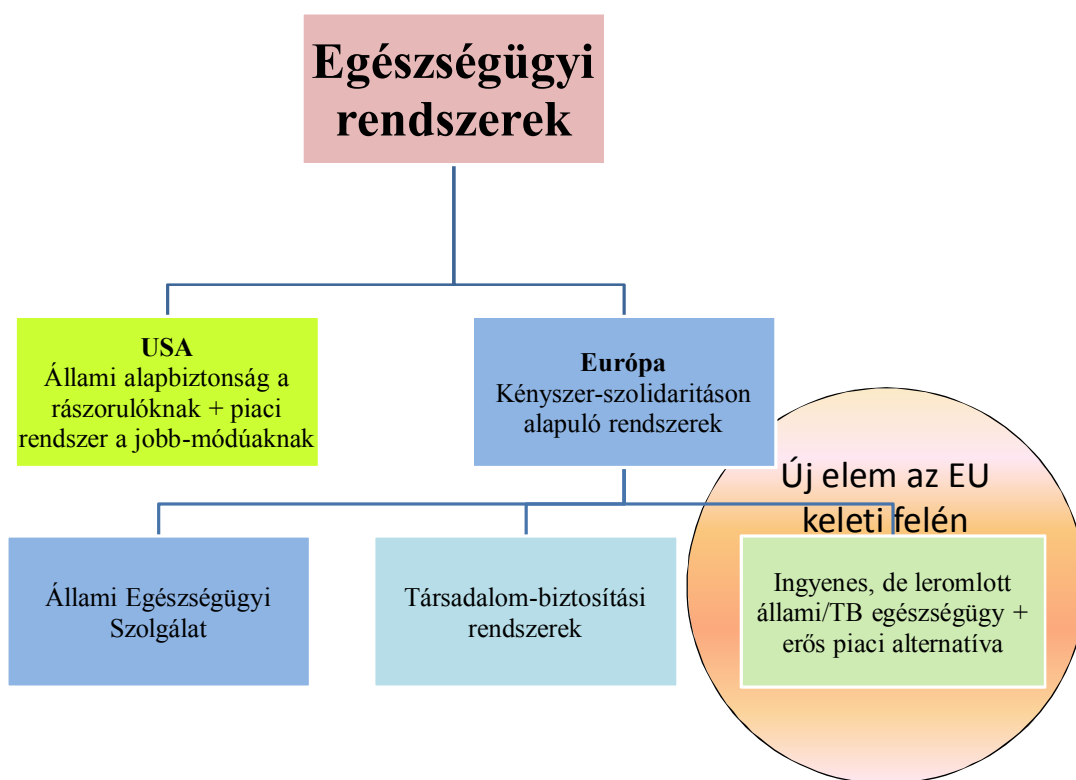


Egészségügy: a „járni jár, csak nem nagyon jut” alternatívája

Európa történetében a 20. század második felében volt egy rövid, boldog időszak, amikor azt hittük, hogy megvalósulnak az utópiák, és eljő a kor, midőn „a bőség kosarából mindenki egyaránt vehet”, azaz a jóléti állam nem illúzió, hanem a gazdasági növekedés és a kulturális fejlődés következtében realitássá válik. Hogy ez boldog, de átmeneti állapot volt, az már a 20. század végére kiderült, és ezt legelőször a nyugdíj és egészségügyi rendszerek problémái tették nyilvánvalóvá. A tudálékosság és a szakolvasók kedvéért készített ábra a megváltozott helyzetnek megfelelően írja le a fejlett világ egészségügyi rendszereit.

