

SZAKDOGOZAT

A VILÁG VILÁGOSSÁGA ALAPÍTVÁNY SZAKRENDELŐJÉNEK BŐVÍTÉSE

OKÁN A JELEN MAGYAR EGÉSZSÉGPOLITIKA KOR RAJZA

KÉSZÍTETTE: DR. SEBESTYÉN IBOLYA

2003.

I. Bevezetés

A Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője a magyarországi rendszerváltozás küszöbén, 1990-ben kezdte meg működését.

Mint ilyen – alapítványi egészségügyi ellátás – elsőnek az országban.

A szemészeti és gyermekgyógyászati járóbeteg szakrendelést az Országos Egészségbiztosítási Pénztár már akkor befogadta, mint szükséges, finanszírozandó tevékenységet.

1996-ig bázis finanszírozásban részesültünk közvetlenül az OEP-től, majd ezt követően a Megyei Egészségpénztáron keresztül, mint többletkapacitás, tételes elszámolási rendszerben került finanszírozásra a fogyatékos betegek ellátása.

Minden évben Miniszteri befogadó nyilatkozatot kellett kérnünk a többletkapacitás befogadására, melyet – tevékenységünk hiánypótló szerepét elismerve – minden évben, kormányoktól függetlenül megkaptunk.

A Világ Világossága Alapítvány 1987-ben jött létre a vak, gyengénlátó és egyéb szembetegséggel küszködő gyermekek és fiatalok egészségügyi ellátására, oktatására, nevelésére, képzésére, foglalkoztatására.

1990 szeptember 1. óta működik a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője az Alapítvány által épített, Mecsek-nyugaton fekvő házban.

Ugyanekkor kezdte meg működését ebben a mintegy 400 m²-es épületben a Látássérült Gyermekek Rehabilitációs és Oktatási Központja, ahol óvodás és általános iskoláskorú gyermekek (3-tól 16 éves korig) gyógypedagógiai oktatása, nevelése folyik. Kezdetben 25, majd 40 fővel működő, esetenként egyéb fogyatékosággal társuló vak, vagy csökkentlátó gyermekek gyermekgyógyászati, valamint szemészeti ellátása a szakrendelő által alkalmazott 1 fő szemész, heti 30 órában, és egy fő gyermekgyógyász, heti 10 órában, másodállásban jól el tudta látni. A gyermekgyógyász kolléga a közeli Megyei Gyermekkorházban dolgozik fő állásban, így a kórházi ellátást igénylő esetek folyamatos kézbentartása is biztosítva volt, és így van ez a mai napig is.

A szemészeti szakrendelő nemcsak az intézményi ellátottak vizsgálatát végezte/végzi, hanem az ország egész területéről jönnek a látássérültek a speciális ellátási igényük kielégítésére.

Magyarországon a mienkhez hasonló rehabilitációs - rehabilitációs szemészeti szakellátás máshol nem folyik. Az igények pedig minden korcsoportban évről-évre nőnek.

A klinikai, kórházi osztályok, vagy szemészeti ambulanciák, esetenként a szakrendelők ha az alap vizsgálatokat, a vaksági járadékos javaslatot, vagy a diagnózis felállítását el is végzik, a folyamatos gondozásra nincsenek sem személyzetileg, sem technikailag, sem időben felkészülve.

Jóllehet ezen krónikus betegek, vagy a fogyatékoság állapotában élő gyermekek, fiatalok és felnőttek, valamint hozzátartozóik állandó segítségre szorulnak mind a terápiás irányadást, mind az életvezetést, mind a segédeszköz ellátást illetően.

1994-ben hoztuk létre a Látássérült Fiatalok Rehabilitációs Speciális Szakiskoláját és Szakiskolát, mellyel az ország első vakügyi szakképző intézményét teremtettük meg, valamint a régió első fogyatékosokat befogadó szakiskoláját.

Amire a 2000 m²-es új házunk elkészült, 1997-re már az alapító okiratban szereplő 40 férőhely kevés volt, majd a 2002-2003-as tanévben már az 1998-ban 70 főre emelt férőhely is kevésnek bizonyult.

II. A téma részletes kidolgozása

A probléma meghatározása:

Az egészség a teljes fizikai , szellemi és társadalmi jólét állapota. (WHO)

A sok évtizedes magyar gyakorlat szerint , aki fogyatékosága révén a fizikai és/vagy szellemi jóléttől megfosztatik , azt a társadalom szegregációval és az ellátásokból való kizorítással tovább bünteti. Az egészség (fizikai és szellemi) viszonylagos , melynek nagyfokú defektusát a rehabilitáció komplex eszköztárával (orvosi- , pedagógiai-, foglalkoztatási rehabilitáció , szociális kompetencia megteremtése) jól lehet kompenzálni. Csak tudni kell , csak tenni kell !

A sérült (fogyatékkal élő) gyermekek és fiatalok a primer károsodás (érzékszervi ; látás , hallás , testi – mozgássérült , illetve értelmi) mellett és a társadalmi kirekesztettségéből adódóan is idegrendszeri és /vagy pszichológiai , pszichiátriai eltéréssel is gyakran rendelkeznek.

