



Egészség – egészségügy: ami volt, van, és lehetne

Dr. Kincses Gyula
egészségpolitikus



Agenda

- **A helyzet**

- Demográfia - egészség – betegség
- Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
- Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya

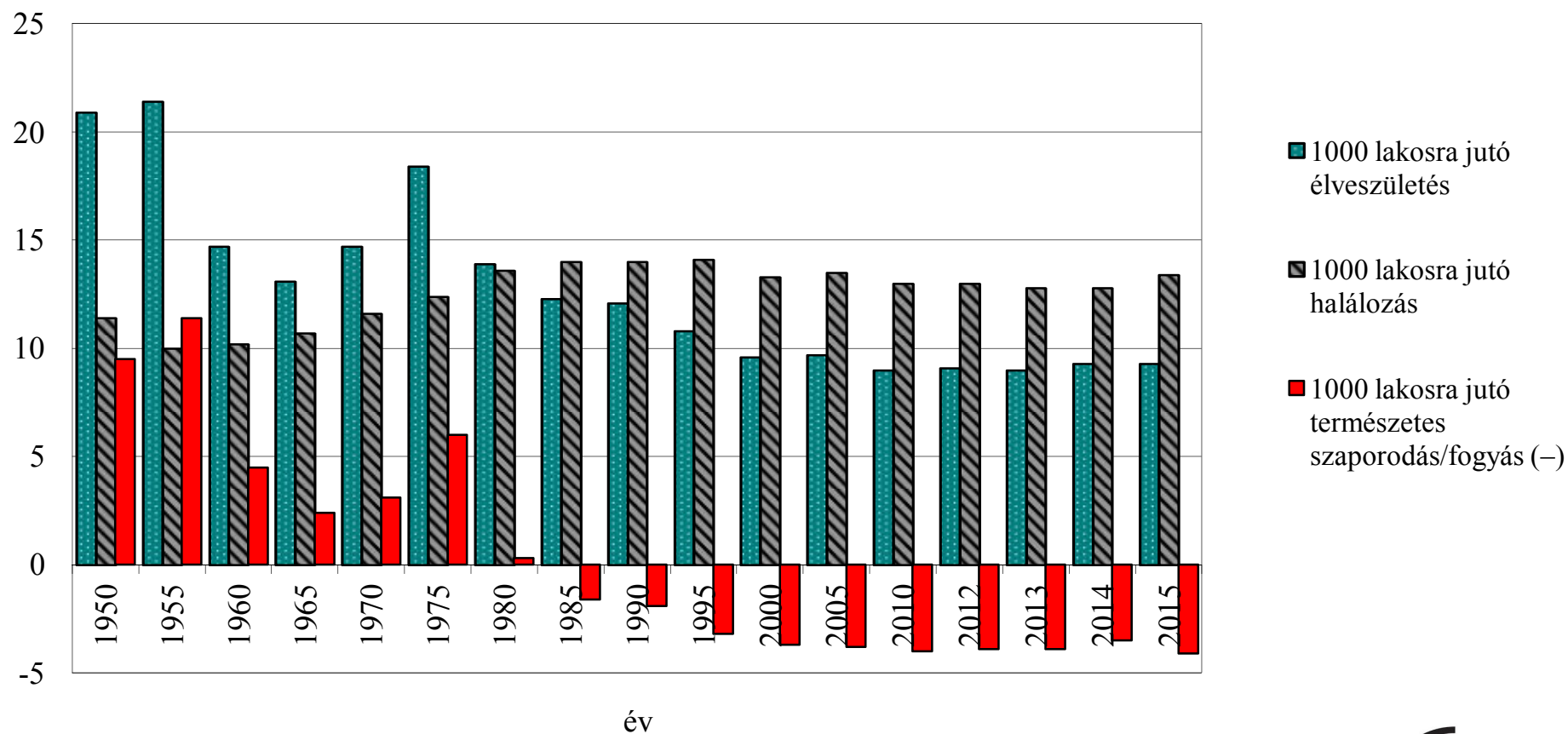
- **A kulcsterületek**

- A HR kérdés
- Hálapénz
- Struktúra – működés
- Köz és magán viszonya

- **Hogyan tovább**



Népmozgalmi adatok ezer lakosra számítva 1990-2015



Forrás: KSH Demográfiai Évkönyvek és KSH STADAT

Kincses Gyula 2016. március

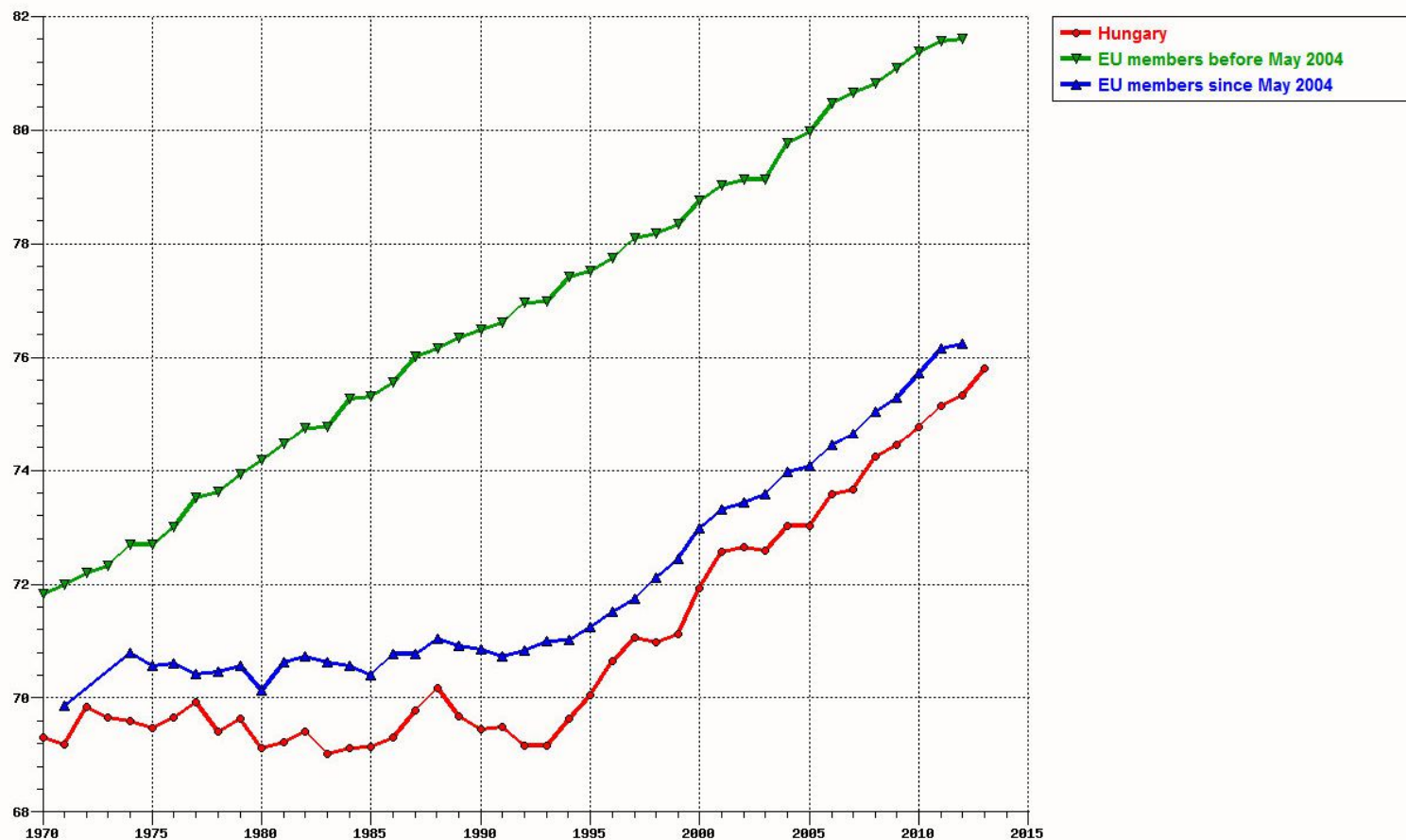
3/135



A születéskor várható élettartam növekedése

Scale Indicators Print Quit

Life expectancy at birth (years)

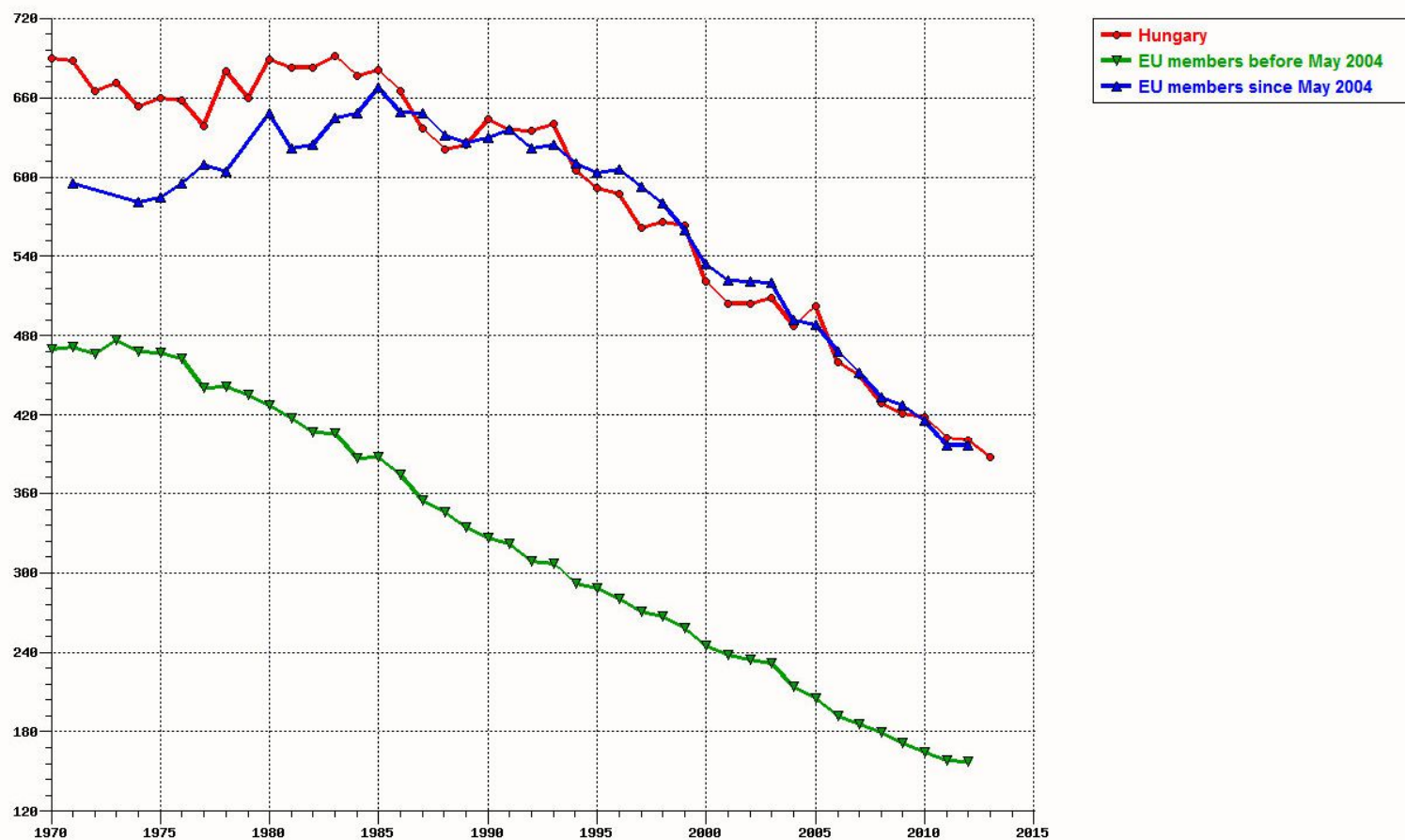


Source: WHO/Europe, European HFA Database, September 2015

A szív-érrendszeri megbetegedések standardizált halálózása

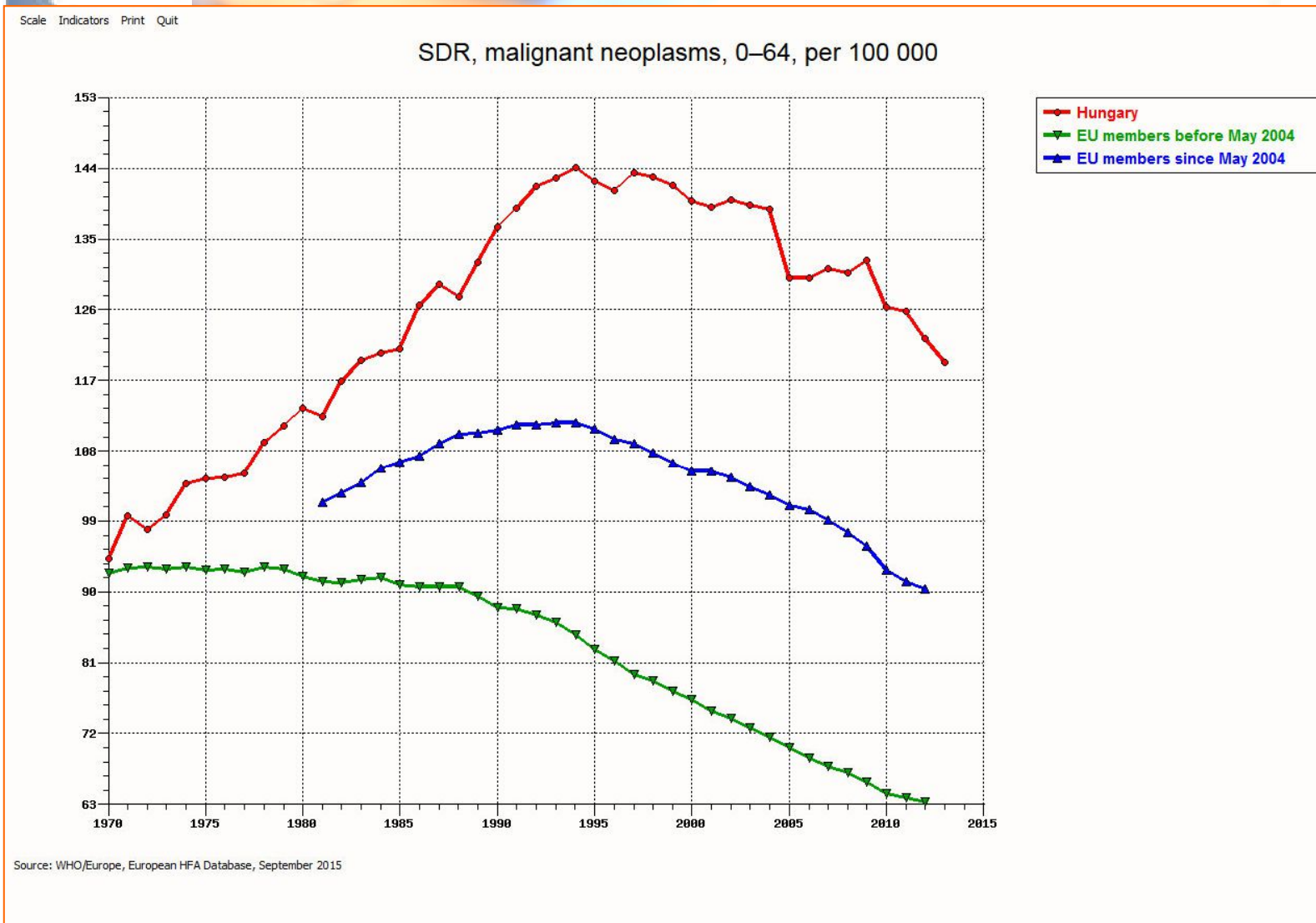
Scale Indicators Print Quit

SDR, diseases of circulatory system, all ages, per 100 000

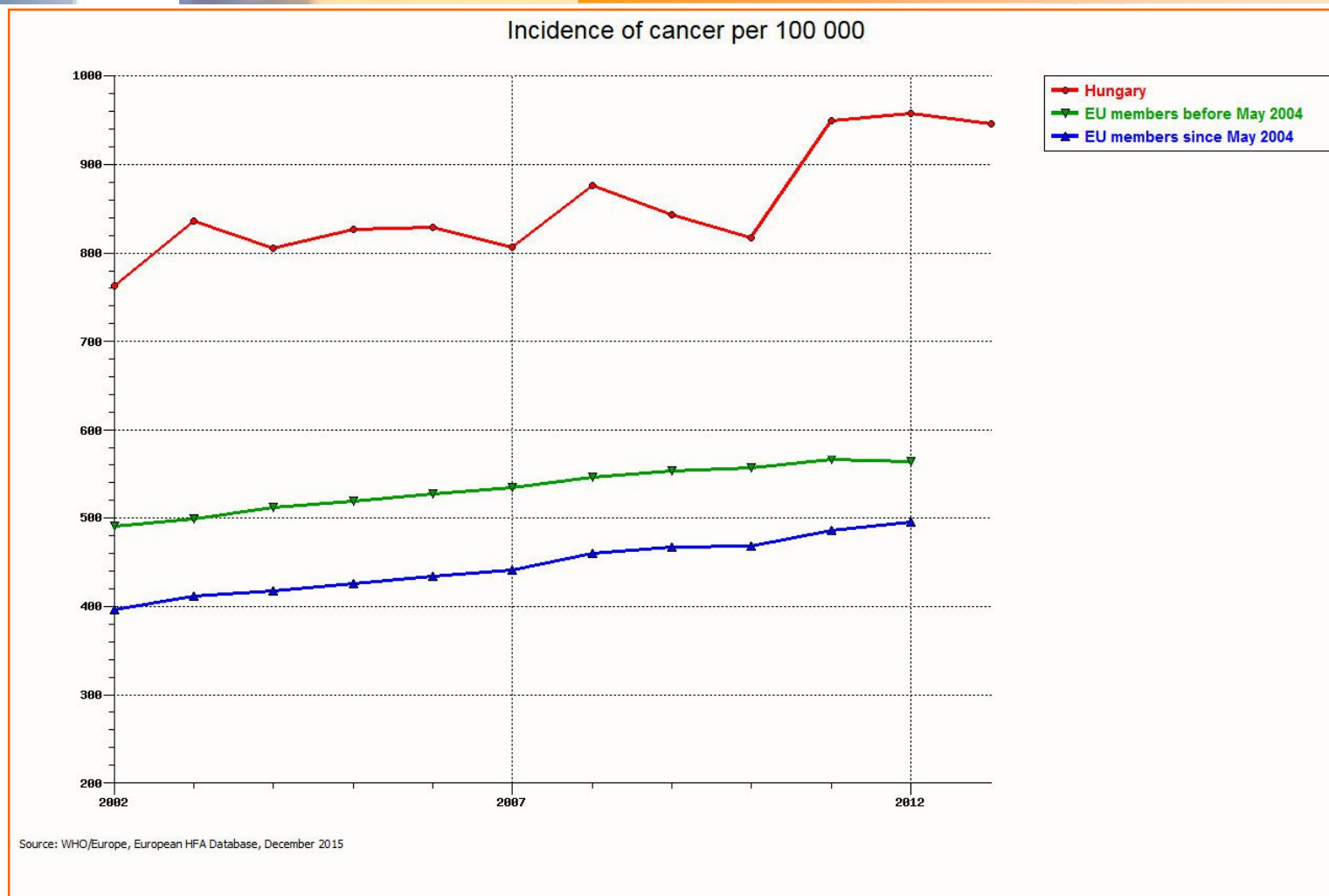


Source: WHO/Europe, European HFA Database, September 2015

A 65 év alatti korosztály standardizált daganatos halálozása



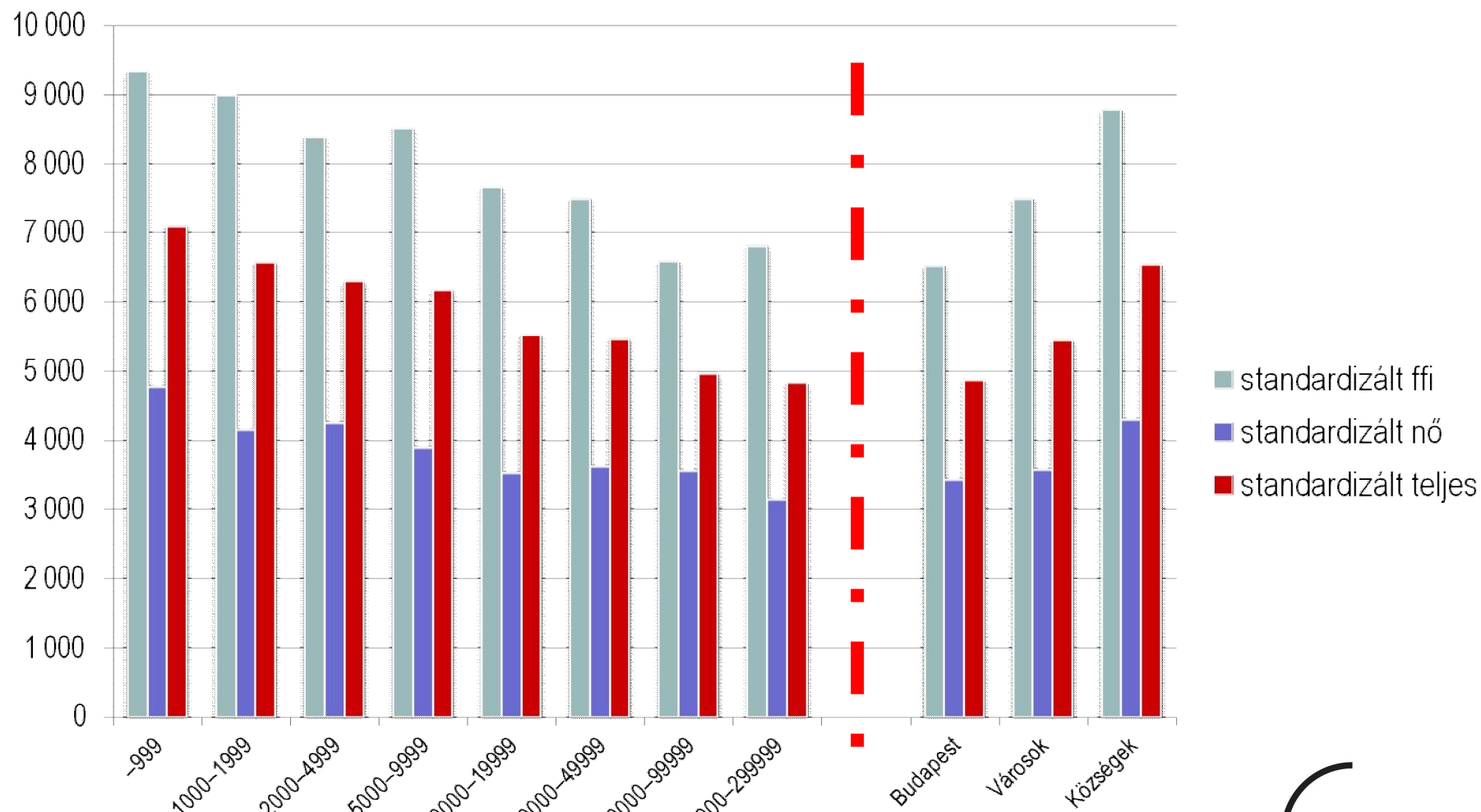
Új daganatos esetek előfordulása



A kórházi ágyak száma 100.000 lakosra

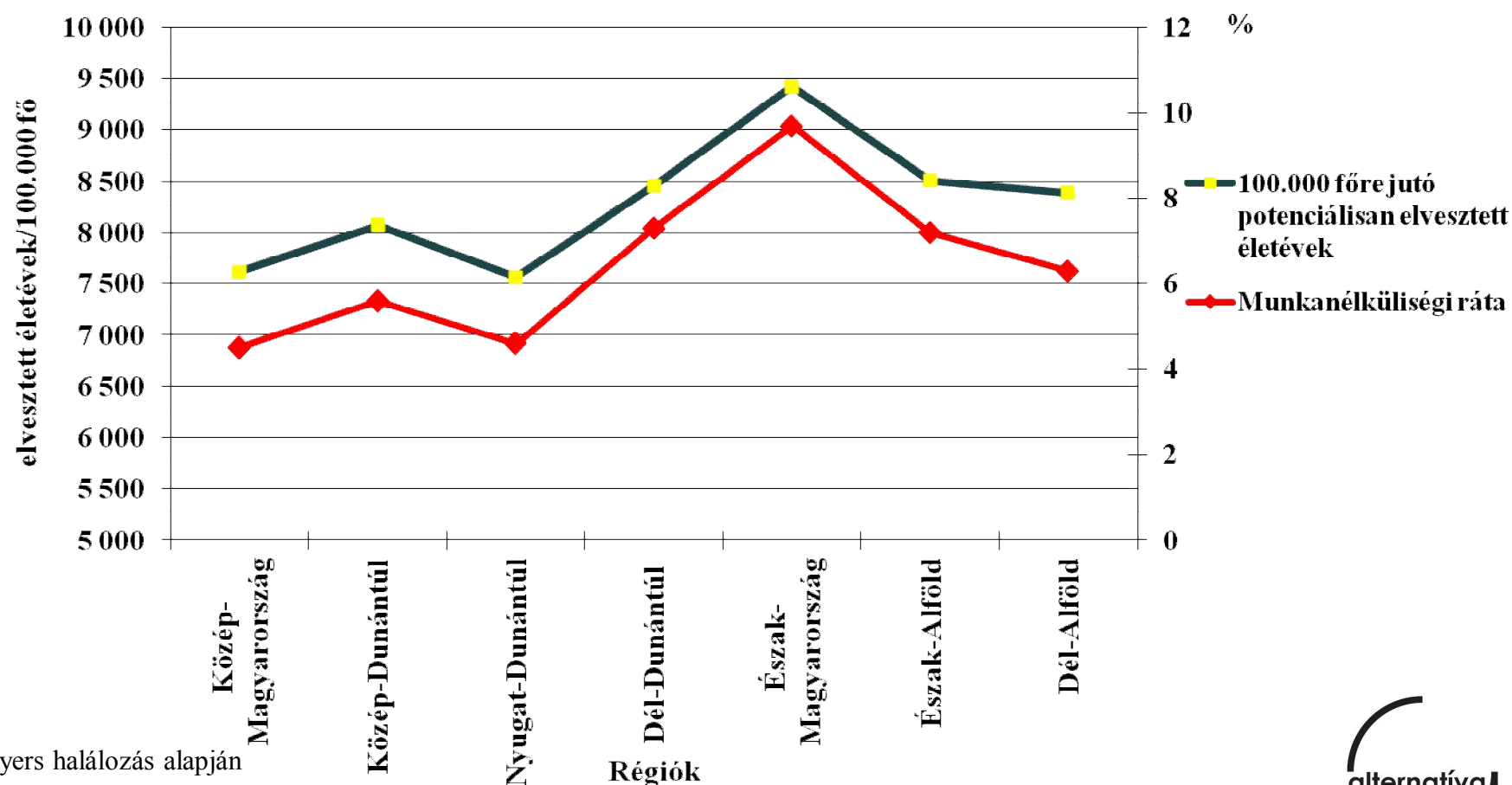


A potenciálisan elvesztett életévek településnagyság szerint, 2013



KSH 6.3.14. A százezer főre jutó elvesztett életévek a potenciális 70 évből területi egység és népességnagyság-kategória szerint, 2013
Kincses Gyula 2016. március

