

- Az egészség-megőrzés stratégiai programjának kidolgozását és megvalósítását
- Az egészségügyi ellátás színvonalát biztosító, szakmailag megalapozott kezelési protokollt, illetve társadalombiztosítási ellenőrző orvosi hálózatot
- Az EU normákhoz közelítő részesedést a nemzeti jövedelemből az egészségügy számára, az orvosok és ápolók fizetésének rendezését
- A közfinanszírozott ellátórendszerben a köztulajdon fenntartását
- A társadalombiztosítás keretében igénybe vehető ellátás körének meghatározását, az ezen túlmenő igényeket fedező önkéntes betegpénztári megtakarítások állami támogatását
- A gyógyítást szolgáló kutatások függetlenítését az üzleti érdektől

1. Alapelvek

1. A ma egészségügye ténylegesen betegségügy. A szakmapolitikai viták, az érdekharok fókuszában a gyógyító tevékenység áll, miközben tudjuk, hogy az egészségi állapotunkat jóval inkább a gyógyításon kívüli tényezők határozzák meg. Éppen ezért az egészségmegőrzés végre elsőbbséget kell, kapjon a gyógyító tevékenységgel szemben.

2. Az egészségügy ma nem áll ténylegesen a társadalom ellenőrzése alatt, mivel nem létezik átfogó népegészségügyi szemlélet és program, ehelyett az erős befolyású csoportok részérdekeit szolgálja. A fejről a talpára kell állítani a dolgokat: minden egészségmegőrző-gyógyító tevékenységnek és döntésnek egyértelműen az ember, és nem intézmények, vagy beszállítók érdekeit kell szolgálnia.

Az egészségügy működési kereteinek kialakítása

Egyrészt egy egészségmegőrző program elméleti és gyakorlati megvalósítását szorgalmazzuk.

A másik program egy prioritási lista elkészítését célozza. Nyilvános vita eredményeként meg kell határozni, hogy mi tartozik ahhoz az alapvető egészségügyi ellátáshoz, amit mindenki számára biztosítani kell, a szociális helyzettől

függetlenül. Világossá és átláthatóvá kell tenni, hogy a szűkös forrásokat milyen tevékenységekre kell elsősorban fordítani. Az átláthatóság önmagában is az egészségügyet átható korrupció csökkentésének irányában hat. E listának a mostani programon túlnyúló jelentősége, hogy egy majdani ökológiai szemléletű egészségügy átalakításának is szakmai alapja lehet.

Harmadrészt az egyes betegségi állapotokra kidolgozandóak a szakmai protokollok. A gyógyítót a szakmai döntésében a finanszírozó és a szakmai kollégiumi hálózat által kidolgozott, s folyamatosan naprakészen tartott protokollrendszer kell, hogy segítse. Ez, a gyógyító-beteg találkozások többségét kitevő, választási lehetőségeket is tartalmazó szakmai előírás az átalakítás szakmai alapja. Egyszerre szolgálhatja a beteg biztonságtudatát és a szolgáltatóktól független külső ellenőrzést, valamint megvédheti a szakmailag helyesen eljáró egészségügyi dolgozót a jogi meghurcolástól.

Egészségmegőrző program

Olyan környezet-egészségügyi politikát kell megvalósítani, mely a jövő nemzedékek iránti felelősséget is szem előtt tartva az egészség-megőrzést a kormányzati politika rangjára emeli. A társadalom-, gazdaság- és környezetpolitikai döntések mindegyikét az egészségmegőrzés szemléletével kell alakítani. Ennek tükröződnie kell a nemzeti fejlesztési programokban és az ágazati politikákban is. Meghatározott ütemezés szerint csökkenteni kell azokat az egészségkárosító hatásokat, melyek környezeti okokra vezethetők vissza. Törvényben kell biztosítani, hogy egyetlen kormányzati, önkormányzati intézkedés se csökkenthesse tovább a környezeti, a kémiai, az élelmiszer, a vízellátás és a közlekedés biztonsági szintjét.

Súlyának megfelelően kell beilleszteni a kötelező oktatás teljes rendszerébe az egészségügyi ismeretek oktatását. Ennek a tartalmát, személyi feltételeit, minőségbiztosítási rendszerét és az oktatók képzését kell tartalmaznia az egészségmegőrző programnak. Ehhez a programhoz tartozik az érthető tájékoztatás hiányának enyhítése, a nem szakmabeliek megalapozott információkkal történő ellátása. Közre kell adni az állampolgárok eltérő műveltségi szintjét figyelembe vevő beteg-tájékoztató kiadványokat, melyek legyenek elérhetőek a könyvtárakban, az orvosi rendelőkben és az interneten. Az alapvető elsősegély-nyújtási ismereteket át kell adni a lakosság számára.

