

Vízió –milyen egészségügyet akarunk?

Elöljáróban

Az egészségügy ma már a közbeszéd fősodrába ért, és a különböző felmérések szerint a problématerképek top3-ban szerepel. Ennek ellenére a „megoldástérképeken” nem találjuk az egészségpolitikát, **nincs valós párbeszéd a megoldáskeresésről, az egészségügy jövőképéről.** Ez a helyzet inspirálta a Healthalternativa nevű Google csoporthoz csatlakozott egészségügyi szakértőket ennek a dokumentumnak az elkészítésére. A csoport célja, hogy szakmai vitákat kezdeményezzen az egészségügy jövőképéről, a lehetséges alternatívákról. A csoport politikamentes, pártkötődés nélküli, de egyfajta értékközösséget alkot, amelyben a szolidaritás, a szubszidiaritás, a rendszerszintű hatékonyság javítása, illetve a populációs egészségi állapot maximalizációjára való törekvés és a demagógia elutasítása jelenti a meghatározó érték-pontokat. Emellett *közös célunk a rendszer szereplőinek az elégedettségének növelése, a gyógyítás és gyógyulás közérzetének javítása.*

Meggyőződésünk, hogy a technológiai fejlődés, a megváltozott morbiditási és társadalmi környezet miatt **az örökölt rendszer kizárólag többletforrásokkal és korrekciókkal nem tartható fent, új modelleket, új megoldásokat kell keresni.**

A vitaindító a dokumentumnak célja egy lehetséges és igazságos, de fenntarthatónak gondolt jövőkép, vízió felvázolása, amely bárki számára szabadon felhasználható alap lehet innovatív programalkotáshoz. A dokumentum ebből következően *nem program, nem annak a szándékával és igényével készült,* és ambíciójában az összes fontos terület említése sem szerepelt. Nem általában a populációs egészség javításának eszközrendszerét tekinti át (akkor a népegészségügyi fejezet sokkal erősebb lenne), hanem az egészségügy ellátórendszer kérdéseire koncentrálnak.

Az elkészült vízió a www.healthalternativa.hu oldalon (lesz) látható, és ez az oldal gyűjti az egyes részterületek elemző és/vagy programszerű dokumentumait.

Ebben a munkában mindenkire számítunk, aki az alább közölt vízió értékrendjével, céljaival egyetért. A kifejtéshez szánt dokumentumokat a healthalternativa@gmail.com email címre várjuk.

2017. május

Alapvetések

1. Az (orvos)tudomány fejlődése, a megváltozott demográfiai, megbetegedési és kulturális viszonyok miatt **az egészségügyi rendszernek a 20. század második felére jellemző formája** – a létező technológiák kvázi-teljeskörű biztosítása biomedikális szemléletű közfinanszírozású rendszerben – **nem tartható fenn**.
2. A populációs szintű jó egészségi állapot a nemzet legfontosabb erőforrása, azaz GDP termelő. Ennek **feltétele a társadalmi igazságosságot megvalósító, szolidaritáson alapuló és erőforrásokkal megfelelően ellátott, hatékony működésű egészségügyi rendszer**.
3. Az egészségügyi rendszer **egyformán fontos két alapelve a szolidaritás és a szubszidiaritás**. Az igazságosság ma reálisan azt jelenti, hogy **a társadalmi méretben mindenki számára biztosítható ellátásokhoz mindenkinek hozzá kell jutnia jövedelmi helyzetétől függetlenül**. Ugyanakkor *ki kell mondani, hogy ma már nem biztosítható mindenkinek minden technológia korlátozás nélkül*. Ezért meg kell határozni a közfinanszírozás tartalmát (**ellátási csomag**).
4. A jövő egészségügye egyre összetettebb lesz, a **differenciált igényekhez és differenciált képességekhez csak egy sokszínű rendszer tud hatékonyan alkalmazkodni**. Ezért a reális jövőképben egységes szabályozással, egységes ellenőrzéssel **az állami (közfinanszírozott) és piaci szegmens együtt alkot egy egységes, átjárható/egymásra épülő ellátórendszert**.
5. Az ellátórendszer szerkezetét, az egyes szintek kapacitását/igénybevételi tömegét **hozzá kell igazítani a megváltozott szükségletekhez és új technológiai lehetőségekhez**. Az egészségügyi rendszer egyik legfontosabb képessége az **adaptivitás**.
6. Az egészségügy működése költségvetési oldalról mindenképpen többletforrást igényel, de **a fenntarthatóságnak a hatékonyságjavulás ugyanolyan fontos feltétele**. Ennek az egészségügy részéről feltétele **a működés mérése és transzparenciája, és része a betegek egészség- és költségtudatosságának javulása**. (Az egészségügy meghatározó forrása a közpénz, ezért a közpénzek hatékony felhasználása – a terápiás együttműködés – a betegeknek is kötelessége, érdeke.)

