



SEMMELWEIS EGYETEM
EGÉSZSÉGÜGYI
MENEDZSERKÉPZŐ
KÖZPONT

Dr. Sinkó Eszter

**Az elmúlt 20 esztendő fontosabb
egészségpolitikai történései**

2011. január 17.

.

Az előadás felépítése

Négy kérdéskört érint:

- Az egészségügy utolsó 20 évének főbb szakaszai
- Egészségügy pénzügyi környezete
- Egészségügyi kiadások
- Semmelweis Terv

1990 előtt - jellemzők I.

- Közfinanszírozáson és közszolgáltatáson alapuló rendszer
- Egészségpolitikai alapelvek:
 - ✓ mindenki,
 - ✓ minden ellátáshoz,
 - ✓ térítés mentesen jusson hozzá
- Eszközök: államosítás, területi elv, progresszív betegellátás, központi költségvetésből finanszírozás

Jellemzők II.

- Főbb szereplők: egészségügyi személyzet, beteg és az állam valamint a tanácsok (más meghatározó szereplő 1989-ig nincs)
- A szereplők egymáshoz való viszonya: status jellegű
- Állam mint szerephalmozó:
 - ✓ Tulajdonos (szolgáltató)
 - ✓ Ellátásszervező
 - ✓ Finanszírozó
 - ✓ Irányító
 - ✓ Szabályozó és jogalkotó

Jellemzők III.

- Szervezeti felépítés - megosztottság:
 - ✓ Alapellátás: körzeti orvosi hálózat+védőnők
 - ✓ Önálló szakrendelői hálózat (szovjet minta)
 - ✓ Kórházak: városi – megyei - országos intézeti
- Válasz: integráció (szakmai, szervezeti, gazdasági)

Eredmény

- Az állam túlzott szerepvállalása
- Alapvető szereplők hiánya
- Központi költségvetésben a maradékelv
- Szolgáltatások nem egyenletes színvonala
- Orvos-beteg kiszolgáltatottsága
- Paraszolvencia
- Teljesítménymérés és elismerés hiánya

Kitekintés a világra I.

- Döntően közfinanszírozás
- A szolgáltatói szektor sokszínűsége a tulajdonviszonyok tekintetében
- Járóbeteg szakellátás mint önálló ellátási szint hiánya
- A társadalmi kontroll alapintézményei másutt kiépültek (intézmények felügyelő bizottságai, társadalom-biztosítási önkormányzatok, szakmai érdekcsoportosulások, betegek szervezetei)

Kitekintés a világra II.

- Minőségbiztosítás jelenléte az intézményeknél
- Akkreditáció igénye a közfinanszírozásban
- A teljesítmény elszámolás különböző technikái
- Sokkal több szereplő értelmezett
- Érdekharmónizációra törekvés a szereplők között
- Betegjogok deklarációja – akár charták, akár önálló törvények formájában

Kitekintés a világra III.

- USA:
 - ✓ HMO mint szerveződési forma
 - ✓ DRG mint teljesítmény elszámolási technika
- Skandináv országok: egészségügyi központok
- Franciaország: Mutualité mint önkéntes, kölcsönös biztosítási rendszer
- Anglia: az alapellátásban a teljesítmény elszámolás: fejkvóta alapú

Kitekintés a világra IV.

- Németország:
 - ✓ Társadalombiztosítás mint finanszírozó
 - ✓ Önkormányzatok mint tulajdonosok
 - ✓ Kétcsatornás finanszírozás: működési és tőkeköltségek
 - ✓ GP kapuőri szerep
 - ✓ Teljesítmény elszámolásban pontrendszer
 - ✓ Intézményvezetési modell

Magyar egészségügy 1990 előtt (Beveridge modell+ Semashko modell)

- **Tulajdonviszonyok:** döntően állami
 - **Irányítási rendszer:** centralizált, és megye szintű
 - **Finanszírozási csatornák,** forrásteremtés: költségvetés, később adó (1988-tól)
 - **Finanszírozási technikák:** input finanszírozás
 - **Betegek helyzete:** rendezetlen, alávetettség
 - **Orvosok munkajogi státusza:** alkalmazott, de ...
 - **Szabad piacra lépés:** kijárásos rendszer
 - **Ármeghatározás mechanizmusa:** nincs ár
-

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 1.

- 1990-1994
 - ✓ Biztosítotti jogon járó ellátás
 - ✓ Önkormányzati tulajdon megjelenése
 - ✓ Társadalombiztosításhoz kerülő egészségügyi finanszírozás
 - ✓ Privatizáció, szektorsemleges finanszírozás
 - ✓ Új finanszírozási technikák bevezetése
 - új ösztönzők megjelenése

Fontosabb történések I.

- 1989: A Társadalombiztosítás levált az állami költségvetéstől
- 1989: Vállalkozások engedélyezése
- 1991: TB. törvény módosítás: az önkormányzatiság elvének deklarálása
- 1992: A társadalombiztosítási alap kettéválása – járulékmegosztás
- 1992: Szabad orvosválasztás az alapellátásban

Fontosabb történések II.

- 1992: Nem állampolgári jogon jár az egészségügy – biztosítási kártya megjelenése
- 1992: Vállalkozás formájában lehet ellátni a háziorvosi teendőket
- 1992: Háziorvosi szolgálat finanszírozása: a fejkvóta (Kincses)
- 1992: Magángyógyszertárak finanszírozása

Fontosabb történések III.

- 1993: Az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság kettéválasztása: Országos Egészségbiztosítási Pénztár létrejötte
- 1993: Tb. önkormányzatok felállása – országos választás a szakszervezeti (munkavállalói) oldalon (előtte egy évig Felügyelő Bizottság)

Fontosabb történések IV.

- 1993. HBCS az aktív kórházi teljesítmény finanszírozásában
- 1993. Német pontrendszer a járóbeteg szakellátásban
- 1993. ÖKKP – öngondoskodás első csírái
- 1994. Orvosi Kamara – törvényi szintű szabályozás: köztestület (hatósági jogkörök csak 2000-től - 2007-ig) (a MOK 1989-ben már feláll, de csak ekkor van mögötte törvény)

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése I.

- Változások indultak el a rendszerben, mert
 - ✓ A társadalombiztosításhoz került az egészségügy finanszírozása
 - ✓ A társadalmi kontrollt megtestesítő intézmények közül kettő belépett (tb önkormányzatok, felügyelő tanácsok)
 - ✓ Az állam szerepe csökkent
 - ✓ Szabad orvosválasztás bevezetése
 - ✓ A vállalkozások teret nyertek
 - ✓ Teljesítmény elszámolás normatív alapra helyeződött

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése II.

- A társadalombiztosítás színre lépésével:
 - ✓ Újabb szereplő jelent meg – önálló érdekérvényesítő képességgel, amelyet segített az 1993-1998 közötti időszakban az önkormányzat
 - ✓ Szerződéskötésre nyílt lehetőség a finanszírozó és a szolgáltató között
 - ✓ Ez a szerződés számon kérhető
 - ✓ Az állam beavatkozási lehetősége, amíg az önkormányzatok „éltek”, csökkent

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése III.

- Az állam szerepe csökkent, mert:
 - ✓ Nem meghatározó tulajdonos többé
 - ✓ Nem meghatározó finanszírozó többé – még ha a tb alapok az államháztartás részei is (ebben az időszakban
 - ✓ Az irányítási rendszerben: az ÁNTSZ megjelenése, törvényben deklarált felhatalmazással
 - ✓ Újabb szereplők: Orvosi Kamara

Az újkori egészségügy 1990-1994 közötti átalakításának értékelése IV.