Változások az intézményszerkezetben

A fenti programok alapján olyan intézménystruktúra tervezhető, amely biztosítja a társadalmi szintű hatékonyságot. Ennek kialakításakor szem előtt kell tartani a mai egészségügy egyik legsúlyosabb problémájának, a területi egyenlőtlenségnek a felszámolását.

A mai háziorvosi szolgálat helyett házi egészségügyi szolgálat működtetése jelenti az egyik legfontosabb, a betegek által is érzékelhető változást. A ma, a háziorvos által végzett tevékenységek igen jelentős részét, komoly szakmai tudást igénylő feladatokat is diplomás középkáderek fogják elvégezni. A háziorvos így abba a rég nem volt helyzetbe kerülhet újra, hogy szakmai munkát végezhet. El fogja tudni látni azokat a betegeket, akiknek ellátására eddig kizárólag az óriási terhelés miatt nem volt képes. Mindez jelentősen csökkenteni fogja a kórházak, járóbeteg-rendelések terhelését.

A területi kiegyenlítés elvei alapján a járóbeteg-rendeléseket meghatározott lélekszám szerint kell telepíteni úgy, hogy el tudják látni az összes, járóbeteg-rendelésen megoldható problémát.

A házi egészségügyi és a járóbeteg-rendelők fentiek szerinti átalakítása radikálisan csökkenti a fekvőbeteg-ellátás iránti igényt, így az optimális méretű kórházak maradhatnak fenn. Ez némi leegyszerűsítéssel a mai megyei kórházak mellett megyénként egy-egy másik kórházat jelent átlagosan. (Természetesen a szociális ellátóhálózat kialakítása meg kell előzze a kórházi kapacitás radikális csökkentését, hiszen ma számos ember fekszik ezen ellátási szintek alulfejlettsége miatt „aktív” ágyakon.)

Nem kerülhető meg az egyetemi ellátás radikális átalakítása. Semmi sem indokolja, hogy az egyetemek a városi kórházi szinten éppen olyan eredményesen ellátható betegeket tömegesen kezeljék. Ahhoz sem fűződik közérdek, hogy az egyetemi ellátási szintet a fővárosban az országos intézeti hálózattal megketőzzük. Utóbbiakat az egyetemekhez kell csatolni.

Finanszírozási változások

Egy kormányzati cikluson belül két, az egészségügy jelenlegi működését ellehetetlenítő problémát kell megoldani.

Egyrészt az egészségügyi dolgozók bérezését radikálisan javítani kell. Ma az egy főre jutó nemzeti össztermék 1-1,5%-át keresi meg egy orvos, miközben a nyugat-európai átlag ennek kétszerese. A nyugati egészségügyi rendszerek elszívó hatását figyelembe véve megkerülhetetlen, hogy a hazai bérek az egy főre jutó GDP 3%-ra emelkedjenek 4 év alatt.

A másik megoldandó kérdés az egészségügyi szolgáltatásoknak valós érték szerinti finanszírozása, az amortizációnak a beépítése. A finanszírozásnak mai formája, melyben a finanszírozó nem biztosítja az egyes betegségekhez szükséges forrásokat az intézményeknek, tervezhetetlen, folyamatosan csőd közeli, morálisan is szétziláló állapotot generál.

E két lépés azzal a valószínűsíthető következménnyel jár, hogy a jelenleg rendelkezésre álló források nem fogják tudni fedezni a közfinanszírozásba jelenleg biztosított szolgáltatásmennyiséget. Ennek az egészségügyi ellátórendszert ellehetetlenítő helyzetnek a felszínre hozása, s megoldása nem odázható el tovább. Egyértelművé kell tenni a helyzetet: vagy többet fordítunk az egészségügyi ellátásra, vagy csökkentjük a közfinanszírozott szolgáltatások arányát. E súlyos konfliktust magában rejtő probléma kezeléséhez ad ésszerű keretet a korábban említett fontossági lista.

A prioritási lista élén álló betegségek esetében fenntartandó a 100%-os közfinanszírozás. A hátrébb sorolt betegségek és állapotok esetében változó mértékű lakossági hozzájárulást kell kérni.

Az önkéntes egészségpénztárak jelentik a lakossági terhek csökkentésének egyik útját. Az állam adókedvezményekkel kell, hogy ösztönözze az öngondoskodási hajlandóságot. A közgyógyellátás rendszeréhez hasonlóan a szociálisan rászorultaknál az államnak, illetve az önkormányzatoknak át kell vállalniuk az önrész jelentős, de nem teljes részét.

