

Egészségpolitikai Kutatócsoport

Átalakítás alatt is zavartalanul üzemel?

A magyar egészségügy két éve

Az elmúlt két esztendőben a kétharmados választási felhatalmazás által teremtett új pártpolitikai erőterben a győztesek – a korábbiakhoz képest teljesen új paradigma mentén – az egészségügy minden területén átfogó átalakításba kezdtek. A ciklus

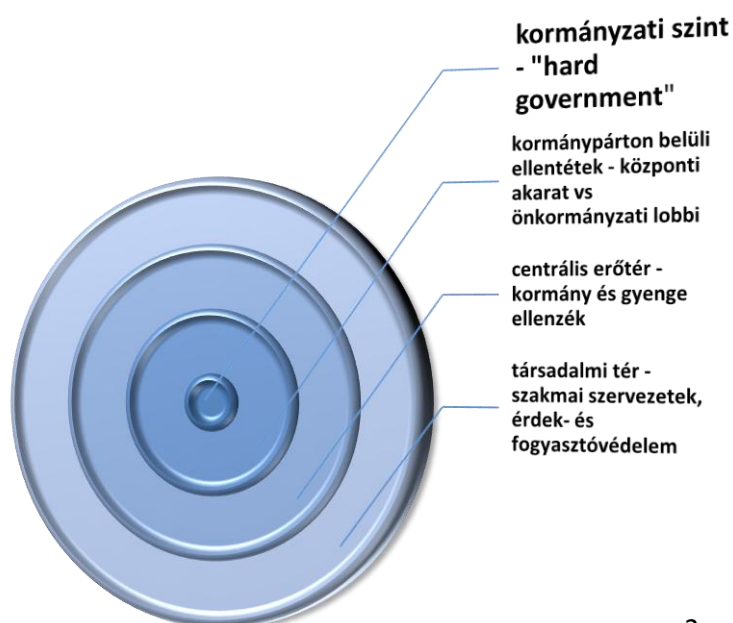


felénél tanulmányunk éppen ezért sokkal inkább egy reformfolyamat lépéseinek értékelését, semmint egy már működő rendszer eredményeit tárja fel. Előljáróban érdemes leszögezni, hogy egy-egy kormányzati teljesítmény megítélése sohasem egyszerű, az egészségpolitika értékelése azonban különösen problémás, legalább két tényező miatt: egyfelől

rendkívüli módon keverednek az objektív és szubjektív elemek egy-egy döntés társadalmi-politikai megítélése esetén, másrészt az intézkedések hatása nagyon sok esetben csak hosszútávon jelentkezik a polgárok életminőségében. Ennek fényében igyekeztünk a tőlünk telhető alapossággal rekonstruálni a folyamatokat, s értékelőnket igyekszünk kiterjeszteni a teljes ágazatra, így a politikai-jogszabályi keretből kilépve az ágazatot érintő népegészségügyi és gazdasági folyamatokra is.

A teljesítményértékelést éppen ezért négy részre osztva végeztük el, megközelítésünkben az ágazatot körülvevő keretrendszert és a gyakorlati működést vizsgáltuk szubjektív (puha) és objektív (kemény) feltételrendszer alapján. Ennek megfelelően a politikai erőter vizsgálata, illetve az intézményi-jogszabályi háttér elemzése alkotja tanulmányunk első két részét. A harmadik részben azt vizsgáltuk, hogy az új egészségpolitika a működés közben milyen hatást gyakorolt a benne dolgozók, illetve maguknak a betegeknek a szubjektív véleményére, végül az egészségügy működésének „kemény” mutatóit, az egészséggazdaságot érintő intézkedéseket vesszük górcső alá. Az értékelés alapjául a kormányzati dokumentumokban előzetesen megfogalmazott elvárásokat, illetve a 2010-es kiindulási pontot választottuk, emellett azt is igyekeztünk figyelembe venni, hogy az adott folyamat mennyire feleltethető meg az MPK által megfogalmazott egészségügyi paradigmaváltásnak.