- További pozitívumok:
 - ✓ Növekedett a költségtudatosság az egészségügyi személyzet tagjainál – elsősorban a kórházakban
 - ✓ Menedzsment technikák kezdtek elterjedni az intézményirányításban – egészségügyi menedzseriskolák
 - ✓ Beteg körében némi visszhangja volt a deklarált szabad orvosválasztásnak – új magatartásformák

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 2.

- 1994-2006
 - ✓ Kvázi állampolgári jogon járó ellátás (újra)
 - ✓ Betegjogok törvényi szintű rögzítése
 - ✓ Minimumfeltételek meghatározása
 - ✓ Szakmai eljárásrendek közzététele
 - ✓ Két kacerkodás a több-biztosítós rendszerrel
 - ✓ Első kapacitás-szabályozási intézkedések
 - ✓ IBM/IBR modellkísérletek
 - ✓ Egészség-gazdaságtani irányelvek megjelenése

Fontosabb történések I.

- 1997: Új egészségügyi törvény: betegjogok rögzítése, „mindenkinek a maximumot kell kapnia” szemlélet
- 1997: Új egészségbiztosítási törvény: anyagi eszközök függvénye az ellátás (ellátások kivétele: mentés, vérellátás, szívtranszplantáció, stb.- ezekre állami többletforrások)
- 1997: Minimumfeltételek szabályozása
- 1997: Új nyugdíjbiztosítási törvény: kötelező és választható magán-nyugdíjpénztár

Fontosabb történések II.

- 1998: Egészségbiztosítási önkormányzatok felszámolása
- 1998: Közös adó-, és tb. járulékbekajrtás
- 1999: IBM/IBR modellkísérletek elindítása
- 2000: Háziiorvosoknak praxisjog megadása (vagyonértékű joggá minősítés) (Gógl idejében)
- 2001: KHT-vá alakulást elősegítő kórháztörvény (Mikola-féle)

Fontosabb történések III.

- 2002: 50%-os béremelés a közszolgáltatói szektorban
- Kórházi adósság konszolidáció – eredménytelenül (3 milliárd Ft)
- 2003: Új kórháztörvény – de nincs azóta sem hatályos privatizációs törvény (profitorientált vállalkozásoknak adott volna nagyobb teret)
- 21 lépés (első Gyurcsány kormány)

Fontosabb történések IV.

- 6 kérdéskör:
 1. Ellátáshoz hozzáférés javítása
 2. Daganatos betegek ellátása
 3. Háziiorvosi ellátás és a szakellátás korszerűsítése
 4. Gyógyszerfogyasztás keretek közé szorítása
 5. Járulékbefizetés rendbetétele
 6. Valódi biztosítás alapjainak lerakása

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 3.

- 2006-tól 2008-ig
 - ✓ Öt új törvény, közöttük több – az elhamarkodott kivitelezések következtében – sodródott tévútra (Kapacitásokról, Gyógyszer-gazdaságosságról, EBF felállításáról, Kamarák jogállásáról, Vizitdíj & napidíjról és biztosítási csomagról)
 - ✓ Biztosítotti jogviszony alapján járó egészségügy – először 1992 óta
 - ✓ Plusz egy törvény: a több-biztosítós modell összerakása évekre minden energiát lekötött

2008-tól 2010-ig tartó kormányzás

- Új miniszter – igazi szakértő, nincs politikai háttere
- Új programot hirdet – nincs hatása, következménye
- Szűkülő források – szolgáltatók sikeres összefogása többletforrásokért egymással és a beszállítókkal – friss forrás: 40 milliárdnyi
- Totális ágazati széjjelesés – migráció felgyorsulása, várakozás idő növekedése

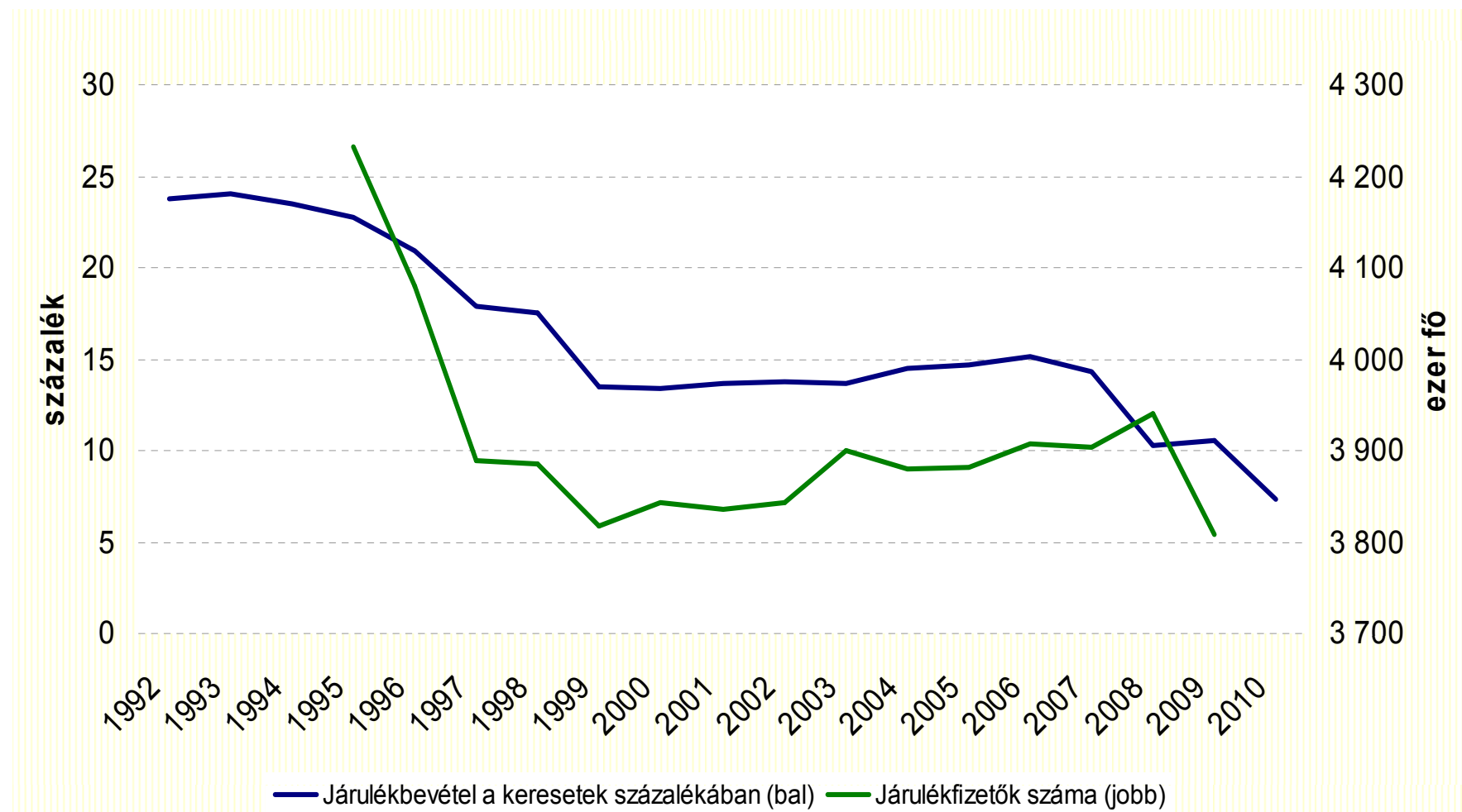
Megállapítások 2010 nyarán 1.