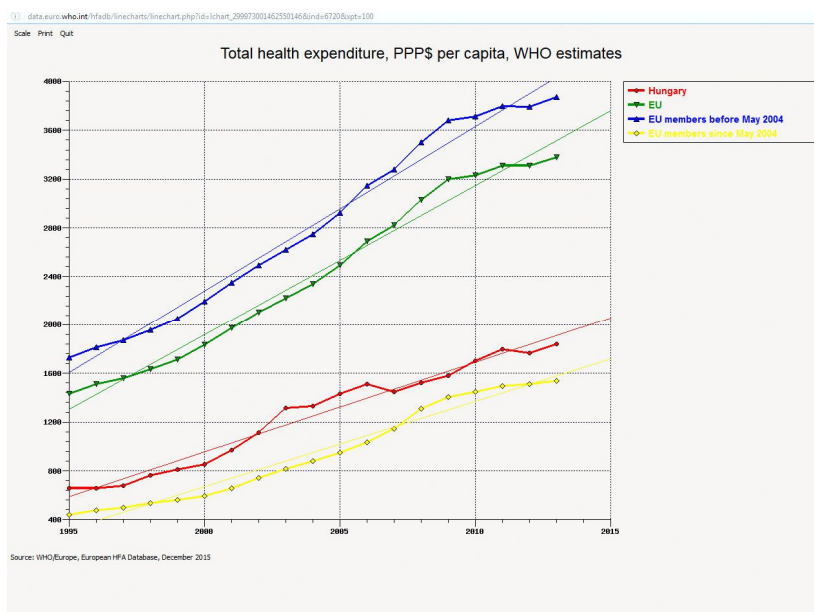


Európa keleti felén a szolidaritási elv már csak a tankönyvekben él, mert a törvény betűje ugyan (még) mindenki számára egyforma ellátást ígér, de már főszabállyá lépett elő, hogy járni jár, de nem nagyon jut... A mindenkinek egyformán járó és jutó ingyenes ellátás rendszere tehát recseg - ropog, és **az egészségügy szép csendben kettészakad**. A közösségi egészségügy egy egyre rosszabb, véletlenszerű színvonalú szegényellátássá züllik, a „rendes emberek”, a tehetősebbek egyre inkább a magánegészségügyet veszik igénybe. Kialakul tehát két, párhuzamos egészségügy, és a kettő között nem nagyon lesz átjárás, illetve csak egy irányban: a szegény nem jut gyors, kulturált ellátáshoz. Amivel tisztában kell lenni: ez nem program, hanem entrópia vagy gravitáció, azaz spontán folyamat, ami mindenképpen végbemegy, ha semmit nem tesz a kormány.

Szembe kell állítani azzal, hogy az **1972-ben kialakított** és ígéreteiben, modelljében azóta is toldozva - foltozva őrzött **egészségügyi rendszerünk** (teljeskörű, ingyenes, magas színvonalú ellátást egyformán mindenkinek) **nem tartható fent**. Több okból sem.

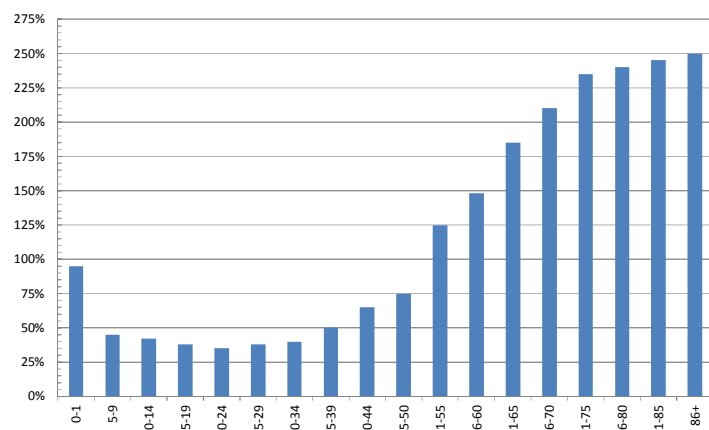
Az első: az egészségügy garantáltan egyre drágább lesz. Az orvostudomány fejlődése újabb és újabb betegségek felismerését és gyógyítását teszi lehetővé. Ráadásul egyre több olyan betegség van (pl.: cukorbetegség vagy AIDS), amit meggyógyítani ugyan nem tudunk, de folyamatos kezelés mellett a betegnek normál hosszúságú életet lehet biztosítani. A beteg így azonos életélethez jut, de ez nagyon sokba kerül.

2. ábrán jól látszik, hogy egész Európában folyamatosan nőnek az egészségügyi kiadások. Reálértéken számolva húsz év alatt, úgy a régi, mint az új tagállamokban több, mint két és félszeresére nőttek az egészségügyi kiadások, jóval gyorsabban, mint a GDP. Tudva azt, hogy a genetika fejlődése miatt az egészségügy új szakasz



előtt áll a személyreszabott orvoslás megvalósulásával, biztosak lehetünk abban, hogy ez a trend csak erősödni fog. Magyarázatként: az egészségügyben a prevenció, a költséghatékony modern technológiák eredménye nem az össz-költség csökkenése, hanem a hosszabb, egészségesebb, jobb minőségű élet. Ez fontos és jó, de nem olcsóbb.