Az ICIDH (International classification) szerint a fogyatékoság (Disability) funkcióvesztés , képtelenség valamire , mely szubjektív, orvosi és társadalmi elemeket tartalmaz. Meg kell különböztetni a károsodástól (Impairment) , mely objektív , orvosi elemeket tartalmaz társadalmi hátrány nélkül és a rokkantságtól (Handicap) , mely tartalmaz társadalmi elemeket , hátrányt.

A Világ Világossága Alapítvány intézményei és a szakrendelő ilyen irányú terhelése csak fokozódott a felzárkóztató oktatás felvállalásával , valamint a pubertáskorúak számának lényeges megemelkedésével. A magatartászavar , szocializációs probléma és/vagy hypermotilitás miatt más iskolákból kitiszított gyermekek és fiatalok egyre nagyobb számban keresnek menedéket a mi iskoláinkban , ezért a pszichiátria , pszichológiai problémák napi teendőket igényelnek.

Minden korcsoportban , de a halmozottan fogyatékos 5-12 évesek között különösen magas arányú (70%) az epilepsziás megbetegedés. Ezeknek az epilepsziáknak a beállítása sokszor nagyon nehéz. Követésük a napi környezetben elengedhetetlen ahhoz , hogy a lehető legoptimálisabb gyógyszert , ill. gyógyszer kombinációkat kaphassák.

Mind a halmozottan fogyatékosok , mind a magatartás zavarosok között igen gyakori az agresszió , autóagresszió . Az ő gyógyszeres kezelésük sem megoldott a területi „normál” szakrendeléseken , mivel ebben sem kellő gyakorlatuk nincs , sem kellő idejük a valós probléma átlátására.

1998-99-ben alkalmaztunk rész munkaidőben neurológust és pszichiátert , aki ugyan csak felnőtt, és csupán nem fogyatékos gyakorlattal rendelkezett , de így is a gyógyszeres beállítások és a pszichoterápiás módszerek alkalmazása a közösségben a problémák jelentős részére megoldást jelentett.

Azonban a kollégánő a fent említett tapasztalatok híján nem bírta tovább a megterhelést és nem vállalta tovább az ellátást.

Ezt követően nem találtunk megfelelő szakembert erre a munkára. Próbálkoztunk az önként jelentkező pszichológusokkal is , de ők részben szakmai korlátaik miatt , részben a nagy megterhelés miatt 1-2 évnél nem bírták tovább.

2002 évben sikerült találnom 2 olyan kollegát , akik neurológiai , pszichiátriai ill. pszichoterápiás szakirányú végzettséggel és megfelelő tapasztalattal rendelkeznek a gyermek és ifjúsági populáció terén , valamint némi fogyatékosügyi jártassággal és nagy lelkesedéssel bírnak.

A projekt fő célja:

A látássérült és /vagy más sérüléssel, vagy egyéb krónikus betegséggel bíró , az Alapítvány intézményeiben (Látássérült Gyermek Rehabilitációs és Oktatási Központja Óvoda Általános Iskola és Kollégium , Látássérült Fiatalok Rehabilitációs Speciális Szakiskolája és Szakiskola) oktatott és nevelt gyermekek és fiatalok komplex habilitációs - rehabilitációs , orvos-egészségügyi ellátása.

A Világ Világossága Alapítvány szakrendelője tevékenységi spektrumának kiszélesítése .

Felvenni a szakrendelő tevékenységi körébe állandó jelleggel , módosított ÁNTSZ működési engedéllyel a neurológiai járóbeteg szakellátást heti 3 órában , a pszichiátriai járóbeteg szakellátást heti 7 órában és a pszichoterápiás járóbeteg szakellátást heti 7 órában .

Az új tevékenységek Országos Egészségbiztosítási Pénztár által történő finanszírozásának biztosítása az 1990 óta folyamatosan finanszírozott gyermekgyógyászati és szemészeti járóbeteg szakellátás mellett.

A projekt részletesebb és specifikusabb célrendszere:

A veleszületett ill. szerzett fogyatékoságok mintegy 30 %-ában nemcsak egy szerv, szervrendszer károsodik, hanem a károsító ágens (pl. perinatális hypoxia), ill. a betegség jellegéből (pl. genetikai eltérés) fakadóan több szerv, szervrendszer károsodik. Ez a társuló károsodó szervrendszer igen gyakran az idegrendszer.

A központi idegrendszer károsodása az értelmi sérülés különböző fokozatai (gyógypedagógiai finomabban árnyal terminológiával: részképesség zavar (ok), tanulásban akadályozott, értelmileg akadályozott, orvosi terminológiával : debilis (enyhe mentális retardáció) , imbecillis (közepes mentális retardáció) , ill. idióta (súlyos mentális retardáció) mellett gyakoriak az idegrendszer egyéb organikus zavarai , 10-20% közötti az epilepszia jelenléte. Gyakori az organikus pszichiátriai zavar a központi idegrendszer sérülése esetén , melyek , ha pontosan nem is identifikálhatóak, megfelelő kezeléssel egy részük lényegesen javítható, egyéni és közösségi fejlesztésük is jelentősen befolyásolható. Epilepsziához társuló iktális , vagy interiktális pszichiátriai zavarok felismerése és kezelése elengedhetetlenül fontos.