1. Szétzilálódott ellátórendszer, bizonytalanná vált szereplők, morális leépülés
2. Kritikus szintre süllyedt orvos-, és nővérellátottság, bár a világ sem „bővelkedik”
3. Fragmentált szerkezetű ellátórendszer, ami súlyos hatékonyságvesztést okoz
4. Kiszolgáltatott betegek, tovább romló orvos-beteg kapcsolatok, amik nehezítik az ellátás eredményességét

Megállapítások 2010 nyarán 2.

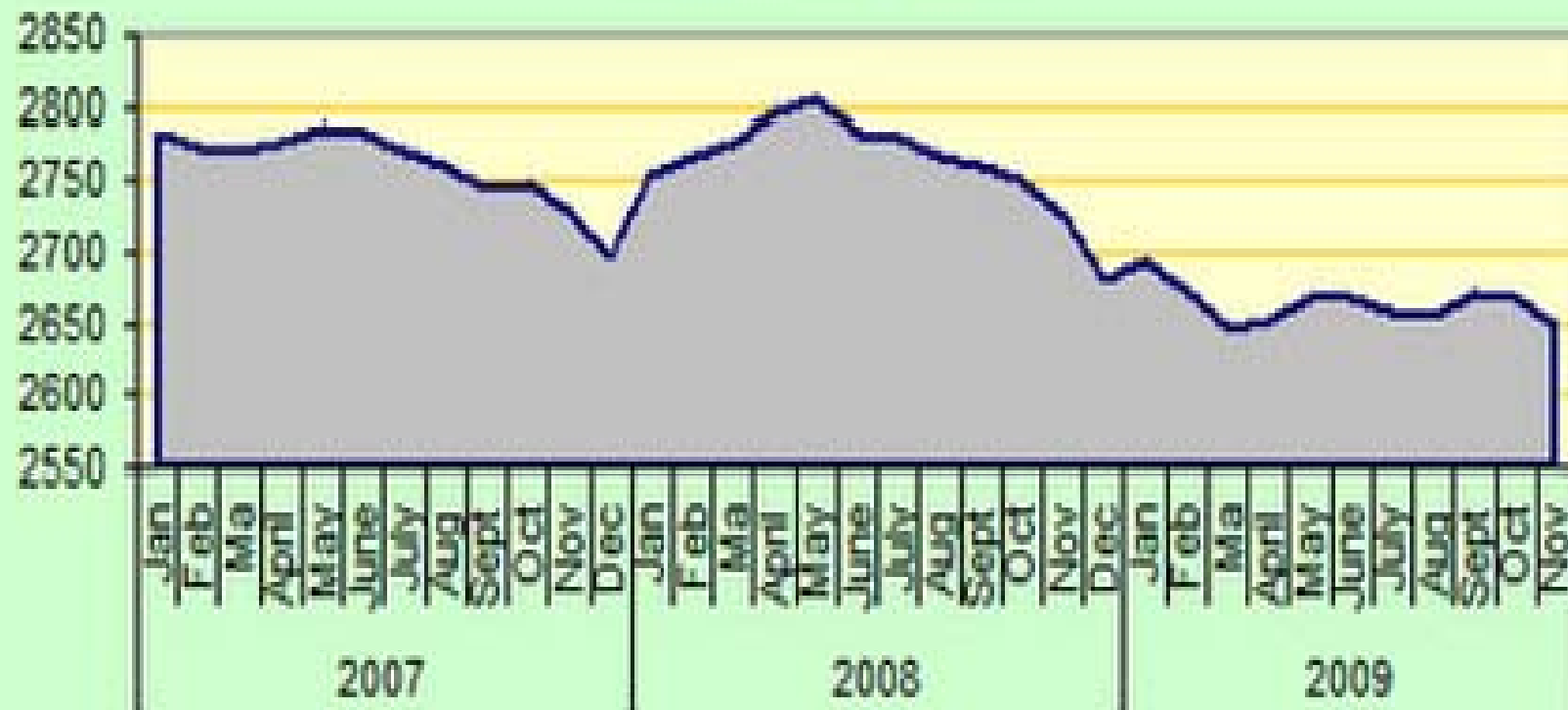
- Az ágazat gazdasági-pénzügyi pozíciója:
 - ✓ Rossz, sőt egyre rosszabb
 - ✓ Oka: alacsony foglalkoztatottsági ráta (55%, míg másutt 65-75% körül mozog)
 - ✓ Csökkenő egészségügyi járulékmértékek (24%-ról 10% alá megy)
 - ✓ Növekvő adóbevételre szorul az Egészségbiztosítási Alap
 - ✓ Egészségügyi technológia magas költségigénye

Eb. járulék bevételek egyenértéke a keresetek százalékában és járulékfizetők száma



