási Hivatala szerint 2009-ben a teljes népességen belül 14,1%-nak volt MEDICAID fedezete, 14,3% ellátását a MEDICAID tette lehetővé, 58,5%-nak a munkáltatója révén volt egészségbiztosítása, 8,2% hagyományos magánbiztosítással rendelkezett, és 15,4%-nak nem volt semmilyen biztosítása. Összeadva a százalékokat, azért kapunk 100%-nál nagyobb értéket, mert egyesek a MEDICARE és a MEDICAID ellátásból is részesülnek, vagy a MEDICARE-A rész mellett magánbiztosításuk is van a munkáltatójuk révén. Utalva a fenti 15,4%-ra, az Obama-reformnak pontosan az a célja, hogy ezek az emberek is hozzájuthassanak a biztosítási fedezethez. Obama a 2008-as elnökválasztási kampányban arra tett ígéretet, hogy

- egyfelől a Nemzeti Egészségbiztosítási Fórum (National Health Insurance Exchange) közvetítésével mindenki számára elérhetővé teszi a biztosítást,
- a családok és kisvállalkozások, ha biztosítást kötnek, adókedvezményeket kapnak,
- a nagyvállalkozások számára kötelező lesz a munkáltatói járulék fizetése a dolgozók részére, és végül
- a MEDICAID jogosultsági feltételeit is szélesíteni fogják.

A fentiek közül a Nemzeti Egészségbiztosítási Fórum azért igényel magyarázatot, mert az exchange szóhoz magyarul a fenti szövegkörnyezetben elsősorban a „tőzsde” értelmezés kötődik. Helyette ezért célszerűbb a fórum megjelölést használni. Valójában az egészségbiztosítási fórum is a vevőket és eladókat „hozza össze”, ugyanis mint internetes portál működik, amelynek segítségével a biztosítók potenciális ügyfelei szövetségi szinten egységes információkat szerezhetnek az egyes biztosítók kínálatáról. Miután döntöttek, egyszerűen on-line módon köthetik meg a szerződéseket. Obama ter-

vei szerint a szövetségi kormány fogja üzemeltetni Nemzeti Egészségbiztosítási Fórumot, amely így minden amerikai polgárnak valamennyi tagállamban egyformán biztosítja a választás szabadságát. Obama választási ígéretének ez a része tagállami szinten is kedvező fogadtatásban részesült, ugyanis Massachusetts állam például már rendelkezik ezzel az elektronikus megoldással, Utah-ban pedig 2009-ben vezették be.

Az USA szövetségi kormánya az egészségügyi ellátás költségeinek mintegy a felét fizeti, egyharmad részét a magánbiztosítók adják, és mintegy tíz százalékot fizetnek közvetlenül a betegek, önrész vagy co-payment formájában. A maradék kb. 10% pedig jótékonyági alapoktól származik. Amerikában is létezik a finanszírozás kétcsatornás megoldása, ugyanis köztulajdonú intézmény esetén a biztosítás csak a folyó költségeket téríti. A szövetségi kormányzat a kórházak tulajdonlását ebből a szempontból már 1948-ban rendezte (Hill-Burton Act) és közösségi egészségházakat is létesített (Economic Opportunity Act of 1964). Összességében azonban az USA kórházainak kevesebb, mint 25%-a van szövetségi vagy helyi kormányzati tulajdonban és fenntartásban, következőképpen a közösségi tulajdonosok terhe lényegesen kisebb, mint Magyarországon vagy más európai országban.

Tanulságok Clinton elnök reformtervének bukásából

A folyamatok megértéséhez, ha csak minimális mértékben is, de szükséges az USA törvényhozó szervezetének, a kongresszusnak a bemutatása, amely kétkamarás rendszerű, alsó szinten a képviselőházzal, felső szinten pedig a szenátussal. A képviselőház 435 tagját egyéni körzetekben választják a népesség számához arányosított megoszlásban. Ennek megfelelően a legtöbb képviselőt Kalifornia delegálja, szám szerint 53-at. Minden jogszabály kezdeményezése, amely az államháztartást illeti, a képviselőház jogosultsága. A szenátus 100 tagú testület, amelyben a népességszámtól függetlenül minden tagállam 2 szenátori hellyel rendelkezik. Különkülön, mindkét ház elnököt választ, akiket a képviselőházban Speakernek, a szenátusban Majority Leadernek neveznek. Elnökválasztás négyévenként esedékes, de az elnök nem tagja a kongresszusnak, aláírása azonban feltétlenül szükséges a jogszabályok hatályba léptetéséhez. A képviselőházat két évenként teljesen újraválasztják, a szenátusnak azonban csak 1/3-át választják újra két évenként, vagyis a szenátorok 6 évre nyernek megbízatást. Ennek megfelelően 2008-ban, Obama elnök megválasztásának évében a szenátus 1/3-át, a képviselőházat viszont teljes egészében újraválasztották.

A szenátusban 60 szavazat (úgynevezett szupertöbbség) szükséges a napirendi vita lezárásához és a javaslatok szavazásra bocsátásához. Ezért tehát, amennyiben legalább 41 szenátor egységesen szavaz, gyakorlatilag végtelen obstrukcióra képesek, ha nem értenek egyet valamilyen javaslattal. Az állam működőképességének fenntartása érdekében az USA éves költségvetésének megszavazását azonban kivették a fenti általános szabály alól, így annak elfogadásához csak 51 igen szavazat szükséges. A demokratáknak szupertöbbsége volt 1965-ben, amikor a MEDICARE és MEDICAID törvényeket elfogadták, és így volt ez a jelenlegi egészségügyi reform vitájának és végszavazásának idején is 2009/10-ben. Ezzel szemben a demokratáknak nem volt 60 szavazata, amikor Clinton elnök terjesztette elő a reformjavaslatát 1993-ban.

Bill Clinton, amikor hivatalba lépett, azonnal meghirdette az egészségügyi reformot, a mindenkire kiterjedő egészségbiztosítást és az egészségügyi kiadások növekedésének megfékezését. Először egy 12 tagú Nemzeti Egészségügyi Reformbizottságot hozott létre, amelynek elnöki székébe feleségét, Hillary Clintont ültette. A bizottságnak tagja volt egy-egy kabinetttag az Egészségügyi és Szociális (Health and Human Services), a Védelmi (Defense), a Kereskedelmi (Commerce), a Munkaügyi Minisztériumból (Labor) és a Pénzügyminisztériumból (Treasury), továbbá a Hadigondozottak Főhivatalának igazgatója (Veteran's Administration), és az Államháztartási Hivatal (Office of Management and Budget) igazgatója. Ezután a bizottság tárcaközi munkacsoportokat hozott létre a korábbi reformjavaslatok kritikus értékelésére és az új javaslatok kidolgozására. A munkacsoportokban a fenti hat minisztérium teljes munkaidőben foglalkoztatott kormányzati tisztviselői dolgoztak, továbbá a kongresszus hivatali testületének tisztviselői, de jelen voltak egyes nem kormányzati szervek képviselői is, továbbá egyetemi szakemberek és egészségügyi aktivisták is. Már a munka kezdetén a közreműködők száma 100-ról 630-ra emelkedett, nem is beszélve a hazai és nemzetközi szakértőkről.

A Clinton-terv alap gondolata leginkább a hagyományos német modellre emlékeztetett. Nemzeti Egészségügyi Hivatalt (National Health Board) szándékoztak létrehozni, amelynek tisztviselőit az elnök nevezte volna ki, mint bármely szabályos központi államigazgatási szerv esetében. A hivatal állapította volna meg az egészségbiztosítási díjak mértékét, meghatározta volna a nemzeti szinten egységes biztosítási csomag tartalmát, és felső költségkorlátot állított volna a magán- és közösségi szolgáltatásokban mind tagállami, mind nemzeti szinten. A tagállamokban, a Nemzeti Egészségügyi Hivatal által egységesen irányított helyi szervként, Regionális Egészségügyi Szövetségek (Regional Health Alliances) jöttek volna létre. Hatósági jogkörükbe tartozott volna a biztosítási csomagok tartalmának ellenőrzése, az egészségügyi helyi költségvetések felügyelete, a munkáltatók és munkavállalók járulékfizetésének nyomon követése és a járulékok beszedése.

Minden engedélyezett egészségbiztosító társaságnak széles körű és egységes szolgáltatást kellett volna nyújtania, amely tartalmazta volna a kórházi ellátást, az orvosi és más egészségügyi szakdolgozói szolgáltatásokat, a sürgősségi és ambuláns ellátást, a megelőző szolgáltatásokat, családtervezést és a várandósok gondozását, ápolási otthonokban az ellátást és az otthonápolást, az ambuláns laboratóriumi, képző és más diagnosztikus vizsgálatokat. A javaslatok között szerepeltek a többi között a MEDICARE biztosítás vényköteles gyógyszerekre nyújtandó kedvezményei (amelyeket később a 2003-ban hatályba lépett MEDICARE-D jogszabály vezetett be). A biztosítók nem szabhattak volna felső határt az általuk nyújtandó költségfedezetnek, vagyis nem korlátozhatták volna azt az összeget, amelyet 1 betegre 1 év alatt, vagy 1 beteg teljes élettartamára kellene fizetni. Sőt, egyetlen szerződő felet sem utasíthattak volna el, ha már a biztosítás kötésekor korábban szerzett betegsége (pl. diabetes) lett volna. A munkáltatók dolgozók részére legalább a standard biztosítási csomagot lettek volna kötelesek felajánlani, a biztosítási díj 80%-ának megfizetésével. Ehhez a kisvállalkozások támogatást kaptak volna. Amennyiben bárki is egyénileg akart volna biztosítást kötni, a Regionális Egészségügyi Szövetségeken keresztül nagyobb választék állt volna rendelkezésére,

szemben például a munkáltatók által ajánlott egy, kettő vagy három biztosítási kínálattal. Az egyes biztosítási csomagok különbsége abból adódott volna, hogy lehetőséget adnak a szerződött szolgáltatókon kívül mások felkeresésére is, ilyen esetben azonban szükségszerűen jelentős co-payment-et kellett volna fizetni.

A Clinton-terv bukását végül is több tényező együttes hatása okozta. Elsőként a titkosítást kell megnevezni. Alapjában véve nem tekinthető szokatlannak, ha a kormányzati szervek által előkészített anyagokkal a köztisztviselők zárt körben dolgoznak, így ugyanis a munkaközi iratok nem kerülhetnek a szélesebb nyilvánosság elé. Ezzel szemben a Clinton-féle munkacsoportban nem kormányzati szervek képviselői és egyetemi kutatók is közreműködtek, akik kvázi lemondani kényszerültek a fő foglalkozásukról, hogy átmenetileg kormányzati munkatársként vehessenek részt a titkosított tárgyalásokon. Ebből a szempontból meglehetősen különös volt Hillary Clinton szerepvállalása, akit ennek kapcsán peres eljárás alá is vontak, az illetékes szövetségi bíró azonban úgy döntött, hogy a First Lady de facto teljes munkaidőben foglalkoztatott szövetségi tisztviselő, tehát a személyét illetően nem történt jogsértés a szövetségi tanácsadó testületekre irányadó jogszabály értelmében.

A második hiba az volt, hogy a Clinton házaspár nem akart érdemben tárgyalni a kongresszussal. Stratégiájuk szerint a politikai baloldaltól indulva a reformtervezettel olyan mértékben szándékoztak a centrumhoz közelíteni, amennyire ez feltétlenül szükségesnek bizonyul a többségi támogatás elnyeréséhez. A pártpolitikai ellentétek felszínre törését azonban nem sikerült elkerülni, ugyanis viszonzásként a republikánus Bob Dole, mint a szenátusi kisebbség vezetője úgy nyilatkozott, hogy nem áll szándékában Hillary Clintonnal találkozni, a képviselőházban pedig az ugyancsak republikánus Newt Gingrich azt ígérte, hogy nem fogják támogatni a Clinton-tervet. Végül, amikor a Clinton-munkacsoport találkozott a kongresszus tagjaival, az egyik demokrata képviselő felháborodott azon, hogy valamelyik képviselőtársa kezében meglátta az addig titkosan kezelt javaslat teljes írásos anyagát. Természetesen, miután az anyag már ismeretes volt a kongresszus előtt, a kiszivárogtatás azonnal megindult a sajtó irányába. Így azután a Clinton-terv hivatalos bemutatása idején az elnök terve már csak egy volt a kongresszusban körözött 19 javaslat közül.

A kiszivárogtatáson kívül az Amerikai Egészségbiztosítók Szövetsége például olyan kereskedelmi reklámfilmeket szponzorált a különböző tv-csatornákon, amelyekben egy képzeletbeli decens házaspár, „Harry and Louise” aggódott az egészségügyi reform miatt. Elmondták, hogy a reformmal a kormányzat felforgatná mindennapi békés életüket, és attól az elemi szabadságtól is megfosztaná őket, hogy saját maguk válasszák meg azt az orvost, aki iránt bizalmat éreznek. Mindezekon túl, William Kristol, egy konzervatív közéleti személyiség azt javasolta, hogy a terv kapcsán inkább azok hangjára kell figyelni, akik elégedettek a biztosításukkal, mivel ezek az amerikai társadalom 85%-át alkotják, és nem olyan ötletekkel kellene foglalkozni, amelyek a fennálló rendszert teljes egészében felforgatnák. Ezután már csak a végjáték része volt a republikánusok győzelme az 1994-es kongresszusi választáson, és a Clinton-terv úgy fejezte be a pályafutását, hogy a törvényhozásban szavazásra sem bocsátották.

Obama milyen módszert választott?

Obama teljesen más stratégiát alkalmazott, mint Clinton munkacsoportja. Nem zárt ajtók mögött tárgyalt a Fehér Házban, hanem a kongresszusra bízta az előkészítés munkáját. Még mielőtt ügyvédként, majd politikusként dolgozott, Chicagóban három éven keresztül egy egyházi egyesületben végzett szervező és mozgósító munkát. Ezeket a tapasztalatait kiválóan hasznosította az egészségügyi reform szövetségi szintű előkészítésében. Közvetlenül megválasztása után rutinos módon hívta találkozóra a legfőbb társadalmi érdekcsoportokat, a többi között a gyógyszergyártó cégeket, az orvosokat, a kórházakat, a szakszervezeteket és a munkáltatókat, és ő maga tett javaslatokat kompromisszumos megegyezőesekre.

Következő lépésben költségvetésszerűen alapozta meg a reformot, olyan megoldással, amellyel elkerülhető az államháztartási hiány fokozódása. A kongresszus 2009-ben elfogadott költségvetése (az USA-ban a pénzügyi év 2009. október 1-jétől 2010. szeptember 30-ig tart) 635 milliárd dollár tartalékot képezett az elkövetkezendő 10 évre az egészségügyi reform finanszírozása érdekében.

Ennek az összegnek a fele új állami bevételekből és adókból fog befolyjni, a másik fele pedig a MEDICARE és MEDICAID, illetve más programok megtakarításaiból származik. Ez utóbbi megtakarítás egyik forrása a szövetségi támogatás csökkentése a MEDICARE-C magánbiztosításhoz, amely lényegesen költségesebb, mint az A vagy a B részek által nyújtott szolgáltatások.

Másik lényeges megtakarítási forrás a vényköteles gyógyszerek támogatásának átalakítása. A munkáltatók továbbra is 28%-os adómentes támogatást kaphatnak, ha az általuk ajánlott biztosításokban gyógyszerkedvezmények szerepelnek, de a dupla kedvezményről le kell mondaniuk, tehát adókötelesség szempontjából a bevételeikből nem vonhatják le ezeket a támogatásokat.

A központi költségvetés elfogadása után, amely tételesen megnevezi a bevételi forrásokat és a kiadási oldalt is jóváhagyja, már semmi nem állta az útját annak, hogy a kongresszus az egészségügyi reformra vonatkozó jogszabály javaslatát megszavazza.

A képviselőház 2009 júliusában döntött a republikánusok támogatása nélkül. Az új jogszabály szerint a szövetségi kormányzatnak olyan közfinanszírozott biztosítási programot kell létrehoznia, amely

- a Nemzeti Egészségbiztosítási Fórumon versenyképes lesz a magánbiztosításokkal,
- mindenkit kötelez valamilyen biztosítás megkötésére, vagy magánalapon, vagy munkáltatója közvetítésével,
- kiterjeszti a MEDICAID jogosultsági körét és
- valorizálja az orvosi térítési összegeket is.

A képviselőházi változat hatályon kívül helyezte azt a jogszabályt is, amely kivételben részesítette az egészségbiztosítási üzletágat a trösztellenes szabályozással szemben. Tagállami szinten ugyanis a szabályozás nem akadályozta meg az üzleti nyereség növelését, és a társaságok egyesülése a piaci verseny csökkentését eredményezte. Ennek következtében jelenleg számos tagállamban a piacot egy vagy legfeljebb kettő biztosítótársaság uralja. Az említett hatályon kívül helyezés arra is lehetőséget adna a szövetségi kormánynak, hogy vizsgálatot

indítson a versenyszabályok megsértése miatt. Egy hónappal a szavazás után azonban a képviselők már azt tapasztalták a választási körzeteikben, hogy határozott ellenállás alakult ki a tervvel szemben. Obama ekkor gyorsan irányt váltott, és kijelentette, hogy a közfinanszírozott biztosítási programot nem tekinti a reform elengedhetetlen elemének.

Időközben a szenátus is dolgozott a saját reformjavaslatán. Utalva a fentiekben említettekre, ebben a testületben 60 szavazat szükséges a tervezet megszavazásához. Ennek biztosítására néhány demokrata szenátor szavazatának megszerzése érdekében kifejezetten népszerűtlen egyezségeket kellett kötni. Így például Ben Nelson (Nebraska), Mary Landrieu (Louisiana) és Bernie Sanders (Vermont) ígéretet kaptak államaik MEDICAID-programjának járulékos szövetségi finanszírozására, Bill Nelsont (Florida) viszont kivételes eljárásról biztosították, amelynek révén az állam MEDICARE-C programját nem érintenék a tervezett változtatások. Végül a szenátus a törvényt közvetlenül karácsony előtt megszavazta.

Szokásos eljárás szerint a képviselőház és a szenátus is külön-külön készíti és fogadja el a törvényjavaslatokat, majd ezután következik az egyeztetés a két kamara között. A szenátus javaslata számos tekintetben különbözött a képviselőházi változattól:

- más adók emelését irányozta elő,
- nem tette kötelezővé kisvállalati körben a biztosítás megkötését,
- nem tervezett közfinanszírozott biztosítást, és
- csak tagállami szinten rendelte volna el az egészségbiztosítási fórumok létesítését, továbbá
- ragaszkodott az egészségbiztosítási üzletág kivételéhez a trösztellenes törvény hatálya alól.

Azonban 2010 januárjában váratlan és döntő fordulat következett be, ugyanis a Ted Kennedy szenátor halála miatt választást kellett tartani az üressé vált hely betöltésére, amelyet a republikánus jelölt nyert meg, megszüntetve ez által a demokraták 60 szavazatos többségét a testületben.

Ebben a pillanatban Obama döntő lépésre szánta el magát. Három egymást követő alkalommal a legnépszerűbb televíziós csatornák nyilvánossága előtt találkozott a kongresszus tagjaival, azzal a céllal, hogy a mérsékeltek megnyerése mellett az ingadozó demokratákat is rábeszélje a reform támogatására. Néhány nappal a sorozatot lezáró vita előtt Obama nyilvánosságra hozta végső javaslatait az egészségügyi reformmal kapcsolatban:

- támogatta, hogy a munkajövedelmekre és a tőkejövedelmekre (nyereség és osztalékok) a MEDICARE-nek címzett adót vessenek ki azoknak az esetében, akiknek egyedülállóként a 200 000 dollárt, vagy házastársakként a 250 000 dollárt meghaladja az éves jövedelme,
- legyenek adókötelesek az úgynevezett luxus egészségbiztosítási szerződések, egyedülállók esetén 10 200 dollár és családok esetén 27 000 dollár felett (az átlagos családi biztosítás 2009-ben 13 375 dollár volt),
- legyen kötelező minden 50-nél több alkalmazottat foglalkoztató munkáltató részére a biztosítás megkötése,
- csökkenjen a MEDICARE-C szövetségi pénzügyi támogatása,
- rendeződjenek a problémák a vényköteles gyógyszerekre vonatkozó MEDICARE-D biztosításban,

- az egészségbiztosítási üzletág és a gyógyszergyártó cégek évenként meghatározott összeget fizessenek be a szövetségi költségvetésbe, és
- a szenátus vonjon vissza minden külön alkut, amelyet korábban kötött a 60 szavazatos többség megszerzése érdekében.

Az utolsó televíziós vita közös asztalhoz ültette a kongresszus mindkét pártjának legfőbb vezetőit, akik több mint hét órán át fejtették ki a nézeteiket. Obama, korábbi szervezői gyakorlata révén, végig kezében tartotta a vita irányítását, és mindkét félnek lehetőséget adott az álláspontok ismertetésére és a kérdések feltevésére. Végül a vitát úgy foglalta össze, hogy mindenki egyetértett a kisvállalkozások és az egyéni biztosítást kötő személyek támogatásával, illetve az egészségügyi költségek visszafogásával. Hozzátette még, hogy személy szerint a biztosítótársaságokat is felelősségre kellene vonni a díjak indokolatlan emelése esetén. Zárszavában azt hangsúlyozta, hogy 4–6 hétig még várni fog a republikánusok konstruktív javaslataira, de ezután kezdeményezni fogja a reformtörvény végszavazását.

Tekintettel arra, hogy a demokraták elveszítették 60 fős többségüket a szenátusban, a képviselőháznak nem maradt más lehetősége, mint hogy változatlanul elfogadja a szenátus javaslatát. Egyes képviselőházi demokraták azonban elégedetlenségüknek adtak hangot a terhességmegszakítással kapcsolatos részek miatt. Úgy vélekedtek, hogy az erőszakos nemi közösküléskből, a vérfertőző kapcsolatból származó, és az anya életét veszélyeztető terhesség megszakításán kívül a javaslat arra is lehetőséget adna, hogy indirekt módon a központi költségvetés további okokból végzett abortuszokat is támogasson. Az egyik közvetett út olyan biztosítási csomagok támogatása volna, amelyek az ilyen abortuszokat is finanszírozzák, a másik pedig a központi költségvetésből 7 milliárd dollárban részesülő új közösségi egészségházak, ha nem kapnának kifejezett utasítást az abortusztilalomra. Végül Obama elnöki utasítást adott ki arra nézve, hogy az egyébként 1976 óta hatályos jogszabályi tiltás alól az új közösségi egészségházak sem képezhetnek kivételt. Ezután a képviselőház 219 szavazattal 211 ellenében elfogadta a reformtörvény szenátusi javaslatát, amely Obama aláírásával hatályba is lépett. Néhány nap múltán a képviselőház 220 szavazattal 211 ellenében jogharmonizációs törvényjavaslatot fogadott el, amely az egészségügyi reformtörvényt a költségvetési bevételekhez és kiadásokhoz igazította. Ezután a szenátusnak már semmilyen eszköze nem maradt a további ellenálláshoz, ugyanis az eljárási rend szerint 50+1 szavazat is elegendő volt a Ház javaslatának elfogadáshoz. Egyébként a republikánusok mind a képviselőházban, mind a szenátusban, egységesen a reformtörvény ellen foglaltak állást. Az elnök az újabb törvényt 2010. március 30-án látta el kézjeggyel.

Milyen változások történnek az USA-ban a következő 10 évben?

Az új törvény az Egyesült Államok gazdaságának mintegy 1/6 részét fogja átrendezni. Jóllehet, különböző becslések vannak forgalomban, a Kongresszusi Költségvetési Iroda (Congressional Budget Office=CBO) számításai szerint a biztosítás nélküliek száma (a 65 év feletti polgárokat és az engedély nélküli bevándorlókat leszámítva) 15,5 millió főre fog csökkenni. Fordítva ez azt jelenti, hogy a rendezett jogállású, 65

éves kor alatti népesség körében a biztosítási, illetve garantált ellátási arány a jelenlegi 83%-ról 94%-ra emelkedik. Ennek keretében 16 millióval növekszik a MEDICAID-jogosultak száma és 24 milliós népesség köthet biztosítást a tagállami elektronikus fórumok közvetítésével. A vállalkozások egyébként ahhoz is hozzájárulhatnak, hogy alkalmazottaik egyénileg, a fórumokon keresztül kössenek biztosítást, ezáltal azonban nem léphetnek ki a munkáltatói biztosítottak jogállásából, tehát nem részesülhetnek közvetlen költségvetési támogatásban. A helyzetet megfordítva, a CBO előrejelzése szerint ez azt fogja eredményezni, hogy a saját jogcímen is fennálló biztosítási kötelezettség helyett a munkaviszonnyal rendelkezők nyomást fognak gyakorolni a munkáltatókra, hogy a biztosítást a munkahelyükön köthessék meg.

A reform többféle forrásból szerzi pénzügyi fedezetét. A fentiekben említettek szerint a magasabb jövedelmű rétegek 2013-tól több adót fognak fizetni a munka- és a tőkejövedelmek után, az úgynevezett luxusbiztosítások adóztatása pedig 2018-tól kezdődik. Kétségtelen, hogy a gyógyszergyártás és kereskedelem számára a biztosítás kiterjesztése a piacon fizetőképes többlet-keresletet fog eredményezni, azonban ennek a hasznából piaci részesedésük arányában költségvetési hozzájárulásra lesznek kötelezve 2011-től, és befizetéseik teljes összege 10 év alatt 128 milliárd dollárra fog emelkedni. További kötelezettség, hogy a gyógyszerágazat által a MEDICAID részére nyújtott árengedményt 15%-ról 23%-ra kell emelni. A kórházak 10 éves hozzájárulása 155 milliárd dollár lesz annak következtében, hogy kénytelenek elfogadni a MEDICARE költségterítések csökkentését. Az egészségbiztosítási üzletág 2014-ben 8 milliárd dollárt fizet a költségvetésnek, 2018-ig pedig összességében 47,5 milliárdot. Ezt követően a befizetést úgy valorizálják, hogy a mindenkor előző év összegét az üzleti nyereség százalékos növekedési arányával fogják növelni.

További megtakarítások várhatók még a MEDICARE költségeinek megfékezéséből. A szövetségi kormányzat 2011-től csökkenti a magánalapú C-részhez átutalt összegeket, ugyanis megszűnik azoknak a szolgáltatásoknak a támogatása, amelyek a méltányolhatónál magasabb szintű igényeket elégítenek ki, és az előzetes becslésekhez képest nagyobb költségvonzattal jártak. Csökkennek továbbá a D-részhez, vagyis a gyógyszerbiztosításhoz adott támogatások is azoknak a nyugdíjasoknak az esetében, akik egyedülállóként 85 000 dollár, illetve házaspárok esetében 170 000 dollár/év jövedelemmel rendelkeznek.

Biztosítástechnikai szempontból a 10 éves reform nyitánya 2010. október 1-jén lesz, ugyanis ettől a naptól az egészségbiztosítók nem tagadhatják meg a szerződéskötést, vagy a megkötött szerződés alapján egyes ellátásokat nem vonhatnak meg azoktól a gyermekektől, akiknek már ismert betegsége van a biztosítás megkötésekor, vagy az állapotuk megváltozása súlyos költségigényű beavatkozásokat tesz szükségessé. Hasonló helyzetű felnőttek, akikkel a biztosítók korábban szóba se álltak – legalább 6 hónapos időtartamra – egy úgynevezett nagy kockázatú biztosítási csoportba léphetnek be. Ezek 2013-ig működnek, pontosabban az elektronikus fórumok megjelenéséig. A reformtörvény 5 milliárd dollárt fordít a nagy kockázatú csoportok támogatására, részben azért, hogy azt a 16 tagállamot, ahol még nem létezik ilyen program, hozzásegítse az alapításhoz, a további 34 tagállamnak pedig lehetőséget adjon a fejlesztésre. Ebben a kockázati csoportban a jelenlegieknél kisebb összegű és egységesített díjakat kell bevezetni. Belső arányokat

tekintve, az idősebbek díja nem haladhatja meg a fiatalabbak díjának 4-szeres értékét. A biztosítottak által az ellátás kapcsán „zsebből fizetendő” költségek 2010-ben 1 főre és éves szinten számítva nem haladhatják meg az 5950 dollárt, családok esetében pedig a 11 900 dollárt.