Tulajdonviszonyok

Az egészségügyet változatlanul a köz ellenőrzése alatt kell tartani. Mindaddig, amíg nem épül ki a minőségbiztosítás rendszere, a fogyasztóvédelem, amíg a mai hadigazdálkodási viszonyokat egy finanszírozási reform nem szünteti meg, addig a hagyományosan közösségi feladatnak számító közfinanszírozott egészségügyben nincs helye a szolgáltatói és biztosítói oldalon a tőkeerős magántulajdonosok megjelenésének. Nem engedhető meg, hogy a forráshiányra hivatkozva az állami hitelfelvételnél már középtávon is kedvezőtlenebb kórház-privatizációs trend folytatódjon, illetve az elkezdődött PPP program kiteljesedjen. Utóbbiak egy olyan hitelfelvételnek tekinthetők, ahol drágább kamatot fizetünk, ráadásul a felvett hitel elköltése felett sem szabadon rendelkezünk, s kockára tesszük gyengébb érdekérvényesítő-képességű betegcsoportok ellátását. Haladéktalanul felül kell vizsgálni azon magánosításokat, ahol a gyógyítás szabadságát és a betegérdeket súlyosan veszélyeztető, összeférhetetlen módon ún. szakmai befek-

tetők (egészségügyi beszállítók) jelentek meg szolgáltatókként. A gyógyítóknak - az alapellátáshoz, gyógyszertárakhoz hasonlóan - a szakellátásban is meg kell adni azt a lehetőséget, hogy megválasszák, hogy saját munkájukat milyen minőségben kívánják ellátni. A várhatóan virágzásnak induló magánorvosi ellátásban támogatandó a magántőke szerepvállalása, ezt az orvosok jogállásáról szóló törvénynek kell szabályoznia.

Minősbiztosítás, fogyasztóvédelem

A korábban leírt protokollrendszer elfogadása és naprakészen tartása jelenti a szakmai minősbiztosítás alapját. Elengedhetetlen az orvos-szakmai konfliktusokat felvállalni képes és kész ellenőri szervezet felállítása és működtetése. Ezt a biztosítóhoz kell telepíteni, mert egyedül az képes a betegek érdekeinek intézményes képviselésére. Világosan látni kell, hogy a szolgáltatóktól független külső ellenőrzéshez semmi köze nincsen a ma virágzó belső minősbiztosítási iparágaknak.

Egészségügyi dolgozók jogállása

Az egyik alapvető változás az egyre nagyobb arányban felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók partneri szerepbe emelése, megfelelő jogosítványokkal és felelősséggel való felruházása. Elsősorban az alapellátásban okoz mindez radikális változást: nyugati kollégáihoz hasonlóan a magyar nővér is képessé válik szakmai tudásának hasznosítására.

A másik változás a szakorvosok (szakdolgozók) közvetlen biztosítói szerződése. A jövőben, ahol ez megoldható, nem egy-egy intézmény, hanem a szakmai munkát végző szakorvos (szakdolgozó) lesz a finanszírozás alanya. Ez a változás világos felelősségi keretet teremt a szakmai munkához, gátját szabja betegellenes intézményi érdekek érvényesítésének. Lehetőséget teremt a hálapénz, illetve a ma virágzó kórházi gebintevékenység visszaszorítására is, a szerződés ugyanis konkrét betegellátási tartalomra szól. Nem lesz érdeke az orvosnak az, hogy a beteg által zsebből honorált többletmunkát végezzen közfinanszírozásban. Az önálló OEP-szerződés jelenti a bázisát a területi egyenlőtlenségek megszüntetésének, mivel a szerződés konkrét földrajzi területre szól majd.

A kórházakban az osztályvezető főorvos felelősségén és döntési szabadságán alapuló fekvőbeteg-ellátást az évek óta érvényben lévő törvényeket betartatva fel kell váltania a szakorvosi felelősségvállaláson alapuló rendnek. Az egészségügyi szolgáltatók kötelező felelősségbiztosítási rendszere ténylegesen összeomlott.

Ma az orvosok egyre nagyobb része a saját és családja teljes egzisztenciáját kockáztatja kritikus esetekben. Súlyos, a betegek igen nagy részét veszélyeztető ez a helyzet, ugyanis nem a szakmailag legjobb, hanem az orvos számára kisebb jogi kockázattal járó döntés meghozatalára kényszerül ilyen esetekben a gyógyító. Hosszabb távon törvényi rendezést kíván a probléma, de azonnali intézkedésként egy állami garanciaalapot kell létrehozni, mind a betegek, mind a szakmai szabályszegést el nem követő orvosok védelmében.

