**Szánthó András dr. gyermek-tüdőgyógyász**

**Milyen ez a reform? Miről is népszavazunk?**

Gyakran kapok kérdést elsősorban betegeimtől, de kollégáimtól is, hogy mi a véleményem a reformról? Ilyenkor vagy elvicceltem a kérdést, vagy hosszú mérlegelő magyarázatba kezdtem hangulatomtól függően.

Kényszert érzek, hogy leírjam. Teljes áttekintést természetesen nem tudok adni. A belső huzakodásokat csak sejtem nem látom. Négy konkrét kérdésen keresztül próbálom bizonyítani a kérdés komplexitását. Ezek a vizitdíj, az ellátási nyilatkozat, a költség-hatékony gyógyszerírás és a legfontosabb az úgynevezett biztosítási reform.

**Vizitdíj:**

Az egészségügyi tevékenység századokon át szélsőséges, rövid élethelyzetek kezeléséről szólt. Az itt működő szakemberek különleges, szinte a vallási vezetők feltétel nélküli társadalmi megbecsülés pozíciójában éltek, tevékenykedtek.

A „fogyasztás” nem egyéni választáson múlt, hanem a különleges élethelyzet - betegség, sérülés - kialakulása volt a kiváltója. Orvos és pap jelenléte bajt jelentett.

Ezen kiszolgáltatott, esendő állapot kezelésére különféle rendszerek jöttek létre. Európa nagyobb részére a bismarki társadalombiztosítási rendszer vált uralkodóvá, és oldotta meg többé kevésbé a problémákat. A polgárok bevételeik arányában tartalékoltak közös kasszába a váratlan események ellátásának fedezeteként.

Az utóbbi időben lényeges változások történtek világszerte. Az egészségügy szolgáltatásaival behatolt a hétköznapokba. Az emberek nagy csoportja életének jelentős részében „beteg”. Egyre több krónikus betegséggel sok évig kiváló munkaképesség, jó életminőség érhető el jelentős egészségügyi élőmunka és pl. gyógyszerköltség felhasználásával. Továbbá az egészségügy fejlődésével egyre több olyan szolgáltatás érhető el, vagy lehetne elérhető, ami a hagyományos betegségkategóriába nem helyezhető el. A fentiek miatt átfogalmazásra szorul a társadalombiztosítás által térítés nélkül nyújtott szolgáltatások köre (ez a kérdés nem témája ennek a cikknek), másrészt a terhek elosztásának változtatása is felmerül. Ez utóbbi egyik lépése a vizitdíj, kórházi napidíj bevezetése (későbbiekben csak vizitdíjként említem). Mivel a szolgáltatások igénybevétele nemcsak szükségletek alapján, hanem egyéni igény szerint is történik, a finanszírozás összetevői között ilyen komponens megjelenése nem indokolatlan, kérdés csak a mértéke. A jelenlegi szint nem akadály a szolgáltatás igénybevételének, ugyanakkor talán korlátozza az indokolatlan orvoshoz fordulás gyakoriságát.

A rendszerváltás után a társadalom rétegeinek eltávolodása egymástól jelentősen felgyorsult. Óriási gazdasági szakadék tátong mind a leszakadtak és a középréteg, mind ez utóbbiak és a rendszerváltás nyertesei a meggazdagodottak között. Nem lehet egységes rendszerrel ellátni őket. Mind a lehetőségeik, forrásaik, mind az igényeik mások. Elképzelésem szerint az átlagpopuláció igényei és lehetőségei szerint kell az alapelveket lefektetni, az automatizmusokat működtetni. Szélső rétegek problémái nem lehetnek a fő elvek kidolgozásának meghatározói. Az ő gondjaikat korrekciós szabályozással, a társadalmi igazságosság figyelembe vételével kell megoldani. A szegények, kisnyugdíjasok ellátáshoz jutását támogatással, a tehetősek – az átlaghoz képest – irreális igényeinek kielégítését az üzleti, piaci egészségügyi ellátás felé terelve. Ezért a vizitdíjat fizetni nem tudó szegények kérdése nem indok a rendszer ellen. Meg lehet oldani, hogy ne legyen akadálya az ellátáshoz jutásnak.