A 100.000 főre jutó elvesztett életévek és a munkanélküliségi ráta alakulása

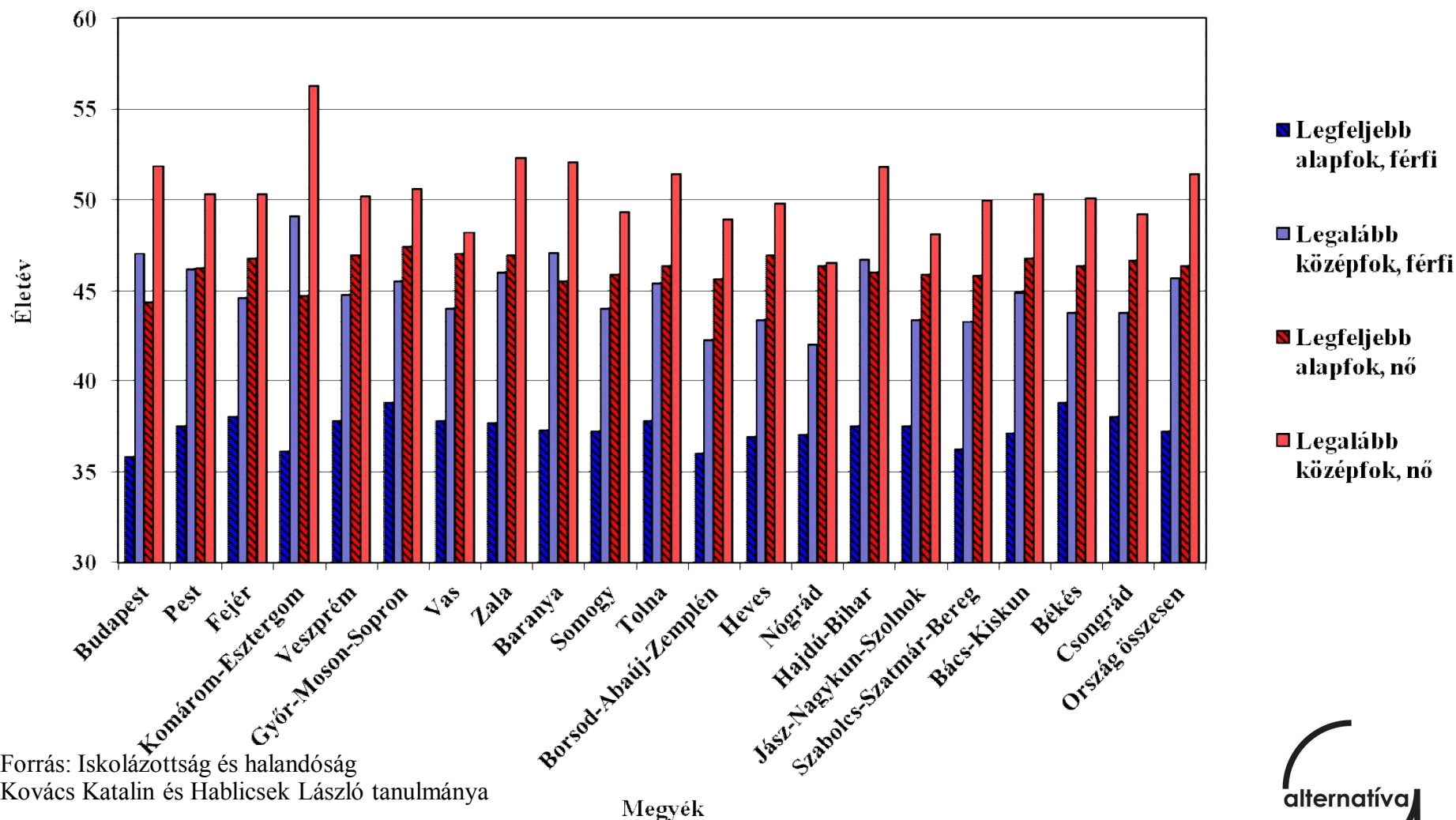


* A nyers halálozás alapján

Forrás: ESKI IMEA, 2004-es adatok alapján

Kincses Gyula 2016. március

30 éves korban várható további élettartam 2000-2004 között

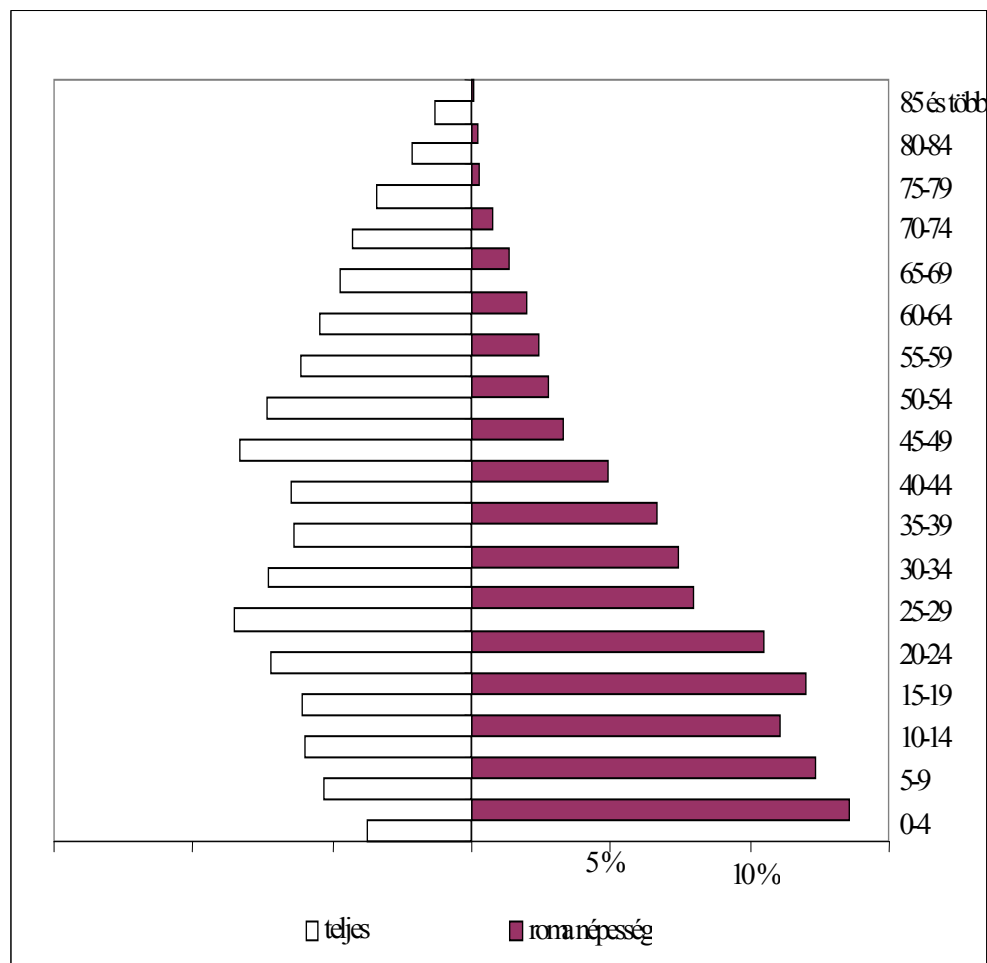


Forrás: Iskolázottság és halandóság
Kovács Katalin és Hablicsek László tanulmánya

Kincses Gyula 2016. március

11/135

A roma népesség kormegoszlása



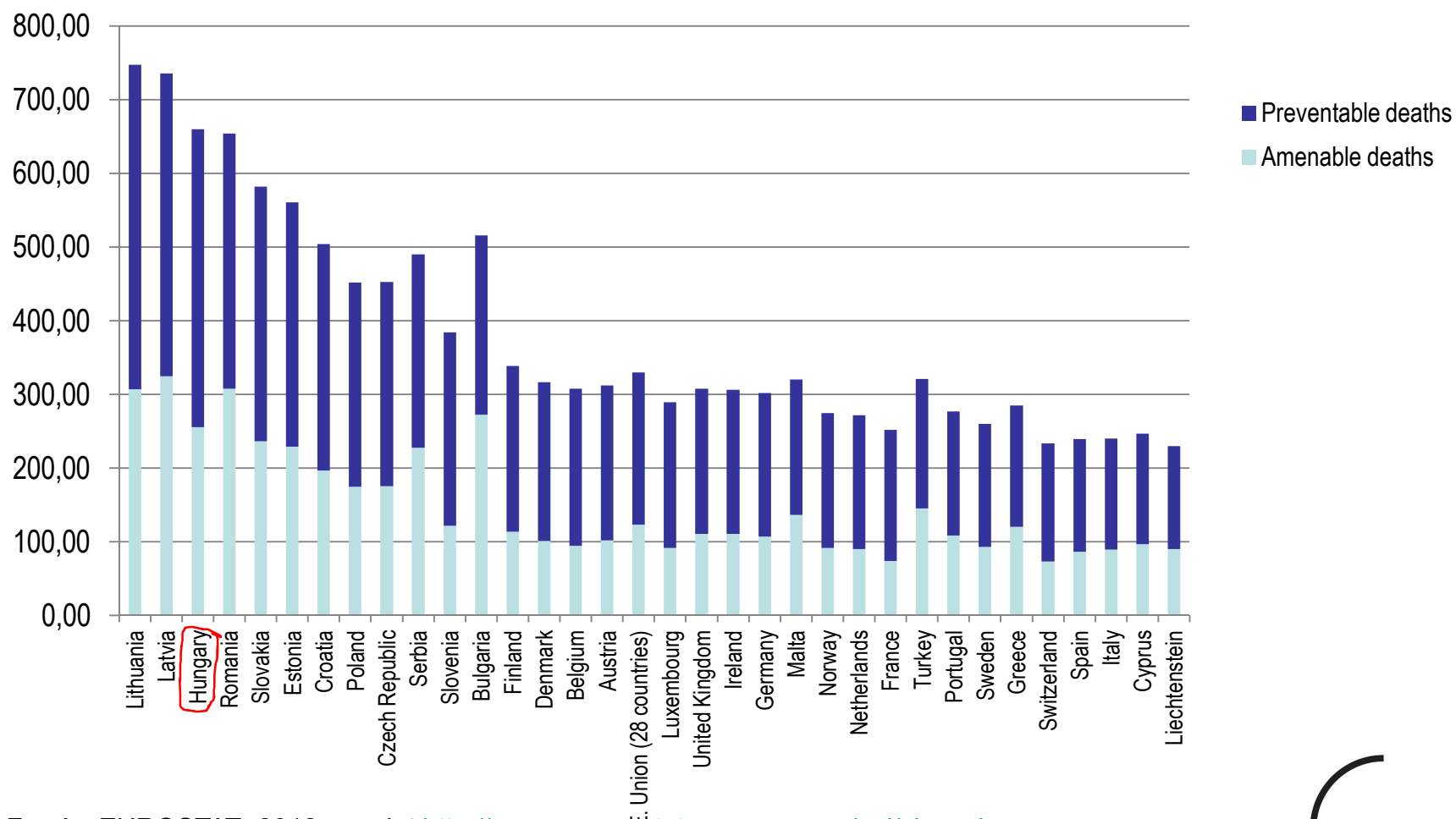
„A roma népesség rövidebb átlagos élet-tartama, ezen belül az idősebb korosztályoknak a többségi társadalomhoz képest alacsonyabb aránya, közvetlen függvénye a romák egészségi állapotbeli mutatóinak.”

A SZEGÉNYSÉG CSAPDÁJÁBAN
DELPHOI CONSULTING – 2004

Forrás:
<http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-szoc-eu.pdf>

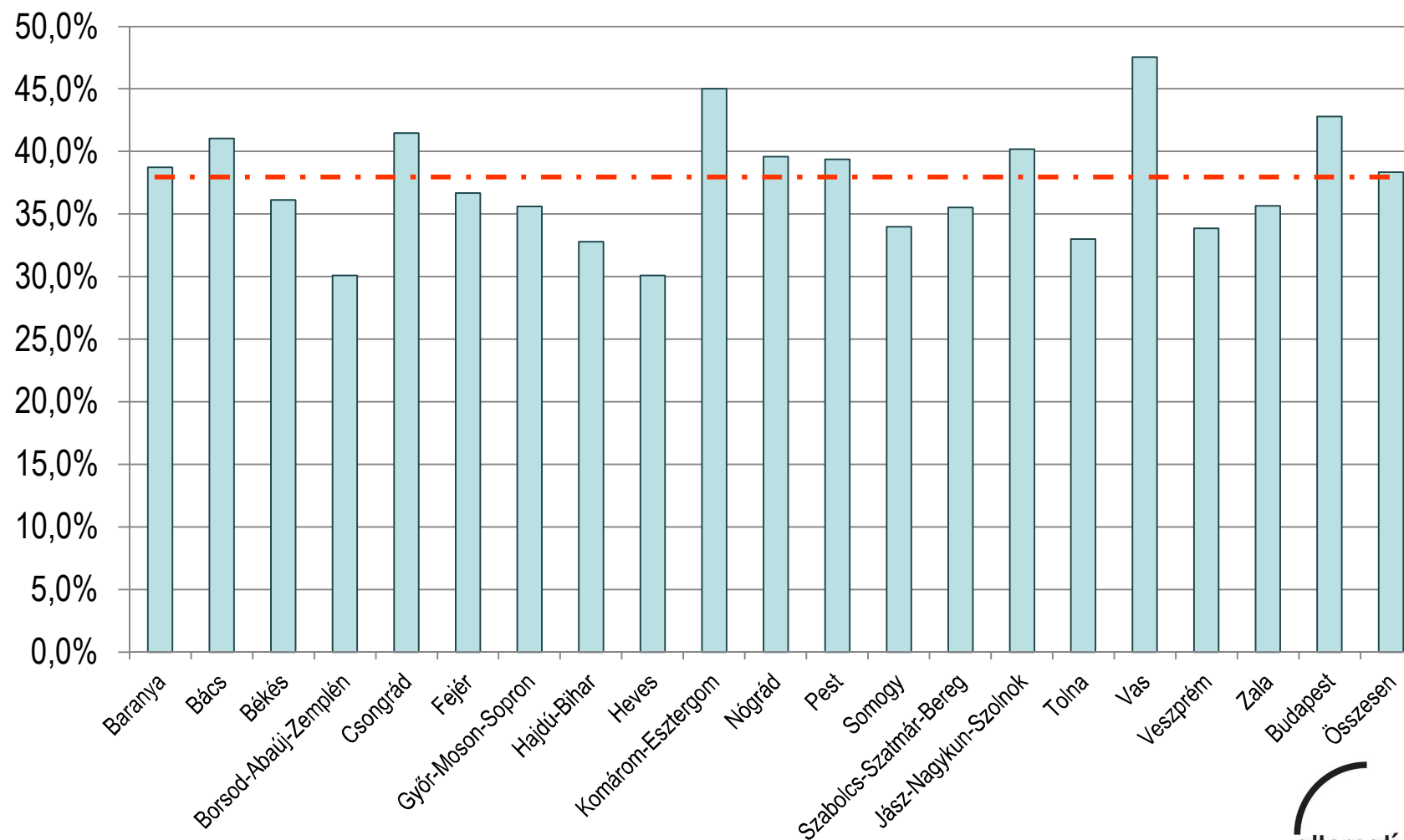


Az elkerülhető és a megelőzhető halálozások számának alakulása

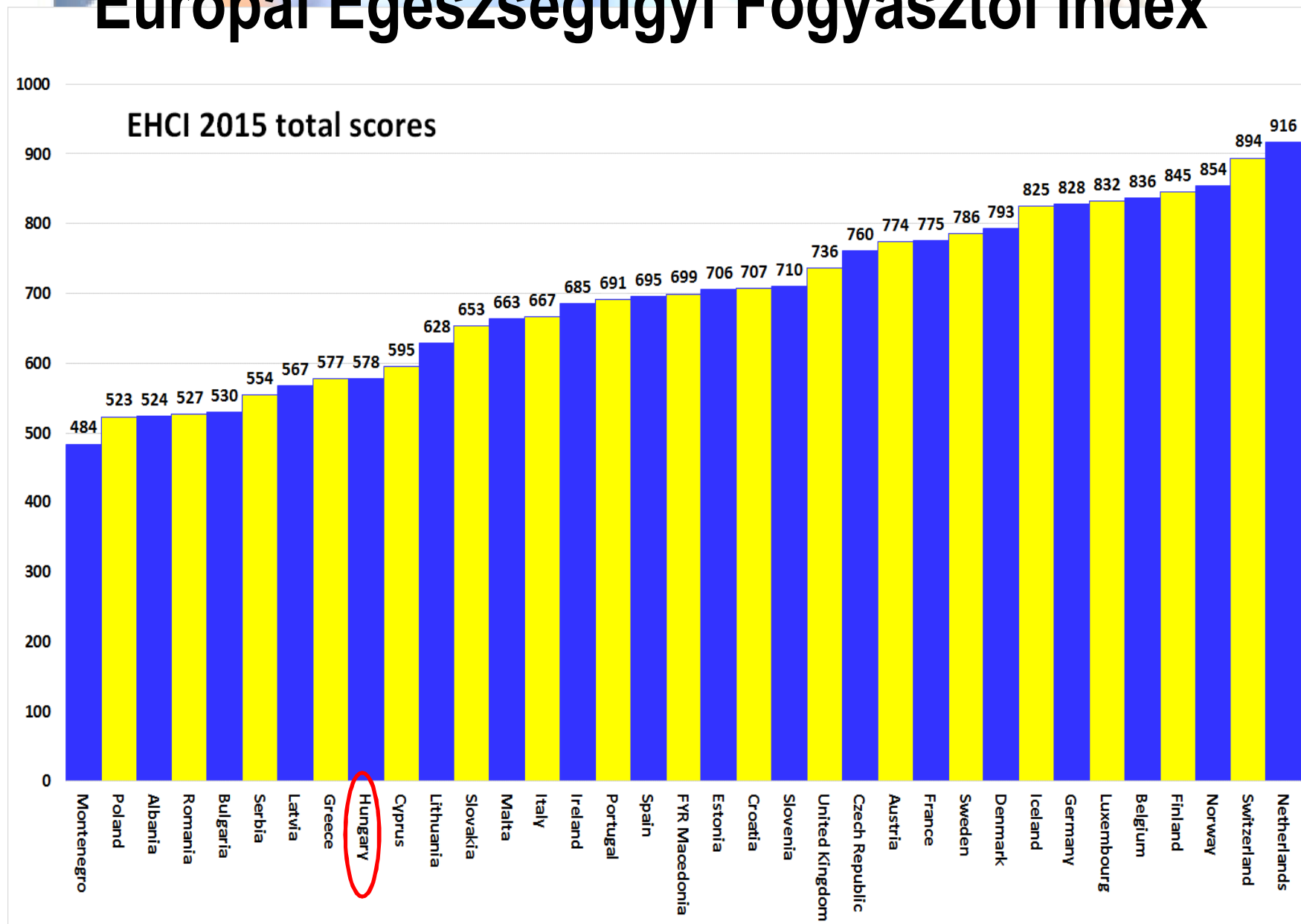


Forrás: EUROSTAT 2012-es adat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

A császármetszések aránya az egyes megyékben



Európai Egészségügyi Fogasztói index



BLOOMBERG RANKINGS

THE WORLD'S HEALTHIEST COUNTRIES

Central & Eastern Europe

Rank	Country	Health Grade
1	Slovenia	73.02%
2	Czech Republic	66.96%
3	Bosnia and Herzegovina	64.99%
4	Croatia	63.69%
5	Albania	61.18%
6	Poland	60.71%
7	Macedonia, FYR	59.00%
8	Turkey	58.83%
9	Slovak Republic	56.77%
10	Hungary	53.67%

A világban: 54. hely.

EU-ból mögöttünk:

- Észtország
- Románia
- Bulgária
- Lettország
- Litvánia

Rész-összegzés

- Magyarországon 1983 óta tartós népességfogyás és elöregedés van. Ez kódolja a jövőt, és a „nemzeti”, „család-centrikus” kormányok sem változtattak ezen érdemben.
- A születéskor várható élettartam folyamatosan nő, de még így is elmarad a 2006 után az EU-hoz csatlakozott országokétól.
- A megbetegedésekben a „klasszikus” fertőző megbetegedések (TBC, járványok stb.) kvázi megszűntek, de a halálos nemfertőző krónikus megbetegedések tarolnak. (A daganat változatlanul szörnyű teher, a szív-érrendszeri betegségekben már javulás van. És érthetetlenül jó HIV helyzet.)
- A civilizált/fejlett országok problémái még előttünk vannak (mentális betegségek, bár mozgásszerviben már „jók vagyunk”)
- Magyarország rosszul áll az elkerülhető és a megelőzhető halálozások terén*, tehát se a megelőzés, se a gyógyítás nem megfelelő.



Min múlik az egészség?

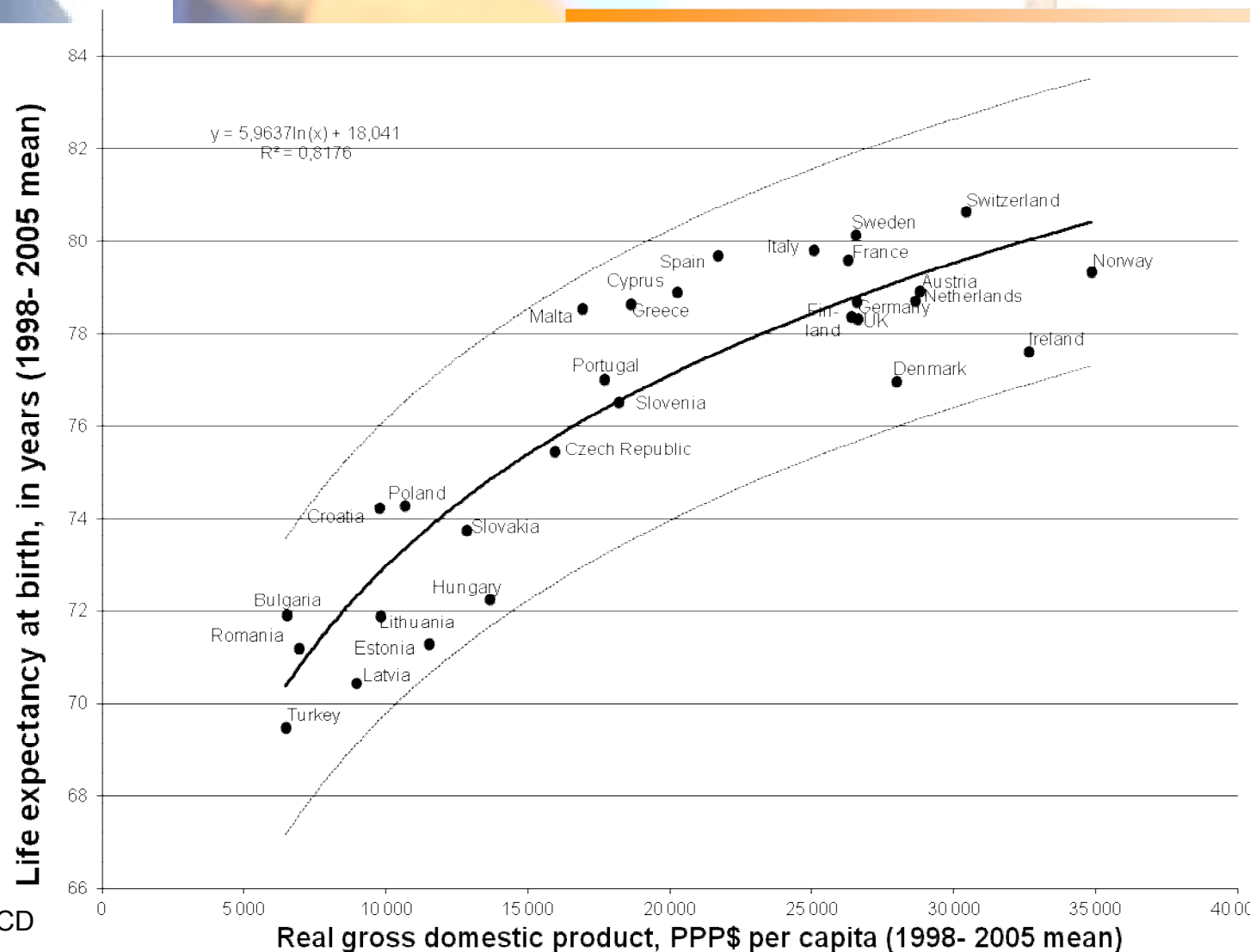
Az egészségügy szerepe az egészségi állapotban

- **A hagyományos megközelítés: az egészségért az egészségügy felelős** (biomedikális modell: az orvos gyógyít, mint a szerelő a szervizben, és ehhez jó műszer, gépkönyv és alkatrész kell, nem pedig az autó együttműködése).
- Az áttörés: Towards a New Perspective on Health Policy: The ***Lalonde Report*** (1975). Az egészségi állapotban az egészségügy szerepét csak 11%-ra tették ez alapján.
- *Az egészségügy szerepének ilyen értékelése populációs szinten igaz, a beteg ember számára természetesen az egészségügyi ellátás fejlettsége és hozzáférhetősége a meghatározó.*

Az egészségi állapot determinánsai

- Az egyén **genetikai** állománya.
- Az **életmód**, illetve az életmódot elsődlegesen meghatározó tényezők:
 - a gazdaság fejlettsége (GDP/capita),
 - a társadalmi egyenlőtlenségek mértéke,
 - környezeti káros hatások mértéke,
 - társadalmi minták, elvárások, és ezek leképeződése a szokásokban.
- Az **egészségügyi ellátás**:
 - hozzáférésének egyenletessége (equity, a rendszer igazságossága),
 - az egészségügyi ellátás fejlettsége, minősége.
- Az egyén **problémakezelő-képessége, informáltsági pozíciója.**

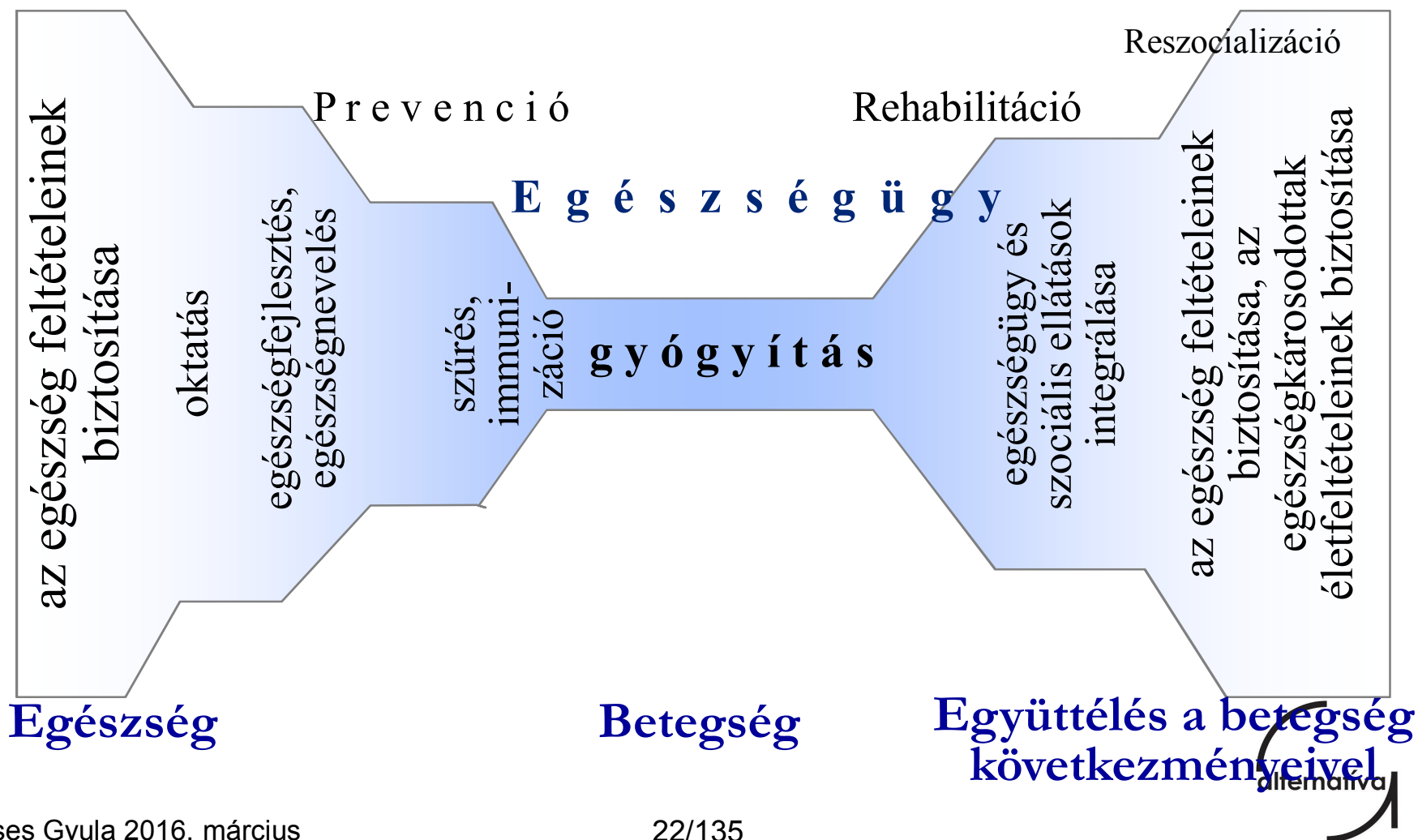
A GDP és a születéskor várható élettartam összefüggése



Az egészség színterei és társadalmi beágyazottsága

T á r s a d a l o m

T á r s a d a l o m



Az egyenszilárdság hiánya

- **Drog:**
Börtön
- **Dohányzás:**
Kampány a dohányzás ellen+ megvetés a dohányosnak, de szankció nincs.
- **Alkohol:**
Elnéző/sóvárgó mosoly, se megvetés, se szankció.
- **Az alkohol legártalmasabb formája** (ellenőrizetlen házfőzés):
adókedvezmény és deklarált szabadságjog....

A perspektíva

Életmód

Egymillióra emelkedhet az alkoholisták száma Magyarországon

MTI 2016. január 3. 12:35

 Ajánlom

Megosztás

17



Pár éven belül egymillióra nőhet az alkoholisták száma a mostani 800 ezerről Magyarországon, mert "olyan utánpótlás-nevelés van, hogy a Puskás Ferenc Akadémia ahhoz képest kutya füle" - mondta Zacher Gábor toxikológus az M1 aktuális csatorna vasárnap reggeli műsorában.

Elmondása szerint évente 30 ezren halnak meg alkohollal kapcsolatos betegség miatt és 2,5 millióra tehető az úgynevezett nagyivók száma, így szinte minden család érintett.

