

## Elképzelések az egészségügy átalakításának lehetséges útjáról Dr. Szánthó András – dr. Solymosi Tamás

- Az alábbi dolgozat a Szakorvosi Védegylet elképzeléseit, javaslatait vázolja az egészségügy átalakításának egyik lehetséges útvonaláról és jövőképéről. Nem titkoltan az önállóan működő szakorvost állítja a folyamat középpontjába mint az átalakítás fő eszközét. Ennek a rétegnek tulajdonhoz, biztos, európai arányú egzisztenciához való juttatása a kulcsa az átalakulásnak és az egészségés jövőképnek.

### Bevezetés

Az egészségügyi szolgáltatói, intézményi struktúra átalakítása az eddigi és a majdani reformtörekvések egyik fontos célja. A járóbeteg-szakellátás számára jelentős felértékelődési lehetőség alakul így ki. Ezen a területen lehet úgy beavatkozni az egészségügyi ellátás szerkezetébe ma Magyarországon, hogy az indukált változások valójában olyan válaszokra késztessek a rendszert, hogy rugalmasabbá váljon, a definitív ellátás alacsonyabb költségszintre – kórházból a járóbeteg-szakellátásba – kerüljön. A járóbeteg-szakellátásban véghezvitt változtatások – ha kellően következetesek – a társadalomba nyugat-európai arányok szerint illeszkedő, függetlenebb orvosi réteg kialakulásához vezethetnek.

A létrejött strukturális és az ezzel járó attitűdbeli változások másodlagosan garantálnak költséghatékonyabb ellátást.

### Prioritás

Az egészségügyi reform prioritásai között a legelső helyre kívánkozik a járóbeteg-szakellátás súlyának növelése minden eszközzel. A folyamat következetes végigvitele számos, sok éve égető problémára ad választ, éspedig:

- sok szakorvos,
- sok kórházi ágy,
- merev intézményi struktúra,
- megkötött kezű menedzsment,
- személytelen intézményi betegellátási mód,
- a definitív ellátás esélye a szükségesnél magasabb költségszinten található,
- paraszolvencia,
- minőségi, betegközeli alap(?)ellátás megoldatlansága.

Sok a szakorvos Magyarországon. A kórházakban, osztályambulanciákon, ill. önálló szakrendeléseken dolgoznak. Létük a mai magyar egészségügy egyetlen humánerőforrás-aranytartaléka. Gondos bánásmódot igényel. Az érdekviszonyok alakításával az itthoni hagyományokon alapuló betegközeli szakellátás hozható létre, ami a tapasztalt kórházi szakorvos egyik jelentős életpálya-alternatívájává kell hogy váljon a jövőben. Míg a

kórházban, defenzív döntési helyzetben és zavaros érdekviszonyok között utalványozónak tollát szinte semmi sem akadályozza, az önálló praxisban, korlátozottabb eszközökkel, sokéves tapasztalataira támaszkodva, a betegért – a közelség miatt – lényegesen nagyobb felelősséget vállalva próbálhat meg gyógyítani. Különösen, ha ehhez pénzügyi érdeke is társul.

Lehet terv a szakorvoslétszám csökkentése, de azt a graduális és posztgraduális képzés korlátozásával, szabályozásával, az alapellátás szakmai színvonalának emelésével, az orvosi nyugdíj megoldásával lehet és kell elérni.

Ma az egészségügy sok tekintetben *intézményügy*. Szemléletváltás szükséges az eredményes reformhoz. A tulajdonos önkormányzatok az intézmények üzemeltetési problémáival azonosítják az egészségügyi ellátás komplex gondjait. Nem tudnak túllépni a tanácsai rendszerből maradt intézményirányítási technikákon. Képtelenek az intézményi szinten racionális, de az ellátás színvonalát rontó döntéseket önkormányzati szinten felülbírálni. Pl. a funkcionális privatizációval kapcsolatos kérdésekben az átadandó óraszám eddigi tulajdonosát, a vagyonszétosztót fogadják el a probléma megkérdőjelezhetetlen szakértőjének.

Az egészségügy elemi egysége nem az intézmény, hanem az egészségügyi szolgáltató – az orvos. Innen kell felépíteni az új rendszert. Ehhez első lépésben mind jobban le kell bontani a funkcionális privatizáció eszközével. Innen két irányba mehet tovább a folyamat.