A vizitdíj egy másik probléma megoldására is lehetőség. A közfinanszírozott egészségügy legális forrásai az egészségbiztosítási pénztártól, a költségvetéstől és a fenntartótól jöhetnek.

Jelen hatékonyság mellett többletforrásokhoz adó és/vagy járulékemeléssel, ill. más területtől elvonással lehetséges. Az adó- és járulékemelés programját se a kormányzat, se az ellenzék nem vállalja. (Csendesen emelgeti ugyan a munkavállaló bérét terhelő járulékokat.). A munkáltatók terheit nem meri növelni. Az állam más területről forrásokat biztosan nem irányít át, az EU ma is sokallja a közkiadásainkat. A fenntartók – önkormányzatok, alapítványok, egyházak, vállalkozások – örülnek, ha a beruházási, felújítási igényeknek eleget tudnának tenni, nemhogy a folyó kiadások hiányait egyenlítsék ki. Egyetlen helyről jöhet többlet – a szolgáltatást igénybevevő zsebéből. A vizitdíj bevezetésével többletforráshoz jutottak az egészségügyi szolgáltatók úgy, hogy a bérterhek nem növekedtek, a költségvetésnek se kerül emiatt többe az egészségügy.

Előnye még a vizitdíjnak, hogy véglegesen megszűnt az ingyenesség látszata is az egészségügyben, ezzel felértékelődhet az orvos-beteg találkozás.

Miért nem látszanak a bevezetésének eredményei?

Alapellátás – jelentős bevétel növekedést eredményezett (10 % fölötti). Sajnos időben egybeesett az amortizációs pénzek visszavonásával. A két egymással ellentétes irányú változás teljesen kioltotta egymást mind a háziorvosi mind az általános köztudatban, annak ellenére, hogy a vizitdíj-bevétel becslésem szerint kb. 5-6x nagyobb, mint az amortizációs pénz, továbbá az utóbbi csak a minimumfeltételekben meghatározott beruházások teljesítésére lehetet felhasználni, addig az előbbi szabad felhasználású pénz.

Csökkenthette a vizitdíj népszerűségét az ellátók körében a paraszolvenciára gyakorolt várható hatása.

Sajnos a várakozási időben se látni csökkenést, mert az adminisztrációs terhek növelésével is egybe esett a vizitdíj bevezetése (pl. közgyógyellátási igazolvány igénylése, napi betegforgalom jelentése az OEP felé, költséghatékony gyógyszer rendelés, és annak gyors változásai).

Így sem háziorvos, sem a páciens nem éli meg a változást pozitívan.

Szakellátás – nagy önkormányzati rendelők, kórházak – a vizitdíj bevételt rossz anyagi helyzetüknek köszönhetően felszívták, mint szivacs a vizet. Ritka eset, hogy a betegek és/vagy az ellátók bőrükön érezhették a vizitdíj jótékony hatását.

Mindezek ellenére a vizitdíj javít a szolgáltatók anyagi helyzetén és mértéke nem olyan nagy, hogy korlátozza az indokolt orvoshoz jutás lehetőségét. A lakosság döntő többsége zokszó nélkül tudomásul vette a vizitdíj bevezetését. Egy-két kezdeti szerencsétlen esett után a kedvezményezettek köre is rendeződött. Ez a kérdés lefutottnak tűnik. Visszacsinálása újabb társadalmi terhelést jelentene. A visszaszervezésektől is kímélni kellene már az embereket. Ha annak csak erőfitogtatási hozadéka van.

**Ellátási nyilatkozat**

Kórházak esetén nem indokolatlan bevezetése. Egy-egy eseménynek igen jelentős a költsége. Egyéb ellátási formáknál – járóbeteg szakellátás, alapellátás nem időszerű. Sokkal nagyobb a baj. Magyarországon az alapellátási és járóbeteg szakellátási orvos-beteg találkozások még jelentős részénél semmilyen dokumentumot nem kap a beteg. Fontosabb lenne, ha arról kapna valami írott anyagot, hogy mit talált az orvos, mit javasolt, hová irányította a beteget. Ezt elő kell írni. (lehet, hogy valahol elő is van) Ha ezt a törvényhozó előírná – és betartatná (!) – az összes szolgáltató kényszerítve lenne számítógépes karton vezetésre. Ez szakmailag igen jelentő előrelépés lenne. Persze a kézzel írott karton, táppénz nyilvántartás, ill. bármi dupla adatrögzítés megszüntetésének minden vélt, vagy valós akadályát megszűntetve mind az alapellátásban, mind a szakellátásban.