Az alkoholizmus nem attól függ, hogy mennyit iszik valaki, hanem attól, hogy az ivás szokásként mennyire ivódott bele az életébe - tette hozzá.

http://www.portfolio.hu/eletmod/egymilliora_emelkedhet_az_alkoholistak_szama_magyarorszagon.5.224808.html

alternatíva

Agenda

- **A helyzet**

- Demográfia - egészség – betegség
- Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
- Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya

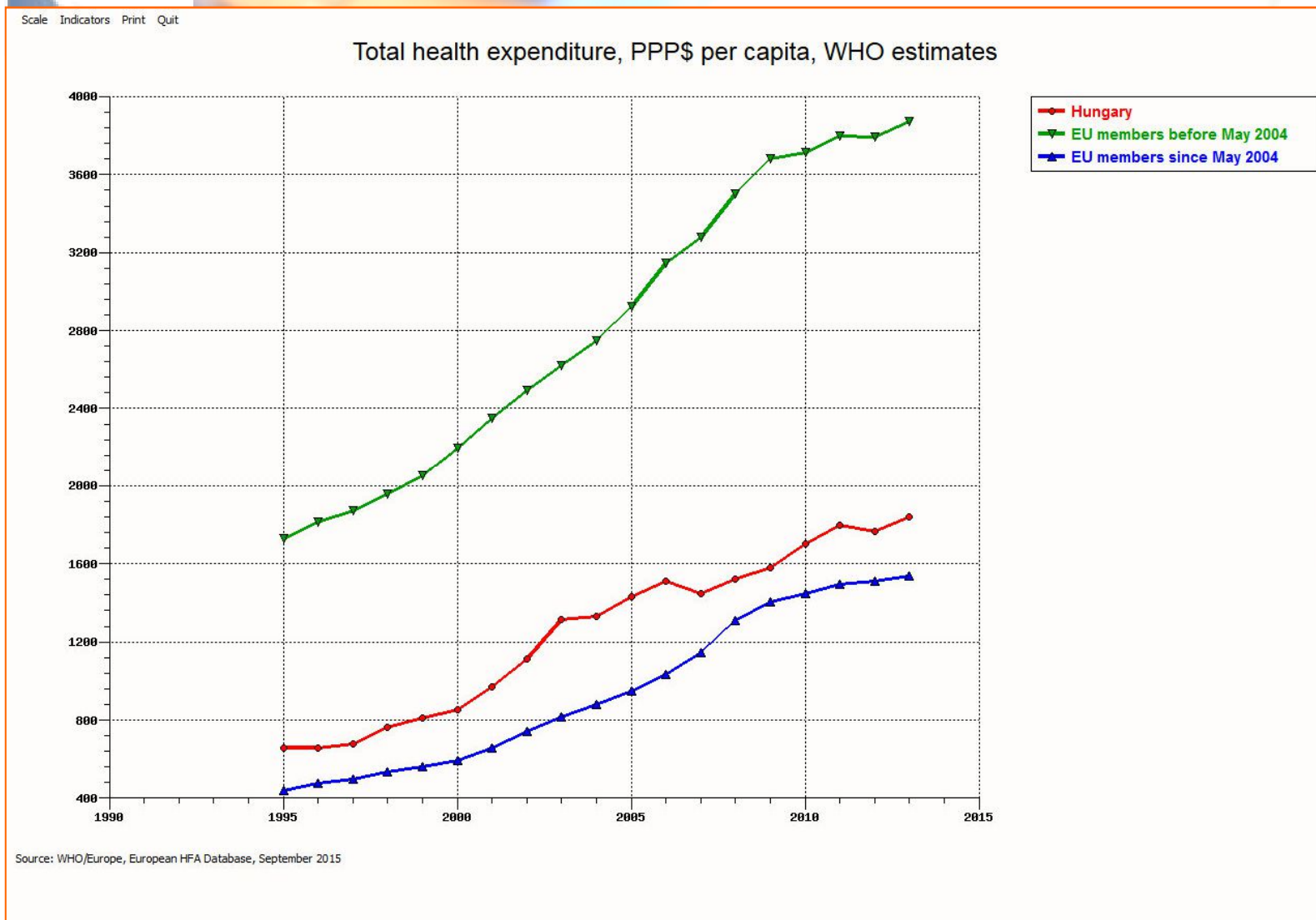
- **A kulcsterületek**

- A HR kérdés
- Hálapénz
- Struktúra – működés
- Köz és magán viszonya

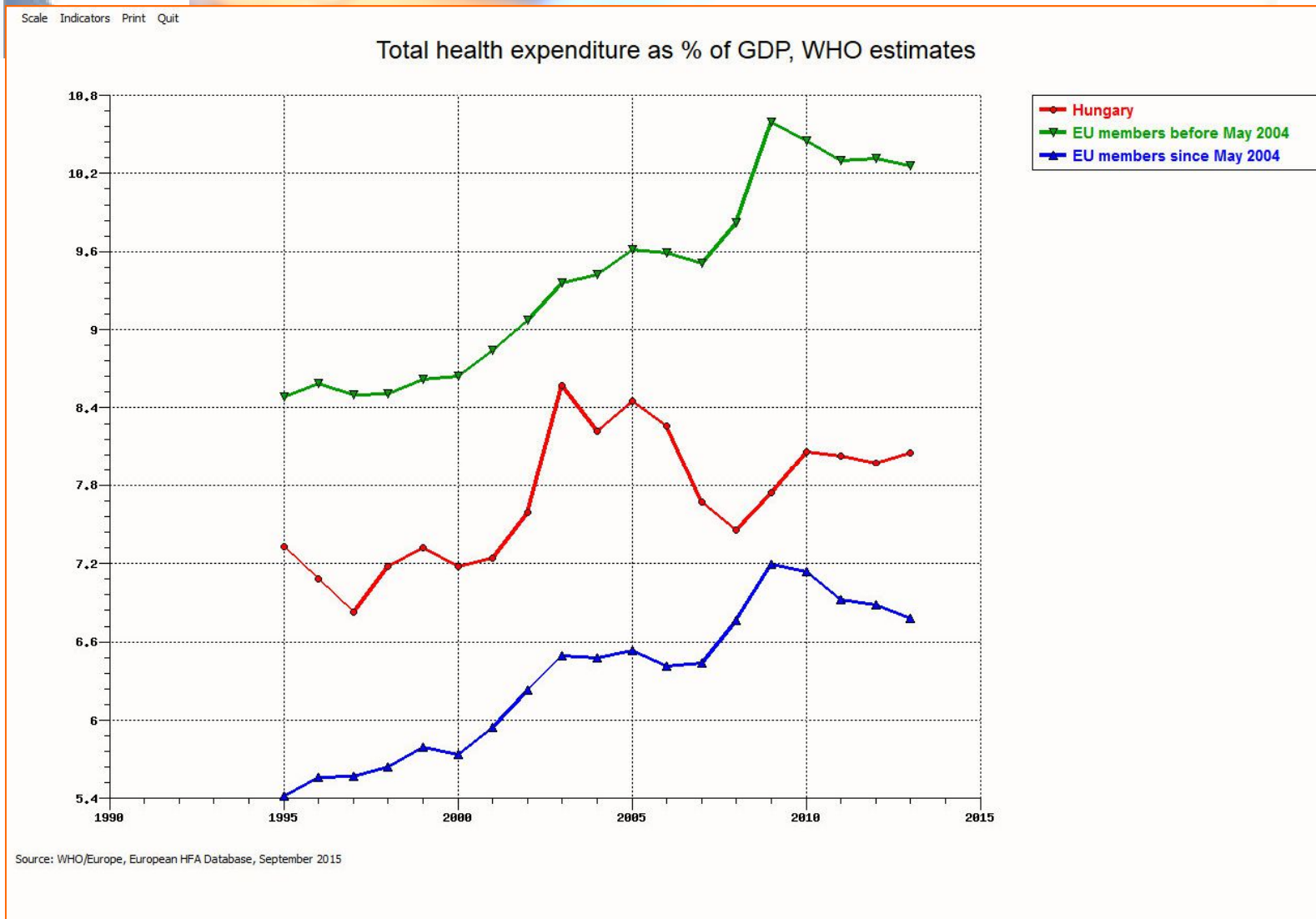
- **Hogyan tovább**



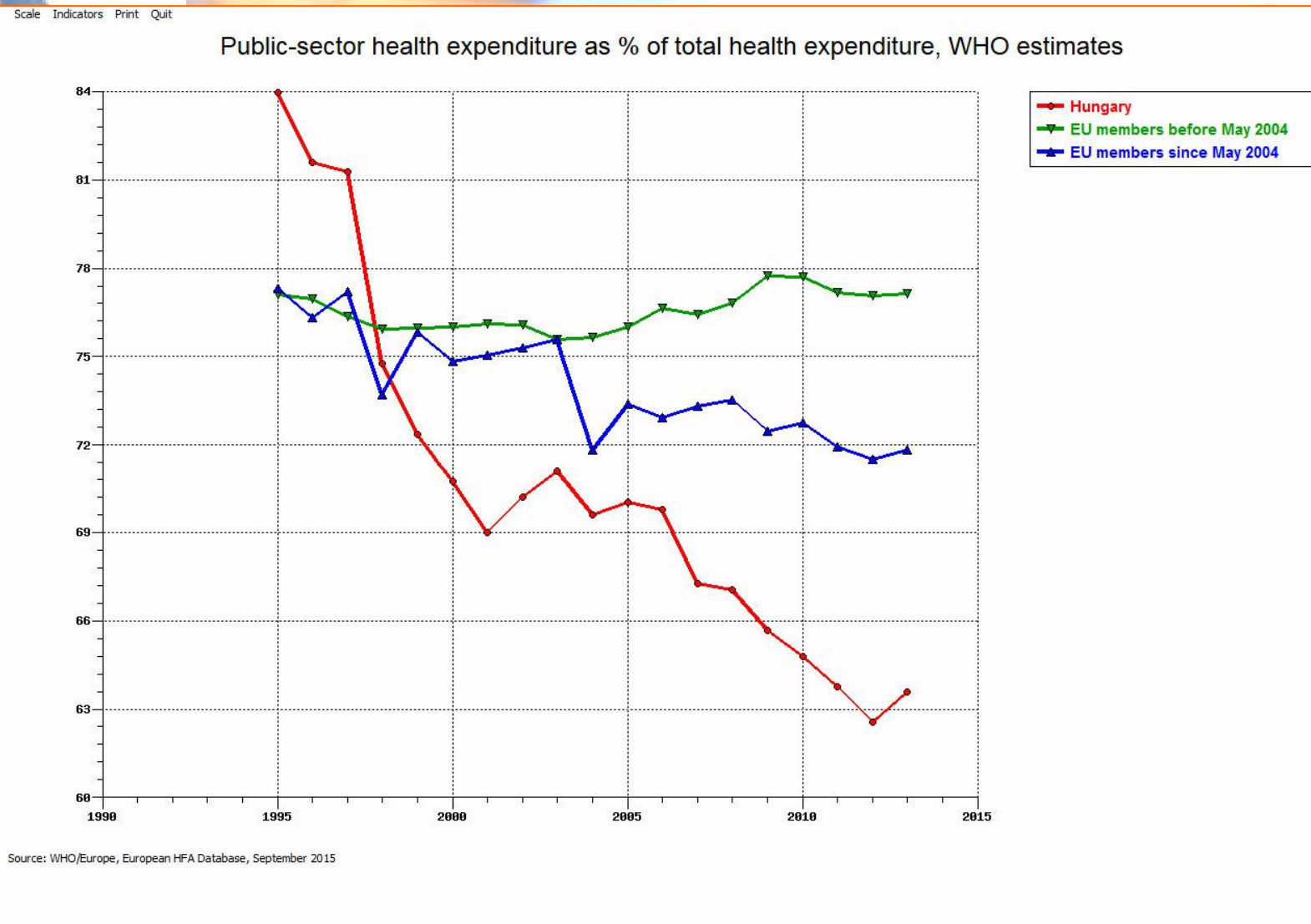
A teljes egészségügyi kiadás alakulása (Egy főre, USD-ben, vásárlóerő paritáson)



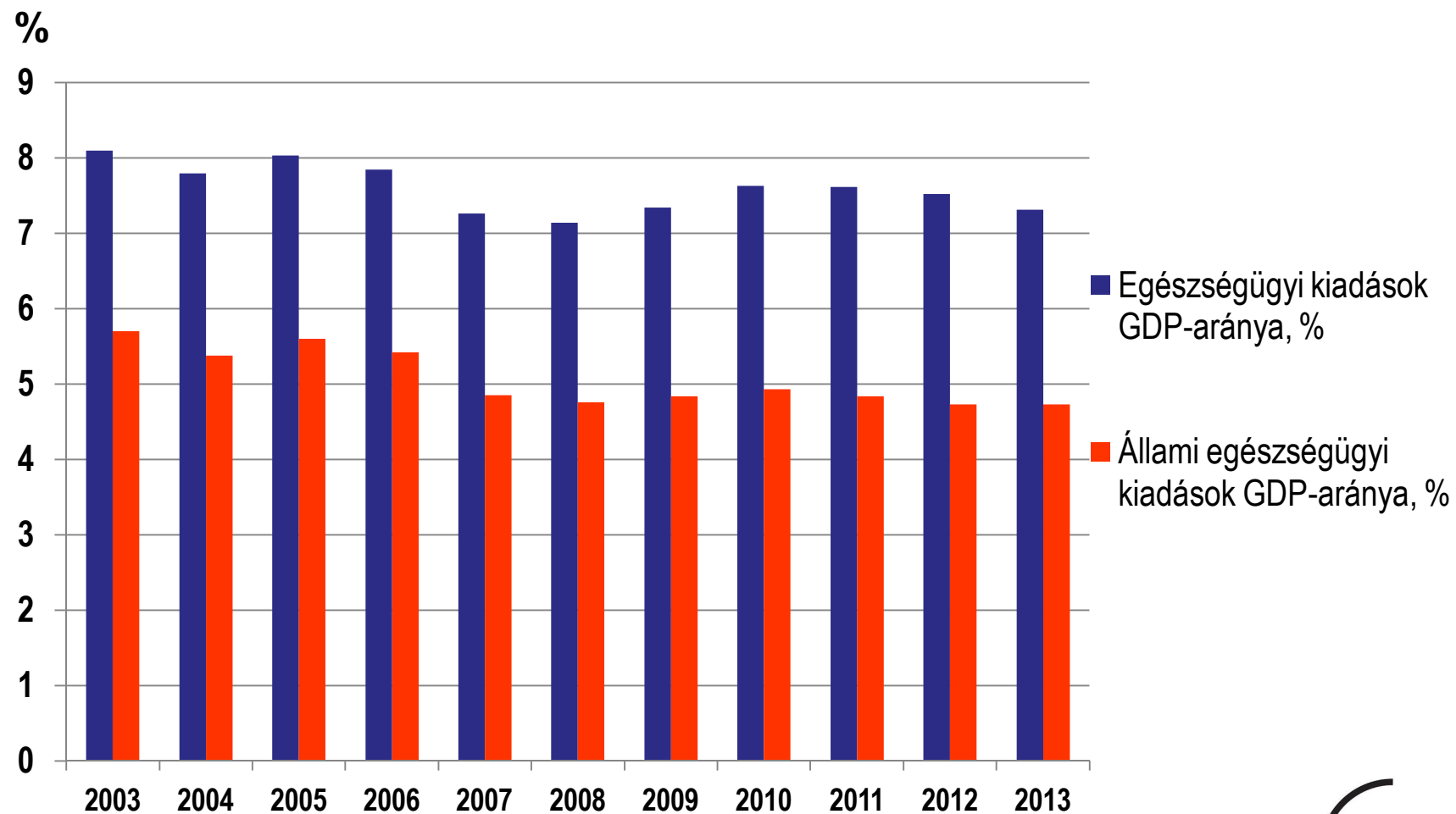
A teljes egészségügyi kiadás a GDP arányában



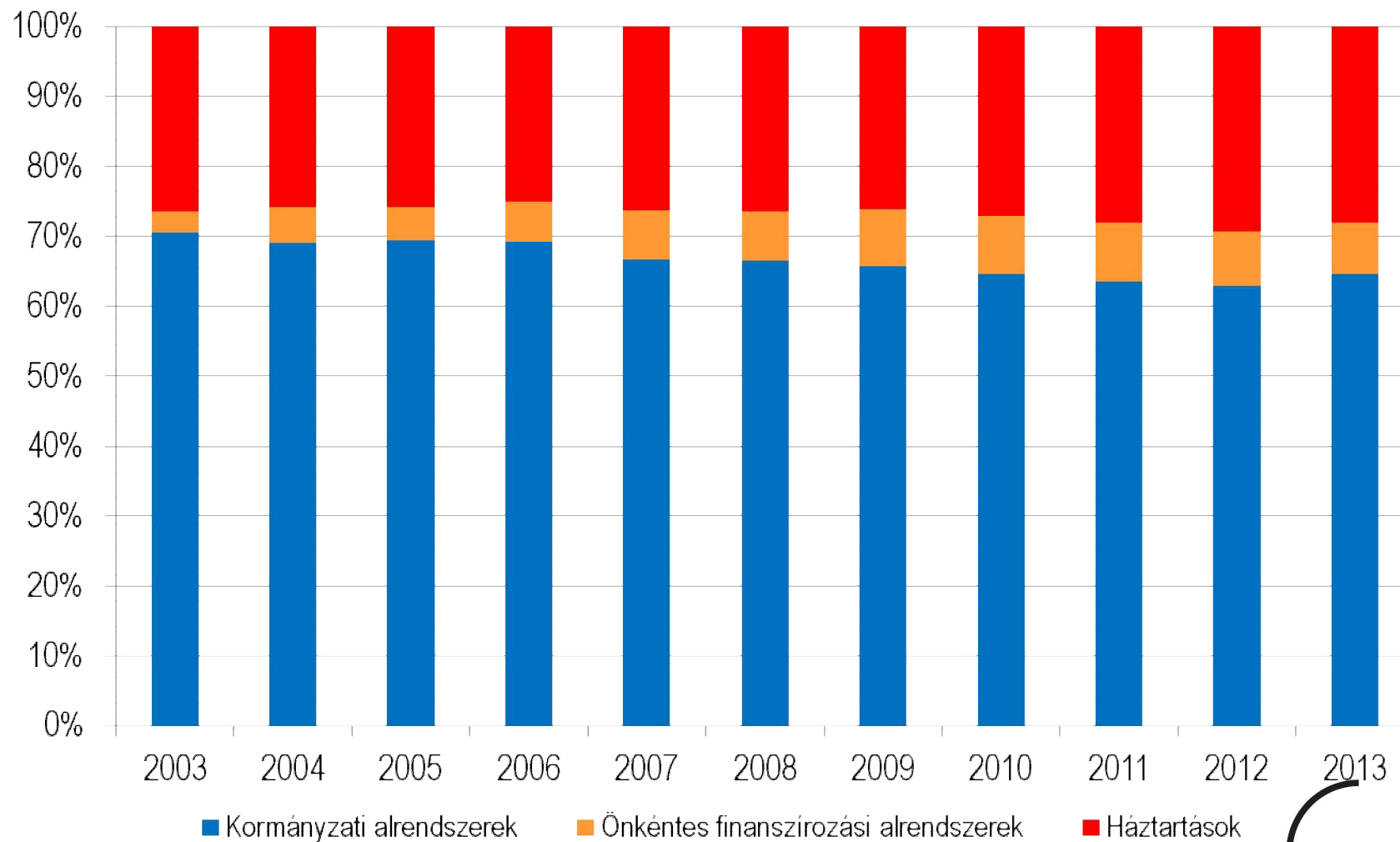
Az állami kiadások aránya az egészségügyi kiadásokban



Az egészségügyin kiadások GDP arányos változása

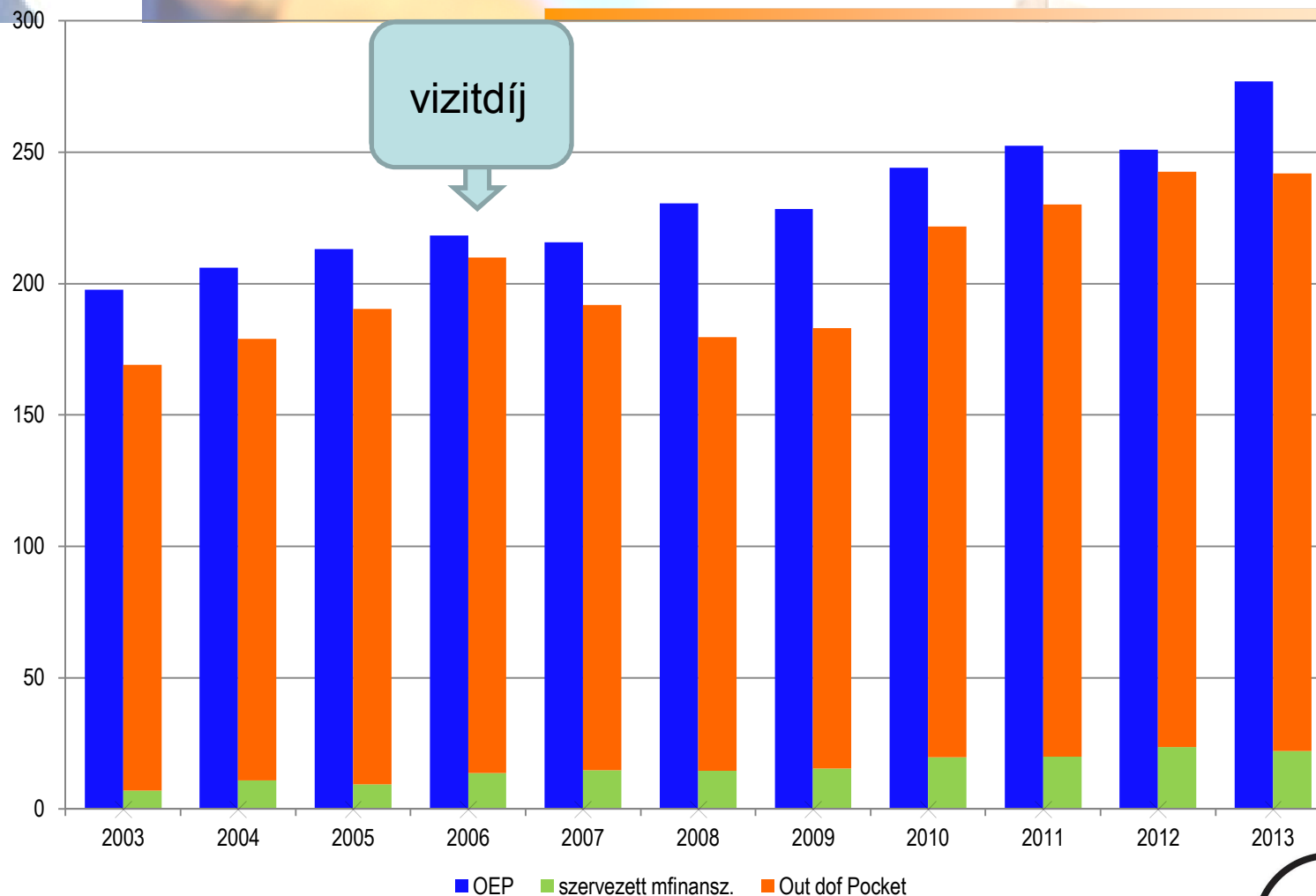


Az egészségügyi kiadások összetételének változása



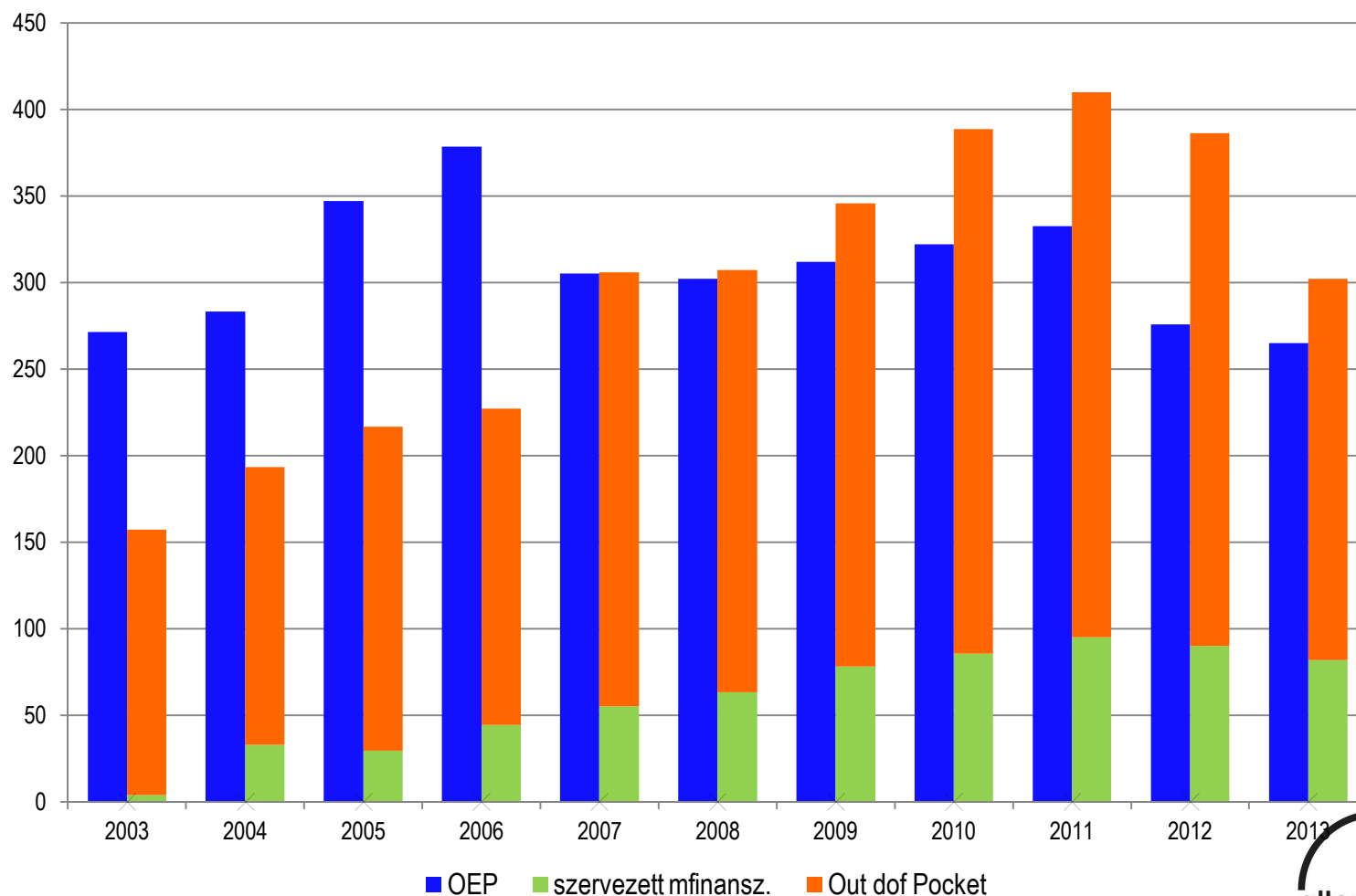
alternatíva

A járóbeteg-ellátás kiadási megoszlásának változásai 2003 és 2013 között



alternatíva

A gyógyszerkiadások megoszlásának változásai 2003 és 2013 között



alternatíva

Az egészségügy gazdasági szerepe

- Az egészségipar a világon egy gyorsan fejlődő, innováció-igényes húzóágazat
 - Biztos, konjunktúra-rezisztens piac (nem szezonális divatcikk)
 - (szinte) korlátlan foglalkoztatási potenciál
 - Tradicionális piaci jelenlét, ismertség (Simmelweistől a Richterén át a gyógyfürdőkig)
 - Jó hazai adottságok (ismert húzónevek, alacsony anyag- és energiaigény, magas hozzáadott érték)
 - Az egészségügyi turizmus jó szolgáltatás-export lehetőség lett volna, de elbénáztuk...
- Az egészségügy a társadalmi infrastruktúra meghatározó eleme
- Munka/(tudás...) alapú társadalomban az élőmunka karbantartása gazdasági tényező.



Fenntarthatóság – Miért problémás ágazat mindenütt az egészségügy



Az alap-állítások

- A 20. század közepén volt egy rövid boldog időszak, amikor azt hittük, hogy a technológiai fejlődés megoldja az egészségügy problémát, és mindenki hozzáférhet a jó ellátáshoz, egészséghez.
- Mára ez a remény meghalt, a fenntarthatóság a 20. század utolsó negyedétől a társadalmi igazságosságra törekvő egészségügyi rendszerek egyre súlyosabb kihívása.
- A probléma hagyományosan pénzügyi fenntarthatósággént jelentkezett, de a 21. században már a HR kérdés a komolyabb probléma.
- Ráadásul az esélyegyenlőség és a fenntarthatóság konkuráló értékekké váltak.

A fenntarthatóság alap-problémája az egészségügyben

- **A gazdaság növekedése**
(az igazságosságra törekvés kiterjedése mellett)
nem tart lépést
 - a technológiai fejlődés
 - és a demográfiai változásokokozta
szükségszerű, kódolt és tartós költségnövekedéssel.
Az egészségügyi technológiák várható fejlődése
(genomika, precíziós orvoslás stb.) **tovább élezi a konfliktust.**



A finanszírozás feszülése I.

Abszolút költségnövekedés

– A szükségletek növekedése

- Élettartam növekedése
- Egyes nem gyógyítható betegségek az élettel tartósan összeegyeztethetőkkel válnak (folyamatos, magas kezelési költség)
- Technológiai robbanás
 - új diagnosztikai eljárások, új megbetegedések felismerése,
 - új terápiás eljárások, kezelések bővülése.

– Az igények növekedése/szokások változása

- Nő(t) az igény az equity kiterjedése iránt
- Nőtt az igény a közösségi megoldások iránt: csökkent az öngondoskodás, családi, kisközösségi gondoskodás szerepe

alternatíva

A finanszírozás feszülése II.

