



JÓZSEF ATTILA
ALAPÍTVÁNY



TÁNCICS ALAPÍTVÁNY

Új változat!

SZÖVETSÉG A VÁLTOZÁSÉRT!

Egészséges egészségpolitikát!

*Javaslatok
a magyar baloldal egészségpolitikájára*

Az új egészségpolitika akkor lesz sikeres, ha kiszabadítjuk az „ágazati kalitkából”

Ez a vitairat a József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány által elkészített tanulmányokon és más felkért szakértők, műhelyek szakmai háttér tanulmányain, illetve az ezek kapcsán rendezett szakmapolitikai konferenciák, munkamegbeszélések tapasztalatain alapszik. Jelen vitairatban foglaltakat folyamatosan felül kell vizsgálni, ki kell egészíteni és aktualizálni szükséges a szakmai konzultációk alapján. E munka során kell majd figyelembe venni a gazdasági folyamatok újabb tényeit, a különböző kormányzati intézkedések további hatásait, a kormány politikájának esetleges újabb fordulatait, illetve a nemzetközi környezet változásait.

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői az egészségpolitika mellett elkészítették javaslataikat az agár- és vidékfejlesztésre, a biztonságpolitika, a gazdaságpolitikára, a foglalkoztatás- és szociálpolitikára, a közjogra, a médiaszabályozásra, az oktatás és kultúra fejlesztésére, a romák társadalmi felzárkóztatására, a sport fellendítésére is. Külön vitairatban foglalmazták meg az Európai Unió jövőjére, az MSZP nemzetpolitikájára vonatkozó vitatéziseket és javaslatokat az MSZP külpolitikai álláspontjára.

xxx

A Fidesz valós változásokat halogató, csak a tulajdonszerzésre és az állami befolyás növelésére koncentráló politikája miatt súlyos válsághelyzetben levő, kivézetett, feszültséggel terhes egészségügyet fog örökölni a következő kormány. A demográfiai helyzet és a technológiai fejlődés valamint a gazdasági környezet várható változásai miatt egyre nagyobb nyomás nehezedik az egészségügyi ellátórendszerre és annak finanszírozására, sőt a nyomasztó szakemberhiány a napi működőképesség fenntartását veszélyezteti. Ezért reális programot kell kidolgozni, aminek ugyanúgy része a források biztosítása, mint a szükséges átalakítások megtétele. **A József Attila Alapítvány, valamint a Táncsics Alapítvány szakértői azt javasolják az MSZP-nek, hogy az orvosok és szakdolgozók pályaelhagyásának megállítása és az ellátás korszerűsítése érdekében – a kedvezőtlen gazdasági prognózis ellenére is – az egészségügy kapjon többlet-forrásokat. A válságmenedzseléssel párhuzamos modernizációra, bizalomépítésre, okos kompromisszumokra kell készülni.** A Fidesz-KDNP kormány hazugságainak és rombolásának tükrében – még a gyengeségeivel együtt is – felértékelődik a szocialista egészségpolitika. Ezt és a megváltozott gazdasági- társadalmi környezetet figyelembe véve kell átgondolni, hogy a Fidesz-KDNP kormány mely intézkedéseit kell visszavonni, s mely korábban bevált intézményeket indokolt helyreállítani.

Az MSZP új egészségpolitikai programjának a következőket javasolják:

- Alkalmas legyen arra, hogy a lakosság egészének javítsa az egészségi állapotát, életminőségét, ezen belül növelje az egészségben töltött éveit.
- Kiemelt figyelmet fordítson arra, hogy az egészség mindenki számára azonos eséllyel elérhető legyen: fordítsa vissza az egészségügy megindult kettészakadását, csökkentse a társadalmi csoportok és a földrajzi területek közötti egyre mélyülő egyenlőtlenségeket.
- Megbízható és egységes minőségű, jól szabályozott, mindenki számára hozzáférhető ellátást garantáljon.
- Szakmailag hatékony, közgazdaságilag ésszerű, legyen, valamint építsen az állampolgárok együttműködésére – s ezek révén fenntartható is legyen.
- Tisztességes megélhetést, megbecsülést biztosítson az ellátók számára.

Az egészségügy jelenlegi, egyre mélyülő válságában ezek a célkitűzések csak fokozatosan, több választási ciklus erőfeszítéseivel érhetőek el, ezért **elengedhetetlen, hogy a mértékadó szakmai és politikai erők, valamint a civil szféra képviselői állapotodjanak meg az egészségügy fejlesztésének alapelveiről és vállalható üteméről.**

Ennek a megállapodásnak ki kell terjednie arra, hogy:

- mennyi idő alatt, mekkora forrásbővülés érhető el;
- annak terheit hogyan osztják el az állam, a gazdaság szereplői és a lakosság között;
- a kötelező társadalombiztosítás milyen szolgáltatásokat nyújt, s azoknak milyen a szakmai és a nyilvánosságból fakadó kontrollja.

Az MSZP új egészségpolitikája szakítson az állam mindenhatóságát hirdető, paternalista szemlélettel. Építse újjá az egészségbiztosítás rendszerét, következetesen válassza külön a hatósági (engedélyezési, -ellenőrzési), a szolgáltatás-vásárlói és a szolgáltatói szerepeket.

Az MSZP új egészségpolitikája hozzon szemléletváltást és az egészségügyet többé ne tekintsék az államháztartási hiány örökös „bűnbakjának”, megszorításokra érett „nem termelő” ágazatnak. Az új egészségpolitika abból indul ki, hogy **a jól teljesítő egészségügyi rendszer hozzájárul a gazdasági fejlődéshez.** Ezért nemcsak azt kell számításba venni, hogy mennyit igényel a közkiadásokból, hanem azt is, hogy mennyivel járul hozzá a nemzet jólétéhez és a gazdaság versenyképességéhez. Az új politika az emberi egészséget, s az azt szolgáló egészségügyet befektetésként kezeli. Tisztában van azzal is, hogy a ráfordítások célirányos növelése erősíti az ágazat háttériparának innovációs készségét is. Ez kettős nyereség: egyrészt az egészségügy nem javítható érdemi modernizáció, a technológiai háttér fejlesztése nélkül, másrészt a korszerűen értelmezett egészségipar a magyar gazdaság egyik reális kitörési pontja. Ezért a hazai gyógyszerkutatást és -gyártást is meg kell szabadítani a túladóztatás bilincseitől, s mint a gazdaság kitörési területét, az innováció motorját ösztönözni kell.

Az új egészségpolitikának újra kell értelmeznie az állam, a közösségek, a magánszféra és az egyének szerepvállalását és feladatmegosztását. Az államnak megúszhatatlan szervezési – szabályozási - ellenőrzési, forrásallokációs és garanciális feladatai vannak, de tulajdonosként, közvetlen irányítóként csak a kiemelt kapacitások tekintetében kell fellépnie, ezeken kívül az ellátórendszert ismét a tulajdon egyenrangúságának és sokszínűségének kell jellemeznie. Az egyéneknek meg kell kapniuk a szükséges védelmet és biztonságot, de olyan érdekletségei rendszereket kell kialakítani, amely ösztönzi őket az egészségtudatos életmódra és az az egészségügyi szolgáltatások költségtudatos igénybevételre.

Az Egészséges egészségpolitikát címet viselő vitairat márciusi változatát az egészségpolitikai program alapjául fogadta el az MSZP Országos Választmánya 2013. április 6-án. Jelen dokumentum az elmúlt hat hónap fejleményei, szakértői észrevételek és a Táncsics Alapítvány 2013. június 8-i konferenciáján, továbbá műhelybeszélgetéseken és tagozati összejöveteleken tett megjegyzések, javaslatok figyelembe vételével nyert átdolgozást.

TARTALOMJEGYZÉK

I. HELYZETÉRTÉKELÉS	7
I.1. Az elmúlt több mint húsz év legfontosabb tanulsága az, hogy a szociális biztonság kritikus pontja az egészségügy.	7
I.2. A Fidesz-KDNP kormány három éve: káosz és mélyülő válság.....	8
II. NEMZETKÖZI TRENDEK ÉS HAZAI ÉRVÉNYESÜLÉSÜK	10
II.1. Az egészséget befolyásoló tényezők	10
II.2. Demográfiai trendek	11
II.3. Gazdasági környezet.....	11
II.4. Biológiai és technológiai trendek	12
III. ÉRTÉKEK ÉS CÉLKITŰZÉSEK	13
III.1. Javaslat az MSZP értékeire	13
III.2. Érték-konfliktusok a korszerű egészségpolitikában.....	13
III.3. Köz- és magánfelelősség.....	14
IV. AZ EURÓPAI UNIÓ EGYSÉGESÜLŐ EGÉSZSÉGPOLITIKÁJÁNAK HATÁSA	15
V. NÉPEGÉSZSÉGÜGY	17
V.1. Új népegészségügyi programra van szükség	17
V.2. A népegészségügy érdekében együttműködésre van szükség	18
VI. AZ EGÉSZSÉGÜGYET FESZÍTŐ SZAKEMBERHIÁNY PÓTLÁSA	20
VII. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSA	24
VII.1. Új társadalmi szerződést!.....	24
VII.2. Bővülő költségvetési hozzájárulásra van szükség.....	25
VII.3. A finanszírozási technika fejlesztése	26
VIII. AZ EGÉSZSÉGÜGY ÚJ SZEMLÉLETE – AZ EGÉSZSÉGIPAR TÁRSADALMI-GAZDASÁGI JELENTŐSÉGE	28

IX. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER SZOLGÁLTATÁSAINAK FEJLESZTÉSE.....	30
X. ÚJ GYÓGYSZERPOLITIKA.....	34
XI. AZ EGÉSZSÉGÜGYI IRÁNYÍTÁS ÉS SZABÁLYOZÁS KORSZERŰSÍTÉSE.....	36
XII. A KORMÁNYVÁLTÁS UTÁN SZÜKSÉGES INTÉZKEDÉSEK.....	40
MELLÉKLET: EGÉSZSÉGET MINDENKINEK! JAVASLATOK AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI PROGRAM ÜZENETEIRE	42

I. HELYZETÉRTÉKELÉS

I.1. Az elmúlt több mint húsz év legfontosabb tanulsága az, hogy a szociális biztonság kritikus pontja az egészségügy.

Az elmúlt két évtized eredménye, hogy kiépült a szolidaritáson és társadalmi kockázatközösségen alapuló, egységes egészségbiztosítás, a népegészségügyi intézményrendszer, s teljesítményelv érvényesül a finanszírozásban. Ezeken a területeken a szocialista-liberális kormányok is folytonosságot vállaltak elődeikkel. 1994-ben nem forgatták fel a korábban kialakult rendet, majd 2002-ben megőrizték a népegészségügyi program és a kórháztvény lényegét. Ezzel szemben a Fidesz fellépését mind 1998-ban, mind 2010-ben a korábbi egészségpolitikával való teljes szakítás jellemezte.

A mögöttünk hagyott két évtized a befejezetlen egészségügyi reformok története. Őszintén be kell vallani, hogy az egymást követő kormányok csak retorikájukban és főleg választások előtt találtak összefüggést egészségügy és szociális biztonság között, a mindennapi egészségpolitikájukról ez már nem mondható el. A politikai hidegháború viszonyai, a társadalmi és szakmai fogadókészség hiánya, a gyakori kapkodás, a rossz előkészítés, a párbeszéd zavarai már félúton elsorvasztották az indokolt, más országban bevált változtatásokat is (mint például az irányított betegellátási rendszert, a kórházi szerkezetváltást, a magánsector szerepvállalását). Hibás ebben valamennyi szocialista-liberális kormány is, bár nekik legalább volt bátorságuk ahhoz, hogy hozzákezdjenek az egészségügy szükséges, konfliktusokat is szülő átalakításához. A progresszív lépések és az értelmes reformkezdeményezések zöme (korszerű betegjogi intézményrendszer megteremtése, járulékfizetési fegyelem erősítése, uniós fejlesztések, gyógyszerpiac rendbetétele) az ő működésükhöz kötődött. A gazdasági és politikai viharok közepette azonban még a szakmai konszenzust élvező tervek (a népbetegségek nemzeti programjai, a szektorsemleges finanszírozás, a teljesítményelvű orvosi bérezés) sem valósulhattak meg.

Az egészségpolitikusoknak az elmúlt több mint 20 évben nem sikerült elfogadtatniuk a döntéshozókkal, hogy a demográfiai és technológiai változások miatt az egészségügyi kiadásoknak még a „szinten tartása” is valójában folyamatos forráskivonást jelent, ami egyre növekvő szakadékot hozott létre a szükségletek és a források között. Kivételt csak a Horn-kormány utolsó évének fejlesztési programjai, illetőleg a Medgyessy-kormány nagyarányú béremelése jelentett. Két évtized 13 egészségügyért felelős miniszterének egyike sem tudott áttörést elérni abban, hogy elfogadottá váljon a tétel: az ország és a gazdaság versenyképességének megkerülhetetlen tényezője az egészség ügye, ezért annak előmozdítása a kormányzat egészének cselekvését igényli.

Az egészségügy képviselőinek nem volt elég erejük arra, hogy elérjék a mindenkori kormány politikájának megfelelő alkalmazkodását a társadalom előregedéséhez, a lakosság egészségi állapotához, illetve az orvostudomány fejlődéséből adódó lehetőségekhez. Ennek látszólag ellentmond, hogy 1993 óta, de főleg az elmúlt évtizedben látványosan nőtt a születéskor várható átlagos élettartam. Ebben döntő szerepet játszott a szív- és érrendszeri betegségek halálozásának csökkenése, ami egyaránt összefügg az egészséges életmód terjedésével, valamint az ellátó rendszer és a gyógyszeres kezelés fejlődésével. Azt még nem tudjuk: folytatódott vagy megtört-e ez a kedvező trend az elmúlt három évben. Aggasztó, hogy 2010 óta megállt az öngyilkosságok számának csökkentése és évről-évre nő az AIDS fertőzöttek száma.

I.2. A Fidesz-KDNP kormány három éve: káosz és mélyülő válság

A Fidesz és a KDNP ellenzékben minden, az egészségügy megújítását célzó javaslatot elutasított, sőt durván támadta a későbbi programjában szereplő javaslatokat is. Népszavazás kezdeményezésével, olcsó és üres ígéretekkel elhitették, hogy reformok és átalakulás nélkül is fenntartható az egészségügy működőképessége.

