

RET-KÓR

Reform

A kormány az egészségügyi reformon belül, a járóbeteg-szakellátást, a mentőszolgálat fejlesztését és az ügyeleti rendszert kiemelt feladatként kezeli, de nem a miniszter feladata megmondani, hogy mindezen hol és hogyan működjön! Horváth Ágnes egészségügyi miniszter szerint a négyszáz milliárdnyi uniós fejlesztési forrást jól kell elkölteni, ezért a minisztériumban a kistérségi járóbeteg-szakellátási központok létrehozására mintaprojekteket dolgoznak ki, és a közeljövőben folytatják a kistérségeknek szervezett felkészítő tréningeket. A hivatkozott kijelentéseket az egészségügyi miniszter, a Községek, Kistérségek és Kistérségek Országos Szövetségének budapesti konferenciáján tette, ahol az egészségügyi reformról – a háziorvosi és járóbeteg-szakellátási feladatokról – szóló diskurzus volt a legizgalmasabb téma. Az ott elhangzottak és a kistérségi településpolitikusok által felvetett problémák figyelemre méltóak, ezért is tartjuk fontosnak, hogy a jelenlegi helyzetről egy rövid áttekintést adjunk.

A helyi önkormányzati fenntartók döntési lehetőségeiről

Mint emlékeztetés, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi vonatkozó törvény, az egészségbiztosító által a társadalombiztosítás keretében finanszírozott fekvőbeteg-szakellátási kapacitások felosztását és a hozzárendelt ellátási területek meghatározását, az illetékes regionális egészségügyi tanácsok (RET) döntésére bízta.

Tudjuk, hogy ezzel a lehetőséggel a regionális tanácsok akkor nem éltek, ezért Molnár Lajos volt miniszter március végén meghozta azt a határozatát, amely az ágyszámokra és a területi lehatárolásokra vonatkozott, ez ellen már fellebezni nem lehetett. (Erről részletesen lásd a www.antsz.hu-t.) Ugyanakkor a törvény lehetőséget ad a szomszédos régiókban működő RET-eknek arra, hogy a finanszírozott fekvőbeteg-szak-

ellátási kapacitásuk terhére megállapodást köthesse a régiók közötti kapacitásadásról, amennyiben az a régió határának mentén élők egészségügyi ellátása érdekében szükséges, és a megállapodással az érintett valamennyi önkormányzat egyetért.

Ezekben az esetekben

az ellátási terület, illetve a kapacitás a fenntartók megállapodása alapján változtatható. Ebből adódóan régió-

határoktól függetlenül általános lehetőség nyílik arra, hogy az egyes önkormányzatok a területi ellátási kötelezettség területi határait módosítsák, és megállapodást kössenek az ellátási kötelezettség módosításáról. A törvény arra is lehetőséget ad, hogy a helyi önkormányzat egészségügyi szakellátási kötelezettségét más egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel vagy más fenntartóval, illetve egészségügyi szolgáltatóval szerződés alapján teljesítheti. A szerződéskötés során a helyi önkormányzatokról szóló törvényben foglaltakat kell alkalmazni.

Mindebből következik, hogy bár a közfinanszírozott fekvőbeteg-szakellátási kapacitások mennyiségének felosztásáról és az ellátási területről – a RET döntésének hiányában – a miniszter



rendelkezett, a helyi önkormányzat (mint fenntartó) a törvényben meghatározott ellátási kötelezettségét más egészségügyi közszolgáltatóért felelős szervvel (más helyi önkormányzat, illetve központi államigazgatási szerv) vagy más fenntartóval (pl. alapítvány, egyház), illetve egészségügyi szolgáltatóval történő ellátási szerződés megkötése által is teljesítheti.

Disputa

Mi a baj a jelenlegi rendszerrel? Az, hogy nem garantálja a minőséget, nem szolidaris (egyenlőten elosztás, hálapénz, priviligiumok), nem finanszírozható, ezért nem tartható fenn.