- **A forrásoldal nehézségei**

- A lakosság előregedése, a gazdaságilag inaktív lakosság arányának növekedése (aktív – inaktív arány-eltolódás) .
- A gazdasági növekedés veszélyeztetése a magas közterhek miatt.

- **Következmény:**

- Egyre kevesebb aktív kereső egyre több ember egyre drágább ellátását fizeti.
- A jóléti kiadások (eü, nyugdíj, szociális) fenntarthatósága egyre nagyobb redisztribúciót követel, ami rontja a versenyképességet, ez tovább növeli a jóléti kiadások arányát. Circulus vitiosus kockázata.

Tételmondat

(Kincses, 2005.)

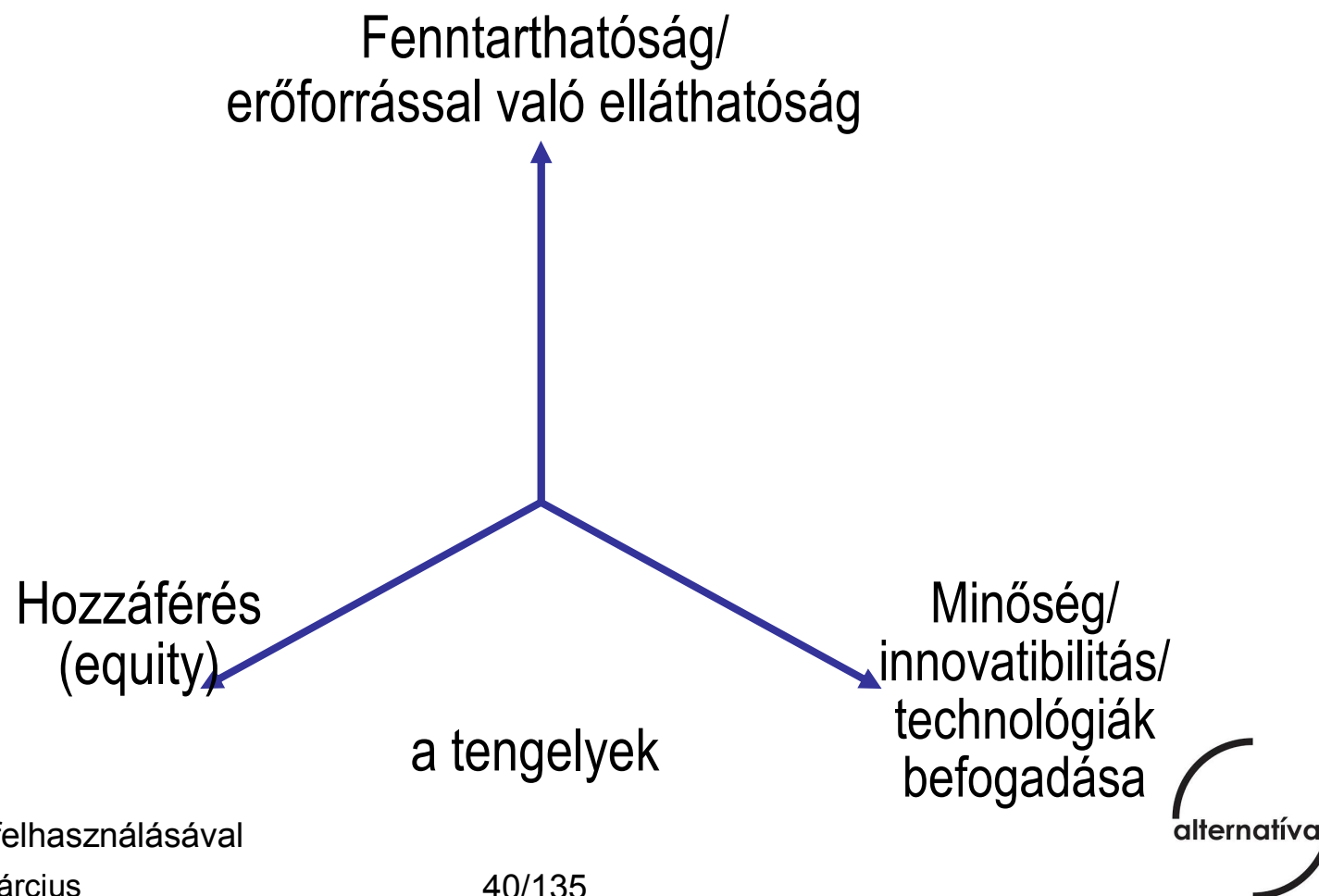
Az egészségügy fenntartható fejlődésének alap-feltétele, hogy

összhangba kell hozni az

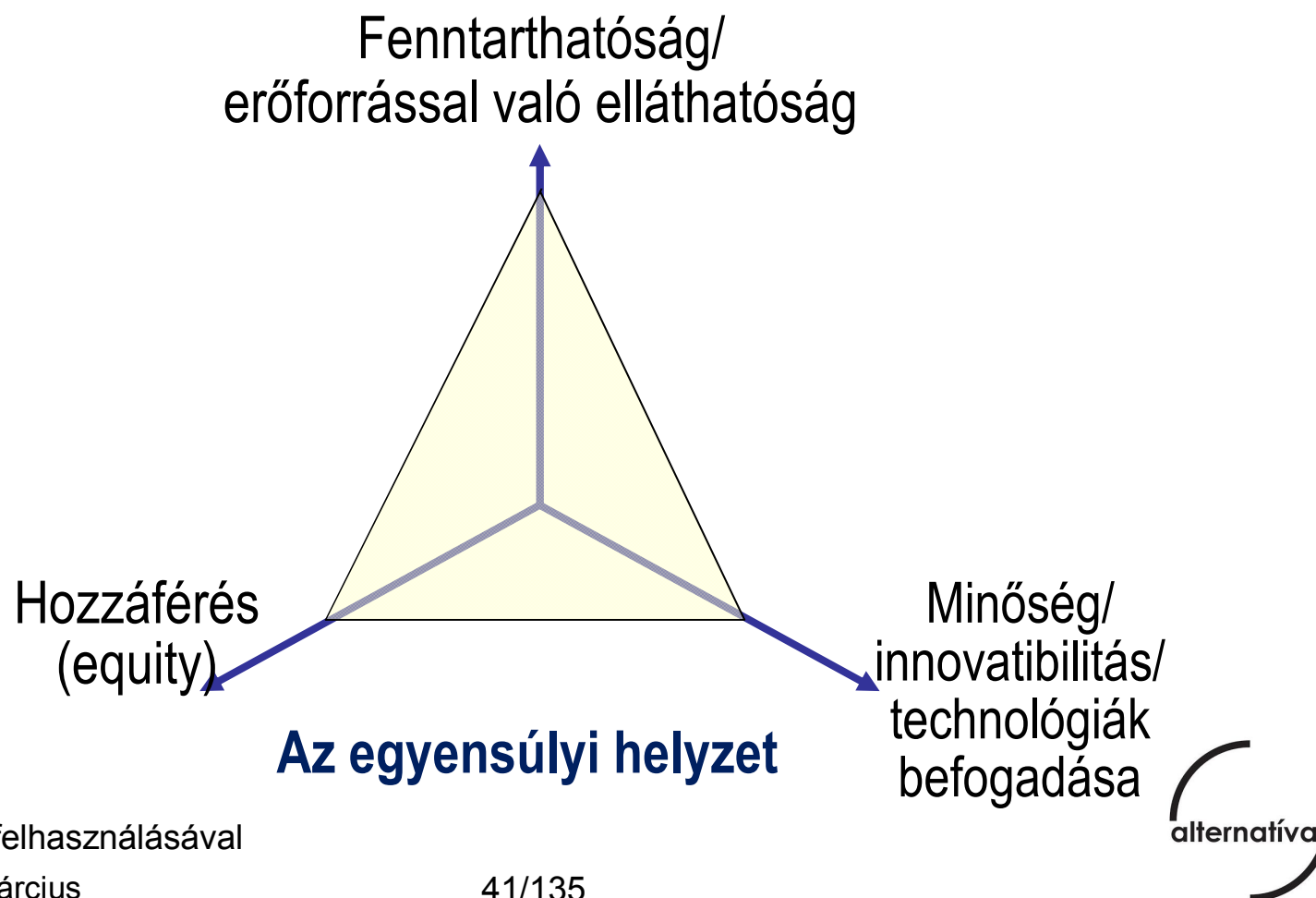
- egészségüggyel kapcsolatos **elvárásokat**,
- és az ezért vállalt
 - egyéni és
 - közösségi **áldozatokat**.



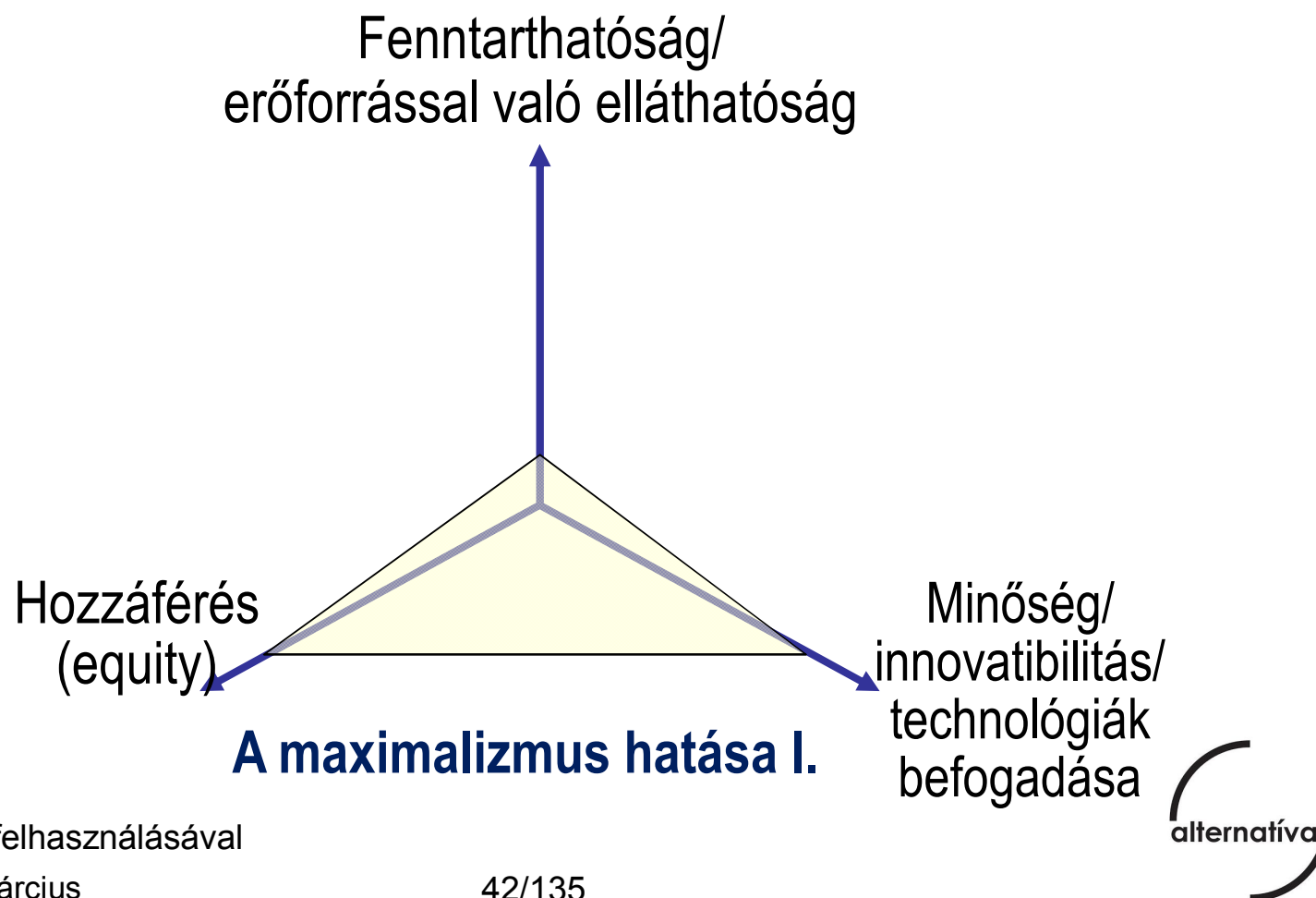
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya



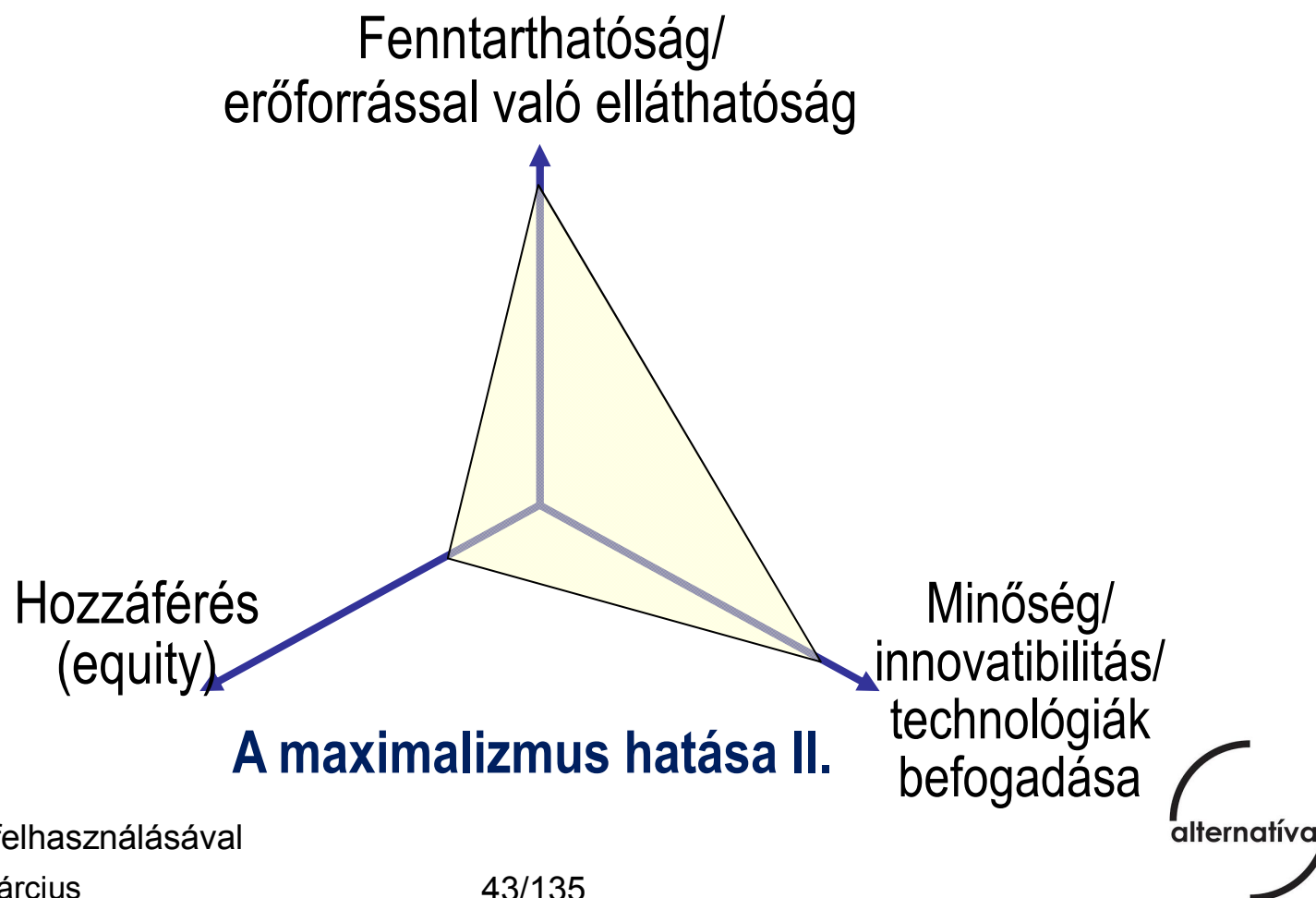
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya II.



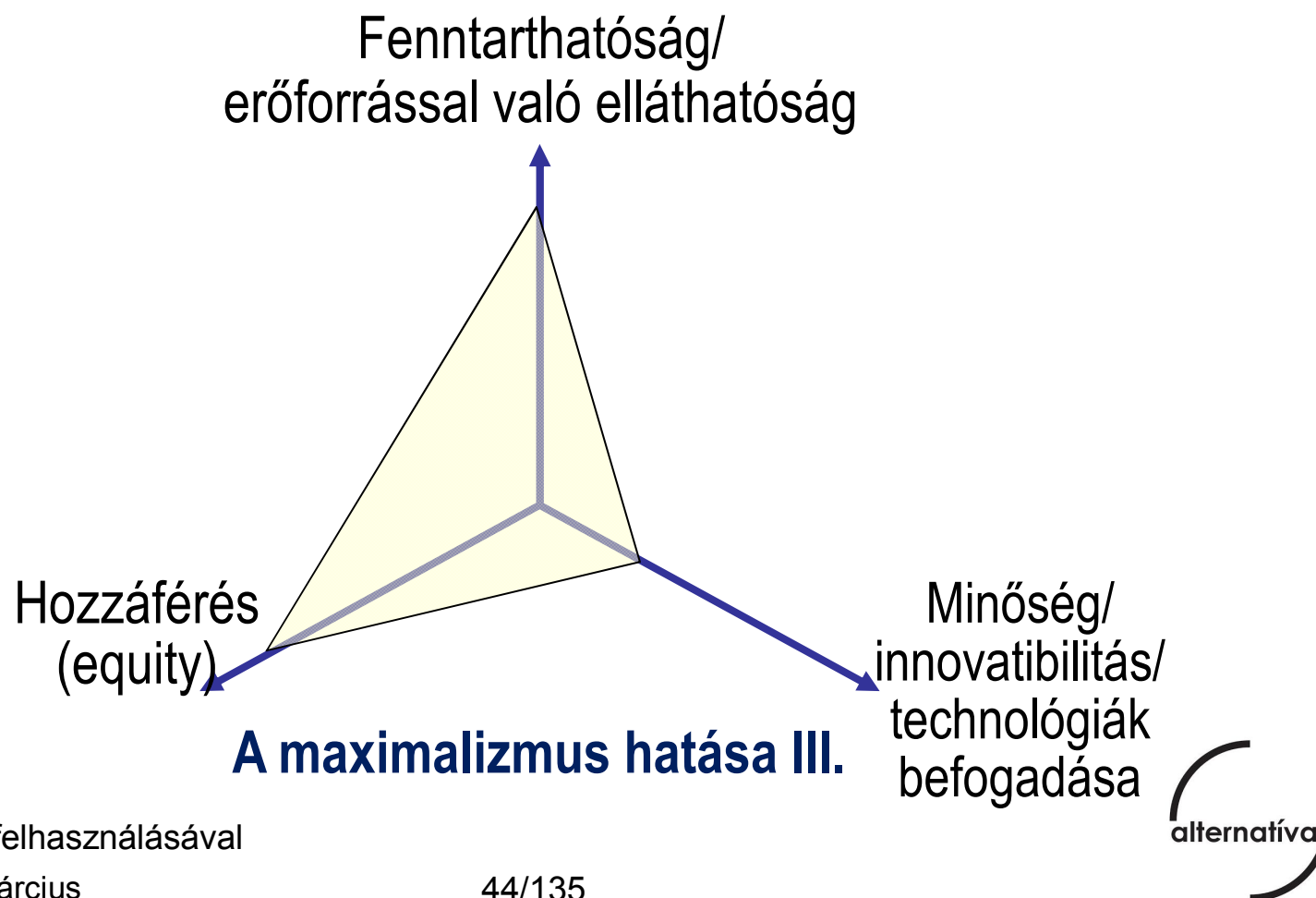
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya III.



Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya IV.



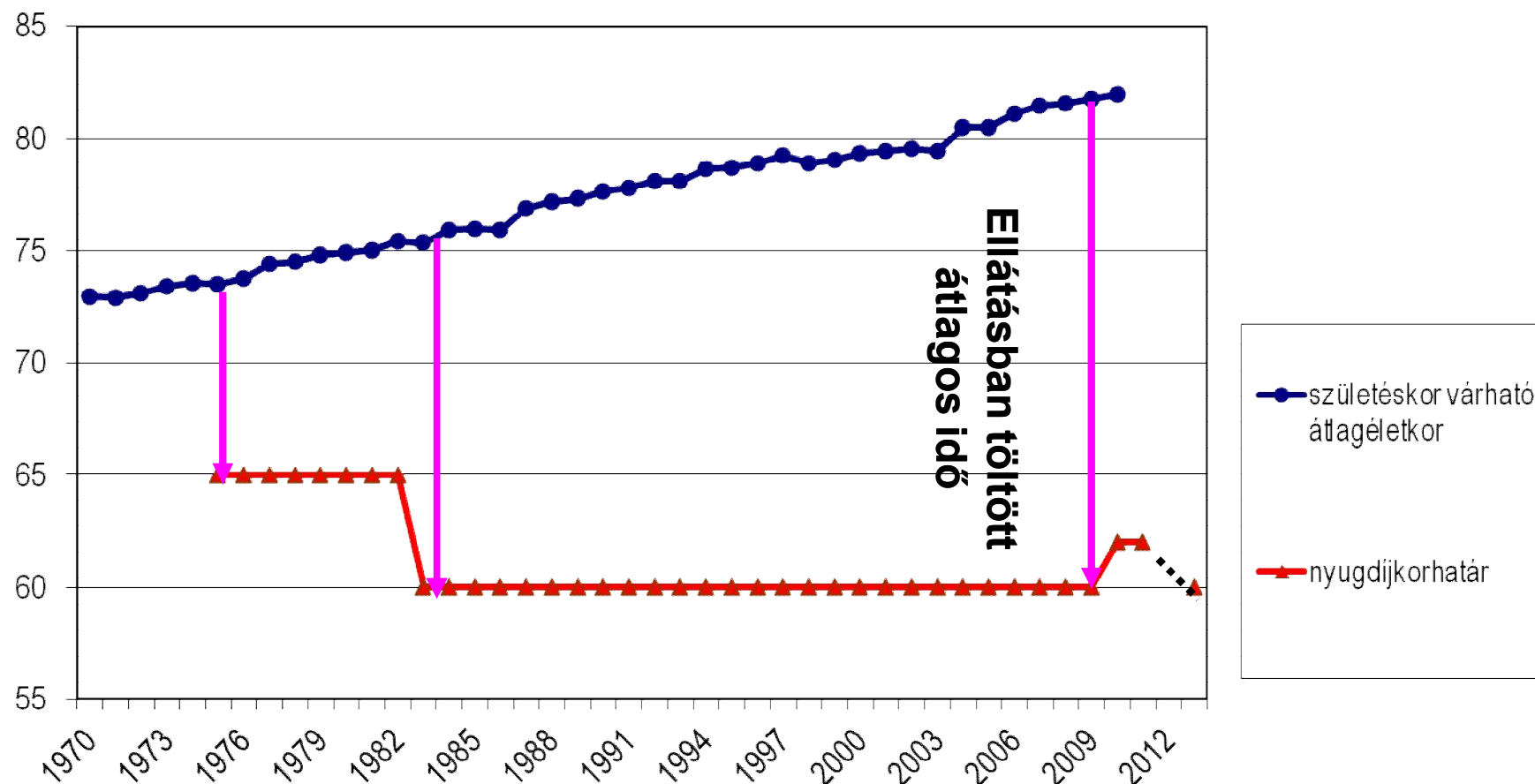
Az eü. ellátás vektorainak egyensúlya V.



Szembesülés a realitással

A születéskor várható átlagos élettartam és a nyugdíjkorhatár változása Franciaországban

életév



A két éves nyugdíjkorhatár emelés 2010-től fokozatosan, 8 év alatt következett volna be

Forrás: WHO HFA.

Kincses Gyula 2016. március

45/135



Az elvárások realitásáról

Velünk bármit lehet?

- Hogy lehet az, hogy négy évvel az EU csatlakozás után még mindig csak **1014 méter magas a Kékes?**
- Mit tett, mit **tesz azért a Kormány, hogy végre elérje az EU átlagot?**
- Meddig **tűrjük???**

Hogy is van ez?

- **Az Európai Unióban él a világ népességének 7%-a**
 - a világ 14 éven aluli népességének **4%-a** él az EU-ban,
 - a világ 64 éven felüli népességének **16%-a** él az EU-ban
- **Az Európai Unióban képződik a világ GDP-jének a kb. 24%-a**
- **Európában költik el a világ jóléti kiadásának közel 50%-át**



Agenda

- **A helyzet**

- Demográfia - egészség – betegség
- Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
- Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya

- **A kulcsterületek**

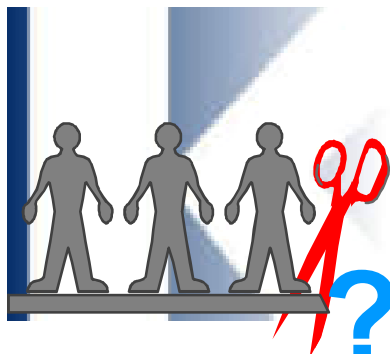
- A HR kérdés
- Hálapénz
- Struktúra – működés
- Köz és magán viszonya

- **Hogyan tovább**



Az egészségügyi rendszerek fejlődése

- Az egészségügyi rendszerek fejlődése valójában a kockázatközösségek és a szolidaritás fejlődéstörténete.
- **A szolidaritás elvű közösségek megjelenése:** ahol és *ahogy a megélhetés alapja nem a család-gazdaság, hanem a munkajövedelem*, ott jöttek létre a szolidaritás elvű kockázatközösségek:
 - a 15. században már bányatársulások (csoporton belüli szolidaritás),
 - az ipari forradalom után Bismarck: kötelező társadalombiztosítás (munkáltató bevonása a kockázatviselésbe, jogosultságszerzés nélkül),
 - 20. század: a nemzeti kockázatközösségek kialakulása, terjedése (NHS, szocialista egészségügyi rendszerek),
 - 21. század: a költségek globális követhetetlensége miatt ismét erősödik az egyéni felelősség megjelenése a kockázatközösség megmaradása mellett (együttműködési kötelezettség stb.).



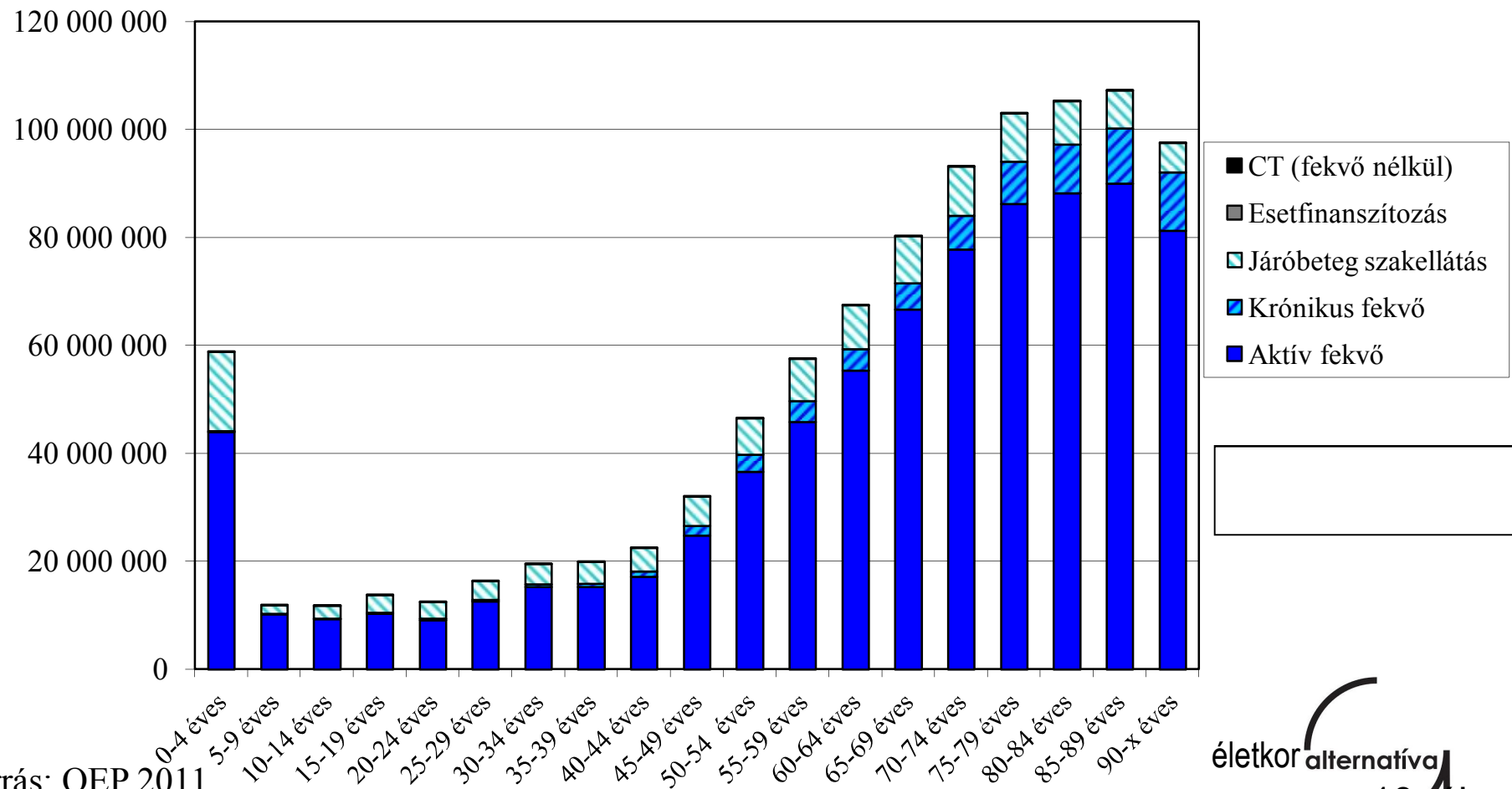
A szolidaritási elv szükségességének indokai

- A személyes jövedelempozíció és az egészségügyi szükséglet fordított arányban van:
 - abban az életszakaszunkban tudnánk megfizetni az egészségügyi ellátást, amikor a legkevésbé van rá szükségünk,
 - a betegség általában szegénnyé tesz.
- A gyógyítási költségek különbségei ma már olyan mértékűek, hogy csak társadalmi méretű szolidaritás elvű kockázat-közösség képes a kiátlagolására;
- Az egészségi állapot változása előre nem tervezhető, az egyén választása által csak részben befolyásolható;
- Az egyéni megoldások a piaci szférában drágábbak, mint a közösségi válaszok;
- **A társadalmi béke fenntartása, az elit önvédelme...**



Ezer azonos korú lakosra jutó szakellátási OEP kiadás, 2010.