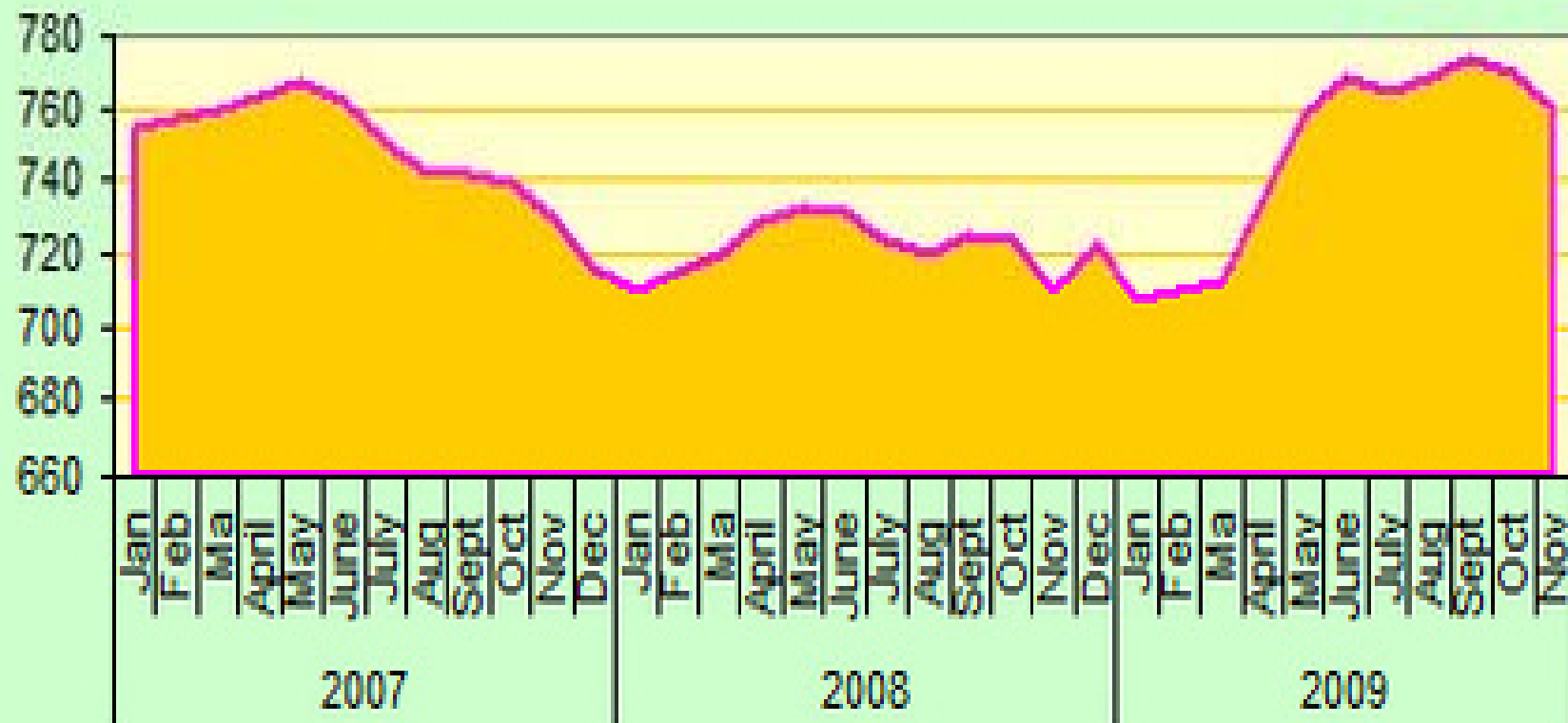
Forrás: OEP

Teljes foglalkoztatottság (havonta, ezer)



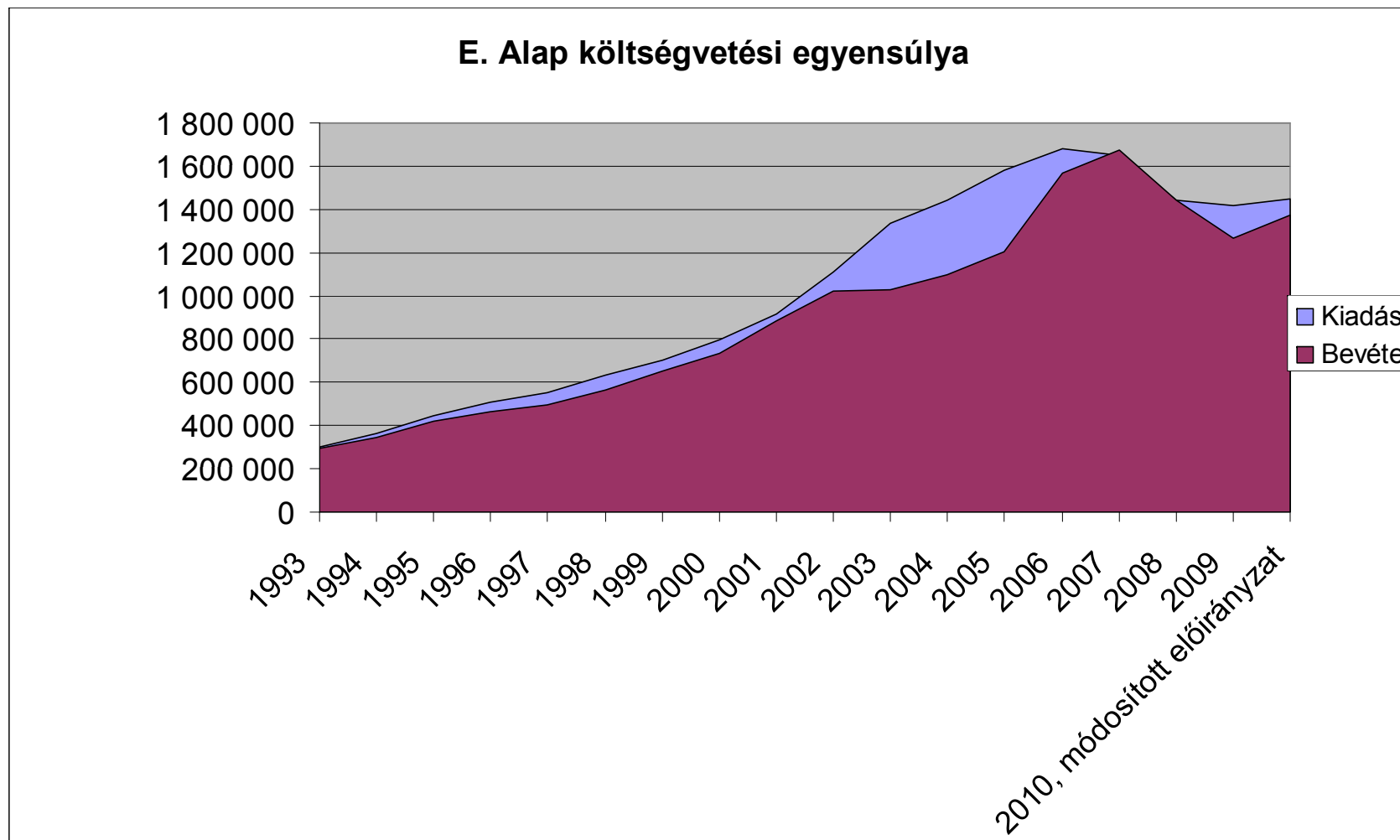
Source: Hungarian Statistics Office (KSH)

Foglalkoztatottság a közszférában (havonta, ezer)