A biztosítók a jövőben nem bonthatják fel a szerződést, ha a beteg állapota súlyosabbá válna, vagy ha az ellátások költsége egy adott felső korlátot elérne, amelynek összegét korábban egy naptári évre vagy a biztosított teljes élettartamára vetítették. Gyermekek a nagykorúság elérése után, ha nem rendelkeznek önálló jövedelemmel, 26 éves korukig maradhatnak a szülők biztosítási fedezetében. Kisvállalkozások, amelyek 25 főnél kevesebb alkalmazottat szerződtenek, akiknek a fizetése évenként kevesebb, mint 50 000 dollár, adókedvezményért folyamodhatnak, amely a biztosítási díj 35%-áig terjedhet. Ez azt jelenti, hogy az adózásnál ezt költségként vonhatják le az elszámolás során. Amennyiben a vállalkozások korkedvezményes (55–64 éves kor között) nyugdíjasokat foglalkoztatnak, azok családjaira vetítve, 1200 dollár/év biztosítási díjtámogatásra számíthatnak.

A MEDICARE-D, vagyis a vényköteles gyógyszerbiztosítás kissé részletesebb magyarázatot igényel. Jelenleg a biztosítottak csak a 310 dolláros önrész kifizetése után lépnek be a fedezetbe, átlagban 39 dollár havi járulékra kötelezettek, és fizetik a gyógyszerek kereskedelmi árának 25%-át. Amikor azonban a 25%-os eseti térítésekből elérik a 2830 dollárt, fedezet nélküli sávba kerülnek, ugyanis 6440 dolláros úgynevezett katasztrófa küszöb eléréséig a gyógyszerek teljes árát meg kell fizetniük. Lényegében ez azt jelenti, hogy azt a mintegy 3600 dolláros összeget, amelyet valójában a biztosítási fedezet belépése előtti önrészként kellene fizetni, a MEDICARE áthelyezi a 2830 és 6440 dollár közötti sávba. Ennek a megfontolásnak eredetileg az volt az alapja, hogy a hatalmas önrész visszatartotta volna a betegeket a gyógyszerek kiváltásától. Egy tanulmány szerint (I. Ettner S., Mangione C. M. et al., 2010) a biztosítottak 16%-a lépte át a sáv alsó határát, és közülük csak 7% ért el a felső, vagyis a katasztrófa határig. Betegségi csoportok szerinti bontásban ez leginkább a diabetes és demencia miatt kezeltekre jellemző. Jogosnak tekinthető tehát számos betegnek az a követelése, hogy az egyenlőtlen feltételek miatt a sávot meg kellene szüntetni. Ezért 2010-ben már minden beteg, aki belép a fentiekben részletezett sávba, 250 dollár kedvezményben részesül, és 2011. január 1-jétől a sávba lépő betegek az innovatív gyógyszerekre 50%-os kedvezményt kapnak, amelynek fedezetét a gyógyszeripar és kereskedelem költségvetési hozzájárulásai adják. Ezt követően a MEDICARE fokozatosan újabb támogatásokat vezet be, amelyek következtében végül a betegek eseti térítése ebben a sávban is 25%-ra csökken.

Az egészségbiztosító társaságokat illetően a törvény úgy rendelkezik, hogy az Egészségügyi és Szociális Minisztérium (Department of Health and Human Services=DHHS) a tagállamokkal együttműködve már 2010-től egy évenként megismétlendő ellenőrzést vezessen be, amely megakadályozná a biztosítási díjak indokolatlan emelését. Másfelől a biztosítók törvényi kötelezettsége, hogy előzetesen és tételesen indokolják a díjak bármilyen emelését. Ezeket az indokolásokat a díjemelés engedélyeztetése céljából meg kell küldeniük a DHHS-nek és a tagállamok illetékes hatóságainak is, és a kérévényeket elektronikusan, a honlapjukon is nyilvánosságra kell hozniuk. Maga az eljárás különben nem számít újdonságnak,

hiszen 2008 óta 25 tagállam tette előzetesen engedélykötelessé a díjak bármilyen emelését, a többi tagállamban azonban eddig nem működtek ilyen felügyeleti szervek. Az adott helyzetnek megfelelően, a tagállamok a szövetségi költségvetésből kapnak támogatást a meglévő hatóságok fejlesztésére vagy új az szervek létrehozására.

Az egyéni és kiscsoportos biztosítási piacon az üzleti biztosítóknak kötelezettséget kell vállalniuk arra, hogy a befizetett díjak legalább 80%-át egészségügyi ellátásra költik, következésképpen a nyereség az adminisztrációs költségekkel együtt sem haladhatja meg a pénzforgalom 20%-át. A „nagybani” piacon 85% a határ a tényleges ellátásra. Amennyiben a biztosítók ezeket a szabályokat megszegnék, kénytelenek lesznek a biztosítási díj egy részét visszafizetni az ügyfeleknek. Miu-tán 2014-től az elektronikus fórumok is működésbe léptek, a DHSS és a tagállamok is ellenőrzik a biztosítási ajánlatok díjainak változását, függetlenül attól, hogy az ajánlatok a fórumon vagy azon kívül jelentek meg, és a két ajánlati csoportot egymással is összehasonlítják.

Egyes egészségügyileg gyengébben ellátott régiókban, ahol a betegek többségének nincs biztosítása, vagy MEDICAID ellátásban részesülnek, a törvény 12,5 milliárd dollárt irányozott elő egészségházak hálózatának létesítésére, kiterjesztésére és működtetésére. Ez az intézményrendszer jelenti a szociális biztonsági hálót a népesség azon részének, amelynek minden átalakítás ellenére ezután sem lesz biztosítása, nem beszélve az illegális bevándorlókról, akik természetesen akkor sem köthetnek biztosítást, ha ezt a pénzügyi helyzetük alapján egyébként megtehetnék. Az első egészségházak 1965-ben létesültek a szegénység elleni küzdelem jegyében. Alapellátást nyújtottak, és nyújtanak ma is, vagy szakellátásra irányítják a betegeket, néhány egyéb szolgáltatás mellett. Díjaik rugalmasan igazodtak az ellátottak családi jövedelméhez. A szövetségi támogatások közvetlenül a fenntartó, kisközöségi szintű nonprofit társaságokhoz érkeztek, és nem a helyi önkormányzatokhoz. A reform szerint az egészségházak száma a következő 10 évben a duplájára, vagyis mintegy 15 000-re fog emelkedni. Negyvenmillió embert részesítenek alapellátásban, fogászati kezelésben, pszichiátriai tanácsadásban és mérsékelt áron számított vényköteles gyógyszerellátásban. A Nemzeti Egészségügyi Munkaerőalap (National Health Service Corps) részére átutalt támogatások összegét és belső elosztását is úgy módosítja a reformtörvény, hogy azok az egyetemi/főiskolai hallgatók juthassanak kedvezményekhez, akik alapellátó orvosként, fogorvosként, körzeti nővérként, orvosasszisztensként vagy szakpszichológusként ezeken a területeken kívánnak elhelyezkedni.

Akik nyertek és akik veszítettek

Amint az általában jellemző, senki sem kapta meg azt, ami-re eredetileg számított, azonban kétségtelen, hogy egyesek mégis jobban jártak, másokhoz viszonyítva. Leginkább a magánbiztosítási üzletág őrizte meg a pozícióit. Sikerral hárította el egy teljesen közfinanszírozott általános egészségbiztosítás veszélyét, ugyanis egy ilyen biztosítás megjelenése a piacon komoly versenytársa lett volna a 65 év alatti és a szegénységi szint felett élő fogyasztók körében. Ráadásul továbbra is mentesült a törzstelenes törvény hatálya alól, vagyis a jövőben ilyen irányú vizsgálattól és peres eljárásoktól sem kell tartania. A későbbiekben, 2014-től, amikor a tagállamokban a

biztosítási fórumok működésbe lépnek, lehetőség nyílik arra, hogy ezen az úton a magánbiztosító társaságok a kisvállalkozókat és magánszemélyeket is elérhessék. Nyilvánvalóan költséghatékonyabb megoldás lesz a biztosításokat a fórumokon keresztül forgalmazni, mintsem külön-külön házalni az előbb említett potenciális üzletfelekkel. Ráadásul a mindenkire nézve kötelező biztosítás a fiatalabb és egészségesebb rétegeket is szerződés kötésre kényszeríti, ami keresztfinanszírozási fedezetet fog jelenteni az idősebbek és betegebbek ellátásához. A fórumok tehát mindenképpen színterei lesznek a piaci jelenlétnek és a piac dinamikus újrarendeződésének. A biztosítási díjak ellenőrzését illetően, az üzletág nem nagyon tiltakozott a bevezetendő rendszer ellen, ugyanis a tagállamok felében jelenleg is működik valamilyen hatósági felügyelet, tehát nem lesz alapvető változás a rendszerben, ha a DHSS támogatásával a felügyeletet minden tagállam létrehozza. Sőt, ez még előnyt is fog jelenteni az országosan egységes elvek miatt a több tagállamban is működő biztosítóknak. Visszatulva a Clinton-tervet célba vevő korábbi „Harry and Louise” stílusú médiakampányokra, Obama elnök reformterveivel szemben a biztosítási üzletág teljes önmegtartóztatást tanúsított. Ettől függetlenül előfordult az utóbbi években, hogy egy-egy társaság a díjak emelésével fenyegetőzött. Legutóbb, például 2010 februárjában az Anthem Blue Cross of California biztosító arról értesítette egyedi biztosítással rendelkező 700 000 üzletfelét, hogy az aktuális díjakat 25 vagy akár 39%-kal is felemelheti. Semmi nem jöhetett volna kedvezőbben Obama elnöknek és a törvényhozás demokrata tagjainak, mint éppen ez a lépés, közvetlenül a reformjavaslat vitájának záró szakaszában és a márciusi szavazást megelőzően.

A nyertesek táborát a biztosítókon kívül a gyógyszerüzletág is gyarapította. Kétségtelen, hogy ennek ára is van, ugyanis mindegyik cég a piaci részesedésének arányában köteles támogatni a reformot a szövetségi költségvetésbe történő befizetés révén. Ennek összege 128 milliárd dollárig emelkedhet a következő 10 éves időszak végére, sőt a MEDICAID-et is támogatni kell a termékek 15%-ról 23%-ra emelt árengedményével. Másfelől azonban az üzletág biztonsággal számíthat a piaci kereslet soha nem látott növekedésére, sőt a 2003-tól hatályos törvény védelmét továbbra is élvezni fogja, vagyis a MEDICARE a jövőben sem élhet vissza nagyfogyasztói helyzetével a gyógyszerárak leszorítása céljából. Az is jelentős előnynek számít, hogy az innovatív biotechnikai gyógyszergyártók legalább 12 év előnyre tettek szert azokkal a társaságokkal szemben, amelyek majd ezután szándékoznak belépni erre a területre. Az európai gyakorlattal ellentétben az USA-ban nincs szabályozott eljárás arra, hogy bárki is kezdeményezze a biotechnikával gyártott gyógyszerek generikus változatának engedélyezését, amelyek vegyipari technológiával is előállíthatók. A piacot egyébként a továbbfejlesztett vagy biotechnológiailag analóg módon gyártott gyógyszerek esetében is az Élelmiszer- és Gyógyszerellenőrzési Hivatal (Food and Drug Administration) ellenőrzi. Kétségtelen, hogy a biotechnikával gyártott gyógyszerek ma a piacnak csupán igen kis területét fedik le, viszont a technika terjedése rohamos, így a jövőben a legdinamikusabb térfoglalás ezen a területen várható.

A gyógyszergyártókhoz és kereskedőkhöz hasonlóan a kórházak is hozzájárultak ahhoz, hogy az elkövetkezendő 10 év alatt 155 milliárd dollárral „támogatják” a reformot. Részükről ez bizonyos megszorítások elfogadását jelenti, pontosabban azt, hogy a MEDICARE költségtérítések folyamatosan alatta

maradnak annak a szintnek, amelyen a magánbiztosítók számolnak el a szolgáltatókkal. Másfelől a biztosítás kiterjesztése miatt a kórházak azokra a betegekre is számíthatnak, akik ugyan korábban sem voltak egészségesek, de mégsem jelentek meg az ellátásban, mert nem volt pénzük a szolgáltatások megfizetésére. Ha mégis megjelentek, csak a kórházak behajthatatlan adósságállományát növelték, ugyanis kritikus helyzetben nem lehetett megtagadni az ellátásukat. Az USA-ban 212 szövetségi kórház működik, amely az összes kórháznak csak 3,7%-át adja. A nem szövetségi, helyi ellátást adó általános és szakkórházak közül azok, amelyekben a kezelési időtartam medián értéke nem haladja meg a 30 napot, – 22%-ban önkormányzati tulajdonban vannak, tehát tőkeköltségeiket helyi adókból fedezi, – 58%-ban nonprofit szervezetek a tulajdonosok és a működtetők, – és csak 20% a nyereségérdekelt magánkórházak aránya.

A helyi kórházak bevételei részben a betegeknek nyújtott szolgáltatásokból származnak, részben kormányzati, illetve magánalapítványi támogatásokból, az üzleti szféra közcélokra átutalt nyereségéből, illetve társadalmi és egyházi szervezetektől.

Az orvosok is azt fogják tapasztalni, hogy növekszik a fizetőképes (biztosítási fedezettel rendelkező) betegek száma. Sőt, azok az orvosok, akik a 2011–2015 közötti időszakban a kedvezőtlen adottságú területeken, nevezetesen a szociálisan hátrányosan átrétegződött belső városrészekben vagy vidéki körzetekben vállalnak munkát, a MEDICARE költségtérítésben 10%-os többletbevételhez jutnak. Továbbá, 2013. január 1-jétől a MEDICAID költségtérítéseket, amelyek jelenleg csak a MEDICARE szint 80%-át érik el, a kormányzat felemeli 100%-ra. Jelenleg azonban a kongresszusnak a legsürgősebben egy még mindig hatályban lévő (ezúttal nem részletezendő) MEDICARE költségszámítási jogosítvánnyal kell foglalkoznia, amelynek alkalmazása esetén az orvosok érzékeny bevételi veszteséget kényszerülnének tudomásul venni.

Nem kérdéses, hogy a páciensek között a legnagyobb kedvezményt a MEDICARE-D rész nyugdíjasai kapták. Kétségtelen, hogy azok, akik 2010-ben a már említett 100%-os térítési sávba léptek, csak 250 dollárt kapnak, viszont 2011-től az innovatív gyógyszerek esetében is már csak az árak 50%-át fizetik, sőt a sávos rendszert a kormányzat 2020-ig teljes egészében felszámolja. Ugyanakkor, a MEDICARE-C rész nyugdíjasai, akiknek a biztosítását magántársaságok kezelik, kénytelenek lesznek lemondani az eddigi szolgáltatások egy részéről, és a díjak emelését is tudomásul kell venniük, ugyanis a szövetségi kormány ezt a terület is az általa fenntartott A és B részhez fogja igazítani.

Nyertesek lesznek a 18–26 év közötti fiatalok is, akik önálló jövedelem hiányában továbbra is a szülők biztosítási fedezetében maradhatnak. Ez a lehetőség igencsak kedvező azokra a BSc./MSc. diplomás fiatalokra nézve, akik ellátás nélkül maradnának a munkaerőpiac jelenlegi állapota, és így a munkahelyek révén köthető biztosítások hiánya következtében. Azok a személyek, akiknek korábban a már ismert betegségek miatt esélyük sem volt a biztosításra, a reform értelmében a nagy kockázatúak részére fenntartott csoportban köthetnek szerződést, másfelől a biztosítók nem bonthatják fel azoknak a szerződését, akik már a biztosítási jogviszony ideje alatt szereztek valamilyen súlyos betegséget (pl. HIV/

AIDS-fertőzés). Ezeknek az embereknek a sorsa szociálisan rendkívül érzékeny kérdéseket érint, az általuk generált költségek azonban a biztosítási üzletág egészét tekintve nagyságrendileg elhanyagolhatónak tekinthetők. Ettől függetlenül, a biztosítási díjakat felügyelő rendszerek pontosan azt a célt szolgálják, hogy mindenképpen megelőzzék a díjak indokolatlan emelését.

A legnagyobb munkáltatók helyzetét a reformtörvény lényegében nem befolyásolja, ugyanis csakúgy, mint korábban, változatlan szolgáltatási szinttel járó biztosítási csomagokat fognak ajánlani a belépő dolgozók részére. A kisvállalkozások és az egyéni vállalkozók, akik jelenleg nem kötnék biztosítást a dolgozóik, illetve önmaguk számára, a legkésőbb 2014-től kénytelenek lesznek szembenézni a biztosítási kötelezettséggel. Az áttérés segítésére a törvényhozás máris adókedvezményt adott a biztosítási díjak 35%-áig, amely 2013-ban 50%-ra fog emelkedni. Ez után semmi akadálya nem lehet annak, hogy a kötelezettek biztosítási szerződést kössenek az adott tagállam elektronikus fórumának közvetítésével.

Nem keltett meglepetést, hogy a jelentős számú tagsággal rendelkező szakszervezetek igencsak vonakodtak a reform támogatásától. Éveken keresztül arra a stratégiára rendezkedtek be, hogy egyfelől tudomásul vették az alacsonyabb fizetéseket, másfelől ezért cserébe egészségbiztosítási többletszolgáltatásokat és olyan egyéb kedvezményeket szereztek, amelyekre mind a munkáltatók, mind a dolgozók adókedvezményeket kaptak. Mindez a szakszervezeti tagoknak kifejezetten előnyös volt a nem szervezett dolgozókkal szemben. Obama elnök azonban következetesen ragaszkodott ahhoz, hogy ezeket a nagyon kedvező biztosításokat valamilyen módon adókötelessé kell tenni. A szakszervezetek végül is meghátráltak az elnökkel szemben, de mégis elérték, hogy az adózási kötelezettség csak 2018-tól kerül bevezetésre. Így lehetőséget kaptak arra, hogy a munkáltatói szerződéseket több fordulóban újratárgyalhassák, és olyan kölcsönösen előnyös egyezségeket kössenek, amelyek bérnövekményt állítanak szembe a jelentősen vagy nullára csökkentett egészségbiztosítási és egyéb munkahelyi kedvezményekkel.

Végezetül, az eredeti szenátusi törvényjavaslat és a költségvetési törvény harmonizálása során egyes szenátorok elvesztették az általuk kiharcolt kedvezményeket, amelyeket Nebraska, Vermont, Louisiana és Florida esetében külön forrásból akartak igénybe venni. A kétségtelenül fennálló probléma megoldására azonban a reformtörvény minden tagállamnak kompenzációs alapot létesített a MEDICAID-rendszerbe újonnan belépők révén keletkezett kiadások fedezésére.

Zárásgondolatok

Az USA már hatályba lépett egészségügyi reformtörvénye jelentős lépés volt a teljes körű biztosítási fedezet megteremtésének irányába. Elrendelte, hogy a magánszemélyek mindenképpen kötelesek valamilyen biztosítást kötni, és a munkáltatók túlnyomó többsége is köteles egészségbiztosítást ajánlani a dolgozók részére. Az elektronikus fórumok lényegesen egyszerűbbé teszik a biztosítási szerződések megkötését. Szélesebb lesz a MEDICARE és MEDICAID által nyújtott

szolgáltatások köre, és fokozódik ezeknek a programoknak a költséghatékonysága. A magánbiztosítók korábbi gyakorlatával szemben a Reformtörvény megakadályozza nyereszkeskedő technikák alkalmazását, szövetségi és tagállami szinten is fokozza a társaságok felügyeletét és ellenőrzését. Emelkednek a társadalom nagyobb jövedelemmel rendelkező rétegeinek adóterhei, és a biztosítási üzletág, illetve a gyógyszergyártók és kereskedők is kénytelenek lesznek költségvetési hozzájárulást fizetni. A jogszabály világos és egyértelmű menetrendet állított fel a következő 10 évre. Kétségtelen azonban, hogy mint minden más változtatás esetében, a kérdések végül is a gyakorlatban fognak eldőlni.

Irodalomjegyzék

1. Abelson, Reed: *In Health Care Overhaul. Boons for Hospitals and Drug Makers.* New York Times Business Section. March 21, 2010. <http://www.nytimes.com/2010/03/22/business/22bizhealth.html>
2. American Hospital Association: *Trend Watch Chartbook*, 2008. www.aha.org/aha/trendwatch/chartbook/2008/08chapter1.ppt
3. Appleby, Julie and Steadman, Kate: *The Immediate Effects Of The Health Reform Bill.* Kaiser Health News. March 22, 2010. <http://www.kaiserhealthnews.org/Stories/2010/March/22/immediate-effects-health-reform.aspx>
4. CBO. Congressional Budget Office. *Report to Honorable Nancy Pelosi, Speaker, U.S. House of Representatives on Amendment to Reconciliation Proposal.* Mar 20, 2010. <http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/Manager%27sAmendmenttoReconciliationProposal.pdf>
5. Ettner S., Mangione C. M. et al.: *Entering and Exiting the Medicare Part D Coverage Gap: Role of Comorbidities and Demographics.* Journal of General Internal Medicine, 2010, 10.1007/s11606-010-1300-6
6. Obama, Barak: *Health Care Full Plan*, 2008. <http://www.barackobama.com/pdf/issues/HealthCareFullPlan.pdf>
7. US Census. US Census Bureau, *Current Population Survey, 2007, Annual and Social Economic Supplement. Data released March 2007. Table H105. Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State and Age for All People: 2006.* http://pubdb3.census.gov/macro/032007/health/h05_000.htm
8. Walker, Emily: *What's in the Healthcare Reform Law*, Washington Correspondent, MedPage Today <http://www.medpagetoday.com/Washington-Watch/Reform/19351>
9. Wechsler, Jill: *Pharma Cheers Health Reform Legislation.* Applied Clinical Trials. Mar 22, 2010

-
1. Michigan State University
 2. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségügyi Intézet

Kórházmenedzselés – vezetési technikák a gyakorlatban

A következőkben olvasható cikk a 2009. december 1–2-án „Jövőkép az egészségügyben” szakkonferencián elhangzott előadás alapján készült.

Dr. Diósszilágyi Sámuel 1939-es „receptje” ma is aktuális: „Korszerű, biztos, megbecsült egészségügy”.

■ Dr. Baráth Lajos

I. Az egészségügy új szemlélete, hatása a nemzet egészségügyére, és annak makro egészség-gazdaságtani következményei

„A nemzet egészsége kulcsfontosságú a jövőjére, gazdasági erejére, polgárainak hangulatára és teljesítményére nézve.”
(J. F. Kennedy)

Az egészség a nemzeti versenyképességünk egyik tartópillére

Az egészség a társadalom jólétének alapja. Az egészségesebb népesség nem csupán boldogabb polgárokat jelent, hanem magasabb termelékenységet és kevesebb kieső munkanapot is. A magyar egészségügyi mutatók rendkívül rosszak. Változásra van szükség az egyenlet mindkét oldalán, a szolgáltatásnyújtásban és a finanszírozásban egyaránt. Az egészségügyre úgy kell tekinteni, mint az életminőség, a termelékenység, a GDP és a versenyképesség javítása érdekében alkalmazott befektetésre.

A magyar egészségügyi szektor előtt álló kihívások leküzdésére tett lépéseket öt alapelvnek kell vezérelnie:

- Nagyobb hangsúlyt kell helyezni a megelőzésre és az egészségi kockázatok csökkentésére.
- A kormány szerepének el kell tolódnia a szolgáltató irányából a szabályozó irányába.
- Át kell venni a modern egészségügyi menedzsment módszereket.
- Jobb gazdasági ösztönzőket kell teremteni az egészségügyben.
- Meg kell valósítani egy fogyasztóbarát és szolgáltatásorientált rendszert.

Paradigmaváltás szükséges

Az egészségügyet nem pusztán „pénzfaló” ágazatnak, hanem az emberi erőforrásokba eszközölt befektetésnek kell tekinteni, amely javítja az emberek életminőségét. Paradigmaváltásnak kell bekövetkeznie abban, ahogy a magyar dön-

téshozók az egészségügyről gondolkodnak. Hiszen az egészségipar 430 milliárddal járul hozzá az állam költségvetéséhez. Tehát nem közpénzt elnyelő ágazatként, hanem a GDP-hez való hozzájárulását kell számon tartani. Ugyancsak paradigmaváltásnak kell történnie az egészségügyben dolgozók és a teljes lakosság gondolkodásmódjában is. Ennek pénzügyi hozadéka is van – javítja az ország versenyképességét. Az egészséges, termelékeny, képzett és motivált munkaerő vonzza a befektetőket, és elősegíti a gazdasági növekedést.

A politikusok révén a közbeszédben egyre gyakrabban merül fel, hogy szükség van-e ennyi kórház megtartására Magyarországon? Nézzük a tényeket (1. táblázat).

A nemzetközi összehasonlítást figyelembe véve Magyarországon ez a kórházszám nem sok, de a jelenlegi szerkezet elavult, ennek halaszthatatlan átalakítása szükséges.

Bloom és munkatársai 104 országra kiterjedő elemzése igazolta, hogy a várható élettartam 1 évvel való meghosszabbítása a GDP 4%-os növekedését eredményezi.

A magyarországi egészségügyi adatok megdöbbentőek. A várható élettartam majdnem 10 évvel alacsonyabb, mint az EU-15 országokban. A betegségek nemcsak óriási (és gyakran megelőzhető) szenvedéseket okozhatnak, hanem a társadalmi és gazdasági költségei is hatalmasak. A szívkoszorúér-megbetegedés Magyarországon becslések szerint egyedül 2003-ban 132 millió euró (33,5 milliárd Ft) nem egészségügyi jellegű költséget okozott. Ebből 90 millió euró (22,8 milliárd Ft) volt a halálozás, 12 millió euró (3 milliárd Ft) a megbetegedés miatti termelékiesés, és 30 millió euró (7,7 milliárd Ft) a családi gondozás költsége.

Az egészség értékszemléletének hiánya

Napjainkban az egészségügyet a szűkülő források mellett egyre nagyobb kihívások jellemzik. Súlyos működési és finanszírozási problémákkal küzd az ágazat. Ugyanakkor az egészségügyi ellátásnak lépést kell tartani a szakmai, technikai fejlődéssel, alkalmazkodnia kell a változó lakossági igényekhez, megbetegedési viszonyokhoz és strukturális követelményekhez.

Közhelyszerűen elcsépeelt megállapítás, hogy az egészség nem érték. Ahhoz, hogy az egészségügy megítélése, forrás-ellátottsága, helyzete változzon, alapvető feltétel, hogy az egészség visszakapja értékét, elnyerje méltó helyét a közgondolkodásban. Ezt nem lehet önmagában deklarációkkal elérni, hiszen a reálfolyamatok szerint érték az, aminek szükségletkielégítő (használati vagy élvezeti) vagy jövedelemszerző (forgalmi értéke vagy jövedelemtermelő) képessége van. Ahhoz, hogy az egészség ténylegesen érték legyen, ezekben a funkcióiban kell megerősíteni, illetve ennek a szempontrendszernek megfelelően kell az egészséghez való viszonyunkat felülvizsgálni. Az ártértékelésnek mind a közösség, mind az egyén szintjén meg kell történnie.

Új szemlélet kialakítására van szükség. Az egészségügynek hosszú távú, több kormányzati cikluson átívelő és elfogadott stratégiára és reorganizációs programra van szüksége. Mind a humán erőforrás, mind a materiális javak (épületek, technika stb.) tekintetében nagy az adósság a rendszerben. A több évtizedes kedvezőtlen folyamat állandósulása elkerülhetetlenül a gyógyító tevékenység színvonalának csökkenését, a kórházak lecsúszását, ellehetetlenedését eredményezte.