Ft.

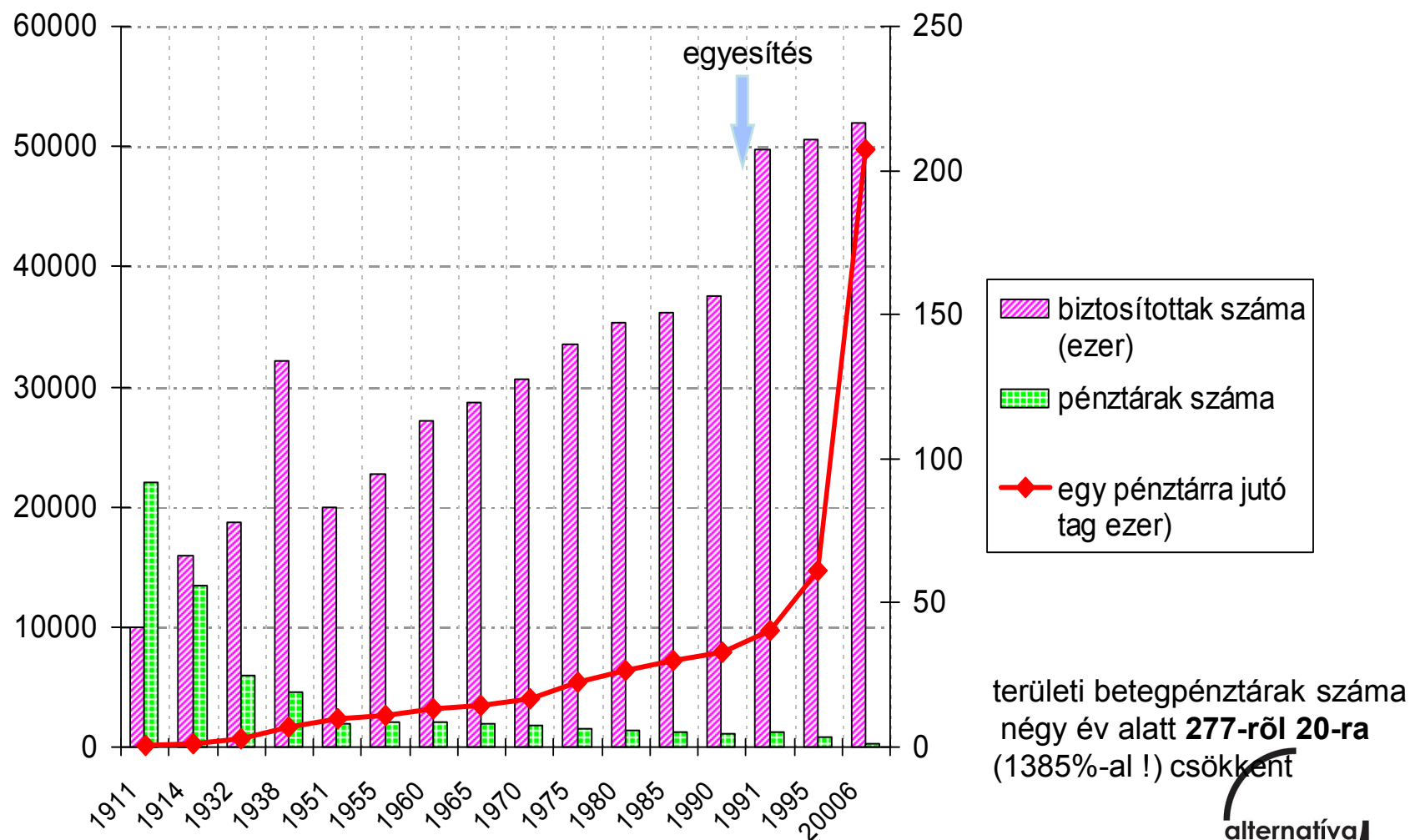


Forrás: OEP 2011.
Kincses Gyula 2016. március

51/135

életkor alternatíva
10. ábra

A német betegpénztárak számának és taglétszámuknak alakulása



Az ismert és fejlett egészségügyi rendszerek fő csoportjai

- **Kényszer-szolidaritás** a lakosság egészének vagy nagy részének*:
 - **adóból fenntartott egészségügyi rendszerek** (NHS, Beveridge, Szemáskó: DEKO, a skandináv: területi elv.)
 - **társadalombiztosítási rendszerek** (bismarcki szolidaritás elvű társadalombiztosítás).
- **Minimum-biztonság az államtól + piac + önszerveződés jellegű rendszerek (pl. USA 2010 előtti modell):**
 - adóból egy alapbiztonság a szegények és idősek részére (MEDICARE MEDICAID),
 - biztosítási/szolgáltatási piac, munkahelyi vagy területi önszerveződések mellett (üzleti biztosítások, HMO-k, Managed Care szervezetek, fogyasztási szövetkezetek stb.).
- **A „középre gravitálás” tendenciája**

*minimum az alkalmazottak számára

Kincses Gyula 2016. március

53/135



Egészségügyi rendszerek

Állami alapbiztonság a
rászorulóknak + piaci
rendszer a jobb-
módúaknak

Kényszer-
szolidaritáson alapuló
rendszerek

Állami Egészségügyi
Szolgálat

Társadalom-biztosítási
rendszerek

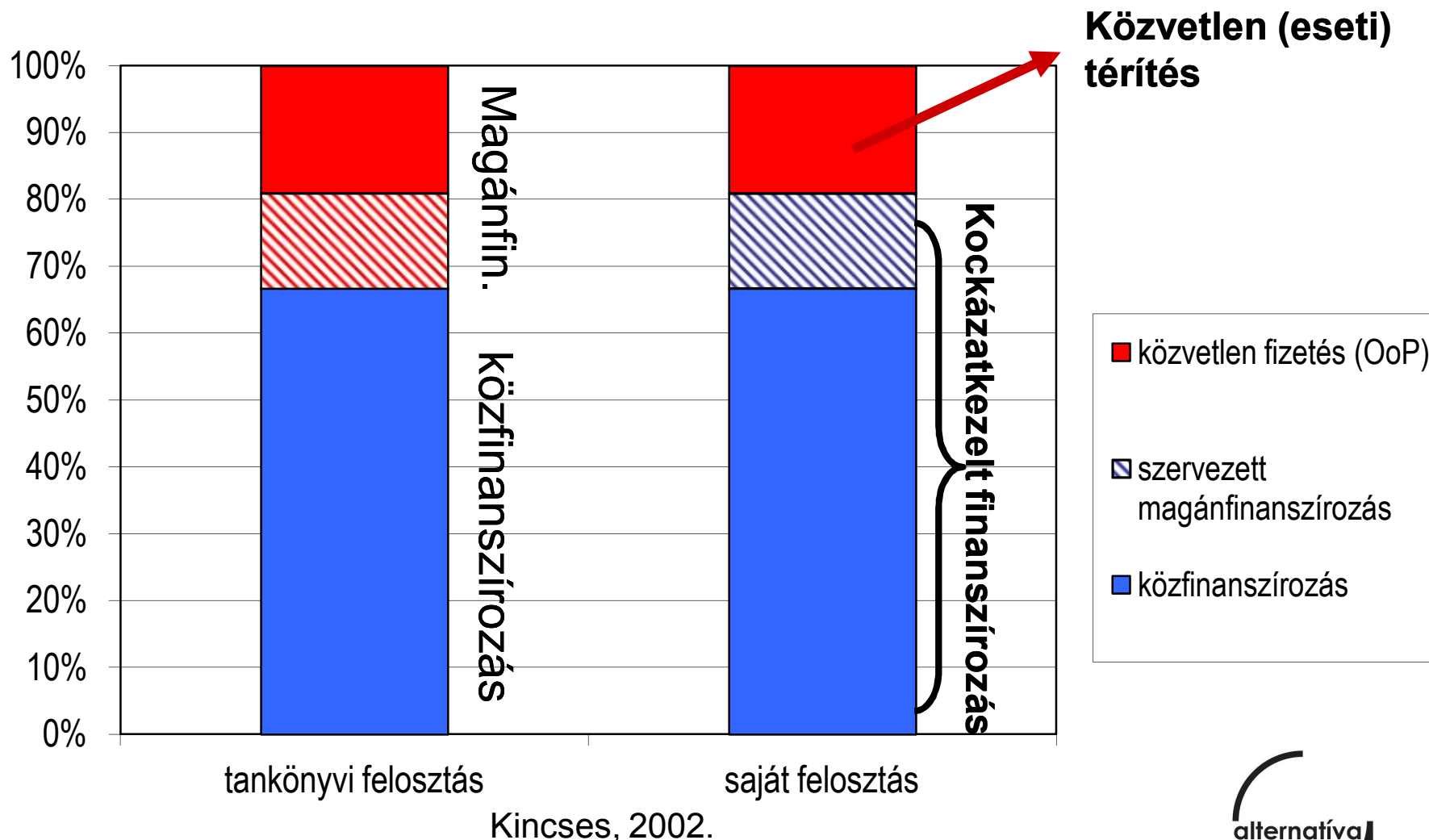
Új elem
Európában

Ingyenes, de leromlott
állami/TB egészségügy
+ erős piaci alternatív

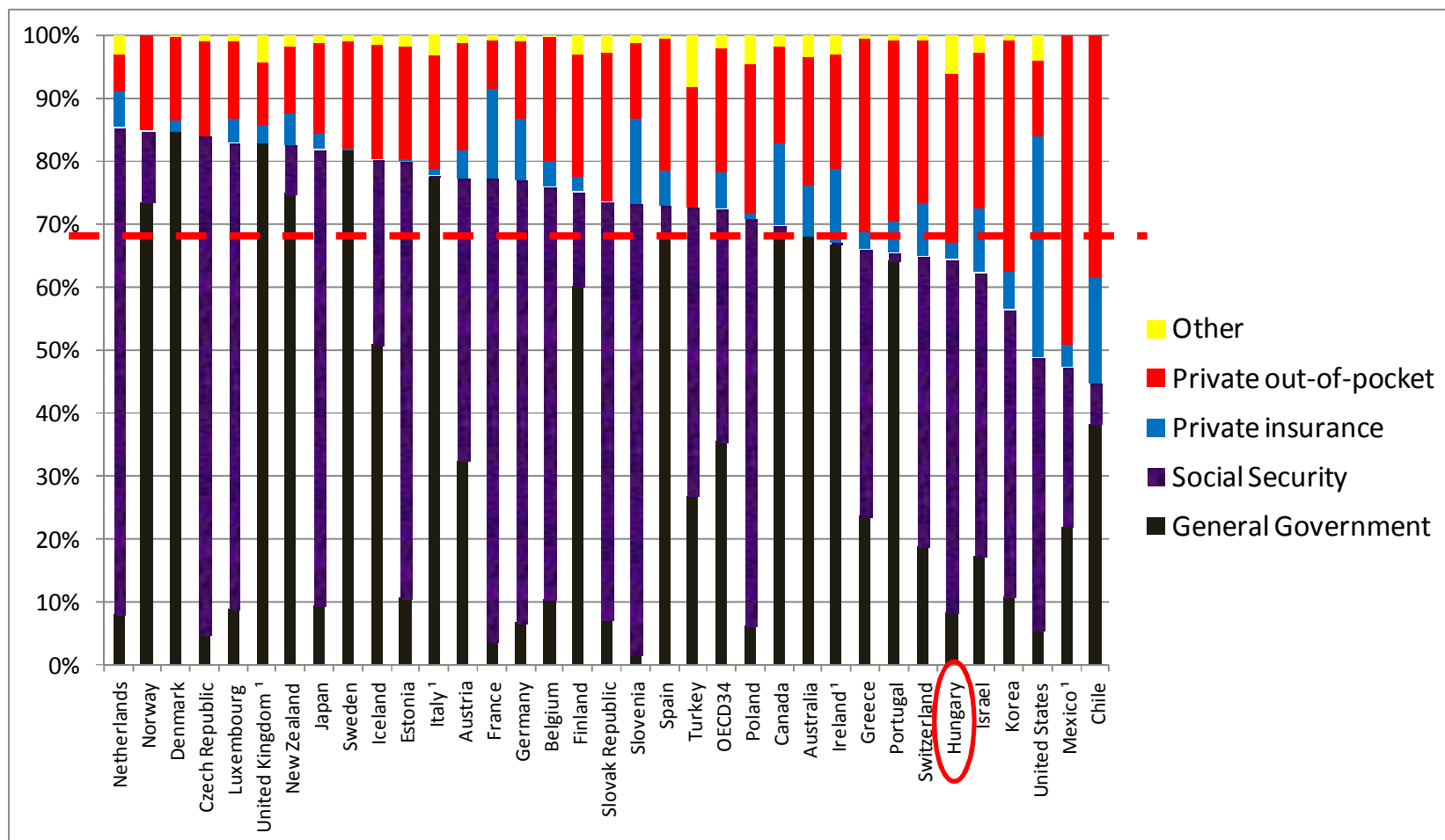
A magánfinanszírozás és fajtái

- Magánfinanszírozás az, amit a diszponábilis jövedelmünkből saját elhatározásból költünk egészségügyre. (Egészségügyi szolgáltatásra, erre a célra minősített termékre)
- A magánfinanszírozás (megfelelő arányban) fontos elem:
 - Költségérzékennyé tesz,
 - vásárlóvá tesz ellátottból,
 - értéket ad az ellátásnak – prevencióra ösztönöz.
 - komoly pénzügyi és egészségkockázatot hordoz.
- Két fő területe:
 - kockázatkezelte (időbeli: MSA, magyar egészségpénztár, kockázatközösség elvű: magánbiztosítás),
 - eseti térítés (Out of Pocket – OOP finanszírozás).Komoly szociális és egészségkockázatot az OOP kiadás okoz.

Az egészségügy finanszírozásának felosztási lehetőségei

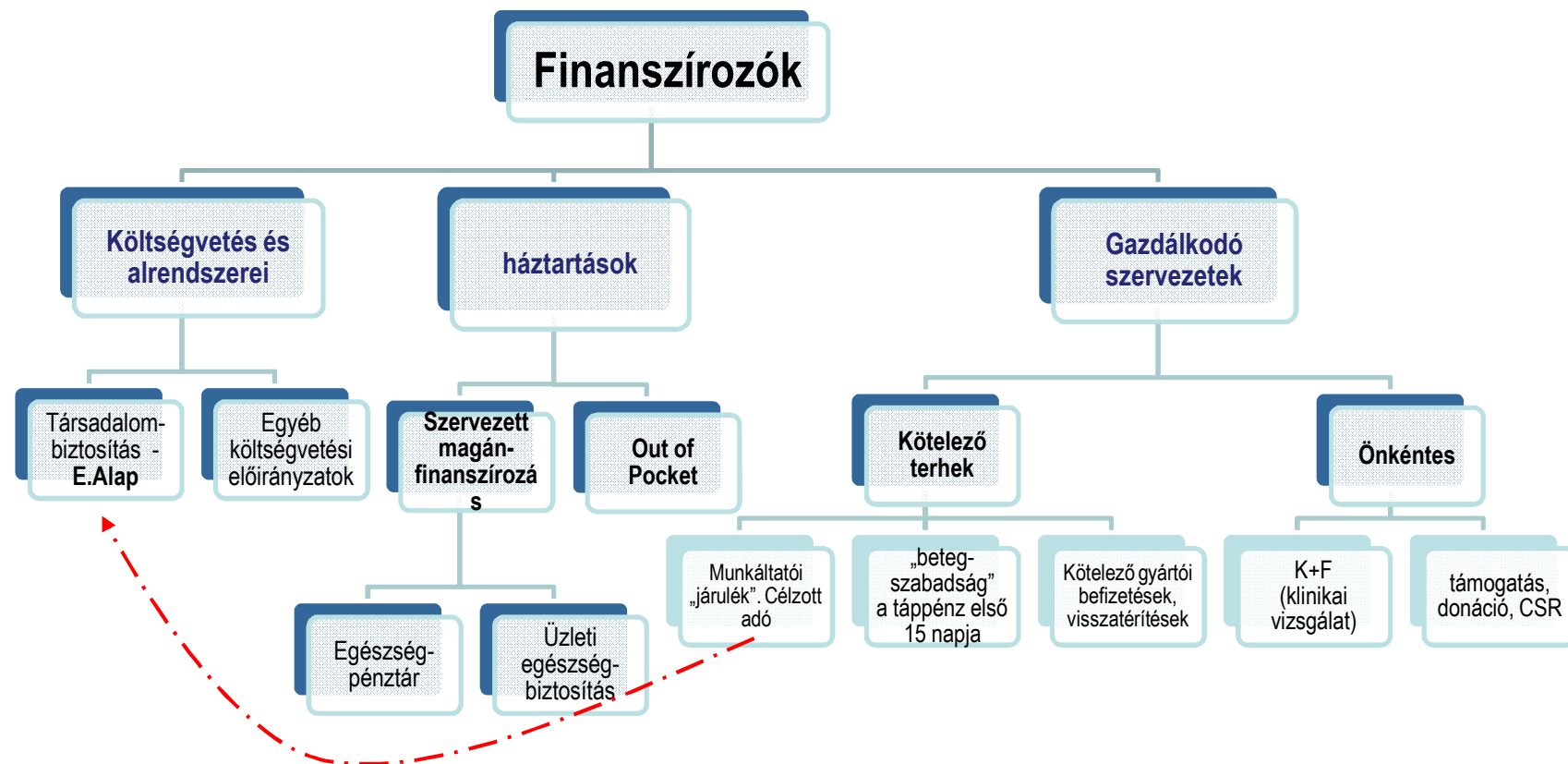


A különböző finanszírozási források aránya 2011-ben az OECD tagállamokban



Forrás: Health at a Glance 2013 - © OECD 2013

Az egészségügy finanszírozói



A magánfinanszírozás jellemzői

- A magánfinanszírozás aránya ma Magyarországon európai összehasonlításban kiemelkedően magasnak mondható.
- Az igazi kérdés nem a köz- és magánkiadás aránya, hanem a **szervezett** (harmadik fél által fizetett, „előre fizetett”) és az **eseti készpénzfizetés** (Out of pocket – OOP) aránya.
- **Komoly** egyéni és társadalmi **szociális kockázatot az jelent**, ha egy rendszerben
 - Magas az OOP arány
 - A túlélést érdemben befolyásoló beavatkozások is magánfinanszírozásba kerülnek.
- Magyarországon:
 - Kiemelkedően magas az OOP finanszírozás aránya
 - A létező **magánbiztosítások nem kiegészítő, hanem párhuzamos, helyettesítő biztosítások.** (A beteg azt veszi meg, ami járna neki a Tbj-ben.)

alternativa

A közeljövő és a jövő

- A közfinanszírozású rendszerek nem képesek követni a szükséglet és igény-növekedést.
- Ezért a „teljeskörű, ingyenes, szabadon hozzáférhető” egészségügy ígérete rég tarthatatlan
- Megoldási irányok
 - Az ellátási csomag definiálása (legalább a kritikus pontokon)
 - A közpénzből „még megvásárolható egészségnyereség” fogalmának meghatározása és elfogadtatása (mennyit áldozunk a közösből egy életévért...)
 - Költségérzékenység
 - az ellátóknál (normatív finanszírozás, leosztott költségkeret stb.)
 - ellátottnál (co-payment, bonus malus, együttműködés, mint finanszírozási feltétel)
 - A gyógyítási tér kitágítása
 - a beteg felé,
 - a klasszikus orvosi területeken kívülre (az életmódtól a természetgyógyászatig)

Az egészségügyi ellátás fejlődési korszakai

I. Hatásosság elvű korszak

Az orvost az eszköztelenség jellemzi a diagnosztikában és a terápiában.

Fő ellenség: a tehetetlenség.

Az ellátás célja *az egyéni egészségnyereség maximalizálása* (az adott betegé)

II. Hatékonyság elvű korszak

A technológiai fejlődés kibővítette a gyógyítás eszköztárát.

A technológiai hiányt az erőforrás-hiány váltja fel.

Fő ellenség: a gazdasági lehetetlenség.

Az ellátás célja *a populációs egészségnyereség maximalizálása*.

Szakaszai:

1. **Az ellátás hatékonyságának a javítása** (EBM, protokollok, szabályozott struktúra és betegutak stb.)
2. **Az együttműködés korszaka**, ahol a beteg együtt-működése is elvárássá válik (compliance, bonus malus stb.)

alternatíva

Trendek és bűvszavak

- A XX. század végének meghatározó kifejezései a költséghatékonyság és az **EBM (Evidence Based Medicine)** (a hatékonyságot az egyes ellátók tevékenységére értik)
- A hatékonyság, mint alap-cél megmarad, de az orvos működésének szabványosítását (EBM) felváltja az együttműködési kényszer, a **CBM (Cooperation Based Medicine)**
 - együttműködés az ellátórendszeren belül,
 - a beteg együttműködése az egészség-javításban (életmód és terápiakövetés).
 - A hatékonyság már a teljes rendszer működésére értendő: az ellátók és a betegek együttműködése is része a rendszernek.
- **Felértékelődik a személyre szabott, „precíziós” orvoslás**, ami szintén együttműködést feltételez.



Értékrendi és attitűd kérdés: az egyéni és köz-felelősség határainak újraértelmezése

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.



A beteg/lakos felelőssége

- *A hatékonyság-javulásban mára a leggyengébb láncszem a beteg.*
- A protokollszerű kivizsgálás után a protokoll szerint felírt gyógyszert szedi összevissza, és nem tartja be az orvos terápiás célú életmódváltó utasításait, elmulasztja az időszakos ellenőrzéseket stb.
- Az új állítás:
a társadalombiztosítási ellátás közpénzből történik, és **a közpénzzel való felelős bánás nemcsak az egészségügy (az ellátók) kötelessége, hanem a betegeké is.**
- Ezért várhatóan terjedni fognak azok a megoldások, melyek (pl. a támogatási kulcs meghatározásával) terápiakövetésre, irányított és kontrollált életmódváltásra ösztönzik a betegeket.

A beteg együttműködés támogatása

- A beteg edukációja
 - tájékoztatás betegsége természetéről, az alkalmazott terápia lényegéről, hatásairól és mellékhatásairól, az ezzel kapcsolatos együttműködési lehetőségekről
 - információszolgáltatás az egészségi állapothoz igazított, javasolt életmódról (táplálkozás, mozgás stb.)
- A beteg motiválása (bonus malus rendszerek – finanszírozói, biztosítói feladat az együttműködés honorálása/kikényszerítése érdekében)
- A beteg együttműködésében technikai segítség nyújtása
 - Gyógyszer/eszköz ellátás, kiszállítás, alkalmazási segédlet a beteg otthonában (a gyógyszerfogyás figyelése, gondoskodás a pótlásról, kiszállítás a folyamatos gyógyszerellátottság érdekében, a gyógyszer beadása, a beszedés ellenőrzése, emlékeztetők küldése stb.)
 - Visszacsatolt telemetriás és távfelügyeleti rendszerek működtetése (telemetriás eszközök alkalmazása, a mérések alapján a terápiás dózis vagy hatóanyag változtatása stb.)
 - Személyes tréner/ellenőr biztosítása pl. rehabilitációs gyakorlatok otthoni végzéséhez (ma már WEB szolgáltatásként)

alternatíva

Részösszegzés

- Az egészségügy finanszírozási rendszere szükségszerűen átalakul, mert a 20. század utolsó harmadának gyakorlata nem tartható.
- Ami sejthető:
 - Nő az egyéni felelősség és teher, és ez az együttműködési készség függvénye is lesz.
 - A gyógyítás színtere az egyén felé mozdul el, IKT eszközök bevonásával. (A legfontosabb orvosi műszer az okostelefon lesz...)
 - A nagy (nagyon drága vagy tartósan drága) betegségek finanszírozása a későbbiekben is csak kényszerszolidaritási rendszerekben (társadalombiztosítás) valósítható meg.
 - A halmozottan hátrányos helyzetűek számára speciális megoldásokat kell találni.

Agenda

- **A helyzet**

- Demográfia - egészség – betegség
- Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
- Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya

- **A kulcsterületek**

- A HR kérdés
- Hálapénz
- Struktúra – működés
- Köz és magán viszonya

- **Hogyan tovább**





Medi Markt

Azért mert hülye vagyok.

Psycho RAM inside
6 év egyetemi
fejlesztés

Tartós akkumulátorral
Heti 90 óra - akár
feltöltés nélkül is!

A legújabb szoftverrel
Továbbképzés -
szabadidőben,
önköltségen

Tételes költségkontroll
Tételes
jelentéskötelezettség



99.999,

TARTÓSAN ALACSONY ÁR!
CSÖKKENTETT PÓTLÉKOK, ELVONT TÁMOGATÁSOK

Az alap állítás

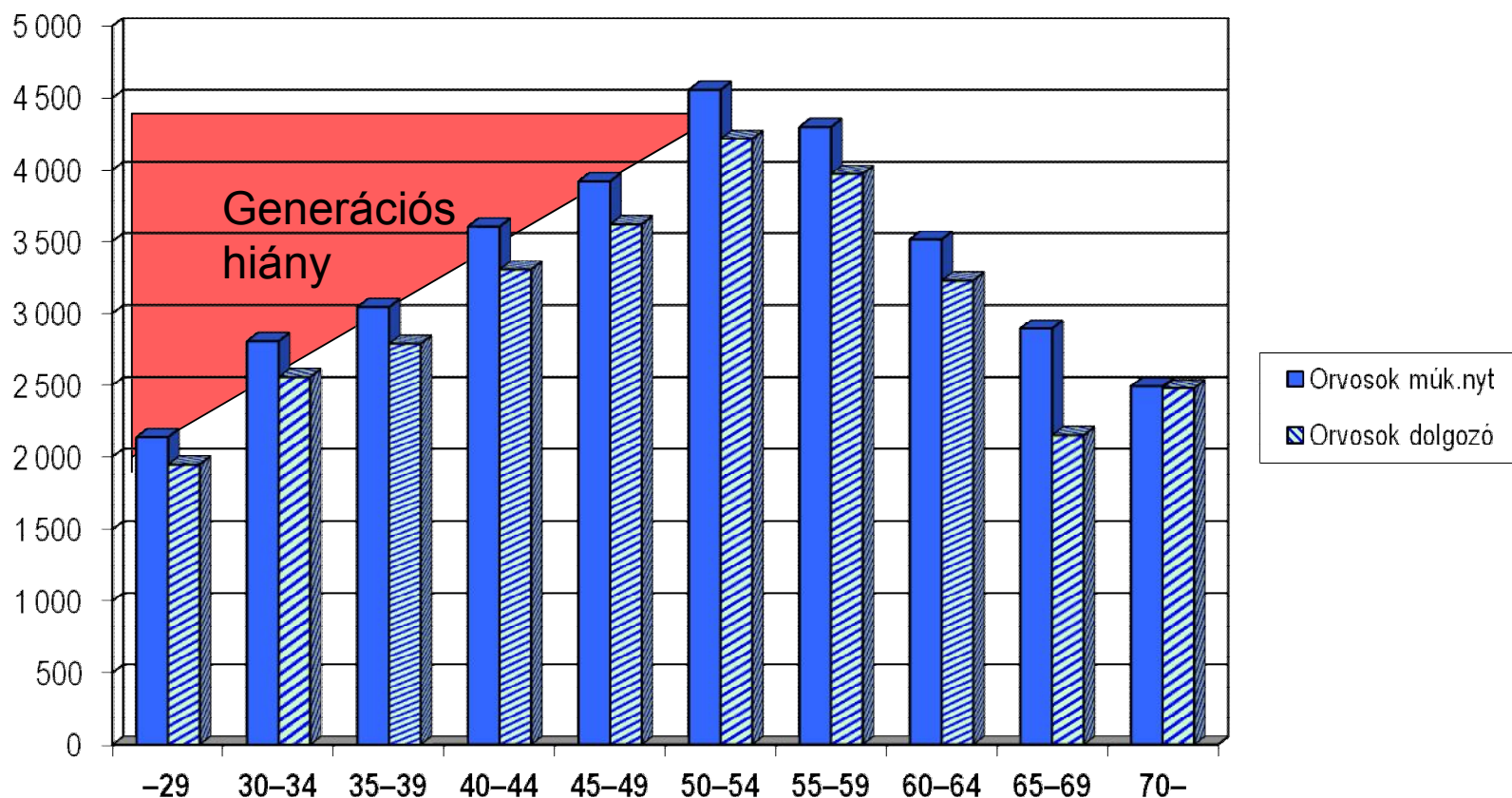
- Az egészségügyi rendszer fenntarthatóságának legsúlyosabb és már középtávon is fenyegető problémája a HR ellátottság.
 - **A pénzeszköz allokáció politikai döntés kérdése, de HR-t nem lehet politikai döntéssel prompt reallokálni, a szakember-pótlás pedig időigényes.**
(ha 3 anya 9 hónap alatt szült meg 4 gyereket, akkor hány anya tud megszülni 4 hónap alatt 12 gyereket?)
 - **Az orvoshiány okai globálisak** (országon kívüliek), azaz az elszívó hatás tartós marad a globális hiány miatt.