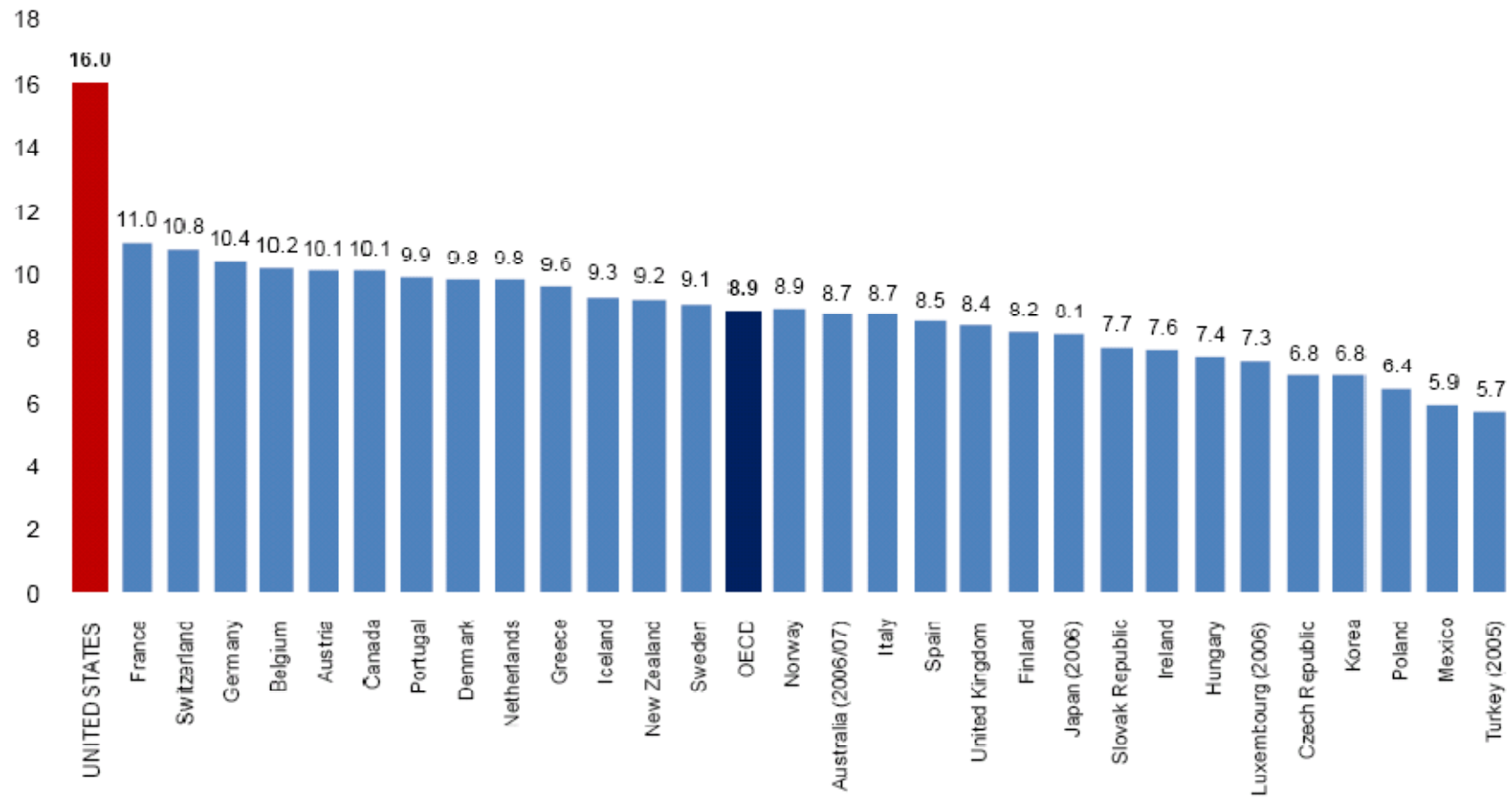


Source: Hungarian Statistics Office (KSH)

Az Egészségbiztosítási Alap bevételei és kiadásai, 1993- 2010 (Mrd Ft)

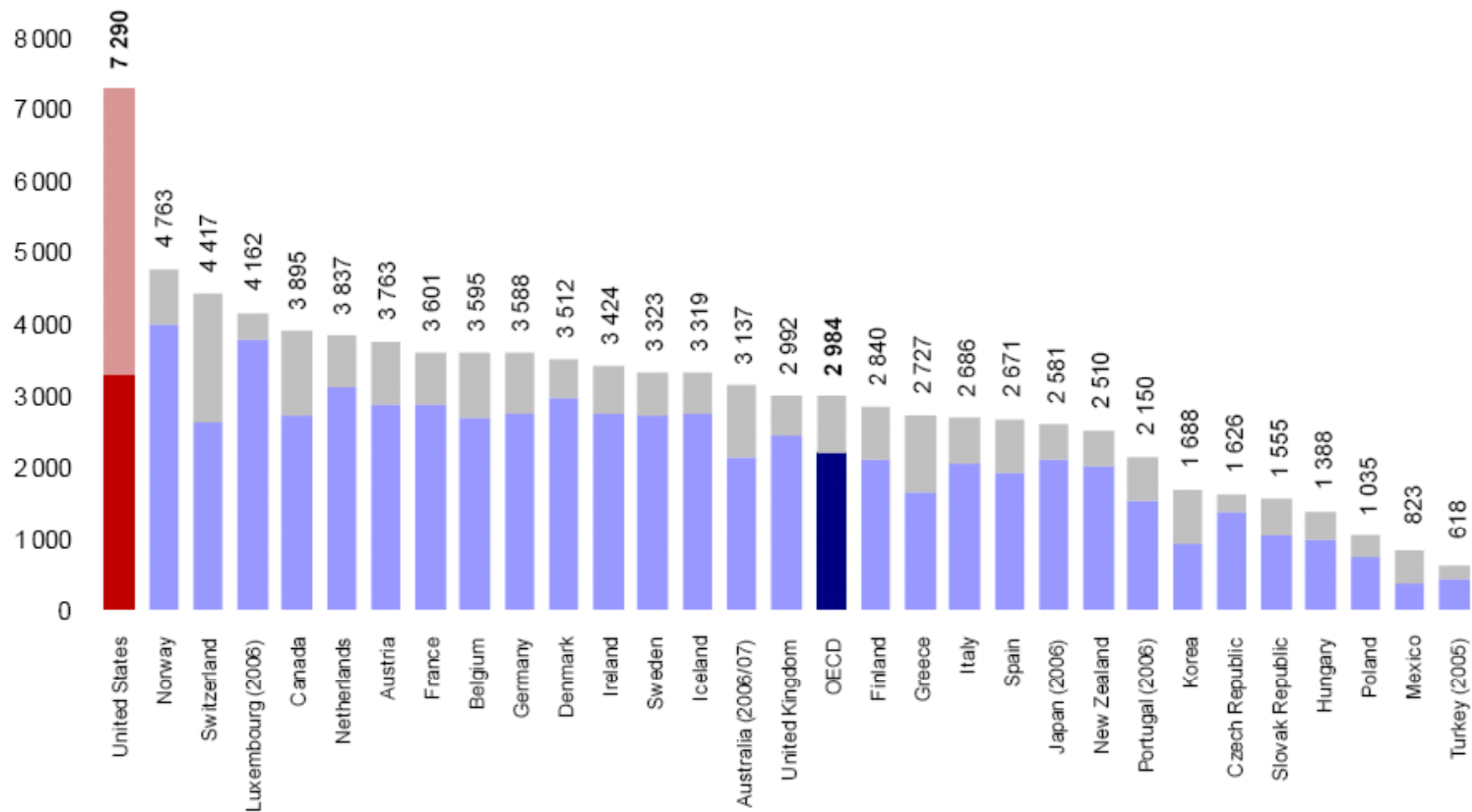


Egészségügyi kiadások a GDP %-ában néhány OECD országban,



Forrás: OECD Health Data 2009

Egy főre jutó egészségügyi kiadások néhány OECD országban



Forrás: OECD Health Data 2009, USD ppp

E. Alap költségvetése

Milliárd Ft

	2008. tény	2009. tény	2010. várható	2011 terv
Gyógyító- megelőző kassza	781,3	729,3	791,0	770,0
E. Alap hiánya/ többlete	0,0	-150,0	- 91,9	- 98,2
Állami hoz- zájárulás	307,0	313,6	611,8	637,0

Következtetés

- Kontrollált, irányított beavatkozásra van szükség, ennek érdekében:
 - ✓ vagy többletforrásra kell szert tenni,
 - ✓ és/vagy a szolgáltatási csomag felülvizsgálatát kell kezdeményezni,
 - ✓ és/vagy az ellátórendszer struktúráját kell megváltoztatni,
 - ✓ és/vagy a működési mechanizmust kell átalakítani.