Egészségügy a politikai erőtérben



A kormányzat kiinduló elképzeléseit a Semmelweis Terv foglalja össze. Ebben foglalmazzák meg az egészségügy átszervezésének, szellemi-gondolati alapját, illetve többé-kevésbé az egyes részterületeken szükséges

gyakorlati feladatokat is, megjelölve hozzá a megvalósulás tervezett határidejét. A terv készítői a reform kidolgozása során funkcionális, problémamegoldó megközelítésre törekedtek, amelynek vezérmotívumaiként az értékorientáltságot, célvezéreltséget, tudományos bizonyítékokon alapulást, és a megvalósíthatóságot jelölték meg.

A gyakorlati megvalósításban ez elsősorban igen erőteljes centralizációt jelent, olyannyira, hogy maga az egészségügy is csupán államtitkári szinten van jelen a kormányzati struktúrában a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (ma már Emberi Erőforrások Minisztériuma) részeként. Ennek az átalakításnak a szellemi megalapozását a „hard government” koncepció adja, amely Stein Ringen norvég politológus gondolatainak sajátos adaptációja. Ebben a megközelítésben a civil szereplők döntéshozatalba emelése csak szétteríti a felelősséget, illetve az érdekek kusza hálójában elhalványodhat a közjó, ezért annak meghatározását az állam magára vállalja, kialakítva ezzel az erős központosított irányítást és a gondoskodó államot. Az egészségügy területén is ez a gondolatiság a meghatározó, még akkor is, ha más területekhez képest kevésbé érvényesül az erőpolitikai attitűd, és a puha eszközök, a tárgyalás, illetve a megegyezésre törekvés erősebben volt jelen.

A 2010-ben megszülető centrális erőterben az ellenzéki pártoknak vajmi kevés esélyük van a politikai akaratképzésre, ezért a konfliktusok jelentős része a kormánypártokon belül maradt. Az önkormányzati és a központi akaratot megtestesítő politikusok közötti ellentét lényege, hogy a polgármesterek, illetve az erős lokális kötődéssel rendelkező parlamenti képviselők foggal-körömmel igyekeznek megakadályozni, hogy saját városukban, vagy választókerületükben egészségügyi intézményt zárjanak be, vagy szervezzenek át. Ezzel természetesen

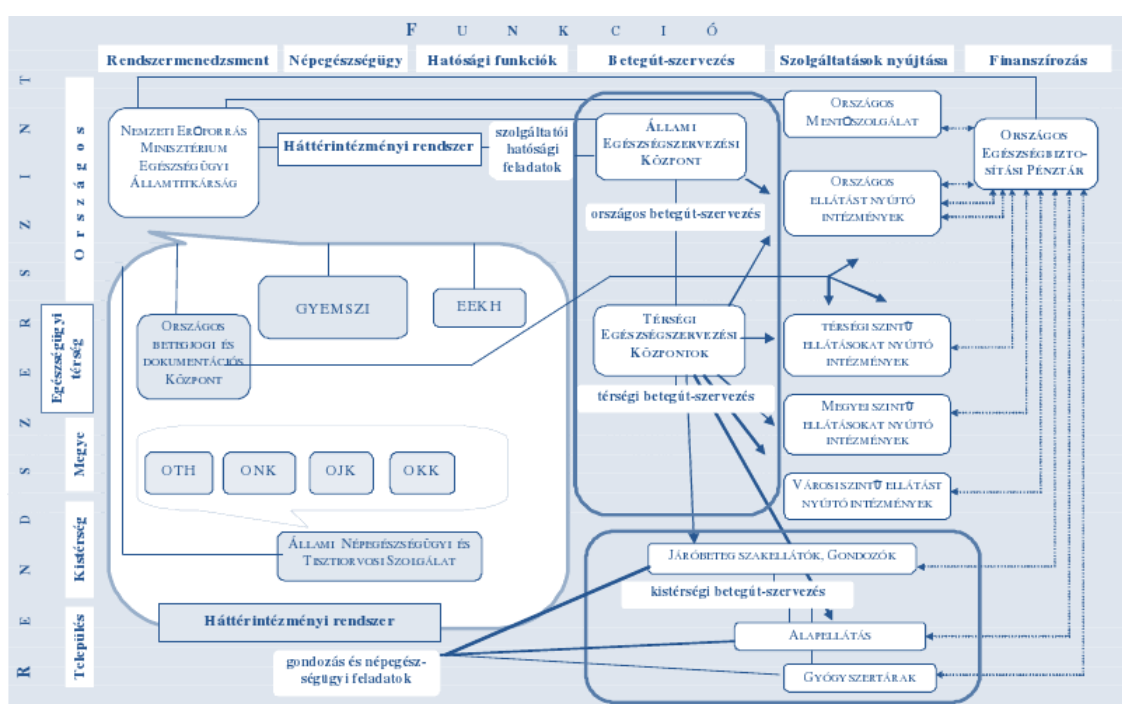
igyekeznek kiszolgálni a választópolgárok igényeit, ugyanakkor jelentősen felpuhíthatják a centralizációs törekvéseket. Bár a rendszer végpontját még nem ismerjük, jelenleg úgy tűnik a központi akarat kevés kompromisszumra kényszerül csupán az önkormányzati lobbival szemben. Az erőtlen ellenzék miatt ugyanakkor jelentős szerepet kaptak a konfliktusokban azok a szakmai társadalmi szervezetek, amelyek tényleges súllyal voltak képesek az érdekvégyesítésre, itt elsősorban a Rezidensszövetség szerepét lehet kiemelni.