Az ambuláns lapnak miért ne lehetne – és ma már sok programban része is – az ez elvégzett vizsgálatok felsorolása, és annak ára. Ezt természetese megkapja a beteg, ha már ki kell nyomtatni, és elő van írva az átadása a betegnek. Ellenőrizni kell.

Miért kell újabb papír hegyeket gyártani?

Az ellátás minőségét nem javítja az aláírt másodpéldány lefűzése. Meglétét ugyan úgy ellenőrizni kell. De növeli az adminisztrációt az úgyis túlterhelt rendelőkben, papír és tinta feleslegesen fogy, növeli a 30 évig tárolni szükséges egészségügyi dokumentációt. Fenntartható növekedés, környezetvédelem?

El kell érni, hogy minden orvos beteg találkozásról a beteg kapjon dokumentumot, és elég ennyi.

**Költség hatékony gyógyszer írás:**

Nehéz volt addig lépni ebbe az irányba, míg a praktizáló orvosok jelentős része komoly támogatásokat kapott, várhatott a gyógyszergyáraktól utazások, ál study-k, valódi study-k, kongresszusi részvételi támogatások formájában. A gyárak, forgalmazók megszorongatása jelentősen csökkentette az ilyen pénzeket. Az orvosok gyógyszerfelírási szokására gyakorolt határozott kormányzati nyomás a generikumok irányában ekkor vezetett csak eredményre. A két együttes hatás több 10 milliárdos megtakarítást eredményezett a gyógyszer kasszában 2007-ben. A lépések indokoltak voltak, előbb is meg kellett volna tenni. Eddig sajnos csak a sikertörténet.

Hogy mi lesz tavasszal? Az irányított betegellátási modellkísérletből átemelt, már ott is torz szabályozás rendszer hatályba lépésével. Oldalnyi cikkek jelentek meg több újságban a tarthatatlanságáról.

Bevezetésével egy új adónem születik – saját definícióm: (HGYFA) Hatékony **Gy**gyógyszer **F**elírási **A**dó. Lineáris kulcsos. A szolgáltatókra, nem az orvosokra lesz kivetve. Az adó alapja az orvoskar (mindig) 48 %-nak a tevékenysége. Annak a 48 %-nak, aki olyan gyógyszert ír, amit már az OEP (!!!) jónak, hatásosnak, modernnek, kevés mellékhatásúnak ítélt. Ezek sajnos drágák, emiatt javasolt az OEP (!!!) magas társadalombiztosítási támogatást a gyógyszer megvásárlásához.

Működésemben az adót tudomásul vettem, de nem vagyok hajlandó miatta betegellátási gyakorlatomat megváltoztatni. Bevételünk 5-10 %-kal lesz emiatt kevesebb, ha valóban hatályba lép.

**Biztosítási reform:**

A tervezet nem biztosítási reform, hanem ellátás szervezési reform. Nem más, mint az irányított betegellátási modellkísérlet teljessé tétele. Azzal a különbséggel, hogy a modellkísérletben az ellátás szervezés során megtakarított hasznot - legjobb tudomásom szerint - szigorú szabályok között vissza kellett forgatni az ellátásba bér, vagy beruházás formájában. Most ezt ki lehet emelni, kikerülhet az egészségügyből. Ez az egyik veszély.

A másik a tőke megjelenése. Az ellátásszervezők – akiket most még biztosítóknak neveznek - szerencsére csak 49 % mértékéig befektetőket fogadhatnak be. Nem biztos ez a pontos szó. Természetes ezt a százalék mértéket a befektetők keveslik. Így nem teljes a beleszólásuk az irányításba formálisan. A befolyásuk azonban így is jelentős lesz. Nem látszik olyan akadály, ami a tőke érdekek érvényre jutását jelentősen akadályozná.

Szerencsére a tagtoborzás nem lesz akkora gond, ezt részben a fejkvóta megoldja. De akkor is jobb, ha az egészségeseket begyűjteni.