Lehetséges többletforrások

1. Állami források (kevesebb mint 70%): tb. járulék vagy adó
2. Magánforrások (több mint 30%):
 - a) vizitdíj, napidíj elvetve népszavazásilag,
 - b) önkéntes magánbiztosítások –
öngondoskodás – adókedvezmények köre szűkül,
 - c) térítési díjak – szolgáltatók egyedi stratégiája a kialakult helyzetre – szabályozatlanság (lásd pl. kaposvári helyzet)

Visegrádi négyek állami kiadásai, ahogy a MNB kutatói látják

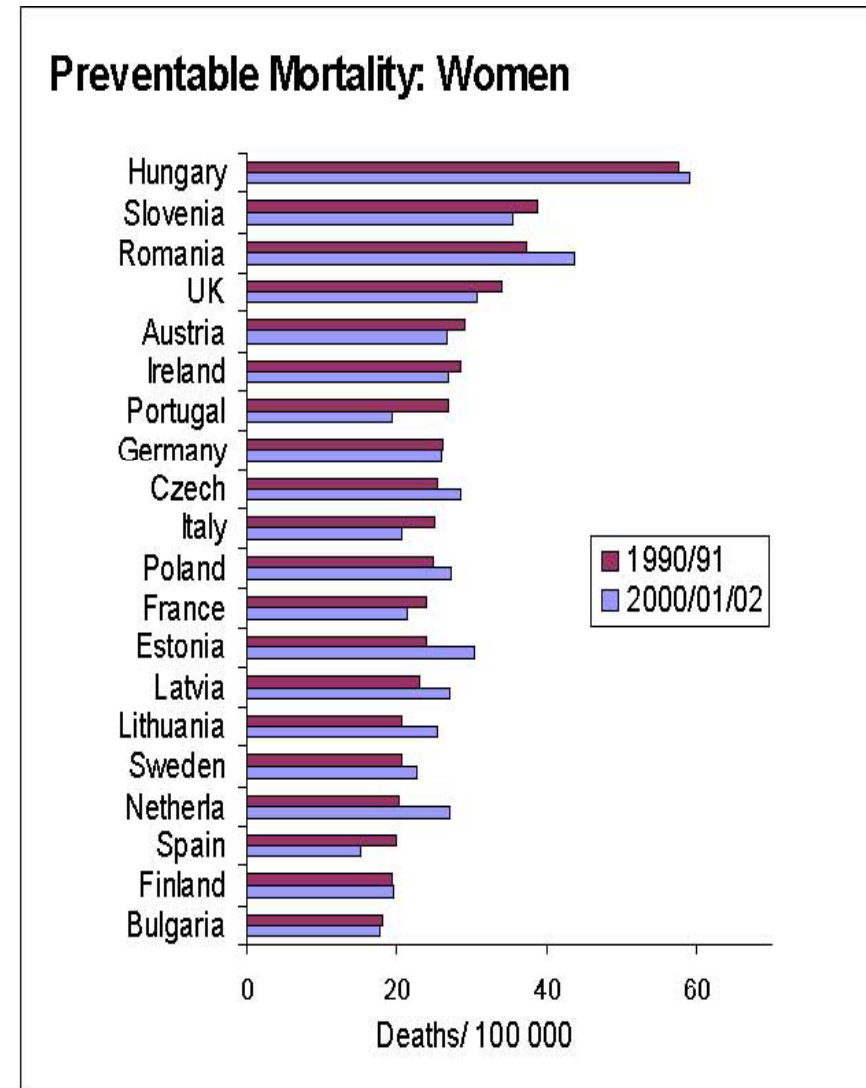
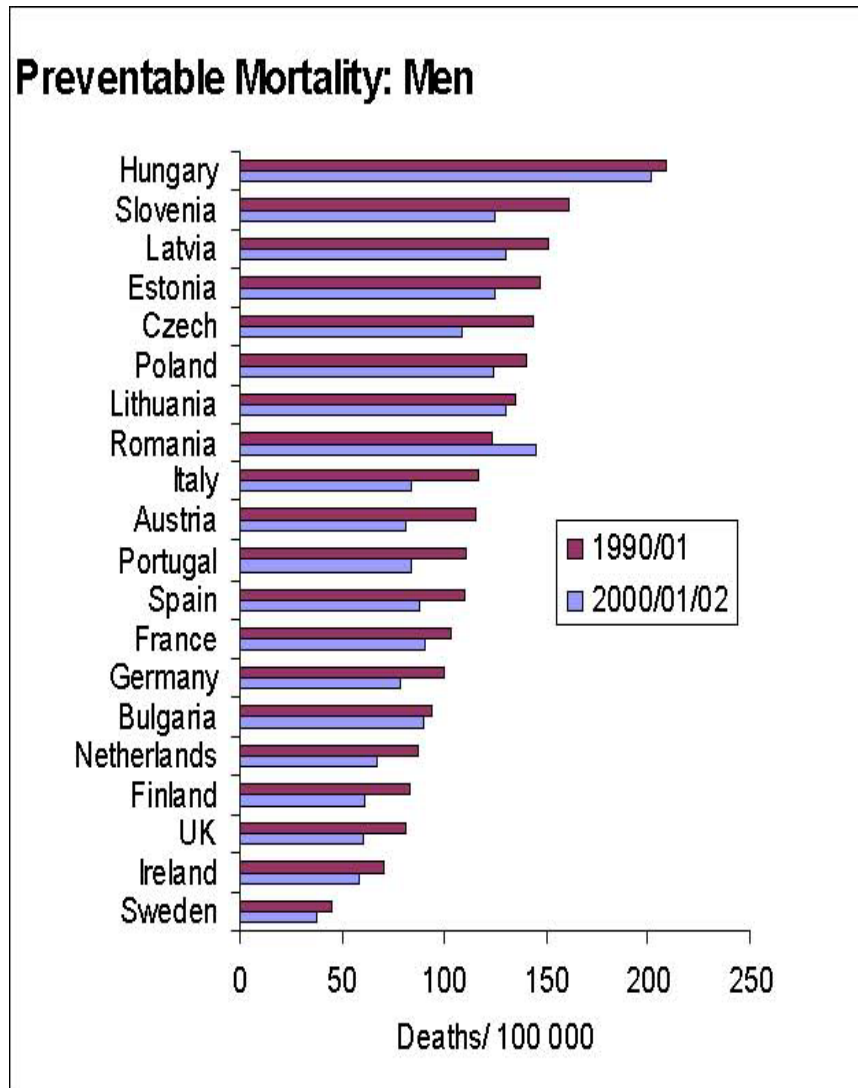
2007 (a GDP százalékában) eredeti adatok	SK	PL	CZ	V3	HU	HU-V3
Általános közszolgáltatások	3,7	5,5	4,4	4,5	9,4	4,9
Védelem	1,5	1,4	1,2	1,4	1,3	-0,1
Közrend, közbiztonság	2,0	1,8	2,1	2,0	2,0	0,0
Gazdasági tevékenységek	4,3	4,6	6,9	5,3	6,6	1,3
Környezetvédelem	0,6	0,6	1,0	0,7	0,7	0,0
Lakásügyek és kommunális szolg.	0,8	1,1	1,1	1,0	1,0	0,0
Egészségügy	6,5	4,6	7,1	6,1	4,9	-1,2
Szabadidő, kulturális, és vallási tevékenység	0,7	1,1	1,3	1,0	1,5	0,5
Oktatás	4,0	5,7	4,7	4,8	5,3	0,5
Szociális védelem	10,6	15,8	12,9	13,1	17,3	4,2

Forrás: P. Kiss Gábor – Szemere Róbert, 2009

Szolgáltatáscsomag felülvizsgálata

1. Meghatározási problémák (mi van benne?)
2. Felülvizsgálati lehetőségek:
 - ✓ Szűkítés: néhány ellátás kivétele (az OEP apróbb módosításokat most is csinál, de ide tartozott a Bokros-csomag is)
 - ✓ Részleges térítési díj szélesebb körű alkalmazása (Franciaország, Szlovákia, Szlovénia)
 - ✓ Költséghatékonysági vizsgálat a csomagban lévő gyógyszerekre, eljárásokra („kifogadások”)
 - ✓ Forrásallokációban megjelenő prioritások módosulása (WHO ajánlás)

Elkerülhető okok miatti halálozás („megelőzhető” kategóriában)



Forrás: Claire Newey, Ellen Nolte, Martin McKee, Elias Mossialos, 2007

Egészségügyi kiadások belső szerkezete néhány OECD országban, 2007.