Objektív keretrendszer – intézményi háttér

Az objektív feltételrendszert tekintve három alapvető elem emelhető ki: a kormányzati törvényalkotási lázban teremtett új jogszabályok tömkelege, az átalakuló minisztériumi-intézményi struktúra, illetve a közbeszédben államosításnak hívott reorganizáció a fekvőbeteg-ellátásban.

A jogszabályi környezet átalakítására jól jellemző, hogy két év alatt 130 törvény, rendelet és utasítás született egészségügyet érintő kérdésekben, összességében pedig 1100 feletti dokumentum kapcsolódik a kormányzati munkában az egészségügy témaköréhez. Idén február végén például a Minisztérium egyetlen nap alatt egy közel 3300 oldalas az egészségügyi intézmények mindennapjait érintő jogszabálycsomagot léptetett életbe. Az egészségügyi salátatörvények rendelkeztek többek között az ellátási struktúra átalakításáról, a háziorvosok praxisjogáról, a gyógyszer támogatási rendszerről, az állami ösztöndíj-rendszer átalakításáról, az orvoslátogatói rendszer szabályozásáról, a gyógyszertárak helyzetéről. Tehát valóban elmondható, hogy ezen a téren óriási munkát végzett el a kormány. A jogszabálydömping alapvetően új központi struktúrát is életre hívott, amelynek

legfontosabb „szuperintézménye” a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) lett. Ez gyakorlatilag az összes fontosabb intézményt egy központi struktúrába integrálta. Felszámolták az Egészségbiztosítási Felügyeletet és megszűnt a betegjogok szempontjából igen fontos Adatvédelmi Ombudsman Hivatala is, viszont ezzel egyidejűleg létrehozták az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központot.



Vázlatos rendszermodell a főbb új, illetve átszervezett funkciók kiemelésével, szintenkénti funkcionális mátrixban (OTH= Országos Tisztifőorvosi Hivatal, ONK= Országos Népegészségügyi Központ, OJK= Országos Járványügyi Központ, OKK= Országos Közegészségügyi központ(forrás: Semmelweis Terv)

Az államosított kórházak a Nemzeti Erőforrás Minisztériumához kerültek, és fenntartójuk a GYEMSZI lett, miközben a Nemzeti Vagyongazdálkodó Zrt. látja el a vagyongazdálkodási feladatokat. Az állam az intézmények átvételével egyetemben