A pártszövetség választási programjában és kormányzati tevékenységének első évében az elődök becsmérése, intézkedéseik visszavonására, a betegjogok kiüresítésére és hangzatos szlogenek ismételtetésére korlátozta egészségpolitikáját. A saját koncepciótlanságát olyan semmi konkrétumot nem tartalmazó ígéretekkel leplezte, minthogy: „nem tőrjük”, „rendbe tesszük”, „megmentjük”.

Az Alaptörvény, valamint a Semmelweis Terv helyenként még szakszerű elképzeléseit felülíró Széll Kálmán Terv különböző verziói, jókora késéssel és ellentmondásokkal terhelt rajzolták ki a Fidesz-KDNP kormány tényleges egészségpolitikáját. **Több, lassan összeérő válság az összeomlás szélére sodorta az egészségügyet.** Ez az alábbiakkal jellemezhető:

- **Példátlan hatalomkoncentráció valósul meg: az állam mindenhatóvá vált az egészségügyben** (tulajdonosként szabályoz, finanszíroz, kórházakat tart fenn, önmagát ellenőrzi, intézi a közbeszerzéseket stb.).
- **Az ellátórendszer kivéreztetésével, a gyógyszerkassza durva megnyirbálásával, a rokkantosítás és a táppénzes ellátás szabályainak drákói szigorításával a megszorítások pályáján tartják az ágazatot.**
- **Intézkedéseik társadalompolitikai értelemben kirekesztő jellegűek,** háttérbe szorítják a munkavégzésre önhibájukon kívül képtelen csoportok ellátását.
- **Kommunikációjukra jellemző a baloldali kormányok kárhoztatása, fejlesztési döntéseik kisajátítása, a valóságos bajok elhallgatása vagy bagatellizálása.**
- **A magán egészségbiztosítás adómentes finanszírozásának megteremtésével kétértelmű egészségügyet alakítanak ki:** az egykulcsos jövedelemadó nyertesei megbízható szolgáltatásra számíthatnak hazai és külföldi szolgáltatóknál, míg a közfinanszírozott egészségügy lassan szegényellátássá züllik.

2012-ben – becsapva az érdekképviselőket – béremelés címén pusztán illetménykiegészítést adtak az egészségügy dolgozóinak, amit az egészségügy saját forrásaiból fedeztek, több pénz tehát nem került az ágazatba. Ezt a növekményt – ígéretüket megszegve – 2013-ban sem alapbéresítik, így nem vehető figyelembe a mozgó bérek, így az ügyeleti díjak kiszámításánál. Az orvosok órabérük 60 százalékaért ügyelnek, ami nagyságrendekkel kisebb juttatás a környező országokhoz képest. Arra kell számítani, hogy ebben az évben is a fekvő- és járóbeteg ellátás hoz áldozatot: a bérnövekmény fedezetére ismét a betegellátástól vonnak el pénzt. Az alapellátást tavaly csupán a háziorvosi „kártyapénz” szerény növelésével kompenzálták, 2013-ban még erre sem számíthatnak. 2012-ben az egészségügyi nettó átlagbér 131 900 forintot tett ki, a nagy nekirugaszkodás mindössze 10,8 százalékos növekedést eredményezett az előző évhez képest.

A bérhelyzet és a szervezeti – irányítási káosz miatt nem meglepő, hogy felgyorsult az orvosok és szakdolgozók pályaelhagyása. Három év alatt 3000 orvos és 4000 ápoló ment el a magyar egészségügyből, zömük külföldön vállalt munkát. Ezen kívül sok tapasztalt szakembert nyugdíjba kényszerítenek (hiszen a nyugdíjjogosultak már nem kaphatnak egyszerre bért és nyugellátást, csak kompenzációt, sőt foglalkoztatásukat megalázó eljárásban kérvényezniük kell). Emiatt egyre több intézmény napi működése kerül veszélybe. A gyógyszergyártók megsarcolása miatt visszaszoruló kutatási megbízások, képzési, ösztöndíj támogatások pedig tovább csökkentik a szolgáltatói és orvosi bevételeket. A várt többletforrások elmaradása következtében az intézmények ellátási színvonala drámaian csökken, adósságállományuk megállíthatatlanul növekszik.

Az egészségügyi közkiadások történelmi mélypontra: GDP arányukat tekintve 4% alá estek 2013-ra. A műtéti várólisták hossza napról napra nő (2012. november végén 70.000 beteg szerepelt 128 kórház várólistáján). Több ezer daganatos beteget az foszt meg a gyógyulás esélyétől, hogy az európai uniós beruházási pénzek felhasználása csigalassúsággal folyik. Ráadásul olyan állapotok alakultak ki, hogy az eszement államosítás következtében senki nem tudja ellenőrizni, hogy a beteg valóban megkapja-e azt az ellátást, amelyre szüksége van.

Olyan egészségügyi rendszer alakult ki, amelyben **még a szűkös előirányzatból is spórolásra kényszerülnek és emiatt a betegek sokasága nem jut hozzá időben közfinanszírozott technológiákhoz. Kódolt a korrupció, konzerválódik a hálapénz és egyre jobban kitapintható a morális válság.**

A kormánynak nincs érdemi válasza arra, miért hagyta sorsára az egészségügyet. Az ágazat irányításáért felelős vezetés politikailag súlytalan és sodródik az egyéb reformok keltette örvények között. Az egészségügy – mint az első Fidesz kormány idején is – a leginkább mellőzött terület lett. A betegek jogainak csorbítása mellett az elmúlt két év nem volt elegendő ahhoz, hogy a kormány legalább egy olyan intézkedést kezdeményezzen, amelynek egyértelmű kedvezményezettjei a betegek lettek volna.

II. NEMZETKÖZI TRENDKÉK ÉS HAZAI ÉRVÉNYESÜLÉSÜK

II.1. Az egészséget befolyásoló tényezők

Az egészséget alapvetően az egészségügyön kívüli tényezők határozzák meg, amelyek életmód- és környezetfüggők, de végső soron a gazdasági és társadalmi körülményekből vezethetők le.

Korábbi vizsgálatok az egészségügy szerepét 10-12%-ra becsülték az egészségi állapot alakításában. Magyarországon az egészségügy szerkezeti és finanszírozási különbségei, az orvos-technológiai eredmények késleltetett alkalmazása, illetőleg az ezekből eredő és növekvő hozzáférési egyenlőtlenségek miatt az ellátás nagyobb, 20-25%-os szerepet visz az egészség befolyásolásában. Ugyanakkor milliók szociális biztonságának megrendülése, lecsúszásuk a létminimum környékére vagy az alá, ismét növeli az egészségügyön kívüli tényezők hatását az emberek egészségére.

Ez idő alatt a globalizálódó világban:

- Az egészségmegőrzésre épülő szolgáltatási rendszer és háttérpar egyszerre vált gazdasági húzóágazattá és a szociális biztonság meghatározó tényezőjévé, ezért az egészségügy irányításának súlypontja a létező intézmények menedzseléséről a 21. századi társadalom egészségtudatos, aktív közreműködésére helyeződik át (ami elsősorban fogyasztó- és beteg-középpontú megoldásokat szül).
- Az egészségügy súlyos kihívásai összefogást gerjesztenek: kikényszerítik az országok szorosan együttműködését úgy a népegészség- és járványügy, mint az ellátás biztonságos megszervezésének kérdéseiben.
- Az ellátáshoz való hozzáférés különbségeinek mérséklése a demokratikus jogok részévé, a szociális stabilitás tényezőjévé vált.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája a méltánytalan egészségi, s az azt megalapozó társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek növekedésének megakadályozása érdekében és a gazdasági válság kihívásaira válaszolva dolgozta ki új egészségpolitikai keretstratégiáját Egészség 2020 címmel (Health 2020). A dokumentumot a WHO Európai Regionális Bizottságának 2012. szeptemberi, máltai ülésén egyhangúan fogadták el az európai tagállamok. Ez a nagyszabású munka két pillére támaszkodik:

- Az egészség társadalmi meghatározóinak befolyásolására, az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló tervek (ezen belül a foglalkoztatás, a migráció, a társadalmi kirekesztés, az idősödés stb. hatásainak elemzése alapján szükséges cselekvési programokra).

- A korszerű, horizontális, az egészség szerepét valamennyi közpolitikában előtérbe helyező kormányzás alapelveinek és módszereinek megfogalmazására (ez a modell az állami túlsúlyt a kormány, a parlament, a civil szféra, a vállalkozások és a média kiegyensúlyozott felelősségi rendjével váltja fel).

Magyarország egészségpolitikája jelenleg az ellenkező irányba halad, az államszocializmus éli reneszánszát. Ezért is fontos az MSZP értékei és alapelvei közé emelni az úgynevezett „okos”, egészség-orientált kormányzás Európában terjedő gyakorlatát.

II.2. Demográfiai trendek

A demográfiai trendek várhatóan meghatározzák a jövő társadalmának nagy kérdéseit, és korántsem csak az egészségügyben. Írországot, Nagy-Britanniát és Franciaországot kivéve az uniós tagállamokra a csökkenő gyermekszám mellett az idősek arányának a növekedése jellemző, és ez tartós tendenciának ígérkezik a fejlett államokban.

Magyarország ugyancsak demográfiai krízis felé sodródik, mert az elmúlt évek tartósan alacsony születésszáma meghatározza a közeljövő népességének korösszetételét is. A KSH Népeségtudományi Kutató Intézetének előjelzése szerint a 65 éven felüliek aránya 2050-re a jelenlegi 18%-ról 26%-ra növekszik, és addigra csupán 55%-ra becsülik a munkaképes, 20-65 év közötti korosztály arányát. A demográfiai helyzet még ennél is rosszabb lehet: a munkaképes korú korosztály középtávon szerény mértékben nő, de az orvostudomány fejlődése miatt (például, ha áttörés következik be a daganatos betegek terápiájában) jelentősen nőhet az általánosan megélt élettartam, és ez az egyébként öröndetes tény tovább növeli majd az idősek arányát.

II.3. Gazdasági környezet

A gazdasági környezetre az egészségügy fejlődése ellentétes hatásokkal lesz, és az elemzők ma még eltérően látják ezek eredőjét (az egészségipar a gazdaság motorja, az egészségügyi közkiadások szükségszerű növekedése pedig a gazdaság növekvő terhe).

A szükségletek növekedése és a technológiai robbanás (infó-kommunikáció, képzés, nano- és robottechnológiák, genomika stb. és az ezekre épülő diagnosztikus és terápiás eljárások), ami miatt az egészségügyet a gazdasági fejlődés és az innováció motorjának tekintik. A WHO prognózisa szerint az egészségipar a világ legnagyobb iparága lesz, és a globális GDP 12%-át adja. Magyarországon ez ma 8,4% (éppen kétszerese az egészségügyi közkiadások GDP részesedésének).

Magyarországon is terjed (sajnos nem a kormányzati műhelyekben) az a szemlélet, amely szakít az egészségügyet pusztán költségvetési kiadási tételként kezelő felfogással. Ehelyett a lakosság alapvető szükségleteit kielégítő, és egyben a gazdasági fellendülést és munkahelyteremtést elősegítő mega-iparágként értékelik. Egyre több a bizonyíték, hogy az egészségbe való befektetés messze nagyobb hozamokkal kecsegtet, mint bármely más területen végzett befektetés.

A másik hatás, amivel szembesülni kell az, hogy egy becsületes és megfelelő minőséget, biztonságot nyújtó egészségügyi rendszer pénzbe kerül. Ennek finanszírozása pedig az újraelosztási ráta emelését igényli, az viszont nem előnyös a gazdaság versenyképessége szempontjából.

II.4. Biológiai és technológiai trendek

Az epidemiológiai előjelzések többféle forgatókönyvet vázolnak fel. A technológiai fejlődés, a védőoltások új generációi, a megnövekedett gyógyítási lehetőségek a járványok egyre gyorsabb felszámolásának az esélyét növelik, de az utóbbi évek gyakorlata ezt mégsem igazolja.

A nem mindig megfelelően alkalmazott gyógyszerelés is hozzájárul új, rezisztens és magas fertőző-képességű kórokozótörzsek kialakulásához, elszaporodásához. Ráadásul az átoltottság – a védőoltásokkal szembeni szkepszis miatt – még a fejlett országokban is csökken. Az igazi kockázatot ugyanakkor nem a biológiai, hanem a társadalmi folyamatok jelentik: a migrációval összekötött szegregáció és a mélyszegénységben élő csoportok területi elkülönülése (különösen, ha ehhez kulturális és nyelvi különválás is társul) komoly járványügyi veszélyforrást jelent.

A fertőző megbetegedések tömegesedése csupán kockázat, de a nem fertőző megbetegedések szaporodása bizonyosan bekövetkezik a demográfiai-társadalmi folyamatok következtében. Ezen belül nő a mozgásszervi és a mentális betegségek gyakorisága, előbbi jórészt a társadalom idősödése, utóbbi az egyént érő konfliktushelyzetek sokasodása következtében. Bár a technológiai fejlődés (szívkatéteres eljárások elterjedése, új koleszterinszint csökkentő, magasvérnyomás-gyógyszerek megjelenése), valamint az egészséges életmód terjedése komoly javulást hozott és hoz a szív- és érrendszeri megbetegedések halálozása terén, a prognózisok továbbra is ezt a betegségcsoportot tekintik a legpusztítóbbnak. Ami a rákhalálozást illeti, még nem látható pontosan a trend a daganat-terápia várható/remélt áttörésének és a genomikai eredmények gyakorlatba ültethetőségének időbeli bizonytalansága miatt.

Miután a fejlett államok általános problémája a demográfiai krízis felé való sodródás, valamint az, hogy a gyermekvállalás magasabb életkorokra tolódik – s ezzel együtt nő a meddő párok aránya –, várhatóan egész Európában felértékelődő terület lesz a reprodukciós medicina.