1. A magasabb eszközigenyű, nagyobb terület szakellátásáért felelős szakmák – természetesen támogatással – spontán szerveződés alapján nagyobb egységekbe (szakrendelőkbe) fognak csoportosulni.

2. A népbetegségeket ellátó, 20–30 házi orvos területén dolgozó szakellátók az alapellátáshoz fognak közelíteni. Ennek segítségével lényegileg más alapellátási rendszer alakulhat ki. Megjelenhet végre a valódi verseny. Ez a magyar adottságokon alapuló, de a nemzetközi trendeknek is megfelelő, a korai reformtervekben is szereplő hatékonyabb alapellátás elérésének legrövidebb útvonala.

A tudatosság következő fokán az alapellátó egységek és a szakorvosok, nagyobb szakorvosi csoportok – különösen, ha erre kormányzati támogatást is kapnak – felvállalhatják egy terület teljes egészségügyi ellátását (irányított betegellátási modell).

### **A mai szakorvosi járóbeteg-ellátás SWOT (strength, weakness, opportunity, threatening) analízise**

#### *Gyengeség*

- Kórháztól függés.
- Kórházi osztály „beszállító” puffere.
- Alacsony bevétel, különösen a kórházi felvétel eredményezte bevételhez képest.
- Döntően még kontraszelektált orvoskar.
- Kiegyensúlyozatlan pontrendszer szakmák szerint.
- Ellenőrzés hiánya, következetlensége.
- Önmagában nem jelentős orvosi karrier lehetősége.
- A kurrens diagnosztikus lehetőségek jelentős része fölött a kórházi osztály diszponál.

#### *Erősség*

- Viszonylagosan magas szaktudás.
- Gyakorlat az önállóbb működtetésben.
- Mobilitás, telepíthetőség.

- Kellő számú szakorvos van az országban a fejlesztéshez, nem kell jelentős képzési programba kezdeni.

### *Lehetőség*

- Kapuőrfunkció.
- Orvosikarrier-alternatíva, ha jobb finanszírozással és a funkcionális privatizációval kötjük egybe.
- A beteg optimális ideig kórházon kívül tartása a megfelelő szaktudás és érdekeltség alapján, a versenyhelyzet és a hatóságok ellenőrzésével.
- Kitorési lehetőség az egészségügy számára. A drága kórházi üzemből az orvosok az alacsonyabb költségű járóbeteg-ellátásba csábíthatók a tulajdonszerű joghoz való jutás érdekével (funkcionális privatizáció).

### *Fenyegetettség*

- Háziorvosi rendszerbe erőltetése a doktoroknak: alkalmazotként vagy csoportpraxisban (kevés szakmunka, gyenge háziorvosi tevékenység = rossz hatékonyság).
- A kórházi lobby a csúcs felé menekül, odadobja a szakrendelőket a változásoknak.
- Mesterséges sorvasztás.
- Nem hazai alapokon nyugvó, idegen modellek helytelen adaptációja (a nyugati alacsony szakorvosszám és késői szakorvoshoz jutás miatt egyértelmű, hogy a „general practitioner” kompetenciáját kellett növelni).
- Kórházi, szakrendelői menedzsment, ill. rendszeridegen tőke privatizációs elképzelései.

### **Az átalakítás lépései**

1. Minden szakrendelésre, orvosra kiterjedő előremutató tevékenység: jelentés ellenőrzése, tanácsadás.

2. Szakrendelések, ambulanciák legalitásának ellenőrzése megfelelő orvos, rendelő és rendelési idő tekintetében.

1-2. pont: értéknövelés; illegális konkurencia kiküszöbölése.

3. Kórházi ambulanciák és a gazdaságilag, szervezetenként kórháztól független járóbeteg-szakrendelések különválasztása, külön kasszába osztása. Az előbbieket a kórházi kasszából finanszírozzák. Csak az ágyhátter nélküli szakrendelés finanszírozzon a járóbeteg-kasszából.