Népegészségügy

A **populációs egészség feltételeinek biztosítása öszkormányzati feladat**, és alapvetően nem ágazati kompetencia. Ebben kiemelt feladata van a szociálpolitikának, oktatáspolitikának, környezet-politikának, és általában az életmód-befolyásolásnak. **Az egészségügyi kormányzat feladata** etekintetben:

- Az igazságos hozzáférésű, az egyenlőtlenségeket korrigáló, kompenzáló egészségügyi ellátórendszer szervezése, működtetése, felügyelete.
- A közegészségügyi feladatok ellátása.
- A népegészségügyi (prevenciós, egészségfejlesztési) feladatok szervezése, részben ellátása (együtműködés az oktatási, környezetvédelmi, szociális tárcával).
- Olyan finanszírozási és ösztönzési rendszer kialakítása, amely ösztönzi a szereplőket (ellátók és ellátottak) az egészség megóvására, szűrően való részvételre, egészségtudatosságra.
- A legnagyobb társadalmi terhet okozó betegségek leküzdésére komplex programokat kell szervezni a primer prevenciótól a hightech csúcseállításig.

A jövő egészség-felelőségében bizonyosan erősödni fog a **szintér jellegű megközelítés**. Növekszik a helyi közösségek, a lakókörnyezet, a **munkahelyek szerepe**, amelyek integrálhatják a mai foglalkozás-egészségügyi ellátást a munkahelyi egészségfejlesztő programokkal és a társadalombiztosítás által finanszírozott gyógyító ellátásokkal, akár vegyes finanszírozási modellben is.

Az egészségfejlesztésben, prevencióban az iskoláknak is aktívabb szerepe lesz.

Ellátórendszer

A jövő egészségügye **szabályozott** (protokoll-alapú), **átlátható, nyilvános eredményességű működésen és együtműködésen alapul** (CBM - Cooperation Based Medicine). A **gyógyítás egyre inkább team munkává válik**. Ez nem csak az ellátók együtműködését jelenti, hanem a **betegek együtműködést** is. A jövő egészségügyének kulcsa, „fordítókorongja” az info-kommunikációs technológiák (IKT) általános használata. Ez teszi team munkává a gyógyítást, ez az alapja a tudásmegosztásnak, kollektív tudáson alapuló gyógyításnak, és ennek segítségével a **gyógyítás tere kitér és a beteg felé tolódik el**, aki ezeken az eszközökön keresztül aktív résztvevője gyógyításának.

Az egészségügy **feudalisztikus és paternalisztikus viszonyrendszerét** úgy az ellátók belső viszonyában, mint az orvos-beteg viszonyban a **partneri együtműködési viszony** váltja fel.

A jövő **gyógyításának** így egyaránt fontos szereplője a **közösségi ellátórendszer, a magánegészségügy és az információtechnológiai támogatást kapó beteg**.

Az igazságos hozzáférésű, hatékony és biztonságos ellátást garantáló egészségügyi ellátórendszer

- **a lakosság-közeli ellátások** (*közösségi ellátásra épülő emelt szintű alapellátás mikrotérségi egészségházakban és egy napos sebészetet és nappali kórházat is magába foglaló rendelőintézetek*) **megerősítésén,**
- *a progresszivitás elvét kompetenciákban is megvalósító differenciált feladatú kórházrendszeren* (a folyamatos ellátást nyújtó **báziskórházak** és a kiemelt ellátások koncentrációja (**centrumok**)),
- piaci elemeket bevonó, de határozott **fejlesztéspolitikán,** ehhez kapcsolt szabályozott, **átlátható és megkövetelt betegutakon,**
- **az ellátók és az ellátottak IKT eszközökkel megerősített együttműködésén,**
- **nyilvános minőségi mutatókon,** és ezen (is) alapuló forráselosztáson **alapul.**