A sérült fiatalok pubertáskori krízis tünetei hangsúlyosabban jelentkeznek. Ekkor tudatosul igazán funkcionális és szociális hátrányos helyzetük , cselekvési korlátozottságuk és nagy hangsúlyt kap az esetleges (nem túl ritka) esztétikai hátrány (pl. sorvadt szemgolyó , melyre a „normál” közösségben gyakran tesznek negatív megjegyzést).

Az önmaguk elfogadása mellett fel kell dolgozni a család és mikrokörnyezet elfogadási nehézségeit , vagy el nem fogadását. Ekkor szembesülnek azzal , hogy ők milyen szociális (idő , pénz) terhet jelentenek , jelenthetnek környezetüknek. Ezek feldolgozásában , lehetőség szerint megoldásában segít a szakképző program , melyet remélhetőleg hamarosan foglalkoztató program is követni tud megfelelő

központi támogatás segítségével. Azonban az esélyes pozitív távlat nem elég , nem képes a mindennapi pszichés problémák , szociális zavarok megoldásához. Krízis helyzetben nagy jelentősége van a pszihopharmakonoknak , melyet gyakorlott pszichiáter kell , hogy irányítson. E mellett és folyamatosan azonban elengedhetetlen a pszichoterapeuta aktív, empatikus tevékenysége , hisz a kognitív pszichoterápiával feltérképezhetők egyes magatartászavarok hátterében álló kognitív díztorziók. De a posttraumás stressz állapotok , vagy a hiperaktív gyermekek gyógyításában a pszichotrop farmakonok mellett a tartós pszichoterápia útján lehet javulást elérni. A zárt közösségben , intézményben nevelt gyermekeknél , fiatakorúaknál gyakran fellépő krízishelyzetek esetén is nélkülözhetetlen a pszichiáter, pszichoterapeuta állandó jelenléte , munkája diadális thérápia útján , amelynek során szupportív , majd kognitív terápia útján folyamatosan hatni tud.

A szociálisan hátrányos helyzetű , pszichésen traumatizált , maladaptív viselkedési sémákkal , alkalmazkodási zavarokkal küszködő fiataloknál a korábbi lelki sérülések korrekciója kognitív és magatartás terápia útján indokolt. A fiatalok e csoportjánál különösen alacsony a feszültségtűrő képesség , ezért a stresszcsökkentő viselkedés mintái , feszültségredukciós technikák tanítása magatartásterapeuta feladata. Ugyanakkor e csoportoknál a kóros bizalmatlanság , ellenségesség befolyásolása megfelelő raport kialakítása által , a hosztilis magatartás korrekciója is terápiás célkitűzés.

A fogyatékos és a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekeknél és fiataloknál kiemelt jelentőségű a pszichodukáció , egy szocializációs folyamatban a reszocializáció , viselkedési sémák , kompetencia fejlesztése , értékek interiorizációja pozitív megerősítések útján. Vak gyermekek esetében a testsémára vonatkozó kognitív disszonancia és díztorzió korrekciója a gyogyopedagógus mellett a pszichoterapeuta munkája által orvosolható.

A serdülő korosztálynál a pszivhoedukáció részeként kiemelten fontos a szexuálpszichológiai gondozás , amely pszichiáter , pszichoterapeuta szakorvosi feladat. A hét nagy részét zárt , de koedukált közösségben , intézményi körülmények között élő fiatalok egészséges szexuális magatartásának kialakítása , a szexuáletikai alapok megteremtése , az értelmileg sérültek fokozott szexualitásának helyes mederbe terelése , agy valamennyi sérült bizonytalan önértékelésének segítése , ugyanakkor az utódaik iránti felelősség tudatosítása mind-mind csak a folyamatosan létező terápiás beszélgetések során válik lehetségessé.

A serdülőkorú lányoknál jelentkező táplálkozási zavar , - bulimia , mely helyenként anorexia nervosába torkollik – valamint az ezzel összefüggő testképre vonatkozó díztorziók korrekciója állandó kognitív- és magatartásterápiás gondozást igényel.

A sérültek befolyásolhatósága közismert. Ezért könnyű prédái lehetnek a drog dealereknek , vagy a pedophil felnőtteknek. Mindezek prevencióját segíti elő az én-erő fejlesztés , mely sok esetben a folyamatos szituációs gyakorlatok által, viselkedés - terápiás tréning útján fejleszthető.