A kistérségek ellátása fejlesztésre szorul, és ehhez az uniós források is rendelkezésre állnak. A miniszter szerint hazánkban húsznál több kistérségben teljesen hiányzik a járóbeteg-szakellátás. A KÖSZ rendezvényén Horváth Ágnes hangsúlyozta, hogy azokon településeken, ahol tizenötezer feletti a lakosok száma, és nincs

járóbeteg-szakellátás, ott érdemes uniós forrásokból megteremteni a komplex szakorvosi ellátást. Véleménye szerint indokolt a szakellátó intézményekhez rendelni a központi ügyeket is. A kormány fontossági sorrendet állítva kiemelt feladatként kezeli a járóbeteg-ellátást, a mentőszolgálat fejlesztését és az ügyeleti rendszert, de nem a miniszternek kell megmondania, hogy mindez hol legyen, és hogyan működjön. (Több településpolitikus kérte a minisztertől, hogy a tárca legyen rugalmasabb a lakosságszámot illetően, hiszen van olyan kistérség, ahol a lakosok száma 15 ezer fő alatt van.) A miniszter emlékeztette a kistérségi településpolitikusokat: azért számolnak minimum 15 ezres lélekszámmal, mert nem szabad olyan beruházásokat létesíteni, amelyeket hosszú távon nem tudnak fenntartani. Az Európai Unió ugyanis ötéves folyamatos működést vár, és ha ez nem valósul meg, megvonja a támogatást. A négyszáz milliárdnyi uniós fejlesztési forrást

jól kell elkölteni. A minisztériumban mintaprojektet dolgoznak ki, kistérségi szinten tanácskozásokat szerveznek. Horváth Ágnes arra kérte a döntéshozókat, hogy a járóbeteg-szakellátás legyen olyan szakmai program, amelyben helyi szinten döntenek az adott egészségügyi szakellátó központ helyéről, és ezek az intézmények legyenek közös fenntartásúak.

Melyek a legfőbb alapelvek?

Fontos a *szolidaritás*, senki nem maradhat megfelelő ellátás nélkül, nem alakulhatnak ki szegényeket, illetve gazdagokat biztosító társaságok, az ellátás minden biztosítottak egyenlő mértékben jár. Ugyanakkor a *verseny* elvének működni kell, hogy a biztosítottak választhassanak a versenyző biztosítók között, mert ez vezet az általuk kínált szolgáltatások minőségének javulásához. Lényeges, hogy a biztosítók választhatnak a szolgáltatók között, mert ezzel érhetik el a minőség javulását és a költséghatékonyságot. Fontos a

Földrajzi kitekintés

Európa nagy részén több-biztosítós rendszer működik, Skandináviában önkormányzati rendszer, Nagy-Britanniában állami ellátás van, Dél-Európa a kevert modellek jellemzők.

biztonság, a fokozatos átmenet és a politikától független stabil rendszer, valamint az erős Egészségbiztosítási Felügyelet.

Miért nem jó az egybiztosítós modell?

A programalkotók szerint az egybiztosítós modellben valójában nincs verseny, nincs meg az a hajtóerő, ami kikényszeríthetné a folyamatos minőségjavítást az intézményektől, és nem lehet megszüntetni a politikai befolyást. Az egy biztosítóért ugyanúgy a kormány vállalja a felelősséget, mint ma az Országos Egészségügyi Pénztárért. Ezekből következően nem garantálható sem a jobb minőségű, sem a gazdaságosabb ellátás. Kompromisszumos javaslat a vegyes modell, amely megoldást kínál valamennyi felvetett problémára.

Garancia a versenyre és a biztonságra

Tervek szerint az OEP egy részéből létrehoznának egy Állami Egészségbiztosítót. Ez garantálja majd a biztonságot és az állami felelősségvállalást. Az állami szer-



vezet mellett megadják a lehetőséget a magánbiztosítók versenyzésére, már a kötelező biztosítások területén is. Ezzel többletfizetés és járulékemelés nélkül teremtenének versenyhelyzetet a biztosítók között: a jobb ellátást kínáló több biztosítottat tudnak meggyőzni, így nagyobb bevételhez jutnak. A jobb ellátás érdekében a biztosítók a legjobb ellátást nyújtó intézményekkel szerződnének. A tervek szerint ez vezet az ellátások színvonalának, illetve gazdaságosságának fejlesztéséhez.

Ki mennyit fizet, és mennyit kap majd?

Alig, hogy az új egészségügyi miniszter átvette megbízólevelét, máris elindult a találgatás, távozik-e Horváth Ágnes, ha nem jön létre az a kompromisszum, amely a liberálisok által elhatározott több-biztosítós modell megvalósításához szükséges. A sajtóban a kétség már úgy körvonalazódik, hogy vajon az idős, szegény nyugdíjasokkal járnának jobban az üzleti biztosítók, valóban jobban megéri majd idős, nyugdíjas ügyfeleket toborozniuk, mint „fiatal menedzsereket” az SZDSZ modelljének kockázatkiegyenlítő mechanizmusai alapján? Mely szerint a biztosítóknak az sem volna mindegy, hogy ügyfeleik az ország mely részében élnek – a hátrányos helyzetű térségek lakói után kiegészítő kvóta járna.