átvállalja a kórházak adósságállományát is, amely nagy előrelépés az intézmények fenntartása szempontjából, hiszen legtöbbjüknek hatalmas kintlévőségei vannak. Átalakult ezzel párhuzamosan a fekvőbeteg-ellátás hierarchiája is, az eddigi megyei szint helyett térségi alapon szervezték újjá az egészségügyet, amely nem követi feltétlenül a megyei, illetve regionális beosztást. Az új progresszivitási szintek: 1. háziorvosi, házi-gyermekorvosi ellátás (alapellátás); 2. Kistérségi szint (alapellátással együttműködve); 3. városi szint; 4. megyei szint; 5. térségi szint; 6. országos szakmai központok és alközpontok. A térségek államilag finanszírozott szakellátói intézményeit a Térségi Egészség szervezési Központok irányítják, a speciális, országos intézmények pedig az Állami Egészség szervezési Központ alá kerülnek.

A szubjektív működés szempontjai – az ágazat teljesítményének megítélése

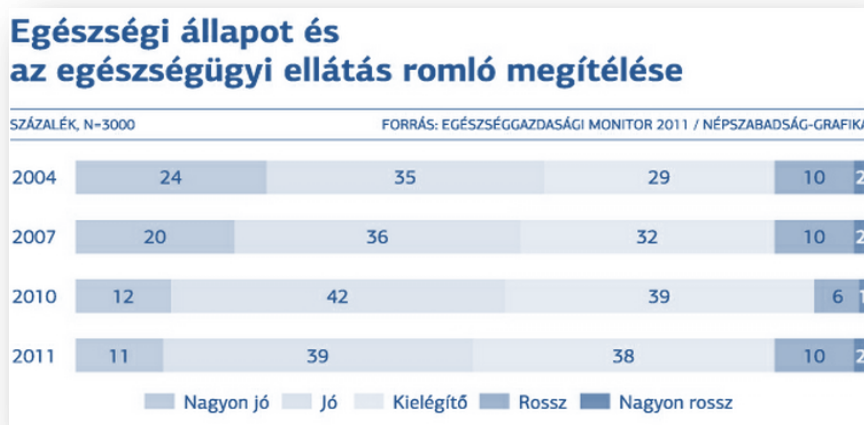
Az elmúlt időszakban több olyan kutatás is napvilágot látott, amelyik az orvosoknak és betegeknek, mint az egészségügyi rendszer szereplőinek és fogyasztóinak az egészségpolitikához kapcsolódó véleményeit, illetve gyakorlati tapasztalatait vizsgálja. Idehaza a Szinapszis és a GfK Hungária felmérései komor képet tükröznek Magyarország egészségügyi rendszerével kapcsolatos elégedettségéről és bizalomról. A választások utáni optimizmus hamar megtört, amikor a társadalom számára nyilvánvalóvá vált, hogy jelentős többletforrásra a fiskális szigor miatt nem számíthat az egészségügy, a szakmabeliek körében is a bérhelyzet megoldatlansága, illetve az elvándorlás hírei keltettek aggodalmat. Ugyanakkor a lakosság és az orvosok szerint sem romlott az egészségügyi ellátás minősége. A borúlátó tendencia 2011-ben is nagyrészt megmaradt, vegyes vélemények fogalmazódtak meg a gyógyszerárak és a gyógyszergyárak terheit illetően, amelyek feltételezhetően a kormány „szabadságharc” retorikájának tudhatóak be. 2012 első

felében viszonylagos javulás volt tapasztalható a szakorvosoknál, a bérrendezési ígéretek és a többlet (főleg uniós) források miatt. Ezzel szemben a háziiorvosi kártyapénz jelentős emelése egyelőre elmaradt, az alapellátásban legfőljebb az eszköztámogatás kibővítése adhatott okot némi optimizmusra. Nagyon hasonló eredményeket látunk, ha az Egészséggazdasági Monitor felmérése alapján az emberek saját egészségükről alkotott megítélését vizsgáljuk. 2004 óta közel 10%-kal nőtt azoknak az aránya, akik saját egészségi állapotukat rossznak, vagy nagyon rossznak ítélik meg. A gyógyszerfogyási statisztikák – különösen az antidepresszáns

és a szorongáscsökkentő készítmények területén – is stagnáló vagy negatív tendenciákról árulkodnak.