A kódolt orvoshiány főbb okai

- A demográfiai és kulturális változások és az orvostudomány fejlődése miatt bekövetkező szükséglet-növekedés folyamatosan növeli az egészségügyben a HR igényt, azaz a változatlan létszám is hiányként jelenne meg.
- Új földrajzi és kulturális területek (közel- és távolkelet) léptek be a hagyományos európai orvoslás igényével (csábítás Európából: USA: fizetés + szakmai környezet, közel- és távol-kelet: jobb fizetés).
- Megnőtt a gyógyításon kívül is az orvosok iránti kereslet (igazgatás, kutatás, egészségipar, biztosítók stb.).
- Az egészségügyben a technológiai fejlődés – ellentétben más ágazatokkal – nem vált ki élmunkát, ellenkezőleg: növeli a HR igényt.
- Az EU munkaidő direktíva belépése számtalan helyen lehetetlenné tette a folyamatos üzemet, ezzel relatív orvoshiányt okozott.
- Egész Európában orvoshiány van a munkaerő elszívó hatás miatt. (Azért kell kint a magyar orvos, mert ott sincs.)
- A képzés rigiditása miatt az ágazat igen nagy késéssel reagál a munkaerőpiaci változásokra (az „Anyám, én orvos akarok lenni” kijelentéstől minimum 10 év telik el, amíg önálló orvosi tevékenységet végezhet valaki).

alternativa

A működési nyilvántartásban szereplő és a dolgozó orvosok száma 2009-ben

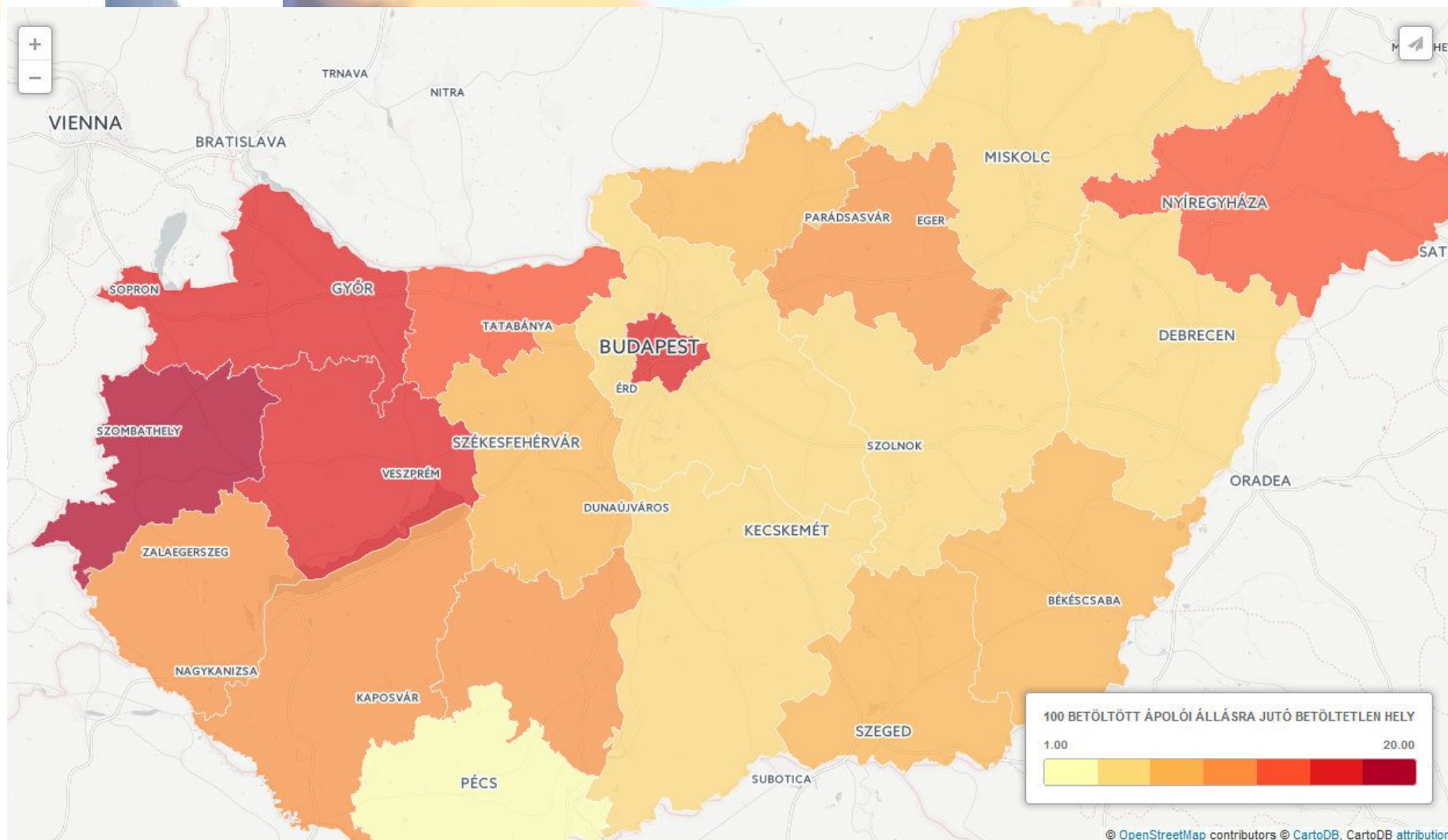


Dolgozó orvosok: 2009.-es adat,
Működési nyilvántartásban szereplők: 2010 februári állapot.

Forrás: KSH eü stat. évkönyv
Forrás: EEKH honlap.

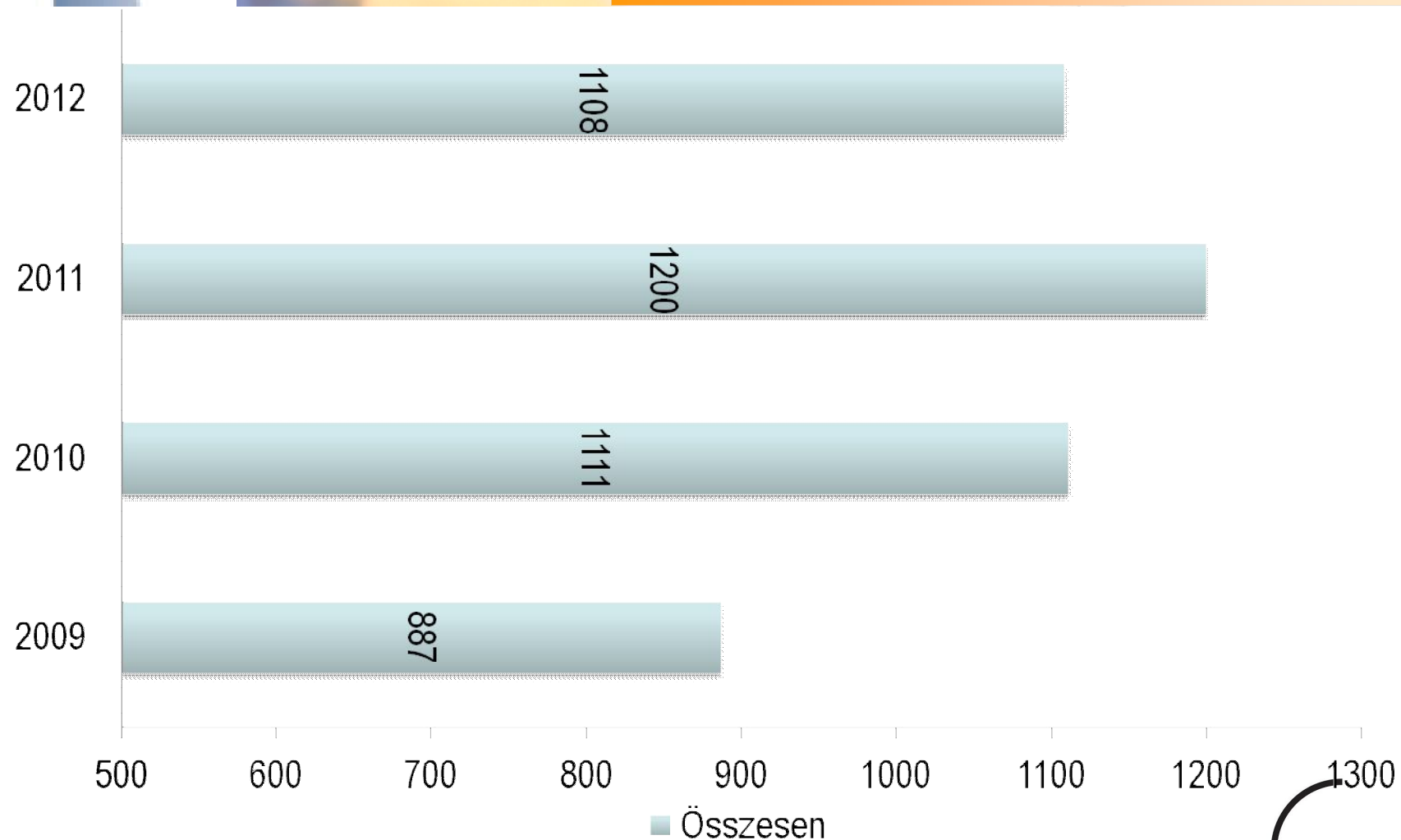


A betöltetlen ápolói állások aránya 2015. decemberi állapot

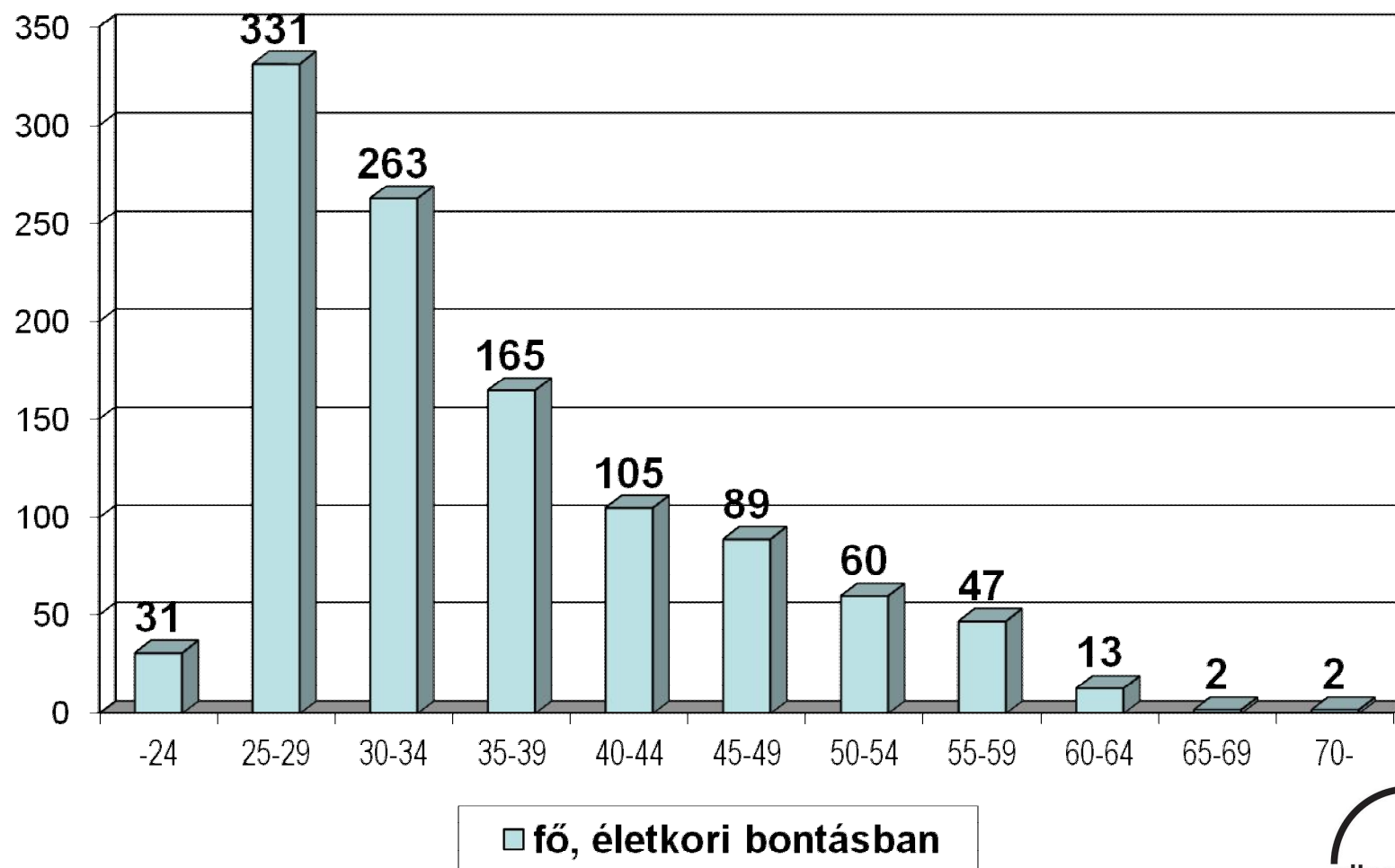


Forrás: VS.hu országgyűlési képviselői kérdésre adott 2016. január végi minisztériumi írásbeli válasz
Kincses Gyula 2016. március

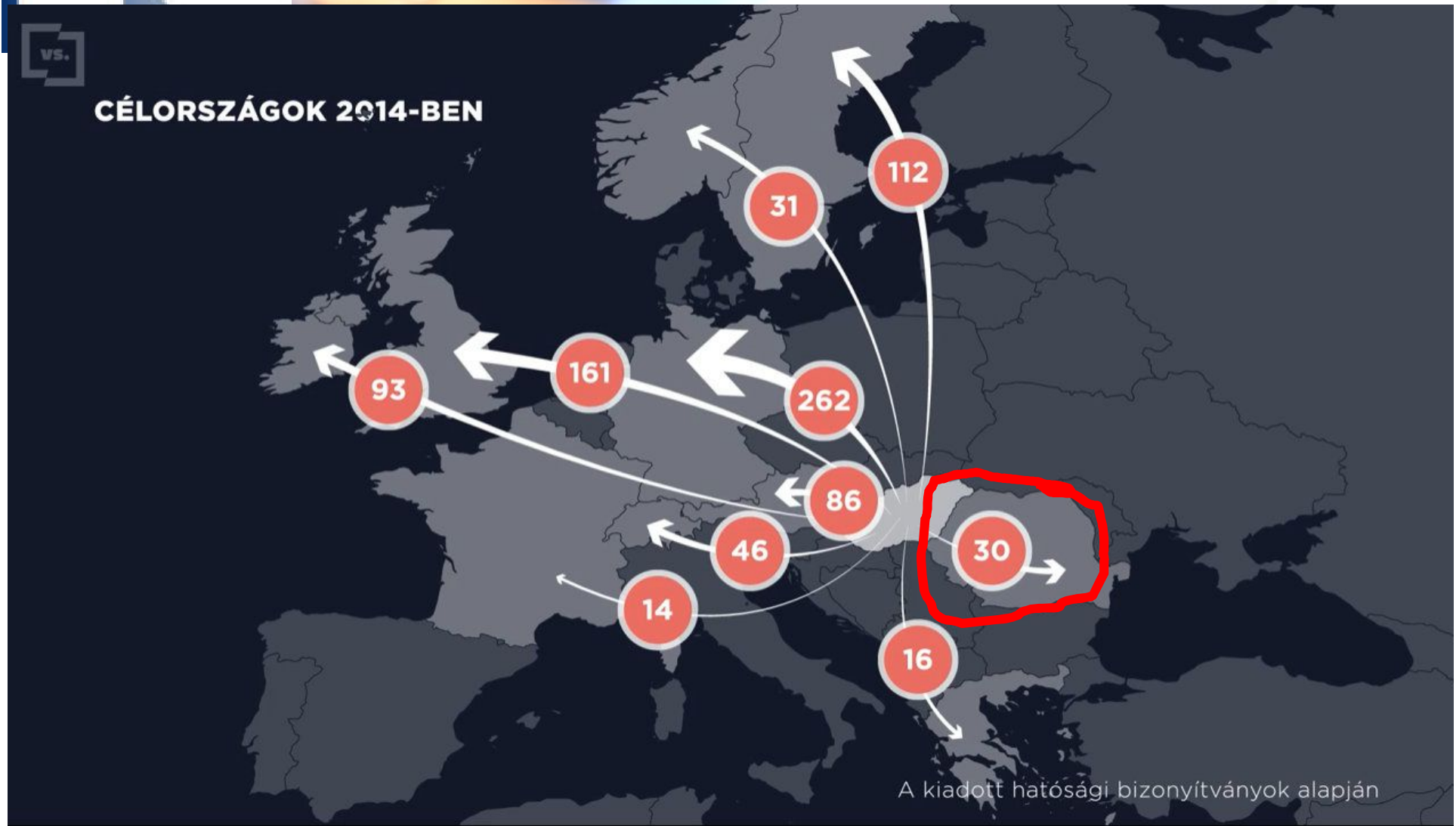
Az országot elhagyni kívánók száma (orvos)



A külföldi munkavállaláshoz orvosoknak kiadott hatósági bizonyítványok száma



Hova mennek a magyar orvosok?



Az orvos- és nővérhiány következményei

- **Ellátási (kapacitás)hiányt okoz**
 - működési minimumfeltételek tarthatatlansága (részlegek, osztályok, rendelések bezárása),
 - növekvő várólisták.
- **Rontja az ellátás-biztonságot, minőséget:**
 - az önkizsákmányolás (másod- és harmad-állások) és a kollegák hiánya miatt fáradtak, túlhajszoltak a dolgozók,
 - a munkaerőhiány és a külső és belső munkaerő csábítás nem teszi lehetővé a hatékony és minőségi munka kikényszeríthetőségét (a dolgozó megsértődik és elmegy, ha rászólnak...)

Megoldási irányok

A problémát komolyan kell venni, és reális megoldásokkal kell kezelni.
Eszközei:

- **Az orvosmegtartó-képesség növelése**
 - a szakma jövőképe, becsületének visszaadása, beleértve a jövedelemnövelésen alapuló életpálya modell felvázolását, gesztusértékű kedvezmények (kötelező kamarai tagság megszüntetése stb.)
 - az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus támogatása
- **Az orvoshiány kompenzálása**
 - a telemedicina fejlesztése, ideértve az ALL jellegű otthoni távfelügyeleti – interaktív alkalmazásokat is,
 - a szakdolgozói kompetencia növelése
- **Tudatos migrációpolitika** (ide, és vissza, a visszailleszkedés támogatása: az egészségügy visszavár program)
- **A képzés rigiditásának és arisztokratikusságának oldása.**

Agenda

- **A helyzet**

- Demográfia - egészség – betegség
- Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
- Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya

- **A kulcsterületek**

- A HR kérdés
- Hálapénz
- Struktúra – működés
- Köz és magán viszonya

- **Hogyan tovább**



A hálapénz rendszer

- A hálapénz rendszer **egy olyan piramisjáték, ami szembe megy minden legális érdekeltséggel, kormányzati szándékkal és betegérdekkel.**
(„egyetért-e Ön azzal, hogy nők százai halnak meg azért, mert nem elég szegények?”)
- **Mértékéről fogalmunk sincs**, 20 és 70 milliárd között bármennyi.
- Annyit tudunk, hogy **csökken a mennyisége és koncentrálódik.**
(Egyre kevesebb „nagymenő” egyre nagyobb zsebébe kerül)
- **Lehetetlenné teszi a legális piacok** (önkéntes biztosítás, egészségpénztár) **fejlődését.**
- Igazságtalan elosztású és abszolút nettó, ezért **a kiváltásához minimum az ötszörösére lenne szükség.** (Nem elég „felbruttósítani”, de az elosztás igazságtalanságát is kezelni kell...)

alternativa

A hálapénz fajtái

- **Hálából** (utólag) **adott**. (Tankönyvi és ritka eset a jó és személyes ellátásért.)
- **Szokásból adott**, mint az étteremben a borra való. (A leginkább jellemző forma. Nem hálából, nem a különleges minőségért adom, hanem mert szokás. A durván rossz esetén büntetek azzal, hogy nem adok.)
- **Áldozatbemutatás jellegű** hálapénz. (A jóindulat felkeltése, önmegnyugtatás. Nincs konkrét célja, nem számonkérhető.)
- **Személyesség megvásárlása**. (Nem akarok Ketteske lenni, és információt szeretnék.)
- **Védelmi pénz jellegű** hálapénz. (Vélt hátrány elkerülése.)
- **Számla nélküli szolgáltatásvásárlás**. (Reális, mást nem károsító igény kielégítése: orvosválasztás, technológia megválasztása, időpontkérés stb.)
- **Korrupció jellegű vásárlás**. (Más hátrányára vásárolt előny: várólista kerülés, intézményi bevételt csökkentő fekete vásárlás)

alternatíva

A hálapénz megoldása

- **A béremelés csak erkölcsi előfeltétele** a hálapénz/illegális maszekolás megszüntetésének, **de nem oldja meg**, hiszen **az ok a fogyasztói nyomás**. (Az igazán nagy pénzt azok kaszálják, akik amúgy is a legtöbbet keresik az egészségügyben...)
- A **feketepiacot** rendőrrel nem lehet megszüntetni, csak **legális piaccal**.
- **Ehhez a hiányt kell megszüntetni, amit a betegek meg akarnak szerezni** (bizalom, személyesség, minőség stb.):
 - hihetően normális ellátást kell kapni mindenkinek,
 - **megvásárolhatóvá kell tenni a reális** (de társadalombiztosítás terhére nem nyújtható) más nem károsító **igényeket (orvosválasztás, eltérő technológiák stb.)**,
 - transzparenssé kell tenni a folyamatokat,
 - meg kell fontolni a legális magánrendelés lehetőségét a közellátásban.
- A legalizáláshoz egy kiemelten kedvező adókonstrukciót kell kidolgozni.
- Ketteskéből tájékozott, jogtudatos fogyasztóvá kell válnunk az egészségügyben is. Nem paciens (=„belenyugvó”) hanem ügyfél...

alternativa

Agenda

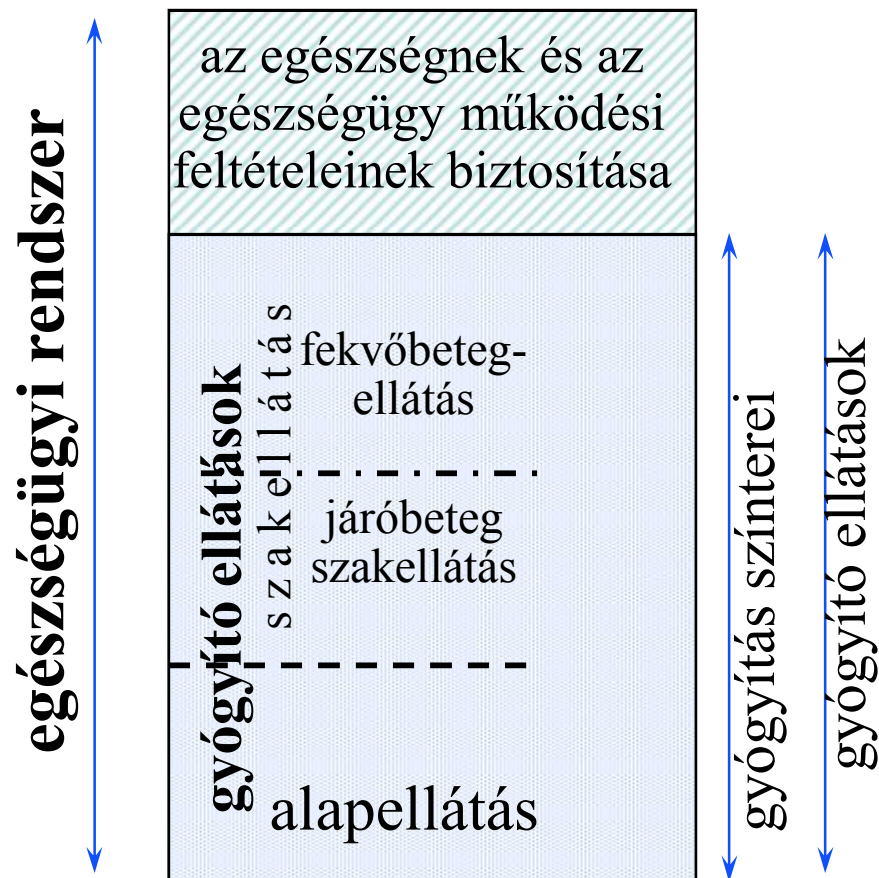
- **A helyzet**
 - Demográfia - egészség – betegség
 - Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
 - Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya
- **A kulcsterületek**
 - A HR kérdés
 - Hálapénz
 - Struktúra – működés
 - Köz és magán viszonya
- **Hogyan tovább**



