

FRANS VAN DE RIJDT

EU – Máltai Szeretetszolgálat

(A magyar tolmács által elmondott előadás-szöveget közöljük)

Frans van de Rijdt úr, aki együtt dolgozik a Máltai Szeretetszolgálattal, tulajdonképpen a bécsi Irgalmasrend alkalmazottja, ő az európai összes irgalmasrendi kórház gazdasági-műszaki tanácsadója, és több mint egy évet dolgozott Magyarországon, mert többek között az itteni irgalmasrendi kórházat is átvilágította. Most megkezdí német nyelvű előadását, amelyet én fogok tolmácsolni, de a hozzá vetített képek magyarul vannak.

Úgy gondolja, hogy alapvetően a következőképpen működik gazdaságilag az egészségügyi intézmény: csak a pénzzel lehet kormányozni, irányítani, csak azt lehet figyelembe venni. Első lépésben arról szeretne beszélni, hogy honnan jön a pénz, a második részben arról, hogy hogyan szükséges elosztani a pénzt, a harmadikban az irgalmasrendi szervezetről szeretne szólni.

Európában három alapvető modell figyelhető meg, ahonnan a pénzforrás jön. Az első az állami egészségügyi szolgáltatás modellje: az adóból befolyó pénzeket osztja el az állam. Skandináviában, Angliában, Írországbán a kórházak ezekből a pénzekből működnek. A második modell a társadalombiztosítás modellje, ahol a munkáltatók, a munkavállalók járulékából jön a pénz, és elsősorban azt osztják föl. Több nyugat-európai államban és az EU-hoz most csatlakozott országokban általában ez található. A kórházak, függetlenül attól, hogy államiak, önkormányzatiak vagy magán-jellegűek, ebből a pénzből kapnak. A harmadik a magánbiztosítás modellje, amely Európán kívül, leginkább az Egyesült Államokban működik. Vannak olyan vegyes modellek is, ahol a társadalombiztosítás mellett az állam bizonyos beruházásokat finanszíroz, és van végül a magánszektor által finanszírozott, önfenntartó modell.

A költségek az EU-ban és mindenütt általában növekednek, ezért arra kell törekedni, hogy a forrás minél nagyobb legyen. A teljesítmény nagyobb, a költség is egyre több. Ahogy nő az átlagos életkor, az idősebb embereknek sokszor már negyedévenként kell egy-egy vizsgálatra menniük, és korösszetételében az egész társadalom általában idősebb lesz.

Egy bizonyos harmadik fél általi fizetésnél figyelembe kell venni, hogy esetleg külső szolgáltató fedezi a költségét. Ha a páciens nagyobb szolgáltatást igényel, az orvos biztosítja azt, és a költségviselőnek ezt is fedeznie kell. A fő probléma: nem igazán akarja senki vállalni a felelősséget azért, hogy a költségek emelkednek. Kevés országban van mindenre fedezet, tehát bizonyos ellátási láncok hiányoznak. Ez Magyarországra nem vonatkozik, mert itt elég jól szervezett. Nagyon sok országban külön van keret az egészségügyre és külön az ápolásra, és előfordul, hogy a járóbeteg-ellátásra is külön van a finanszírozás. Például Ausztriában a háziorvos olyan kevés pénzt kap a betegellátásra, hogy amilyen csak gyorsan lehet, a beteget továbbküldi klinikára vagy kórházba. A gyógyszereket általában a betegbiztosítás fizeti, a kórházakat pedig főképpen a befolyt adókból tartják fenn. A forrásteremtés vizsgálatánál legtöbb országban külön foglalkoznak az akut ellátással, az ápolással, illetve a rehabilitációval.