4. Kórházi ambulanciák:

4.1. Tulajdonos – nem a kórház – érdekeltté tétele a szakmailag (!) az osztálytól függetlenül is életképes járóbeteg-szakrendelések szervezeti és gazdasági leválasztására, így e rendelések járóbeteg-kasszához kapcsolására. Így ha definitív ellátást tudnak nyújtani, külön gazdasági egységgé válnak, pénzük kerüljön a járóbeteg-kasszába, onnan kapják ezután a finanszírozást.

4.2. Egyéb esetben a kórházi kasszából táplálkozzanak.

5. A kórházokról válnak le szervezetenként a nagy laborok, diagnosztikus egységek, működjenek önálló gazdasági egységként.

6. Szakmailag megfelelő, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), ill. helyi szervei állományába tartozó ellenőri réteg, biztos szakmai és egzisztenciális háttérrel.

7. Rendszeres, megelőző, tanácsadó szemléletű ellenőrzés a finanszírozásban és a szakmai munkában.

8. *A fenti új gazdasági egységek alkalmazhassák a funkcionális privatizáció technikáját.*

3–8. pont: struktúra, ellenőrzés, – egyidejű.

9 Szakmánként pontkorrekció a járóbeteg-kasszában, azaz a szükségesnek ítélt szakmákat végző, megfelelő (felülről korlátos) számú szolgáltató meg tudjon élni a szabályosan megtermelhető pontból.

10. Szakmai protokollok kidolgozása, alkalmazása.

11. Kasszaátjárhatóság biztosítása. A pénz a beteggel áramoljék a járóbeteg-kassza felé. (Visszafelé ne!)

9–11. pont: egyenlő esélyek; pontdevalváció gátja; – egyidejű.

12. Megfelelő finanszírozási és orvoslétszamarányok kialakulása esetén (esetleg több év múlva, de előre meghatározott feltételek elérésekor) szakmánként külön, közös „fekvő-járóbeteg”-kassza.

13. Az új eljárások bevezetésének folyamatos lehetősége. Kasszák-szakmák közti alku.

14. Később a támogatók – önkormányzat, egészségügyi kormányzat, biztosító – beenyúlhatnak a rendszerbe az integrálódási folyamat támogatására (pl. irányított betegellátási modell, csoportpraxis stb.).

## Az átalakítás körülményei

### 1. Privatizáció a járóbeteg-szakellátásban

- Első lépések között megoldandó feladat.
- Stratégiai jelentőségű.
- Mert eszköz:
  - *Az egészségügy átalakításának egyetlen belső érdekmotívuma a szakorvosok vagyoni joghoz való juttatása. Ezzel a lépéssel belső szövetségest nyer az átalakító. Csak belső támogatással törhető meg a jelen rendszer haszonélvezőinek érthető ellenállása.*
  - Szakorvosok kórházból való kicsábításának fő eszköze.
  - A betegek felesleges kórházba kerülésének megakadályozása.
  - Belső tartalékok feltárására.
  - Orvos vezetők hatalmának csökkenése.
  - Orvosszakmai szorítás csökkenése a kórházi menedzsmenten, racionálisabb intézményi gazdasági döntések lehetősége.
  - Ápolói és szakdolgozói tevékenység jelentőségének megfelelő értékelése.
  - Orvosszakmai szorítás csökkenése a tulajdonosokon – kapacitások könnyebb kezelése, jelesül kórházbezárás – kapacitáscsökkentés. Racionálisabb helyi, regionális gazdasági döntések lehetősége.
  - Az orvosi felelősségnek gazdasági felelősség és érdek mellé kapcsolása, másfajta orvosi gondolkodás kikényszerítése.
  - Betegtől mindig távolibb intézményi érdekek helyett a személyes, betegközeli szolgáltatói érdek erősödése.
  - Az orvosi nyugdíjkérdés megoldása.
  - A paraszolvenciától tisztább – megfelelő finanszírozási és szabályozási keretek között tisztán tartható – szegmense az egészségügynek, így a hálapénz visszaszorításának eszköze.
- Módjá: csak funkcionális privatizáció jön szóba, pl. a szakmánként szélsőségesen eltérő műszerigény miatt.
- Praxisjog a szakellátásban.
- A gyógyszer-, műszer-, vegyszer- stb. gyártók behatolásának meggátolása – személyi jog.