Egy főre jutó természetbeni egészségbiztosítási ellátások életkor szerint Magyarországon 2012-ben



Forrás: MNB (2013) Nemzeti Statisztikai Hivatal

4

A 3. ábra azt mutatja, hogy az egyes életkorban mennyit költ ránk a közösségi egészségügy. Jól látszik, hogy megszületni drága, majd amikor aktív keresők vagyunk viszonylag kevés ellátást veszünk igénybe, majd ötven éves korunk után kezdünk igazán sokba kerülni, és ez az életkorral egyre nő. Mindezek miatt *egyre tovább és egyre több*

betegséggel élünk, és az alacsony születésszám mellett megnő a társadalomban az idősek és betegek aránya. A végeredmény: egyre több ember egyre drágább ellátását egyre kevesebb járulékfizető fizeti.

Az örökölt rendszer tarthatatlanságának másik oka, hogy az utóbbi években *általánosságban csökkent a társadalmi szolidaritás,* természetesebbnek tartjuk a növekvő gazdasági és életesély különbségeket. Lazán átlépünk a földön fekvőn, nem igazán törődve azzal, hogy él-e még, meddig és minek. Így előbb - utóbb ki fog szaladni valakinek a száján az is, hogy: ha Magyarországon állampolgári jog éhenhalni, saját fűtetlen lakásában halálra fagyni, *akkor miért pont az egészségügy az egyetlen területe az életnek, ahol – valójában álszent módon – azt állítjuk, hogy bármi áron biztosítani akarjuk az életesélyt?* (Csak szólok: a rossz idő miatt ne a meteorológust tessenek szidni). De más megközelítésben: *ha nem mentünk meg pártízezer forintért életet a szociális szférában, akkor miért kell ezt pármillióért az egészségügyben megtenni?* Nem, ezek nem az én kérdéseim, de a közgondolkodás fősodra ebbe az irányba megy.

Ami biztos: **fel kell tennünk végre a kérést, hogy mi a jobb? Ha továbbra is azt hazudjuk, hogy közpénzből mindenkinek biztosítunk ingyen mindent** (és a többiek megoldják okosban), *vagy kimondjuk, hogy ez a 21. században ez már lehetetlen, és egy új, reális modellt keresünk,* amelyikben az állam és az egyén megosztott felelősséget és terheket visel, de egy valóban betartható, és éppen ezért számonkérhető szinten megőrzi az igazságosságot, esélyegyenlőséget. Ha tovább megy az önámítás, a tarthatatlan ígérek jelszó szintű mantrázása, az a jelenlegi lefelé menő spirált erősíti, semmilyen ellátási garanciát nem jelent a jövőre nézve, hiszen a közmegegyezéses hazudozással mi magunk mondunk le jogaink számonkérhetőségről. Ennél már **jobb kimondani, hogy a közösség ennyit bír, ennyi** (ez és így) **jár, a többi a Te erőfeszítéseden múlik,** de abban a közösség támogat.

Milyen lehet ez az új modell?

Sokféle, azaz nincs bevált recept, egy az egyben követhető minta. Ráadásul hiába tekintgetünk a fejlett országok felé, mert ők a jobb gazdasági teljesítmény és a polgáribb kulturális hagyományok miatt nem ugyanilyen élességű a kihívásokkal szembesülnek (még). Egyes elemek, részmegoldások természetesen átvehetők, de komplett modell nem. Annyit tudunk tehát, hogy **ez így nem fenntartható, nem is igazságos, ezt végre ki kell mondani, és őszinte vitákon keresztül, tiszta beszéddel keresni kell a megoldást.** Nekünk kell kitalálni a jövőt, és az alábbi három pillérre építve:

1. Éles vonallal meg kell húzni a közfelelősség határát, azaz **meg kell mondani, hogy mi az, ami jár** (de az tényleg járjon). Az egészségpolitika ezt hívja az ellátási csomag meghatározásának.
2. **Meg kell oldani a köz- és magán szabályozott együttélését az egészségügyben,** úgy a finanszírozási, mint a szolgáltatási oldalról.
3. Ki kell mondani, hogy **az egészség nemcsak közfelelősség, hanem ebben az egyénnek is komoly felelőssége van.**

Ennek az írásnak a célja annak kimondása, hogy az egészségügy így nem tartható fent, és új elveken álló reális társadalmi szerződésre van szükség. A fenti alapelvek részletes kifejtése külön írások tárgya, a továbbiakban csak néhány alap-felvetést fogalmazok meg.