2007	In-patient care	Outpatient ^a care	LTC/ Home-care	Medical ^b goods	Prevention and Public Health	Admin & Insurance	Investment	Total expenditure on health
Austria	33,91%	26,20%	12,60%	17,09%	1,83%	3,53%	4,84%	3763
Belgium	26,95%	22,56%	17,77%	16,94%	3,89%	8,18%	3,70%	3595
Canada	15,51%	34,02%	14,43%	20,36%	6,93%	3,59%	5,16%	3895
Czech R	29,89%	30,81%	3,94%	25,09%	2,21%	3,26%	4,86%	1626
France	29,19%	27,99%	10,52%	20,58%	1,94%	6,86%	2,92%	3601
Germany	26,90%	27,76%	13,57%	19,48%	3,54%	5,32%	3,48%	3588
Hungary	26,80%	25,58%	3,17%	34,94%	4,03%	1,22%	4,25%	1388
Japan (2006)	22,98%	33,44%	15,77%	21,27%	2,32%	2,36%	1,90%	2581
Norway	26,12%	27,80%	24,86%	12,26%	1,89%	0,80%	6,30%	4763
Poland	29,57%	25,41%	7,44%	27,05%	2,22%	1,93%	6,28%	1035
Slovak R	21,35%	29,13%	0,51%	35,76%	4,69%	3,67%	4,89%	1555
Spain	21,79%	37,40%	8,61%	23,21%	2,32%	3,22%	3,44%	2671
Sweden	25,79%	39,69%	8,03%	16,40%	3,46%	1,56%	5,09%	3323
Switzerland	28,71%	32,40%	19,40%	12,23%	2,31%	4,98%		4417
US	19,38%	43,73%	8,66%	13,16%	3,42%	7,08%	4,58%	7290
OECD(22)	25,88%	32,91%	13,37%	17,54%	2,90%	4,20%	4,36%	3142

a Out-patient care covers both hospital and non-hospital settings. Also includes same-day care and ancillary services.

b Covers pharmaceuticals (and other non-durables) and durable goods.

Forrás: Mark Pearson, 2009

Az ellátórendszer átalakítása 1.

Kórházak szintjén a fontosabb lehetőségek:

- Kapacitások szűkítése (Molnár L. leépített 15 ezer aktív ágyat, 7 ezer rehab. és krónikussal több van) – valóban járt költségmegtakarítással?
- Működési formaváltás (kötségvetési gazdálkodásúról társasági formára váltás lehetősége) – szektorsemlegesség
- Szervezeti formaváltás (pl. BEM modell: megtakarítás lehetősége csak a közös beszerzések esetében már milliárdokban mérhető) – horizontális koordináció

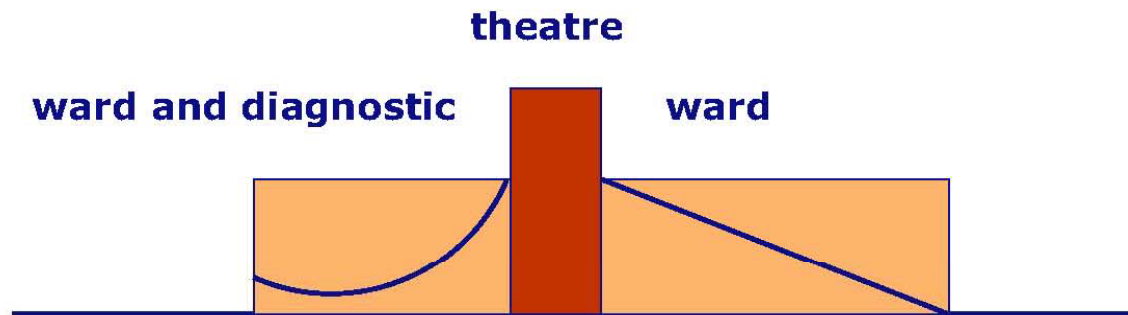
Az ellátórendszer átalakítása 2.

Járóbeteg-ellátásban a fontosabb lehetőségek:

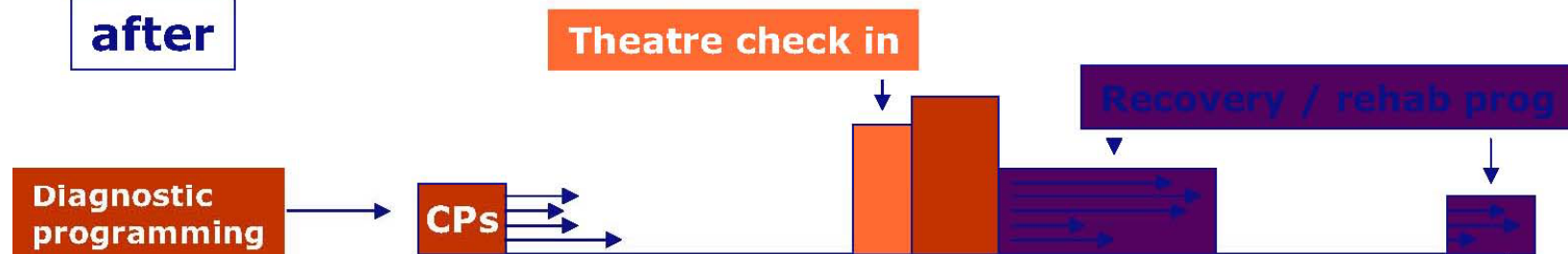
- Háziiorvosi ellátásban az egyéni praxisokból a társulások irányába való elmozdulás
- Egynapos ellátások elterjesztése
- Betegek lakhelyhez minél közelebb történő kivizsgálása
- Szakrendelők és háziiorvosi ellátások közös platformjának kialakítása