- Hasonlóan a házi orvosokhoz, első alkalommal a jelenleg is benne dolgozó élvezhesse a privatizációs jogot.
- Új szolgáltatók bekerülésének pontos szabályozása, nem megakadályozása (lásd ellenpéldaként a házi orvosi rendszert) a Magyar Orvosi Kamara (MOK), önkormányzat, regionális biztosító, betegszervezetek, meglévő szolgáltatók alkujaként.

## 2. Kórházi teljesítményfinanszírozás

A struktúra átalakításának egyik előfeltétele a kórházi (nem véletlen meghatározás) finanszírozásnak a fenti folyamatokkal összhangban levő alakítása.

1. Csökkenteni kell a kórház vágyát a beteg felvételére. (A házi orvosi reform kapcsán hiába növelték a házi orvos felelősségét és érdekeit – bár csak igen kis mértékben – a beteg otthon tartásában, nagyságrenddel erősebb volt a kórház betegfelvételi szívóereje, ezért növekedett tovább a kórházba kerülések száma.)

2. Korlátozni kell a teljesítményhajtászt addig, amíg nincs kellő minőségügyi rendszerbeli garancia arra, hogy az nem vezet minőségrontásra. A beteget a kórházon kívül tartó (még járóbeteg-szak- és -alapellátás és már otthonápolás, ápolási otthon) érdekcsoportok támogatásával a kórházba kerülés igénye csökkenthető.

3. A járóbeteg-szakellátás átalakításának várható eredménye a kórházba került kevesebb beteg. A kórházi kasszát úgy kell átalakítani, hogy kevesebb ellátott beteg esetén a benne képződő maradék előre megállapított, kialakult arányban kerülhetne felosztásra a beteg kórházon kívül tartásában érdekelt (járóbeteg-kassza, ápolási szolgáltatók stb.) és a természetesen elismerten forráshiánnyal küzdő kórházi kassza között. Ez az arány az átalakítási folyamat előrehaladása során változtatható lenne.

4. Természetesen eközben mind jobban közelítsen a társadalombiztosítási ellátmány a kórházak finanszírozásakor a ténylegesen ellátott esetszámhoz.

4a) Megoldandó – de nem megoldhatatlan (!) – probléma az újszülöttek ellátásának finanszírozása TAJ (társadalombiztosítási azonosító jel) szám hiányában.

4b) Detoxikálóba, traumatológiára felvett és drágán ellátott betegek TAJ száma az esetek jelentős részében már a felvételkor látszik, hogy elérhetetlen. Az ilyen intézmények terheit központi alapból kell támogatni. Az állam az alkotmányban rögzített ellátási kötelezettségét nem terhelheti rá ilyen direkt módon egy-egy intézményére. Ha igen, akkor az ebben az intézményben ellátott többi állampolgárnak nyújtott egészségügyi szolgáltatás minőségét rontja.

5. Itt is említjük, hogy a kórházi ambulanciák és osztályok összefonódását meg kell akadályozni.

6. A kórházi osztály csak kórházi bent fekvő beteggel foglalkozzon.

6a) Ha beutalásra kerül kórházi kezelést nem igénylő eset, akkor megfelelő biztonságos körülmények között az illetékes járóbeteg-szakrendelőbe kell irányítani.

6b) Ha valamilyen gyors definitív ellátással befektetés nélkül hazaküldhető, akkor is a kórházi kasszából finanszírozzék az ellátás.

7. Nagy diagnosztikus egységek kórházakról való szervezeti és gazdasági leválasztása szükséges.

## 3. Érdekvédelem, szakmai kollégiumok

1. A szakmai kollégiumokba jelenleg a MOK, a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) és az egyetemek a fő delegálók. Az ott jelenlévők döntően az intézményi érdekeket védik természetes pozíciójukból eredően. Ők – nagyon helyesen, mert professzorok, a tudományok doktorai – az *orvostudományt* képviselik. Ez a fő korlátjuk is. Nem biztos, hogy alkalmasak a szakmájuk határait meghaladó racionális

egészségügyi döntések meghozatalára. Az érdekek színesítése a kollégiumokban jótékony hatású lehetne. Így pl. kizárólag a járóbeteg-ellátásban érdekelt orvosok delegálhatóságának megoldása jelentős lépés lenne.