Az ellátási csomag

Az ellátási csomag érdemi meghatározása régi adóssága az egészségpolitikának. Ez egyrészt politikai bátorság kérdése (ki kell állni az emberek elé, hogy ez nem jár, vagy jár, de nem akárhogyan) másrészt technikailag sem egyszerű probléma. Igaza van azoknak, akik szerint nem lehet egy, a társadalombiztosítás terhére járó ellátásokat felsoroló listával letudni a dolgot. Lehet szelektálni, hogy ez jár, ez meg nem jár, de melyik dobozba tesszük például a mellplasztikát? Ha az optikai tuning része, akkor természetesen nem jár, de daganatos műtét után feltétlenül igen, de akkor se bárhol és bárhogyan. A használható megoldáshoz **azt kell meghatározni, hogy az ellátásokat**

- milyen célból (pl.: gyógyító, rehabilitációs, vagy esztétikai),
- milyen kockázat miatt (a TB által kezelendő, vagy külső érdekű kockázat – versenysport, munkahelyi ártalom stb. –, avagy önként vállalt, extra kockázat: extrém sportok stb.),
- milyen technológiákkal (a befogadott technológiák – eljárások, eszközök, gyógyszerek, anyagok – a finanszírozási protokollok szerint),
- milyen eljárásrendben (a beutalási rend és várólista alapján, mennyiségi korláttal stb.),
- milyen hozzáférési garanciák mellett (időbeni és térbeni garanciák)

lehet igénybe venni.

Az összes ellátás tekintetében meghatározni mindezt, hatalmas és kvázi lehetetlen munka, de az életszerű helyzetek könnyen kezelhetők. Ki lehet mondani például azt, hogy *a társadalombiztosítás terhére az ellátás csak a munkarend szerint beosztott orvos által nyújtva, a területileg illetékes kórházban jár ingyenesen*, vagy meg lehet például határozni azt, hogy *hány éves korig jár altatás a mandulaműtéthez*, illetve, hogy *a szülésnél jár-e a papás-mamás szoba, kádban szülés és választott orvos*. Ha ezeket meghatározzuk, azzal legálisan megfizettethetővé tesszük az orvos választást, és egyúttal megteremtjük a megvásárolható szolgáltatások legális piacát. Ezek kimondása szakmailag elég egyszerű feladat, szakmunka helyett inkább *politikai bátorság kell hozzá*. Amíg ez nem történik meg, addig marad a hálapénzes feudális maszatolás.

A csomag meghatározásánál szükségszerű alapelv az, hogy *közpénzből csak a társadalmi méretekben forrás- és ellátói oldalról kielégíthető szükségletek* megoldását szabad ígérni, *az igényekkel* tessenek szíves a pénztárhoz fáradni. És miután a közösségi forrásoknál a minél több egészségnyereség elérése a cél, Magyarországon is *meg kell határozni, hogy mennyit ér meg a közösségnek egy, az egészségügyben megmentett életév*, és mi az a költség, ami már más elől veszi el a gyógyulás esélyét.

A köz és magán viszonya

Ha semmit nem teszünk, akkor az egészségügy kettészakad: a közösségi egészségügy egyre rosszabb szegényellátássá züllik, a tehetősebbek pedig egyre inkább a magán-egészségügyet veszik igénybe. Ez nemcsak etikátlan és igazságtalan, de *nem is működőképes*, mert *nincs két egészségügyre való orvosunk, és egy komplett, mindent megoldó „második” egészségügy fenntartásához nem elég tömeges és gazdag az elit*. A rutinesetekben természetesen – kinek-kinek pénztárcája szerint – reális alternatíva a magánellátás, de ez is inkább csak Budapesten, és főleg: egy ekkora országban nem lesz tisztán piaci alapon működő sugárterápia, szívtültetés, de 365X24 órában működő magán-traumatológia sem. Lehetetlen országos lefedettséggel egy mindenre megoldást adó magánellátást kialakítani. Így aztán se a szegény, se a gazdag nem jut megfelelő ellátáshoz, illetve a gazdag, amíg nem súlyos beteg, addig a magánegészségügybe önti a pénzt, de ha baj van, akkor ő is a közösségi egészségügytől várja a megoldást, de ott a jelen szabályok szerint nem költhet legálisan.