Gyógyszerügy

A gyógyszerügy a globalizált világ legjövödelmezőbb üzletágává vált. Ez az emberiség újabb kori történetében példa nélküli befolyás néhány multinacionális cég kezében van, és mára az egész világot bizonyos értelemben a maga képére formálta. Az ökológiai válság egyik gyökere ezen vállalatok sikeres törekvése, hogy bármi áron fogyasztóvá tegyék az embereket. A legsúlyosabb problémák egyike az egészségügynek egészségiparrá alakítása, melyet a gyógyszergyárak vezérelnek. Olyan területeken is meghatározó a szerepük, ahol semmilyen keresnivalójuk sem lenne. Ilyen terület az orvostudományi alapkutatásoké, ahol ma olyan problémák kutatására van esély, ami a gyógyszergyárak számára gazdaságilag ígéretes eredménnyel kecsegtet. Jó ideje egyre súlyosbodó ökológiai problémát jelent a gyógyszerkipróbálások és alkalmazás módja. Ma a finanszírozási döntésekben, gyógyszerfinanszírozások, és gyógyszerek alkalmazásában egyaránt meghatározó a gyógyszergyárak (nem egyszer a törvényesség határait átlépő) közvetlen ráhatása. A közérdek biztosítása érdekében részben nemzeti, részben Európai Unió kereteken belül hatékony lépéseket kell tenni ennek a, környezetünk épségét és az orvoslás alapjait egyaránt kikezdő gyakorlatnak a felszámolására.

Az egyik legfontosabb, csak nemzetközi fellépéssel elérhető cél, hogy az új gyógyszerek klinikai alkalmazásának a szabályozása megváltozzon: a hasznosságot az egészségnyereség mértéke kell meghatározza, míg a kockázatoknál nemcsak a gyógyszert szedőnél rövid távon jelentkező, de a következő generációkra, s környezetünk egészére gyakorolt becsült hatást is figyelembe kell venni. A kipróbálások menetét egységesíteni kell, s azt teljes civil kontroll alá kell helyezni.

Gyógyszeralapot kell létrehozni. Ennek az alapnak kell átvenni olyan feladatokat, amiket ma összeférhetetlen módon a gyógyszergyárak látnak el. Azt a forrást, amit e cégek erre költöttek, adók formájában el kell vonni tőlük. Ennek az alapnak a feladata az alapkutatások irányának a meghatározása és finanszírozása.

A gyógyszerkipróbálások kivitelezését a gyógyszergyárhoz anyagilag független szakemberekre kell bízni. A gyakorló orvosi tevékenységgel összeférhetetlennek kell nyilvánítani, ha valaki gyógyszergyártól bármilyen célra közvetlen támogatást kap. Hatósági gyógyszerismertető hálózatot kell felállítani, mely marketing szempontoktól független, valós szakmai információkkal látja el az egészségügyi dolgozókat, szemben a mai, marketing alapon tevékenykedő gyógyszergyári ügynöki hálózattal.

A gyógyszerár-támogatás rendszerében a fix támogatás elvét általánosan érvényesíteni kell. A fogyasztást ösztönző, azaz a médiában megjelenő gyógyszerreklámok teljes tilalma mellett hiteles, könyvtárakban, interneten, orvosi rendelőkben hozzáférhető, naprakészen tartott egészségügyi információkat, köztes gyógyszeradatbázist kell elérhetővé tenni. Elő kell írni a hatóanyag néven történő gyógyszerrendelést.

Az átalakítási program alapvető politikai kérdése

A rendszerváltozás óta eltelt 15 évben világhosszá vált, hogy nem biztosítható a magyar polgárok Alkotmányban rögzített, a „lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez” való joga. Ki kell mondani, hogy nem tudunk többé (tudunk-e valaha?) ingyenes és mindenki számára egyenlő egészségügyi ellátást nyújtani. Az eltelt 15 év morálisan, gazdaságilag és szakmailag is szétzilálta az egészségügyi ellátórendszert.

Az Alkotmány módosítását is igénylő új rendhez társadalmi közmegegyezés szükséges, mindannyiunknak meg kell állapodnunk. Meg kell határozni, hogy mennyit tudunk fordítani a gyógyító-megelőző tevékenységre, s ezen belül melyikre mennyit. Meg kell állapodni abban, hogy milyen egészségügyi tevékenységeket finanszírozzunk, melyeknél kell az ingyenességet fenntartani, illetve melyeket és milyen arányban kell fizetőssé tenni.