Pszichoterápiás szakemberek jelenléte ilyen összetett és többszörösen veszélyeztetett közösségben azért is fontos , hogy a látens depressziók , az esetleges szuicid szándékok felismerésre kerüljenek . Hogy segítséget nyújthassunk pszichés dekompenzáció esetén az indulati ventilláció levezetésében , ill. autóagresszió , öncsonkító magatartásformák esetén, ahol a terápiát pszichofarmakonokkal lehet teljessé tenni.

A változatos megjelenés ellenére is viszonylagos homogenitást (fogyatékoság , korcsoport) képviselő páciensek esetében a csoportterápia eredményesen alkalmazható ,

amelynek keretében alkalom nyílik a szociális kompetencia javítására , társas interakciók fejlesztésére , magatartászavarok esetében viselkedéstréningre.

Az eddig is alkalmazott humánus terápiás foglalkozások (habilitációs – rehabilitációs órák) közegteremtő hatása nyomán sikerült a tanulóknál kialakítani egy egymást segítő , támogató öngyógyító közeget , amelyben a korrekciós csoportnormák kifejlesztéséhez a pszichiáter, pszichoterapeuta irányítása szükséges.

Egy fogyatékos idnentitás problémái nemcsak saját személyét érintik . mivel egész élete folyamán kisebb-nagyobb mértékben , de segítségre , támogatásra szorul , melynek első forrása a család . Így a család az amely első helyen a fokozott terhelés miatt ugyancsak segítségre , támogatásra szorul mind pszichésen , mind szociálisan.

A szülőknek tervezett csoport – és egyéni terápiákon számos feszültség feloldásában tudunk segítségükre lenni.

Ez azt jelenti , hogy a látszólag kis közösségnek megadott neurológiai, pszichiátriai és pszichoterápiás ellátás pozitív hatása megsokszorozódik.

Tekintettel arra, hogy mindez a fenti probléma sor olyan réteget érint , akik a társadalombiztosítási ellátásban kiemelt helyen szerepelnek , nagyrészt a közgyógy ellátási listán szerepelnek, mutatja , hogy a társadalom , az egészségügyi kormányzat is elismeri fokozott szükségleteiket. Így természetes , hogy ezt a normatív finanszírozásba be nem épített speciális igényt a normatív finanszírozáson felüli befogadásra kérjük az Egészségügyi – Szociális –és Családügyi Minisztertől , valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól .

Különösen tesszük ezt azért , mert e valós igényt csak közfinanszírozásból lehet kielégíteni , mivel az érintett réteg fizetőképessége igen alacsony.

A célok eléréséhez szükséges tevékenységek:

1. Betegforgalom – és költség kalkuláció .

- **Betegforgalom**

- *Neurológia* : 15-20 epilepsziás gyermek és fiatal van , + 2-3 egyéb neurológiai eset hetente.

A tervezett óraszám : 3 óra /hét. Egy esethez minimum 20 perc szükséges. Tehát hetente 9-10 gyermeket lehet megvizsgálni , ami a tényleges maximális igénynek kevesebb , mint a fele. De optimális esetben 3-4 hetente elegendő megvizsgálni egy gyermeket. Tehát a tervezett óraszám elegendő , ha soknak nem is mondható.

- *Pszichiátria- pszichoterápia* : 70 fő szakiskolás (15-25 éves) , 20 fő felzárkóztató oktatásban résztvevő (16-22 éves) hátrányos helyzetű és /vagy magatartási zavarral küszködő , valamint 10-15 fő általános iskola felső tagozatos diák (10-15 évesek),akik között mindig van néhány hypermotilis , beilleszkedési zavar miatt más iskolából eltanácsolt gyermek. A következő évtől a szakiskola létszámát meg kell emelnünk.

Ez azt jelenti , hogy általában 120 fő és mikro környezete pszichológiai és pszichiátriai problémáit kell megoldani hétről –hétre. Illetve megelőzni , hogy ne váljanak igazi problémává , estté.

A pszichiáter és pszichoterapeuta munkája szinte szétválaszthatatlan. Legfeljebb előre annyi állapítható meg , hogy míg a pszichiáternek minden bizonnyal több lesz az egyéni , addig a pszichoterapeutának több lesz a csoportos foglalkozása. A pszichiátriában egy foglalkozás (egy ülés) általában 50 percet jelent , melynél kevesebbet a fogyatékos fiataloknál semmiképpen sem számolhatunk . Ha úgy kalkulálunk , hogy az összes rendelés felét , azaz 7 órát számunk az egyéni terápiára , akkor hetente 8-9 fiatal tud önálló beszélgetésen részt venni. Ennél több akut , vagy az akut fázisból kimenő esettel talán nem kell kalkulálni. A kiscsoportos foglalkozáson 7-10 gyermek - fiatal vehet részt , hogy mindegyik a szükséges odafigyelést megkaphassa. Egy csoport foglalkozás időtartama 70 perc. Ez azt jelenti , hogy hetente 6 csoportfoglalkozást lehet tartani , melyen 42-60 fő tud részt venni. Összesítve azt jelenti , hogy hetente 50-70 gyermek és fiatal , az ellátottak több , mint fele tud részt venni a pszichiátriai , pszichoterápiás kezeléseken. Mé

Még egy fontos tényező a lelki segély nyújtásban . A kicsik (óvodások, halmozottan fogyatékosok és alsó tagozatos általános iskolások) szüleinek ill. gondozóinak , nevelőinek kell intenzív segítséget nyújtaniuk a „segítők segítése” évek óta létező , különböző tartalommal bíró programunkban.