Ezért csak *olyan rendszer lehet életképes, ahol a köz- és magánforrások együtt tartanak fent egy vegyes tulajdonú és finanszírozású egészségügyet, ahol jól meghúzott határok, tiszta viszonyok mellett a közintézményekben is lehet számla ellenében saját pénzünket költeni, többlétszolgáltatást vásárolni, illetve a magánszolgáltatóknál igénybevett ellátásunkhoz is hozzájárulhat az OEP*.

Ez az alapja annak, hogy **Magyarországon is kétszintű egészségbiztosítás szolgálja a biztonságot: egy kötelező társadalombiztosítás, és egy erre ráépülő önkéntes magánbiztosítás** vagy **egészségpénztári megtakarítás**. A politika jelszó szintjén évtizedek óta hangoztatja, hogy a kiegészítő biztosítások milyen fontosak. De tudnunk kell, hogy a magánellátásban ma nem extra, nem kiegészítő szolgáltatásokat vásárolunk, hanem olyanokat, amelyek a társadalombiztosítás terhére is járnak. Így *a magánbiztosítások ma nem kiegészítő, hanem párhuzamos biztosítások, hiszen kétszer fizetjük meg az ellátást: egyszer a járulékfizetéssel, egyszer meg a magánorvosnál, amikor betegek leszünk*. Annak, hogy ezek valóban kiegészítő, és ne párhuzamos biztosítások legyenek, *az a feltétele, hogy megtörténjen az ellátási csomag meghatározása*. Ha tudjuk, hogy pontosan mi jár, akkor ezzel megmondtuk azt is, hogy mi nem. Ami nincs a csomagban, azért már lehet pénzt kérni a betegtől, arra meg lehet kiegészítő biztosítást szervezni. Ezzel egyrészt segítjük azt, hogy a magánköltségek ne csak a piaci szolgáltatókhoz kerüljenek, hanem a közkórházakba is jussanak, másrészt az egészségpénztárak, a magánbiztosítások a hálapénz legerősebb ellenfelei, hiszen itt csak a számla szerinti elszámolás jöhet szóba. De ezen a területen is merésznek kell lennünk. Végig kell gondolni például azt, hogy a magánorvosi számláink egy részét az adóév végén vissza lehessen igényelni az SZJA-ból, illetve, hogy a betegek saját döntéseként fordulhassanak az OEP-el erre szerződött magánszolgáltatókhoz, akik piaci áron kezelik őket, de a beteg számla ellenében a kezelés OEP árának mondjuk 70%-át az OEP-től utólag visszaigényelheti. Ez a megoldás alkalmas igazán arra, hogy megszűnjön a párhuzamos biztosítás, hiszen így a társadalombiztosítási befizetésünket a magánszolgáltatóknál is elkölthetjük.

Az egyéni felelősség erősödése

Életkortól függetlenül arra szocializálódtunk, hogy az egészségünk az adott, ha meg elromlik, ott az egészségügy, amelyik ingyen helyrehozza. Ez a szemlélet szerencsére porlad. Az egészségügy fenntartható fejlődésének alapfeltétele, hogy **összhangba kell hozni** az egészségüggyel kapcsolatos **elvárásokat** és az ezért vállalt egyéni és közösségi **áldozatokat**. Vagy belenyugszunk az egészségügy folyamatos romlásába, szétesésébe, boríték-éhségébe, vagy elfogadjuk, hogy erre áldozni kell, és főleg: **nem lehet készen megvenni az egészséget, ebben nekünk is dolgunk, felelősségünk van.** És ízlelgetni kell azt a mondatot is, hogy az egészségbiztosítás pénze közpénz, és **a közpénzzel való felelős bánás nemcsak az egészségügy (az ellátók) kötelessége, hanem a betegeké is.**

Hogy is van ez?

Képzeljünk el egy autóbiztosítást, ahol

- a biztosítás a töréskáron és a lopáson kívül kiterjed az autó meghibásodásának javítására is (pl. motorcsere),
- ugyanakkor nincs kötelező szerviz, nem kötelező az olajcsere, vagy az időszakos átvizsgáláson való részvétel,
- a biztosítás kiterjed az autó szándékos rongálásának helyreállítására is (baltával esek neki...),
- a KRESZ nem jogszabály, csak közlekedési szakemberek (néhol ellentmondásos) ajánlása.