Az egészségügyet fogyasztói szempontból értékelő svéd Health Consumer Powerhouse jelentése is meglehetősen

negatív képet fest az elmúlt két év hazai folyamatairól. Jelentésük öt területen (betegjogok, hozzáférés, ellátórendszer teljesítménye, megelőzés és gyógyszerügy) 42 kategóriában a fogyasztók szempontjából vizsgálja az egészségügyet. Náluk szinte alig van olyan mutató, amelyik nem romlott volna az előző – 2009-es felméréshez – képest. Szerintük 18 negatív folyamatra mindössze 8 pozitív jut, a többi pedig stagnált. Ennek következtében a magyar egészségügy 3 év alatt 20 helyet rontott az európai listán és ezzel hazánk a legrosszabban teljesítő ország lett.

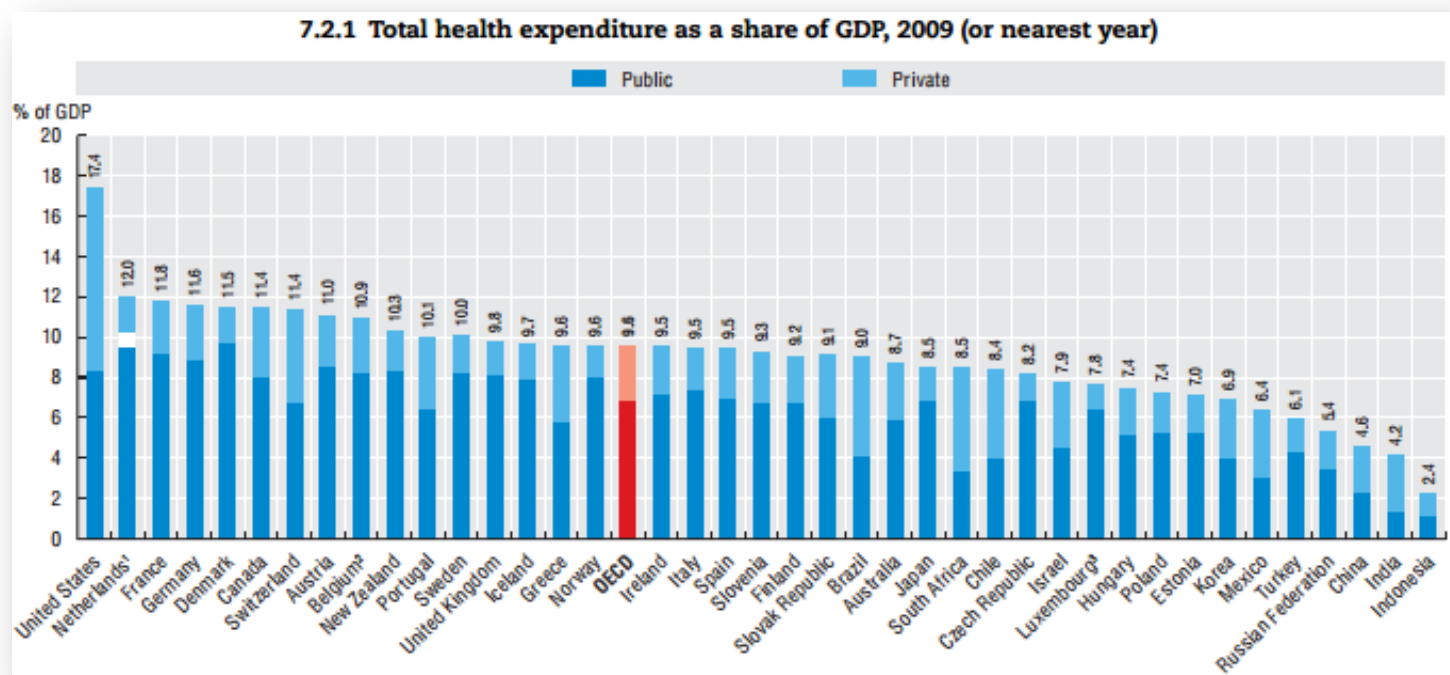


Sajátos „puha” mutatója a magyar egészségügynek a hálapénz sorsának alakulása. A legóvatosabb becslések szerint a teljes egészségügyi költség 1,5%-a, a legbátrabbak szerint 11%-a megy ki paraszolvenciára. A hálapénz okozta problémák megszüntetésére az utóbbi időben két megoldás látszott kibontakozni. A Rezidensszövetség és a fiatal orvosok az egészségügyi dolgozók bérének radikális emelésével látják megoldhatónak a problémát, míg a kormány úgy tűnik, inkább a paraszolvencia kvázi hivatalossá tételével tisztítaná meg a korrupciótól az ágazatot. Mindenestre ez, valamint az egészségügyi biztosítás „fű alatti” reformja azt bizonyítja, hogy a kormány hivatalos koncepciója a mindenki számára egyenlően hozzáférhető ingyenes egészségügyről életképtelennek bizonyult

Az objektív működés szempontjai – „egészséggazdaság”

A második Orbán-kormány által elindított reformfolyamatok az elmúlt két évben a magyar egészségügyi rendszer gyakorlati működésében is jelentős változásokat hoztak. A gazdasági világválság, a külső konjunktúra megtorpanása, a romló makrogazdasági kilátások együttesen arra kényszerítették a kormányzatot, hogy a forráshiányos ágazatból még több pénzt vonjon ki. Azt láthatjuk, hogy nominálisan ugyan a 2010-es bázisévhez képest 2011-ben nőtt az egészségügy finanszírozására fordított összeg a központi költségvetésben, viszont 2012-ben ez az összeg már a két évvel korábbi