Mindez a **képzés, szakképzés átalakítását** is ki fogja kényszeríteni. A technológiai és informatikai/tudás-technológiai fejlődés olyan mértékű, hogy a hagyományos orvosi tudás mellett egészen **más készségekre és képességekre van szükség.** Ezért orvosok, egészségügyi szakemberek olyan gyakorlatias szemléletű képzést kapnak, amely alkalmassá teszi őket az **életfogytig tanulás képességének elsajátítására.** Ennek eredménye a kompetenciák folyamatos újraértékelése, a jelenlegi orvosi feladatok egy részének delegálása, a szubszidiaritás elvének érvényesülése a gyógyítás szereplői között. A jövő oktatása **csapatjátékosokat képez,** akik **mind a beteggel, mind a munkatársaikkal** (ideértve a horizontális és vertikális rétegeket is) **csapatként tudnak együttműködni.** Ennek feltétele, hogy az egészségügy dolgozói az egészségügyi ismeretek mellett a rendszerrel kapcsolatos és szervezési ismeretekkel is rendelkezzenek.

A **képzés tervezése** a jövőben az alábbi algoritmusra épül: **előbb kell megtervezni az egészségügyi ellátórendszer elvárt szerkezetét, az ehhez szükséges HR igényt és kompetencia-szinteket,** majd ehhez lehet magát a képzést mennyiségben és minőségben igazítani.

Az ellátórendszer **szerkezetében a jövőben sokkal jobban elkülönülnek az egyes ellátás-típusok** (aktív ellátás, rehabilitáció, szakápolás), de szervezetiileg **jobban elkülönülnek az akut (sürgősség) és az elektív ellátást** nyújtó intézmények/intézményrészek is. **Markánsabban érvényesül a progresszivitási elv,** de a *progresszivitás* nem egy országos piramis, hanem az esély- és hozzáférési egyenlőtlenségek csökkentése érdekében *regionális piramisok együttműködő hálózata.*

Az **alapellátás** nem egységes szervezetű - kompetenciájú, hanem **többféle forma együttélésén alapul,** de a támogatott modell a mikrotérségi **egészségházon alapuló csoportpraxis,** amely hasznosítja a praxisközösség modellkísérlet eredményeit is.

Finanszírozás

*Egyre kevesebb ember egyre több beteg egyre drágább ellátását kénytelen fizetni, és a demográfiai, a tudományos-technológiai trendek folyamatosan és kódotlan növelik az egészségügyi szükségleteket. A gyógyítás új szakasza, a precíziós személyreszabott gyógyítás várhatóan tovább élezi a finanszírozás és az általános hozzáférés feszültségeit. Ezért **reális, az igazságosságot és a működőképességet, valamint az egyéni- és a közfelöltséget összhangba hozó egészségügyi finanszírozásra van szükség.***

Az igénykövető szociális biztonság csak a közfinanszírozás és a szervezett, – a köz által szabályozott – magánfinanszírozás együttműködésével biztosítható.

Forrásképzés

A társadalmi igazságosság (populációs egészségnyereség) szempontjából az a fontosabb, hogy az egészségügy működésének **legalább 70%-át szolidaritás elvű közfinanszírozás adja**, és ez az arány a **közforrások növelése** miatt álljon elő. Az elvben másodlagos, hogy ez milyen rendszerben (TB vagy NHS) történik.

Ugyanakkor **a magyar hagyományokhoz a társadalombiztosítás rendszere áll közelebb**, és a jelenlegi problémákra is könnyebb társadalombiztosítási rendszerben megoldást találni.

Társadalombiztosítás

A közösségi egészségügy működését *meghatározó forrásként a megerősített társadalombiztosítás* fedezi. A társadalombiztosítás megújításában **egyensúlyba kell hozni szolidaritási és biztosítási elemeket**. A **szolidaritási elv** azt követeli, hogy *senki ne maradhasson ellátatlan, de ne is maradjon ki a teherviselésből*. A társadalmi igazságosság azt követeli, hogy a járulékfizetésre nem képesek után az állam szükségletarányos járulékot fizessen. A versenyképesség azt követeli, hogy *a munka világa felől a költségvetés, vagy az egészség- kockázat- okozó magatartás (termékdíj) felé tolódjon el a teherviselés*.