Coxa modell, Finnország

before

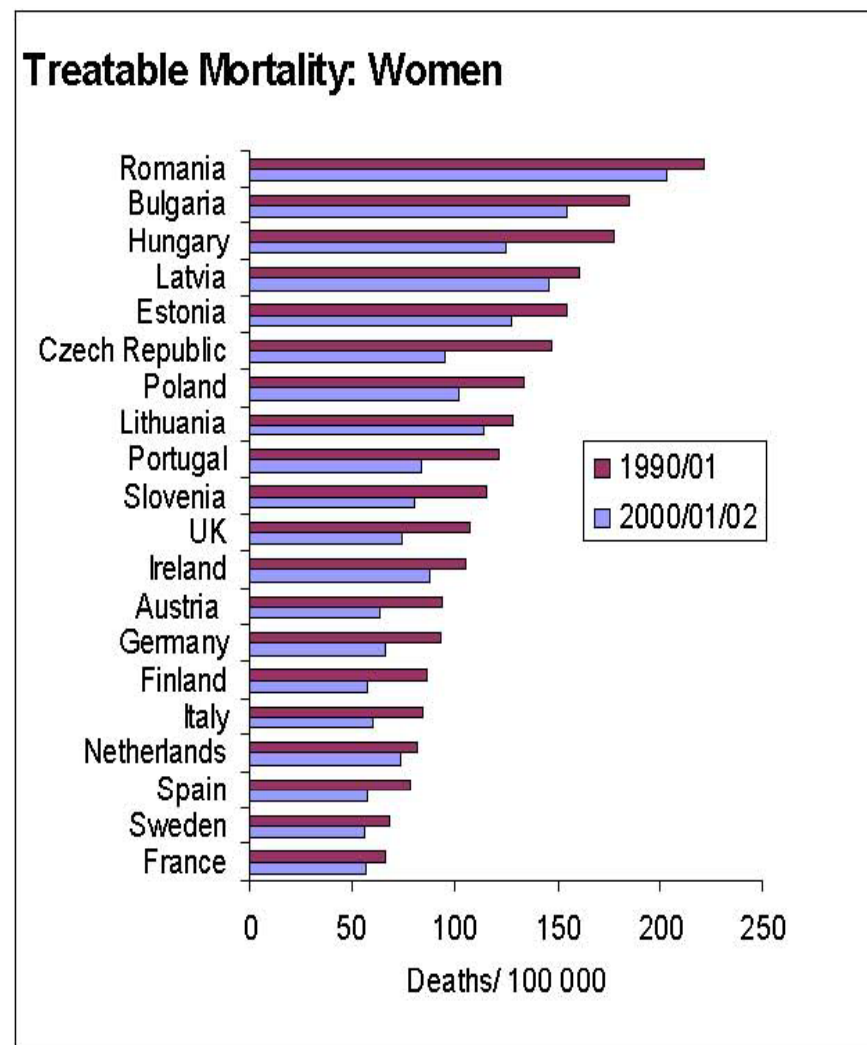
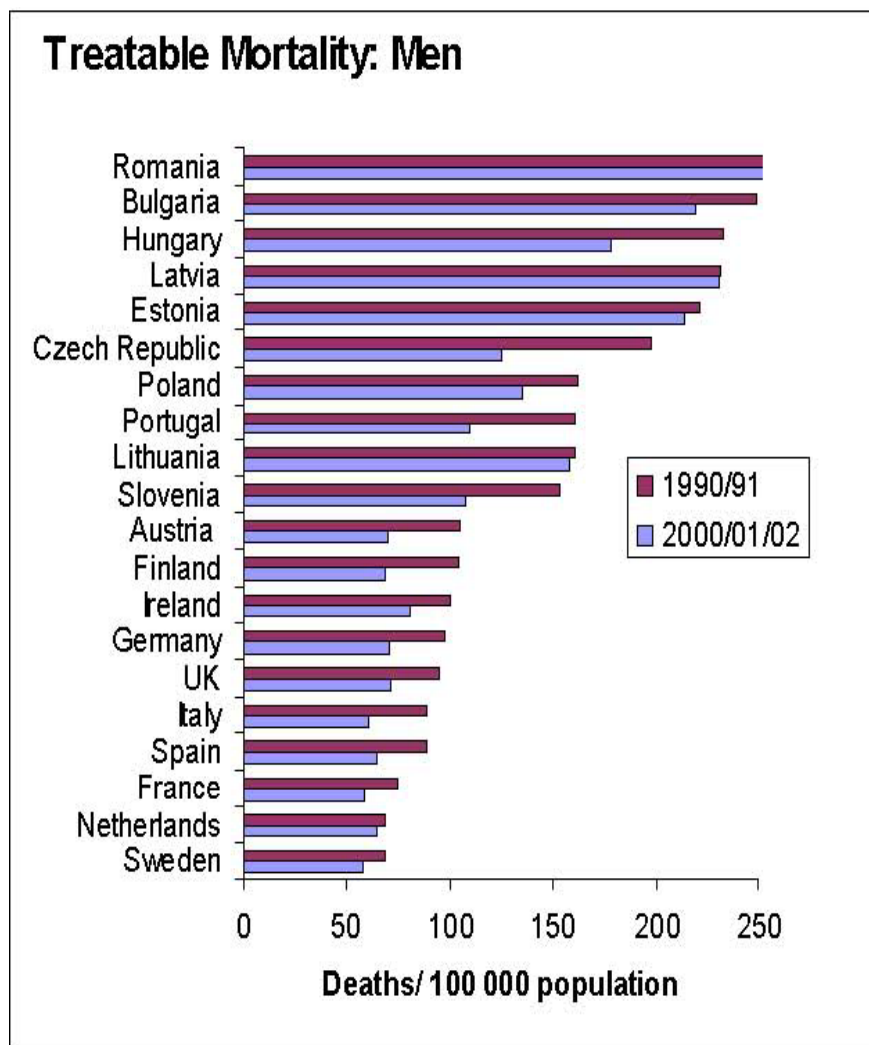


after



Forrás: Berrie Dowdeswell, 2009

Elkerülhető okok miatti halálozás („kezelhető” kategóriában)



Forrás: Claire Newey, Ellen Nolte, Martin McKee, Elias Mossialos, 2007

Szolgáltatói struktúra felülvizsgálata keretében

- Definiálni kell, melyik intézménytípustól mit várunk
- Meg kell határozni, miből, mennyi kapacitás kell
- A működési feltételeket specifikálni szükséges
- Az uniós fejlesztési forrásokat ehhez kell illeszteni
- A jelenlegi ellátó hálózatot újra kell allokálni, új szerepek felfedezése – újrahasznosítások

Működési mechanizmusok megváltoztatása

- Fontos funkciók hiányoznak illetve részlegesen ellátottak:
 - ✓ Ellátás megszervezésének funkciója
 - ✓ Szolgáltatásvásárlás funkciója
- Ösztönzési rendszerek megváltoztatása:
 - ✓ Alapellátás
 - ✓ Járóbetegellátás
- Betegellátás mint folyamat fel/elismerése

Tapasztalatok

- Alapvetően megváltozott az egészségügyi technológia: pénzhiány nélkül is új alapokra kellene helyezni a rendszert
- Vertikális koordináció hiánya: a szolgáltatók egymástól függetlenül és nem egymásra épülve kezelik a beteget – pedig az ellátást folyamatként kell értelmezni
- A beteg részvétele: tudatosabban működhetne közre, ha felkészítenénk erre a szerepre (az ún. „nemkívánatos események” 60%-70%-a kommunikációs eredetű)

Szakaszok az újkori magyar egészségügyben 4.

- 2010 után
- ✓ Új kormány – 2/3-os többség
- ✓ Egészségügy – nincs miniszteri rang, csak államtitkári
- ✓ Összevont minisztérium – NEFMI
- ✓ Egészségügy pozíciója – egyelőre nem javul a kormányon belül
- ✓ Kormányhivatalok bővítése – MEP-ek, ÁNTSZ járványügyi hivatalai beolvasztásra kerülnek
- ✓ Gazdasági környezet – nem segítő

Intézkedések 2010 után

- Kamarák új jogállása – most még csak tervezet – MOK elnöke vétójogot kér
- Rezidensek röghöz kötésének felszámolása – kevésnek bizonyul 2010 őszén
- Gyógyszertárak tulajdonjogának megváltoztatása 2014-ig, majd 2017-ig
- EBF megszüntetése
- Házi orvosok kényszer képzésének megszüntetése – korbácsrendelet folyamánya
- 27,5 milliárdnyi friss pénz érkezik

Semmelweis Terv alapelvei

1. Egészségügyi közkiadásokat növelni kell, méghozzá adóbevételeiből
2. Az erőforrás allokációban a prevenció irányába kell elmozdítani: lakosság életmód váltása, szűrőprogramok, stb.
3. Ellátórendszer új alapokra helyezésre indokolt, a fragmentált ellátórendszer integráltságát javítani kell
4. Szolgáltatók szerepét újra kell értelmezni, új érdekeltségeket kell installálni
5. Betegeket partnerként kell kezelni az ellátás folyamatában