Az egészségügy mint világjelenség napjainkban

Az egészségügy a magyar társadalom felértékelődő, és egyre nehezebben megoldható problémája. A probléma régen (és ma már jól látható módon) túlnőtt az egészségügy határain: a lakosság egészségi mutatóinak tragikus volta ma már kezd közismertté és társadalmi-erkölcsi teherré válni, másrészt az egészségügyi rendszer finanszírozhatósága a nemzet egyik alapvető problémája.

Napjainkra egyre nyilvánvalóbb, hogy az egészségügy problémái – mint ahogy a világban, úgy Magyarországon sem – a hagyományos gondolat- és eszközrendszerben nem oldhatók meg.

A rendkívül gyors technikai fejlődés következtében vált a gyógyítás központi kérdésévé a „gyógyítás árának, vagy általánosabban az egészségügyi ellátás finanszírozásának kérdése”, mely nem függ a világ gazdaság jelenlegi válsághelyzetétől.

Egyre mélyülő szakadék tátong az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között és nyilvánvaló, hogy minél szegényebb egy társadalom, annál tágabb ez a szakadék.

Míg az orvoslás technikai feltételeit az orvosnak az orvosi etika szerint kell alkalmaznia, addig a finanszírozó ezeket a gazdaság szabályai szerint engedélyezi.

Egyre nehezebb finanszírozni a meglévő egészségügyi kapacitásokat.

1. táblázat.

(Saját szerkesztés, adatok: EU Egészségügyi Portál ec.europa.eu/health-eu)

Ország	Lakosok száma (millió)	Kórházak száma	Eü. kiadás/ GDP	Születéskor várható élettartam
Ausztria	8,2	262	10,1	77,5
Belgium	10,4	218	10,4	77
Franciaország	60,5	4171	11,1	77
Görögország	11,12	362	9,1	77
Németország	82,5	2087	10,6	77
Spanyolország	43,06	787	8,4	78
Olaszország	58,0	1281	9,0	78,5
Románia	22,0	431	-	70
Magyarország	10,02	140	8,3	69

Az egészségügy mint világjelenség Magyarországon

Az egészségügy magyarországi helyzete nem tartható tovább a jelenlegi keretek között. Az ellátórendszer külső és belső tartalékai kimerülnek. A finanszírozási gondok a gyógyítás napi gyakorlatában is jelen vannak. A munkaerőpiaci változások legnagyobb vesztese az egészségügy. A rendszer utolsó tartalékait éljük fel, amikor az egészségügyi dolgozók morális tartásával és hivatástudatával élünk vissza. Előfordulhat, hogy egyes munkaterületekről egyszerűen elfogynak a dolgozók, így intézmények válhatnak működésképtelenné.

A szerkezetátalakítás, az erőforrás-bővítés szakmai szempontú folyamata hosszú folyamat, valószínűleg több évtizedes komplex reorganizációs és országos egészségügyi konszolidációs programra lenne szükség, mely hosszútávon tervezhetővé teszi a folyamatokat. Viszont vannak teendők, melyek küldetése a megoldáskeresésben teljesül.

Az egészségügy és a kórházak kihívásai a XXI. században

*„A jelenlegi állapot megőrzése kockázatosabb, mint a változás.”
Cristie Hofner*

A rendkívül gyors technikai fejlődés következtében vált a gyógyítás központi kérdésévé a „gyógyítás árának, vagy általánosabban az egészségügyi ellátás finanszírozásának kérdése”. Egyre mélyülő szakadék tátong az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között és nyilvánvaló, hogy minél szegényebb egy társadalom, annál tágabb ez a szakadék. Míg az orvoslás technikai feltételeit az orvosnak az orvosi etika szerint kell alkalmaznia, addig a finanszírozó ezeket a gazdaság szabályai szerint engedélyezi. Ezzel a konfliktussal az orvos a napi munkája során minden recept felírásakor, minden vizsgálat, beavatkozás elrendelésekor vagy végzésekor találkozhat. Nemcsak etikailag, szakmailag, de gazdaságilag is felelős cselekedeteiért.

Az orvosilag – technikailag – lehetséges és a gazdaságilag megengedhető közötti szakadék drámaibb szakaszába érkezik, amikor az orvosi beavatkozások ára tömegesen meghaladja az egyén élete során megtermelhető javak értékét. Mikor azonban az orvosi beavatkozások ára társadalmi mértékben meghaladja a társadalmilag termelt javak (nemzeti össztermék) egészségügyre fordítható hányadát, akkor vagy az egészségügyi beavatkozásokat kell csökkenteni, vagy az egészségügyre fordítható kiadásokat kell növelni. Tehát az orvoslásszabadságát a gazdasági lehetőségek korlátozzák.

Miért „kényes kérdés” az egészségügy?

Az egészségügy mindig és minden országban „kényes kérdés”. Egyszerre igény, hogy alkalmazza az orvostechológiai fejlődés legújabb eredményeit, és egyszerre igény, hogy visszafogja az egészségügyre fordítandó kiadásokat. Ezért akár fejlett, akár kevésbé fejlett egy ország, mindegyik ugyanazzal a problémával küszködik – ezért az egészségügy átalakítása mindenütt napirenden van. Az átalakítás során az egészségügyi rendszerekre és az egészségügyi szervezetekre vonatkozóan az alábbiakat kell figyelembe venni.

Az egészségügyi rendszer, annak elvei, és azok változtatása

Egészségügyi rendszer működését meghatározó elemek

- a kötelező szolidaritási elven működő biztosítás keretében mindenki hozzájárul az alapvető és garantált minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz,
- a szolgáltatási struktúra a valóságos egészségügyi szükségleteknek és a „fogyasztói” igényeknek is megfelel, a morbiditási, demográfiai változásokat rugalmasan kezeli,
- az eljárások hatásossága, hatékonysága megfelelő,
- a szolgáltatások rendszere, igénybevételek lehetősége és az egészségügyben elköltött közpénzek sorsa átlátható,
- az egészségügy finanszírozható rendszerben működik,
- az egészségügyre fordított források hatékonysága nő.

Összegezve

Ezek a legalapvetőbb működést meghatározó elvek. A rendszer átalakításának tervezésekor, jövőképünk kialakításakor tekintettel kell lennünk a realitásokra. Figyelnünk kell az egészségügyi ellátás alapelveire és azok változásaira, így konkrétan minden változást ezekre alapozottan kell megfogalmazni. Először is célszerű ezeket meghatározni.

Egészségügyi ellátás alapelveinek nemzetközi változása

- az orvostechológia robbanásszerű fejlődése,
- a lakosság egészségi állapotát alapvetően nem az egészségügy alakítja – Lalond-modell,
- paradigmaváltás – prioritás a megelőzés, a több ellátás nem biztos, hogy jobb ellátás,
- a tudás társadalmi méretű életszínvonalat meghatározó felértékelődése,
- korszerű és hatékony irányítási formák igénye (tervezés, irányítás, ellenőrzés), megjelenik a gazdaságosság: minél olcsóbb, a hatásosság: minél eredményesebb és a hatékonyság: minél gyorsabban befejeződik.

Összegezve

A tudományos és technikai fejlődés, a társadalmi változások és a populáció egészségi állapotának változása jelentősen megváltoztatja az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni igényeket. Ez kényszerrel jelent a szolgáltató struktúra, a szolgáltató intézményhálózata átalakítására, a belső profil módosítására is, mely kérdést az alábbi okok figyelembe vételével lehet és kell tervezni.

Az egészségügyi ellátórendszer átalakításánál figyelembe vehető okok

- jelentősen nő az igény a primer prevencióra, védőoltásokkal számos betegség megelőzhetővé válik,

- az aktív fekvőbeteg-ellátás iránti tényleges szükséglet csökkent, ugyanakkor az ellátás intenzívvé, jelentős technikai igényűvé, a korábbinál jóval rövidebb időtartamúvá és igen költségessé válik,
- az orvostechnika és -technológia fejlődése megteremtette a feltételeit a nappali (ambuláns) ellátási formáknak,
- megjelenik az igény az eddigieknél szélesebb körű és jóval igényesebb differenciált fekvőbeteg-gyógyintézeti rehabilitációra,
- a lakosság átlagéletkorának növekedése az ápolási szükségletek növekedését mutatja,
- részben a fekvőbeteg-gyógyintézeti szolgáltatások kiváltására bővül a háziápolás,
- jelentősen nő és bővül a háziorvosi szolgáltatások iránti mennyiségi és minőségi szükséglet,
- erősödik a diagnosztika (képalkotó diagnosztika, labor diagnosztika, patológia, elektrodiagnosztika) szolgáltató jellege.

Egészségügyi szervezetek, szolgáltatók és megváltozott körülmények

A költségrobbanással párhuzamosan bonyolultabbá vált az egészségügyi ellátás szervezeti rendszere. Megdrágult és így nagyon nehezen finanszírozhatóvá vált a kórház, amely mind méreteiben, mind pedig az industrializáció területén megnövekedett. A kórházak bonyolult és „magasan tagolt” bürokratikus szervezetekké váltak, amelyek irányítása, összehangolása és finanszírozása problémák tömegét hozza magával. Számos területen tagadhatatlan elmaradások vannak, amelyek meghatározzák az elkövetkező évek tennivalóit és az egészségügyi reform továbbfejlesztését is. A jövőben a nemzeti össztermékből egyre nagyobb ráfordítást igényel az egészségügy. Az egészségbiztosítás bevétele sorozatosan kevesebb volt mint a tervezett, és mint azt a gazdaság fejlettsége lehetővé tesz.

Szükségessé válik a megkövült és korszerűtlenné vált szervezeti struktúrák megváltoztatása, mivel a jelenlegi merev osztályszerkezet már nem felel meg a ma kórháza feladatainak. Sem a betegek igényeihez nem igazodik, sem a célszerű munkafolyamatokat nem szolgálja. A kórház struktúrájának szükségszerűen kell idomulnia a megváltozott körülményekhez. Ezért a kórház intézményi szerepe, szervezeti felépítése és tevékenysége folyamatosan újraértelmeződik. A kórházak kényszerülnek reagálni a környezeti hatásokra. Ahhoz, hogy a kórház „innovatív” legyen, a változást kikényszerítő eseményeket megelőzően, tudatos menedzsmenteszközökkel, tervezéssel és döntéshozattal kell reagálnia ezen hatásokra. A kórházi menedzsmentnek szervezeti változásokat kell bevezetni, amelyek lehetővé teszik, hogy a kórház megfeleljen a szervezeten kívülről jövő kihívásoknak. A szervezeti változásokkal egyidejűleg az alkalmazottak magatartásmintáit is módosítani szükséges; mind az egymáshoz, mind pedig a munkájukhoz való viszonyuk tekintetében.

A kórházi struktúra korszerűsítésének leglényegesebb feladatai

- A hierarchikus szintek számának revíziója – kevésbé bürokratikus „laposabb” modellek, ahol a középvezetés (osztályvezető főorvosok) szerepe egyre csökken és nő a szervezet „emberközpontúsága”, a döntési jogkörök decentralizálása.

- A bürokratikus és túlzottan „magas” hierarchikus kórházi szervezetekben túlteng az adminisztráció, nehezített a kommunikáció, a dolgozók teamjei elszigetelődnek egymástól, a döntések sok áttételen keresztül hatnak és az alkotó kezdeményezések nehezen érvényesülnek.
- Ezt a mereven hierarchikus rendszert a mátrix szervezet megoldási variánsai váltják fel, amelyeket a funkcionális szervezeti elemek jellemeznek.
- A mátrix szervezetben van egy vertikális és egy horizontális rendeződés, ahol a központban, a beteg áll. A mátrix menedzsment természetesen nem könnyű, nagy felkészültséget, kooperációkészséget és etikus magatartást igényel.
- Újra kell szabályozni a munkaköröket.

A „stratégiai apex” (a kórház igazgató testülete) a stratégiai tervben határozza meg a szervezet átfogóan fontos teendőit:

- a szervezet átfogó célkitűzéseit,
- a szervezet prioritásainak meghatározását,
- a forrás-elosztások jóváhagyását,
- a folyamatos anyagi életképesség biztosítását,
- a megfelelő szervezet és struktúra biztosítását.

Összegezve

Az egészségügyben ezért világszerte olyan védekezési mechanizmus van kibontakozóban, amely rendszerszervezéssel és a minőség viszonylagos egzaktságának biztosításával kívánja megvédeni az érdekeit az extramedikális, korlátozó gazdasági mechanizmusokkal szemben.

Minden országnak, ahol reformokban gondolkodnak, ott figyelemmel kell lenni az egészségügy nemzetközileg definiált alapelveinek változásaira – az egyre erősödő átalakítási okokra, valamint az egészségügyi szervezetekhez kapcsolódó megváltozott körülményekre.

„Ha egy szervezet túl mereven ragaszkodik a régi módszerekhez, a tegnapi gyógymódjai a holnapi betegségek okozóivá válnak.”
Ed Oakley

II. A kórház mint bonyolult üzem

A korszerű menedzsmenttechnikák szervezeti kereteit biztosító szervezet

Az egészségügy egésze – szereplőit, feladatait tekintve – a társadalomnak egyik meghatározó rendszere. Rendszer, mert jól definiálható, területi funkcionális kapcsolatban vannak egymással, dinamikus és nyílt rendszer, mert állandó mozgásban van, mert intenzív kapcsolatban van környezetével, a kívülről érkező impulzusokra válaszol, azok hatására változik, fejlődik.

A nagy rendszer elemei a különféle szervezetek, és a világunk, melyben a szervezetek is léteznek, folyamatosan változik. Változik a szervezetek jövedelme, termelő jellege, struktúrája, változik a munkavégzés mikéntje, változik a fontossági sorrend. Ebben a világban a vezetők és menedzserek központi kérdése az, hogyan tartsák fenn szervezetükben a stabilitást, hogyan biztosíthatják a szervezet hatékonyságát, válaszolva a szervezetet ért külső és belső kihívásokra.

Mindezen bonyolult kérdések megválaszolására ezen konferencia egész ideje is kevés lenne, éppen ezért nem érintve

a szervezetet ért legfontosabb külső és belső kihívásokat, elsősorban:

- a szervezet átszervezéséről,
- a változás folyamatáról,
- a változtatás egyes lépéseiről kell beszélni, nem érintve az egészségügyi privatizációt, de választ adva az egészségügyi átalakítás megvalósításának legfontosabb kérdéseire.

A kórház mint bonyolult üzem értelmezése, és annak vezetéstechnikái

A kórház mint költségvetési szervezet. A kórház olyan orvosi szakellátást és ápolást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézet, amely elvégzi minden olyan beteg gyógyítását, akiknek egészséget helyre kell állítani, betegségének súlyosságát megelőzni az alapellátás intézményrendszerében vagy otthonfekvő betegként már nem lehet.

A kórház folyamatos munkarendben működteti a fekvőbeteg-ágyakat, gyógyítást, ápolást nyújt és mindenkor legalább egy orvos gondoskodik a betegek felvételéről, felügyeletéről. Vannak diagnosztikai részlegei (osztályai) és szakambulanciákat működtet. Gazdasági és műszaki szolgáltatásait saját vagy szerződött szervezet útján látja el.

A kórház mint európai definíció szerinti szervezet „modern, komplex, humanitárius feladatú szolgáltató üzem”. A kórház humanitárius feladata ellenére nagyüzem és ebből kifolyóan:

- a kórház vezetésében érvényesülnie kell az üzemgazdasági elveknek,
- egyes üzemszervezeti részeket privatizálni lehet,
- üzem- és munkaszervezési módszereket kell alkalmazni,
- vállalkozási gondolkodásra van szükség,
- hatékonyságnak és gazdaságosságnak kell érvényesülnie.

A kórház humanitárius feladatú üzem, ezért olyan szervezésre kell törekedni, amelynek „a beteg áll a középpontjában: sok szempontból nagyüzem, de nem folytathat tömegtermelést”. Az üzem gazdaságossága és a humanitás nem ellentétpár, hanem összefüggés: a beteg érdekében kell gazdaságosan vezetni a kórházat.

Szervezeti és a környezeti hatások és az azokra adandó válaszok

Az átszervezés az „Értelmező szótár” szerint: „...a szervezett tevékenységet más rendszerűvé, más menetűvé alakítani”. Ez egy igen egyszerű, de ugyanakkor rendkívül tömör megfogalmazása annak a folyamatnak, amely a szervezet átalakításának és korszerűsítésének hosszú folyamatát jelenti. Éppen ezért az átszervezés az mindig olyan stratégiai döntése a tulajdonosnak és a vállalatot vagy szervezetet irányító menedzsmentnek, amely igen komoly vezetéseméleti, szervezéselméleti és gyakorlati ismeretek sokaságát igényli. Ezen vezetési, szervezéselméleti és gyakorlati tapasztalatokból kell meghatározni a szervezet-átalakítás vagy -átszervezés folyamatát és ennek legfontosabb lépéseit, mint a környezeti hatásokra adott választ.

A szervezetből induljunk ki, hisz ahogyan a „hat vak ember is erősen különböző leírást adott egy elefántról, attól függően, hogy annak melyik testrészét tapinthaták meg”, ugyanígy számos különböző perspektívából lehet szemlélteni a szervezeteket is. Aki benne van, kötődik a sztereotípiákhoz, a vezető változtatni akar, mert kell, és ha ezek együttes hatása nem a

fejlesztés, átalakítás, hatékonyság irányába mutat, akkor egyértelmű a kudarc, ami egyenlő a „szervezet megszűnésével”.

Egészségügyi szervezetek jellemzői

Az egészségügyi szervezetek „bemeneti–kimeneti” (input–output) ismérvek alapján jellemezhetők. Az egészségügyi működés és ellátás célja: hogy az input oldalon minimális ráfordítással a szervezet hatékony működése révén maximális eredményt, outputot produkál (1-2. ábra).

A szervezeti hatékonyság kérdése az egészségügyben

Ennek megfelelően megállapítható, hogy: az egészségügyi szervezeteknek is az elkövetkezendő időben még jobban meg kell felelniük a szervezet-hatékonyság kritériumainak. A szervezet-hatékonyság: röviden általában egyenlő a céltudatossággal, célirányossággal, hatékony szervezettel a „forma követi a funkciót”, a kommunikáció viszonylag nyílt, a „szervezet költséghatékonyan és tanuló formában működik”, vagyis önmagát mindig folyamat közben látja, állandóan elemzi az állapotát, és tudatosan tervezi a folyamatos fejlesztéseket. Minden szervezeti szinten beépített visszajelzési mechanizmusok működnek, ami egyenlő az önmonitorizálással.

Fel kell tennünk a kérdést, hogy vajon az egészségügyi ellátórendszer szervezetei milyen szinten állnak? Mi a tényhelyzet?

A modern szervezetekre jellemző hatékony szervezeti jellemzőkkel igazán szűkösen állunk. Éppen ezért olyan átszervezések, átalakításra van szükség, amely az alábbiak szerinti és az alábbiakat veszi figyelembe, ha változás van.

A szervezetváltoztatás folyamata

Először is konkrétan meg kell fogalmazni a változtatás folyamatát. Ennek első lépése annak megválaszolása, hogy „miért változtassunk?”

Mert a külső környezeti hatások (jogszabályok), a gazdasági környezet, feladataik változása stb. indokolják. A változtatás – bármilyen nagyobb szervezetet érintő is – három jól elkülönülő állapotból épül fel:

- Kiinduló állapotból – melyben a szervezet jelenleg van.
- Átmeneti állapotból – azon feltételek és tevékenységek csoportjából, amelyen a szervezetnek keresztül kell haladnia a jövő felé.
- Célállapotból – ahová a vezetés el akarja juttatni a szervezetet.

Nagyon fontos, hogy mind a célállapot, mind a kiinduló és átmeneti állapot stratégiákkal, cselekvési tervekkel kidolgozott legyen.

Ezek után nézzük részletesen az egyes lépéseket, a fő kérdés egyidejű megválaszolásával együtt.

Miért szükséges a változtatás?

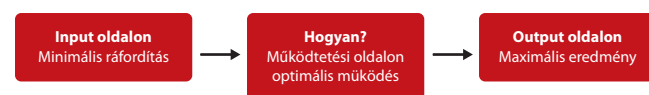
A cél nem más, mint költségvetési szervből európai definíció szerinti értelmezésben működő szervezet megvalósítása. Először is azért, mert a környezeti hatások indokolják, ennek során:

- Az első kérdés – a probléma azonosítása, konkretizálása.
- A második – a változtatás szükségességének foka.
- A harmadik – ha van már konkrét cselekvési terve, hogy miért éppen e mellett döntött.

1. ábra. Szervezetek mint bemeneti–kimeneti (input–output) rendszerek



2. ábra. A szervezet és az egészségügyi ellátás célja



- Végül – mit old meg a cselekvési terv.
- Majd utoljára – van-e a kérdéses változtatási terv ellen ható feszültség a munkatársakban.

Kiinduló állapot

Elvárások és válaszok rendszere, központi küldetés. Forgatókönyvek leírása. Fontos az ismerete, mert minél jobb, hitelesebb, annál pontosabb választ kapunk arra, hogy a szervezet mennyiben tud megfelelni a külső és belső kihívásoknak, küldetésének. Ezt ismerik-e a munkatársak, azonosítva a kritikus folyamatokat, a szervezet erősségeit és gyengeségeit. Ennek egyik módszere a Stakeholder-vizsgálat, a szervezetelemzés, valamint a SWOT-analízis.

Az átmenet

A kívánatos célállapot meghatározása és a kiinduló állapot meghatározás után a jelen értékelése a jövő szempontjai alapján meghatározza az elvégzendő munkát. Változtatási problémák azonosítása történjen meg, „cselekvési terv készítése”, rögzítve az „átmenet vezetői struktúráját”.

Célállapot meghatározása

Kívánatos célállapot meghatározása egyenlő a hatékony szervezet képeivel, jó ha van forgatókönyv a legrosszabb esetre. Első helyen a jövőkép meghatározása áll. Például: biztosítja-e önmagában a szervezeti formaváltás a magasabb színvonalú, rugalmasabb ellátás megvalósulását, a jövőképen keresztül, hogy pl. költséghatékonyabb lesz a szervezet, küldetése adekváttá válik? Ehhez nagyon fontos, hogy hogyan tudja a szervezet vezetése mozgósítani a hatalmi és az ezt megvalósító humán erőforrást, s mindezt rövid meghatározott időszak alatt.

Melyek azok a módszerek, amelyek a szervezeten belül és kívül alkalmazhatók? Kifelé tájékoztatás útján, a szolgáltatások hatékonyságának növelését kell ismertetni, befelé a munkatársak motivációja révén lehet erősíteni, hogy „jobb és jobb lesz”.

Mindez megköveteli, hogy mind a jogi, mind a közgazdasági környezet megfelelő legyen – hangsúlyozom, nem optimális, hanem megfelelő legyen.

Megfelelő és kiszámítható legyen, mert ez esetben lehet igazán átszervezésről, a szervezetváltoztatás folyamatáról és azok lépéseiről hatékonyan beszélni.

„Ha változásra van szükség, akkor valamit meg kell változtatni. Ezt a kopár igazságot azért kell kimondani, mert a félelem, mely tette kényszerül, abban különbözik a bátorságtól, amely tenni akar, hogy azok az emberek, akiket az előbbi mozgat, pontosan érzik ugyan és el is ismerik a változás szükségességét, de amikor neki kell látni, gyöngének mutatkoznak és mindent meg akarnak tartani, amivel rendelkeznek.” (Hegel)

III. Válságkezelés – Alkalmazott technikák

A tradicionális kínai írásban a „válság” szót két jellel írják, melyek jelentése „veszély” és „esély”. Schumpeter szállóigévé vált kifejezésével a válság feladata a „teremtő pusztítás”. Ugyanakkor rajtunk is múlik, hogy mekkora a pusztítás mértéke. Az egyén és a közösség is alapvetően kétféle módon reagálhat a válságra. Az egyik lehetőség a passzív kivárás. Ezzel csak a vesztesek közé kerülhetünk. A másik reakció a győzteseké: a stratégiai gondolkodás, a válság megrázkódtatásának felhasználása a távlatosabb jövő kialakítására. A válsághelyzet a lehetőségek újszerű értékelésére, felmérésére kötelez. Arra is „jó”, hogy újraértékeljük adottságainkat és azokból sokkal többet hozunk ki.

Alkalmazott technikák

- Komplex tervezés
- Szakmai terv → Teljesítmény terv → Pénzügyi terv
- Bevétel optimalizációs program
- Kiadás optimalizációs program
- A környezet és a belső folyamatok elemzése → Azonnal reagálni kell a változásokra
- Innovativitás

Funkcionális tervezés

A tervezés koncepcionális elemeinek figyelembe vétele alapján az intézményi gazdálkodás szakmai vetületű összefüggéseinek rendszerszemléletű megközelítési módszerével és technikájával kell elkészíteni az évi intézményi tervet. A funkcionális típusú éves tervet az intézmények 5 éves szakmai fejlesztési tervével, illetve arra alapozva ajánlott elkészíteni. A funkcionális típusú terv részei a „Szakmai terv”, a kapacitások optimális kihasználtságát biztosító »Teljesítmény terv«, pénzügyi egyensúlyt célzó terv, »Pénzügyi terv«.

Költségvetési szervek tervezéséről

A kórház, mint költségvetési szerv évente költségvetési tervet köteles készíteni. Mivel a kórház mára „bonyolult üzemmé vált”, ki kell jelenteni, hogy nem elég csak költségvetési tervet készíteni. Miért? A költségvetési szervek tervezésén az adott évre vonatkozó bevételi és kiadási előirányzatok kimunkálását értjük, és ebben nem jelenik meg az intézményi szakmai és teljesítmény terve. Ennek következménye, hogy nem biztosított az orvossal kapcsolatos feladatok és a kapacitások optimalizált kihasználtsága, valamint a kórházi célok szerinti együtt gondolkodás és azok végrehajtása. A költségvetési tervet „üzemgazdasági” szemléletben, a normatív tervezés módszerével kell kapacitás kihasználtságra alapozottan tervezni.

A kórház mint bonyolult üzem, tervezési rendszeréről

A kórházban mint bonyolult üzemben a tervezést összetett módon kell végrehajtani: először el kell készíteni az éves szakmai tervet, majd a kapacitások optimális kihasználtsá-

ságát biztosító teljesítmény tervet, és erre alapozottan a pénzügyi tervet. Így összerakva jön létre a komplex terv az intézménynek, mely összefogja az egyes szakterületeket. A tervvel való azonosulás érdekében indokolt jóváhagyatni a „Szakmai vezető testülettel” és az operatív menedzsmenttel, ami az osztályvezető főorvosi testülete így biztosított, hogy a végrehajtás optimális legyen. Monitoring rendszert kell működtetni, mely a szakmai tervben negyedéves, a pénzügyi terv esetén pedig havi monitoring-értékelést jelent. Ha indokolt a terv részek korrekciója „gördülő tervezés” módszerével lehet elvégezni.

Szakmai terv elkészítése

- Stratégiai célkitűzések.
- A stratégiai célkitűzésekhez kapcsolódó operatív feladatok.
- Általános operatív jellegű szakmai feladatok.
- Kapacitások optimális kihasználtságát biztosító teljesítmény terv.
- A szakmai terven alapuló pénzügyi tervezés.

Stratégiai célkitűzések

A kórház küldetésének megfelelő, betegközpontú működtetése. Az alapellátás és a szakellátás közötti szakmai integráció elérése. A lakosság egészségügyi szükségleteihez igazodó szakmai kapacitások optimális működtetése.

Tervezhetőbb legyen a betegellátás mind szakmai, mind pedig finanszírozási értelemben! Csak olyan kapacitások működjenek, a szervezeti egységekhez és a szakfeladatokhoz rendelt, amelyek szakmailag feltétlenül indokoltak és az elvégzett szakmai tevékenységek a bevétel–költség összefüggéseikben, fenntartható módon finanszírozhatóak!

A stratégiai célkitűzésekhez kapcsolódó operatív feladatok

Az intézmény területi ellátási kötelezettség szerinti lakosság demográfiai, epidemiológiai és szociográfiai vonatkozású adatainak megismerése, az ebben bekövetkezendő változások áttekintése és a betegellátás szempontjából történő értékelése. Olyan ellátási struktúrát kell kialakítani, mely igazodik a lakosság valós és latens igényeihez. Ez a szemlélet segíti az intézmény stabilizációját.