EZT HÍVJÁK EURÓPÁBAN KÖTELEZŐ EGÉSZSÉG-BIZTOSÍTÁSNAK.

Kincses Gy., 2011.

Nem alaptalan az a felvetés, hogy az egészségügyi ellátás hatékonyságában a leggyengébb láncszem sok esetben a beteg. A szabályos, protokollszerű kivizsgálás után a protokoll szerint felírt gyógyszert szedi össze-vissza (ön dönt: iszik, vagy gyógyszert szed), és nem tartja be az orvos terápiás célú életmód-váltó utasításait.

sait, elmulasztja az időszakos ellenőrzéseket. Túlsúlyos, iszik, dohányzik. *Ezt természetesen szabad, de nem ingyen*, azaz várhatóan terjedni fognak azok a megoldások, melyek (pl. a támogatási kulcs, vagy az önrész meghatározásával) terápiakövetésre, együttműködésre, egészségtudatosságra ösztönzik a betegeket. A kockázatarányos biztosítási díj idegen a társadalombiztosítás gondolatától, de a bonusz malusz rendszerek alkalmazására bizonyosan szükség lesz az egészségügyben is. Meg kell különböztetnünk és nem szabad demagóg módon összemosnunk a szolidaritási elv alkalmazását a közösség pénzével való felelőtlen bánás lehetőségétől. Ki kell alakítani az ezzel kapcsolatos ösztönzőket, és támogatni kell a beteg együttműködését.

A pénz, az együttműködési kötelezettség csak az egyik dimenzió. Átalakul az egészségügy: a reális jövőképben a beteg nem a gyógyítás tárgya, hanem egészségének felelős gazdája. A gyógyítás tere és felelőssége az egyén felé mozdul el, „ketteskéből”, kiszolgáltatott, helyzetünket elfogadó paciensből egészség- és jogtudatos fogyasztóvá kell válni az egészségügyben is. *Fel kell készülni az új világra, amiben a leggyakrabban használt orvosi műszer az okostelefonunk lesz:* ez vezérli és közvetíti a beteg életébe ágyazott szenzorokat, ez figyelmezteti a szükséges kontrollra, és le is szervezi a szükséges ellátások helyét, időpontját.

Egészségügyünk így nem jó senkinek: a még itthon maradt ellátók tömege fáradt és remény nélküli, a betegek kiszolgáltatottak, a politika meg frusztrált és menekül az egész elől. Naponta kerülnek elő rémtörténetek, és **egyre világosabb, hogy itt csak rendszerszintű változás segít**. Egyre szélesebb körben, újabb és újabb dimenziókban érzik ennek a tarthatatlanságát és egyre többen, egyre több fórumon követelik az átfogó, az alapok átrendezéséből kiinduló megoldást. Erről írt nemrég provokatív, állóvíz-felkavaró cikkében Lantos Gabriella, de ezt követelte a Magyar Tudományos Akadémia Orvosi Tudományok Osztályának a közelmúltban rendezett konferenciája is. Mára már világos, hogy ez a kérdés okos korrekciókkal, taktikai lépésekkel, oda - oda csorgatott többlet-pénzecskekkel már nem kezelhető. Sőt: önmagában már a sokat halogatott és megúszhatatlan szerkezetváltás sem segít.

Az egészségügy ma már a közbeszéd fősodrába ért, a hírek főszereplője lett. Napi szinten a lehetetlenül hosszú várólisták, a kórházi gyógyszer és vécepapírhiány, az alacsony bérek és munkaerőhiány miatti személytelenség az, amik fájnak. De ahhoz, hogy mindez ne maradjon így, **alapjaitól kell újratárgyalni a jövőt, új közmegegyezés, reális alapokon nyugvó új társadalmi szerződés kell**. Ehhez szükség van az őszinte vitákon alapuló össz-társadalmi kibeszélésre, a közgondolkodás átalakulására, de meghatározó a politika szerepe is. A kormánypártnak politikai bátorságra van szüksége ahhoz, hogy a fenntartható jövő érdekében szokásokat és rétegérdekeket sértsen, az ellenzéknek meg politikai bölcsesség kell ahhoz, hogy ne akadályozza a számára is szükséges változásokat rövidtávú haszonszerzésből a reformer szakpolitika démonizáló ellehetetlenítésével, „elmolnárlajosításával”.

Budapest, 2016. május

Kincses Gyula

Orvos - egészségpolitikus