szintet sem éri el. A GDP-hez viszonyítva pedig még lehangolóbb képet kapunk, hiszen míg 2010-ben a GDP több mint 5%-át tették ki az egészségügyi kiadások, addig 2012-ben már csak 4,6%-át. Ráadásul érdemes kiemelni, hogy 1995 óta GDP-arányosan minden évben magasabb összeg állt rendelkezésre az egészségügyi kormányzatnak, mint idén. Ez nemzetközi összehasonlításban is alacsonynak számít. Nominálisan 2012-ben 36 milliárd

forinttal kevesebbet fordít az állam az egészségügyre, mint 2010-ben, vagyis a kormánynak még a források szinten tartását sem sikerült elérnie.



Azzal együtt, hogy összességében csökkentek az egészségügyi kiadások, érdemes megvizsgálni, hogy az E-alap szerkezete változott-e a kormányváltás óta. Az E-alap kiadási oldalának két legjelentősebb eleme közül az „összevont szakellátásra” fordított összeg mind 2011-ben mind 2012-ben emelkedett a bázishoz viszonyítva. Ellenben a gyógyszer támogatásra szánt költségvetési összeg –összhangban a Széll Kálmán Tervben lefektetett irányelvekkel– folyamatos csökkenést mutat. Az állami szerepvállalás visszaszorulását a gyógyszerkasszában a kormányzat a bevételi oldal növelésével igyekezett ellensúlyozni: 12%-ról 20%-ra növelte a gyógyszergyártók különadóját, megduplázta az orvoslátogatói-díjat, 1 százalékponttal megemelte a

munkavállalói egészségbiztosítási járulékot, valamint új adónemeket is bevezetett (népegészségügyi termékadó, baleseti adó).

A vezető hazai gyógyszeripari cégek beszámolóit böngészve szembetűnő, hogy a növekvő adóterhek hatására megindult a gyógyszerpiac átalakulása, aminek újabb lökést adott a generikumoknál és a biohasonló készítményeknél bevezetett vakliciten alapuló árverseny. A kormányzat eme árképzési módszer alkalmazásával igyekszik visszaszorítani a gyógyszerárakat, viszont az árközpontú verseny figyelmen kívül hagy olyan nem elhanyagolható tényezőket, mint például az ellátás folyamatossága és biztonsága. A vakliciten ugyanis a legalacsonyabb árú készítmény nyeri el a preferált termék státuszát, függetlenül attól, hogy a gyártója tényleg képes-e garantálni a megfelelő kínálati mennyiséget.