2. A szolgáltató orvosok sokszínű érdekvédelmének támogatása jótékony hatású lenne az egészségügy közéletére (rendezvényszervezés támogatása stb.).

3. A MOK-ban a fogászokéhoz hasonló önálló háziiorvosi és járóbeteg-szakellátó tagozat, szekció létrehozása is szükséges.

4. A MOK alapszabályát módosítani lehetne a tagi ellenőrzés, a beleszólási lehetőség fokozása érdekében.

#### *4. Finanszírozási technika a kórháztól független járóbeteg-szakellátásban*

1. Protokollokkal lefedett és az OEP által ellenőrzött legyen. Könnyebb, olcsóbb egy későbbi időpontban végzett ellenőrzéskor a tevékenység valamilyen formáját, annak elvégzését ellenőrizni, mint a diagnózis súlyosságát mérni.

2. A teljesítményelv a tevékenység szolgáltatás jellegét erősíti, de veszélyes a túlzott ellátásra csábító volta miatt. Csak akkor szabad jelentősen támogatni, ha a rendszer kulcsmozzanata. A többlettevékenység további költségektől kímélhet meg akkor, ha gátló funkciót lát el abban, hogy az érdekek fölöslegesen magasabb költségintű ellátóhelyre tereljék a beteget. Így míg nem ajánlatos – elképzeléseink szerint – a fekvőbeteg-ellátásban, jelentős a szerepe a járóbeteg-szakellátásban.

#### *5. Tulajdonviszonyok, tulajdonszerű jogok*

1. Szakmánkénti funkcionális privatizáció ajánlatos a kórháztól szervezetenként és gazdaságilag független járóbeteg-szakellátásban.

2. Kapcsolatokat, helyi adottságokat kihasználva később elképzelhető alulról szerveződő integráció, OEP, ill. helyi önkormányzati támogatással, de csak a lebontás után.

3. A későbbiekben kötelező biztosítói befogadás, természetesen nem korlátlanul, és szakmai ellenőrzés mellett (lásd még 6. Orvosok jogállása, 12. Jövőkép).

4. Praxisjog a járóbeteg-szakellátásban is.

Cél a szakmai felelősség mellé gazdasági felelősség és motiváció a rendszer minőségének fokozására.

#### *6. Az orvosok jogállása*

1. A szakvizsgáig (köz)alkalmazott megfelelően akkreditált munkahelyen.

2. Szakmánként meghatározott, szakvizsga utáni gyakorlati idő letöltése alatt (köz)alkalmazott.

3. Szakvizsga és a fenti gyakorlati idő után – pályázat útján – új szakorvosi óraszám működtetésére önálló gazdasági egységként szerződéskötés a biztosítóval (önkormányzat).

4. Pályázat útján, megüresedő szakorvosi óraszámra szerződés (önkormányzat).

5. Előző működtetőtől megvásárlással szakorvosi óraszámhoz jutás.

6. Később – ha a finanszírozás az amortizációt is magában foglalja – a biztosító számára kötelező befogadás: praxisnyitási jog (szabadfoglalkozású orvos, egyéni vállalkozó, társas vállalkozás).

## 7. Regionális finanszírozás

1. EU konform méretű egészségügyi finanszírozási területi egységek létrehozása: megyei egészségbiztosítási pénztárak (MEP-ek) összevonása.

2. Ezek a regionális biztosítók – akár OEP felügyelet mellett –, de jelentős önállósággal, ennek szigorú ellenőrzésével, a kartellesedés megakadályozásával (biztosítási felügyelet, versenyhivatal) működnek.

3. Regionális biztosítók kiegészítő csomagokat ajánlhatnak, de olyan magas áron, hogy javítsa az alapcsomag színvonalát.

4. Amortizációs alapok azonos régióknak megfelelően szervezendők.

## 8. Biztosítói attitűd

1. A biztosító nem viselkedhet egyben hatóságként is (általa valótlannak vagy tévesnek ítélt jelentés esetén automatikus pénzvisszavonás, sőt büntetőkamat lehetősége). Polgári peres eljárásban kell érvényesítenie érdekeit a valótlant/téves adatot jelentővel szemben. A bírói gyakorlat mai állását tekintve azonban célszerűnek látszik, egy közbeeső fórumot létrehozni: egy „finanszírozási döntőbizottságot”, ami lehetne országos hatáskörű a regionális biztosítóval szemben. A funkciója alapvetően előzetes konrollt jelentene, ami jó eséllyel a polgári per végkimenetelével egyező ítélethez vezetne, hiszen feltehető, hogy ilyen döntőbizottság tagjai lennének polgári per esetén a bíróság által fölkért szakértők.