A környezeti hatások közül kiemelendő a klímaváltozás, amely várhatóan szoros összefüggésben lesz az ételmiszer-ellátással és -biztonsággal. Ahogyan azt már észleljük, a globális felmelegedés változtatja a fertőző betegségek elterjedésének területén. A biotechnológia fejlődése lehet, hogy pozitívan befolyásolja az ételmiszer-ellátást, de ételmiszer-biztonsági kérdéseket is felvet.

A technológiai fejlődés fontos területe a korszerű informatikai és infó-kommunikációs eszközök (IKT) alkalmazása. Ez az az eszköz, amely hatékonyan képes javítani az ellátásbiztonságot, kompenzálja a kieső munkaerőt, és az életvitelbe épített rendszerekkel úgy csökkenti az ellátórendszer igénybevételét, hogy közben javul a gyógyeredmény és a beteg életminősége, biztonságérzete. Kiemelt területek: telemedicina, szakértői rendszerek és a távfelügyeleti rendszerek. Magyarországon ezen a területen is komoly leszakadás történt az utóbbi években, ezért az informatika fejlesztése is prioritást érdemel.

Ha a világ békés fejlődése megmarad, akkor az űrkutatás mellett az egészségügy lesz a legnagyobb innováció-megrendelő. Bizonyosan komoly hatású lesz a genomika (összejt-kutatás, géntérkép alapú személyre szabott gyógyszerkészítmények, szövet- és szervpótlások stb.) valamint az infó-kommunikációs eszközök tágterületű egészségügyi alkalmazása.

III. ÉRTÉKEK ÉS CÉLKITŰZÉSEK

III.1. Javaslat az MSZP értékeire

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői azt javasolják az MSZP-nek, hogy egészségpolitikája vállalja a WHO dokumentumaiban is megjelenő, és az Európai Unióban elfogadott értékeket.

- **Az esélyegyenlőséget:** mindenkinek egyenlő esélyt egészsége megőrzésére, betegség esetén pedig jó minőségű szolgáltatásra (ma is érvényes célunk, hogy senki ne legyen beteg azért, mert szegény, és senki ne legyen szegény azért, mert beteg).
- **Az általános – a jövedelmi helyzettől független – hozzáférést:** az alapvető ellátást nyújtó képzett szakszemélyzethez, a szükségletnek megfelelő technológiához, a szükséges gyógyszerhez.
- **A szolidaritást:** jövedelemarányos tehervállalást és szükségletarányos igénybevételt.
- **A fenntarthatóságot:** a ténylegesen szükséges erőforrások előteremtését és hatékony, megfelelő „egészség-nyereséget” eredményező felhasználását.
- **Az emberi méltóság védelmét:** az önazonossághoz, az önrendelkezéshez és a cselekvési szabadsághoz való jog garantálását az egészségügyi ellátás során.
- **A megkülönböztetés tilalmát:** származási, vallási, nemi, etnikai, stb. diszkriminációtól mentes ellátást.
- **Az állampolgári részvételt:** nyitott, a lakossági észrevételekre igényt tartó, azokra fogékony szakpolitikai döntés-előkészítést.
- **Az átláthatóságot és a felelősséget:** a társadalom számára áttekinthetően és ésszerűen működő, a közpénzekkel felelősen gazdálkodó rendszert.

III.2. Érték-konfliktusok a korszerű egészségpolitikában

„A társadalmi kohézió és szolidaritás erősítésének céljaival összhangban, az egészségügyi reformok sikerének megítélése szempontjából döntő kritériumnak kell lennie, hogy a rendszer biztosítja-e a hozzáférést mindenki számára mindennemű megkülönböztetés nélkül, mint alapvető jogot” – állapította meg az Európa Tanács parlamenti közgyűlése számára 2003-ban készült előterjesztés.

Az Európai Unió országaiban az egészségpolitikusok arra törekednek, hogy összeegyeztessék egymással a minőség és a hatékonyság maximalizálásának és a hozzáférési egyenlőtlenségek csökkentésének ellentmondásos céljait. Ez különösen bonyolult feladat az Unió új, kelet-közép európai tagországaiban, amelyeket az elmúlt években kibontakozott gazdasági válság érzékenyen érintett.

Az egészségügyi szükségletek növekedése és a technológiai fejlődésből adódó költségnövekedés okozza az ágazat egyik legnagyobb feszültségét. Ezt súlyosbítják az emberek egészségi állapotának olyan különbségei, melyek létrejöttében az iskolázottság, a jövedelem, a lakóhely, a munkahelyi körülmények, illetve a foglalkozás terén mutatkozó különbségek a meghatározók. Az egészségügyi ellátórendszerhez való egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása mellett e különbségek mérséklése a baloldali egészségpolitika döntő célja.

III.3. Köz- és magánfelelősség

A magyar társadalom – a válság, valamint a Fidesz-KDNP kormány politikája következtében – egyre jobban kettészakad. Emellett a munkavállalókat olyan megszorítások sújtják – így például a túlmunka elrendelésére, a munkabiztonságra, a betegség ideje alatti felmondás lehetőségére vonatkozó szabályok megváltoztatása –, amelyek ugyancsak rontják egészségük megőrzésének esélyeit. Az MSZP számára már ezért is szükséges újrafogalmaznia, hogy az állam milyen feladatokat képes és köteles ellátni.

Erős és versenyképes társadalom csak az egészségüket megőrizni képes, illetve annak helyreállításában közreműködni tudó emberekből állhat. Ezért az egészség védelme és a betegségek gyógyítása közügy, de nem csupán a közösség felelőssége.

Mivel az egészség olyan közjószág, amelynek hordozója az egyén – bár megőrzésének és helyreállításának lehetőségét az államnak kell megteremtenie –, a felelősséget elsősorban az embereknek kell viselniük. Ezt fejezheti ki az ellátás felelős igénybevételeit ösztönző, előtakarékoságból is fedezhető méltányos összegű önrész, valamint az állampolgárok érdekelté tétele a betegség megelőzésében és a terápiás együttműködésben.

A közfelelősség alapja a közfinanszírozásban megtestesülő, szolidaritás elvű kockázatközösség fenntartása egy széles társadalmi bázisú egészségbiztosítás keretében, melyhez egy a közegészségügyi biztonságot, továbbá az egyenlő hozzáférést és a megfelelő szakmai ellátási minőséget garantáló állami szabály- és intézményrendszer társul.

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői szerint a hazai tradícióknak megfelelő társadalombiztosítási rendszer helyreállítása a következő kormányok feladata lesz, mert a Fidesz-KDNP adminisztráció intézkedései annak felszámolására irányulnak.

Emellett – mint a szociális biztonság fontos és megkerülhetetlen elemét – erősíteni kell a szervezett magánfinanszírozás (egészségpénztárak és kiegészítő, de nem a társadalombiztosítást helyettesítő üzleti biztosítások) szerepét. Olyan osztott felelősséget kifejező finanszírozási és szervezési formákat kell találni, amelyek a differenciált egyéni igények kielégítése mellett a közszolgáltatások stabilizálásához is hozzájárulnak, és megakadályozzák az egészségügy kettészakadását egy ingyenes közellátásra és egy „rendes” fizetős egészségügyre.

IV. AZ EURÓPAI UNIÓ EGYSÉGESÜLŐ EGÉSZSÉGPOLITIKÁJÁNAK HATÁSA

Az Európai Unió hatályos alapszerződése szerint az unió feladata a tagállamok tevékenységét kiegészítve hozzájárulni a „magas szintű egészségügy biztosításához”. Eszerint az uniós egészségpolitika a tagállamok különböző területeken történő együttműködésének bátorítását jelenti, valamint ösztönző intézkedésekkel a közösség egészségügyi helyzetének javítását szorgalmazza. Az olyan ügyekben, amelyek az áruk, a szolgáltatások és a személyek szabad mozgásából fakadóan túlnyúlnak a határokon (például környezet-egészségügy, élelmiszerek biztonsága, munkaegészségügy, járványügy) az unió szabályokat, irányelveket alkot és alkalmaz.

Az egészségügyi ellátás szervezése, működtetése a tagállamok felelőssége. Az unió nem írja elő, hogy ennek a feladatnak milyen szervezetű ellátó rendszer feleljen meg, de a működés értékrendjét számon kéri. Ezért a modern egészségügy kiépítéséhez közösségi forrásokat lehet szerezni, ami 2007 és 2013 között Magyarországnak kb. 450 milliárd forint fejlesztési lehetőséget jelentett és jelent. Kérdés, hogy az ebből megvalósuló új ellátó szervezeteket, korszerűsített kórházakat miként sikerül beilleszteni az egészségügyi rendszerbe. Sajnálatos, hogy 2010 után a források felhasználása lelassult, kiírásokat állítottak le, előkészített projektet tettek fiókba, korábban nem tervezett fejlesztések kaptak zöld utat. Még ennél is nagyobb baj, hogy az EU 2014-ben kezdődő hétéves költségvetési tervezési periódusában az egészségügy várhatóan az előző időszak előirányzatának ötödével, 90 – 100 milliárd forinttal számolhat. **Ezért a József Attila és a Táncsics Alapítvány szakértői a tervezés felülvizsgálatát javasolják, fejlesztéspolitikai fordulatot, melynek eredményeként az egészségügy is prioritást kap.**

A 2011 tavaszán elfogadott, a betegek mobilitását megkönnyítő, a határon túli betegjogokról szóló és 2014-ben hatályba lépő új uniós irányelv felülírja az eddigi gyakorlatot és fokozatosan közelíteni fogja egymáshoz a tagállamok egészségügyi ellátó rendszereinek szervezését és finanszírozását. Miután a betegek szélesebb körben lesznek jogosultak más tagországban is szakellátásra, napirendre kerülhet a dokumentáció, az informatika (az adatok hordozhatósága), a betegjogok, a minőségi követelmények, sőt – már középtávon – az ellátási csomagok minimumának egységesítése is. **A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szerint helyes, ha a Magyarország kezdeményező szerepet vállal ebben a folyamatban.**

Bizonyított, hogy a gazdaság növekedésének fontos feltétele a megfelelő minőségű, a betegségmegelőzésre fókuszáló, hatékony egészségügy. **Célszerű közösen meghatározni az egészségügyi közkiadások minimális mértékét (a GDP 6%-ka ajánlható) és azt, hogy a magánforrások a teljes ráfordítás 25%-át ne haladják meg. A forrásbővítés elkerülhetetlen, de ütemezésére csak a következő kormányzati ciklus küszöbén, az ország akkori gazdasági kilátásainak ismeretében kerülhet sor.**

Az unió szakmai ajánlásainak, követelményeinek érvényesítése különösen fontos a következő egészségpolitikai kérdésekben:

- **Mentális egészségünk problémái:** az alkoholizmus, az öngyilkosságok aránya kirívóan magas, jelen van a kábítószeres fogyasztás. A közvélemény hajlamos szőnyeg alá söpörni bajainkat. Kiváló szakembereink vannak, az uniós együttműködés szolgáltatott is számos dokumentumot a problémák felmérésére, a lehetséges megoldások számbavételére. A WHO segítségével megalkottuk a Lelki Egészség Operatív Programját, de azt végre is kell hajtani – s ehhez önmagában az egészségügy elszántsága (ha lenne is) kevés.
- **Az unió a dohányzás káros hatásaira tekintettel átfogó intézkedéseket sürget a füstmentes Európáról szóló stratégiájában.** Ennek része például a dohánytermékek árának emelése, mely legjobban a fiatalok dohányzását fogja vissza, s a közös helyiségekben való dohányzás következetes tiltása. Vállalni kell (és be kell tartatni) a megszigorított, a nem dohányzók védelméről szóló törvényt, folyamatosan emelni kell a dohánytermékek jövedéki adóját, ez azonban kevés. Iskolai egészségnevelésre, a leszokást segítő termékek és kampányokat támogatása is nélkülözhetetlen.
- Az ECDC (az unió járványügyi központja) figyelmezteti a döntéshozókat **a tbc, különösen az antibiotikumokra rezisztens baktériumtörzsek terjedésére.** Bár Magyarország csatlakozott is az ezzel foglalkozó deklarációhoz, nálunk sorvad a tüdőszűrések rendszere, s meg sem közelítjük a deklarációban elvárt eredményeket.
- A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok munkáltatókhoz való telepítése teljes mértékben ellentmond minden e tekintetben élő nemzetközi elvárásnak. Azóta számos terv készült arra, hogy független, a munkavállalókért felelősséget vállalni képes szolgálat jöjjön létre – ezt alapozná meg a baleset- és foglalkozás-egészségügyi biztosítási ágazat megteremtése – de érdemi előrelépés nem történt.

V. NÉPEGÉSZSÉGÜGY

V.1. Új népegészségügyi programra van szükség

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői azt javasolják, hogy az MSZP átgondolt, az érdekeltek számára érthető, a Semmelweis Tervből jórészt hiányzó prioritásokat is meghatározó, és azokat bátran felvállaló népegészségügyi stratégiát dolgozzon ki és hajtsa végre. Építsen a 2003-ban parlamenti konszenzussal támogatott, de idén formailag is befejeződő népegészségügyi programra, s az ellátórendszeren túl is mozgósítsa a társadalmi és kormányzati szereplőket, megvalósítható célokat és feladatokat jelölve meg mindazok számára, akik képesek tenni maguk, illetve közösségük egészségéért.

A jelenlegi program nélküli kormányzásnak nincsenek prioritásai a népegészségügyben és kizárólag politikai szempontok alapján határoznak a rendelkezésre álló szűkös források elosztásáról. A teljesség igénye nélkül: megszűnt a tárcaközi koordináció, s ugyan van pénz szűrési kampányrendezvényekre, de leállt az AIDS prevenció, nem ösztönzik a civil és vállalkozói egészségfejlesztési kezdeményezéseket, hiányzik egy roma egészségjavító program.

Az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és a gyógyítás az intézményektől és az egyes emberektől is erőfeszítéseket követel. Ennek legfontosabb elemei a WHO dokumentumai szerint a következők:

- Az egész életen át tartó megelőzést az egészségbe és a fejlődésbe való beruházásként kell kezelni.
- A társadalomnak egészségtámogató környezeti feltételeket kell létrehoznia, egyúttal könnyebbé tenni a mindennapokban az egészségre előnyös választásokat (pl. bevásárlás, szabadidőtöltés stb.).
- Az egészségügyi rendszerben növelni kell a megelőzési-egészségfejlesztési szolgáltatások arányát.
- A lakosságot ösztönözni kell tenni saját egészségének fejlesztésére, az egészségügyi szolgálattal való hatékony együttműködésre, a betegségei kezelésében való aktív részvételre.
- A kormányzat valamennyi szektorának felelősséget kell viselnie az egészséget támogató közpolitikáért.
- A szakemberek képzését úgy kell fejleszteni, hogy maguk is a fenti célokat képviseljék a lakosság körében.