Továbbá fontos látni, hogy 2013-as költségvetés tervezetében mindösszesen a 2012-es gyógyszer-támogatás 43%-a marad a kasszában, s ez a medicinának drasztikus drágulását eredményezheti a fogyasztók számára, hiszen ilyen mértékű kieső támogatást a vaklicit okozta árverseny aligha lesz képes ellensúlyozni. További nehézséget okozhat a gyógyszerpiaci szereplőknek a június 18-án megszavazott egészségügyi törvénycsomag, amely újabb 10%-os fizetési kötelezettséget ír elő, azoknak a gyártóknak, amelyek olyan támogatott originális termékeket állítanak elő, amelyeket 2006 előtt fogadtak be és nem helyettesíthetők. Az OEP adatai szerint ez összesen 532 gyógyszer érint, de ami nagyobb probléma, hogy az új szabályozás a korszerű, innovatív szerek hazai piacról történő eltűnésével fenyeget. Viszont az úgynevezett spanyol-modell adaptálásával a következő két évben az előzetes becslések szerint már 5,8-7,4 milliárd forintos bevétel realizálható.

A gyógyszerpiac átrendeződése az újabb extra adó bevezetésével és a biohasonló szerek támogatási rendszerének megváltoztatásával valószínűleg felgyorsulhat a következő években. Azonban fontos kiemelni, hogy 2006-tól a piac folyamatosan szűkül, és ezzel párhuzamosan a magyarországi gyártással rendelkező top cégek bevétele is csökken. Az innovatív gyártók pedig lassan, de biztosan kiszorulnak a piacról, miközben az olcsó generikumokat kínáló cégek teret nyernek. Ezek a negatív folyamatok szinte az összes meghatározó piaci szereplőt érzékenyen érintik, úgy mint a Bayer, a GSK-t, vagy az AstraZenecat, a Novartist, a Sanofit, a Pfizert, illetve a két hazai óriást, az Egist és a Richtert is.

A beruházásokat vizsgálva megállapítható, hogy a legtöbb fejlesztés az Új Széchenyi Terv keretein belül, EU-s társfinanszírozásban valósult meg. Azonban azon deklarált alapelvnek, miszerint az egészségipar kulcsfontosságú kitörési pont a nemzetgazdaság számára, némileg ellentmondva a fejlesztések nem az előzetes ütemezésnek megfelelően zajlanak. Példaként említhetjük az ágazati informatikai rendszer modernizálásának egyes elemeinek csúszását: az e-recept rendszer bevezetése késlekedik, hiszen ez a projekt az előkészítés fázisába ragadt (még a források allokációját végzi az államtitkárság), hasonlóan az e-kórlaphoz, az e-TAJ kártya bevezetése pedig csak a Nemzeti Egységes Kártyarendszer indulásakor várható. Mindazonáltal az informatikai rendszer tekintetében lényegi előrelépést is tapasztalhatunk, hiszen a házi orvosok immáron az internet segítségével tehetnek eleget az adminisztratív kötelezettségeiknek, illetve az ÁNTSZ betegkövető rendszere is megújult. Az egészségügy IT-háttere mellett a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség adatai alapján, összesen 316 egészségipari fejlesztési/beruházási projektet támogatott az állam, amelyből 30 már meg is valósult, mintegy 37 milliárd forint értékben.

Az egyre feszültebbé váló bérhelyzet kezelésére az egészségügyi kormányzat meghirdette a Markusovszky-ösztöndíj programot, amelyre 600 szakorvosjelölt pályázhat a havi 100.000 forintos bérkiegészítés reményében, vállalva, hogy előre meghatározott ideig Magyarországon vállal munkát. Majd 20 gyógyszerész számára is lehetőség nyílt a bérkiegészítésre a Than Károly-programnak köszönhetően. Az említett két program összesen 480 millió forint bérfejlesztést tett lehetővé a sikeresen pályázóknak. Mindez viszont aligha lett volna elegendő ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók kilátástalan bérhelyzetén (2011-ben az átlagkereset nettó 119 060 Ft/fő/hó volt) érdemben változtasson és elkerülhetőek legyenek az ágazaton belüli tömeges felmondások. Az ellátási zavarokat előidéző válságos helyzet elkerüléséhez a racionalizálásból és a népegészségügyi termékadóból finanszírozott általános béremelés ígéretére volt szükség, ami a tervek szerint még idén progresszív módon, sávos rendszerben valósulhat meg.

