

Választás után újra..



Dr. Fekete Imre

2010 tavaszán az országgyűlési választások előtt a FAKOOSZ elnöksége várakozásteljesen fogalmazta meg üzenetét a leendő kormány egészségügyi kabinetjének. Ez a hat pontból álló indítvány az alapellátás azonnal megoldandó problémáit tárja a jogalkotó elé, partnereként kérve azok mielőbbi orvoslását. Négy kormányzati év elteltével, a 2014. évi kampány hajrájában át kell, hogy tekintsük, hogy mi az, ami megvalósult, s mi az, amiből nem lett semmi.

1. Sajnos nem emelkedett kérésünknek megfelelően jelentősen az egy főre jutó egészségügyi kiadás összege.
2. Az alapellátás finanszírozása nem kapta meg az azonnali 40%-os emelést, és követelésünk ellenére nem jutottunk közelebb a valós költségekre alapozott finanszírozáshoz. Igaz, hogy 2013 őszén megmozdult a közel két ciklus óta „befagyott” kártyapénz, valamint finanszírozási elemként jelent meg az elmúlt időszakban az indikátor-elszámolás, aminek egyelőre legnagyobb pozitívuma, hogy egyáltalán létezik, de megítélésünk szerint lényeges korrekcióra szorul. A praxisokhoz eljuttott forrás jelentős számú szolgáltatónál a kötelező működési költségek zavartalan kifizetésére kellett, kevesen tudták azt bérre fordítani. Számon kért béremelés fedezetét csak a szakdolgozóknak kapott az alapellátás 2014. jan. 1-től visszamenőleg. Elmondhatjuk, hogy továbbra sem vonzó a pálya a fiataloknak, a legtöbben máshol keresik a boldogulásukat, a rendszer humán erőforrása tovább öregedett.
3. Régóta kérjük az iparűzési adó eltörlését az OEP által közfeladat ellátására finanszírozott bevételre vonatkozóan. Eddig sikertelenül. A helyi önkormányzatok megelégedéssel fordítják egyéb célokra az alapellátástól beszedett E. alapból származó közpénzt. A küzdelmet nem adjuk fel, reményünk, hogy a törvényhozásban az önkormányzati (polgármesteri) lobbis megszűnésével nagyobb esélyünk lesz a sikerre.
4. A minimumfeltételeknek változatlanul meg kell felelni, de erre az önkormányzatok többsége nem, vagy alig nyújt segítséget a szolgáltatóknak.
5. Az utánpótlás biztosítása változatlanul drámai. Továbbra is közel 180 háziiorvosi praxis betöltetlen, ennek az okai messze túlmutatnak a pénzügyi problémákon. Ezeknek a körzeteknek a lakosság száma alacsony, gazdaságosan nem működtethető, etnikai összetétele nem mondható ellenállhatatlan vonzósnak, földrajzilag nagyvárostól távol esnek, nem várható hogy érdemi érdeklődés lesz irántuk. Ezekben a területeken egész más alapellátási modellt kell megvalósítani, melyről a FAKOOSZ-nak kidolgozott elképzelése van.

Az elmúlt ciklusban megvalósított béremeléssel nem kerültünk közelebb az általunk követelt uniós orvosi és szakdolgozó nettó jövedelmekhez. Természetesen minden többletpénznek pozitív üzenete van, de ezek az emelt orvosbérek még így is igen alacsonyak ahhoz, hogy a fiatal, képzett, nyelveket beszélő kollégákat itthon tartsák, de kissé türelmesebben húzzák

az ígát azok, akik valamilyen okból egyébként sem akartak elmenni. Az általam praxisalap általunk javasolt formája nem valósult meg, hosszú távra gondolkodó fiatal orvos nem tud és nem is akar milliókat fizetni azért, amiben még a befektetett pénze sem térül meg soha. Ezzel párhuzamosan nyugdíjkorhatárt betöltött kollégák sokasága dolgozik vidéken, izoláltan, kiszállni nem tud a rendszerből, mert csak a nyugdíjából nem él meg, hiszen évtizedekig a bérén spórolni volt kénytelen, hogy a vállalkozása megfeleljen minden pénzügyi-számviteli kötelezettségnek.

6. Kérésünkre a jogszabálytervezeteket megkapjuk, viszont a véleményezésre kapott idő az esetek döntő többségében olyan kevés, hogy nem tudunk érdemi észrevételezést tenni.

2014 tavaszán, ismét nem lankadó bizalommal és lelkesedéssel várva a választás eredményeképpen összeálló új kormányt, az Alapellátó Orvosok Szövetsége indítványt fogalmaz meg az egészségügy döntéshozóinak:

Meggyőződésünk, hogy a célunk közös: Magas színvonalú, minőségi, jó egészségügyet kívánunk létrehozni. Ki kell mondani, hogy a jó egészségügyi rendszernek két alapvető jellegzetessége van:

1. A jó egészségügyi rendszer drága
2. A jó egészségügyi rendszerben nincs helye az európai országhoz méltatlan tömegrendeléseknek

Mindkét gondolatról érdemes beszélni. A jó egészségügyi rendszer drága. Magyarország jelenleg a GDP közel 5%-át fordítja egészségügyi kiadásokra évente. Van, aki azt mondja, hogy ez nagyon sok pénz, de többet árul el az arányokról, ha azt vizsgáljuk meg, hogy egy lakosra éves szinten mennyi eü.-kiadás jut. Jelenleg egy lakosra éves szinten Magyarország átlagban 1100 USD-t, Németország 4.700 USD-t, Egyesült Királyság 3.800 USD-t, Norvégia 8.070 USD-t, Románia 517 USD-t költ. Jelentős különbségek vannak természetesen az egy főre jutó GDP tekintetében is. Magyarországon: ez durván 15.500 USD/év, Egyesült Királyság 43.000 USD/év, Norvégia 95.100 USD/év. Az egészségügyi ellátórendszer minősége azonban nem csak a gazdasági mutatóktól függ. Igen fontos szerepe van a szervezetnek, valamint ami a legfontosabb, a társadalmilag elfogadott szabályoknak. Ezeknek a szabályoknak a megalkotása nálunk a rendszerváltás óta, immár 24 éve még mindig nem történt meg.