Nem annyira pénz, hanem elsősorban stratégia és koordináció kérdése az egészséget támogató közpolitikák megvalósítása. Ehhez hatásvizsgálatokkal alátámasztott jogalkotás, az elosztási rendszerek megfelelő átalakítása (forgalmi adóktól az oktatásig), a munkáltatói érdekeltség érvényesítése (pl. alkalmazottaik szűrővizsgálatokra való mozgósításában), s a helyi egészségpolitikákat támogató környezet létrehozása szükséges.

Az eddigi hazai népegészségügyi programok irányítói nem vállalták a – szükségképpen érdeksérelmekkel is járó – prioritás-választást, pedig a sikerhez alapvető feltétel a magyar gazdaság és egészségügy jelenlegi helyzetében a fontos és nem fontos megkülönböztetésének képessége.

Az MSZP-nek új népegészségügyi stratégiáját a következő három fő célkitűzésre érdemes alapoznia:

- **A felnövekvő generációk egészségi állapotának javítása, az egészséges élet készségeinek kialakítása, a gyermek- és fiatalkori, illetve az időskori kockázatok (korán elkezdett droghasználat, az elhízás, a mozgásszegény életmód és következményei stb.) megelőzése és csökkentése.**
- **A korai és elkerülhető halálozások csökkentése.**
- **Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése az egyes földrajzi területek, illetve társadalmi rétegek között.**

E három fő célkitűzés messzemenően integrálható az átfogó társadalompolitikai célkitűzésekbe.

V.2. A népegészségügy érdekében együttműködésre van szükség

Fenn kell tartani az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ) mint az egészségkockázatokat megfigyelő és csökkentő közegészségügyi intézményt és hatóságot. A népegészségügyi stratégia feladatainak összehangolása ugyanakkor az ÁNTSZ kompetenciáját meghaladó kormányzati cselekvést feltételez. Az irányítás az egészségügyért felelős miniszter által dominált tárcaközi mechanizmust igényel. Az ÁNTSZ ezen a területen térségi koordinációs, tudás- és módszertan-átadó, értékelő és bizonyos esetekben szervező, mozgósító szerepet kap.

Az önkormányzatok megkerülhetetlenek a helyi egészségpolitikák kialakítása és megvalósítása során, az ÁNTSZ megyei, esetleg visszaállítandó regionális (és kistérségi) egységeinek feladata az ő szakmai támogatásuk is.

A közoktatás intézményrendszere számára meg kell adni a lehetőséget az iskolai egészségfejlesztés megvalósítására, amit a közoktatási egészségfejlesztési normatíva segítségével lehet fenntartható.

A köz- és felsőoktatás ellehetetlenítése, az utóbbi pénzszerzési forrássá süllyesztése elveszi a lehetőséget a szemléletformáló oktatástól és neveléstől. A tanköteles életkor leszállítása pedig az egészségre fizikálisan és mentálisan veszélyes munkakörülmények közé kényszerít fejlődésben lévő fiatalokat, ezzel újabb generációkban növelve a korai halálozás kockázatát.

A nem-kormányzati szervezetek főleg olyan tevékenységek megvalósítói lehetnek, amelyek személyes közösségi jelenlétet igényelnek: például a roma integráció helyi egészségprogramjaiban vagy a szenvedélybetegek öngyógyító csoportjaiban.

A gazdálkodó szervezetek (egészséges élelmiszereket előállító és forgalmazó szervezetek, egészségiparban működő cégek, de akár a közlekedési vállalatok is) érdekkörükben a népegészségügy legfontosabb partnerei közé tartoznak. Az együttműködés etikai kódexei garantálhatják, hogy a magánérdek és a közérdek harmonizálható legyen. A munkáltatók a megadott prioritások (lelki egészség, alkohol-probléma, szűrési programok) mentén munkahelyi egészségpolitikák megtervezésével és végrehajtásával vehetik ki részüket a népegészségügyi stratégia megvalósításában.

A tágabb értelemben vett egészségügyi alapellátás, a lakosság-közeli ellátás (házi orvosok, fogorvosok, ápolók, védőnők, iskola-egészségügy, foglalkozás-egészségügy, otthoni szakápolás) feladata a magas kockázatú csoportok és személyek felkutatása, gondozásba vétele, a szűrésekben, a mindennapi életmód tanácsadásban és a helyi, egészség-támogató intézkedések kialakításában való aktív közreműködés lehet. Az alapellátásban rejlő szakmai lehetőségek ilyen irányú kihasználása a hazai népegészségügy jelenleg jórészt kiaknázatlan forrása. Meg kell teremteni annak a finanszírozási feltételeit, hogy az alapellátásban dolgozó szakemberek érdekeltek legyenek a megelőzésben, ennek többlet humán erőforrás, többlet rendelési idő és a szakellátás területén generált többlet-finanszírozási igényeit tisztázni és fokozatosan biztosítani kell.

A népegészségügy intézményi hálójának része a képzett egészségfejlesztőkből álló, a helyi erőforrásokat ismerő területi-kistérségi szakember-hálózat, az egészségfejlesztési programokban részt vevő szakemberek szűkebb és aktivisták tágabb köre. A szakemberbázis fejlesztése kulcskérdés, a sikeres, színvonalas és hatékony népegészségügy korszerű kutatási és oktatási kapacitásokat is igényel.

VI. AZ EGÉSZSÉGÜGYET FESZÍTŐ SZAKEMBERHIÁNY PÓTLÁSA

Régóta ismert, hogy az egészségügy általában erőforrás-hiányos, de az utóbbi évek szomorú felismerése, hogy már nem is pénzben, hanem szakemberben legnagyobb a szűkösség.

A helyzet gyorsuló ütemben romlik, mert a mostani elvándorlási hullámot megelőzte az előzőek évtizedek „csendes” elszivárgása, és ráadásul az orvosok idősebb nemzedékének tömeges nyugdíjba vonulása várható az elkövetkező években. Ezért elvándorlás, pályaelhagyás nélkül is felgyorsul a fogyás, ami egyes területek – pl. a jelenlegi háziorvosi rendszer – teljes ellehetetlenüléséhez vezethet. Hasonló a helyzet az ápolók körében, ahol már a képzés iránti érdeklődés is minimálisra csökkent.

Jelenleg több mint 2.500 olyan orvos dolgozik az háziorvosi rendszerben, aki elmúlt 60 éves (ez az ellátók közel 40%-a), ezen belül hatszázán már a 70. életévüket is betöltötték. Ennél már csak az aggasztóbb, hogy a háziorvosok alig 10%-a fiatalabb 35 évesnél, évek óta 50-60 körül van a háziorvosnak jelentkező rezidensek száma. A pályakezdő orvosok nem akarnak 8-10 millió Ft-ért praxist vásárolni, inkább külföldön próbálnak szerencsét, az idős háziorvosok (vevő hiányában és alacsony nyugdíjuk miatt) addig dolgoznak, amíg egészségi állapotuk megengedi.

A kialakult helyzet nem magyar specialitás, a szakemberhiánynak sokkal mélyebb és általánosabb okai vannak. A lakosság előregedése és az orvostudomány fejlődése a fejlett országokban folyamatosan növeli az ellátási igényt, ráadásul az egészségügyben a technológiai fejlődés – ellentétben más ágazatokkal – nem vált ki élőmunkát, hanem növeli a szakember-igényt. Mindehhez társul, hogy az unió munkaidő direktívája számtalan helyen lehetetlenné tette az örökölt foglalkoztatási szokásokon alapuló folyamatos üzemet. Az így is megnövekedett szakemberszükségletre az egészségügyi képzés csak nagy késéssel tud reagálni.

A Fidesz-KDNP kormány, nem mer, és **nem akar szembesülni azzal a ténnyel, hogy krízishelyzet van**, amelyet azonnal orvosolni kell – e nélkül pedig hiteltelenné válik minden, az egészségügy átalakítását célzó terv.

A bérintézkedések ellenére a Magyar Államkincstár adatai szerint az egészségügyi intézményekben foglalkoztatottak 2012. évi nettó átlag keresete még mindig elmarad a nemzetgazdaság átlagától, ráadásul meghatározó dolgozói csoportok nem vagy minimális mértékű emelést kaptak. A 2012. és 2013. évi bértárgyalások szakmai csoportokat megosztó eredménnyel zárultak. Sztrájknak vagy más tiltakozásnak elejét veszi a megfélemlítés, az egészségügyi dolgozók kötelező vezénnyel való fenyegetése. Az Egészségbiztosítási Alapba „friss” pénz nem érkezik és a beígért béremelést a már betáblázott előirányzatok terhére kell biztosítani. Ez azt jelenti, hogy a Fideszben sikernek elkönyvelt béremeléseket az egészségügynek saját forrásai terhére kell biztosítani, tehát valahonnan el kell venni a pénzt.

A helyzetet tovább rontja a kormány, mert:

- nincs átfogó, az ágazat számára perspektívát nyújtó közép és hosszú távú program;

- a Semmelweis Terv szakmailag üres ígérethalmaza és az államosítás nem nyújt perspektívát;
- a rezidenseknek nyújtott többlettámogatás megosztja, egymás ellen fordítja az orvosi csoportokat, ráadásul csak elhalasztja – az ösztöndíj lejárt utáni időre – a konfliktusokat.

Ezért nincs olyan jövőkép az ágazat dolgozói előtt, amely itthon- vagy a pályán tartaná őket. Nem csoda, hogy 2012-ben a 2011-es csúcshoz közeli magasságban volt az elvándorlás.

Ha mindehhez azt is figyelembe vesszük, hogy

- az orvosképzési kapacitás nem növekszik,
- a 62 év feletti közalkalmazottak nyugdíjba kényszerítésénél az egészségügy nem kapott ágazati mentességet, hanem kegyadományként egyedi felmentésekért kell folyamodni,
- a kormány az egészségügyi ágazat számára még olyan szűkkeblű és be nem tartott ajánlatot sem tett, mint a pedagógusoknak,

akkor szomorúan kell megállapítanunk, hogy a kormány nemcsak hogy nem tesz eleget az elvándorlás leállításáért, de intézkedéseivel és a kilátástalansággal garantálja is a tartós orvoshiányt.

Ezért a József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői azt javasolják az MSZP-nek, hogy készüljön 5-6 éves bérfelzárkóztatási program, amelynek első lépéseit 2014 második felévére kell időzíteni, és amelynek végére, 2020-ra az egészségügyi dolgozók átlagkeresete el kell, hogy érje az akkori nemzetgazdasági átlagbér másfélszeresét. A következő kormányzati ciklus első intézkedési között kerüljön sor a rendelkezésre álló és megfelelő forrástöbbletre támaszkodó, érzékelhető mértékű béremelésre és szülessen döntés az egészségügyi dolgozók érdekképviseleteivel közösen kialakított életpályamodellről.

A szakemberhiány mérséklésének elengedhetetlen feltétele az egészségügyi bérek rendezése, de ez önmagában nem oldja meg a problémát. Ahhoz, hogy tartósan működőképes egészségügyünk legyen, növelni kell az egészségügyi dolgozók társadalmi presztízsét, s emellett a szakemberigény csökkentésével is alkalmazkodni kell a kialakult helyzethez.

- Az ország- és pályaelhagyók visszatérésének támogatására „**a magyar egészségügy visszavár**” programot kell indítani, amely egyrészt a külföldről hazatérni kívánók itthoni újrakezdését támogatja, másrészt a gyorsabb visszatérést teszi lehetővé. A jogszabályok megváltoztatásával és kedvezményes képzésekkel kell könnyebbé tenni a pályaelhagyók visszailleszkedését a gyógyításba.
- **Az egészségügyi dolgozók tisztességes megélhetését a köz- és magánforrások együttesen biztosíthatják.** Ehhez szükség van a közszolgáltatóknál is a közfinanszírozás kereteit meghaladó egyéni igények legális kielégítésének lehetőségére (például a beutalási rendtől eltérő igénybevétel esetén). Ehhez az öngondoskodás intézményeinek erősítése, az önkéntes egészségpénztári rendszer népszerűsítése szolgálhat alapul.