- Költség kalkuláció

SZAKMAI ÉS PÉNZÜGYI TERV

A SZAKMAI TERV

Speciális ellátási igényt kielégítő többletkapacitás

A Világ Világossága Alapítvány 1987-ben jött létre a vak , gyengénlátó, fiatalok és felnőttek és egyéb szembeteg , valamint más fogyatékosággal ,

és/vagy krónikus betegséggel küszködő gyermekek , fiatalok és felnőttek egészségügyi ellátására (szemészet, gyermekgyógyászat, neurológia , pszichiátria, pszichoterápia) , oktatására, nevelésére , képzésére és foglalkoztatására.

Ez ténylegesen 1990-ben valósult meg , az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által

befogadott **Világ Világossága Alapítvány Szakrendelő** létrejöttével.

Az Alapítvány által létrehozott , óvodával, általános iskolával , kollégiummal rendelkező *Látássérült Gyermekek Rehabilitációs és Oktatási Központja (alapítás éve: 1990), valamint a Látássérült Fiatalok Rehabilitációs Speciális Szakiskolája és Szakiskola (alapítás éve: 1994)* intézmények által beiskolázott , egyre emelkedő létszámú és mintegy 80 %-ban az internátusban élő, többnyire halmozott fogyatékossgal (látás-, hallás-, értelmi-, mozgássérülés , magatartás-, ill. részképeség és/vagy beszédzavar, ill. krónikus , gyakran többszörös betegséggel (epilepsia , asthma , felszívódási zavarok...stb) bíró gyermekek és fiatalok sokoldalú egészségügyi ellátása elengedhetetlen ahhoz , hogy a folyamatos oktatásban , képzésben résztvehessenek

Ez fokozottan igaz a fizikai munkát is végző szakiskolásokra , valamint a most induló felnőtt fogyatékosok és krónikus betegek képzésében , átképzésében résztvevőkre , és az Alapítványnál ill. az Alapítvány által a fogyatékosok foglalkoztatására létrehozott kft-ben (ViVa TerTia kft) alkalmazottakra.

A Szakrendelő szakmai programjában domináns helyet foglal el a **szemészeti** ellátás. Tekintettel arra , hogy az ellátottak túlnyomó többsége látásában károsodott , mely a fénytörési hibák , kancsalságból eredő amblyopiától, a veleszületett rendellenességeken (pl.:cataracta, intrauterin infectio következtében létrejött chorioretinitis , retinoblastoma,...stb), a posttraumás elváltozásokon, a familirális , genetikailag determinált kórképeken (pl.: Leber-féle és egyéb opticus atrophiák, cone-rode degeneratiók, vagy degeneratio pigmentosa retinaen) keresztül a retinopathia praematurorum különböző fokozataiig , mely számos esetben (V. stádium) a teljes vakságot jelenti.

A szokványos szemészeti szakrendelők túlszűfolttsága miatt nem képesek erre a rétegre kellő figyelmet fordítani . Különös tekintettel , hogy a társuló fogyatékossgok számos esetben erősen megnehezítik a páciens vizsgálhatóságát , azaz időigényességét jelentősen növeli , valamint más

hozzáállást , sajátos attitűdöt igényel, melyet természetesen elősegít a társszakmák valamelyikében (gyógypedagógia , pszichológia) való jártasság. Fontos tényező a gyermekszemészeti gyakorlat megléte , hiszen – mint a nem fogyatékos gyermek populációban is – akkor van esélyünk a látásfejlesztésre , ha a korrigálható , sanálható elváltozásokat mielőbb korrigáljuk, ill. sanáljuk és a lehető legjobb segédeszközzel az önmagához képest maximális látásteljesítményt biztosítjuk a gyermeknek. Az elmúlt 13 év számos pozitív tapasztalatot hozott e tekintetben is. Nem egy látássérültnek minősített gyermek a megfelelő kezelés tartós alkalmazását követően alkalmassá vált az integrált oktatásra , a nagyobb , jobb szellemi és fizikai teljesítmény elérésére.

Rendkívül fontos tényező minden fogyatékosnál , de a fogyatékos gyermeknél különösen , hogy psychésen és szociálisan nem csak a fogyatékos , de a környezete , különösen a családja is érintett. Nagy odafigyelést , körültekintést igényel az orvostól a végzetes diagnózis – vak , vagy súlyosan látássérült a gyermek és segregált oktatásra, nevelésre , képzésre szorul – kimondása úgy , hogy rögtön elfogadható perspektívát is állítsunk eléjük. Ezzel az érintett gyermek , vagy felnőtt és a szülők, vagy házastárs szociális helyzetén , psychés leterheltségén is igen sokat javíthatunk. Erre ma nagyon kevés szakrendelő, vagy fekvőbeteg intézmény képes.