A kórház járóbeteg-, fekvőbeteg-, valamint diagnosztikai tevékenységeinek szakmai és pénzügyi tervezését, a szakmai protokollok figyelembe vételével „ellátási csomagokban” kell megtervezni.

Általános operatív jellegű szakmai feladatok

A „bizonyítékokon alapuló orvoslás” szabályainak érvényesítése a betegellátásban. Minden tekintetben kerülendő a „defenzív típusú” vizsgálatok elvégzése, a vizsgálatok szükségtelen és indokolatlan ismételtetése, valamint a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás során képződő vizsgálati párhuzamosságok képzése.

Az egészségügyi dokumentáció, a szakmai szabályok, a hatályos jogszabályok, a teljesítmény elszámolás szabályai, valamint a minőségbiztosítás szabályai szerinti, szakszerű és gondos elkészítése, folyamatos és áttekinthető vezetése, kórtörténeti lezárása.

A teljesítmények folyamatos, osztályértekezlet szintű értékelése a szervezeti egységek fedezeti alapú működésével összefüggő bevétel- és költség-összefüggések rendszeres

elemzése és dokumentált értékelése. A rövid és a hosszú ápolási napok teljes körű megszüntetése és a betegellátás normativitásának erősítése, a normatív napot meghaladó túl-ápolások teljes körű visszaszorítása.

Szakmánkénti működtetési terv készítése és az ehhez kapcsolódó fejlesztési tervnek át kell fogni a finanszírozási szerződés szerinti fekvő- és járóbeteg-kapacitásokat. Az intézményi menedzsment stratégiai célja és elvárása a szervezeti egységekkel összefüggésben az aktív fekvőbeteg-ellátásnál a pozitív szaldó!

Kapacitások optimális kihasználtságát biztosító teljesítmény terv

A fenntartható kapacitások kialakítása – melyek elsősorban a lakosság egészségügyi szükségleteinek figyelembevételével kerülnek kialakításra – a pénzügyi szempontú felülvizsgálatot is indokolja, az e szerint kidolgozott teljesítmény terv alapozza meg az intézményi bevételeket és ez alapján a kiadásokat.

Az intézmény teljesítmény terv készítésének elsődleges küldetése, hogy járuljon hozzá az intézménykapacitások optimális kihasználásához, valamint a fenntartható szakmai struktúra megalapozásához, továbbá határozza meg az intézményi gazdálkodás kiszámíthatóságát.

Pénzügyi tervezés

A pénzügyi terv bevételi és kiadási sarokszámai a szakmai és a teljesítménytervre alapozottan kerüljenek meghatározásra.

Összefoglaló

A kórház mint bonyolult üzem tervezési feladatai mára megváltoztak, nem elég csak költségvetési tervet készíteni. Meg kell tervezni az erőforrások szűkössége miatt a szakmai tevékenységet a fekvő- és a járóbeteg-ellátás területére. A kapacitások kihasználtságát biztosító intézményi teljesítményeket figyelembe véve a TVK-t és a finanszírozási változásokat. Erre alapozottan kell a pénzügyi terv bevételi és kiadási sarokszámait megtervezni, és ha indokolt, akkor fedezet teremtő intézkedéseket kell a menedzsmentnek kidolgozni.

Válságkezelés – „Azé a jövő, aki gyorsan reagál”

A közigazgatási környezet, illetve a finanszírozási szabályok változásait elemezve a funkcionális tervben meghatározottakat figyelembe véve és arra alapozva intézkedési tervben határozhatjuk meg a negatív hatások kezelésére szükséges feladatokat.

Ennek lépései:

1. A pénzügyi folyamatok elemzése.
2. A bevétel – költség egyezőség elemzése.
3. Fedezetjavító intézkedések:
 - bevétel optimalizáció,
 - kiadás optimalizáció.

Állandó költség-optimalizációs program

Fontos feladat elérni, hogy a bevétel–költség-egyezőség a gyógyítás szintjén valósuljon meg. Ennek érdekében előalkulációkat kell készíteni, hogy melyik beavatkozás mennyibe kerül, és ehhez kell igazítani a kiadásokat.

Cél: A gazdálkodási egyensúly lehetőség szerinti biztosítása, a 60 napon túli szállítói állomány keretek közt tartása, a

bevétel–költség-egyezőség egyensúlyának és a fedezet nélküli kötelezettségvállalás elkerülésének biztosítása.

Bevétel-optimalizációs program

- Optimalizált teljesítmény kihasználási program – tervezett teljesítmények.
- A fizetős betegek bevételnövelő ellátásának programja.
- TVK-mentes szakterületek teljesítményének optimalizálása (szülészet, újszülött ellátás, rehabilitáció, krónikus ellátás, patológia).
- Kiadás optimalizációs program
- Dologi kiadások.
- Áfaemelkedés.
- Szerződéssel lekötött kiadások racionalizálása.
- Bér- és létszámgazdálkodás.

Gazdálkodási alapelvek

A folyamatos teljesítmény- és költség-monitorizálással biztosítani az elemi szintű bevétel–költség-egyezőséget.

Az ellátások vonatkozásában csakis a szakmákra vonatkozó és rögzített ellátási szintű és TEK szerinti ellátás valósítható meg a sürgősségi ellátás kivételével.

Fizetési kötelezettség – kötelezettségvállalás fizetési megállapodások kezdeményezése a beszállítókkal.

A megrendeléseket dekádonként (10 napos) bocsátjuk ki annak érdekében, hogy a megrendelések összhangban legyenek a fizetési határidőkkel és így jobban igazodjanak a cash-flow áramláshoz és a finanszírozás rendjéhez.

A centralizált gazdálkodásban megjelenített, a költségtervben rögzített gazdálkodó szerinti keretek csak a főigazgató által engedélyezett módon járhatók át.

Az üzemeltetés területén takarékosági intézkedések a gáz és elektromos energia felhasználás területén.

„Tőlünk függ, megtanuljuk-e az új játszmát, az új szabályokat, vagy a régi módon csináljuk tovább, és a legjobb játékosokká válnunk egy olyan játszmában, amelyet többé már nem játszanak.” (Larry Wilson)

IV. Innovatív kórházak

Ezzel olyan lehetőség áll rendelkezésünkre, melyhez nem kell többletforrás, csak jó szándék és józan belátás mind a fenntartó önkormányzatok, mind a kórházak menedzsmentje részéről. A megoldás nem más, mint az összefogás, az innovatív együttműködés. Tudjuk az egész mindig több mint a részek összessége. Összefogással, az „én is nyerek, te is nyersz” stratégiával le tudjuk győzni a jelenlegi nehézségeket. Hogy valósítható ez meg? A megoldás: INNOVATÍV EGYÜTTMŰKÖDÉS.

Mit tehetnek a kórházak?

Szükséges a megkövült és korszerűtlenné vált egészségügyi szervezeti struktúrák megváltoztatása, mivel a jelenlegi merev osztályszerkezet már nem felel meg a ma kórháza feladatainak, nem igazodik a betegek igényeihez, nem szolgálja a célszerű munkafolyamatokat.

Ahhoz, hogy a kórház „innovatív” legyen, a változást kiényszerítő eseményeket megelőzően tudatos tervezéssel és döntéshozattal kell válaszolni ezen hatásokra. A kórházi menedzsmentnek szervezeti változásokat kell bevezetni, ame-

lyek lehetővé teszik, hogy a kórház megfeleljen a szervezeten kívülről jövő kihívásoknak. A szervezeti változásokkal egyidejűleg az alkalmazottak magatartásmintáit is módosítani szükséges mind az egymáshoz, mind pedig a munkájukhoz való viszonyuk tekintetében.

Innovatív együttműködés

Új típusú együttműködést kell megvalósítani az egymástól elkülönült kórházaknak, amelyben megvalósul:

- a kapacitások optimális működtetése és összehangolt fejlesztése,
- a beruházások összehangolása,
- és talán a legvitatottabb kérdés a párhuzamosságok kérdésköre, melyek áttekintésére alaposan indokolt a kapacitások horizontális és vertikális átrendezése munkamegosztás révén.

Mert az egészségügyben világszerte olyan védekezési mechanizmus van kibontakozóban, amely rendszerszervezéssel és a minőség viszonylagos egzaktságának biztosításával kívánja megvédeni az érdekeit az extramedikális, korlátozó gazdasági mechanizmusokkal szemben. Minden országnak, ahol reformokban gondolkodnak, figyelemmel kell lenni az egészségügy nemzetközileg definiált alapelveinek változásaira – az egyre erősödő átalakítási okokra, valamint az egészségügyi szervezetekhez kapcsolódó megváltozott körülményekre.

„Gondolkodj bátran, ne félj attól, hogy hibákat követsz el! Tartsd nyitva a szemed, az apró részleteket is vedd észre, és legyél mindenben mértéktartó, céljaidat kivéve.” (Szent-Györgyi Albert)

Hivatkozások

1. Dr. Baráth Lajos: „A funkcionális tervezés a gyakorlatban” – Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2007. 44. évfolyam 4-5-6. szám
2. Dr. Baráth Lajos: Egészségügyi Intézményi Pénzügyi Ismeretek – egészségügyi menedzser, orvos/gyógyszerész-közgazdász posztgraduális képzéshez, 2001, 2002
3. Dr. Baráth Lajos: Egészségügyi gazdasági elemzések. Oktatási Segédanyag, 2003
4. Dr. Baráth Lajos: Egészségügyi gazdasági, finanszírozási és pénzügyi ismeretek – monográfia, 2003
5. Dr. Baráth Lajos: Egészségügyi intézmények finanszírozása, menedzselése – SZTE GTK oktatási segédanyag, 2009
6. Népegészségügy folyóirat – 86. évfolyam 2. szám – Ádány Róza: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra.

A szerző az SZTE címzetes docense, a makói Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház–Rendelőintézet és a szentesi Dr. Bugyi István Kórház főigazgatója.

„Maradék” gyógyszerek és azok értéke 118 magyarországi háztartás házipatikájában

Egy vizsgálatban 118 háztartás (60 budapesti, 58 nem budapesti) házipatikáját írták össze, és csoportosították aktuális, készletbeli és „maradék” ismérvek szerint. A 118 háztartásban 714-féle „maradék” gyógyszert találtak, összesen 8110 darabot. Ezek 2006-os értéke 606 299 Ft. Ebből a háztartások részesedése 450 488 Ft (74,3%), az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) részesedése 155 811 Ft (25,7%). A talált „maradék” gyógyszerek közül 211 készítmény (29,6%) szavatossága is lejárt. A budapesti háztartásokban kétszer több „maradék” gyógyszert találtak átlagosan, mint a vidékiekben. A „maradék” gyógyszerek között 32,2%-ban találtak antibiotikumot, de minden második háztartásban előfordult „maradék” antibiotikum. Felmérésükkel bizonyították, hogy a háztartásokban sok elfekvő gyógyszer található, ami forintértékben is jelentős veszteség mind a családoknak, mind az OEP-nek.

■ Szigeti László¹ és dr. Simon Tamás²

Vizsgálatunk célja az volt, hogy meg tudjuk állapítani, 118 magyarországi háztartásnál milyen értékben és mennyiségben vannak „maradék” gyógyszerek, és ez által mekkora veszteség éri őket és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt.

Ezen adatok ismerete esetleg segítséget nyújthatna abban, hogy bizonyos kérdéseket, például, hogy teljesen megfelelő-e a gyógyszerek felírása; a betegek együttműködése a kezelőorvossal; az orvos–beteg-kommunikáció; a gyógyszerek kiszerezése; a lakosság tájékozottsága és hozzáértése a gyógyszerekhez, valamint hogy megfelelő-e a támogatási rendszer és szabályozás, illetve hogy van-e és mi az, amin javítani kellene.

A vizsgált háztartások

2006-ban, egészségügyi szakközépiskolások segítségével gyűjtöttük össze több magyarországi háztartás különböző adatait: a háztartásban élők neme, kora, foglalkozása, lakhelye aktuális és krónikus betegsége(i), allergiái, valamint az otthon talált összes gyógyszer pontos neve, kiszerezés, lejárat dátuma és az aktuális darabszám szerint.

Ezen adatok alapján háztartásonként állapítottuk meg, hogy mely gyógyszerek tartoznak a „maradék” kategóriába. „Maradék” gyógyszernek azokat a készítményeket tekintettük, melyek jelenlétét az aktuális betegség nem indokolja, és nem készletbeli készítmény. (Készletbeli gyógyszer: vény nélkül kapható, mindennapos megbetegedések – fejfájás, láz,

menstruációs görcs, hasmenés, nátha – csillapítására szolgál.) (1) Regisztráljuk a lejárt szavatosságú gyógyszereket is, mivel ezek már felhasználhatatlanságuk révén képeznek veszteséget. Vizsgálatunk során 118 háztartás adatait dolgoztuk fel. A háztartások közül 60 budapesti és 58 nem budapesti háztartás volt. A vizsgált háztartásoknál összesen 714-féle „maradék” készítmény volt, aminek 29,6%-a, azaz 211 készítmény lejárt szavatosságú volt. Lejárt szavatosságú gyógyszer a háztartások 44,9%-nál volt, tehát majdnem minden második háztartásnál volt a házipatikában potenciálisan veszélyes készítmény.

Mennyi vészett kárba?

A „maradék” készítményeket és azok darabszámát vizsgáltuk abból a szempontból, hogy hány százalékuk tartalmazott OEP-támogatást és hány százalékuk nem. Talán meglepő módon az OEP-támogatást nem tartalmazó gyógyszerekből volt több, 4668 db (57,5%), míg az OEP-támogatást tartalmazó készítmények darabszáma 3442 (42,4%).

Még érdekesebb az, ha megnézzük, hogy milyen a fel nem használt gyógyszerértékek megoszlása a háztartásoknak azon gyógyszereken, melyek tartalmaznak OEP-támogatást, illetve amelyek nem, valamint mennyi az OEP-támogatás (veszteség) a megmaradt gyógyszereken. A támogatást tartalmazó „maradék” készítmények értéke (OEP-támogatás a maradék gyógyszereken + háztartások vesztesége a támogatott készítményeken) együtt 314 946 Ft, az összes „maradék” gyógyszerérték (606 299 Ft) 51,9%-a. Amennyiben

azonban kizárólag a háztartások fel nem használt gyógyszerei miatti veszteségét tekintjük, akkor azt kapjuk, hogy a háztartások vesztesége 74,3%, azaz 450 488 Ft, míg az OEP vesztesége csak 155 811 Ft (25,7%-a az összes „maradék” gyógyszer értékének). Tehát ha a háztartások veszteségét nézzük, akkor láthatjuk, hogy háromszor annyi pénzt költöttek el feleslegesen gyógyszerre, mint az OEP, holott az OEP-támogatás aránya országosan az eladott gyógyszerek között 63,9%. (2)

Vidék – Budapest

Vizsgáltuk a budapesti és a nem fővárosi háztartások fel nem használt gyógyszereinek átlagértékét is. Itt – talán nem meglepő módon – a fővárosi háztartások esetében átlagosan 2483 Ft-ot kaptunk, míg a nem budapestiekénél átlag 1340 Ft értékű készítmény maradt meg.

Külön megnéztük, hogy van-e különbség a különböző tagú háztartások között. A vizsgált mintában 22 egyfős, 30 kétfős, 24 háromfős, 32 négyfős, 7 ötfős, 2 hatfős és 1 nyolcfős háztartás szerepelt. A maradék gyógyszerek átlagértékének tekintetében kiugróan magas értéket kaptunk a négyfős háztartásoknál: átlagosan 5881 Ft, a háromfős családokban pedig átlagosan 4562 Ft értékű gyógyszer nem fogyott el. Ennek oka talán, hogy ezen háztartásokban nagyrészt gyerekek is vannak, így miattuk lehetséges, hogy több gyógyszert kell beszerezni, és – ezek szerint – több is marad meg. Mintánkban igen kevés 60 éven felüli családtag volt, bár tudjuk, az ő gyógyszerfogyasztásuk igen magas.

Antibiotikumok

A gyógyszerek közül külön vizsgáltuk a háztartásoknál lévő „maradék” antibiotikumok értékét és összetételét. Majdnem minden harmadik háztartásban találtunk „maradék” antibiotikumot, pontosan a háztartások 32,2%-nál. Összesen 25-féle „maradék” antibiotikumot találtunk, tételenen 829 darabot. Bár ezek árban nem tesznek ki nagy értéket, csak a 10,8%-a az összes „maradék” készítmény értékének, de talán ez még rosszabb mintha nagy értékben fordulnának elő. Már az értékekből is következik, hogy nem teljes doboznyi gyógyszerek maradtak meg a háztartásoknál, hanem csak pár darab. Ebből

következik, hogy sokan nem szedték végig az felírt antibiotikumokat, amivel nagyban növelik a rezisztens baktériumok kialakulásának veszélyét, veszélyeztetve ezzel mind magukat, mind környezetüket.

Érdekességként említjük meg, hogy a „maradék” antibiotikumok között 300 db Nitrofurantoint, 132 db Sumetrolimot és 50 db Augmentint (625 mg) találtunk.

Összegzés

Elmondhatjuk, hogy a „maradék” gyógyszerek elfecsérelt értékét képviselik. Bár felmérésünk nem reprezentatív, mégis eljátszva a számokkal és országos szintre vetítve adatainkat: a háztartások veszteségét 14,5 Mrd forintba, az OEP veszteségét pedig 5 Mrd forintba becsülhetjük. Ezekbe a számításokba a gyógyszerárakban leadott gyógyszerek értékét nem tudtuk bele számolni, mivel az ott leadott készítményeknek még jó esetben is csak az összességüket tartják nyilván.

Érdekes, hogy az eladott gyógyszerek értékéről és összetételéről minden részletre kiterjedő nyilvántartás fellelhető, de arról, hogy ezen gyógyszerek hogyan lettek felhasználva vagy nem felhasználva semmilyen konkrét információval nem rendelkezünk. Így jelen felmérésünk úttörő jellegű információkkal szolgál a területről.

A családi patikában megmaradt gyógyszerek potenciális veszélyforrások, kiemelten a lejárt szavatosságú készítmények, valamint a már említett rezisztenciakialakulást növelő tényezők az antibiotikumok esetében.

Hivatkozások

1. Prof. dr. Simon T.: *A házipatikákban található felesleges, összegyűjthető orvosságok. Egészségfejlesztés.* 2006;68:5-6., 31–35.
2. Forrás: *Államháztartási kiadások a PM ÁHÍR adatbázis, 2006*

-
1. orvostanhallgató, Semmelweis Egyetem
 2. Semmelweis Egyetem ÁOK, Közegészségtani Intézet
Társadalomorvosi csoport, Magyar Rákellenes Liga elnöke

A kórház nem hotel, hanem üzem

Dézsy Józsefnek évtizedes tapasztalata van kórházirányításból, és emellett számos olyan tevékenységet folytat Ausztriában, amelyről itthon is tud, aki figyelemmel követi a professzor nagyívű pályáját: szakkönyveket ír, kórház szaklapot szerkeszt, tudományos lapot ad ki, szakmai szervezetet alapít és számos tudományos-szakmai testület megbecsült tagja. Magyarországon sokan személyesen ismerik, hiszen nemcsak rangos konferenciák előadója, hanem a jövő egészségügyi menedzsereit is oktatja Budapesten és Sopronban. Beszélgetésünk idején is éppen hallgatóinak vizsgáztatására érkezett a magyar fővárosba.

■ Bene Zsolt

– *Professzor úr, Ön ugyan Ausztriában él, de Magyarországról származik.*

– Igen, itt születtem. Édesapám Magyarországon a német és magyar hadseregnek szállított báránybőrből készült pilótadzsekiket. Ezért a tevékenységéért később halálra ítélték mint háborús bűnöst, pedig csak üzletember volt.

– *Hogyan kerültek külföldre?*

– Szüleimmel hétéves koromban menekültünk el. Édesapámat a francia megszállók Ausztriában letartóztatták, és a börtönben huzamosabb ideig húsz centiméteres vízben kellett állnia, ezért később tüdőbetegségben halt meg. Édesapám – aki nagyon büszke volt magyarságára – révén tudok magyarul, egyébként otthon magyarul beszélünk. Feldkirch városban laktunk, amely nyugaton helyezkedik el, egészen a svájci határnál. 1963–64-ben Innsbruckban tevékenykedtem az Olimpiai Rendező Bizottságnál, ott ismertem meg a titkárnőként dolgozó későbbi feleségemet.

– *Hol végezte iskoláit?*

– Az olimpia után visszamentem Feldkirchbe, ahol a jezsuitákhoz jártam gimnáziumba, majd az innsbrucki egyetem gazdaságtudományi karán szereztem diplomát. Pályakezdőként a Vorarlberg tartományi kormány alkalmazottja voltam. Az volt a feladatomban, hogy a tartomány kórházait megújítsam. Tizenhét év alatt több intézményt újjáalakítottam, valamint megszerveztem Ausztriában az első közhasznú társasági formában működő kórházat. Ez többek között azért sikerülhetett, mert a kormány kinyilvánította, hogy a politika visszavonul az egészségügyből. A kht.-ban természetesen megmaradt az állami tulajdon, ám a menedzsment önálló volt, majdnem teljesen szabad kezet kapott – persze a kijelölt célok teljesítése mellett. Néhány év múlva az osztrák kórház újságjának főszerkesztője lettem. Egyszer Bécsbe utaztam, ahol Ausztria legismertebb orvosával, egy magánkórház elnökével, professzor Fellingerrrel készítettem interjút. Azt mondta nekem: „Olyan emberre lenne szükségünk, mint amilyen Ön!”. Az általa felkínált állást azonban nem akartam elfogadni, ugyanis

fél év múlva értem volna el a kormány által biztosított udvari tanácsos rangot – akkor kezd az ember komolyan keresni. Hat hónap múlva viszont a bécsi gazdasági egyetemtől rektori megbízatást kaptam, így feleségemmel együtt a fővárosba költöztünk. Bécsben átvettem egy magánkórház irányítását, és az egyetemen egészség-gazdaságtant tanítottam.

– *Mi jellemzi ezt a magánintézményt?*

– A Rudolfinerhaust Theodore Billroth, a világhírű sebész 1882-ben nyitotta meg. Ugyanitt ő alapította meg Európa első ápolónőképző iskoláját, amely még a mai napig működik. Ez a privát, 150 ágyas kórház 12 alkalmazott orvost foglalkoztat, ahová 650 orvos utal be, és kezel évente kb. 8000 páciens. Az 1981-es kinevezésemkor elég rossz helyzetben volt az intézmény, ám – és ezt büszkén mondom – az évek során Ausztria első számú kórházát hoztam létre. 2001-ig, nyugdíjazásomig maradtam ott. Valójában nem vonultam nyugdíjba, mert nem volt kedvem a „semmittevéshez” – még mindig nagyon szeretek dolgozni.

– *Ennek érdekében milyen aktív elfoglaltságot választott?*

– A Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karán vállaltam oktatói feladatot. Meg szeretném említeni, hogy 1983-ban, a WHO kiküldöttjeként az egykori NDK-ban voltam, egy orosz és egy svéd kollégával együtt. Ott ismerkedtünk meg Gidai Erzsébettel, aki Magyarországot képviselte. Állandóan hívott Magyarországra, hogy előadásokat tartsak – akkor még a szegedi egyetemen. Ennek köszönhetően, az évek során belejöttem a magyar nyelvű társalgásba. Eleinte ugyan elég gyengén beszéltem a nyelvet, de annyira új dolgokat meséltem a hallgatóknak, hogy mindenkinek tetszett. Amit nem tudtam magyarul, azt angolul mondtam, ezért megértették. Azóta is egyetemi tanárként dolgozom a Nyugat-magyarországi Egyetemen, Sopronban és Budapesten. Nagyon fontos dolognak tartom, hogy orvosokat képezzünk egészség-gazdaságtanra, gyógyszer-gazdaságtanra. Az így képzett szakemberek megfelelnek majd az új kor követelményeinek. Ezáltal lecserélődik a régi gárda, és olyan szakem-

berek tűnnek fel, akik tudják, mi a gazdaságosság, milyen a hatékony a szervezet stb. Effektíve nem ők hajtják majd végre a feladatokat, hanem irányítják, felügyelik a folyamatokat.

– Az egészségügyi rendszer mely elemei érdeklik elsősorban?

– Az első dolog, amely foglalkoztatott, hogy milyen faktorok hatnak az egészségre. Harminc százalék az egyén életstílusa, körülbelül 25–30 százalék a környezet, további 30 százalék a genetika, és csak mintegy 10 százalék jut az orvoslásra. Bár mindenki tisztában van azzal, hogy egészség nélkül semmi nem ér semmit, az emberek gondolkodása és viselkedése mégsem egészségtudatos. A politikusok pedig még mindig nem értik, hogy mit jelent a primer, a szekunder és a terciér prevenció, ezért fel kell hívni a figyelmüket ezek fontosságára. (Mire azonban megtanítjuk erre őket, sajnos általában már nincsenek a helyükön, vagy vége a politikai karrierjüknek.) Nem állítom, hogy a prevenció jelentősen csökkenti az egészségügyre fordítandó költségeket, hiszen például az életkor előrehaladtával egyre több betegség éri az embereket, miközben már keveset fizetnek a közösbe. Minden embernek tudnia kell, hogy mi az életcélja: vesz egy nagy kocsit, egzotikus utazásra költi a pénzt vagy továbbra is megőrzi az egészségét, és biztosítja magát arra az időre, ha megbetegszik. Ez mindenki számára egy értékvalasztás. Végig kellene gondolnunk: amennyiben óvjuk az egészségünket, nagyobb eséllyel élhetünk tovább, ráadásul jobb életminőségben. A magunk lehetőségeit rontjuk a mértéktelen evéssel, alkoholfogyasztással és a dohányzással. Tulajdonképpen olyan ez, mint a drogok esetében, akik tudják, hogy ártanak a szervezetüknek, de nem tudnak leszokni róla. Ezért mindig azt vallottam, hogy a prevenció csak akkor működik jól, ha valami ajándékot, bónuszt adunk az embereknek, ha részt vesznek a prevenció programban, különben nem érdekli őket a megelőzés.

– Vannak-e tapasztalatai ennek kipróbálásában?

– Igen, ezen elgondolás alapján, első alkalommal sikerült csökkentenünk Ausztriában a csecsemőhalálozások számát. Ausztria egykor a kilencedik helyen állt az európai országok között a csecsemőhalálozások számát tekintve. Az akkori egészségügyi miniszterrel ismertettem, milyen intézkedések lennének szükségesek a cél érdekében, amely alapján ő egy úgynevezett „Mutter-passportot” (terheskönyv) készíttetett az orvosokkal. A doktor rendszeresen tájékoztatásra várta a leendő anyákat, ahol tanácsokkal látta el, mit kell majd tenniük születendő gyermekük egészsége érdekében. Számos nő terhesen ivott, dohányzott, nem figyelt sem magára, sem a környezetére. Az orvos minden egyes alkalommal bélyegzővel igazolta a megjelenést. Amikor minden stempli összegyűlt, akkor az anya ajándékot kapott. (Annak idején 17 ezer schillinget, ami ma kb. 1000 eurónak felel meg). Két év múlva Ausztria már a második legjobb helyre került a csecsemőhalálozás tekintetében. Az embereknek tehát tudatosabban kellene élniük. Most ismét javasolni kívánom a kormánynak a passzport-rendszert, mely alapján minden pont teljesítése esetén a lakosság az adóból visszakap valamennyi térítést, vagy nagy üzletláncok bélyegei után kaphatnak egyéb ajándékokat. Amennyiben tehát megfelelő motivációt kínálunk – vagyis rávezetjük az embereket arra, hogy „el akarok érni valamit” –, akkor szinte minden lehetséges. Az emberek tudatosabbak lesznek egészségükkel szemben. Nemrégiben beszéltem az osztrák egészségbiztosító vezetőjével minderről,

ám azt felelte, hogy a bónuszrendszer bevezetése érdekében új törvényt kellene hozni, mert a biztosító nem „erre van”. Arra kértem, fontolja meg: ha az egészségbiztosító fizet a gyógyításért, akkor nem szeretné-e – akár ezzel az eszközzel – csökkenteni a betegségek számát?