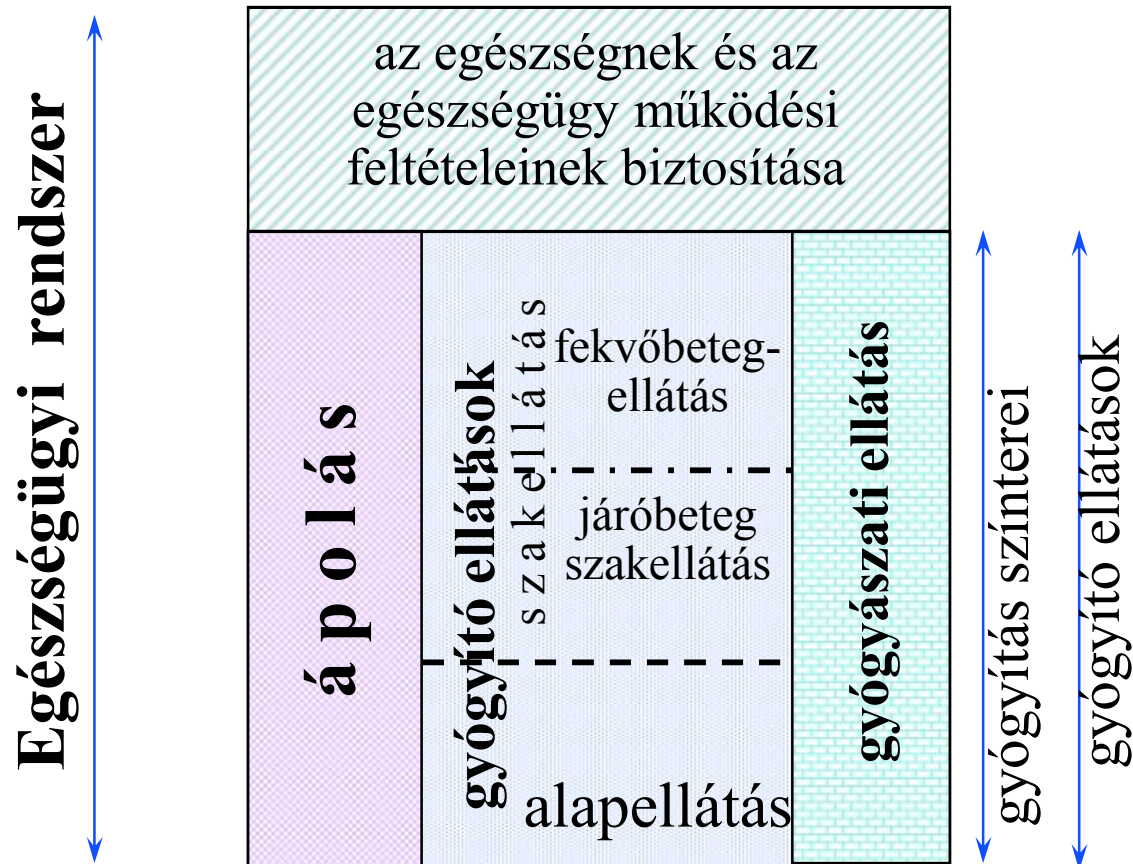


Az egészségügyi rendszer és elemei

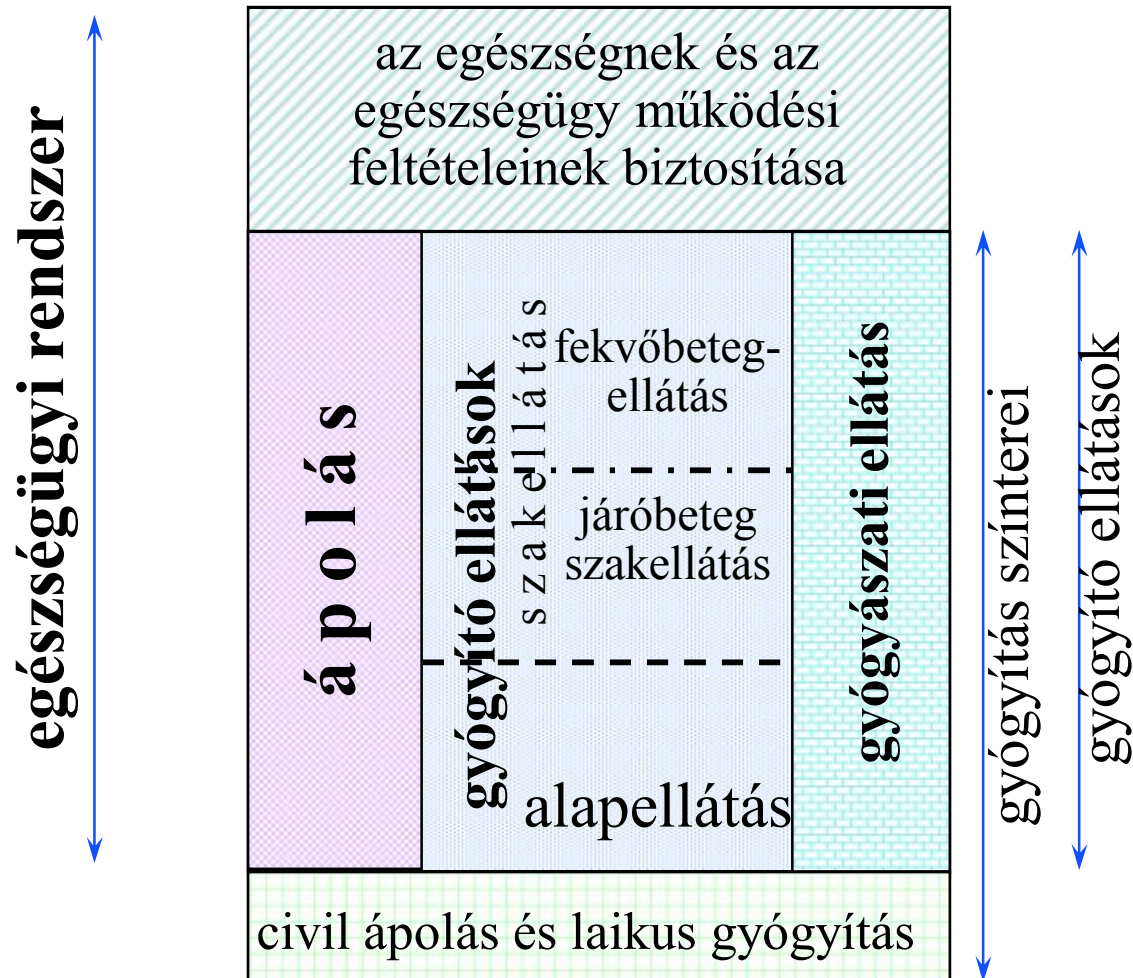
Az egészségügyi rendszer elemei



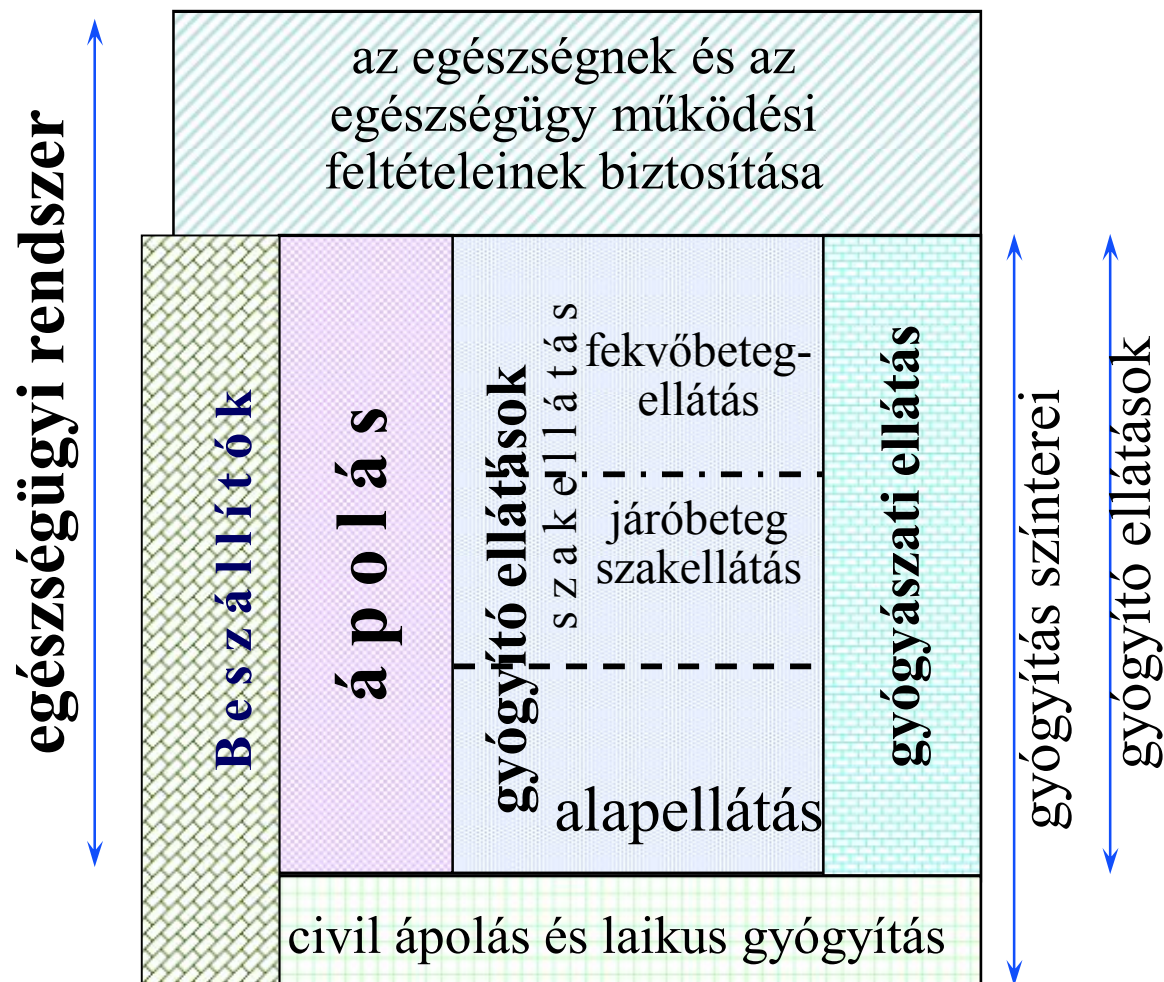
Az egészségügyi rendszer elemei



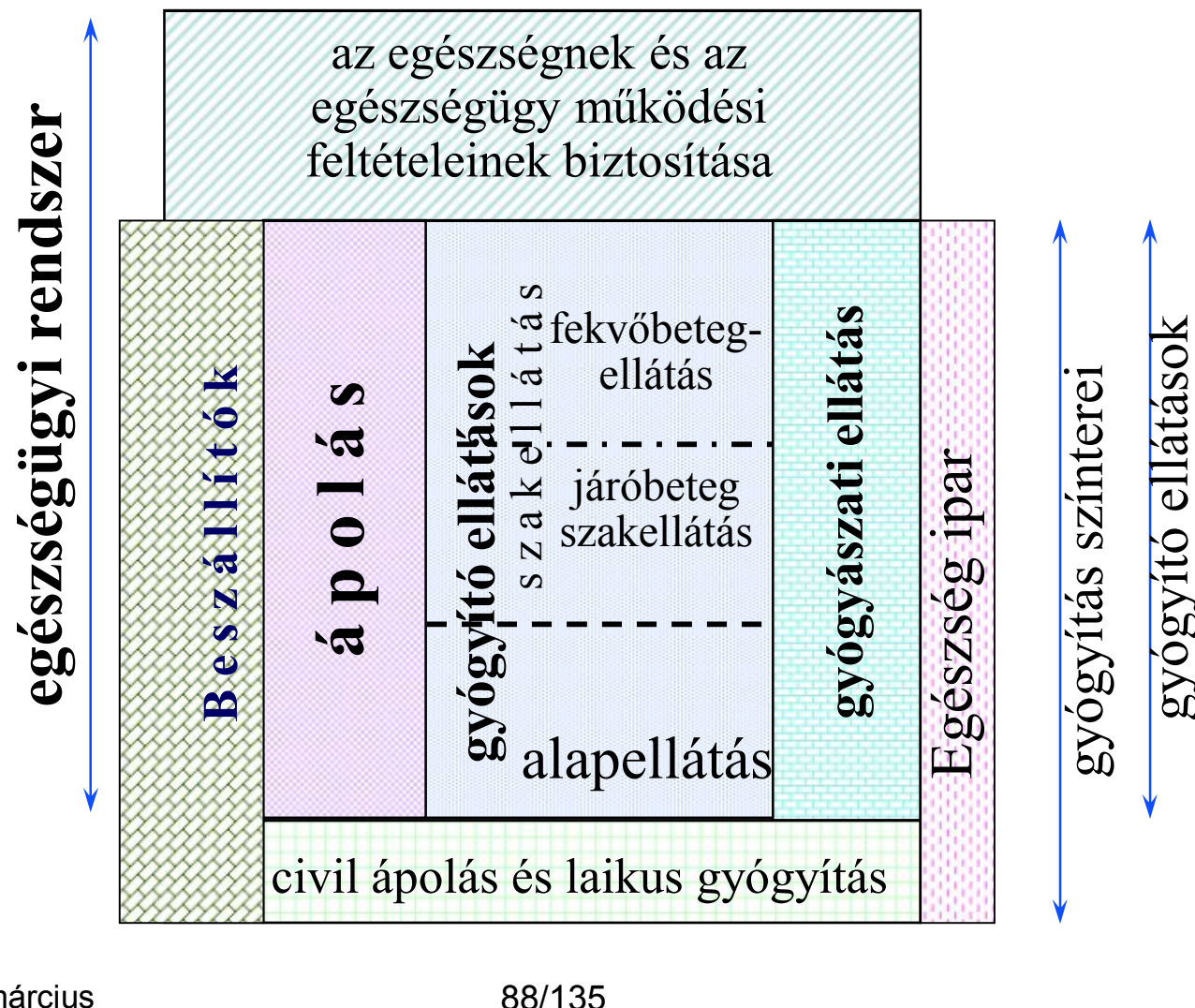
Az egészségügyi rendszer elemei



Az egészségügyi rendszer elemei



Az egészségügyi rendszer elemei





A szerkezetváltás



A szerkezetváltás lényege

Az ellátórendszer egyes elemeinek

- az arányának,
- a funkciójának,
- egymáshoz való viszonyának, feladatmegosztásának

hozzaigazítása

- a megváltozott szükségletekhez,
 - a megváltozott igényekhez, kulturális környezethez,
 - a megváltozott szakmai - technológiai környezethez.
- A technológiai fejlődés feleslegessé tesz egy csomó hagyományos kórházi kapacitást (lásd: vesekőzúzás) és lehetővé teszi **a gyógyítási tér elmozdítását a kórház felől a beteg felé.**

(Az egynapos sebészet vagy gyógyszeres kezelés nem „elvesz” a betegtől, hanem ad... De a szokás –és a hálapénz– nagy úr, ragaszkodunk a rosszhoz.)



A „tevékenység-shifting”



alternatíva

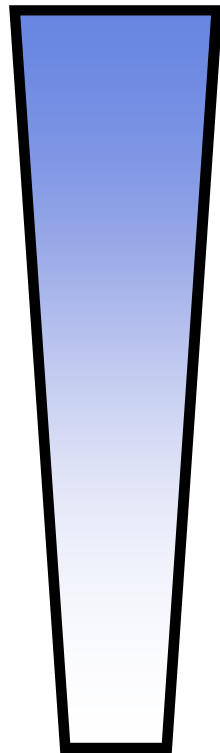
A „szerkezetátalakítás”

- **A hordó forma helyett homokóra felé való elmozdulás:**
 - a klasszikus „kórház” (általános belgyógyászat, alap-szakmák rutin esetekkel és ápolási túlsúllyal) elvékonyítása, a feladatok leadása:
 - az egynapos sebészetet és nappali kórházat tartalmazó járóbeteg központok fejlesztése (szabályozás is!),
 - az ápolási rendszerek (átmeneti intézményi, házi/családi/távfelügyelt ápolás) megerősítése,
 - a centrumok, regionális szakmai központok megerősítése.
- Az alapellátás **átértelmezett** megerősítése. (A jelenlegi modell fenntarthatatlan.)
- **A gyógyítási tér kitágítása** beteg és az egyéb ellátási formák felé.

alternatíva

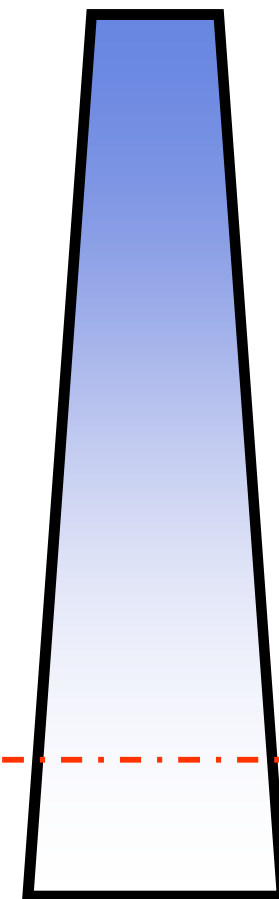
Az egészségügyi ellátás szintjei - strukturális problémák

magyarországi
állapot



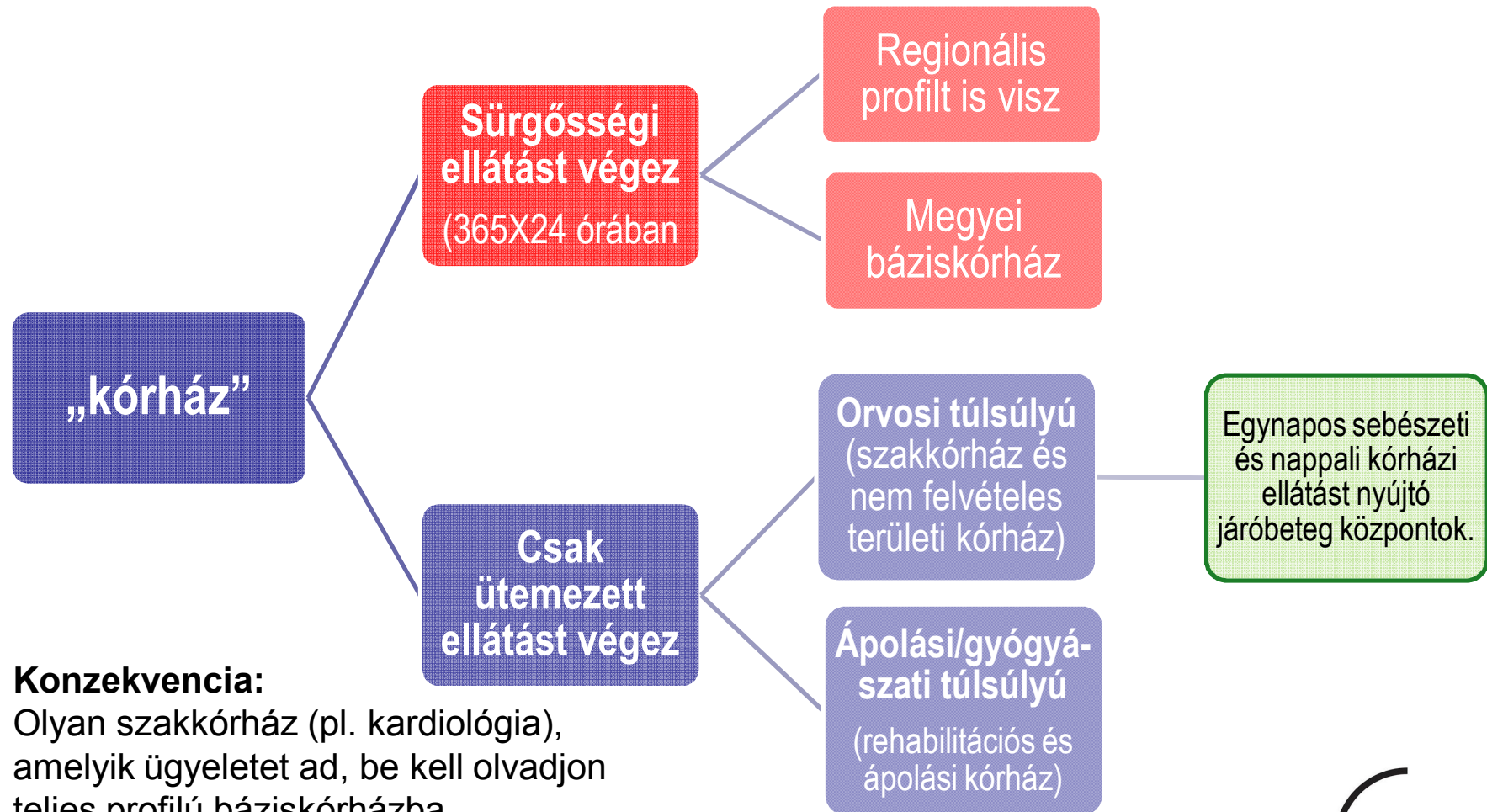
- **fekvőbeteg ellátás:**
 - regionális intézmény - centrumok
 - megyei súlyponti kórházak
 - térségi intézmények, szakkórházak
- **járóbeteg szakellátás:**
 - járóbeteg (nem kórházi...) központok
 - szakrendelők, gondozó intézetek, praxisok
- **Alapellátás:**
 - háziorvos – ügyelet - egészségház
 - fogászat
 - ifjúság- és foglalkozás egészségügy
- **Laikus/kliens szint:**
 - laikus önszerveződések
 - családi- és önsegítés

kívánt
állapot



alternatíva

A kórházi ellátás intézményei



A kórházrendszer átalakítása

- **A „súlyponti”, bázis-kórházak**
 - 365X24 órában felvételes, teljes alap-spektrumú (baleseti sebészeti ellátás is) báziskórházak, saját diagnosztikai háttérszolgáltatásokkal,
 - **ezekre épülő regionális centrumok** a speciális profilokra.
 - Az orvosegyetemi centrumokat is ebbe a rendszerbe kell integrálni.
- **Területi kórházak**
 - Rutin esetek ütemezett ellátása. Sürgősség: ambuláns módon/megfigyelés.
 - Egynapos sebészettel és nappali kórházzal kombinálva.
- **Szakkórházak**
 - A szakmai profil széles spektrumú lehet: ízületsebészettől az ápolási szakkórházig.
 - Csak programozott ellátást végez.
- **A kórházak alap-struktúrája a mátrix kórház:**
 - a kórház szervezeti egységei nem szakmák szerint (belgyógyászat, sebészet, urológia, szemészet stb.) hanem funkciók szerint (műtő, intenzív osztály, posztop. őrző, szakápolási osztály, hotel rész) szerveződnek.

alternatíva

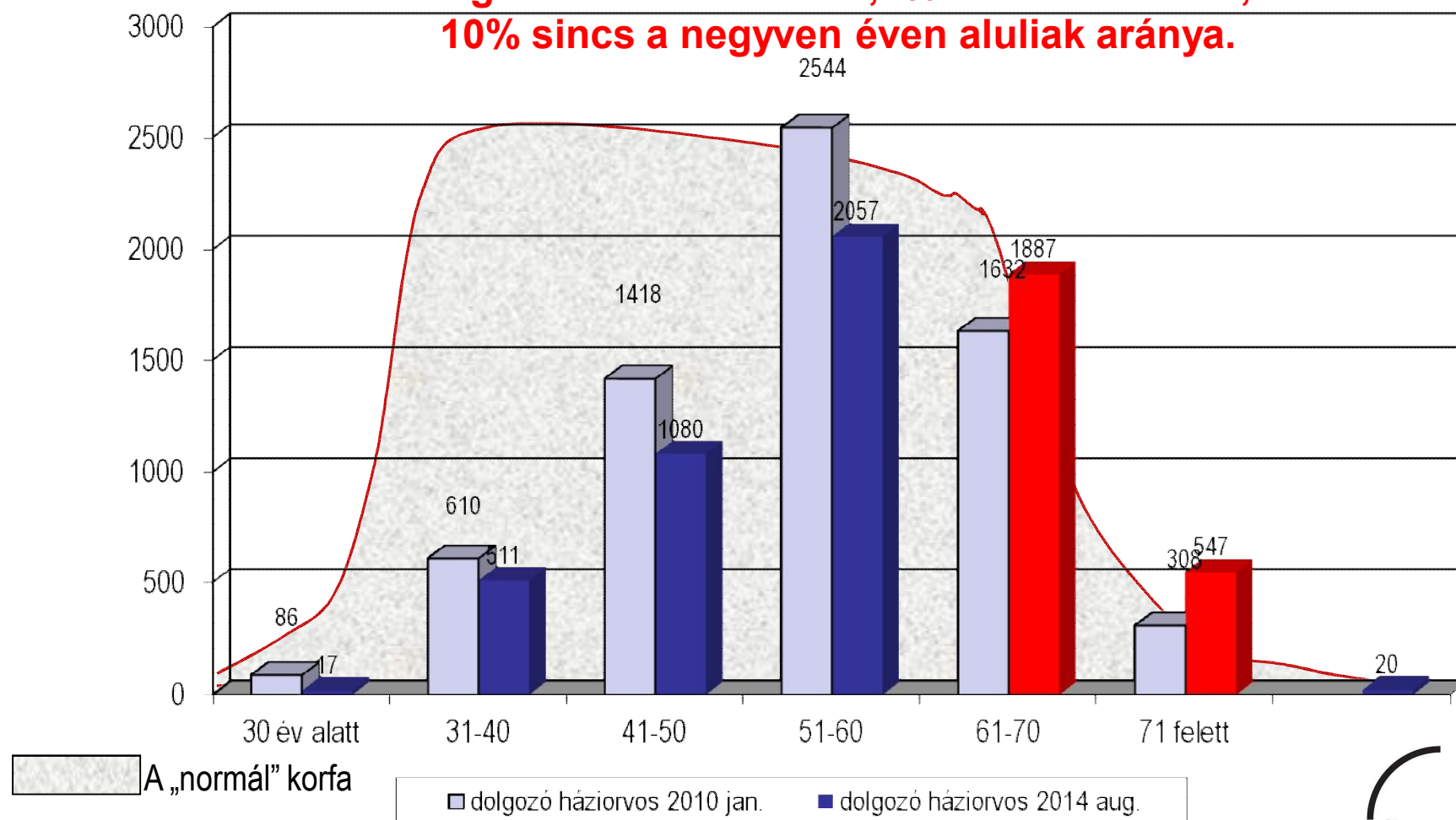
Az alapellátás változtatásának szükségyszerűsége

- **Ezer oka van annak, de nem lesz harangozó se** (következő ábra).
- **Az egy orvos – egy praxis alapú működés fenntarthatatlan:**
 - A szükséges és korszerű orvosi tudás nem birtokolható egy személy által
 - és a szükséges korszerű orvos-technika nem működtethető költség-hatékonyan egy orvos által.
 - **Az alapellátás megnövekedett, sokrétű feladatait** (egészségfejlesztés, általános és célzott szűrés, gondozás/Chronic Disease Management, gyógyítás, betegút-menedzsment stb.) **egy orvos már nem tudja ellátni,**
 - ezen feladatok jó része nem orvosi feladat, hanem erre képzett szakdolgozó dolga
 - így **team munka** és korszerű ellátás-szervezés **nélkül nem teremthető meg**
 - az ellátás hatékonysága,
 - a preventív – gondozási szemléletű munka.
 - A gate keeper funkció valós ellátása **csak egyes szakorvosi feladatoknak az alapellátásba integrálásával érhető el.**
- **Ezért a csoportpraxis (nem praxisközösség!) alapú működése a jövő.**

alternativa

A háziorvosok kormegoszlása

A dolgozó háziorvosok 40,1%-a 60 éven felüli, és 10% sincs a negyven éven aluliak aránya.



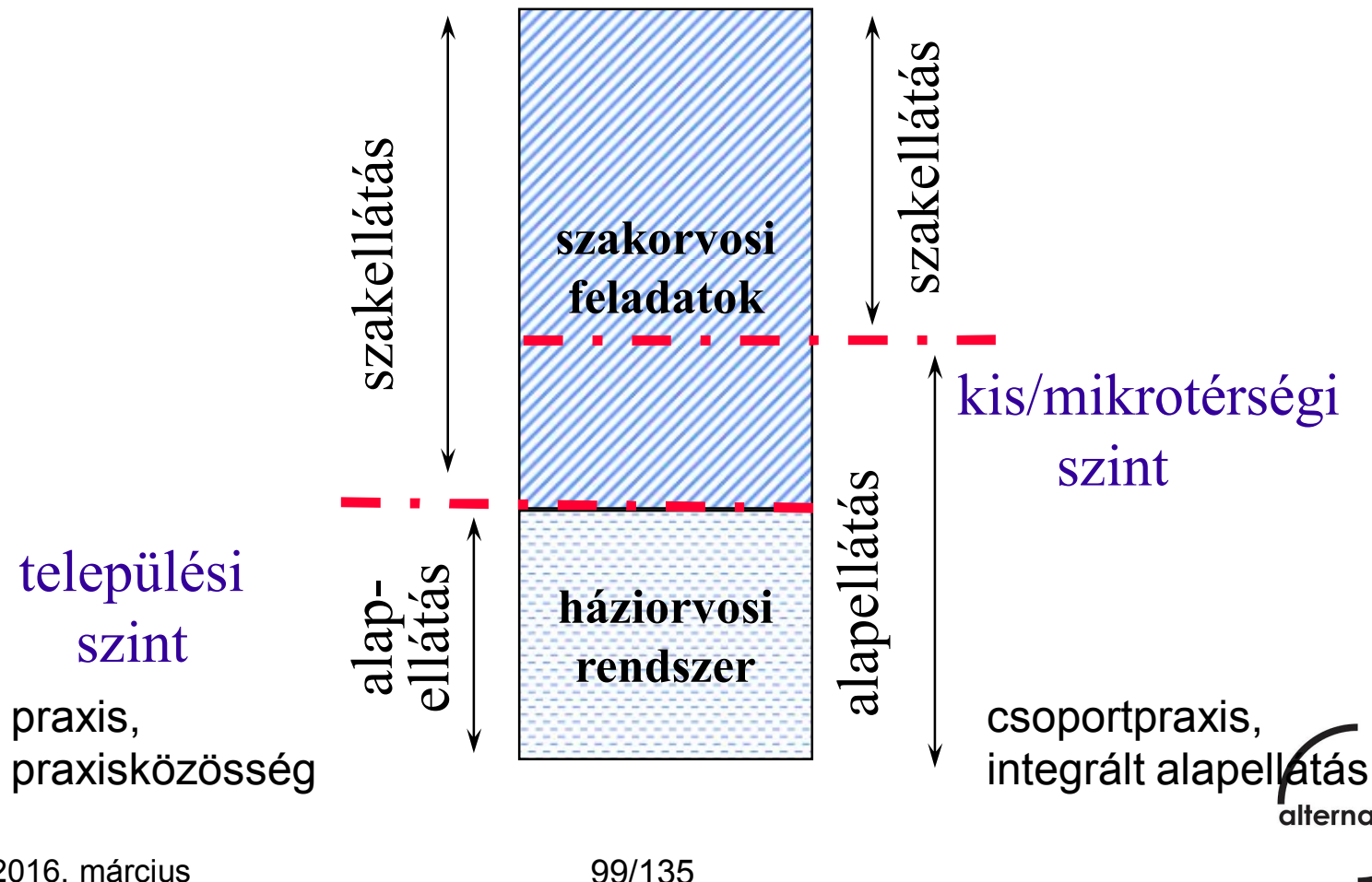
Az alapellátás jövőképe

- Nem lehet egységes, „egyen” rendszerben gondolkodni.
- Kényszerűen fel kell adni az „egy falu - egy orvos” modellt.
- Az alapellátásban megnő a nem orvos egészségügyi dolgozók szerepe.
- **A meghatározó forma a csoportpraxis lesz, de**
 - a jól működő praxisokat nem szabad bántani,
 - erőszakos TSZ-esítés helyett támogatott evolutív modell, azaz
 - önkéntes,
 - elsősorban ott jön létre, ahol a hiány miatt már nem fenntartható a hagyományos praxis rendszer,
 - speciális ellátási formák kellenek a halmozottan hátrányos területeken,
 - más alapellátási formákat is támogatni kell, pl. szakgondozói praxisok.
- Ki kell találni, hogy mi lesz az egészségügyben település szinten az „alap-szervízpont”, pl.: „egészségpont” prevenciós és ellátásszervező szakdolgozóval, „egészségbusz”, egészség-automata stb.

Az alapellátás szükséges változása

Jelen helyzet

Javaolt állapot



A praxisközösség és a csoportpraxis különbsége

Praxisközösség

- A praxisközösség (orvos) tagjainak kompetenciája azonos,
- ezért a praxisközösség kompetenciája se magasabb, mint az egy háziorvosé.
- A betegnek valamelyik csoport-tag orvos a háziorvosa.
- Előnyök:
 - közös gazdálkodás, üzemeltetés,
 - közös műszerek,
 - közös szakdolgozói gárda miatt jobb ellátás (lásd svájci modell).