- **Az ellátórendszer működését és a betegek szokásait úgy kell befolyásolni, hogy kevesebb szakemberrel is megfelelő minőségű ellátás legyen nyújtható.** Támaszkodni kell az olyan infó-kommunikáció adta lehetőségekre, mint például a „Dr. Info” jellegű telefonos és internetes tanácsadáshoz kapcsolt probléma-előszűrés, vagy a távfelügyeleti alkalmazások.
- **Szükséges az ellátórendszer olyan szerkezeti átalakítása, amely erőforrás-koncentráció és új szervezeti – technológiai megoldások révén csökkenti a személyzet-igényt.** A működőképesség megőrzéséhez elengedhetetlen a döntéstámogató szakértői rendszerek és a telemedicina fejlesztése, és a hagyományos diagnosztikai területek mellett megfontolandó a robot-technikai alkalmazások fejlesztése is.
- Az ellátórendszer működését is át kell alakítani. **Minden munkát az arra hivatottnak kell elvégeznie, és nem szabad hagyni, hogy a szükséges képzés feletti szintre torlódjanak a feladatok.** A hatáskör-átrendezésnél az orvosoktól más diplomásokhoz, szakdolgozókhöz, technikusokhoz kerülnek feladatok, nő az ápolók, szakápolók feladatköre, de növelni kell a páciensek „kompetenciáját” is, azaz számos feladatnak az egészségügyi ellátórendszeren kívülre kell kerülnie. Ehhez a lakosságot is támogatni kell információszolgáltatással, iskolai oktatásba épített egészségtan oktatással.
- **Növelni kell az orvosegyetemeken a belföldi hallgatók számára engedélyezett képzési keretszámokat. Szükség van – a szakdolgozói képzés területén is – az oktatás olyan átalakítására (a szakközépiskolák visszaállítására), új szakképzési programok beindítására (egészségügyi adminisztrátor, ill. főiskolai szintű diplomás ápoló képzés), ami lehetővé teszi, hogy az egészségügy gyorsabban tudjon reagálni a munkaerő-piaci változásokra.**
- **Ösztöndíjakkal, letelepedési támogatással, lakáshoz juttatással, egyes területeken az elhelyezkedési feltételek könnyítésével kell ösztönözni, hogy a szakorvos- és szakgyógyszerész-jelöltek kritikus szakemberhiánnyal küszködő szakterületeket válasszanak.**
- **Kiemelt lehetőség hazánk nemzetközi képzési centrum-jellegének erősítése, ezáltal növelhető orvos-megtartó képessége.** Ezzel stabilizálódik, nemzetközi marad az orvoscépzés színvonala, illetve a külföldi hallgatók jelenléte többletjövedelmet eredményez a képzésben résztvevő intézményeknek.
- Alkalmazkodnunk kell a kialakult nemzetközi munkaerő-piaci helyzethez, ezért szükség van tudatos migrációpolitikára, ami kiterjed – az elvándorlók visszatelepülésének segítése mellett – a tudatos, szervezett munkaerőimportra. Ha már a migráció tény, elkerülhetetlen, akkor ne elszenvedői, hanem irányítói legyünk ennek a folyamatnak.
- **Kezdeményezni kell azon uniós szabályok megváltoztatását, amelyek indokolatlanul nehezítik, késői időpontra tolják az egészségügyi szakdolgozók szakképzésének megkezdését. Az ápolók képzését új ösztöndíj rendszerrel indokolt támogatni.**

- Kezdeményezni kell az ágazatban a nyugdíjkorhatárt elért közalkalmazottak kötelező nyugdíjazási szabályainak haladéktalan visszavonását, a továbbfoglalkoztatott dolgozók számára a nyugdíj-folyósítás tilalmának megszüntetését, a korábbi rend visszaállítását, mert az ágazat pótolhatatlan szakembereket veszít és emiatt súlyos ellátási zavarok alakulhatnak ki főleg vidéki kórházakban és szakrendelőkben.

VII. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSA

VII.1. Új társadalmi szerződést!

A kötelező társadalombiztosítás intézményei (pontosabban a társadalmi kockázatkezelésen és szolidaritáson alapuló rendszer) – függetlenül attól, hogy bevételükben a bérjárulék mellett átengedett adó is megjelenik – továbbra is fontos szerepet játszanak az egészségügyben, mert a biztosítottak képviselője és védelme igényli a szolgáltatások független értékelését és a teljesítményüknek megfelelő finanszírozását.

Az egészségbiztosítás átfogó, rendszerszintű újragondolása még várat magára, az egészségpolitika csupán az egyes elemek öletszerű költségcsökkentéséig jutott el. Ezzel szemben ideje felismerni, hogy az okok mélyebbek és a folyamatok elkerülhetetlenek, ezért a megváltozott körülményekhez illeszkedő új társadalmi szerződést kell kötni. E folyamat akkor lehet békés és tartósan eredményes, ha a közzgondolkodás átalakulásával jár együtt.

Az egészségbiztosítás jövőjét, a jövedelemtulajdonosok és az egyes társadalmi csoportok elvárható terheit újra kell tárgyalni, és társadalmi párbeszéd után a jogok és kötelezettségek új, reális és tisztességes egyensúlyát kell megtalálni. A jövőben az egyéni felelősség bizonyosan nagyobb szerepet kap, de a szolidaritás elvét minden körülmények között meg kell őrizni.

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői azt javasolják az MSZP-nek, hogy a kötelező egészségbiztosításról, az ún. ellátási csomagról a következőket képviselje:

- Az első, hogy az ellátási csomag nem egyes orvosi tevékenységek taxatív felsorolása – ez a beavatkozás benne van, ez meg nincs –, hanem egy többdimenziós tér meghatározása, aminek határait a kockázat oka, az ellátás célja és az igénybevétel lehetséges módja jelölik ki. Tehát ugyanaz az ellátás (például emlőplasztika) az ellátás okától, céljától függően vagy része a csomagnak vagy nem, hiszen nem mindegy, hogy daganatműtét utáni rekonstrukció vagy esztétikai megfontolás az ellátás indoka. Ebben a körben kell szabályozni a szabad orvosválasztás terjedelmét, konzekvenciáit, illetve a beutalási rendet.
- A második kiemelendő szempont: felértékelődik a költséghatékonyság. Ennek megfelelően az egészségbiztosítás alapvető feladata, hogy a legtöbb egészségnyereséget vásárolja számunkra a befizetett járulékunkból. A költséghatékonyság nem mindenekfelett álló érték, hanem csak az igazságossággal, esélyegyenlőséggel és a minőséggel együtt értelmezhető és alkalmazható.

A fentiek az ellátási csomag elvi meghatározására vonatkoznak. A konkrét esetekben az évek óta halogatott úgynevezett „finanszírozási protokollok” adják (adnák) meg az adott ellátás közfinanszírozásban nyújtandó és elvárható szakmai tartalmát.

Megfontolandó a közfinanszírozott szűrővizsgálatokon történő részvétel, illetőleg az egészségtudatos magatartás esetén az egyéni járulékmérték jelképes csökkentésének lehetősége vagy más ösztönző beépítése.

A Fidesz-KDNP kormány a kapacitás- és erőforráshiány előidézésével – ígéretével ellentétben – nem csökkentette, hanem növelte a várólisták hosszát. **Ezért a szakértők javasolják, hogy az MSZP vezesse be a „kritikus várakozási idő” fogalmát, ami az adott beavatkozás egészségkárosodás nélkül való halaszthatósági idejét jelenti.** Ha a várakozási idő ezt tartósan meghaladja, az egészségbiztosítás új kapacitások lekötésével, a finanszírozási források bővítésével köteles az időt az elviselhető határon belül tartani. Emellett meg kell vizsgálni, hogy a kiegészítő biztosítások, egészségpénztári megtakarítások hogyan járulhatnak hozzá a várólisták rövidítéséhez. Alapelv legyen, hogy a tb által finanszírozott ellátások várólistáján magán pénzből nem lehet előzni.

Egyetértésre kell jutni abban is, hogy a társadalom többsége milyen öngondoskodási formákat tart támogathatónak, illetve megteremthetők-e egyes szolgáltatások tekintetében a kiegészítő biztosítás bevezetésének feltételei. Erre legnagyobb igény az ápolás területén mutatkozik.

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői indokoltnak tartják az öngondoskodást megvalósító önkéntes egészségpénztárak, illetve üzleti biztosítók konstrukcióinak fejlesztését. Ehhez több kérdést kell tisztázni:

- Az egyes öngondoskodási formák megtakarításai milyen célokra és szolgáltatásokra használhatók fel?
- Hogy lehet fokozottabban ösztönözni e megtakarítások prevenciók célú felhasználását?
- Miként nyújtanak széleskörű védelmet a szükségszerűen bekövetkező egyéni kiadások terhei ellen?
- Van-e mód a jelenlegi adórendszerbeli kedvezmények szélesítésére, növelésére?
- Milyen érintkezési felületek, átfedések lehetségesek a kötelező biztosítás és az önkéntes biztosítások szolgáltatásai között?

VII.2. Bővülő költségvetési hozzájárulásra van szükség

A magyar egészségügy forráshiányos, hatékonysági tartalékai kimerülőben vannak. A társadalom által elvárt színvonalon történő működtetése az egyébként indokolt szerkezeti reformok, kapacitás-csökkentések végrehajtása esetén sem biztosítható a jelenleg rendelkezésre álló pénzmennyiségből.

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek reális növelése – egyebek mellett – a következő eszközökkel történhet a költségvetés egyensúlyának biztosítása mellett:

- A nyugdíjasok és a gyermekek után a költségvetés által fizetett hozzájárulásnak, illetőleg a biztosítottak nem minősülő személyek járulék mértékének 2010. évi szintre emelése (a jelenlegi összeg kb. kétszerese).
- A népegészségügyi termékadó teljes összegének az Egészségbiztosítási Alapba történő átadása, továbbá az adó kiterjesztése a dohány- és alkoholtermékekre.

A fenntartható finanszírozást biztosító adó-járulék kombináció kialakításához szükség van olyan hiteles kormányzati forrásteremtési stratégiára, amelyet a gazdaság- és egészségpolitika közösen alakít ki. **Az egészségügyért nagyobb felelősséget érző kormánynak vállalnia kell, hogy az államháztartási újraelosztásnál az egészségügy esetében magasabb hányaddal kalkulál, illetőleg a GDP növekményből – célirányosan és reformfeltételekhez kötve – többet ad az ágazatnak.**

Mindezek alkalmazásával évi 180-200 milliárd forint (majd a gazdasági lehetőségek függvényében ennél nagyobb) többletforrást kellene az Egészségbiztosítási Alap részére előteremteni, amit elsősorban béremelésre, az alapellátás fejlesztésére, ügyeleti és készenléti díjak növelésére, a gyógyszerkassza pótlására, a sürgősségi ellátásra, a kórházi rendszer átalakítására, a díjtételeinek fokozatos emelésére és a betegség megelőzési programokra célszerű felhasználni.

VII.3. A finanszírozási technika fejlesztése

Az egészségbiztosítás szolgáltatásvásárlásában alkalmazott technikák alapvetően korszerűek, de a finanszírozási rendszer nem követte megfelelően a szakmai, a technológiai fejlődést, és a teljesítményvolumen korlát mai rendszerével együtt a finanszírozás egyre távolabb kerül a valós teljesítményektől. Emellett a rendszer egyre kevésbé alkalmas a szakmapolitikai célok közvetítésére, a hatékonyság javítására.

A két alapelvet (a normatív teljesítményfinanszírozást és a költségkontroll biztosítását) megőrizve a rendszer olyan folyamatos fejlesztésére van szükség, amely a minőséget részesíti előnyben és nem kényszeríti látszat-teljesítmények elszámolására a szolgáltatókat. Ennek főbb eszközei: a pontértékek valós költségekhez igazítása a megváltozott technológiák miatt, a szakmai-elszámolási szabályok pontosítása, ezzel az elvárható teljesítmények pontosabb meghatározása, és a korszerű informatikai eszközöket és a szakmai szabályokat aktívan használó ellenőrzési gyakorlat erősítése. Ezek az eszközök csak akkor hatékonyak, ha a volumenkorlát (ennek megtartása indokolt) a valós feladatokhoz és a fenntartható működés feltételeihez igazodik. Látni kell azt is, hogy a teljesítményfinanszírozási rendszer sem tudja nélkülözni az amortizáció, az inflációkövetés, a kormányzati döntések hatásainak beépítését a díjtételekbe. Alapvetően ezek elmaradása okozza a kórházak eladósodottságát, az ellátás színvonalának visszaesését, a szükséges karbantartások és felújítások elmaradását és az ebből adódó elégedetlenséget a betegek részéről. **Ezért elengedhetetlen az évek óta halogatott díjtételelemelés meghirdetése és többlépcsős végrehajtása.**

Indokolt a betegút-adatokat is követhetővé tevő egészségbiztosítási kártya mielőbbi bevezetése és az egészségügyi adatokat egységesen kezelő háttér-adatbázis kialakítása, hogy a sürgősségi ellátás megbízhatósága javuljon és a szolgáltatókkal történő elszámolás ideje rövidüljön.

Megoldatlan a „status quo” fenntartásában érdekeltséget teremtő orvosi hálapénz problémája. Bebizonyosodott, hogy bérintézkedések önmagukban nem szüntetik meg: a hálapénz összetett jelenség, amelyben benne van a társadalom szolidaritása is az alacsony bérezés miatt, de meghatározó oka inkább a „fogyasztói nyomás”, azaz a betegek ennek segítségével akarnak előnyt szerezni, személyességet vásárolni, vélt vagy valós hátrányokat elkerülni.

A megoldáshoz az egészségügyi rendszer átláthatósága, a szakmai teljesítmények és a minőséget jellemző adatok nyilvánossága, következetesen érvényesített betegjogok, tudatos fogyasztóként viselkedő betegek, a társadalom „elnéző” álláspontjának változtatása is elengedhetetlenül szükségesek. Az is segíthet, ha a politika tisztázza és rögzíti a kötelező alapbiztosítás tartalmát, s a mai tendenciákkal szemben adókedvezményekkel is erősíti az öngondoskodás, az előtakarékoság kultúráját, hogy többletigények kielégítését (kórházi kezelőorvos megválasztása, az átlagot meghaladó komfort) a kiegészítő biztosítás vagy közvetlen, legális fizetés fedezze.

VIII. AZ EGÉSZSÉGÜGY ÚJ SZEMLÉLETE – AZ EGÉSZSÉGIPAR TÁRSADALMI-GAZDASÁGI JELENTŐSÉGE

Az egészségügy nemcsak kulcsfontosságú közellátási és szolgáltatási rendszer, de a háttérparával, a ráépülő szolgáltatásokkal a nemzetgazdaság egyre növekvő szegmensét adja. A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány azt ajánlja az MSZP-nek, ahhoz, hogy az egészségipar valóban nemzetpolitikai prioritássá váljon, másként tekintsen az egészségügyre. A szemléletváltás két pillére: maga az egészségmegőrzés társadalmi befektetés, az egészségipar pedig a tudásalapú gazdaság motorja.

Fejlett egészségügy nélkül nincs egészségipar, és egészségipar nélkül nincs korszerű gazdaság, mert ez olyan integráló alkalmazási terület, ami a jelen és jövő tudományainak és technológiáinak (genomika, infobionika, nanotechnológiák stb.) széles alkalmazási keretet nyújt. Az egészségipar egy innovatív, tudás-intenzív ágazat, komplex szolgáltatásrendszer, amely átszövi a gazdaság más területeit, szolgáltatásaival, termékeivel a teljes lakosság találkozik.

Az egészségügy gazdasági hatása a munkahely-teremtés tekintetében is igen jelentős: már ma is a foglalkoztatottak 10 százaléka az egészségügyben és háttérparában dolgozik, és a foglalkoztatás itt könnyen is növelhető, hiszen a szükséglet és az igény folyamatosan nő.