– A prevencióban óriási szerep hárul a háziorvosra mint első „kapuőrre”, aki találkozik a beteggel.

– A kórházi orvosokat kevésbé érinti a prevenció, mert ők legtöbbször már olyan betegekkel találkoznak, akinél már kialakult a kór, amelyet igyekeznek elhárítani. Az egykori NDK-ban, a rendszerváltás után, poliklinikák működtek egy jól kidolgozott szisztéma alapján. A kórház mellett járóbeteg-rendelők üzemeltek, ahol eldöntötték, hogy a beteget be kell-e fektetni, vagy sem. Ez a rendszer azonban megszűnt. Pedig – az előbbieken kívül – ennek az az előnye is megvolt, hogy a kórházi doktoroknak le kellett ereszkedniük az „elefántcsonttoronyból”, mert néha „kint” is szolgálatot kellett teljesíteniük a járóbeteg-ellátásnál, hogy lássák, mi a „valóság”, továbbá az is nagyon fontos volt, hogy ezáltal a tudásukat is „kivítették”. Németországban jelenleg azon gondolkodnak az egészségpolitikusok, hogy visszaállítsák ezt a rendszert. A magyar háziorvosi rendszer nagyon jó, de a jövőben ez az úgynevezett „one man show” nem lesz elegendő, mert nincs elegendő berendezésük, eszközük, technikai felszerelésük stb. Ezek hiányában a háziorvos rögtön kórházba utalja a pácienseket. Legtöbbször a beutalóra azt írja, hogy ismeretlen diagnózis.

– Magyarországon rendkívül magas a háziorvosok átlagéletkora, mert nem érkezik elegendő utánpótlás.

– Bár nem ismerem a pontos adatokat, de gyanítom, hogy a szakorvosok nagy része Budapesten vagy nagyobb városokban – ahol az egyetemet végezték – dolgozik, és nem akarnak vidékre, különösen nem az északkeleti megyékbe menni. Ahhoz, hogy ez megváltozzon, kívánatosná kellene tenni a háziorvosi szakmát. Nálunk Ausztriában, ha valaki a családorvosi pályát választja, akkor az egyetemi tanulmányai alatt már kapcsolatba kerül valamelyik várossal vagy faluval, ahol a későbbiekben nemcsak dolgozhat, hanem egy „orvosházat” is kap – ahol fiatal pályakezdőként majd egyedül vagy családjával kielégítő életmódot alakíthat ki. A háziorvosokat állandó továbbképzésre kell kötelezni, hogy ne maradjanak le a legújabb gyógymódok megismeréséről. Három-négy falu összefogásával egészségügyi centrumot kellene létrehozni, melyben négy-öt doktor egymást váltva éjjel-nappal, ünnepekkor (húsvét, karácsony) is dolgozik, egyszerűen mindig lenne orvosi ügyelet. A másik fontos dolog, hogy például röntgengépet, ultrahangkészüléket vagy más kisebb diagnosztikai műszert közösen be tudnának szerezni.

– Nem mehetünk el szó nélkül a hálapénz mellett.

– Szerintem a hálapénz legalább két komoly probléma okozója. Az egyik, hogy a várolistán előbbre lehet jutni általa vagy a páciens kisebb, kellemesebb szobát kaphat, a másik pedig a pénzkereset torzító hatása. A várakozási időt meg lehetne oldani objektíven, mégpedig úgy, mint például nálunk Bécsben – különösen az ortopédiai osztályon – láthatjuk. Ott is rengeteg beteg kap előjegyzést például a csípőízületi osztálytól. A menedzsment olyan kritériumrendszert dolgozott ki, amely a rászorultságot kritériumok szerint pontokban jeleníti meg – minél magasabb a pontszám, annál előrébb

halad a páciens a listán. A lista elejéhez közeledve már havonta felülvizsgálják, hogyan változnak a kritériumok. Ez egy lehetőség az objektív, orvosi szükség szerinti besorolásra, hogy ne vásárolni kelljen a sorrendet.

– Milyen megoldási lehetőség kínálkozik a paraszolvencia okozta másik probléma elhárítására?

– Először is a kórház bejáratnál ki kellene függeszteni a honorárium-árlistát, amit mindenki megnézhetne, tehát nyilvános lenne. Az orvosoktól nem elvenném a pénzkereseti lehetőséget, hanem legalizálnám. A lista biztosítja, hogy bármelyik orvos operáljon. Míg az egyik beteg a főorvostól kéri a beavatkozást, és ezért hajlandó magasabb árat kell fizetni, addig a másik azt szeretné, hogy az asszisztens orvos kezelje, mert fiatalabb, és talán jobban operál – egy alacsonyabb összegért. Ez egy lehetőség lenne. (A kommunizmus ideje alatt, még Oroszországban is volt a vonatokon első és másodosztály. Tulajdonképpen mivel jelentett többet az első osztály? Ki tudtam nyújtani a lábamat, semmi több). Az orvosválasztás árát természetesen a kórház számlájára kell befizetni. Az intézmény ebből az összegből levon az asszisztencia számára, levesz továbbá nyolc százalékot az infrastruktúra (gépek, műszerek stb.) javítására, és a különbözetet átutalja a doktornak. Mi is így tettünk Bécsben. Ezt el lehet magyarázni az embereknek: igenis lehetséges, hogy az orvos is adót fizessen a jövedelme után. Szerintem akár 200 milliárd forint nagyságrendű „fekete” pénz is foroghat Magyarországon. Amennyiben ezt legalizálnák, és beépülne a rendszerbe, egész más lenne a helyzet.

– Mi lehetne a következő lépés?

– A pénzügyminiszter a 200 milliárd forintból mondjuk elinté kapna 50 milliárdnyi adóbevételt. Ebből a biztosítókkal kialakított szerződések szerint adna pl. 10% segítséget a biztosítási járulékhöz – motivációként. Lépésről lépésre, mindig többen kötnének szerződést a honorárium biztosítására. Azt követően – nálunk, Ausztriában legalábbis – az orvosi kamara bevonásával tárgyalhatna a biztosítókkal arról, hogy mennyibe kerül az adott beavatkozások finanszírozása. Ausztriában egy fiatalember száz euróért teljes biztosítási csomagot élvezhet, melynek a 10 százaléka az egyén motivációját szolgálja. Ennek nemcsak az az előnye, hogy a páciens tisztában van a neki járó ellátással, hanem az is, hogy neki nem kell tárgyalni, és az orvosnak fizetni. Egy-két év elteltével a biztosítók határozzák meg az orvoskamarának, hogy mennyit fizetnek, tehát csökkennek a honoráriumok. Magam húsz évig tárgyaltam velük, láttam mennyire keményen nyomják le az orvosi honoráriumok árát; ez idő alatt harminc százalékot levettek, és mindenki – a kamara is – beleegyezett, mert még így is jól jártak. Ezt kellene tenni itt is. Ausztriában a 8 millió lakosból 1,2 milliónak van privát betegbiztosítása.

– Milyen területeken lát még átgondolandó lehetőségeket?

– A prevenció mellett nagyon fontosnak tartom az üzemi egészségügyi orvoslás szerepének megerősítését, vagy nevezzük inkább üzemi egészségmenedzsment-kiépítésnek. Jogszabályba kellene foglalni, hogy az üzem, az orvos és a munkások képviselői – vagyis a szakszervezet – üzemorvoslási menedzsmentet alakítsanak ki. Ezeknek szükséges lenne kidolgozni, hogyan lehetne fejleszteni a munkahelyen az emberek munkakedvét és -körülményeit stb., hogy csökkenjen az abszентizmus – a munkából elmaradás – és a prezентizmus

– az egyén a munkahelyen van ugyan, de alacsony a munkájának hatásfoka. A kedvüket vesztett emberek sajnos a legelső alkalommal, túlságosan korán mennek nyugdíjba. Az üzemi egészségmenedzsment a tulajdonosnak is hasznot hoz, mert kevesebb baleset történik, javul a hatékonyság, a minőség. Minden ember egyik fontos célja, hogy tegyen valamit, hasznos legyen. Ha valaki korán nyugdíjba megy, két évig örül annak, hogy „rózsákat vagdoshat”, aztán ha értelmes cél és hasznos feladat nélkül marad, akkor elbutul. Ez a fő probléma. Az ember teste és lelke ugyanis a terhelésre épül.

– Több könyve is megjelent Ausztriában, melyek közül van, amelyiket fordításban a magyar kórházmenedzsment szakma is megismerhetett. Mikor kezdett el szakirodalmat írni?

– 1986-ban írtam az első komoly könyvemet – előtte sok mást írtam, de könyvet akkor először. Ezt a könyvet az osztrák egészségügyi miniszter döntése alapján minden alkalmazottnak el kellett olvasnia a minisztériumban – mondhatni kötelező olvasmány lett. Amikor ebbe a könyvbe ismét belelapozok, úgy vélem, ma is abszolút aktuális. A legutolsó könyvemből vittem az osztrák egészségügyi miniszternek is. Egyébként nemrég megkaptam tőle az egyik legnagyobb osztrák kitüntetést, a „Großes Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik”-ot (Ausztria Nagy Érdemcsillaga).

– Milyen témák ihlették meg a kórházmenedzsment mellett?

– Másik kedvenc témám – amiről nagyon sokat írtam – az orvos és a páciens kapcsolata. Ők csak együtt tudják az egészséget helyrehozni, egyedül nem lehet. Nekem együtt kell dolgoznom velük. A bizalom nagyon fontos kérdés. Még a bécsi egyetemen összeállítottam egy kérdőívet, ahol ez a kérdés is szerepelt: „Miért keletkezik probléma az orvos és a páciens között?”. Az okok között a nyelv állt az első helyen, vagyis hogy a páciens nem tudja pontosan elmagyarázni az orvosnak, hogy mi a problémája (ez fontos, mert a jövőben mind több emigráns érkezik Európába – így Magyarországra is. Második helyen áll – különösen nőknél – az a kérdés, hogy „Milyen közegben találkozik az orvossal?”. Ez a kérdés a nőknél igen fontos, ellenben a férfiaknál csak az ötödik helyen szerepelt. Az idősebbek – ez is valós probléma – túl sokat járnak orvoshoz. Ebből szinte már hobbi lett. Ezt a tendenciát meg kell állítani, és normális mértékűre korlátozni. Németországban történt, hogy az egyik ambulancia minden nap tele volt rendszeresen odajáró emberekkel, akik a váróban beszélgettek, gyakorlatilag ez lett a szórakozásuk. Aztán nyitottak a közelben egy kávéházat, és attól kezdve az ambulancia kiürült.

– Mi minden jellemzi még ezt a különleges, aszimmetrikus kapcsolatot?

– Az idősebbek – főként az egyszerű emberek – az orvost „magasabb rendű lénynek” tartják, ezért számukra már az megtiszteltetés, hogy a doktor úr beszélget velük. Továbbá, az orvos felvilágosítást nyújt(hat), amikor – néha sajnos nem elegendő – kommunikációt folytat a pácienssel. Erre külön fel szoktam hívni az orvosok figyelmét, mivel a beszélgetés nem mindig pontosan úgy sikerül, ahogy szeretnék – és a jövőben egyre nagyobb mértékben követelik meg ezt a páciensek –, ezért egyre több per fenyegeti a doktorokat. Ám, ha az orvos a páciensnek megfelelő felvilágosítást ad, és elmondja, hogy az adott operációt ugyan már ezerszer végezte és nagy figyelemmel csinálja, de minden operációnak megvan a maga

Univ. prof. dipl.rer.oec. dr. dr. hc, Josef Dézsy
Dézsy József 1938-ban, Budapesten született. Közgazdasági diplomát szerzett 1961-ben, az innsbrucki egyetem gazdaságtudományi karán. 1965-ben doktorált. 1964-től 1981-ig Vorarlberg tartomány kormányának alkalmazottja, a tartomány kórházainak igazgatója volt. 1981 és 2001 között a Rudolfinerhaus bécsi magánkórházat igazgatta.

Megbízatai:

1964–1965: Az Osztrák Olimpiai Rendezőbizottság tagja.
1965–1981: Az Osztrák Kórházigazgatók Egyesületének elnökségi tagja.

1972 óta az Európai Kórházegyesület tagja (Straßburg).

1981: I. Egészség-gazdaságtani konferencia rendezője, Bregenz Schloß Hofen.

1982–1998: Egyetemi tanár a Wirtschaftsuniversität gazdaságtudományi osztályán.

1983: Az Osztrák Egészségügyi Társaság alapítója.

1983: A Nemzetközi Egészségügyi Társaság tagja, a Mainzi Tudományos Akadémia tagja.

1983: Az Osztrák Kórházi Bevásárló és Gazdasági Egyesület alapítója.

1970–1985: Az osztrák kórházújság szerkesztője.

1983: A WHO kiküldötte NDK-ba (egy dán és egy orosz kollégával együtt).

1985 óta a Gesundheitsoeconomica tudományos folyóirat kiadója.

1965–2001: Számtalan egészségügyi rendezvény elnöke.

1996: Az ÖBIG (az Osztrák Állami Egészségügyi Intézet tudományos szakértője).

1998 óta az Österr. Hilfswerk tudományos intézetének tanácsadója.

2000: Az Osztrák kormány kórházreform munkakörének tagja.

2003: Az első Magyarországon tartott egészségügyi minőség képzés rendezője és tanára.

Jelenlegi munkaköre az egyetemen kívül:

– A PEG szociális berendezések gazdasági és bevásárló kft. testület elnöke (116 kórház és ápolási otthon Ausztriában).

– Az Osztrák Szövetkezet Szövetségi Tanácsának tagja.

– A Kremsi Egyetem Egészség-gazdaságtani osztály vizsgáztató bizottságának tagja.

– Az évi egyetemi egészségügyi konferencia rendezője (2010-ben a 30. konferencia).

– Több nemzetközi és osztrák szakgrémium tagja.

– 2009: First International Conference in Health Management rendezője (Keszthely).

– Írásainak száma: 280.

Hat könyvet írt, köztük egy román nyelven (Kórházmenedzsment, 2001), egy pedig magyar nyelven is megjelent (Egészség-gazdaságtan egy kissé másképp, 2006).

Kitüntetések:

1965: Osztrák (1964) olimpiai rendező érme

1977: Arany tű a Niederösterreich kórházegyesülettől

1989: A bécsi orvosi egyesület tagja

1990: Professzori cím a tudomány minisztériumtól

1995: A Málta rend „commandeurs” keresztes nyakéke

1997: Az osztrák szövetkezetek Nagy arany kitüntetése

1998: Az osztrák orvosi kamara Nagy kitüntetése mellcsillaggal

1998: Az osztrák állam Arany kitüntetése a társadalomnak

végzett munkáért

2002: A Nyugat-magyarországi Egyetem díszdoktora

2005: A Kairói Delta University kitüntetése nyakékkal

2006: A Nyugat-magyarországi Egyetem professzori kinevezése



rizikója, akkor a páciens – nagy valószínűséggel – nem fogja perelni őt, mert közölte vele mindezeket. Sokszor voltam bíróságon olyan esetben, amikor ilyen jellegű ügyet tárgyaltak, és a bíró megkérdezte az orvost, hogy felvilágosította-e a beteget. Mire az orvos megmutatta a hatoldalas dokumentumot, amit a beteg az operáció előtt aláírt. A páciens a műtét előtti félelem, idegesség miatt valószínűleg nem tudta alaposan, minden részletre kitérően elolvasni, vagy nem mindent értett meg belőle. Nálunk az orvost – ha ezt a felvilágosítást elmulasztotta – hat hónapra ítélik. A jogász, a bíró nem tudja megmondani, hogy milyen metódus szerint kell operálni,

csak azt vizsgálja, hogy milyen tájékoztatás történt, felvilágosították-e a beteget, vagy sem. A bejegyzés elegendő felvilágosítás után történt-e? Mert ha nem, akkor az orvos a hibás. Ennyire fontos dolog a beteg tájékoztatása.

– Változott a világ, a beteg ma már az internetről is tájékozódhat, ahol megtalálhatók az elváltozások részletes leírásai éppúgy, mint a gyógymódok vagy a betegségek tapasztalatai.

– Így igaz! Sebész barátom mesélte, hogy egyik betege latinul elsorolta, hogy éppen milyen csontja fáj, hányszor és mivel műtötték stb. A kolléga azt javasolta neki, hogy inkább keressen magának másik orvost, mert vele sohasem lenne megelégedve. Az internet, bár felvilágosítást ad, de nem képes helyettesíteni az orvost, és az eredmény sokszor „féltudás”.

– Egyre több lesz a szép kort megélt ember, vagy élesebben fogalmazva: ketyeg a demográfiai bomba.

– Két teória ismeretes ezzel kapcsolatban. Az egyik szerint egy ember életében az egészségügyi problémák, és ezáltal a költségek lépcsőzetesen emelkednek egészen addig, amíg meghal. A másik teóriát képviselők pedig azt állítják, hogy a költségek exponenciálisan ívelnek felfelé. Régen annyit mondtak az emberek valakiről, aki elhunyt, hogy szép kort élt meg. Manapság azonban az orvosok „nem engedik” meghalni a beteget, hanem minél inkább kitolják az életkort. Emiatt a mai fiatalembereket – akik 2025-ben lesznek idősek – hatalmas költségek fogják terhelni. Kiszámoltam, hogy 2025-ben, Ausztriában a várható cukorbetegség száma 600 ezer fővel, a demenciában szenvedő, Alzheimer-kóros betegek száma 1,5 millióval lesz magasabb.

– Hogyan lehet erre felkészülni az egészségügyi kormányzatoknak?

– Három lehetőségük van. A racionálás – vagyis megkeresni, hogy milyen lehetőségek vannak még kihasználatlanul, miként lehetne még gazdaságosabban, hatékonyabban dolgozni. A másik lehetőség a nyitott racionalizálás, ami azt jelenti, hogy a lakosság bizonyos csoportjait kizárnák az ellátásból, például aki alkoholist, láncdohányos stb. A nem egészen

nyitott racionalizálás pedig azt jelenti, hogy bizonyos vizsgálatot csak negyedévenként lehet elvégezni (időbeli korlátozás). A harmadik elmélet, a prioritás viszonylag új keletű fogalom az egészség-gazdaságtanban. E szerint mindig a legfontosabb feladatok kerülnek végrehajtásra. Mint ahogyan például tömeges katasztrófa esetén először az életképes sérültek ellátását kezdik meg – akit nem sorolnak közéjük, azzal csak később foglalkoznak. Az elkövetkezendőkben ez a három lehetőség – illetve valamilyen kombinációjuk – áll rendelkezésre. A racionalizálást persze senki sem meri favorizálni, mert rossz dolognak tűnik, ha nem adják meg az egyik embernek azt, ami a másiknak jár. Mindenki fizet járulékot, tehát mindenkinek joga van arra, hogy kapjon valamilyen ellátást.

– Az ápolási napok száma folyamatosan csökken az évtizedek során, és mind nagyobb teret nyer az egynapos sebészet.

– Régebben, amikor a kórházak finanszírozása még nem teljesítmény-, hanem bázisalapú volt, az elszámolás aszerint történt, mint egy hotelben, tehát a betegek bent töltött éjszakáinak számát összeadták, és beszorozták mondjuk 200 schillinggel. Pedig a kórház működésében nem egy hotelhez, hanem inkább egy termelőüzemhez hasonlítható. A „gyár” produktuma nem más, mint az egészség. Megnéztem a statisztikát: amíg régebben Ausztriában 1,5 millió páciens összesen 22 millió napot töltött kórházban, manapság pedig a 2,5 millió beteg „csak” 15 millió ápolási napot tölt bent. A fekvőbeteg-ellátó intézmények tehát jelentősen rövidítették az ápolási napok számát, így több beteget tudnak ellátni.

– Milyen eszközökkel törekszik egy kórházigazgató a kiadások csökkentésére Ausztriában?

– A pontos diagnózis meghatározása az egyik legnagyobb költségköltség – ez különösen a belgyógyászat esetében igaz. Az orvos elkezd a vizsgálatokat, hogy kiderítse, mi a baj – miközben tudjuk, hogy a belgyógyászati esetek mintegy hatvan százalékában pszichoszomatikus eredetű gondok állnak a háttérben. A számos, egymást követő diagnosztikai vizsgálat azonban nagy költségterhet ró az intézmény gazdálkodására. Százszázalékos felderítés nem létezik a gyakorlatban, viszont minél jobban közelítünk ehhez az elvi értékhez, annál nagyobb lesz a kiadás. Ezért a főorvos feladata egy orvosi menedzsmentet kiépíteni, ő utasítja a vizsgálatokat végző doktorokat, hogy ha például hetven százaléknál tartanak, akkor a beteg kezelését el kell kezdeni. Lényeges, hogy a főorvosnak

kell meghatározni a „gyártási procedúrát” – menedzselnie a gyógyítást –, és ha ezt nem teszi meg, bizony le kell váltani. A főorvos feladata a terápiai útmutatás. (Gondoljuk csak meg: egy autógyárban sem építhet minden osztály másfajta kocsit). Készítettem egy számítógépes programot, mellyel vizsgálhatjuk a diagnózis szerinti költségeket. Az is a főorvos felelőssége, ha egy orvos például 100%-kal több költséget okoz, mint az átlag – egy bizonyos diagnózisban <HBCS – akkor komolyan megfenyíti az asszisztenst. Van elég orvos a világon... (Bár tudom, hogy Magyarországon most kevesebb, a harmincnyelcezer orvusból már csak harminchármezer praktizál „otthon”, mert sokan külföldre mentek.)

– Milyen jellegzetességét emelné ki az osztrák kórházi ellátórendszernek, amely jelentősen eltér a magyarországitól?

– Ausztriában föderalizmus van, ezért nálunk a tartományfőnök a kórházak „császára”. Az egészségügyi intézmények a kormány által elfogadott struktúraterv alapján fognak működni a jövőben. Kiemelten fontos a minőség és a megbízhatóság, ennek érdekében, a jövőben például amelyik kórházban nem építenek be évente ötszáz csípőprotézist, ott megszüntetik ezt a tevékenységet. Vagy ahol nem vezetnek le évi háromszáz szülést, ott bezárják azt a részleget. A minőség ugyanis a struktúrától, a teljesítménytől és az outcome-tól függ (outcome lényegében a páciens által megítélt eredmény).

– Milyen hiányosságok lelhetők fel az európai fekvőbeteg-ellátásban?

– A DRG-alapú finanszírozásban meghatározzák, hogy a páciens egy adott betegséggel, a beavatkozást követően hány napig maradhat a kórházban. Amikor a kórházból „kiteszik” a beteget, hiányzik az esetmenedzsment: hová vigyék a beteget, mire lesz szüksége, rehabilitációra, remobilizációra vagy az otthonában történő ápolásra. Ez egyébként a legtöbb európai államban hiányzik. Az esetmenedzsmentnek különösen az idős embereknel lenne komoly szerepe. Ennek hiányában gyakran előfordul, hogy a beteg egy hét múlva ismét visszakerül a kórházba. Márpedig, amikor egy páciens átlépi a kórház küszöbét, rögtön tíz embernek kell foglalkoznia vele, ezért bármely más ellátás olcsóbb lenne, mint a kórházi. Ez a helytelen megoldási mód ahhoz hasonlítható, mintha óceánjáró hajóval mennénk a Balatonon.

Az egészségügyi ágazat mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs stratégiája és az ágazat innovációs folyamatainak vizsgálata

Célok: a szerzők célja az egészségügy mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs folyamatainak, explicit és implicit stratégiájának feltérképezése. *Módszerek:* a tanulmány széles körű szakirodalmi áttekintésen, személyes tapasztalatokon, valamint volt és jelenleg is aktív ágazati vezetőkkel készített strukturált mélyinterjúk tanulságain alapul. *Eredmények:* a szerzők saját tapasztalatai és a mélyinterjúk tanulságai alapján, Magyarországon nem létezik ágazati szintű, egységes, hosszú időre előretekintő, politikai konszenzus által kísért explicit egészségügyi K+F+I-stratégia. Az egészségügy innovációja és fejlődése azonban implicit módon végbemegy, hiszen a nemzetközi szintről beáramló innovatív technológiák, készségek, folyamatok és tudás alulról jövően is elterjednek az ágazat szereplői között. A finanszírozás korlátozottsága és az ebből levezethető túlélési mechanizmusok is kikényszerítik az innovatív megoldások alkalmazását az egészségügy szereplői részéről. Valószínűsíthető azonban, hogy a kutatások eredményein alapuló, egységes, explicit stratégia mentén végrehajtott fejlesztések sokkal hatékonyabb innovációs folyamatot eredményeznek, mint a túlélés kényszeréből fakadó, ad-hoc, adaptációs jellegű változások. *Konklúzió:* tudatos ágazati fejlesztési stratégia hiányában valós veszély a korlátos fejlesztési források elaprózása. Az egészségügyi ágazat explicit K+F+I stratégiájának megalkotása elsősorban akkor lehet sikeres, ha az nincs kitéve a mindenkori politikai csatározásoknak. A humán erőforrás érdekeltiségének megteremtése, továbbképzése kiemelt jelentőségű.

■ Inotai András¹, Kaló Zoltán^{1,2}

Az egészségügyi ágazatban a páciensek fogyasztása alapvetően két csoportra bontható, egyfelől terméket vesznek igénybe (pl. gyógyszer, gyógyászati segédeszköz), másfelől szolgáltatásokat (pl. háziorvosi ellátás, járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg-szakellátás, mentés, ügyelet). Az egészségügyi termékek fejlesztése, előállítása és forgalmazása elsősorban a magánszféra feladata, a közsféra döntően csak a finanszírozásban és szabályozásban, illetve korlátozottan a köztulajdonban álló egészségügyi intézményeken keresztül a termékekhez kapcsolódó szolgáltatásokban vállal szerepet. Ugyanakkor a szolgáltatási sféra az európai országok jelentős részében közfeladat, beleértve a szabályozási, a finanszírozási és a szolgáltatói aspektusokat is.

A tanulmány célja az egészségügy mint közszolgáltatás kutatási, fejlesztési és innovációs (K+F+I) folyamatainak, explicit és implicit stratégiájának feltérképezése. Mivel a vizsgálat fókuszában az egészségügy mint közsféra áll, nem foglalkozik a tanulmány a gyógyszeripar és a versenyszféra K+F+I folyamataival. Ezeket a területeket csak abban a kontextusban érinti, amennyiben például a gyógyszeripar által koordinált klinikai vizsgálatok hozzájárulnak az ágazat egészében meglévő tudás fejlesztéséhez, bővítéséhez. A közlemény terjedelmi kérdései nem teszik lehetővé minden részterület maradéktalan bemutatását, hiszen az egyes érintett kérdések hiánytalan tárgyalása önmagában is jelen tanulmány terjedelmének többszörösét tennék ki. A részletesen tárgyalt és csak utalás

formájában ismertetett kérdések egyensúlyának tekintetében ezért kompromisszumot kellett kötni.