2. A biztosító monopolhelyzetét gátló jogszabály kell; biztosítási felügyelet hozandó létre. Csökkenjen a súlya a biztosítónak, változzon meg a szerepe a szolgáltató, ill. a szolgáltatást igénybe vevő betegek „szövetsége” háromszögben.

## 9. PR tevékenység

1. A fenti folyamatnak lesznek vesztesei. Jelentős energiát kell arra áldozni: értse meg a lakosság, az orvosok (!) és az önkormányzatok azt, hogy a vesztesek száma kevesebb lesz, mint a jelenleg folyamatosan vesztlőké. Továbbá, hogy a terhek oka nem az átalakulás maga, hanem a régi, kudarcot vallott rendszer merevségéből adódó csikorgás.

2. A szabad orvosválasztás jelenlegi szabadosságának megváltoztatása előtt jelentős aktivitást kell kifejteni annak bizonyítására, hogy a progresszió magas szintjén ellátott banális problémák feleslegesen vesznek ki erőforrást a rendszerből, és valakiknek egészségvesztéséhez vezetnek.

## 10. Adópolitika – paraszolvencia – melléfizetés

A hálapénz problémaköre sem adminisztratív tiltó, sem adminisztratív befogadó magatartással nem oldható meg. A magyar egészségügyi rendszerben hagyományai vannak a tevékenység mellé tett pénznek. Ezt meg kell fosztani megalázó, esetleges ellenőrizhetetlen, garancia nélküli felhangjaitól. A magyar egészségügy ezen jellegzetességével nem szembesülni gyávaóság.

A „parától” legkevésbé vagy egyáltalán nem fertőzött terület támogatásával, az egészségügyi rendszeren belüli súlyának növelésével (pl. járóbeteg-szakellátás), e téren az eddiginél jelentősebb egzisztenciateremtési lehetőség biztosításával, ezzel egybehangzó PR tevékenységgel a paraszolvenciaendémia lényegesen csökkenthető. Mivel azonban ez bevételkieséshez fog vezetni az érdekeltek körében, ezzel párhuzamosan – mértékével egyezően –, parakompenzáló fogyasztási adó bevezetését javasoljuk, természetesen a létminimumot nem befolyásoló cikkeknél.

A korrupció jellegű hálapénz (táppénz-utalványozás, beutalóutalványozás) már csak

orvosetikai és büntetőjogi probléma marad, ha az utalványozó orvos egzisztenciája jelentősen javul.

Rendezett, legális szolgáltatói versengésen alapuló járóbeteg-szakellátási rendszerben a melléfizetés helye a progresszivitási szinteket jelentősen átlépő igények fellépésekor van. Az ilyen szolgáltatások OEP finanszírozása a megfelelő ellenőrzési apparátus esetén nem történhet meg. Intézményi szinten a szabad kapacitás térítésesen működtethető.

A műtétes szakmák nagy hálapénzeinek láthatóvá tétele nem e munka célja.

### 11. Integratív törekvések

A felülről szervezett kényszercsoportok létrehozásával kapcsolatban igen nagyok az ellenérzések mind a házi orvosok, mind a szakorvosok körében a nem jelentéktelen súlyú, ellenkező irányú mozgások ismeretében is. Ennek ellenére a jövő további nagy lehetősége az ilyen irányú szerveződés. De sajnos a bizalmatlanság, a történelmi tapasztalatok miatt és a rossz struktúra továbbélési esélyeinek minimalizálása végett be kell jámi az utat. Csak a szolgáltatói rendszer elemeire bontása után – szakmánkénti, egyéni funkcionális privatizáció – ébredő spontán szerveződési struktúrák lesznek életképesek.