A Fidesz-KDNP kormány látszólag prioritásként kezeli az Új Széchenyi Tervben az egészségipart, de ez nem jelenik meg a források elosztásáról szóló döntésekben, pályázati kiírásokban, és az egészségipar zászlóshajóján, a gyógyszeriparon a kassza drasztikus csökkentésével durva léket ütöttek. A Széll Kálmán Terv pedig teljesen ellentétes hatású, mert az egészségügy és háttérparának visszafejlesztését szolgálja. A működő egészségügy egyik feltétele a szerkezet és a működés ésszerűsítése, a másik, a növekvő piaci szegmens bevételeinek Magyarországra, illetve a közösségi egészségügybe csatornázása. Ezért elengedhetetlen az orvosi szolgáltatókra alapozott egészségügyi turizmus tudatos fejlesztése, támogatása.

A kutatás-fejlesztés körében érdemes támogatni:

- A biotechnológiák, különösen a genomika, az őssejt kutatás, a személyre szabott gyógyszerelés megalapozását, valamint a biológiai terápiák fejlesztését.
- A népegészségügyi célok megvalósításához szükséges klinikai és epidemiológiai orvosi kutatások, adatgyűjtések és módszerfejlesztések megvalósítását (kábítószer-fogyasztás visszaszorítása, átoltottsági arány növelése, átszűrtség javítása, gyermekkori fejlesztő terápiák, rehabilitációs terápiák).
- Akkreditált klinikai vizsgálóhelyek létrehozását a klinikai vizsgálatok teljes vertikumát felölelve.

Az informatika területén:

- Általában az egészségügyi ellátórendszer informatikai támogatottságának növelését (e-Health programok), mivel mára - a nem megfelelő prioritások miatt - már az ellátórendszer minőségi és hatékonysági fejlődésének egyik legfőbb gátjává vált az egészségügyi informatika fejletlensége.
- Egységes, jogosultság esetén egyszerűen hozzáférhető naprakész beteg-adatbázis létrehozását (főleg a sürgősségi-ügyeleti ellátás biztonságának növelése érdekében).
- A telemedicina fejlesztését, ami az ellátás biztonságának és minőségének javításán kívül a munkaerőgondokat is csökkenti.
- A korszerű határterületek fejlesztését, ideértve különösen a szociális gondozással egybekötött távfelügyeletet, a távérzékelés, a biológiai modellre épülő mesterséges intelligencia fejlesztése, az erre épülő infobionikai fejlesztések, intelligens protézisek, stb., fejlesztési területeit.
- Az orvosi adminisztrációs terheket csökkentő dokumentációs és archiválási rendszerek kidolgozását és elterjesztését.

Az egészségügy és a turisztika határterületén:

- Nem szabad a pusztán kényelmi és luxusigényeket kielégítő szolgáltatásokat összemosni az egészség megőrzése vagy visszanyerése érdekében működtetett egészségügyi szolgáltatásokkal. Ezért az utóbbiakat szolgáló gyógyturisztikai szolgáltatásokat akkreditálni és ellenőrizni szükséges.
- A terület jobb megismerése érdekében létre kell hozni az egészségturisztikai adatgyűjtés és elemzés szervezetét, amely felméri a piaci igényeket, a minőségi kínálatot, és ellátja információkkal a stratégiai tervezést, a marketinget és a szolgáltatókat.
- A minőségi szolgáltatások gyarapítása érdekében pályázatokkal kell segíteni a piaci egészségügyi fejlesztéseket is.
- Meg kell teremteni az államilag hitelesített minőségtanúsítási rendszert.
- Támogatni kell a gyógy-tényezők hatásosságának a bizonyítékon alapuló orvoslás szabályai szerinti igazolását.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás elveinek megfelelő kiegészítő és alternatív egészségügyi eljárásokat meg kell különböztetni az egészségügyi szempontból értéktelen vagy nem bizonyítottan értékes eljárásoktól. E területen erősíteni kell a fogyasztók védelmét.

IX. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER SZOLGÁLTATÁSAINAK FEJLESZTÉSE

Az egészségügy jövőjének tervezésének nehézségét az adja, hogy egyrészt folyamatosan változnak szükségletek a társadalmi, demográfiai és globalizációs folyamatok miatt, másrészt a technológiai fejlődés is előre nem látható lehetőségeket hoz, ami szükségszerűen visszahat az ellátórendszer szerkezetére, igénybevételi lehetőségeire, a szereplők együttműködési kötelezettségére. A szolgáltatási kínálat és szerkezet alkalmazkodási kényszerében egyre nagyobb lesz a szerepe az egészségügyi szakszemélyzet tartós hiányának is.

Megbízhatóan működő alapellátás és járóbeteg-ellátás nélkül a lakosság egészségügyi problémái lakóhelyétől jóval messzebb és jóval drágábban oldhatók meg az ellátórendszer magasabb szintjein. A lakosság-közeli ellátó rendszer működőképességének fenntartása, ill. javítása az ország lakosai számára és az egészségügyi ellátórendszer egészének működése szempontjából egyaránt döntő fontosságú.

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői szerint változnia kell az egyes ellátási fokozatok feladatkörének és arányának. Ennek lényege az egészségügyi ellátórendszer polarizálódása. Az átalakulás várható iránya az lesz, hogy az ellátások zömét ma nyújtó „középső szint” (az „átlagkórház” illetve „SZTK” jellegű tömegszakrendelés) vékonyodik el, és innen a feladatok két irányba tolódnak el: a megerősödő és átalakuló alapellátásba, és a szakmai centrumokba.

A kórház-rendszerben kevesebb, ágyra (a hagyományos értelemben vett „kórházra”), de több csúcstechnológiákat és tudást koncentráló, és mindenki számára reálisan elérhető centrumra lesz szükség. A későbbiekben a súlyosabb betegségek korszerű kezelését kizárólag ezek a centrumok végezhetik. Ez biztosíthatja a folyamatosan megújuló műszerezettséget, a gazdaságos működést, s ez a feltétele a biztonságos ellátáshoz elengedhetetlen magas esetszámnak, azaz a gyakorlott szakembereknek is. A centrumok kialakításánál lényeges szempont, hogy egy intézmény (a kiemelt népbetegségek országos intézetein kívül) az összes szükséges szakterületen számíton centrumnak, mert a társszakmák és a diagnosztika magas színvonala, folyamatos elérhetősége csak így biztosítható. (A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy nem megengedhető az, hogy az egyik szakterületen az egyik megyei kórházban legyen a centrum, egy más területen pedig egy másikban.) A több megyére kiterjedő, regionális centrumok mellett megyénként szükség van egy vagy két, a folyamatos sürgősségi ellátást biztosító, jól felszerelt kórházra.

A polarizáció másik iránya a lakosság-közeli ellátások megerősítése. Ennek keretében a kiskórházak alapvetően járóbeteg-ellátó központtá és krónikus ellátást, szakápolást nyújtó intézményekké alakulnak, ahol az ellátás zömét az egy napos sebészet és a nappali kórházi ellátás, illetőleg az otthoni szakápolás adja. Ezért a betegnek nem kell többet utazni, sőt: közelebb fog hozzájutni a megfelelő ellátáshoz, de ez nem feltétlenül a hagyományos kórházi keretek között történik. **A betegirányítás és a beutalások rendjének újraszabályozásával, rugalmasabbá tételével is érdemes ezt elősegíteni.**

Részletesebben:

A) A kétpólusú ellátó rendszer akkor működhet sikeresen, ha egységesen szervezett, színvonalasan felszerelt és jól képzett szakembereket foglalkoztató sürgősségi ellátásra, ezen belül központilag irányított mentőszolgálatra támaszkodik. Állami felelősség a sürgősségi ellátás megszervezése, szabályozása, a kórházak sürgősségi tevékenységének, a mentőszolgálat működésének és a területi alapellátási ügyek összehangolása (utóbbiakat a szakmai biztonság érdekében érdemes az Országos Mentőszolgálatnak üzemeltetni).

B) Az Országos Mentőszolgálat nem a katasztrófavédelem része, hanem a magyar egészségügy rendszeréhez tartozik, annak értéke. Sürgős konszolidációjára, az elmaradt állomás- és járműfejlesztések pótlására van szükség. Kiemelt figyelmet kell fordítani a mentős szakemberek pályaelhagyásának megállítására a VI. fejezetben bemutatott intézkedésekkel.

C) Az alapellátás, ezen belül a háziorvosi szolgálatok érdemi átalakításra és megerősítésre szorulnak. Az átalakításban az alábbi szempontokat érdemes érvényesíteni: az egy-orvosos egy-nővéres praxisok rendszere – mint kizárólagos alapmodell –, várhatóan sem az orvoshiány, sem a változó szakmai elvárások miatt nem lesz fenntartható. A jövő az orvosi csapatok együttműködéséé, a csoportpraxisoké, amihez további szakdolgozók, akár diplomás nővérek, védőnők, akár szociális nővérek, „egészségőrök” által működtetett település szintű „egészségpontok” kapcsolódhatnak. A városokban és a fővárosban is támogatni kell a háziorvosok társulásával létrehozott praxisközösségeket finanszírozási eszközökkel is, így várható el ezeknél is a többletfeladatok teljesítése. Az alapellátás fontos, megerősítendő feladata a betegirányítás, az „esetmenedzselés”, azaz a betegek mozgásának segítése az ellátórendszerben, valamint a népegészségügyi programokban történő aktív részvétel.

Az alapellátás megerősítése nem lehetséges forrásbővítés és jövedelemnövekedés nélkül. A 2002-ben végrehajtott, átlagosan 50 százalékos egészségügyi béremelés óta a háziorvosi praxisok működéséhez szükséges jelentős forrásbővítést egyedül a vizitdíjat kiváltó kompenzáció eredményezett. Napjainkra az alapellátást több, azonnali megoldásért kiáltó probléma feszíti. Így többek között szükséges:

- a praxisjog szabályozási ellentmondásainak feloldása, a praxisbiztonság megteremtése;
- reális mértékű praxisalap létrehozása a generációváltás elősegítésére;
- a területi ellátási kötelezettséggel és az a nélkül végzett háziorvosi tevékenység harmonizálása;
- a települési önkormányzatoknak az alapellátásért viselt felelőssége és a háziorvosi ellátási felelősség szinkronizálása.

Ezeknek a problémáknak a megoldásában mindenképpen tekintetbe kell venni az elmúlt évtizedben kialakult helyzetet, a szerzett jogokat, a kialakult konfliktushelyzetekből leszűrhető tapasztalatokat. A változások sikeres bevezetéséhez mindenképpen szükséges

- az egyértelmű jogszabályi környezet kialakítása,
- az alapellátásban dolgozók és a települési önkormányzatok szemléletváltása,
- a program informatikai támogatásának megteremtése.

Ezt csak megfelelő érdekeltségi rendszer megteremtésével, a finanszírozási rendszer megfelelő átalakításával és az érdekelt (az önkormányzatok, az alapellátásban dolgozó szakemberek és a lakosság) megfelelő tájékoztatásával vezethető be.

Javítani kell a fogászati ellátás közfinanszírozását is, mivel a lakosság igen nagy hányada képtelen megfizetni a fogpótlás árait.

D) Járóbeteg ellátás: A szervezeti önállóság és a tulajdoni sokszínűség mellett az intézmények, szolgáltatók szakmai integrációjára törekszünk. Olyan rendszert alakítunk ki, ahol a praxisok, szakrendelések orvosai részt vesznek a vezető kórház szakmai képzéseiben, továbbképzési rendszerében, és ezt megalapozza az is, hogy részt vesznek a kórház ügyelet rendszerében, de akár a gyógyító tevékenységében is. (Ha az egészségpolitika megengedi, hogy az orvos legalísan, tisztázott szakmai, felelősségi és finanszírozási viszonyok mellett bevigye megoperálni a beteget a kórházba, a hálalpenz visszaszorítása érdekében is cselekszik.)

A szakrendelések kórházhoz integrálását támogatjuk, és ott van létjogosultsága önálló járóbeteg rendelőintézetnek, ahol az alapellátás és a kórházi járóbeteg-ellátás fehér foltot hagy az ellátási térképen.

Felül kell vizsgálni az uniós pályázatok segítségével létrejött új járóbeteg egységeket, hogyan lehet kellő számú beteget és szakembert biztosítani a működésükhöz, milyen funkciókat kell odatelepíteni, hogy önfenntartóak tudjanak maradni. Ezzel párhuzamosan azt is vizsgálni kell, hogy ezeknek az intézményeknek a működése milyen hatással van a szomszédos kiskórházakra (kapacitás, együttműködés). Ennek az értékelésnek különös jelentősége ad, hogy az uniós szabályok szerint a fenntartási kötelezettség megszegése esetén a teljes támogatási összeget vissza kell fizetni, amire az amúgy is nehéz helyzetben levő önkormányzatok aligha lesznek képesek. Ún. „kihelyezett szakellátás” keretében meg kell teremteni a kis infrastruktúra igényű szakorvosi ellátások megszervezését heti 4-12 órában.

E) A fekvőbeteg szakellátás körében: a területi kórházakban az a követelmény, hogy az alapszakmák művelésére alkalmas diagnosztikai és terápiás háttér egész évben folyamatosan álljon rendelkezésre, valamint krónikus fekvőbeteg ellátó részleg és a járóbeteg ellátás széles spektruma működjön. Ezekben az intézményekben legalább sürgősségi fogadóhely van, valamint, az alapszakmákban rendelkezésre áll a folyamatos ellátást biztosító szakszemélyzet és műszerpark is.

2-5 területi kórház kapcsolódik egy kiemelt kórházhoz, ahol a nap 24 órájában folyamatosan kell biztosítani – a speciális ellátások kivételével – a járó és fekvő szakellátások teljes körét. Ezen kórházakban a sürgősségi osztály működése műszakszerű beosztásban oldható meg, míg a kiemelt kórházak legtöbb osztályának működése a területi kórházak szakembereinek bevonásával biztosítható.

A kiemelt kórházhoz az elsődleges ellátási területén kívül hozzá tartoznak a kapcsolódó területi kórházak és önálló járó-betegellátók ellátási területei is, mint ahogy nyilvánvaló, hogy ezek a kistérségi egészségházak ellátási területeiből tevődnek össze.