Az egészségügyi ellátórendszer – nem számítva a tágabb beszállítói kört, illetve a gyógyszerellátás rendszerét – közvetlenül 130 000 dolgozó megélhetését biztosítja. Mikroszinten a kisvárosok legnagyobb foglalkoztatói a kórházak, így az egészségügyi intézmény működtetése a legfontosabb üzem egy városban. (1) Lényegesen túlmutat az itt foglalkoztatott egészségügyi dolgozók számán egy ilyen intézmény regionális multiplikátor hatása: egy új kórház a beszállítói szféra széles vertikumának biztosít felvevőpiacot (karbantartás, étkeztetés, mosoda, informatika), amely szolgáltatások szintén döntően az adott kistérség területéről kerülnek ki. Mindez természetesen megmagyarázza a kórházbezárások óriási belpolitikai súlyát is. Az ilyen értelemben vett egészségipar mindezen felül óriási tartalékokkal is rendelkezik a hosszú távú növekedésre: az életszínvonal növekedése, az öregedés, a rosszabb egészségben töltött életevek számának növekedése fokozódó keresletet teremt az egészségügyi és kapcsolódó szolgáltatások számára. Az egészségügy technológiai fejlődése – más iparágakkal ellentétben – nem jár a munkaerő kiváltásával. Mind ezen peremfeltételek, továbbá az, hogy az egészségügy nem okoz túltermelési válságot, azt sugallja, a gazdasági konjunktúra motorja is lehet (hatodik Kondratyev-ciklus?). (2)

Az egészségügyi szolgáltatók által végzett kutatás-fejlesztési programok gazdasági hozadéka is komoly jelentőséggel bír. A klinikai vizsgálatok nemcsak komoly szakmai tapasztalatokat adnak a hazai gyógyító személyzeteknek, hanem a zömmel alulfizetett egészségügyi dolgozók számára legális többletjövedelmet biztosítanak. Egyes drága kezelési költségű betegségben szenvedő betegeknek pedig ingyen biztosít korszerű, új terápiát; olyat, ami a korlátozott hazai erőforrások mellett közfinanszírozásban nem állhatott volna rendelkezésre. A klinikai vizsgálatok egy közelmúltban készített kutatás szerint nemzetgazdasági szinten évente közel 50 milliárd Ft-tal járulnak hozzá a bruttó hazai össztermékhez. (3) Más innovációfüggő ágazatokhoz hasonlóan az egészségügy, mint közszolgáltatás jelentős átalakuláson megy keresztül. A rendszerváltás és az azt követő évek gazdaságpolitikája eredményeként rendelkezésre álló korlátozott közfinanszírozási erőforrásokhoz való alkalmazkodás adja a szolgáltatók (döntően a kórházak) adaptációs kényszerét, a külső kényszerek diktálta folyamatos fejlődés és fejlesztés a potenciális kitérési lehetőség.

Módszerek

A tanulmány széles körű szakirodalmi áttekintésen, személyes tapasztalatokon, valamint volt és jelenleg is aktív ágazati vezetőkkal készített, összesen tizenhat strukturált mélyinterjú (1. táblázat) tanulságain alapul.

Az egészségügyi közszolgáltatás explicit K+F+I stratégiája

Noha a megkérdezett interjúalanyok – szakterületüknek megfelelően – számos nemzetközi és hazai dokumentumot nevesítettek, mint az ágazat K+F+I stratégiáját potenciálisan lefedő anyagot, az interjúk során megfogalmazódott, hogy nem ismert olyan hazai dokumentum az elmúlt évekből, amely izoláltan az egészségügyi ágazat K+F+I stratégiájával foglalkozna. A hazai dokumentumok esetlegesek, hiányosak, nem felelnek meg egy átfogó stratégiával kapcsolatos elvárásoknak, minőségük heterogén. A nagyszámú dokumentum

és a mélyinterjúk konklúziói igazolják, hogy a mindenkori egészségpolitika gyakran politikai ciklusokon belül is több, részben hasonló szerepű, de nemegyszer egymásnak ellentmondó célú dokumentumot készít el/rendel meg. Mindezen megállapítások látszólag paradox módon mégis arra engednek következtetni, hogy ágazati szintű, egységes, hosszú időre előretekintő, politikai konszenzus által kísért explicit K+F+I-stratégiáról nem beszélhetünk. Az előző megállapítások tükrében felmerül a kérdés, hogy ágazati K+F+I-stratégia elkészítésére

– van-e egyáltalán igény?

– a kidolgozásához rendelkezésre állnak-e a szükséges erőforrások?

– a K+F+I kidolgozására és végrehajtására megvan-e a politikai elkötelezettség?

Egyöntetű vélemények alapján az egészségügyi rendszer szereplői részéről alapvetően igény volna az ágazat, mint közszolgáltatás K+F+I stratégiájának készítésére. A stratégia kidolgozásához szükséges erőforrások azonban korlátozottan állnak rendelkezésre. Ugyanakkor döntő jelentőséggel bír, hogy a politikai elkötelezettség az ágazat erőteljes átpolitizáltsága miatt erőteljesen ciklikus jellegű, a ciklusokon belül is mintegy két évente változó egészségpolitikai irányok miatt nem tekinthető erősnek. Ennek következtében csak akkor lehet az ágazatnak valódi, hosszú időre előretekintő, politikai konszenzus által kísért K+F+I stratégiája, ha arra nem a napi politika nyomja rá a bélyegét. Elméletileg ilyen, politikától független stratégiaalkotásban három közeg játszhatna kulcszerepet:

– a Magyar Tudományos Akadémia,

– olyan háttérintézmény, ami kevésbé van kitéve a napi politikának, mint az államigazgatás központi intézményei. Potenciálisan ilyen lehetne az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (ESKI), ha átpolitizáltsága kisebb lenne, és a jelenleginél nagyobb gazdasági és humán erőforrás felett diszponálhatna,

– valamint egyetemi központok, nem kormányzati szervek. Ezek azonban önállóan jellemzően nem rendelkeznek a feladathoz szükséges anyagi és humán erőforrással.

Az elmúlt időszakban a nagypolitika részéről nem volt jellemző a hosszú távú stratégiákban való gondolkodás, így egészségügyi K+F+I-stratégia kidolgozására sem volt igény. Abban viszont, hogy az egészségpolitika részéről artikulálódjon ez az igény, komoly szerepe lehet a szakmai szervezeteknek. Az elmúlt évtized tapasztalatai nem azt mutatják, hogy egy kidolgozott stratégia meg is valósul. Ráadásul az egészségügyben gyakran a politika elvárásaihoz, az előzetesen kialakított politikai döntésekhez igazodik a megrendelt tanulmány konklúziója, holott a helyes irány ezzel ellentétes lenne. Ahelyett, hogy a politika döntéseit utólag igazolja a döntéshez megrendelt tanulmánnyal, kívánatos lenne tudományos bizonyítékokra alapozva, széles körű társadalmi egyeztetést követően kialakítani az ágazati stratégiákat.

Az egészségügy jelenlegi kapacitásainak fenntartása a meglévő erőforrások segítségével nem megoldható. A fejlesztéseknél elsődlegesen nem a források szűkössége a probléma, hanem az átgondolt fejlesztési stratégia hiánya. A koncentrált, stratégia mentén végzett fejlesztések hiánya miatt tűnnek korlátoznak a fejlesztési források, emiatt a megtörtént

fejlesztések sem látszanak makroszinten, a rendszer egészének állapotán. A fejlesztéseket bizonyos esetekben helyi politikai lobbierdekek irányítják, céljuk gyakran az adott térségi intézmények hosszú távú bezárhatatlanságának biztosítása.

Az egészségügyi közszolgáltatás implicit K+F+I stratégiája Az országosan átgondolt explicit K+F+I-stratégia hiánya mellett jelen van mindazonáltal egyfajta spontán, külső tényezőkből fakadó implicit innováció. A finanszírozói és technológiai nyomás rákényszeríti az egészségügyi rendszer szereplőit, hogy ennek a leképezése az egészségügyi intézményekben is megtörténjen. A technológiai fejlesztések mögött (képalkotó vizsgálati technológiák elterjedése, művekezelés stb.) sok esetben egyéni, vállalati vagy egyéb lobbierdekek állnak.

Szintén implicit K+F+I-ként értelmezhető a fiatal korosztály hihetetlen nyitottsága az innovációra, de a rendszer szempontjából kulcsfontosságú területek, pl. háziorvosok átlagéletkora nagyon magas. Az innovációra való fogékonyság részben korfüggő, döntően a fiatal generációra jellemző. Mindazonáltal a fiatal egészségügyi diplomás szakemberek több szakvizsgát tesznek, mellette menedzsmentet, jogot, egészség-gazdaságtant tanulnak. Ez az egyéni motiváció kulcsfontosságú az egészségügy jelen helyzetében. A munkaerő mobilitása nagy, különösen a magasan kvalifikált, fiatal orvosok és egyéb diplomás szakemberek körében. Azok a dolgozók, akik külföldi tapasztalat szerzését követően visszatérnek Magyarországra, komoly tudást hoznak haza. Ilyen módon, döntően kényszer hatására mikroszinten mind a szervezeti, mind a technológiai innováció be tud gyűrűzni. Ráadásul a betegek növekvő tudatossága, informáltsága a fentiek elérhetőségére vonatkozóan egyre komolyabb elvárást fogalmaz meg. További külső tényezőnek tekinthető a gazdasági válság, amely a túlélés érdekében mind makro-, mind pedig mikroszinten jelentős innovációt kényszerít ki.

Az egészségügyi ellátórendszerben végbement innovációk hatása csak akkor látszódhat, ha az ellátás szervezettsége, hozzáférhetősége javul, mely csak részben függ a rendelkezésre álló anyagi erőforrásoktól. Amíg makroszinten az egészségpolitika nem erős, hiába van mikroszinten a rendszerben komoly innováció, a megfelelő finanszírozási ösztönzők, minőség-ellenőrzési mechanizmusok, a betegutak megfelelő tervezése, összességében tehát operatív makroszintű szervező-működtető elképzelések nélkül a kimenetel minősége romlani fog. A rendszer szereplői el tudják érni, hogy bejőjjön az innováció, mindez viszont a teljesítményben nem realizálható egy felülről jövő rendező elv nélkül. Ennek kialakításában az ágazat legfelső vezetése játszhat kulcsszerepet, melynek előfeltétele, hogy a vezetők kiválasztásában a szakmai tényezők döntsenek elsősorban. Ugyanakkor az elmúlt 12 év felsővezetői kinevezései során, természetesen kivételekkel, nem ez volt a döntő motívum.

A szolgáltatások minősége és az innováció között van összefüggés. Az egészségügyi ellátórendszer a relatív forráshiány jelenlegi állapotát minőségrontással kezeli. Az innováció (pl. klinikai vizsgálatok) viszont döntően a megfelelő minőségi színvonalat nyújtó szolgáltatókhoz (pl. oktatókórházakhoz) települ. A forráshiány okozta minőségrontás ilyen módon az innováció ellen hat.

Példának tekinthető, hogy az Egyesült Királyságban az egészségügy rendelkezésére álló források 1-1,5%-át ágazati szinten kutatásra fordítják, és ezen belül nagyságrendekkel komolyabb volumenű erőforrások állnak rendelkezésre az

egészségügyi technológiák értékelésre a NICE-ban (National Institute for Health and Clinical Excellence), illetve az egészségügy fejlesztési stratégiáját megalapozó kutatásokra, mint Magyarországon. E mögött az elv húzódik meg, hogy ez az 1-1,5%-os ráfordítás sokszorosára növeli a szűkösen rendelkezésre álló erőforrások felhasználásának hatékonyságát. Hazánkban ezzel szemben gyakorlatilag nincsenek OEP által finanszírozott kutatások, az erre fordított költségkeret arányában össze sem vethető a brittel, sőt a finanszírozási adatok kutatásra való hozzáférhetősége erősen korlátozott, drága, az adatok minősége pedig nemegyszer elmarad a kívánatostól.

Nemzetközi szinten párhuzamosság, hogy az innovatív technológiák nagyon gyorsan terjednek el a környező országokban, gyakran az erőteljes lobbinyomás miatt. Például CT, MR, egyes gyógyszerek ugyanolyan gyorsan váltak elérhetővé Szlovákiában és Csehországban, mint Nyugat-Európában, holott az egészségügyi környezet le van maradva a legfejlettebb országokhoz képest. Tudatos innovációs politikát mindazonáltal nem neveztek meg a megkérdezettek a környező országok viszonylatában sem. Az egyetlen kivétel esetleg Szlovénia lehet, de lengyel, cseh, szlovák, román viszonylatban sem beszélhetünk igazán átfogó innovációs politikáról. Ezt a vákuumot így részben lobbik töltik be a nevezett országokban.

Kiemelt jelentőségű programok és lépések az egészségügyi ellátórendszer innovációja kapcsán

Menedzsment-ismeretek fejlesztése

A közigazgatás szerepe az egészségügyben és az oktatásban sokkal hangsúlyosabb, mint a többi ágazat esetén. A vezető egészségügyi szolgáltató intézmények ma már tudatosan képeznek egészségügyi közgazdászokat, szakmenedzsereket.

Az egészségügyi ágazat kihívásaira való reagálásként először a csúcavezetők, később pedig a középvezetők szakmenedzser- és egészségügyi közgazdász-képzése kezdődött el, mely egyfajta paradigmaváltást jelentett az orvosszakmai szempontok korábbi kizárólagosságához képest. Ez a tudás korábban csak Nyugat-Európában volt elvárt az egészségügy irányításában, de a kórházaktól lényegében független volt Magyarországon. Ma már a kisebb egészségügyi szolgáltatók is támaszkodnak az alapvető menedzsment- és közgazdasági ismeretekre, sőt a szaktanácsadó testületekben, a szakmai kollégiumokban, kamarákban is már megjelennek ezek az ismeretek. A kórházakban vállalatirányítási módszereket alkalmaznak, kontrolling egységek jöttek létre. Az adaptáció sajátos, és nem feltétlen előnyös velejárója a finanszírozói jelentések kódolását optimalizáló szakemberek megjelenése.

Kiemelt jelentőségű az egyetemi egészségügyi menedzserképzés szerepe, melynek jó példája a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (EMK). Az EMK világbanki támogatással jött létre az 90-es években, a vezető oktatói ösztöndíjasként, nagynevű nemzetközi egyetemi központokban sajtóíttatták el a menedzsment-ismereteket, melyeket azután átültettek a hazai gyakorlatra.

Mindazonáltal komoly problémát jelent, hogy az egészségügyi menedzsment képzőhelyei által nyújtott szolgáltatás minősége heterogén, hiányzik az akkreditált képzési rendszer. Ennek következményeként bizonyos intézményekben valós veszély a nem megfelelő tudás továbbadása, esetenként multiplikálása. Interjúink során elhangzott továbbá, hogy

a menedzsment-iskolák egy részénél a stabil értékrend hiányzik, a konkrét vezetési-szervezési ismeretek helyett felszínes ismeretanyagot adnak át. A menedzserek – nem kor szerint – új generációjának megjelenése lenne szükséges, amiben megkerülhetetlen a képzőhelyek felelőssége. Nagy lökést adna mindezen folyamatoknak a sikeres, külföldön dolgozó magyar szakemberek hazahívásának ösztönzése.

Szervezetfejlesztés

A külföldi minták kritikus, kellően átgondolt adaptációja lerővidítheti a „tanulási” periódust. Az egészségügyi ellátórendszer szervezeti fejlesztése, fejlődése sajnos lassabb, mint más területen. Ráadásul az interjúk tapasztalatai alapján hazai viszonylatban a tudatos egészségpolitikai szervezetfejlesztési koncepciók nem igazán működőképesek, vagy nem is léteznek. Ez alól mindenképpen üdítő kivételt jelent az alapellátás funkcionális privatizációja 1992-ben, vagy a gyógyszer-tár-privatizáció 1993-tól. A kezdeti időszakban mindkét szervezeti fejlesztés jelentősen növelte az alapellátás, illetve gyógyszer-kiskereskedelem szakmai-gazdasági súlyát és vonzerejét, a rendszerváltás óta az egészségügyi ellátórendszer átalakításának máig ez a két legsikeresebb területe.

Kevésbé sikeresen zajlott az egészségügyi ellátórendszer aktív fekvőbeteg-ellátás-centrikusságának csökkentése. Az ágyak számának központi meghatározása ugyanis nem átlátható szakmai (orvosi és gazdasági) kritériumok alapján történt, ráadásul a kórházak száma lényegében nem csökkent, kevés telephelyet zártak be. Az intézmények az ágyak számának csökkentésével méret- és választékgazdaságossági szempontok alapján rosszabb helyzetbe kerültek.

A szervezetfejlesztés helyi szintű kezdeményezéseinek eredményeként bizonyos régióközpontokban a korábban különülten működő kórházakat összevontak (pl. Szeged, Debrecen és Budapest) a párhuzamos osztályokat, struktúrákat integrálták. Egyes nagyvárosokban az ellátórendszer különböző szintjein levő szolgáltatók integrációja is megtörtént (pl. Nyíregyháza, Miskolc). Fontos lehetőség a területi együttműködések, hálózatos struktúrák kialakítása. Mátrix struktúrájú kórházak kialakítására történtek Magyarországon kezdeményezések, kezdetben kis kórházak kapcsán (Pásztó), majd nagyobb intézményben is (budapesti Szent Imre Kórház); mindazonáltal a mátrixszerű szerveződést kialakítását nehezíti a központi stratégia hiánya, illetve az elavult pavilonrendszer.

Tulajdonosi rendszer

A makroszintű szervezeti fejlesztés fő korlátja az önkormányzati rendszerből fakad, amelyek döntően a fekvőbeteg-intézmények tulajdonosai. A mai egészségügyi technológiák tudatos, felülről jövő centralizált kapacitásszabályozást igényelnek, ebben azonban a helyi politikai erőcsoportok nem partnerek. Egy – a hazaihoz hasonló túlfejlesztett egészségügyi rendszerben először centralizált eszközökkel meghatározandó a struktúra, majd ezután aprózható a tulajdonosi szerkezet. Egyre látványosabban megjelenik a regionális fejlesztési dimenzió, ez innovatívnak tekinthető, és lépés a centralizáltabb szervezetfejlesztés irányában. Probléma azonban, hogy az egészségügy progresszív ellátási rendszeréből eredő régiók nem esnek egybe a közigazgatási régiókkal.

Érdekes jelenség az önkormányzati tulajdonú kórházak köztulajdonú gazdasági társasággá alakulása, mely lehetővé teszi az önállóbb döntéseket, a tulajdonostól függetlenebb,

üzemszerű működést, és az intézményi menedzsment hangsúlyosabb szerepét a stratégiai döntésekben. 2007 óta a gazdasági társasággá alakult kórházak jelentős része azonban a függetlenség hátrányait érzi elsősorban, hiszen az utóbbi évek forráskivonásos időszakában az önkormányzatok már kisebb tulajdonosi kötelezettségekkel bírtak a csökkenő bevételek pótlásában, a beszállítói tartozásokkal szembeni garanciavállalásban, vagy az immáron nem közalkalmazott kórházi dolgozók illetményeit illetően.

Kiszervezés szerepe

Magyarországon egyes szolgáltatási területek spontán módra történő kiszervezése a 90-es évek elején kezdődött, elsősorban a nagyobb fedezeti hányadot biztosító szolgáltatási területeken. A művesekezelés, a képalkotó diagnosztika, labordiagnosztika és a neuroradiológia privatizációja központi egészségpolitikai stratégia nélkül zajlott le. Az interjúk során mindazonáltal elhangzott az is, hogy a kiszervezés önmagában nem feltétlen előremutató lépés. Az Állami Számvevőszék jelentése alapján általában a közpénzek felhasználása tekintetében drágán, és előnytelen feltételekkel szerződnek az egészségügyben a magáncégekkel. (4)

Új szolgáltatási területek

Az egészségügyi szolgáltatók felismerték, hogy az egészségügyi ellátás esetleges veszteségeit kompenzálhatják új szolgáltatási területek bekapcsolásával, mint például a rehabilitációs ellátás, wellness-programok, klinikai vizsgálatok, kutatási tevékenységek, kórházi gyógyszer-tár, térítéses/külföldi betegek ellátása, ahol az OEP-bevételeken felül tudnak bevételeket realizálni. Nem tekinthető általánosnak, de jelentőségét tekintve szintén a fejlődést szolgálja a VIP-kórtermek kialakítása egyes fekvőbeteg-intézményekben.

A beteg szerepe az egészségügyi közszolgáltatások innovációjában

A lakosság szerepe az egészségügyi közszolgáltatásban kettős: részben adó- és járulékfizetőként a rendszer fenntartói, részben pedig páciensként szolgáltatások megrendelői, igénybe vevői. A két szerepkör egymástól elkülönül, és részben ellent is mond egymásnak. A rendszer fenntartójaként rövid távon az egyének a minél kisebb méretű járulékfizetésben érdekeltek, melyből a racionális intézményi struktúra kialakítása, mindenki számára csak a valóban szükséges ellátások biztosítása következne.

Betegként viszont az elérhető legmagasabb szolgáltatási és komfortfokozatot (akár az gazdaságilag megengedhető szinten túlmutatóan is) szeretné magának vagy hozzátartozóinak biztosítani, lakóhelyéhez közel. Ebből következhet a túlfejlesztett intézményi struktúra, rossz méret- és választékgazdaságosság, illetve ellenállás mindenfajta kapacitáscsökkentési és negatív finanszírozói döntés (pl. vizitdíj, gyógyszer kizárása a támogatási rendszerből) ellen.

A betegszervezetek számának és szerepének növekedésével, az információs forradalommal (internet, web 2.0) párhuzamosan a betegek informáltsága saját betegségükről egyre nagyobb, esetenként egyes rész kérdésekben elérheti vagy meg is haladhatja az orvosét. Az információs aszimmetria miatti paternalisztikus orvoslás az utóbbi időben kezd háttérbe szorulni, a betegek szerepe döntéshozatalban erősödik. A betegek egy része nemcsak, hogy ismeri a legújabb

technológiákat, hanem arról is van információja, hogy az melyik nálunk fejlettebb országban áll már közfinanszírozás alatt. A gyártók mellett tehát az egyre informáltabb betegek is óriási nyomást gyakorolnak mind az orvosszakmára (pl. az elérhető technológiák nyomon követése tekintetében, a komplementer medicina alkalmazásában), mind pedig a finanszírozóra (az új technológia közfinanszírozásba való befogadása tekintetében). Vélhetően ez a nyomás a jövőben tovább fog fokozódni.

A média egyes súlyos, kis populációt érintő betegcsoportok hangjának artikulálásában, felerősítésében természeténél fogva komoly szerepet játszik. A populista, érzelmeket meglovagoló hangok etikus, méltányos és a közösség érdekeit is figyelembe vevő eredményes kezelésében a szakmai, explicit, következetes döntéseken alapuló, higgadt érvelésnek döntő szerepe van a finanszírozó részéről. A stratégia nélkül, ad hoc, nyomásra meghozott befogadási döntések veszedelmes precedenseket teremthetnek.

IT-fejlesztések

A XXI. században tudatos, explicit K+F+I-folyamat nem létezhet megfelelő informatikai háttér nélkül. Az informatikai fejlesztések egyik potenciális végpontja az elektronikus tájkaárta bevezetése lehet. Az egészségügyi IT-rendszerek hazai fejlesztéséről általánosságban elmondható, hogy igen jelentős fejlesztési összegeket fordítottak erre a területre, azonban ezek között sajnálatosan sok korrupciógyanus projekt is előfordult. Számos projektben jelentős közpénzfelhasználás mellett nem teljesültek a kitűzött célok. Mindazonáltal a hazai egészségügyi informatikai rendszer komoly fejlődést tudhat maga mögött az elmúlt két évtizedben.

A területben rejlő potenciál teljes kiaknázását részben az egyéni adatok védelme akadályozza.

Az OEP-adatok kutatásra történő felhasználását gyakran az egyéni adatok védelmére hivatkozva utasítják vissza. Több interjúalanyunk mindenesetre megemlítette, hogy az OEP transzparensabb informatikai rendszere és adatszolgáltatása bizonyos egyéni és csoportérdekeket sérthet.

Az innováció mérhetősége az egészségügyben

A technológiai innováció az egészségügyi ellátórendszerben mérhető, ennek jól látható jelei az új technológiák terjedése, a beavatkozások számának vagy az innovatív termékek forgalmának a növekedése. Vizsgálható a korszerű technológiák, például az egynapos sebészet, biológiai terápiák, diagnosztikák penetrációja, elterjedtsége más országokhoz képest. Bár az innovatív technológiák elterjedtségéről rendelkezünk ismeretekkel, de sajnálatos módon a hozzájuk kapcsolódó egészségnyereség jelenleg nem, illetve igen korlátozottan mérhető, jöllehet finanszírozói adatbázisokból részben rendelkezésre állnának ezek az adatok.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztése, a szervezet és folyamat innováció azonban nehezebben mérhető. A szuboptimális intézményi menedzsmentnek például nincsen objektív mércéje, hiszen a rosszul gazdálkodó kórházat a tulajdonos vagy éppen a közfinanszírozó időnként konszolidálja. Az intézményi vezetés ezért nem egyértelműen érdekelt abban, hogy konfliktusokat is felvállalva hatékonyabb munkára ösztönözze kórháza dolgozóit. A közfinanszírozott egészségügyi ellátásokhoz kapcsolódó finanszírozói adatbázis kutat-

hatóságának és hozzáférhetőségének korlátai nehezítik az egészségügyi ellátórendszerben az innováció mérhetőségét.

A napi gyakorlatban is alkalmazható szabadalmak száma, a nemzetközi közlemények bizonyos területeken és korlátokkal szintén alkalmasak lehetnek az innováció mérhetőségének biztosítására. A klinikai vizsgálatok, a részt vevő betegek száma, a klinikai vizsgálati bevételek nagysága is lehet az innováció egyik mutatószáma az egészségügyi intézményekben, ugyanis a klinikai vizsgálatokat csak magas színvonalon és megbízhatóan működő egészségügyi intézményekbe alkálnak a vizsgálatok szponzorai. Az ETT/OGYI-adatokból rendelkezésre áll az egy évben folyó engedélyezett gyógyszer-vizsgálatok száma.

Jellemezhető emellett az innováció például azzal, hogy milyen arányban jutnak el K+F-projektek a gazdasági hasznosításig/piaci megjelenésig. Egy a mélyinterjúk alkalmával elhangzott becslés szerint 15–20 elképzelésből évente két-három juthat el a megvalósításig.

Az innováció legfontosabb hajtóerői és gátló tényezői

Az egészségügyi innovációban a résztvevők között a bizalom és kooperáció alacsony színvonala komoly gátlóerő. Többek véleménye alapján az egészségpolitikai csúcsintézmények felsővezetői köre gyakran kontraszelektált, céljuk nemegyszer a túlélés. Az ágazatvezetés minősége a kihívásokhoz mérten nem megfelelő, melyet súlyosbít az a tény, hogy az egészségügy rendkívül átpolitizált. A jelenlegi rendszer hasznélvezői szintén gátjai az innovációnak. Fontos tényező, hogy az ellátórendszer korszerűsítése, az intézményrendszer hatékonyabbá tétele gyakran helyi közösségi érdekeket sért.

Az innováció egyik legnagyobb hajtóerejének a kényszer, ezen belül is a finanszírozási kényszer, valamint bizonyos területeken a képzett humán erőforrás hiánya tekinthető. A válság erősödésével a túlélés kényszere innovatív megoldásokhoz vezet mind a makro-, mind a mikroszinten. Az innováció komoly hajtóereje lehetne egy korszerű támogatáspolitikai rendszer, amely befogadná a korszerű eljárásokat, és megvonná a támogatást az elavultabb technológiáktól. Reguláció tekintetében kapacitások szabályozásával lehet segíteni az innovatív megoldások elterjedését, más területeken pedig a fenti kritériumrendszernek nem megfelelő eljárások visszavonásával. Ez történhet jogszabályi változtatásokkal, intézményrendszerek működtetésével és megfelelő ösztönzők kialakításával.

Következtetések

A tanulmány szerzőinek saját tapasztalatai és a mélyinterjúk tanulságai alapján Magyarországon nem létezik ágazati szintű, egységes, hosszú időre előretéktintó, politikai konszenzus által kísért explicit egészségügyi K+F+I-stratégia. Mindazonáltal a hazai egészségügy innovációja és fejlődése explicit, egységes központi stratégia nélkül is végbemegy, hiszen a fragmentált és gyakran változó központi egészségpolitikai dokumentumok, a nemzetközi szintről beáramló innovatív technológiák, készségek, folyamatok alulról jövően is elterjednek az ágazat szereplői között, ráadásul a finanszírozás korlátozottsága, a túlélési mechanizmus is kikényszeríti az innovatív megoldások alkalmazását az egészségügy szereplői részéről. Ezzel együtt valószínűsíthetően a kutatások eredményein alapuló, egységes, explicit stratégia mentén végrehajtott fejlesztések

sokkal hatékonyabb innovációs folyamatot eredményeznek, mint a túlélés kényszeréből fakadó, ad-hoc, adaptációs jellegű változások.