Csoportpraxis

- A csoportpraxisban *különböző képesítésű és feladatú* egészségügyi szakszemélyzet *együttesen* nyújt egy emelt kompetenciájú alapellátást,
- ezért a praxisközösség kompetenciája magasabb, mint az egy háziorvosé.
- A betegnek a csoport a háziorvosa, de lehet személyes kapcsolat-tartója.
- Többlet előny:
 - helyben nyújtott definitív ellátás,
 - nagyobb ellátás-biztonság.

alternativa

Az alapellátás átalakításának lehetséges menete

Az erőszakos, fix határnapos áttérés helyett a jó menetrend:

- A modell véglegesítése társadalmi vita kapcsán
- Az új modellhez szükséges képzések megtervezése és elindítása
 - szakdolgozók képzése (keretszám növelés + az új területek),
 - orvosok „gyorsított” ráépített képzése az átlépéshez
- A későbbi csoportpraxisok területének (a tag-praxisoknak) és a központjainak kijelölése
- A finanszírozott alapszűrés - gondozás bevezetése a Kincses -Palla javaslat alapján (2500Ft/kitöltött törzskarton)
- A kijelölt központokba (adott esetben több csoportpraxisra) EFI iroda telepítése
- Az EFI-k TESZI-vé (Térségi Ellátás-szervezési Iroda) alakítása

alternatíva

A közeljövő alapellátása

- Belátható időtávon belül az alábbi formák együttélésére kell felkészülni:
 - A hagyományos szoló praxisok
 - Közös háttérszolgáltatással (EFI vagy TESZI) támogatott szoló praxisok („a svájci modell” lebutított változata)
 - Szakgondozási praxisok (egy konkrét krónikus betegségtípusban szenvedők ellátásra szerveződött praxis, alapellátási funkciókkal is bővítve)
 - Praxisközösségek
 - Csoportpraxisok
 - TEK nélküli, legálisan kiegészítő átalánydíjat szedő szoló praxisok
 - Tisztán magánpraxisok, akár e-praxis jelleggel

Az alapellátás átalakításának lehetséges menete

Az erőszakos, fix határnapos áttérés helyett a jó menetrend:

- A modell véglegesítése társadalmi vita kapcsán
- Az új modellhez **szükséges képzések megtervezése és elindítása**
 - szakdolgozók képzése (keretszám növelés + az új területek),
 - orvosok „gyorsított” ráépített képzése az átlépéshez
- A későbbi csoportpraxisok területének (a tag-praxisoknak) és a központjainak kijelölése
- A finanszírozott alapszűrések bevezetése a Kincses -Palla javaslat alapján (2500Ft/kitöltött törzskarton)
- A kijelölt központokba (adott esetben több csoportpraxisra) EFI iroda telepítése
- Az EFI-k TESZI-vé (Térségi Ellátás-szervezési Iroda) alakítása

alternatíva

A Kincses –Palla javaslat (1997...)

- **A javaslat célja:**
 - az átszűrtség és a gondozási arány növelése,
 - az alapellátás finanszírozásában a teljesítményarányosság növelése.
- **A megoldási elv:**
 - az orvosválasztás – és az ehhez kapcsolt finanszírozás – csak korlátozott, a beteg súlyszámával fordított arányú ideig érvényes (1-3 év),
 - a betegnek időről időre újra regisztrálnia kell magát a házi orvosánál,
 - a regisztráció egy általános, az ajánlott szűréseket is tartalmazó alapvizsgálathoz kötött,
 - a házi orvos az alapvizsgálat elvégzéséért külön díjban részesül.
 - A beteget bónusz-málusz rendszerrel érdekeltté lehet tenni abban, hogy elvégeztesse az alap-állapotfelmérést.



A háziorvos más szakképesítésének alkalmazása az alapellátásban

- *Ha a háziorvos a szakellátásba tartozó, karbantartott szakképesítését az alapellátásban a szakellátás szabályai szerint használhatja és számolhatja el (fee for service, OENO pontrendszer), az önbeutalást, ellenőrizhetetlen teljesítménypörgetést okozhat.*

A jó megoldás ezért az, ha

- a háziorvos szakellátási fejkvótaként kapja meg a betegei után az adott szakmából a szakellátásra jutó pénzt,
- ebből az összegből a pontrendszer tarifájával vonódik le az, ha betege más szakorvosnál szakellátást vesz igénybe.
- Ez a modell nemcsak a kasszát védi, de definitív ellátásra és minőségi munkára ösztönzi az alapellátás orvosát.



Agenda

- **A helyzet**

- Demográfia - egészség – betegség
- Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
- Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya

- **A kulcsterületek**

- A HR kérdés
- Hálapénz
- Struktúra – működés
- Köz és magán viszonya

- **Hogyan tovább**

alternatíva

A magánfinanszírozás felértékelődésének globális okai és konzekvenciái

- A technológiai fejlődésből, növekvő élettartamból és kultúra-váltásból következik, hogy ***ma már lehetetlen mindenki számára egyenlő eséllyel közpénzből biztosítani azt, ami technológiailag lehetséges.*** És ez olló csak nyílni fog.
- Az ebből fakadó konzekvenciák:
 - **A balhét a politikának kell elvinni, azaz**
 - ki kell mondani, be kell vállalni, hogy sajnos nem lehet mindent,
 - átlátható szabályok szerint kell dönteni hogy mit igen, és kinek,
 - **nem lehet az ellátókra tolni a balhét a globális korlátokért.**
 - **HTA alapú elemzések alapján kell kimondani, hogy a közösség mennyit tud költeni egy megmentett minőségi életévre**
 - **Szervezetten kell támogatni (asszisztálni) az egyének erőfeszítéseit, ha ennél többet akarnak saját költségükre költeni gyógyulásukra.**

A magánfinanszírozás ma

A magánszolgáltatások ma már egyre inkább hiánypótló, mint választékbővítő szerepet töltenek be. Ugyanakkor:

- A jelentős magánforrások információ hiányában bizonytalan hatékonysággal, kevesebb egészség-nyereséggel költődnek el
- Alacsony a közösségi kockázatkezelés szintje a szférában
- Nincs megfelelő szakmai kontroll a szféra felett
- A magánegészségügy kiviszi a pénzt és az orvost a „hivatalos” egészségügyi rendszerből, ezáltal gyengíti a közellátást
- Jelentős a fekete/szürkegazdaság szerepe a szférában
- A beteg magára hagyott, sem „hivatásos segítője”, sem megfelelő információja, sem valós fogyasztóvédelme nincs

Együtt- vagy külön: A modell szintű értelmezés

- Elvi, modell szinten mindkét megoldás egyformán lehet alkalmas és jó, és mindkettő biztosíthatja a társadalmi igazságosságot.
- Sőt: **elvi szinten**, könyvtárszobában vizsgálva, **a szétválasztás nagyobb igazságosságot biztosít.**
- A szeparált modell egyetlen hátránya: tisztán állami forrásokból fenntartott, jól működő egészségügyi rendszer kell hozzá.
- Az egészségügy rendszer „feltőkésítéséhez”, a benne levő magánszolgáltatások kiváltásához vagy kivásárlásához, a munkaerő-helyzet stabilizálásához szükséges béremelés forrásának megteremtésére a költségvetés nem ad reális alapot.
- Ezért ahhoz, hogy az egészségügy fenntartható, működőképes és lakossági elégedettséget „termelő” legyen, **a köz- és magán szembeállítása helyett** –itt és most– **a szervezett és ellenőrzött együttélést kell megvalósítani.**



A kockázat

- **Meg van annak a veszélye, hogy beavatkozás és jelentős állami forrás-injekció nélkül az egészségügy kettészakad:**
a közösségi egészségügy egy egyre rosszabb szegényellátássá válik, a tehetősebbek pedig egyre inkább a magánegészségügyet veszik igénybe.
- Egy ekkora országban és ilyen jövedelmi szint mellett ez komoly kockázat, mert
 - **nincs két egészségügyre való orvosunk, és**
 - **a „második” egészségügy fenntartásához nem elég gazdag az elit.**

Agenda

- **A helyzet**
 - Demográfia - egészség – betegség
 - Egészségügyi kiadások – fenntarthatóság
 - Válasz a fenntarthatósági problémára – finanszírozási rendszerek – az egyéni és közfelelősség viszonya
- **A kulcsterületek**
 - A HR kérdés
 - Hálapénz
 - Struktúra – működés
 - Köz és magán viszonya
- **Hogyan tovább**

Hogyan tovább?

- A „*hogyan tovább*”-hoz át kell alakítani
 - az egészségügyi rendszer modelljét (az öngondoskodás, a szubszidiaritás rendszer szintű beemelése, a differenciált igények és képességek rendszer szintű kezelése),
 - a finanszírozást, (forrásképzés és allokációs mechanizmusok, érdekeltségi rendszerek)
 - a szerkezetet,
 - a működést (a szakmai szabályokat, az érdekeltséget és a felelősségi szerepeket).
- De ezeket nem külön - külön, hanem **együtt, és összhangban kell** átalakítani.



Modell szint: A jövő nagy kérdése I.

- Az egészségügy hagyományos/jelenlegi rendszere (*biomedikális elvű gyógyítás + kényszerszolidaritás alapú, korlátozás nélkül mindenkire érvényes hozzáférés*) nem lesz fenntartható. A térségben a spontán folyamatok az egészségügy kettészakadását hozzák:
 - ellátási hiánnyal küzdő ingyenes „szegényegészségügy”, +
 - spontán fejlődő, szabályozatlan, nem teljes lefedést biztosító magánegészségügy.
- **A jövőhöz:**
 - Egységes rendszer helyett az egyes rétegek, csoportok aktivitását, saját erőforrásait, egészség-erőfeszítéseit kihasználó, támogató rendszer kell (a szubszidiaritás és a szolidaritás egyforma súlyú).
 - Az új, szubszidiaritás elvű rendszerre áttérni nem képesek számára szolidaritás elvű speciális segítségnyújtás és intézményrendszer kell.

A kérdés: hogyan tudunk olyan rendszert kialakítani, amelyik támogatja az egyéni képességeket, erőfeszítéseket, de nem zárja ki a szükséges ellátásból az öngondoskodásra képteleneket.

alternatíva

Modell szint: A jövő nagy kérdése II.

- Minden reális/pozitív forgatókönyv a „civil” alkalmazások szerepének **drasztikus növekedését jelzi az egészségügyi- és egészség-szolgáltatásokban.** (Okostelefonok, WEB3 alkalmazásokhoz életvitelbe ágyazott, rendszerbe integrált szenzorok stb.)
Ez lesz képes az ellátórendszer felől a civil szféra felé terelni az ellátási folyamatokat.
- **Ez a jövőkép ugyanakkor csak az „okos-alkalmazóknak” reális jövőkép,** az egészségügyre igazán rászoruló halmozottan hátrányos szociális rétegeknek nem.
- **Ezért komoly az esélye/veszélye annak, hogy a digitális írástudatlanság mentén új egészség-polarizáció jelenik meg.**



A finanszírozás - források

- **Több pénz nélkül ez nem megy.** Muszáj növelni az egészségügyi közforrásokat, az egészségügyi dolgozók jövedelmét.
- A köz- és magánfinanszírozás arányát az EU-ban átlagos 70-75%-közöttire kell beállítani a közfinanszírozás mennyiségének növelésével.
- A közfinanszírozott egészségügy forrásaiban
 - csökkenteni kell a kizárólag a munka világából származó hányadot,
 - minden állampolgár mögött számonkérhető, reális mértékű, konkrét járulékfizetésnek kell állni (az állam így ad át forrást),
 - növelni kell az egészségkárosító termékek termékdíját, de ezeket átlátható módon mind az egészségügynek kell adni.
- A magánfinanszírozás minél nagyobb hányadát át kell alakítani szervezett magánfinanszírozássá. (Egészség számla, magánbiztosítás)
- A magán egészségbiztosításokat duplikáló biztosításból kiegészítő biztosítássá kell alakítani.

A forrásfelhasználás – közfinanszírozás

- A jelenlegi (1993-tól működő) rendszer minimum érdemi felülvizsgálatra, aktualizálásra szorul. De új technikák bevezetése is indokolt.
- A normatív teljesítményfinanszírozás maradjon a fő elv, de ebben ismét alkalmazni kellene az ellátás/költség-gazdálkodó csoportok elvét. (IBR, kassa-összekötések stb.)
- A költségérzékenység megteremtése a betegoldalon, elsősorban az együttműködési kötelezettséghez kötött bónuszokon keresztül.
- Az egységes finanszírozási technikák mellett a helyi kezdeményezéseket támogató modellek rendszerszerű beépítése szükséges.
- Számos új technika megvizsgálandó:
 - Állapothoz, diagnózishoz rendelt költségkeret, amin belül a beteggel együtt döntenek az alkalmazott terápiáról (gyógyszer vagy gyógytorna)
 - Az OEP fizet egészségszámlát az öngondoskodásra képtelen betegnek, amiből a beteg gazdálkodik teljes térítés mellett
 - A magánszolgáltatások részleges közfinanszírozása. (lásd külön ábrát)

alternatíva

A forrásfelhasználás – magánfinanszírozás I.

Három egyenrangúan fontos cél létezik:

- **A magánfinanszírozásban a kockázat-kezelt rész arányának növelése**
 - Az egészségpénztárak és az üzleti egészségbiztosítások kedvezményeinek egységesítése
 - Az öngondoskodás politikai rehabilitálása
- **A szolgáltatásokban a fekete/szürkegazdaság visszaszorítása**
 - A legális szolgáltatás-vásárlás megteremtése a közszolgáltatásokban (az ellátási csomag pontosítása a kritikus területeken)
 - Kiemelt adókedvezményű finanszírozás a hálapénz-kiváltó szolgáltatók esetében (lásd 80. ábra)
 - Egyéb ösztönzők (pl.: adóból visszaigényelhető magánszolgáltatói számla) végig-gondolása
- **A magánfinanszírozás felhasználásának hatékonyságának javítása**
(lásd: következő ábrák)

alternativa

A forrásfelhasználás – magánfinanszírozás II.

- **A jelentős magánfinanszírozás felhasználásának hatékonysága semmivel nem jobb, mint a közforrásoké:**
 - a beteg nem tudja hogy hol és milyen profilú szolgáltatást talál,
 - nincs hiteles információja, hogy milyen az ellátás minősége, biztonsága,
 - nem megfelelő az igénybevétel adekvanciája, az ellátás sok esetben a gyógyító eszköztárhoz, és nem a betegséghez igazodik,
 - a magánfinanszírozás jelentős része megy el nem bizonyított hatású terápiákra (homeopátia, ezoterikus gyógyítás stb.).
- **Megoldási irányok:**
 - Az egységes, szektorsemleges szakfelügyeleti és fogyasztóvédelmi rendszer felállítása,
 - a betegek által hitelesített minőségtanúsítási – információszolgáltatási rendszer felállítása,
 - a „Nemzeti Ezotériakutató Intézet” felállítása.



A nem hatékony ellátások kiszűrése a piacról

- A „**Nemzeti Ezotériakutató Intézet**” (NEKI) felállítása.
(a NEKI alapvetően meta-analízist végezne, mint az ESKI TEI, nem pedig mindent újrazsálna)
- **Annak jogszabályi kimondása, hogy gyógyító céllal csak a NEKI által hitelesített technológiák, szerek, termékek alkalmazhatók.**
Termékek ajánlásában, reklámjában csak az engedélyezett termékeknek szerepelhet egészséghatás (pl. erősíti az immunrendszert, csökkenti a fájdalmat stb.).
- A nyilvánvalóan egészségkárosító eljárásokat, termékeket, reklámokat, bírósági ítélettel kell büntetni közveszély okozása címén. (Okosvizes gyógyszerpótlás, tűt az ujjba infarktus és stroke ellen stb.)
- Az egészségügyi tartalmú honlapok számára be kell vezetni a „**Hiteles egészségügyi információk**” elnevezésű minősítést. Ennek hiányát is legyen kötelező feltüntetni a honlapokon!

Tulajdonviszonyok

- A teljes államosítás – akár az oktatásügyben – ebben a formában értelmetlen.
- A jövőben
 - A kiemelt fekvőbeteg-ellátási kapacitások (365X24 órás báziskórházak, országos intézetek, klinikák) **továbbra is állami kézben tartandók.**
 - A kulcs-kapacitások (kiemelt diagnosztika, speciális terápiás eszközök) tulajdoni formája nem rögzített, a magánszféra ebben fontos szereplő, *de a közszolgáltatásokban csak központi tervezés szerinti kapacitások működtetésére, létesítésére vállalkozhatnak.*
 - Az ellátórendszer többi részében a tulajdonformák egyenrangúak.
- Mindez csak az amortizáció valamilyen rendszerszintű és szektorsemleges megtérítése mellett lehetséges.

A szerkezet

- A szerkezetátalakítás olyan ige, amelyiknek **egyetlen igeideje van, a folyamatos jelen**. (tudom, nem ige, de folyamat...)
- Az átalakítás fő irányait, feladatait előző fejezet taglalta.
- A kiváltott kapacitások bezárása, átalakítása nélkül nincs eredmény...
- A gyógyszerkiadások bizonyosan növekednek, és ezt a kiváltott kapacitások bezárásával kell kompenzálni.
- Fontos, hogy a vertikális átalakítás (tevékenység shifting) mellett a horizontális kiegyenlítés (földrajzi területek, település-szintek esélyegyenlősége) is érvényesüljön.
Azaz a progresszív ellátás nem egy országos piramis, hanem regionális piramisok együttműködő hálózata.



A működés

- A szerkezetátalakítás csak a működés együttes átalakításával lehet eredményes.
- *A gyógyítási tér kitágítása, az egyéni felelősség és szerepvállalás erősítése* nélkül nem lehet fenntartható egészségügyet működtetni.
- Az egészségügy működésének az együttműködésre kell alapozódnia:
 - együttműködés az ellátók között,
 - a beteg együttműködése egészségben tartásában és gyógyításában,
 - mindezek IKT támogatása.
- A protokollszerű (EBM alapú) működésnek az egész rendszerre érvényesnek kell lennie a betegtől az egészségpolitika vezetéséig terjedően.
- Hatékony és fenntartható egészségügy csak a köz-és magán- szabályozott együttélésével valósítható meg.

Fő feladatok a működés átalakításában

- A protokollszerű működés általánossá tétele (az együttműködésben is, nemcsak a saját munkában), a betegbiztonság erősítése
 - a protokollfejlesztésre épülő minőségbiztosítás általánossá tétele,
 - ösztönzési, érdekeltségi rendszerek kidolgozása, (betegek is!)
 - a szektorsemleges szakmai felügyelet megerősítése,
 - az összehasonlítható minőségi indikátorok nyilvánossága.
- Az IKT eszközök rendszerszerű alkalmazása
 - A telemedicina rendszerszerű alkalmazása (protokoll + finanszírozás), beleértve a második véleményt, szakmai kontrollt és tudásmegosztást is.
 - Ellátásszervezés, beteg-tájékoztatás.
- Az egyéni felelősség érdekeltség megteremtésével az asszisztált öngondoskodás erősítése
 - A társadalombiztosításon belül az egyéni érdekeltség megteremtése (bonus-malus, év-végi visszatérítés egészségkártyára stb.)
 - Compliance szolgáltatások
 - A szervezett magánfinanszírozás fejlesztése, új formák bevezetése (pl.MSA)

alternatíva

A minimumfeltételek funkcionális szemléletűvé alakítása

- **A minimumfeltételek új szemlélete, a megvalósítás menete:**
 - Meg kell határozni az egyes OENO kódokhoz a szükséges tárgyi és személyi feltételeket, és azt, hogy a személyi feltétel milyen szakvizsgálathoz vagy licence vizsgálathoz kötött, illetve a licence vizsga milyen szakvizsgák esetén szerzhető meg.
 - Meg kell határozni az egyes szakmákban az egyes progresszivitási szinteken a kötelező minimumként végezendő feladatokat (OENO halmaz).
 - A fenti OENO halmaz közös tárgyi feltételrendszere az adott terület minimumfeltétele.
 - A működési engedély kérelembe bele kell írni azt az OENO sort, amelyet a szolgáltató a kötelező minimum felett végezni kíván, és ezek feltételrendszerével kell rendelkeznie.



Az ellátási csomag meghatározása

Taxatív felsorolás helyett **azt kell meghatározni, hogy az ellátásokat**

- *milyen célból* (pl.: gyógyító, rehabilitációs, vagy optikai tuning),
- *milyen kockázat miatt* (a TB által kezelendő, vagy külső érdekű kockázat, avagy önként vállalt, extra kockázat),
- *milyen technológiákkal* (a befogadott technológiák, finanszírozási protokollok szerint),
- *milyen eljárásrendben* (beutalási rend, betegút management, várólista alapján, mennyiségi korlát stb.),
- *milyen hozzáférési garanciák mellett* (időbeni és térbeni garanciák)

lehet igénybe venni.

Az ettől való eltéréseket lehet számlásan megfizettetni, arra lehet kiegészítő (nem helyettesítő!) biztosítást szervezni.

alternatíva

A köz- és magán együttélése

- Az általános részben leírtak miatt **csak szinergizmusban képzelhető el** a viszonyuk.
- Fő feladatok – lehetőségek:
 - Az ellátási csomag pontosítása:
Ez a legálisan megvásárolható szolgáltatások tényleges terjedésének az előfeltétele
 - A partnerkórház rendszer támogatása
 - A partnerorvosi rendszer kialakítása
 - A részleges közfinanszírozás elszámolásának lehetősége a magánszolgáltatóknál.
- Mindez csak egységes, a köz- és magánszolgáltatásokat együtt kezelő informatikai rendszerben lehetséges, PHR alapú adatkezeléssel.

alternatíva

Partnerorvosi rendszer I.

- A Partnerorvos egy olyan speciális szabályok szerint működő *szolgáltató*, aki
 - a járóbeteg-szakellátás keretében „főállásban” dolgozik (mindegy, hogy köz- vagy magánszolgáltatóként)
 - jogszabályi felhatalmazás szerint a kórházzal kötött szerződés alapján **közreműködhet betegeinek a közfinanszírozás terhére történő kezelésében** (vizsgálatot végezhet, szülést vezethet, megoperálhatja a beteget, közreműködhet a diagnózis és a terápia megállapításában stb.),
 - részt vesz a kórház általános közfeladatainak ellátásában (ügyelet, oktatás stb.),
 - részt vesz a kórház képzési, továbbképzési rendszerében.

Partnerorvosi rendszer II.

- **Finanszírozási szabályok**

- Az így végzett tevékenység a beteg által kezdeményezett többlétszolgáltatás, aminek többletköltségét a betegnek (vagy kiegészítő biztosítójának) kell fizetnie.
- A társadalombiztosítás a teljes összeget kifizeti a kórháznak, nem tart vissza összeget azért, mert magán-hozzájárulás is történik.
- A beteg által a személyes közreműködésért fizetett díj teljes egészében az ellátó orvosé. (a személyzetnek azért nem indokolt leosztani, mert az OEP-finanszírozott munkájukat végzik).

- **A beutalásban, előjegyzésben, várólistában** a kórházra és a betegre érvényes egyéb szabályok vonatkoznak, a „partner beteg” előnyt nem élvez.

Partnerkórházi rendszer

- **A partnerkórház egy olyan piaci alapon működő magánkórház, amely**
 - fizikailag egy közkórház területén, vagy közvetlen közelében, - de jól elkülönítetten- helyezkedik el,
 - szakmai és technikai szolgáltatásokat vásárol az „anyakórháztól” (diagnosztikai szolgáltatások, műtő bérlés, intenzív ellátás vásárlása, mosatás, sterilizálás stb.), esetleg területet bérel
 - másodállás lehetőséget biztosít az „anyakórház” dolgozóinak,
 - betegeivel maga számol el, a vásárolt szolgáltatásokat ő fizeti az anyakórháznak (a beteg csak a partnerkórházzal áll jogviszonyban).
- A fentiekből következik, hogy itt a beteg (vagy biztosítója) *a teljes ellátást fizeti*, nemcsak a kiegészítő szolgáltatásokat (hotel, személyes ellátás stb.)
- Az anyakórház lehet tulajdonos vagy résztulajdonos a partnerkórházban, de ez nem feltétel.

A magánszolgáltatók részleges közfinanszírozása

- **A javaslat lényege:**
 - beteg saját döntéseként fordulhat erre akkreditált és OEP-el is szerződött magánszolgáltatókhoz, akik piaci áron kezelik őket, de a beteg a kezelés OEP árának 70%-át az OEP-től utólag visszaigényelheti.
- A piaci körülmények között a fentiek szerint igénybevehető ellátók lehetséges köre:
 - a szakmai – pénzügyi ellenőrzést vállaló, erre akkreditált magánszolgáltatók,
 - a közszolgáltatások számára le nem kötött, elkülönített kapacitásokat áruló közszolgáltatók,
 - a közszolgáltatások számára le nem kötött elkülönített kapacitásokat a közszolgáltatótól bérlő, és azt működtető vállalkozások.

alternativa

A javaslat előnyei I.

- **Politikailag korrekt, mert:**
 - a magasabb jövedelműek változatlan tb hozzájárulás mellett így kisebb támogatást vesznek ki a közösből,
 - a beteg csak saját választása alapján fizet (ahol fizet), így megmarad az ingyenes egészségügy lehetősége mindenki számára.
- **Politikailag sikeres, mert:**
 - a változás nem jogszűkítés hanem jogkiterjesztés, senki nem sérül csak kaphat, ráadásul mindez nem igényel költségvetési többletforrást,
 - rövidülnek a várólisták, csökken a közszolgáltatásokra nehezedő nyomás,
 - gyorsan, érdemi szakmai előkészítés nélkül megvalósítható, nem előfeltétele semmiféle csomag-meghatározás (fizetni azért a szolgáltatásért kell, amit nem közfinanszírozású szolgáltatónál veszünk igénybe),
 - megteremti a kiegészítő biztosítások piacát,
 - érdemben csökkenti a hálapénz szerepét.



A javaslat előnyei II

- **Szakmailag sikeres, mert:**
 - segít Magyarországon tartani az orvosokat,
 - innovációkat és más (piaci) ellátási kultúrát hoz a rendszerbe,
 - a magánszolgáltatókat behozza a szakmailag és pénzügyileg ellenőrzött körbe,
 - a magánforrások egy részével támogatja a közszolgáltatásokat.
- **Gazdaságilag sikeres, mert:**
 - csökkenti a közszolgáltatásokra nehezedő nyomást (a szolgáltatások egy része után csak 70%-os kifizetés van, tehát az OEP ugyanabból a pénzből több szolgáltatást vásárolhat)
 - a magas önrész csökkenti a moral hazard kockázatát, azaz a kinyitás ellenére nem lesz érdemi kiáramlás-növekedés az OEP kasszából,
 - a magánszolgáltatások számlakötelessé tévése miatt növeli az állami bevételeket (a vásárlói érdek megteremtése a számlakérésben).

A programalkotás

- **A fent leírtak az elvi alapok**, a fejlődési – átalakulási irányok leírása, de ebben a szerkezetben ez nem egy program. (De annak megfelelő alapja.)
- A fentieket célszerű úgy programmá transzformálni, hogy a szokásos horizontális /érték alapú megközelítés (alapellátás reformja, finanszírozás reformja stb. esélyegyenlőség – equity központú fejlesztés) helyett **a legnagyobb társadalmi terhet okozó megbetegedések ellen kell a teljes ágazott átfogó kormányprogramot hirdetni** (vertikális megközelítés).
- Azaz nem „reformprogramok” kellenek, hanem pl. **Nemzeti Rákprogram**, amihez kapcsolva a földrajzi területek és társadalmi csoportok egyenlő gyógyulási esélyét biztosítva átalakítjuk a prevenció, az alapellátás, a kórházi ellátás, a működés, a finanszírozás, a minőségpolitika stb. rendszerét.

Összefoglalás

- Be kell látni, hogy az egészségügy a társadalom alap-infrastruktúrája, ezért feltétel nélküli prioritássá kell tenni, és több pénzt kell rá költeni.
- A HR kérdést komolyan kell venni, és ennek előfeltétele az ágazat deklarált megbecsülése.
- Érdemi szemléletváltás kell: a gyógyítás tere és felelőssége kitágul, az eddigi egészségügyi/ közösségi tér felől az egyén felé mozdul el.
- Többszintű, az egyes rétegek, csoportok differenciált igényeihez és képességeihez alkalmazkodó egészségügy kell.
- A szerkezetváltás folyamatos jelenidő, elsősorban a hagyományos kórházat váltja ki, és a pácinest/klienst is ellátó-hellyé teszi.
- Köz- és magán merev szétválasztása helyett a szabályozott együttélését kell megoldani. Meg kell akadályozni az egészségügy kettészakadását.
- Tovább kell vinni, fejleszteni kell a népegészségügyi programokat.
- Mindehhez az IKT az alap.

A woman with long dark hair is sitting on a light-colored sofa, looking down at a magazine she is holding. She is wearing a white tank top with a graphic design. A large red 'X' is drawn over the text, indicating that the message is a negation or a warning.

**Koktélikvés közben nem lehet
lefogyni és formás alakot
„vásárolni”.**

**Ez csak önfegyellemmel,
némi lemondással, és nagyon
sok munkával érhető el.**

**Minden más megoldás
csodavárás és önámítás.**