A kiemelt kórházak szakmai, képzési és oktatási központjai is a saját területüknek: felelősek a teljes területükön folyó szakmai munkáért. Ez csak abban az esetben valósítható meg, ha van hatáskörük is szükség szerint beavatkozni a hozzájuk tartozó ellátási egységek szakmai munkájába.

Egyes speciális feladatok regionális vagy interregionális (országos) centrumokba vagy decentrumokba szervezendők, ezekkel szintén el kell érni a teljes területi lefedettséget. A halálozásban élenjáró népbetegségek elleni küzdelem nemzeti programjait ezeknek az országos centrumoknak kell szervezniük.

A fenti rendszerben a betegek mozgását ellátásszervező irányítja a szakmai eljárásrendek szerint. A szakmai logikát követő beutalási rendtől eltérni csak önrész fizetésével lehet. Az orvos- és intézményválasztás szabadságának korlátozásáért cserébe az eljárásrend szerinti ellátást garantáljuk a betegnek. Az ellátásszervezés feladatát indokolt az önállóságát visszanyerő egészségbiztosítás megfelelő területi szervezeteihez telepíteni.

Az elmúlt évtizedek hibája volt a krónikus és a rehabilitációs ellátás összemosása. Ezen is változtatni kell, mert a rehabilitáció egyre inkább technológia- és tudásigényes ellátás, semmiképpen nem egyszerűsíthető ápolási kérdésekre.

F) Az ápolásra szoruló időskorúak számának növekedése miatt kiemelten szükséges kezelni a tartós ápolást és gondozást. Elsősorban a családon belüli ápolás feltételeinek, finanszírozásának megoldását kell támogatni, ide értve az ápolással foglalkozó családtag ilyen tevékenységének munkaként, közfeladatként, illetve nyugdíjra jogosító munkaviszonyként történő elismerését is. Ösztönözni kell az ápolási célú előtakarékosságot. Az otthoni és intézményi ápolás kapacitásait a szociális ellátórendszerrel szorosan együttműködve kell bővíteni.

Az egészségügyi ellátás fejlődő területe az ellátórendszeren kívüli ellátás. Azaz terjedni fognak a beteg lakásán, életterében működő távfelügyeleti, informatikai rendszerek, de – megfelelő internetes támogatással – egyre több feladatot fognak ellátni maguk a betegek is.

G) Az átalakulás másik fontos területe a „kompetenciák”, azaz a felelősségek, feladatok és képességek átrendeződése. Egyrészt egyértelműen meg kell határozni az egyes ellátási szintek kompetenciáját: meg kell mondani, hogy mi az, amit az adott szint (házi orvos, járóbeteg-ellátás, városi kórház, kiemelt kórház) elvégezhet, de azt is meg kell mondani, hogy mi az, amit köteles is ellátni. Ez teremt tiszta helyzetet a beteg-irányításban is. Elengedhetetlen a működési engedélyezés – a megbízottság minimális feltételeit megkövetelő – rendjének visszaállítása.

Nélkülözhetetlen, hogy az egészségügyi rendszer szolgáltatásait igénybe vevő betegek naprakész, hiteles tájékoztatást kapjanak a szolgáltatók munkájának minőségéről, az elvárható színvonalról. **A minőségi ellátás biztosítéka az lesz, hogy a gyógyítás, a beavatkozások minőségi jellemzőit kórházanként közzétesszük a világhálón.**

Az egészségügyi ellátórendszer talpra állításának és konszolidációjának folyamatában nincs lehetőség valamennyi indokolt változtatást azonnal megtenni és anyagilag megalapozni. Ezért prioritásokat kell képezni, ami nem azt jelenti, hogy más intézkedések lekerülnek a napirendről. Az MSZP egészségpolitikája a vitairat VII.2 fejezetében javasoltakkal összhangban az alábbi területeken javasol gyors lépéseket:

- a házi orvosi praxisok helyzetének javítása;
- a mentés és a sürgősségi ellátás fejlesztése;
- a VI. fejezetben bemutatott többlépcsős béremelés végrehajtása és az életpályamodell bevezetése;
- a kórházak szerkezetátalakítással összekapcsolt adósságrendezése;
- a gyermekek egészségvédelmének javítása (új védőoltások bevezetésével, a gyermek házi orvosi szolgálatok és az iskola-egészségügy erősítésével);
- a halálozásban élenjáró szív- és érrendszeri, valamint rákbetegségek ellátásának fejlesztése.

X. ÚJ GYÓGYSZERPOLITIKA

A Széll Kálmán Terv első változata a 2012. évre 83 milliárd forinttal csökkentette a 2011-ben még 343 milliárd forintos gyógyszer-támogatást és ezt 2013-ra tetézte további 37 milliárd forintos szűkítéssel. A 2013. évi költségvetéshez beterjesztett indítvány az idei tervezett mértékre – jól lehet ezt sem sikerült betartani – 221 milliárd forintra „emelte vissza” a támogatás előirányzatát. Ennek a drasztikus beavatkozásnak a terheit a gyártókra és a forgalmazókra és nem utolsósorban a betegekre kívánják hárítani. Magyarország visszasüllyed a '80-as évek terápiás színvonalára. Veszélybe kerültek a gyógyszeripari beruházások és munkahelyek, készítmények fognak eltűnni a hazai piacról. Egy év alatt ilyen mértékű forrásszűkítést az Európai Unió tagállamaiban még sohasem hajtottak végre. A pénzkivonás megvalósítása érdekében tervezett, a betegek terheit növelő, életmódjuktól függő támogatási mechanizmus embertelen rendszer.

A magyar gyógyszerpiac és ellátás jellemzői:

- Az unión belül talán a legszigorúbb és a legbonyolultabb szabályozás szerint működik. A gyártókra kirótt befizetési kötelezettségeket is számolva (ami nem kiadás, hanem – némi eufémizmussal – a cégek szolidaritása) GDP arányosan nem költünk többet gyógyszerre a hasonló országoknál (1,1 -1,2%).
- Ha a Széll Kálmán Terv menetrendje szerint halad a gyógyszerkassza kiürítése, 2013-ra a gyógyszeripart sújtó extra adók levonása után már csak a GDP 0,75-0,8%-ával támogatjuk a patikaszerkeket.
- Az átlagos élettartam növekedésével párhuzamosan számolni kell a gyógyszerköltségek fokozatos emelkedésével.
- Egyes társadalmi rétegek (például nyugdíjasok, gyermeket nevelő családok) számára egyre nagyobb nehézséget jelent a gyógyszerek beszerzése.
- A magyar betegeket elzárják a legújabb technológiáktól, három éve nem képesek kihirdetni egyetlen új, terápiás áttörést jelentő gyógyszert sem,
- A generikus vaklicit korlátlan bevezetésével a hazai gyártók termékeit kiszorították a piacról, utat engedve különböző külföldi, bizonytalanabb gyártási hátterű termékeknek,
- A tételes finanszírozás bevezetése miatt rendszeresen késnek egyes onkológiai ellátások.
- Teljesen átalakították a cukorbetegség finanszírozási protokollját, így nagyon sok beteg csak jóval magasabb áron jut a modern inzulinokhoz.

Szinte bizonyos, hogy a Széll Kálmán Tervben előirányzott elvonás utáni maradék büdzsé 2014-ben nem fogja fedezni a gyógyszerkassza kiadásait, azt majd ki kell egészíteni, mint ahogyan az 2002-ben is történt.

A rendelkezésre álló források ismeretében elengedhetetlen azoknak az egészségügyi prioritásoknak a meghatározása, amelyeket a gyógyszerkassza tervezésekor is figyelembe kell venni. A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői az alábbiakat javasolják:

- **Annak vizsgálatát, hogy milyen feltételek mellett tehető elviselhetővé a nyugdíjasok, a krónikus betegségben szenvedők és a gyermeket nevelő családok rendszeres gyógyszerkiadása.** Alkalmazhatónak látszik a nyugdíjasok esetében egy maximált térítési díj bevezetése és az ezt meghaladó költségek állam általi átvállalása. Ezzel elérhető, hogy a nyugdíjas generációk a gyógyszerköltségeik tekintetében biztonságban érezzék magukat. A kisgyermekek egyes gyógyszereinek (például antibiotikumok) támogatásának növelésével a gyermeknevelő családok terhei csökkenthetők. A nem kívánt terhességek elkerülésének egyik eszköze lehet a fogamzásgátlók támogatása.
- Az árrés – a gyógyszertárak működési biztonságát – emelését a generikus szerek kiszolgálása esetén.
- A gyógyszerek egészségbiztosítási támogatásáról szóló döntések átláthatóságának megteremtését. Itt modellként szolgálhat a Svédországban, illetve Nagy-Britanniában bevezetett „érték-alapú árazás” hazai alkalmazása. Ebben az értékelésben az innováció mértéke, a költség/hatékonysági paraméterek és a betegség társadalmi súlya jelenti a három vizsgálandó területet egy-egy készítmény esetében.
- A generikus vaklicit további alkalmazásának korlátok közé szorítását, így növelve a gyógyszerellátás biztonságát és kiszámíthatóságát. Annál is inkább, mert a folyamatos árlicit a hazai gyógyszeripar értékesítési lehetőségeit jelentősen visszafogja.
- A népegészségügyi prioritások kitűzését a gyógyszerpolitikában is, elsősorban az onkológiára, a kardiovaszkuláris betegségekre, az allergiás betegségekre és a cukorbetegségekre fókuszálva. Ugyanakkor egyfajta érdekeltségi rendszert is meg kell teremteni a gyógyszergyártók részére a népegészségügyi programok támogatásában a különadókból történő levonhatóság megteremtésével.

A gyógyszergyártók mint az egészségipar kimagaslóan fontos tényezői kénytelenek szembesülni a Fidesz-KDNP kormány mindent elsőprő forráselvonási rohamával. A kormány rossz döntései nyomán a gyógyszergyártók újragondolják magyarországi stratégiájukat a fejlesztésekben, a klinikai kísérletekben és a több országra kiterjedően működő logisztikai központok működtetésében. Ezt a folyamatot az MSZP azzal állíthatja meg, ha kiszámítható és átlátható szabályozást alakít ki, hogy a gyártók számára ismét megbízható és kiszámítható partner legyen Magyarország. **Ésszerű, a jelenleginél alacsonyabb mértékben kell meghatározni a gyártóknak a gyógyszerkasszához, illetve a költségvetéshez való hozzájárulását, hogy teremtsenek új munkahelyeket és megérje befektetniük magyarországi kutatásba és fejlesztésbe.**

A gyógyszer-kiskereskedelembe továbbá indokolt a betegeknek minél kedvezőbb gyógyszertári szolgáltatásokat biztosító szabályozást bevezetni, különös tekintettel a kistelepüléseken lakók helyzetére, az ott működtetett gyógyszertárakra (fiók-gyógyszertárakra). Véget kell vetni a patikahálózat működésébe történő állami beavatkozásnak.

XI. AZ EGÉSZSÉGÜGYI IRÁNYÍTÁS ÉS SZABÁLYOZÁS KORSZERŰSÍTÉSE

Az Alaptörvény kockázatai és a változtatás iránya

A betegek és az egészségügyi szolgáltatók szempontjából egyaránt az új Alkotmány (Alaptörvény) jelenti a legnagyobb veszélyt. Az alkotmányozási színjátéknak az lett a végeredménye, hogy az állam lábujjhegyen kiosont az egészségüggyel kapcsolatos kötelezettségei mögül: az állam korábbi kötelezettségvállalása (az egészséghez való jog megvalósítása) helyett már csak elősegíti az egészséghez való jog megvalósulását. Már látható, hogy ez a „puhább” megfogalmazás milyen változásokat generál az egészségügyre vonatkozó szabályozásban.

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői javasolják, hogy az MSZP kezdeményezze, hogy az Alaptörvény a szociális biztonság tartópilléreiről, így az egészséghez fűződő jogról is, a kor szellemének és az uniós követelményeknek megfelelően rendelkezék.

Az új Alaptörvényből eltűnt a társadalombiztosítás intézménye is, ami elfogadhatatlan. Ebből következően az egészségbiztosítás szervezeti és hatásköri egységének helyreállítását az Alaptörvény módosításával kell kezdeni.

Súlyosan veszélyezteti a társadalmi békét, a nők önrendelkezési jogát az új Alaptörvény II. cikkének megfogalmazása, amely szerint „a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg”. A Fidesz-KDNP kormány jelenlegi állásfoglalása szerint ez nem jelenti az abortusz szigorítását vagy tilalmát, de a hatályos szabályozás és az új Alaptörvény idézett cikkének összevetéséből nem következhet más, mint a szigorítás, illetve a teljes tilalom megfontolása és csak az a kérdés, hogy ezt mikor látják politikailag aktuálisnak. Az MSZP korábbi állásfoglalásának megfelelően helyesen minden eszközt latba vet a nem kívánt terhességek megelőzéséért, de nem támogat olyan megoldást, amely a nők önrendelkezési jogát semmibe veszi.

Önálló egészségügyi minisztérium, önálló egészségbiztosítás

Az egészségügy a Fidesz-KDNP kormány alatt elvesztette a húsz év alatt kiépült irányítási, szervezeti pozícióinak döntő részét:

- Az egészségügyi tárca betagozódott egy irányíthatatlan mega-minisztériumi struktúrába. Az egészségügy kormányzati irányítását végző szervezetet ki kell szabadítani a jelenlegi struktúrából, egy önálló egészségügyi, esetleg a szociális ügyekkel közös minisztérium létrehozásával. Az egészségügyet irányító szervezetként létrehozott mini minisztériumhoz (GYEMSZI) rendelt hatáskörök jelentős részét indokolt regionális szintre telepíteni.