Szükség van olyan típusú projektekre és kutatásokra, amelyek ráirányítják a figyelmet arra, hogy a stratégia hiánya sokszor nem a társadalmi szempontból optimális innováció irányába viszi a nagy rendszereket. A kiemelt közszolgáltatási rendszerek ilyen projektek keretében tudnak együttműködni a sikeres nyomásgyakorlásban, egy K+F+I-stratégia kikényszerítésében.

Ennek megalkotása elsősorban akkor lehet sikeres, ha az nincs kitéve a mindenkorai politikai csatározásoknak. Sajnálatosan az egészségügyben jelenleg nem igazán látszik olyan szervezet, amely kellően távol tudná tartani magát a napi politikától, hogy kialakíthasson egy ilyen stratégiát.

Az ágazati K+F+I-stratégiát lehetőség szerint harmonizálni kellene a nemzeti K+F+I-stratégiával. Elengedhetetlen az ágazat szereplőinek bevonása a stratégia alkotásába, partnerség kialakítása az érdekeltekkel.

A piac és az állam szerepének összhangjára van szükség. Az egészségügyi ellátórendszer analógiája azt sugallja, hogy a piac sokszor kontraszelektál, és a profitábilis területeket célozza meg, a közszolgáltatások esetén a piac mindenhatóságára való hivatkozás nem feltétlenül a társadalmi optimum irányába viszi a rendszert. Az állam túlzott befolyása pedig a politikai ciklusok, félciklusok monopóliumát, irányítási dominanciáját jelenti.

Fontos tapasztalat, hogy az új technológiákkal kapcsolatos kutatások és klinikai vizsgálatok elsősorban a magasabb színvonalú szolgáltatást nyújtó intézményekben történnek, ahol szerencsés esetben a szakemberek képzése is koncentrálódik (pl. oktatókórház).

Az egészségügy példája is alátámasztja a humán erőforrás-képzés hangsúlyos szerepét. Az egészségügyi szolgáltatók esetében egyre hangsúlyosabb a nem orvosszakmai (pl. közgazdasági, menedzsment, informatikai) ismeretek alkalmazása. Ezek az ismeretek spontán, implicit stratégia mentén is ter-

jednek. Kutatásunk felhívja a figyelmet az új típusú ismeretek esetén a nem megmértetett, esetlegesen helytelen tudás továbbadásának, multiplikálódásának veszélyére.

A nagy közszolgálati rendszerek szervezeti átalakítása nem végezhető el úgy, hogy a benne lévő szereplők érdekeltsége nincs megteremtve, ha az érintettek a változásokkal szemben ellenérdekeltek. Az érdekeltségi viszonyok megteremtése mellett ebben döntő szerep jut a hatékony kommunikációnak. A kommunikáció mindazonáltal nem pótolhatja a stratégiát. A szereplőkkel való kommunikáció nem lehet egyirányú csatorna, lehetőséget kell biztosítani az aktív, konzultatív párbeszédre.

A közpénzek elköltése során veszélyként jelentkeznek különféle lobbinyomások, súlyosabb esetben a korrupció. A ki-szervezések megfelelő regulációja, a hatékony ellenőrző mechanizmusok elejét vehetik a közintézmény számára hátrányos alvállalkozói szerződések megkötésének.

A vezetők motivációja és felkészültsége óriási mértékben befolyásolja a közszféra innovációra való képességének mértékét. Demotivált vezetők hatására az innovatív gondolkodású beosztottak elvesztésének megnő az esélye.

Összegezve: a magyar egészségügyi rendszer a jelenlegi katasztrofális állapotából csak a megfelelő irányú fejlődéssel és átalakulással juthat ki. Ehhez az explicit, tudatos, konszenzusos módon kialakított ágazati K+F+I-stratégia és a stratégia megvalósításához biztosított források szerepe elengedhetetlen.

A közlemény alapjául szolgáló tanulmány az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet megrendelésére készült, a TÁMOP-3.1.1. 8.1. számú projekt keretében, a TÁMOP 311-Sz/29/864/2009 számú szerződésnek megfelelően.

Hivatkozások

1. Vincze Z., Kaló Z., Bodrogi J.: *Bevezetés a farmakoökonómiába*. Medicina. Budapest. 2001:2.
2. Kaló Z.: *Versenyképes gyógyszerpolitika*. IME. *Az egészségügyi vezetők szaklapja*. 2007;6(10):25–31.
3. Antal J., Szepezdi Zs., Nagyjánosi L., Kaló Z.: *A nemzetközi klinikai vizsgálatok helyzete és hozzájárulása Magyarországon*. IME. *Az egészségügyi vezetők szaklapja*. 2010;9(1):5–10.
4. Állami Számvevőszék: 0921. sz. jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről. 2009. július. [http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/\\$File/0921J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/$File/0921J000.pdf) [2010.04.22.]

1. Syreon Kutató Intézet
2. ELTE TáTK, Egészség-gazdaságtani Kutatóközpont

1. táblázat. A strukturált mélyinterjúk alanyainak megoszlása
(a számok összege meghaladja a tizenhatot, mert többen volt és jelenlegi beosztásukkal is szerepelnek a táblázatban)

	volt	jelenlegi
Versenyszféra		
Középvezető	0	2
Felsővezető (cégvezető, igazgatóság tagja)	1	4
Közszféra		
Középvezető (pl. osztályvezető, főosztályvezető)	2	6
Felsővezető (EüM, OEP, egyetemi és akadémiai intézet)	3	2

A kórházak pénzügyi helyzete

A Magyar Kórhákszövetség (MKSZ) tagkórházai körében – az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete (EGVE) támogatásával – 2009-ben felmérést készített a finanszírozás változásainak kezelhetősége tárgyában. Ennek eredményeit az alábbiakban adjuk közre.

■ Demes Istvánné

A Magyar Kórhákszövetség és az EGVE felmérésében:

- 87 kórház, az intézmények 70 százaléka szolgáltatott adatot,
- a 2008. és 2009. év finanszírozása került feldolgozásra,
- a 2010. évre előrejelzés szintjén körvonalazódott a várható finansziális helyzet.

Ennek alapján megállapítható, hogy a 2009. évi forráskivonás részben kompenzálásra került plusz 10,5 milliárddal és a kéthavi finanszírozásra való áttéréssel. A 87 fekvőbeteg-intézmény adatszolgáltatása azt igazolja, hogy 43,4 milliárd forinttal (1,5 havi finanszírozásnak megfelelő) összeggel kevesebből gazdálkodnak a 2010. évben, mint amennyi a 2009. évi működéshez szükséges volt.

A felmérésből egyértelműen igazolódik, hogy ugyanolyan, vagy még súlyosabb finanszírozási problémák előtt állnak az intézmények, mivel a 2009. évről áthúzódó számlák egy részének kifizetése után ismételtlen számla-átütemezésre kényszerültek. 2010. január 31-én 30 napos fizetési határidőn túl volt tartozásuk 51%-a, ezen belül a 60 napon túli tartozás 30%.

Meg kell jegyezni, hogy az intézmények arra kényszerülnek, hogy a 30 napos fizetési határidő helyett több hónapos fizetési határidőben állapodjanak meg, mert az még nem minősül „lejárt fizetési határidőnek”.

A 87 intézmény éves OEP-bevétele az alábbiak szerint alakult:

- A 2008. évi költségvetés: 383 960 millió Ft, 2009. évi költségvetés: 363 107 millió Ft (ami nem volt elég, és 2010. I. hóban kiegészítésre került – 87 intézet adata). Összesen 20 853 millió Ft-tal volt kevesebb az éves költségvetés 2009-ben, mint az előző évi.
- A 2009. évi és az azt kiegészítő finanszírozást figyelembe véve a 2010. évi intézményi hiány (87 intézet adata): -43 422 millió Ft
- A 2008. évi költségvetés (383 960 millió Ft) és a 2010. évre rendelkezésre álló (318 182 millió Ft) különbsége (87 intézet adata): -65 778 millió Ft, 124 kórházra vetítve: kb. -93 767 millió Ft

Ezt a 87 intézmény által beküldött 70%-os, statisztikailag reprezentatív mintát a 124 intézményre 100%-ra kivetítve egyértelműen körvonalazódik a probléma.

A számításokban nem vettük figyelembe, hogy:

- évek óta nincs biztosítva a KSH által igazolt infláció ellensúlyozása az alapidíjak, napidíjak és pont-forint-érték emelésével,
- nem épült be a 2009. július 1-jétől bevezetett 5%-os áfa-emelés fedezete sem,
- az egészségügyben a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatása korlátozott mértékű, ezért jelentősen megnövekedett befizetési kötelezettség terheli az intézményeket,
- a reálérték-csökkenés nagymértékben az energia- és közműdíj-áremelés következménye (2008-ra két év alatt a gáz: 21,8%, a villanyenergia: 37,5%, a víz: 62,1% költségnövekedést mutat, melynek döntő része az áremelkedésből adódik), ami a többi területet fokozott mértékben sújtja.

Elviselhetetlen mértékű a finanszírozás

A gyógyító–megelőző országos kassza 1993. évben 3,4-szerese volt a gyógyszerkasszáknak, míg a 2010. évben csak 2,2-szerese.

Ezen túl a gyógyító kasszán belül is jelentős részarányt képvisel a gyógyszer, ezért a gyógyító kasszát belülről is feszíti a gyógyszerköltségek emelkedése.

Figyelemre méltó, hogy a gyógyító–megelőző kassza 1993. és 2010. között 5,8-szorosára emelkedett, ugyanezen idő alatt a gyógyszer kassza 9-szeresére nőtt.

A krónikus–rehabilitációs területen tervezett finanszírozási változás miatt az eddigi stabil helyzet meginogni látszik. Bizonytalanná vált a devalválódó finanszírozással ezen területek működésének fenntarthatósága.

A laborfinanszírozás területén (bár 1–1,2% részarányt képvisel) a tisztánlátás érdekében meg kell említeni, hogy a teljesítményeknek csak kb. negyedét finanszírozzák a devalvált pont-forint-értékkel.

A 2009. évi finanszírozás az elmúlt 17 évben tapasztalt „ennél elviselhetetlenebb nem lehet a finanszírozás” véleményt felülírta. A 2009. évi költségvetés tervezésekor nem volt ismert az IV. 1-jével bevezetett EMAFT szerinti finanszírozás.

Kiszámíthatatlanul tört rá az intézetekre az a helyzet, hogy nem a korábbi TVK szerint, hanem az előző évi teljesítmény 70%-ig finanszíroz az OEP, ezen túl pedig a tényleges

1. táblázat. Egy városi kórház és rendelőintézet TVK alakulása 2006–2010-ig (közel 200 ezer lakos ellátási kötelezettségével)

FEKVŐBETEG-SZAKELLÁTÁS

Év	TVK	Változás	Változás %-a	2006–2010. évi csökkenés	
				5 évi változása	2 évi változása
2006	22 298,32				
2007	16 291,77	-6006,55	-26,94		
2008	15 435,99	-855,78	-5,25		
2009	13 621,55	-1814,44	-11,75		
2010	12 893,97	-727,58	-5,34	-9404	-1373 M Ft
				súlyszám	súlyszám

JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS

2006	797 402 190				
2007	812 720 960	15 318 770	1,921084733		
2008	847 999 252	35 278 292	4,340763477		
2009	713 327 256	-134 671 996	-15,88114662		
2010	544 385 126	-168 942 130	-23,68368308	-243,017	-354,8 M Ft
				pont	pont
				OEP bevétel-csökkenés	-1,727,8 M Ft

teljesítményeket a töredékértékre degresszáltan fizették ki. Az az alapvető probléma, hogy nem optimális üzemméretű a kórházi rendszer, ezért ez a különböző helyzetű kórházakat és a járóbeteg-rendelőket is eltérő módon érintette. Teljesen átrendezte az egészségügyi szakellátás országos finanszírozását, és üzemgazdasági szinten kezelhetetlen helyzeteket hozott létre (1. táblázat).

A járóbeteg-ellátás területén is tapasztalható a 2008. évi teljesítményre épülő EMAFT, és az ezt követő, 2010. évi módosított TVK hatása (2. táblázat). Az R1 rendelő azzal, hogy 2010-ben a 2008. évi teljesítmények szerint lett megállapítva a TVK, 5,17%-kal kevesebb bevételhez jut. A másik járóbeteg-intézet pedig a megemelt TVK-val a korábbinál több bevételhez jut. Ez jelentős bevétel-átrendezés, mely a fekvőbeteg-intézmények területén egyértelműen igazolható.

A 2006. április 1-jétől érvényes 146 000 Ft aktív fekvőbeteg-alapdíj és 1,46 Ft járóbeteg-szakellátási pont-forint-érték jelentős mértékű reálérték csökkenést igazol. A KSH által kimutatott 2006. évi 8,0%, a 2007. évi 6,1% és a 2008. évi 6,3%-os inflációs rátával számolva a változások ellensúlyozása céljából összesen 22%-os mértékben kellett volna emelni az alapdíjat és a pont-forint-értéket.

A 2010. évi TVK szerinti bevételt reálértéken számolva az előbbiekben említett kórházban a lecsökkentett TVK mellett:

12893,97 súlyszám x 31 838 Ft = 410 518 217 Ft

544 385 126 pont x 0,32 Ft = 174 203 240 Ft

Összesen további 584 721 457 Ft bevételt kellene biztosítani az alapdíj és a pont-forint-érték emelésével.

Ez a reálértéken történő finanszírozás valamennyi kórház tekintetében elengedhetetlenül szükséges.

Évek óta a fejünk felett lebeg 30–40 kórház bezárásának fenyegetettsége.

Az utóbbi években az intézkedések indirekt módon az ellehetetlenülés irányába lökdösi az intézetek egy részét, pedig az értékek megőrzését kellene megcélozni. A minimumfeltételeknek nehezen tudnak megfelelni a kórházak.

A 2008. évben az MKSZ által végzett felmérés bebizonyította, hogy az orvosok és egészségügyi szakdolgozók utánpótlása különösen a speciális szakterületeken azonnali intézkedést igényel.

A betegellátás jó szervezésével a rendelkezésre álló orvosok flexibilis foglalkoztatásával, diplomás ápolókkal, szakképzett ápolókkal és az egészségügy irányába elkötelezett, munka mellett kiképzett segédápolókkal még megoldható lenne.

2. táblázat. 2010. évi várható bevétel összehasonlítása a 2009. évi teljesítményeket finanszírozó összbevételekkel (ezer Ft-ban)

Megnevezés	2009	2010	2010–2009 (3-2)
R1 ÖNÁLLÓ RENDELŐ			
OEP-bevétel	296,3	303,4	
2010. évi I. + finanszírozás	23,6	-	
Összesen	319,9	303,4	-16,5
			(-5,17%)
R2 ÖNÁLLÓ RENDELŐ			
OEP-bevétel	122,8	137,4	
2010. I. + finanszírozás	10,8	-	
Összesen	133,7	137,4	+3,7
			(+2,79%)

Az R1 rendelő azzal, hogy 2010-ben a 2008. évi teljesítmények szerint lett megállapítva a TVK, 5,17%-kal kevesebb bevételhez jut. A másik járóbeteg-intézet pedig a megemelt TVK-val a korábbinál több bevételhez jut. Ez jelentős bevétel-átrendezés, mely a fekvőbeteg-intézmények területén egyértelműen igazolható.

Kulcskérdés az, hogy az orvosok delegálják mindazon feladatokat a diplomás ápolókra, amit ők el tudnak végezni, és ezzel a szemlélettel a sor végén a segédápoló is számos olyan feladatot el tud végezni, amihez nem kell szakápolói végzettség.

Pénzkivonás minden mennyiségben

A kassa beltartalmában végrehajtott „módosítások” mind valahol pénzkivonást jelentettek. Így például a HBCS- és a járóbeteg-pontrendszerben az egyes beavatkozásokhoz kapcsolódó érték nem költségarányos és nem arányos egymással sem. 17 éve számos módosítás és „befogadás” pótlólagos forrás nélkül történt, úgy, hogy az összes többi értékét lecsökkentették minden év végén „normálással”. Ez így elfogadhatatlan!

A pénzkivonás további eszközei:

- a fekvő- és járóbeteg-ellátási időt változtatták, illetve ehhez kapcsolódóan a súlyszámot és a beavatkozás pontértékét csökkentették,
- utólagos ellenőrzéssel, a 2-3 évvel ezelőtt kifizetett ellátás szakmai értelmezése és a visszavonása a fekvő- és járóbeteg-intézetektől ugyancsak jelentős bevételvesztést eredményezett.

E helyett fontos lenne, hogy az OEP legyen igazi biztosító, ne csak a neve legyen az, és folyamatosan végezze biztosítói feladatát.

A HBCS-revízióhoz hiányzik:

- az egységes anyag-eszköz-azonosítási lista,
- a számviteli rend szerinti egységes költségfelosztás szerinti adatgyűjtés,
- továbbá az orvosszakmai minőségbiztosítási protokollok sem teljes körűek.

Az optimális üzemméret a működés alapfeltétele

Kevesebb pénzből nem lehet az orvostechika fejlődésével lépést tartó egészségügyi ellátást biztosítani. A meglévő

egészségügyi ellátási rendszer felülvizsgálatra szorul. Üzemgazdasági szinten a kórház betegellátási feladatának és az ahhoz tartozó bevétel-elérés lehetőségének összhangban kell lennie. A működési struktúrát (tudományos megalapozással) úgy kell megtervezni, hogy az állandó és változó költségeket is fedezze a bevétel (beleértve a foglalkoztatási és szakmai előírásokat). Az „optimális üzemméret” minden szinten, a legkisebbtől a legnagyobb kórházig a működés alapfeltétele kell, hogy legyen. Az optimális üzemméret fölötti teljesítményeknél egy bizonyos határig csak a változó költségeket kellene finanszírozni.

„Az Áht. 49. §-a alapján a feladatellátásra az adott intézményi keret és méret optimális volta megkérdőjelezhetetlen” – ennek így kellene lennie, mert ez biztosítaná a betegellátási szakfeladathoz szükséges intézmény fenntartását. Ezzel elkerülhető lenne az intézetek folyamatos „csődközei helyzete”.

A teljesítményelvű finanszírozás 1993. évi bevezetése óta a mindenki által elfogadott cél az volt, hogy „a beteg ott kapjon definitív ellátást, ahol az legkevesbé költségigényes”. Végre ezt meg is kellene valósítani.

Nem a kórházak bezárásával, hanem a kórházi struktúrák, feladatok felülvizsgálatával és optimalizálásával lehet kiszámítható, működőképes ellátórendszert finanszírozni!

Összegzés

Azt a számunkra felbecsülhetetlen értéket, amit a meglévő egészségügyi ellátórendszer képvisel két halaszthatatlan intézkedés megtételével lehet megmenteni:

- a betegellátási szükségletet leképező optimális üzemméretű (hatékony) kórházi és járóbeteg-ellátási struktúra kialakítása,
- a szakmai minimumfeltételek teljesítéséhez fedezetet nyújtó, a működéshez szükséges bevétel biztosítása.

A szerző a Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház-Rendelőintézet gazdasági igazgatója.

Szemléletváltás szükségessége az egészségügyben

Az egészségügyi intézményekben 1993 óta végzett tanácsadói munka tapasztalatai, az egészségügyi ellátórendszer (1) ágazati teljesítménye egyaránt az ellátórendszer hatékonysági problémáit jelzik, amely szükségessé teszi az egészségügyi ellátás rendszerének, struktúrájának finanszírozásának újragondolását.

■ Kató Gábor

Az egészségügyi rendszer ágazati szintű jellemzői (1994–2007)

A rendszerváltozást követően az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jutásban változás következett be, egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultságot alapesetben biztosítási jogviszony hoz létre, szemben az állampolgári jogon járó ellátásokkal. Az ellátás szervezésében meghatározó az ellátási kötelezettség, mely az Alkotmányban és az Önkormányzati törvényben (2) deklarált jog és kötelezettség. Az egészségügyi szolgáltatók az OEP-pel kötött kapacitás-lekötési és finanszírozási szerződés szerint – a területi ellátási kötelezettség alapján, amelyet beteg oldalról a szabad orvosválasztás elve módosít(hat) – részesülnek működési finanszírozásban.

Az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása döntően az E-Alap révén történik. Az E-Alap krónikus hiánya összefüggésbe hozható a bevételek (döntően járulékok), foglalkoztatáspolitikai célok megvalósításának (3) alárendelt meghatározásával, szemben az egészségügy forrásszükségletével, pénzügyi egyensúlyi követelményével. Az E-Alap kiadásainak növekedését összehasonlító áron vizsgálva 1994-hez képest csak 7,1%-os növekedés tapasztalható. A természetbeni ellátásokra fordított társadalombiztosítási kiadások reálértékben 16,6%-kal voltak magasabbak 2007-ben a bázisévnek tekintett 1994-es évvel összevetve. A természetbeni kiadásokon belül az arányok a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök javára tolódtak el, tekintettel arra, hogy lényegesen meredekebben emelkedtek a kiadások ezen a területen 2007-ig.

Az ellátók jellemzően közfinanszírozásból kapják bevételeik döntő részét, és az Egészségbiztosítási Alap részesedése az egészségügyi közkiadásokban 79%-ról 85%-ra nőtt (4) a vizsgált időszakban. A közvetlen központi költségvetési és önkormányzati kiadások súlya viszont jelentősen csökkent, bár a járulékcsoökkentés miatt egyre növekvő mértékben finanszírozzák az Egészségbiztosítási Alap kiadásait központi költségvetési hozzájárulásokkal közvetett módon. Ugyanakkor az is tény, hogy jelentősen megnőtt a magán egészségügyi kiadások szerepe az egészségügyi kiadások finanszírozásában, ami különösen jelentős mértékű a gyógyszerellátás és fogászat területén.

Az egészségügyi ellátásban meghirdetett reform eddig az alapellátást érintette, illetve a szakellátásnál a teljesítményelvű finanszírozás bevezetését jelentette.

Az egészségügyi ellátásban meghirdetett reform eddig az alapellátást érintette, illetve a szakellátásnál a teljesítményelvű finanszírozás bevezetését jelentette.

A reform első lépéseként bevezetett új finanszírozási rendszer után további stratégiai fontosságú lépések elmaradtak, nem volt ösztönzés:

- A definitív ellátások arányának növelésére a progresszivitás alacsonyabb szintjein. A 1990 és 2007 között időszakban az egy háziorvosra jutó diagnosztikai beutalások 2,5-szeresére, a nem diagnosztikai szakrendelésre utalások száma 3,5-szeresére emelkedett, a kórházba utalások száma pedig 71%-kal nőtt. (Az általános orvosok kapuőri funkciójának erősítését ajánlja az OECD 2010. februári ország jelentése.)
- Az orvosi technológia gyors fejlődése által lehetővé tett rövidebb ellátási idők, és/vagy a progresszivitás alacsonyabb fokán is ellátható esetek rendszerszerű bevezetésére.

A változtatási irányok az intézményi, strukturális reformokra szűkültek:

- A '90-es évek második felétől az aktív ágyszám több lépésben 10–18–25%-kal csökkent. A 2007. április elsejétől hatályos 25%-os aktív ágyszámcsökkentés egy része – az ellátási igényeknek megfelelően – a krónikus fekvőbeteg-szakellátásra került átcsoportosításra. A vizsgált 30 év alatt a kórházi összágyszám – a 2007. drasztikus csökkentés után – éri el az EU-s átlagot, nagyságrendjét jól jellemzi, hogy még 2006-ban is meghaladta az uniós 1990 évi adatokat. A 2007. évi változások következtében a 100 ezer lakosra jutó aktív ágyszám 413,4-re csökkent, amely 4,5%-kal magasabb az uniós 2006. évi átlagánál.
- A 30 év alatt, noha a kapacitások csökkentek, a kórházi ágyak aránya régiós szinten állandó maradt, a régiónkénti ágyszámok még mindig nem kellően igazodnak a

szükségelethez, sem a népesség eloszlása, sem szakmai struktúráját tekintve.

Az egészségügyi rendszer, a kimutatható fejlődés ellenére is, struktúráját, ellátási formáit, tekintve lényegében nem változott a rendszerváltás óta. A kórházcentrikus egészségügyi ellátórendszer, mint egy „öskövület” tartja belső hierarchiáját és a kihívásokra nem, vagy alig reagáló merev szerkezetét és szervezetét.

A szakmai és strukturális problémák szükségszerűen okai-vá váltak a gazdálkodásban jelentkező problémáknak, amelyek rendszeres eladósodási hullámokban váltak nyilvánvalóvá. Az elmúlt két évtizedben az egészségügy pénzügyi erőforrásai évről évre viták középpontjába kerültek, ezért az átfogó reform helyett a fő kérdéssé az E. Alap és a kórházak gazdálkodási hiányának a menedzselése, valamint a kórházi kapacitások csökkentése vált (1. ábra).

Szakágazatonként vizsgálva megállapítható, hogy a fekvőbeteg-szakág működési fedezete 2004-ig növekvő mértékű, a TVK bevezetésével azonban fedezet drasztikusan csökken, 2007-re már jelentős negatív szaldót mutatott. A járóbeteg-szakágazatban (alapellátás és járóbeteg-szakellátás) végig negatív szaldó tapasztalható, amely 2007-re megduplázódott. Az egészségügyben foglalkoztatottak száma európai mércével mérve még átlagosnak mondható, azonban a tendenciák (és egyes területeken az ellátottság) éppen ellentétesek. Míg az unióban növekszik az orvos és szakdolgozói ellátottság, addig hazánkban mindkét területen csökkenő foglalkoztatás figyelhető meg (1. táblázat).

A szakdolgozók esetében 78 nővér jut 10 000 betegre, a magyar adat az EU (és társult országok) középátlagában van. A humánerőforrás-problémák leginkább a struktúra vizsgálata során kerülnek a felszínre. Óriási területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg az orvos és ápolóellátottságban:

A háziorvosi ellátottságban, valamint az alapellátó egység számát tekintve jelentős a lemaradás az európai átlaghoz képest. Növekszik a betöltetlen praxisok száma, a háziorvosok korfája előregedő, a területi egyenlőtlenségek különösen itt jelentenek nagy problémát.

A fekvőbeteg-ellátásban a kapacitások csökkenésének megfelelően csökken mind az orvosok, mind az ápolók száma. Az orvos-létszámban visszaesés csak 2006-ban figyelhető meg (egy év alatt 1000 fő csökkenés). 2007-ben a teljes szakdolgozói állomány 50%-a dolgozott a fekvőbeteg-szakellátásban, az arány 2000-ben még 57,3% volt. Az ápoló ellátottság az uniós átlagtól jelentősen elmarad. A területi egyenlőtlenségek lényegében nem változtak, az orvosegy-

temmel rendelkező területek jobb ellátottsága alacsonyabb életkorú orvos létszámmal párosul.

A hiányszakmák esetében az átlagéletkor általában magasabb, mint az átlag, illetve ez még területi egyenlőtlenségekkel is társul. A rendelkezésre álló humán erőforrás elegendő és megfelelő szerkezetben rendelkezésre álló nagyságát egyre erőteljesebben veszélyezteti az erősödő, gazdagabb uniós államok felé történő elvándorlás.

Az egészségügyi rendszer ágazati teljesítménye, a változó környezethez való alkalmazkodási képesség csökkenése, mindenképpen összefügg a jelenlegi jogi szabályozás rendszerével, színvonalával. A hatályos jogszabályok végrehajtása a bennük fellelhető ellentmondások miatt nehézségekbe ütközik, vagy a szabályozás hiányosságai miatt lehetetlen. Nincsenek meg bennük – a ma már elengedhetetlen – minőségbiztosítási elemek. A kompetenciák meghatározása (bővítése és lehatárolása) napi igény mind az ellátók, mind az igénybe vevők részéről.

Intézményi szinten jelentkező működési, hatékonysági problémák

Az egészségügyi intézményekben végzett tanácsadói munka tapasztalatai is azt mutatják, hogy a változó környezetre reagálni nem, vagy csak késve tudó intézményrendszer hatékonysági problémái spirálszerűen egymásra rakódva a részterületen – elsősorban finanszírozási, gazdálkodási területen jelentkezően, újabb és újabb válságtüneteket eredményeztek, amely egyre inkább az ellátás színvonalát, eredményességét is rontja.