Liberális szakértők azt állítják, hogy a szabaddemokraták modelljébe olyan erős garanciák vannak, hogy akár: egy idős, nyugdíjas nővel jobban megérne szerződnie a biztosítónak, mint egy „fiatal, jól kereső menedzserrel”.

Korlátok közé szorítanak

Egy háttérszámítás szerint, a létrehozni kívánt Egységes Nemzeti Kockázatkezelő Alapba (ENKA) egy 60 ezer forintos nyugdíjjal rendelkező idős asszony után évi 64 800 forintot fizetne az állam, míg annak a biztosítónak, amellyel az illetőnek szerződése van, évi 270 ezer forint fejkvóta járna. Ugyanez egy havi 800 ezer forintot kereső menedzser esetében, aki jövedelme után évi 1 millió 440 ezer forint járulékot fizet az alapba, csak 58 ezret utalnának tovább a biztosítónak, a fennmaradó összeget kockázatkiegyenlítésre szánják. Vagyis, a biztosított személyek után a biztosítóknak juttatandó fejkvóta – a jövedelmen és az életkoron túl – az illető nemétől és lakóhelyétől is függhet. Sok szó esik arról is, hogy ma meglehetősen nagyok a regionális egyenlőtlenségek a pénzügyi finanszírozások terén, és éppen az ország legfejlettebb területeire esik a több költségvetési pénz. Míg a fővárosban egy emberre évi 97 ezer forintnyi egészségügyi költség jut, Észak-Magyarországon ez a szám csak nyolcvan ezer. Elképzelés szerint a biztosítók döntenek majd el,

hogy milyen kórházakkal szerződnek ügyfeleik ellátására, de itt is elég komoly kötöttségek mellett. Hiába nincs szerződésük például egyetlen kórházzal sem egy adott régióban, ha onnan valaki belép hozzájuk, a meghatározott protokollok miatt kötelesek lesznek egy, az előírt távolságon belüli (ez valószínűleg 60 kilométer lenne) intézménnyel kontraktust kötni. A liberálisok azt is várják a változástól, hogy szűnjön meg a „főorvosi ágyak” intézménye. Egyes számítások szerint a kapacitások harmadát ilyen formában veszik igénybe, ezért is akadhatnak gondok az ellátásban.

Civilek hiányolják a társadalmi párbeszédet

Az ellenzéki képviselők és a szakmai szervezetek többségükben az egybiztosítós modell mellett érvelnek, véleményük szerint a reform mögül hiányzik a társadalmi közmegegyezés, a több-biztosítós modell az időseknek és a nagycsaládosoknak sem kedvez. Egy civil szervezet által kezdeményezett tanácskozáson a résztvevők határozati javaslat-tervezetükben felhívják a kormányfigyelmét arra, hogy vegyék komolyan az eddig bejelentett változásokkal kapcsolatos kritikákat, ismerjék el a hibás lépéseket, tegyenek korrekciós intézkedéseket, és a döntésekbe vegyenek részt a szakmai és érdekképviseleti szervezetek. Ugyanezen a fórumon, a székesfe-

hérvári Szent György Kórház orvos-igazgatója magánvéleményként azt fogalmazta meg, hogy: az egy- vagy több-biztosítós modell kérdésénél sokkal fontosabb, hogy a kötelezően ellátandó feladatokra az intézmények pénzügyi garanciát kapjanak, ha meg többletfeladatokra is szerződnek az intézmények az üzleti biztosítókkal, abból csak előnyük lehet a kórházaknak.

Adok-kapok

A Községek és Kistérségek Országos Szövetségének budapesti konferenciáján *Wekler Ferenc*, a szövetség elnöke is fontosnak tartotta a reformról folytatandó párbeszédet, ezért az egészségügyi minisztert meghívta a május végi balatoni konferenciájukra is, azzal a szán-



dékkal, hogy a kistérségekre háruló járóbeteg-szakellátásról több információt kapjanak, illetve adjanak a tárca képviselőinek. A településpolitikusok nem titkolták, hogy szeretnének a kistérségek érdekében lobbizni, lehetőség szerint indokolt kérdésekben a minisztérium elképzeléseit alakítani.

Csikó Ildikó