Ezt a súlyos hiányt igyekszik pótolni a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője 1990 óta folyamatosan és egyre szélesebb körben. A Szakrendelő kezdettől fogva nyitott volt az intézményeinken kívüli látássérültek irányában is.

Létrejöttekor regionális (Baranya , Somogy ,Tolna megye) ellátási területet jelöltünk meg , de évről-évre egyre többen jöttek mind intézményi felvételre , mind ambulanter vizsgálatra az ország legkülönbözőbb pontjairól , akik felé

nyitottak voltunk , vagyunk , így ma már *országosnak* mondható az ellátotti körünk.

Ez azért is van így mert – tudomásunk szerint – az országban sehol másutt nem folyik a mienkhez hasonló (német mintára létrehozott) habilitációs-rehabilitációs szakrendelés.

A Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője által alkalmazott szemész 20 éves gyermekszemészeti gyakorlattal , gyermekgyógyászati szakvizsgával és és gyógypedagógiai (oligophren- és tiflopedagógia) végzettséggel rendelkezik.

A komplex habilitációhoz, rehabilitációhoz azonban hozzátartozik, hogy a Világ Világossága Alapítvány intézményeinek (LSGYROK , LSFRSZI, VVA Kézműves Műhelyház) ellátottjai egyéb (nem szemészeti) problémáik is lehető legjobb megoldására kerüljön sor.

Ezért kezdettől fogva **gyermekgyógyászati** ellátás folyik , melynek feladata a napi kisebb belgyógyászati események (infectiok, kisebb sérülések , stb) ellátása, a beállított terápiák nyomonkövetése, fejlődés követés ,

szűrővizsgálatok végzése és megszervezése (fogászat , orthopaedia, pulmonológia) , kórházi kivizsgálások indikálása.

Ezt a munkát kezdettől fogva az Alapítványnál fő állásban levő gyermekgyógyász – szemész szakorvos mellett egy főállásban kórházban dolgozó tapasztalt főorvos látja el , aki a kórházi kivizsgálásokat képes elvégezni , ill. rugalmasan tudja bonyolítani.

Mivel a gondozottaink között igen nagy számban vannak , akik anamnesisében perinatalis hypoxia szerepel , ennek neurológiai következményével gyakran találkozunk. Nagyszámú a spasztikus , ill. hypotoniás izomzatú gyermek , sok az epilepsziás betegünk. Ez elengedhetetlenné tette , hogy helyben hozzáértő szakember , **neurológus** lássa el őket. A gyógyszeres ellátás hatékonyságának , valamint az általános neurológiai állapotnak a követése , az izomlazító kezelések (TENS, gépi és kézi masszáz, stb) a somatopedagógus és a gyógytornász bevonásával igen effektív terápiát képviselnek.

A Szakiskola beindulásával , a pubertáskorú fogyatékosok számos speciális problémát vettek fel , melyet már a gyermekgyógyász nem volt képes egyedül megoldani. A psychosisok különböző válfajai a sérült kamaszoknál sokkal nagyobb arányú. A suicidium gondolata is sokkal gyakoribb , mint a normál populációban. És hogy ez ne is mehessen tovább , hogy a gondolati krízis is feldolgozható legyen alkalmazunk már évek óta

psychiátert , és a létszám növekedésével újabban már **psychoterapeutát** is. Mind az egyedi , mind a csoportos terápiák igen hatékonyan szolgálják a kiegyensúlyozott együttélést, az eredményes egyéni fejlődést és a családdal megromlott kapcsolat harmonizálását. A psychiáter és a psychoterapeuta tevékenységének fontos része a szülőkkal való kapcsolattartás , a következetes , de empatikus , a képességeknek megfelelő elvárásokkal történő nevelés. A szülő segítése a fogyatékos , a fogyatékos gyermek elfogadásában. A környezet esetleges negatív reakcióinak feldolgozásában. A házasságok a fogyatékos gyermek miatt mindig veszélyeztetettebbek , segítünk , megpróbálunk segíteni a kríziseket együtt megharcolni , – nem mindig sikerül.

A psychiáter és a psychoterapeuta másik fő feladata a „segítők segítése”. Az évek óta esetleg egy fajta munkakörben dolgozó , de valamennyi, tartósan sok fogyatékos

környezetében élő, dolgozó munkatárs veszélyeztetve van , hogy kiég .

Személyisége válogatja , - és az hogy a feladatát mennyire tudja , mennyire lehet változtatossá tenni - , hogy ki mennyi ideig bírja. Világszerte ismert

jelenség , hogy a fogyatékos intézményekben nagy a dolgozók fluktuációja. Hogy ez a mérték ne menjen a folyamatos , kiegyensúlyozott munka rovására , kell a segítők , a munkatársak psychés megsegítése. Olykor egyéni beszélgetésekkel , máskor csoportos téma feldolgozással.

A Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője úttörő munkát végzett , végez folyamatosan a fogyatékos és a krónikusan beteg gyermekek , fiatalok és felnőttek egészségügyi ellátásában .

A teljes felmenő rendszerű – születéstől , avagy a korisme megállapításától ,diagnózis létrejöttétől kezdve a munkába állásig , és az alatt -, egészségügyi, pedagógiai-szociális ellátást és speciális képzési - foglalkoztatási , azaz komplex rehabilitációs programot kínál eme többszörösen hátrányos helyzetű népesség csoportnak.

Ennek a Magyarországon **modelljelleget** ellátási formának nagy múltja (jelene és jövője!) van Európa nyugati országaiban és a tengeren túl egyaránt. Az Európai Unióhoz való csatlakozásnak egyik sarkalatos eleme mind az egészségügy , mind az oktatásügy területén a fogyatékosügyi ellátás.

A fogyatékos egészségügyi ellátás működése a szokványos , németpont szerinti szakrendelői finanszírozás formájában rendkívül nehézkes és csak a fenntartó komoly anyagi hozzájárulásával , ill. más forrás lehetőségei bevonásával lehetséges.

A sérült (fogyatékos) gyermek , vagy felnőtt orvos-egészségügyi ellátása nem oldható meg a rutinellátás néhány perces keretében , hisz számos egyéb (szociális, pszichológiai, társadalmi , jogi) tényezővel kell számolni, azok megoldására alternatív lehetőséget kell tudni bemutatni , de ha lehet nyújtani.

A társadalom számára ez nemcsak , hogy a leghumánusabb megoldás (melyet minden állampolgár joggal várhat el!) , de a legolcsóbb is.

Mivel az ismeretek és tapasztalatok révén kialakított út (melyen mi is járunk) megoldás az érintett , és megoldás annak családjá számára. Így a szülő munkavállalóvá válhat és nem segélyekből , vagy indokolatlan ápolási pénzekből él meg a család.

Az orvos , az egészségügyi ellátó személyzet az érintett egyén és a család számára kulcsszereplő. Természetesen ha csak lehet a gyógyulást hozza. De mindenképpen a jobbulást , mely vonatkozik a fiziológiai létre , de a tartósan , vagy véglegesen hiányos egészségi állapot járulékaként hozzácsapódó – különösen a nehezen elfogadó magyar társadalomban – szociális és társadalmi kítaszítottóság által tovább rontott életminőségre is.

Ennek a negatív hozadéknak a mérséklése addig nem képzelhető el , amíg az egészségügyi kormányzat nem teszi a megfelelő helyre (az elsők közé!) a fogyatékos és krónikusan beteg emberek minden korcsoportjára kiterjedő , széleskörű , szakmailag és emberileg komplex ellátását. (Az USA-ban minden 5. ember rokkant , vagy fogyatékos. Magyarországon még statisztika sincs erre!)

Ez a munka nem látványos , sikerei nem mérhetőek egy briliáns műtét , vagy egy szép tudományos disszertáció hír – és/vagy anyagi értékével .De erkölcsi és humánus értéke , segítő ereje (arra esküdtünk , hogy segítünk embertársainkon!) vetekszik bármelyikével !

A megbecsültsége (sem erkölcsileg , sem anyagilag) nem segíti elő , hogy fiatal kollegák ezt a pályát válasszák .

De hiszem , hogy a jó példa követőkre talál ,amennyiben ehhez az egészségügyi finanszírozás is egy hathatósabb megoldást talál .

Addig is , amíg nincs jobb , *kérem* a lehetőségek szerinti teljes befogadását speciális ellátási igényt kielégítő komplex járóbeteg szakellátási programunknak!

Mivel ez a működési forma a 13 éves fennállásával bizonyította szükségességét és életképességét, *kérem* , hogy építsék be , mint alap normatív ellátást , mely elsősorban regionális , de országos igényeket is kielégít!

Szükséges lépések a program lebonyolításához:

1. *Szakember biztosítása :*

2002-es év elején sikerült felkutatnom két olyan szakembert , akik mind szakmailag , mind emberileg alkalmasak a fentebb leírt feladat ellátására. Az egyik neurológus – és pszichiáter szakorvos , több , mint egy évtizedes tapasztalattal. A gyermekkori epilepszia specialistája , ami a mi nehezen beállítható halmozottan fogyatékos epilepsziás gyermekeinknél igen nagy előnyt jelent. A fogyatékosok pszichés krízisei számára nem nehézséget , hanem kihívást jelent. Motivációs tényező továbbá , hogy egyéb szakrendeléseit is vállalkozásban végzi , és ily módon lesz kihasználva a teljes kapacitása.

A másik kolleganő pszichoterapeuta , minősített kutató orvos , aki az elmúlt év során számos tapasztalatot szerzett az Alapítvány intézményei által ellátott gyermekek és fiatalok mentálhigiénés állapotáról. Jó empátiás készséggel rendelkezik , munkájára nagyon igényes. A vállalkozási lehetőségen kívül fontos motivációs tényező számára , hogy gyakorló orvosi tevékenységi igényét itt elégítheti ki. Az elméleti munkáját egyetemi docensként végzi , ahol többek között pszichológiát is előad.