Az eladósodási periódusokat lezáró konszolidációk csak tüneti kezelésként értékelhetők, az eladósodást kiváltó okok rendszerszerű kezelésére nem, vagy csak késve került sor, amely következtében az újabb eladósodási hullám szükségszerűen bekövetkezett.

Korszakonként ugyan eltérő hangsúlyokkal, de lényegében azonos okokra vezethetők vissza az intézményi működési problémák, amelyek részben az egészségügyi intézmények működési környezetének szabályozási problémáiként azonosíthatók, amelyek mind az államháztartás, mind ágazati, mind pedig tulajdonosi szinten megjelennek.

Az államháztartási szinten azonosítható főbb rendszer szintű problémák:

- felhalmozás, felújítás többcsatornás finanszírozása, amely kikényszerítette a saját forrásokat meghaladó önerős beruházásokat, illetve a fejlesztések tőke megtérülését nélkülöző finanszírozási rendszer működtetése,
- intézmény- és nem feladatközpontú tervezés,
- pénzforgalmi szemléletű, differenciálatlan költségvetési gazdálkodási rendszer,
- a vagyonyilvántartás, vagyonváltozás nyomon követésének megoldatlansága.

Ágazati rendszerproblémaként azonosított elemek közül kiemelhető:

- Finanszírozási rendszer anomáliái, és a költségvetési gazdálkodás és a teljesítmény elvű finanszírozás ellentmondásai.

1. táblázat. Orvosok száma 100 000 főre vetítve Magyarországon és az EU-ban (2000–2007.)

Évek	Magyarország	EU-27	EU-15	EU-12
1990	280	289	303	244
1995	296	285	294	254
2000	313	307	321	258
2001	316	312	327	260
2002	319	316	330	265
2003	325	318	331	267
2004	334	321	336	265
2005	278	320	338	253
2006	304	321	338	256
2007	278	322		253

- Működés jogi követelmény rendszere és a működés gazdálkodás feltételei közötti összhang hiánya, az ellenőrzések jogkövetkezményeinek esetlegessége.
- Szakmai strukturális kötöttségek, felesleges kapacitásokban lekötött erőforrások.
- Tülfoglalkoztatási kényszer, illetve krónikus munkaerőhiány feloldására tett intézkedések hiánya.

Tulajdonosi szinten jelentkező rendszerproblémák közül kiemelhető:

- szakmai ismereteket és a valós pénzügyi helyzet ismeretét nélkülöző tulajdonosi irányítás, esetleges tulajdonosi ellenőrzések,
- „hitelképesség” vizsgálatát nélkülöző tulajdonosi forrás kihelyezés,
- átpolitizált döntési mechanizmusok.

Az intézményi szinten megjelenő fontosabb rendszer jellegű problémák:

- Menedzsment problémák
 - A. Vezetői felkészültség és alkalmasság hiányosságai.
 - B. Teljesítménymérés és érdekeltség hiánya, valamint a felelősségre vonás nehézségei, elmaradása.
 - C. Pénzügyi-gazdasági vezetés alárendelt szerepe.
- Szervezeti, szervezési rendszerproblémák
 - A. Tradicionális munkaszervezés, munkavégzés, a hatékonysági vizsgálatokat nélkülöző döntések.
 - B. Vezetői információs rendszer hiánya, vagy színvonala.
 - C. Döntésorientált nyilvántartási rendszerek hiánya, vagy színvonala.
 - D. A FEUVE-rendszer elemeinek hiánya, vagy a folyamatcentrikus szemlélet mellőzése.
 - E. Paraszolvencia szerinti működési mechanizmusok továbbbélése.

Az egészségügyi rendszer működési zavarai, az egészségügyi intézmények hatékonysági, szervezeti problémái, valamint az, hogy hazánkban a fejlettségünknel rosszabb az egyének egészségi állapota – az uniós átlaghoz képest rövidebb várható élettartamok és a halálozási valószínűségek által kimutatott, aktív életkorban történő gyakoribb halálozás – egy olyan kedvezőtlen párosítás, melynek már rövid távon is súlyos társadalmi és gazdasági következményei vannak, az ország gazdasági teljesítményét visszafogja, teljesítmény kiesést okoz.

Az egészség, egészségügyi rendszer, egészségipar komplex értelmezése mint a fejlesztés lehetséges iránya

Az egyének, állampolgárok egészsége (5) nem csak az egyén magányügye:

- Az egészség a társadalom közjavainak egyike, hiszen fogyasztásából senki nem zárható ki, az egészséghez való jog az emberi jogok egyik alapköve, nemzeti szinten pedig alkotmányos jogként biztosított.
- Ugyanakkor közgazdasági szempontból az egészség egy különleges jószág, mert nem helyettesíthető árucikk, hiánya lerombolja az egyén jövedelemtermelő képességét. Keresletét nem a fizetőképesség határozza

meg, az egészség helyreállítása iránti igény tervezhető ugyan, de annak időpontja, minősége, időtartama nem.

- A társadalmat állampolgáraiak rossz egészségi állapot miatt közvetlen és közvetett költségek terhelik. „A jó egészségi állapot egyúttal elősegíti a társadalmi jólétet a gazdasági fejlődésre, versenyképességre és termelékenységre kifejtett hatása révén...” (6)
- Az egészség és a gazdasági növekedés kapcsolatát vizsgáló tanulmányok szerint a jó egészségi állapot, és ennek következtében megnövekedett várható élettartam jelentős mértékben hozzájárul a GDP növekedéséhez. Az egészségbe való befektetés messze nagyobb hozamokkal kecsegtet, mint bármely más területen végzett investíció (7). Ezen felismerések egyrészt elméleti munkák, tudományos kutatás (8) eredményei, másrészt az EU-programok részét is képezik. A kutatások szerint a jobb egészségi állapot, a magasabb termelékenységen és a betegséggel kapcsolatos költségek csökkenésén, valamint az egészség fenntartásával és helyreállításával kapcsolatos iparágak teljesítményén keresztül, nagymértékben hozzájárul a GDP előállításához, valamint nagy hatású a munkaerőpiacon, a foglalkoztatásban is. (9)

A jó egészség elérése azonban társadalmi szinten új szemléletet igényel, amely az egészségügyi rendszer fejlesztésének az alapját kell, hogy képezze. Az egészségre ható tényezők együttesen eredményeznek jó egészségi állapotot, amely outputjai a gazdasági teljesítmény javulásában mérhetők. Az egészség azért kulcstényező, mert a növekedésméletek szerint a gazdasági növekedés következő forrása nem valamely gép, áru vagy szolgáltatás lesz, és nem is a tőke vagy a munkaerő, hanem termelékenységnövekedés, a minőség. A vállalatok és gazdaságok versenyében az emberek, mint erőforrások egészsége (ahol az egészség a test egészségén túl magába foglalja a mentális, pszichológiai, szociális, ökológiai szempontokat is és az ily módon értelmezett általános jóllétet jelenti) lesz döntő fontosságú.

Az egészségiparban rejlő lehetőségek és annak jelentősége ellenére definiálása még nemzetközi szinten sem egyértelmű. Abban azonban látszik az egyetértés, hogy az egészségügyet iparági kontextusban kell értelmezni. Ennek okait a következőkben látják: a fejlett országok egészségügyi rendszerei a nemzeti jövedelem jelentős felhasználói, a foglalkoztatásban igen fontos részt vállaltak, ráadásul egy egyéb iparági kapcsolatokon keresztül több iparág teljesítményéhez is alapvetően hozzájárulnak.

Ezek alapján az egészségipar körébe tartozó

- a gyógyító-megelőző egészségügyi alap- és szakellátási szolgáltatások köre;
- a gyógyászat kiszolgáló ágazatai, beleértve a gyógyszeripart, az orvostechikai eszközök gyártását;
- a gyógyító tudományok és az ahhoz kapcsolódó alapkutatás és oktatás, az egészségügyi és gyógyászati eljárások fejlesztése, mint a modern biogenetikára és mikrobiológiára támaszkodó humán biotechnológia;
- a rehabilitációs és rekreációs tevékenységek és az erre épülő turisztikai és vendéglátás;
- az egészségtudatos életmódhoz kapcsolódó szolgáltatások és termékek gyártása, forgalmazása.

A tágon értelmezett egészségipar produktivitása a fejlett gazdaságok GDP-jének 15%-át is elérheti. Az OECD 2000. évi jelentése szerint „az egészségipar hozzájárulása egy ország nemzeti össztermékéhez tehát nagyságrendekkel meghaladhatja azt a mértéket, amit a nemzeti számlák a szűk értelemben vett egészségügyi szolgáltatásoknál képződött jövedelmek formájában kimutatnak”.

Hazánkban az egészségipar 2007-ben, a statisztikailag mérhető ágazatokban, e teljesítményének eléréséhez igénybe vett termelési kapcsolataival együttesen 8,3%-os GDP-re-alizálást tett lehetővé.

Az egészségügy és az egészségipar ágazatának termelése olyan hatékonysági mutatókkal jellemezhető, amely a magyar gazdaság fejlesztési irányjaival egybeesik. A nemzetgazdasági átlagnál alacsonyabb:

- anyagigényesség (kivételez az egészséges életmódba sorolt sporttevékenység, amelyet a sportlétesítmények fenntartása okoz),
- energiaigényesség (kivételez 2005. gyógyszeripar),
- import igényesség jellemzi.

A gazdasági növekedésben játszott szerepük mellett ki kell emelni a foglalkoztatásban játszott szerepüket. E területen kiemelkedő jelentőségű az egészségügy, amely a szolgáltatásai iránt megnyilvánuló kereslete miatt, olyan foglalkoztatási stabilitás jellemzi, amely a piaci szektor hullámzásainak nincs kitéve. Ennek különösen azért van jelentősége, mert az ágazat szolgáltatásai iránti lakóhely közeli elérhetőség egyenletesebb térbeni foglalkoztatást biztosít, mint a piaci szektor, ahol a telephelyválasztás más prioritások szerint történik.

Komparatív előnyként értékelhető az egészségipar

azon foglalkoztatási sajátossága, hogy ágazataiban jelentős arányt képviselnek a magas végzettségűek, valamint a termelési tapasztalatokban felhalmozódó speciális tudás, amely elsődlegesen ugyan a gyógyszeriparra jellemző, de az orvosi gép–műszer-ágazatban is még találhatók ilyen tapasztalatok.

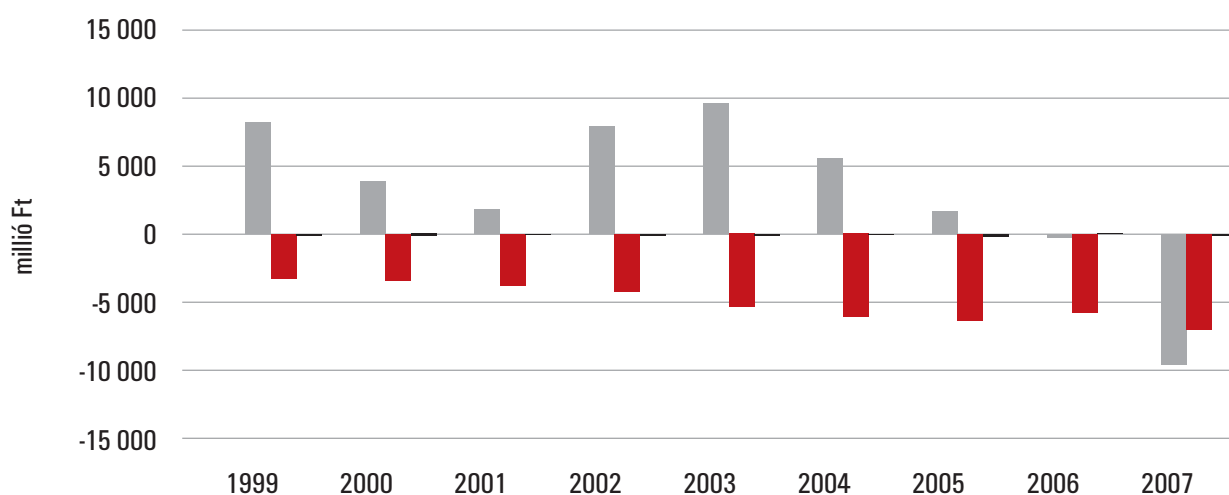
Az egészségipar ágazataiban a foglalkoztatás hatékonysága – a bruttó hozzáadott érték alapján számított – termelékenység az ágazatok sajátosságainak megfelelően szóródik a nemzetgazdasági átlag körül. (Az ipari ágazatok közül a meghatározó nagyságrendet képviselő gyógyszeripar termelékenysége kétszerese a nemzetgazdasági átlagnak.)

Az egészségipar ágazataiban – a gazdasági fejlődés alapját képező K+F tevékenység – kiemelkedő jelentőségű. Az egészségipar ilyen szempontból meghatározó és generáló ágazata a gyógyszeripar, amely K+F ráfordításai a feldolgozóiparban működő kutatóhelyek összes ráfordításának közel 30%-a, míg a nemzetgazdaság vállalkezoi ráfordításainak 20%-át kismértékben meghaladó arányt képvisel. A gyógyszeripar, biotechnológia K+F tevékenysége, stratégiai iparág szerepének felismerése fedezhető fel az utóbbi időszak kormányzati lépéseiben is. Az innovatív klasztercímet elnyert pályázók között magas az egészségiparban érdekelt klaszterek száma.

Komparatív előnyként értékelhető az a természeti adottság, amely a termásvíz, mint gyógytényező esetében Magyarországot jellemzi, azzal a fürdőkultúrával és régebben jelentős kutatói szereppel együttesen, amelyre építve megteremthető e területen is a magasabb hozzáadott értékkel bíró, bizonyítékon alapuló orvoslás teljes körű feltételei.

Az egészségipar egyes ágazatai között természetesen különböző intenzitású kapcsolat mutatható ki. A gyógyító tevékenységhez kapcsolódó ágazatok teljesítményét jelentős módon meghatározza az egészségügy közfinan-

6. ábra. Szállítóállománnyal korrigált működési fedezet (Forrás: Költségvetési beszámolók 1999–2007. MÁK. Nem tartalmazza az IM és HM, valamint az orvosegyetemek adatait.)



szírozásának alakulása. A közfinanszírozás nagysága és szerkezete a gyógyszeripar és kereskedelem, orvosi gépműszer, és kismértékben az egészségturisztikai ágazat közvetlen teljesítményére is hatást gyakorol. A közfinanszírozás és magánfinanszírozás aránya hazánkban nemzetközi összehasonlításban az uniós átlagnál magasabb a magánfinanszírozási arányt illetően. A hazai magánfinanszírozási formák azonban az egészségipar ágazatainak növekedését csak korlátozottan segíthetik, mivel a magán kiadások hálapénz része személyes fogyasztás forrása, amely megoszlik a nemzetgazdaság különböző ágazatai között és nem az egészségipar számára jelent új keresletet.

Mindezek megvalósítása többek között igényelné a következő ajánlások megvalósulását:

- az egészség mint a gazdasági növekedés kulcstényezője megköveteli az egészségügy nemzetgazdasági prioritásának növekedését,
- az egészségügyi rendszer komplex elemzése, koncepcionális szabályozási strukturális és működési reformjának elvégzése nem nélkülözhető,
- valósuljon meg az információs transzparencia az adattartalom, hozzáférhetőség egységesítésével (pl. Nemzeti Egészségügyi Számlák rendszeres publikálása),
- olyan jogszabályi környezetet kell kialakítani, amely az államháztartás keretei között, piacgazdasági környezetben is biztosítja a stabilitást és rugalmasságot,
- az egészségügyi intézményekben terjedjen el és honosodjon meg a folyamatos kockázatfelmérés, elemzésen és kezelésen alapuló működés, ellenőrzés rendszere, a szükséges informatikai támogatottság mellett,
- korszerű – az intézmények piaci súlyának megfelelő – irányítási vezetési rendszerek kialakítása, alkalmazása elengedhetetlen.

Összességében olyan szemléletváltásra van szükség, amely az egészséget megőrző, javító komplex multiszektorális egészségpolitikát a gazdasági növekedés alapjának tekinti.

Hivatkozások

1. *Egészségügyi rendszer alatt a jelenlegi „hivatalos” egészségügyet, azaz az egészségügyi törvény által meghatározott tevékenységeket és szervezeteket értjük.*
2. Az 1990. évi LXV. tv. a helyi önkormányzatokról.
3. *Az egészségbiztosítási járulékok nemzetközi összehasonlításban alacsonynak tekinthetők, szemben a nyugdíjjárulékok mértékével. Magyarország a nyugdíjjárulékok mértékét tekintve az első helyen áll, míg az egészségügyi járulékok tekintetében a kilencedik az európai társadalombiztosítási rendszert alkalmazó országok rangsorában.*
4. OECD Health Data, 2008
5. *Az egészség a WHO által kiadott, nemzetközileg elfogadott definíciója, miszerint „az egészség nem csupán a betegség, illetve a nyomorékság hiánya, hanem a teljes lelki, testi és szociális jóllét állapota (1948. április 7. – WHO Alapokmányának kihirdetése).*
6. Tallinni Karta: *Egészségügyi rendszerek az egészségért és jólétért.* WHO, 2008
7. Kollányi Zs., Imecs O.: *Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre.* Demos Magyarország Alapítvány, 2007
8. Fogel Robert W.: *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy* (NBER Working Papers 4638, 1994a); Health & Consumer Protection DG, 2005: *The contribution of health to the economy in the European Union*, European Commission.
9. *2008-ban a WHO európai régiójának tagállamai a Tallinni Kartában elfogadták és megerősítették a korábbi kartákban és deklarációkban (Ottawa 1986, Jakarta 1997, Bangkok 2005); Az Európai Közösségek Bizottsága. Fehér Könyv, 2007; Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008–2013.*

A szerző a Kató és Társa 2003. Tanácsadó Kft. ügyvezető igazgatója.

Sokkterápia – és utána?

A szerző társadalompolitikai-gazdaságpolitikai vitaanyagának szánja írását.

■ Dr. Simon Kis Gábor

Ritka kegyelmi pillanat: egy párt több mint kétharmados többséget szerzett a parlamentben. Reorganizálható az ország. Ezzel lehet élni és visszaélni. „Kenyeret és cirkuszt a népnek!” Kenyérre nem telik, jöhet a cirkusz: bűnbakkeresés, elbocsátás, letartóztatás, háromcsapás törvénye. Ezekkel átmenetileg elterelhető a figyelem a gazdasági gondokról, bajokról, de nem oldható meg egyetlen probléma sem.

A sokkterápia folytatásának az IMF és az Európai Unió által történt kikényszerítése egyrészt – további lakossági áldozatok árán – a hiánycél betartását teheti lehetővé; másrészt – és ez a legnagyobb baj – távlatilag a magyar gazdaság további ellehetetlenítését okozza.

Kísértetiesen hasonló a helyzet, mint 1998–2002-ben, akkor is egy sokkterápia folytatásáról és egy új gazdaságpolitika beindításáról volt szó. Még egyszer ugyanazokat a hibákat nem lehet elkövetni, mert akkor már hazánk a banánköztársaságok tipikus jegyeit fogja mutatni:

- széteső gazdaság,
- dezorganizálódó társadalom,
- csökkenő életszínvonal és
- tíz-tizenöt évenként új és újabb sokkterápia.

Magyarország szerencséjére a neoliberális gazdaságpolitika nemzetközileg megbukott. Továbbiakban nem szükséges a piac mindenhatóságának és a versenyfetiszizálásnak alávetni magunkat. Most van mód az ország komparatív előnyeinek tudatos kihasználására.

Mezőgazdaság

Közhely, hogy mezőgazdaság vonatkozásában előnyös helyzetben van az ország, „csak” ki kellene használni. Ehhez viszont megművelhető földek kellene. Városi ügyeskedők által kárpótlási jegyekkel „felvásárolt” földek felülvizsgálatával megteremthető az a nemzeti földalap, amin megindulhat a munka. Az országos szintű szervezeti rendszer kialakításához az izraeli kibucok szolgálhatnak mintául. Rá kell szoktatni az embereket a munkára, hiszen korosztályok nőttek fel anélkül, hogy valaha is dolgoztak volna. Szociális segély nem az egyéneknek, hanem a felállítandó munkaterápiás intézeteknek jár mindaddig, amíg meg nem erősödnek annyira, hogy saját lábukra álljanak ezek az intézmények. Akik végképp nem hajlandók dolgozni, és továbbra is bűnöző életmódot folytatnak – a háromcsapás törvény szellemében – Nagyfa-típusú mun-

katerápiás intézetekben kell őket elhelyezni, és mezőgazdasági munkára készíteni. Ezen a módon felszámolható a vidéki munkanélküliség és létbizonytalanság.

Ipar

Az elmúlt húsz év a legnagyobb pusztítást a magyar szakember-állományban végezte. Komplette iparágak tűntek el. Alig maradt hadra fogható szakmunkás, művezető, gyártástechnológus, mérnök és más műszaki szakember egy-egy iparágban. Elsőrendű teendő felmérni, mely iparágakban maradt még kellő számú szakember egy-egy terület újraindításához. Kiemelt területnek tekintendő a mezőgazdasághoz kapcsolódó iparágak reorganizációja. Továbbá minden olyan iparág, amiben kellő hagyományokkal rendelkezünk, pl. gyógyszeripar, járműipar, műszeripar. Kérdéses iparágak esetén az ország érdekeit szem előtt tartó stratégiai felmérést kell végezni és kijelölni a „húzó” iparágakat. A városi munkanélküliség felszámolására kezdetben közmunkaprogramok szervezendők az infrastruktúra rendbetételére, későbbiekben az újraindított iparágak felszívják ezt a munkaerőt.

Kereskedelem

Azt kell termelni, amit el lehet adni! A belkereskedelem területén át kell venni a nyugat-európai uniós tagállamok trükkjeit, amivel saját mezőgazdasági és ipari termékeik forgalmát védelmezik és elősegítik, miközben szavakban a szabad kereskedelem hívei. Külkereskedelem vonatkozásában kelet felé kell orientálódunk, ahol még egyenlő partnerként tudunk fellépni. Előzetes szisztematikus felméréseket kell végezni, hogy mely termékeinkre van hosszabb távon is fizetőképés kereslet, és ezek előállítását szükséges itthon – állami eszközökkel is – elősegíteni.

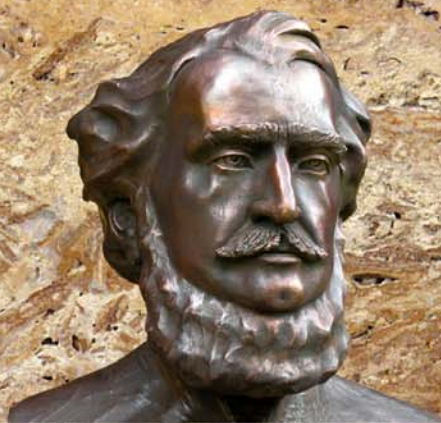
Szolgáltatás

Ha nem tudsz valamit megakadályozni, állj az élére! Tipikus példáját látjuk ennek a jelenségnek Amerikában az egészségügyi ellátás vonatkozásában. Több évtizeden keresztül harcoltak az amerikai közgazdászok az egészségügyi költségre robbanás ellen eredménytelenül. Mára megfordult a trend és az egészségipart a jövő egyik legfontosabb húzóágazatának tekintik, aminek a fejlődését elő kell segíteni, és nem akadályozni.

Magyarországon az egészségügy az egyik olyan kivételes ágazat, amit nem sikerült még teljes mértékben tönkretenni (nem véletlen az IMF követelménye az egészségügyi reformmal kapcsolatban). Naprakészen tudunk rácsatlakozni a legújabb nemzetközi irányzatra egészségiparunk fejlesztésével. Hagyományosan jó a gyógyszeriparunk és a gyógyszerkereskedelmünk. Az orvostechnikai ipar és a gyógyászati segédeszköz ellátás viszonylag könnyen újra felfejleszthető. Fogászat területén nemzetközileg is vezetünk. Az egészségügyi ellátás egyéb területein az ország keleti végein kell modern fogadókohelyeket kiépíteni, mert keleti szomszédaink számára mi még nyugatnak számítunk, és bizalommal fordulnak

hozzánk fizetőképes betegek. Az elmúlt húsz év alatt megtapasztalhattuk a kapitalizmus igazi természetrajzát. Önzetlenül egyetlen ország sem segít a másikon, épp ezért csak magunkra számíthatunk és támaszkodhatunk. Annyira nem tehetségtelen ez a nép, hogy ne tudjon a saját lábán megállni, legfeljebb a vezetőit kell gyakrabban lecserélni (mindaddig, amíg nem talál a magyar társadalom egy Széchenyi-típusú vezetőt, aki hozzáértéssel és önzetlenül nemzete javát szolgálja).

A szerző egyetemi docens, szakgyógyszerész.



XVII. MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGYI NAPOK BALATONFÜRED, 2010. OKTÓBER 6-8.

A 2010-es esztendő Széchenyi emlékév. 150 évvel ezelőtt halt meg gróf Széchenyi István, az Osztrák-Magyar Monarchia egyik elmegőgyintézetében, máig tisztázatlan körülmények között. Tisztelettel adózunk a „legnagyobb magyarnak”,

Október 6. (szerda) 13.00 órai kezdettel Széchenyi István Emléküléssel nyitjuk kongresszusunkat. Ezt követően megismerhetjük a Magyar Vöröskereszt tevékenységének magyarországi és nemzetközi részleteit.

Előadók: Dr. Gazda István tudománytörténész
Dr. Habsburg György Magyar Vöröskereszt elnöke

Október 14. (csütörtök) délelőtt: A hazai egészségügy közgazdasági és jogi környezete
Nagytekintélyű közgazdászok, professzorok ismertetik az elmúlt időszak, valamint a belátható jövő jogi, közgazdasági környezetét, melyben az egészségügy működik.

Előadók: Prof. Dr. Kovács Árpád az ÁSZ volt elnöke
Dr. Kopits György a Költségvetési Tanács elnöke
Prof. Dr. Szabó Máté ombudsman

Október 14. (csütörtök) délután : Tudósblokk – Nyugdíj

Meddig dolgozzunk, mekkora lesz, megéljük-e, (..... nyugdíj) Mindennapi problémáink és javaslataink

Előadók: Prof. Dr. Augusztinovics Mária az MTA tanácskozási jogú tagja
Az EGVE régiók képviselői

Október 15. (péntek) délelőtt: Szakmapolitikai nap

Mindennapi problémáink és javaslataink prezentációja a szakmapolitikai képviselőinek, vendégeiknek, majd a szokásos szakmapolitikai fórum.

Előadók: EGVE blokk szóvivője
Szakmapolitikusok

Meglepetéssel is készülünk, melynek szervezése még folyamatban van.

Kérjük látogassa honlapunkat, www.eunapok.hu, ahol minden információt megtalál.

Szeretettel várjuk Balatonfüreden!

Tudományos információ:
Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
1204 Budapest, Köves u. 1.
Telefon: 1/284-7668
Fax: 1/284-7668
e-mail: egve@egve.hu
<http://www.egve.hu>

Kongresszus szervező:
Mádai & Társai Kft.
1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6.
Telefon: 1/356-0682
Fax: 1/355-1696
e-mail: eunapok@eunapok.hu

<http://www.eunapok.hu>



Kulcs a hatékonysághoz

A Mölnlycke Health Care ProcedurePak termékei a teljes intézményben kifejtik hatékonyságnövelő hatásukat. Hiszen a ProcedurePak:

- intézetre szabott, teljes körű szolgáltatást nyújtó megoldás,
- eljárás-specifikus termékeket jelent,
- jól szervezett beszerzést és logisztikai folyamatokat kínál,
- folyamatos támogatást, képzést és szakértői tanácsadást jelent Önnek.

Ezek az összetevők együttesen idő-, munka- és költséghatékonyság növekedést eredményeznek.

Fedezze fel a Mölnlycke Health Care termékei által nyújtott előnyöket. Forduljon a helyi értékesítési képviselőnkhez vagy látogasson el a www.molnlycke.com oldalra.