A forrásteremtés követelményeit illetően az a véleménye, hogy a finanszírozási módtól függetlenül mindenki számára biztosítani kell az alapellátást. Az ellátás során differenciáltan kell a pácienseket kezelni aszerint, hogy ki milyen mértékben járul hozzá a jövőben az ápoláshoz, az egészségügy finanszírozásához. Ez a tendencia egész Európára érvényes. A különféle kiegészítő ellátások legyenek teljesen szabadon választottak, és ezeket magánbiztosítóknak kell finanszírozniuk. Az ellátás napi költségeinek elszámolását egyre inkább a teljesítmény-finanszírozásra kell alapozni, hiszen ha például valaki egy autót javíttat, nem a naponta felmerülő költségeket fedezi, hanem a hibát javíttatja, és azt fizeti. Vannak olyan megoldások, hogy a végzett munkának csak egy részét fizeti a biztosító, és olyanok, ahol a teljes költség fizetése történik. Előfordul, hogy nem egységes a fizetés ugyanazért a teljesítményért. Például Szlovákiában a háziorvosi ellátásban is már három lépcsős finanszírozás van, és az egyes lépcsőknél az elszámolás attól függ, hogy kicsi, közepes vagy nagy kezelést vagy ellátást biztosít az orvos; esetenként 40 %-os térítési differencia is előfordul. Ausztriában, Németországban pontrendszerben, pontszámok alapján fizetik az ellátást. Minden országnak ki kellene alakítania az optimális teljesítményfinanszírozást, és azt lehet majd egyre magasabb színvonalra emelni. Ennek az optimális fázisnak eléréséhez természetesen nagyon fontos a bruttó nemzeti jövedelem adta lehetőségek figyelembevétele.

A forráselosztás elsődleges követelménye, hogy lehetőleg egy kézben legyen. Három területre kell gondolni: a háziorvosi, a kórházi ellátási és a rehabilitációs ápolási költségekre. A háziorvos szerepét hangsúlyozza, hogy mielőtt a beteg bekerülne szakorvoshoz vagy klinikára, a háziorvosi ellátás lényeges. Németországban, Ausztriában kihagyhatja a háziorvost a beteg, és közvetlenül mehet szakorvoshoz vagy kórházhoz. Mint már elhangzott előzőleg, az egészségügyi ellátásban az egyik oldalon a piacnak, a másik oldalon a szolidaritásnak jut szerep. A kórházaknak, a szolgáltatóknak pontosan tudniuk kell minden szolgáltatásnál, hogy ezért milyen térítést kapnak. Minél nagyobb a költségfelelősség, annál jobb a piaci helyzet.

Ami a felekezeti kórházakat illeti, azok természetesen nem nyereségorientáltak. A 400 éves Irgalmasrend kórházai csakis a beteg segítségét tartják feladatuknak. A világszerte több mint 400 kórházat működtető Irgalmasrend célja betegek, idősek, szegények, fogyatékosok, perifériára szorultak segítése. Alapértékeinek középpontjában az ember, az egészség áll, mert az embernek egyik legfontosabb értéke az egészség. Természetesen fontos, hogy gazdaságilag megfelelően fenn tudja magát tartani a rend ellátó szervezete. Európában 147 különböző egészségügyi intézményt működtet az Irgalmasrend. Ezek mindenütt tagjai az országos egészségügyi ellátási rendszernek, és természetesen mindenütt ugyanúgy és abban a rendszerben kapják a támogatást, mint más nyilvános kórházak. Ez azt jelenti, hogy ezekben az országokban nem csupán a gyógyászati ellátást, hanem a beruházásokat is támogatja az állam.

Az előadáshoz vetített ábrákon többek között statisztika látható arról, hogy milyen volt a bruttó nemzeti jövedelemből az egészségügy részesedése egyes országokban 2000-, 2001-, 2002-ben. Az átlag Európában kb. 8 %, az EU-ba újonnan belépett országokban, például Lengyelországban, Szlovákiában, Csehországban pedig 5-6 %. Magyarország is az ábrán látható. Az egyik ábra bemutatja azt is, hogy a GDP egy főre eső vásárlói paritásának figyelembevételével melyik állam mennyit költ egészségügyre. Itt egy kicsit rosszabb a helyzet, mert az újonnan belépett tagok – köztük Magyarország is – az „alacsonyabb régióban” helyezkednek el. Egy további grafikon szerint az 1000 lakosra jutó kórházi ágyak számát illetően Európában Németország van az élen, és ebben a rangsorban Magyarország is egészen jó helyen áll.

Az előadó végül megköszöni a jelenlévők figyelmét, és a tanácskozáshoz minden jót kíván.