A biztosítási elvből fakadó alapvető köteleesség az ellátási csomag meghatározása, (biztosítási kötvény jelleggel meg kell tudni mondani, hogy milyen kötelezettség terheli a járulékfizetőt, és a befizetéseiért cserébe mi jár neki), de a korszerű biztosítási technikákat (pl.: bónusz málsusz) is intenzívebben kell alkalmazni a társadalombiztosításban.

Az ellátási csomag meghatározásának dimenziói:

- milyen célból, **milyen kockázat miatt** bekövetkezett ellátást finanszíroz a társadalombiztosítás
- **milyen szakmai tartalommal** (alkalmazható technológiák) jár külön térítés nélkül (finanszírozási protokollok)
- **milyen eljárásrendben** jár az ellátás (beutalás, területi elv stb.)
- milyen **hozzáférési garanciákkal** (térbeni és időbeli) jár az adott ellátás

A fenti dimenziók együttesen alkalmasak az ellátási csomag biztosításpolitikai szempontokat kielégítő meghatározására.

Ha nem (kizárólag) állami ellátórendszerben, hanem szektorsemleges finanszírozásban gondolkozunk, akkor meg kell oldani **az amortizációs költségek rendszerszintű, szektorsemleges beépítését.**

Magánfinanszírozás

A magánfinanszírozás átalakításában az alábbi irányok fontosak

- Az ún. out of pocket (aktuális likviditás terhére történő) költést **minél nagyobb arányban kockázatkezelte finanszírozássá** (magánbiztosítás, egészségpénztár, szervezett előtakarékosság stb.) **kell alakítani.**
- Információ-szolgáltatással, piacfelügyelettel **segíteni/javítani kell a magánforrások felhasználásának adekvanciáját és hatékonyságát** (auragyógyászok, nem hatásos termékek kiszűrése)
- Az **egészségpénztáraknak** várhatóan erősödik a **szolgáltató** (ellátásszervezés, információszolgáltatás, fogyasztóvédelem stb.) **szerepe.**
- A **magánbiztosításokban** az alternatív és kiegészítő biztosítások egyformán fontosak lesznek. Véltetően **a két biztosítási forma együttműködése, egymásra épülése fog kialakulni** a nem távoli jövőben. Ebben nem zárható ki magánbiztosítók részleges szerepvállalása a kötelező egészségbiztosításban. Egy korszerű, a két biztosítási rendszer együttélésére építő finanszírozási rendszer erősen támaszkodik a kiegészítő biztosításokra. Ennek feltétele az **ellátási csomag meghatározása** és a piac normális (szabályozott) működése. A közszolgáltatások működőképessége érdekében fontos az olyan szabályozási környezet, amelyben a magánfinanszírozás forrásaiból a közintézmények is részesülhetnek. Ennek is feltétele az ellátási csomag meghatározása, azaz **a hálapénz alapú illegális vásárlás legális szolgáltatásvásárlássá alakítása.**
- A fentiek hatására (a szükséges béremeléssel együtt) **a hálapénz szerepe marginalizálódik**, mert egyrészt legális szolgáltatásvásárlássá alakul, másrészt a transzparencia nagyban nehezíti a személyes érdekű befolyásolást.

Forráselosztás – szolgáltatásfinanszírozás

Az 1992/1993-ban bevezetett finanszírozás „lejátszott”, az elérhető előnyök realizálódtak, most már a mellékhatások dominálnak. *Az érdemi felülvizsgálat a minimum, de új elvek, új ösztönzők is kellenek.* Ehhez több modellt kell megvizsgálni. A megújult finanszírozásban bizonyosan meghatározó elv lesz:

- **A költség-gazdálkodás alapú érdekeltségi rendszerek újraélesztése** (IBR elv) a nonprofit térségi gazdálkodási rendszer kialakításától a részleges fejkvóta alapú csoportpraxis finanszírozásig, illetve a diagnosztikus és terápiás kasszák ilyen szellemű összekötése,
- **krónikus betegségek esetében az epizód/tevékenység alapú finanszírozási modellből a hosszú távú ellátását támogató modellek felé elmozdulás,**
- **minőségi/eredményességi indikátorok beépítése** az intézményi és egyéni finanszírozásba,
- **szigorú, átlátható eljárásrendű befogadás-politika.**

Az egészségügy dolgozói

Az erőforrás-hiányos egészségügyben a pénzhiánynál mára nagyobb gond a szakemberhiány.