1. *Csoportpraxis.* – A nagy kormányzati támogatás ellenére számuk jelentéktelen az országban, főleg családi, szűk baráti kör együttműködéséről van szó. Ennek oka a finanszírozás elégtelensége.

2. *Irányított betegellátási modell.* – Jelentősége hatalmas. Az integratív törekvések mellé anyagi érdeket is köt. Az együttműködés foka jelentősen összefügg a szolgáltatói egységnél maradó ki nem fizetett összeg mértékével. Összekapcsolva a szakorvosi és házi orvosi „teljes” funkcionális privatizációval hatványozott erőket szabadíthat fel, de csak akkor, ha a szolgáltató egységek, praxisok gazdasági önállósága nem csökken, a szakmai önállóság is csak önkéntes alapon.

### 12. Szabad orvosválasztás

Nem azonos a szolgáltatási szint kihagyásával, a beteg szabados kóborlásával. Csak a legális ambulancia legális, megnevezett doktorának tevékenysége jelenthető, s így finanszírozható, csak az adott, engedélyezett rendelőben, rendelési időben végzett tevékenység, amely rendelési idők összeg egyezik az OEP-szerződésben szereplő órák számával, legfeljebb kevesebb. Ennek a területnek az ellenőrzése nagyobb figyelmet igényelne.

Különösen érdemes a fogalom újragondolása az irányított betegellátási modell esetében.

### 13. Beutalási rend

Különbséget kell tenni a konzilium (=kérdés) és a szakvizsgálat (=beteg átadása) között. Nem érték, hanem jogkör tekintetében.

### 14. Amortizációs források

1. Adóforintokból.
2. Fejkvóta alapján regionális egészségügyi amortizációs alapokba.
3. Részben visszaosztva teljesítmény, kártyaszám, HBCS alapján a szolgáltatóknak, szakmai szorzókkal modulálva.
4. Részben nagyberuházásokra tartalékolva.
5. Döntenek róla a finanszírozó, az önkormányzatok, a betegszervezetek és a szolgáltatók együtt.



## 15. Orvosképzés

### *Minőség:*

Megváltozott feladatokhoz másképpen gondolkodó orvosokra van szükség. Ennek meg kell jelennie az orvosképzésben. Átfogó képzési reform nélkül lényeges változás nem érhető el.

1. Informatika. – Középfaladó számítógépes ismeretek nélkül az önállóan működő orvos életképtelen.

2. Etika. – Az egyénért érzett felelősségnek ki kell egészülnie a közösségért érzett orvosi felelősséggel is. Ennek szervülnie kell az egyetemi évek alatt.

3. Önálló felelősségvállalás, szemben a régi defenzív gondolkodással.

4. A tudós orvoskép mellett/helyett nagyobb hangsúlyt kell kapnia a magas színvonalon szolgáltató szakemberi szerepnek már a képzés során is.

### *Mennyiség*

5. Tervezni – csökkenteni – kell a kibocsátott orvosi diplomák számát, az egyetemeken képzési érdekének csorbíthatatlanul hagyásával. Változatlan hallgatószám az egyetemeken, magas felvételi szám, de felfelé szűkülő évfolyamlétszám, szökési pályák biztosítása szükséges, ami csak minimális kudarccal jár, egészségügyi, biológiai jellegű kreditpontokkal: szociális munkás, biológianár, biológus, biológus mérnök, egészségnevelő, védőnő stb.

6. Csökkenteni kell a túlságosan specializált szakorvosok körét. Inkább az alapellátási joggal is járó belgyógyászati jellegű szakmák szakorvosi végzettségének elérését kell támogatni.

7. Tervezni – csökkenteni – kell a szakmánkénti szakorvosi létszámot országosan és regionálisan minél hamarabb (MOK).

## 16. Orvosi nyugdíj

A praxisjog eladhatósága a kulcskérdés.

A praxis eladhatóságának fontos feltétele, hogy a másodiknak praxisba kerülő generáció finanszírozásában legyen benne a praxis megvásárlásához felvett hitel törlesztésének kb. megfelelő összeg, különben az átalakítás eredménye csak rövid távú lesz, csak az azt kivívó nemzedék fogja élvezni.