A legnagyobb veszély a költségcsökkentés vágya. Ez eddig is meg volt. Az ellátók eddig is megtették, akár a minőség rontásig is, hogy az intézmény megmaradjon. Más szóval az intézményi érdekek a beteg érdekei elé kerülése egyre gyakrabban előfordul. Erre a hatásra erősít rá a 24 bevételre vágyó ellátásszervezőt - toborzó biztosító megjelenése. Ki, kik fogják ellenőrizni, amikor ennek se a hagyománya, se a szervezeti háttere nincs meg?

A beteg oldalán alig áll erő. Pozíciója az új szereplőkkel tovább gyengül.

Az OEP és a törvények nyomása az ellátókon személytelen, az ellenőrzés sokszor csak informatikai. A naturáliák fogyását, a tényleges egészségügyi eseményeket alig ellenőrizte az OEP – MEP. A mostani ellenőrzések se a beteg szempontjából történtek, nem a szakmai, hanem a finanszírozási szabályoknak történő megfelelést vizsgálják.

Az egészségbiztosítási felügyelet létrejötte igen fontos lépés, de tevékenysége utólagos, nem preventív. Nincs ott minden nagyobb ellátónál. Nem a folyamatot vizsgálja, hanem csak feljelentésre a vélt hibákat.

Hol van az orvos? Mi lenne a szerepe? Gazdaságilag és szakmailag aránylag magas függetlenséggel a beteg és a finanszírozási gépezet közé kellene álljon. Segítve a finanszírozót a túlzott páciensi elvárások reális mederbe terelésével, de megvédve a beteget az egészségkárosító, gyógyulási esélyét csökkentő pénzügyi kényszer elhatalmasodásától. További dolga lenne a harc a jelentős költségigényű modern eljárások bevezetésért.

A tervezett változásokkal azonban nem hogy nőne az orvos függetlensége, de egyre kiszolgáltatottabbá válik a finanszírozói oldalnak. Ez nagy valószínűséggel a legális orvosi bevételek csökkenéséhez fog vezetni. Mindezek eredőjeként nő az igény a paraszolvencia elfogadására, ill. erősödik a vágy a betegben az adására, hiszen érzi a növekvő távolságot, és a maga oldalára akarja állítani az orvost.

Ezen a sötét vízión kívül van egy világosabb szürke is.

Az orvosok az ellátásszervezőkkel szemben végre egységesebb érdekvédelmi tevékenységet fognak folytatni. De ehhez sokaknak kell az állását elveszteni ill. veszélyben látni. Kiváló marketing munkával kellene bemutatni, hogy az intézményfinanszírozásról le lehet választani az orvos finanszírozását, az intézményfinanszírozási válság ne temesse maga alá az orvosok, orvos-csoportok tudását, tapasztalatait. Erősödő érdekvédelemmel el lehetne kerülni a kollégák közötti „lefelé” árversenyt is. Ez a vízió csak akkor válhatna eredményessé, és a társadalomtól támogatottá, ha a paraszolvencia teljes tagadása párosulna hozzá belső garanciával.

Összefoglalásul jó, ügyetlen és káros elemek összessége a reform. Vannak jelentéktelen kellemetlenségekkel járó súlytalan, csak a kiadásokat növelőek (pl. ellátási nyilatkozat), várhatóan pozitív hatásúak, csak egy kis türelem (pl. vizitdíj, generikum preferálás) és egyértelműek káros, veszélyes összetevői – a biztosítási reform jelen formája. Különösen veszélyes, hogy jelentősén túlnő a súlya a egészségügyön. Széleskörű – indoklolt – elutasítása akár koalíciós válsághoz, így kormányzati válsághoz is vezethet. Itt a magyar átok. Akár elfogadom, akár elutasítom prolongálom a zürzavart. A visszacsinálás további jelentős pénzekbe fog kerülni. Az irányító szervezetek lefejezésre kerülnek, évek, míg életre kellnek újra.

Egyetlen megoldás lenne – a széleskörű tiltakozás miatt álljanak le a biztosítási reform bevezetésével a kormánypártok. Még nyereséggel is szállhatnának ki a buliból. Ők megpróbálták. A biztosítási rendszer átalakításán kívül van még mit csinálni az egészségügyben.