A szakemberhiány kezelésének mindenképpen alapja *a megfelelő bérezés és a tisztességes szakmai- és munkakörnyezet biztosítása*, de az alap-okok miatt a probléma kizárólag munkaerő-megtartással, visszacsábítással nem kezelhető.

A HR kérdés kezelésnek két fő csoportja:

- **Az egészségügy dolgozóinak jobb megbecsülése, munkakörülményeinek javítása**
 - A **megnövelt megbecsülés kifejezése bérben** és egyéb ágazat-specifikus kedvezményekben (ágazati nyugdíj- és egészségpénztár, speciális egészségügyi lakástámogatás stb.)
 - **Tiszta, átlátható működést** teremtő egyértelmű elvárás-rendszer, a **feudális viszonyoktól megszabadított munkakörnyezet.**
- **Az ellátórendszer HR igényének csökkenése**
 - **Technológiai fejlődés eredményeinek intenzív alkalmazása** (gépesítés, automatizálás, informatikai eszközök, telemedicina + felügyelet + tudásmegosztás alkalmazása)
 - **Kompetencia-átrendezés** az egészségügyi ellátók között (feladatok leadása a rövidebb képzésű, olcsóbb szintek felé)
 - **A lakosság önellátó képességének, egészségtudatosságának javítása**, ezzel a szükséglet és az inadekvát igénybevétel csökkentése (Dr.Info jellegű szolgáltatás)

Az egészségügy dolgozóinak társadalmi megbecsültsége és az egészségügy zavarmentes működése akkor állhat teljesen vissza, ha a rendszer megszabadul a hálapénz terhétől, orvos-orvos és orvos-beteg viszonyt mérgező hatásaitól.

Irányítás –szervezés

Az ágazat irányítása, ennek strukturálása többféle modellben is lehetséges. A modell alapvetően a mindenkori államszervezési elv derivátumaként értelmezhető, azaz az egészségügy nem lehet sziget a közigazgatásban. Több ország egészségügyi rendszeréből levonható tapasztalat, hogy a megfelelő szolidaritás-tartalmú alapmodellek közötti választásánál fontosabb a modell koherens kiépítése, ellenőrzött működtetése.

Magyarországon az ágazat érdekei az alábbiakban foglalhatók össze:

- Önálló egészségügyi minisztérium a közvetlen érdekérvényesítési lehetőség miatt
- Önálló, független, dekoncentrált államigazgatási szervként működő ÁNTSZ
- Általában a szakmai előkészítés és egyéb államigazgatási feladatok kiszervezése független szakmai intézetekbe, ezáltal a minisztériumban jelentős létszámcsökkentés
- Az országos intézetek holdingszerű működésre bontása: az egyes szakterületekre önálló vezetőjű és kompetenciájú országos intézetek közös technikai és pénzügyi háttérrel való ellátásával.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet Egészségügyi Felügyeletként újraindítása, amelyik nemcsak a biztosítókkal kapcsolatban álló, hanem minden egészségügyi szolgáltató tekintetében fogyasztóvédelmi és ellenőrzési feladatot lát el. Ágazati fogyasztóvédelem mellett azt az indikátorok ellenőrzött és „fogyasztható” publikálása, a területi ellátásszervezők metodikai segítése.
- Az ellátás-szervezésbe – irányításban a meghatározó megye-település szint helyett a régió-kistérség szintek szerepének a megerősítése.

Egy többszereplős, többszektorú, inkább ösztönzők, mint direktívák által irányított rendszerben **felértékelődik az önszerveződés, a szakmai érdek-védelmi szervezetek és a betegszervezetek szerepe. A MOK megtisztulva, szakmaiságban és funkcióiban megerősödve az egészségpolitika és a szakmai (ön)ellenőrzés fontos szereplőjévé válik, a betegszervezetek egyrészt érdek- és fogyasztóvédelmi funkciót látnak el, de a betegcsoportoknak a beteg-educációban, a civil segítség és információszolgáltatás támogatásában is jelentős szerepe lesz.**

Budapest, 2017. május.