## 17. Egészségnevelés

A társadalmi szinten tisztázandó kérdések sora nagy. Ritkán érintett szempont pl., hogy az egészségügyi döntések első fokon a családban történnek. Szintén nem tisztázott a lakosság széles köreiben, hogy az egészségügy veszélyes üzem, az ide delegált családi hatáskörű döntések veszélyeivel is számolni kell. Az egészség olyan érték, amelyről az ismereteknek az általános műveltség részévé kell válniuk. Így az általános iskolai tantervekbe mélyen penetrálnia kell. Jelentős biztosítói érdek is fűződik ehhez. Alkalmas szervezettel ma is rendelkezünk: védőnői szolgálatok, ill. az iskola-egészségügy rendszere. Kapcsolatukat mind szorosabbá kell tenni az iskolákkal, óvodákkal. Itt jelentős anyagi érdekeltséget is létre kell hozni. Jelenleg a két szolgáltatástípus csak jelentős önkormányzati támogatásnak, a gyermekellátást támogató hagyományoknak és az erős törvényi háttérnek köszönhető.

## 18. Táppénz

Családtag otthoni ápolására ne kelljen a munkáltatónak az első napokat, ill. a 30%-át fizetnie a táppénznek. Kiadhatóságát viszont főorvos ellenőrizze a háziorvoson kívül.

## 19. Nyilvántartások

1. Egységes, publikus, (havonta) frissített, OEP-pel szerződött szolgáltatói nyilvántartás.
2. Megfelelő szakma szerinti szolgáltatói kódstruktúra (ÁNTSZ), ezekhez kapcsolódó tevékenységi lista, ami segíti a számítógépes ellenőrzést.
3. Pontos, telefonon, interneten a szolgáltatók által lekérdezhető TAJ nyilvántartás.
4. A jelentett pontok részletesebb számítógépes ellenőrzése az egységes elbírálás és a túlfizetések, visszafizetések megelőzésére.

## Befejezés

A fentebb említett témakörök, viszonyok, struktúrák érintése nélkül jelentős átalakulás nem érhető el. A probléma annál jóval nagyobb, hogy csak egy-egy mozzanat kezelése elégséges legyen, ill. a kóros állapot súlyosabb annál, védekező erői szívósabbak, hogy a kompenzáló mechanizmusok gyenge, következetlen, szűk területet érintő beavatkozásokat ne tudjanak kivédeni (lásd kapacitástörvény).

Az átalakítás több síkon futó tervének elkészítése nem könnyű, nem egyszerű politikusi, közigazdasági vagy orvosi feladat. Több nagyságrenddel kisebb szervezetek átalakításával is már külön szakág, a változásmenedzselés foglalkozik.

Az átalakítás csak a maximális konszenzus alapján végezhető el, de természetesen nem szabad a 100%-os egyetértés hiánya miatt késlekedni. Az ellenálló erőket meg kell győzni, érdekeltté lehet tenni, vagy meg lehet velük küzdeni. A cél szent.

● Dr. Szánthó, A. – Dr. Solymosi, T.

### HEALTHCARE REFORM – A CONSIDERATION OF OPTIONS

*This paper outlines the ideas and proposals of the Society for the Protection of Specialists on a possible direction and vision of reforming the healthcare services. The independently practising specialist is put in the focus as the main tool of transformation. It is maintained that the key to transformation and a healthy vision for the future is to allow this group to have property and safe livelihood that is comparable to the rest of Europe.*

● Dr. Szánthó, A. – Dr. Solymosi, T.

### VORSTELLUNGEN ÜBER DEN MÖGLICHEN WEG DER UMGESTALTUNG DES GESUNDHEITSWESENS

*Der nachstehende Aufsatz stellt die Vorstellungen, Vorschläge des Schutzvereines der Fachärzte über einen der möglichen Wege der Umgestaltung und über das Zukunftsbild des Gesundheitswesens dar. Unverhohlen stellen die Autoren den selbständig arbeitenden Facharzt, als Hauptmittel der Umgestaltung in den Mittelpunkt des Prozesses. Der Schlüssel der Umgestaltung und des gesunden Zukunftsbildes ist, wenn diese Schicht zum Privateigentum, zur sicheren Existenz von europäischem Verhältnis verholfen wird.*

A kézirat 2000. március 16-án érkezett.