Értékelés

Az elmúlt két év egészségpolitikája szinte minden területen a mély strukturális átalakítás időszakába tartozik. Összességében el lehet mondani, hogy az Orbán-kormány komoly előrelépést tett a politikai-jogi szférában és a két évvel ezelőtti állapothoz képest a szektor lényegesen kevesebb konfliktust generál, mint az elmúlt ciklusban. A kormányzati hatékonyságot segíti a centralizáltabb hatalmi- és szerkezeti struktúra, a lokális érdekek kiiktatásával olyan racionalizációs lépéseket sikerült megtenni, amelyeket korábban soha. Ehhez természetesen nagyban hozzájárult a politikai tér teljes átalakulása, az ellenzéki pártok meggyengülése is. Az államtitkárság vezetői többségében kedvező színben voltak képesek feltűnni az orvostársadalomban, így a szakma felől érkező kritikák is halkabbnak bizonyultak. Valóban óriási törvényalkotási

munka folyt a háttérben, a jogszabályok mennyisége azonban gyakran a minőség rovására ment, az új struktúrát működés közben még nem ismerjük. Márpedig a puding próbája az evés, a következő két év adhatja meg majd a választ, hogy valóban érdemes volt-e a reformba belevágni. Mindenesre a felelősség óriási, hiszen 2012-től a centralizációnak köszönhetően a rendszer legfontosabb szereplője az állam lesz.

A működés területén ennél lényegesen rosszabb a bizonyítvány. A reform két éve a betegek számára romló szolgáltatási szinttel és a testi-lelki bajok szaporodásával járt együtt. Ezen változtatni természetesen csak forrásbevonással lehet, azonban ezen a területen szerepelt a legrosszabbul a kormány, amely természetesen nem feltétlenül az egészségpolitikusok hibája. Miközben az orvosberek emeléséért többé-kevésbé sikeresnek mondható Szócska Miklós csapatának tevékenysége, addig folyamatosan csökken az egészségügy egészére fordított összeg, ilyen mértékű forráskivonás mellett pedig a leghatékonyabb forrásallokáció sem hozhatja meg a várt sikereket. A hazai gyógyszeripar, illetve a hozzá kapcsolódó egyéb magánvállalkozások részben a szektor globális átalakulása, részben a hazai fiskális szigor miatt komoly nehézségekkel küzdenek. Holott ez az egyik olyan hagyományos iparág, ahol lehetőség nyílna a munkahelyteremtésre, illetve a kutatás-fejlesztésre.

Az átalakítás két éve alatt tehát, ha döcögve is, de működött a magyar egészségügy. Az új struktúra hatékonyságáról egyelőre sokat nem tudunk, az azonban világos, hogy további forráselvonásra nincs lehetőség. Sőt a gazdaság- és társadalompolitikában alighanem az egészségpolitika revíziója szükséges. Ennek lényege, hogy a magyar társadalom számára a liberális demokrácia jóléti periódusa tulajdonképpen kimaradt, így annak intézményeihez nem kötődik a többségnek

semmilyen pozitív tapasztalata. A másik legfontosabb elem, hogy a társadalmi egészség nem pénznyelő, hanem hosszú távú befektetésként kell kezelni. Ezen a téren az elmúlt két év politikája érezhetően nem tudott érdemi fordulatot elérni, holott az új rezsim érzékelhetően fontosnak tartja, hogy valamilyen kohéziót érjen el az atomjaira esett, megrendült bizalmú társadalomban. Annak felismerése azonban, hogy sikeres gazdaságpolitikai fordulatot, illetve jól működő demokráciát nem lehet létrehozni egy testi-lelki bajoktól gyötört társadalomban, láthatóan nem történt meg.