Tudomásul vesszük, hogy az egészségügyi ellátás fedezete kizárólag a szigorúan központosított költségvetési elosztásából származik, az OEP nem működik biztosítóként, kizárólag pénzügyi tranzitállomás. Tudomásul vesszük a politikai akaratot, miszerint az állampolgár semmilyen címszó alatt nem járulhat hozzá az általa igénybe vett ellátáshoz. Tudomásul vesszük ezt annak ellenére, hogy látjuk, mindeközben elképesztő pénzeket költ a lakosság kuruzslókra, sarlatánokra. Hajmeresztő árúkat és szolgáltatásokat vásárol (rénszarvasvér-kapszula, cápaporc, csomagolt sarkvidéki jég, „tisztító beöntés” kúrák). Teszik ezt azért, mert a tényeken alapuló adekvát gyógyítást ingyen kapja, korlátlanul, amiért fizetni kell, azt jobbnak, komolyabbnak értékeli.

Feltétlenül beszélünk kell a megalázó tömegrendelésekről. Magyarországon az orvos-beteg találkozások száma elképesztően magas, akár havi, akár éves elemzésben vizsgáljuk. Ezen találkozások 70%-a az alapellátás-

ban történik. Nyilván azért van ez, mert az alapellátás az egyedüli a struktúrában, amit a lakosság bármiféle szűrő vagy barrier nélkül felkereshet. A háziiorvos a ráömlő betegtömeg miatt is továbbtal járóbeteg szintre olyan eseteket is, amit egyébként, ha ideje volna rá, akkor meg tudna oldani. Következésképpen a járóbeteg szakellátás elveszítette specialista funkcióját, gyakran oda nem való eseteket gondoz tömegével, a pontgyártási kényszer miatt sem tud ezen változtatni. A FAKOOSZ Alapellátó Orvosok Szövetsége javasolja az újonnan megválasztott kormánynak, hogy 24 évvel a rendszerváltás után merje megkezdeni azt a munkát, amit eddig egyik elődje sem tett meg. Kezden építkezni alulról, és lépésenként, a szakmával együttműködve kezdjen keretet adni az egészségügyi ellátásnak.

A „mindenkinek magas színvonalú, korlátlan, folyamatos, teljes körűen ingyenes” elvek a szocializmusban elfogadhatóak voltak, ma már viszont ezeket újra kell értelmeznünk. Nem várjuk, hogy helyettünk, nélkülünk valaki megtalálja a helyes utat. Elképzelésünk van, amit készséggel felajánlunk a jogalkotónak, ha elfogadja. Az egészségügyi ellátás keretbe foglalásához kérjük a jogalkotói segítséget, mert egyedül ezt nem tudjuk megoldani. Az alapellátás ésszerű mederbe tereléséhez két dolog szabályozása elengedhetetlen. Az egyik, hogy meg kell határozni, hogy egy időegységben belül, javaslatom szerint negyedév alatt, hány alkalommal vehet igénybe a biztosított az E. alapból finanszírozott ingyenes egészségügyi ellátást. A számot úgy kell megállapítani, hogy az elfogadható, életszerű legyen. Mivel a krónikus beteg 3 hónapra elegendő gyógyszerrel ellátható, így célszerű a limitet úgy meghatározni, hogy negyedévente egy alkalommal, orvosi kontrollal egybekötött gyógyszeríratáson kívül az adott terminusban maximum még négy alkalommal vehető igénybe ingyenes háziiorvosi ellátás. Ezzel párhuzamosan célszerű felülről limitálni a megengedhető maximális betegforgalmat a háziiorvosi rendeléseken. Javaslatom szerint a napi betegforgalom a walk in (megérkezik, következik, bejut), valamint az előjegyzés (appointment) alapján ellátott betegek száma nem haladhatja meg a napi 50-et. Az előlotti beteglétszám kiegyenlíti az orvost és szakdolgozót egyaránt, az egy betegre fordítható idő pedig a minőségi limit alatt van. Nincs kizárva, hogy főleg a rendszer első időszakában a háziiorvosnál is 1–2 napos várólista előfordulhat. Ennek előnye a következő: határozottan nő az egy páciensre fordítható idő, s ezt az a beteg is tudja, akinek esetleg 1 napot várni kell, a lakosság rájöhet arra, hogy a banalitások nagy része (egy-napos hasmenés, gyomorrontás, rovarcsípés, vírusos fertőzés) azonnali orvosi beavatkozás nélkül is rendeződik. A korlátlan, néha öletszerű orvosi ellátás ésszerű szabályozása az ingyenes egészségügyi ellátás lakossági tiszteletét is elmozdíthatja a jelenlegi zéró pontról.

A leírt minta nem egyedi és nem példánélküli. Tőlünk lényegesen szerencsésebb történelmi múlttal rendelkező országokban működőképes, de kétségtelen, hogy a bevezetése 60 év parttalanság után politikai határozottságot igényel.

A helyzetértékelést és a javaslatokat a FAKOOSZ XXIII. Országos Gyűlésére elemzésre, megvitatásra írtam.

Debrecen, 2014. április

Dr. Fekete Imre,
a FAKOOSZ alelnöke