- Minden választási ígérete ellenére a Fidesz-KDNP kormány szétúzta a nemzeti hagyományokra épülő egységes egészségbiztosítást és teljes megszüntetése is napirendre kerülhet. A pénzbeli ellátások kezelését begyömöszölte a kormányhivatalokba, így a biztosítottak hatósági ügyfélévé váltak. Regionális szinten megmaradtak az OEP ún. területi kihelyezett szervezetei, mert az egészségügyi szolgáltatók finanszírozását már a politika sem akarta a kormányhivatalokban látni. **A József Attila Alapítvány azt javasolja az MSZP-nek, hogy határozottan álljon ki a törvényben biztosított szervezeti és hatásköri önállósággal rendelkező egészségbiztosítás mellett.**

Többszereplős szolgáltatási rendszer

A József Attila Alapítvány és a Táncsics Alapítvány szakértői szerint a kórházak és a szakrendelők állami tulajdonlása fenntartásának jelenleg kialakult modellje Magyarországon életképtelen. Az államosítás rövid időn belül súlyos innovációs deficitet fog előidézni. Mivel az állam nem akar több pénzt fordítani az egészségügyre, az életet mentő új technológiák az eddigiéknél jóval lassabban vagy egyáltalán nem jelennek meg majd a magyar egészségügyben. A kórházi kapacitások szűkítését a lakosságot képviselő önkormányzatok nélkül hajtják végre.

Azt javasolják, hogy az MSZP egy olyan rendszer kialakítását támogassa, amely a különböző tulajdonosok (állam, egyetemek, önkormányzatok, egyházak, alapítványok, magánvállalkozások) együttműködésével működhet hatékonyan:

- A szakellátás tulajdoni és működtetési kérdéseit, ideértve a magánműködtetés feltételeit törvényben kell szabályozni. **Garantálni kell a különböző működési formát választó intézmények finanszírozási esélyegyenlőségét.**
- **Az állam vizsgálja és határozza meg a fekvőbeteg intézmények feladatkörét, profilját, korrigálja a betegellátás, a beutalás útvonalait (hozza összhangba a közösségi közlekedés rendjével).** Ha adott kórház a kialakított profil, a munkaerőhelyzet miatt már nem életképes és nem is tehető azzá, az intézménynek ápolási vagy szociális feladatot kell adni.
- **A területi ellátási kötelezettségeknél célszerű a kialakult járási rendszert figyelembe venni.**
- **A beteg-utak, ezen belül a sürgősségi ellátás újraszabályozása – az Országos Mentőszolgálat fenntartandó és erősítendő egységére tekintettel – a továbbiakban is maradjon állami feladat.** Az alapellátási területi ügyeletek szervezését országosan át kell adni az Országos Mentőszolgálatnak.
- **Az állam – bizonyos értékhatárt meghaladó – kórházi fejlesztések, rekonstrukciók eldöntését, az uniós projektek önrészenek biztosítását az egészségügyi rendszer egészében tartsa saját hatáskörében.**
- **A megyei feladatokat meghaladó szerepet vállaló kórházak – az egyetemi klinikákhoz és az országos szakintézetekhez hasonlóan – maradjanak állami kézben, de a menedzsment kapjon nagyobb felelősséget és önállóságot.**
- **A fővárosban és a többi kórház esetében indokolt intézményi fenntartó (működtető) kft-k, vállalkozások létrehozása: az ellátási terület önkormányzatainak, esetleg magánbefektetők részvételével.** Egyes kisebb intézmények határozott idejű koncesszióba adhatók magánszereplőknek.

- **Az állam a szolgáltatást vásárló és minőségellenőrző szereppel felruházott egészségbiztosítás útján, finanszírozási eszközökkel, illetve a minimális működési feltételek előírásával és teljesítésük az ÁNTSZ révén történő ellenőrzésével juttatja érvényre az egészségügyi rendszer funkcionális egységét.**
- **A GYEMSZI-t (a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetet) jelenlegi formájában meg kell szüntetni.** Speciális feladatokat ellátó részlegeinek (OGYI, ESKI és EMKI) önálló működését garantálni kell. A GYEMSZI hatásköreit decentralizálni indokolt.
- **A megszüntetett regionális egészségügyi tanácsok újbóli létrehozásával megteremthető, illetve további erősíthető az önkormányzatok aktív és érdemi részvétele az egészségügyi ellátás szervezésében.**

Egységes ÁNTSZ

A Fidesz-KDNP kormány ellehetetlenítette, részeire tördelte a közegészségügyi biztonság letéteményeseként tevékenykedő szolgálatot. Korábbi területi szerveinek kormányhivatalokba tagolása a járványügyi védekezés egységes rendjét is megbontja. **Az ÁNTSZ egységét helyre kell állítani.** Feladatait és hatáskörét az 1991. évi XI. törvény alapján indokolt rögzíteni:

- járványügy;
- népegészségügy – egészségfejlesztés (koordinációs, módszertani segítő, szervezési feladatok);
- egységes, független, kötelező egészségmonitorozási rendszer és egészségügyi adatgyűjtési rendszer üzemeltetése
- környezet- és település-egészségügy;
- sugáregészségügy
- a kémiai biztonsággal összefüggő tevékenységek;
- élelmezés- és táplálkozás-egészségügy;
- egészségügyi igazgatás és koordináció;
- az egészségügyi ellátórendszer felügyelete, minőségbiztosítási követelmény-rendszerének karbantartása
- a gyógyszerellátás hatósági felügyelete;
- laboratóriumi szolgáltatások;
- élelmiszer eredetű járványok megelőzése.

A fertőző betegségek megelőzése, Magyarország - még ma is világszínvonalú - védőoltási rendjének megvédése és fejlesztése elsőrendű közérdek. A kötelező védőoltások egységes rendszeréből nem szabad engedni. A vakcinával megelőzhető betegségek oltási programjait rendszeresen költség-hatékonysági vizsgálat alá kell vonni és ennek eredménye alapján bővítendő a védőoltások köre.

A betegek beutalási rendjének meghatározására és a sürgősségi ellátás biztosítására korábban minden lehetősége megvolt az ÁNTSZ-nek. Ennek ismételt bevezetése könnyen megoldható, ha sikerül visszaállítani az ÁNTSZ egységes dekoncentrált szervezetét. A regionális irányítás rendszere itt bevált. A szakember-kapacitás jól kihasználható a regionális rendszerben, míg megyénként nem lenne elegendő hozzáértő a sok szakfeladathoz.

Betegjogok, érdekegyeztetés

A Fidesz-KDNP kormány teljesen szétverte a betegek jogait védő intézményeket. Megszüntette az Egészségbiztosítási Felügyeletet és elsöpörte a Betegjogi Közalapítványt. Mindent meg kell tenni azért, hogy a betegjogok egyéni és közösségi védelméhez szükséges szervezetek újra létrejöhessenek.

Helyre kell állítani a társadalmi párbeszéd szétzúzott intézményrendszerét. Ezért az MSZP kezdeményezi a megszüntetett Nemzeti Egészségügyi Tanács újbóli létrehozását.

XII. A KORMÁNYVÁLTÁS UTÁN SZÜKSÉGES INTÉZKEDÉSEK

Össze kell fogni az egészségügyet ismerő, ma is gyakorló szakemberekkel és egy olyan érthető, áttekinthető, számon kérhető programot hirdetni, melynek három legfontosabb üzenete **a hozzáférhetőség, a biztonság és a hitelesség.**

Cél: az egészségügy működőképességének megőrzése, a lakosság ellátásának biztosítása, az egészségügyben dolgozók megbecsülése, itthon tartása.

Éppen ezért a 2014-es választások után az egészségügy talpra állítását a lakosság-közeli ellátás, a háziorvosi rendszer, a mentés és betegszállítás, a járóbetegellátás és a gyógyszerellátás területén kell elkezdeni.

1. Társadalmi párbeszéd kezdeményezése az egészségbiztosítás jövőjéről, a jövedelemtulajdonosok és az egyes társadalmi csoportok elvárható teherviseléséről, új, reális és tisztességes egyensúlyáról. Az érdekegyeztetés fórumainak helyreállítása.
2. Az egészségügyi intézmények működési válságának elhárításához szükséges azonnali forrástöbblet biztosítása 2014-ben.
3. A háziorvosi rendszer működőképességének megőrzése és utánpótlásának biztosítása érdekében azonnali, az államilag garantált béremelés alapját képező finanszírozás-emelés, szeptembertől praxis-adminisztrátor képzés beindítása, a rezidensképzés keretszámainak növelése, ösztöndíj-programok elindítása.
4. Megfelelő forrástöbbletre támaszkodó általános béremelési program indítása, amelyhez társítani szükséges a GDP növekedéséhez kötött és az egészségügyi dolgozókkal kialakított életpálya modellt.
5. A háziorvosi ügyelet rendszerének átszervezése, az Országos Mentőszolgálat szerepének növelése a sürgősségi – ügyeleti rendszer működtetésében.
6. A betegek egyéni és közösségi védelméhez szükséges intézmények létrehozása.
7. A várólisták felülvizsgálata, a „kritikus várakozási idő” fogalmának 2015-től történő bevezetése.
8. Annak vizsgálata, hogy a nyugdíjasok, a gyermeket nevelő családok és a krónikus betegségben szenvedők gyógyszerkiadásait milyen eszközökkel lehet jelentősen mérsékelni 2015-től.
9. Olyan új ösztöndíjrendszer kidolgozása és a 2015. évtől történő bevezetése, amely elősegíti egyrészt az orvosi hiányszakmák választását, másrészt az egészségügyi szakdolgozók számának jelentős gyarapodását.
10. A társadalombiztosítás és ezen belül az egészségbiztosítás alkotmányos védelem alá helyezése, törvényben biztosított szervezeti és hatásköri egységének helyreállítása.

11. Az állami szerepvállalás csökkentése az egészségügyi intézmények tulajdonlása, fenntartása területén.
12. Új népegészségügyi program kidolgozása szükséges, amelynek megvalósítását már 2015. évtől meg kell kezdeni.

MELLÉKLET

EGÉSZSÉGET MINDENKINEK!

JAVASLATOK AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI PROGRAM ÜZENETEIRE

1. Elérjük, hogy az ország egész területén, mindenki jusson állapota alapján indokolt, biztonságos és megfelelő minőségű egészségügyi ellátáshoz. A minőségi ellátás biztosítéka az lesz, hogy a gyógyítás, a beavatkozások minőségi jellemzőit kórházanként közzétesszük a világhálón.
2. Az egészségügy újjáépítését a házi orvosoknál kezdjük: érzékelhetően növeljük a praxispénzt, ösztönözzük a csoportpraxisokat, az orvosi együttműködést és a házi orvosi munkát segítő ápolók, asszisztensek foglalkoztatását.
3. Újratervezzük a betegirányítás és a beutalások rendjét. A cél az, hogy a betegek kevesebbet utazzanak, a lakóhelyükhöz minél közelebb fogadják őket szakrendeléseken és kórházakban!
4. Megszüntetjük a káoszt a mentésben és betegszállításban. Gondoskodunk a gyors és hatékony sürgősségi ellátásról!
5. Fokozatosan és jelentősen emeljük az egészségügyre fordított közpénz összegét. Rendezzük a kórházak adósságait, emeljük az egészségügyi dolgozók alapbérét és ügyeleti díjait!
6. Csökkentjük a műtéti várólisták hosszát! Bevezetjük a „kritikus várakozási idő” fogalmát, ami az adott beavatkozás egészségkárosodás nélkül való halaszthatósági idejét jelenti. Ha a várakozási idő ezt tartósan meghaladja, az egészségbiztosítás új kapacitások lekötésével, a finanszírozási források bővítésével, jobb betegirányítással kötelees az várakozást az elviselhető határon belül tartani.
7. Életpálya modellt alakítunk ki az orvosok és ápolók itthon tartása érdekében! Eltöröljük a kényszernyugdíjazást! Figyelünk az egészségügyi dolgozók munkahelyi egészségvédelmére!
8. Növeljük az orvostanhallgatók létszámát és helyreállítjuk a középfokú szakdolgozó képzést az egyre súlyosbodó szakemberhiány megszüntetése érdekében!
9. Új népegészségügyet építünk, amely a szakma tanácsai alapján túllép az egészségügy felelősségén. Elősegítjük az egészség megtartását támogató környezeti feltételek létrehozását, adókedvezményekkel is könnyebbé tesszük a mindennapokban az egészségre előnyös választásokat (élelmiszerek,

szabadidőtöltés, stb.). Az iskolák, a civil társadalom, a média bevonásával a lakosságot jobban képessé tesszük saját egészségének fejlesztésére.

10. **Ismét felállítunk egészségügyi minisztériumot, mert a kormányban képviselni indokolt az egészség és az egészségügyi ágazat sajátos szempontjait. Csak így érhető el, hogy az egészség védelme és megőrzése az egész kormány felelősségévé váljék.**
11. **Lebontjuk a kórházakat uraló és gúzsba kötő állami vízfejet, megszüntetjük a bürokratikus irányítást és az önkormányzatok közreműködésével fejlesztjük a kórházakat és a szakrendelőket, kiemelten a diagnosztikai, a gyógyító és az információs technológiát!**
12. **A gyermekek egészségének védelmét új védőoltások bevezetésével, több gyermekorvossal, a gyermekorvosi ügyeletek hozzáférhetőségének javításával és az iskola-egészségügy erősítésével javítjuk.**
13. **Javítjuk a szív- és érrendszeri, valamint a rákbetegek ellátását, ezért**
 - **ösztönözzük a szívgyógyászat korszerű eljárásainak gyorsabb hazai bevezetését, megerősítjük a szívbeteg gondozó hálózatot;**
 - **a daganatos betegségek korai felismerése céljából bevezetjük a térítésmentes vastagbélrák szűrést, új lendületet adunk az emlő- és méhnyak-rákszűrés programjának;**
 - **a rákbetegek gyógyulási esélyeinek növelése érdekében felgyorsítjuk sugárterápiás eszközök korszerűsítését az új rákgyógyszerek alkalmazásának bevezetését.**
14. **Újjászervezzük az egészségbiztosítás rendszerét, és intézményeit alkotmányos védelem alá helyezzük.**
15. **Számúzzuk az egészségügy intézményeiben eluralkodott félelmet, helyreállítjuk az érdemi érdekegyeztetést.**
16. **Új közmegegyezést kezdeményezünk az egészségbiztosítás és az egészségügy működéséhez szükséges terhek ésszerű megosztásáról.**
17. **Kiszámíthatóvá tesszük a lakosság gyógyszerellátását. Megfizethető mértékű lesz a nyugdíjasok, a krónikus betegségben szenvedők és a gyermeket nevelő családok rendszeres gyógyszerkiadása.**