2. *ÁNTSZ működési engedély :*

A 69/2002 (IV.12.) Kormányrendelet szabályozza az új , vagy módosított egészségügyi tevékenység működési engedélyének eljárási rendjét.

Ennek értelmében az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat honlapján (www.antsz.hu) elérhető formanyomtatványon a neurológiai, pszichiátriai és pszichoterápiás rendeléssel kiegészített működési engedélyt megkértük.

ld. 1.számú melléklet.

A Baranya Megyei Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat II. 415-5/2002 . számon az új összetételű működéshez az engedélyt megadta.

3. *OEP pályázat a normatíván felülitöbblet kapacitás befogadásához:*

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2002. május 31-ével bezárólag pályázatot írt ki „ Pályázat egészségügyi többletkapacitás befogadására . speciális

igény kielégítésére.” A speciális igények kategóriába tartozik a fogyatékosügyi ellátás is.

A pályázatot megírtuk . (ld. 2.számú melléklet) És reméltük az elfogadását , különös tekintettel arra , hogy a mienkhez hasonló , komplex rehabilitációs – rehabilitációs tevékenységet szemészeti alapokon senki sem végez az ország határain belül, modell jellegű.

Reméltük az elfogadását azért is , mert igény van rá , és ezen igény kielégítése nagy hiányt pótol. Reméltük azért is az elfogadását , mert az OEP kasszáját nem terheli meg jelentősen , ugyanakkor mind a haszon , mind a méltányossági hozadéka igen nagy.

A rendelet értelmében 2002. november 30-ig , előzetes bizottsági vizsgálatok után az OEP dönt a többlet kapacitások befogadásáról.

Azonban 2002. december 31-ig még nem volt döntés.

A Megyei Egészségbiztosítási Pénztár a 2003-as évre csak az előző évben is futó szemészetre és gyermekgyógyászatra kötötte meg az ellátási szerződést.

PÉNZÜGYI TERV
(Teljeskörű , ideális viszonyokra)

Költségek
havi bontásban
ezer Ft-ban

1/a	Bér	620
1/b	Egyéb személyi jellegű kifizetések	100
1/c	Bérfelrakások	360
2	Igénybevett orvosszakmai szolgáltatások költségei	200
3	Gyógyszer - vegyszer	60
4/a	Igazgatás, irányítás költségei	120
4/b	Oktatás , továbbképzés költségei	30
4/c	Regie (energiák, víz , csatorna, telefon	250
5	Értékcsökkenés	50
6	Egyebek (mosoda, szállítás, könyv ,stb)	60
7	Összesen	1830

Bevételek
havi bontásban
ezer Ft-ban

1	Országos Egészségbiztosítási Pénztár	850
2	Fenntartói hozzájárulás	300
3	Pályázat	200
4	Egyebek (adomány , szja 1%)	600
5	Összesen	1950

Tényleges helyzet az aktuális , valós adatok figyelembe vételével.

Bevétel : a járóbeteg szakellátás pontrendszere alapján . akkor gazdaságos intézményi szinten , ha a személyzet költségein felül a fenntartásra havi 100.000,- azaz egyszázezer Ft megmarad , tehát a havi bevétel eléri a 440.000,- azaz négyszáznegyvenezer Ft-ot.

Jelen átlagos havi bevétel (szemészet , gyermekgyógyászat : 300.000,-Ft , az OEP által kiadott regionális adatok szerint (1.táblázat) egy neurológiai eset átlagosan 1805 pont , óránként 3,06 eset , mely 5.516 pontot , az pedig 5.406 Ft-ot jelent óránként . Tehát a havi 12 óra neurológia esetében havi 64.872,- Ft OEP finanszírozási bevételt jelent.

Pszichiátriai eset átlagos eset pontszáma:1.578 , az egy esetre jutó esetek száma:3,75 , az egy órára jutó pontszám:5.911 , mely 5.792Ft-ot jelent , amely a havi 28 óra esetében a finanszírozási bevétel: 162.176,-Ft.

Pszichoterápiai esetek átlagos pontszáma:1.739 pont. Egy órára jutó esetek száma : 0,48 , egy órára jutó pont érték:827 , forint érték: 811 .

Havi 28 óra rendelés esetén : 22.708 Ft. (megjegyzés : ez olyan irreálisan alacsony , hogy ennyiért senki nem hajlandó dolgozni. Akivel most kapcsolatban vagyunk 5000,-Ft/óra díjért hajlandó vállalni az ellátást.)

Összesen : $64.872+162.176+22.708=249.756$ Ft/hó többlet kiadás az OEP-nek , mely minimum 450 (az ellátott és szülei) ember mentálhigiénés jóllétét biztosíthatná, mely 550 Ft/főt jelent , melynél költséghatékonyabb megoldást nem igen lehet elképzelni a finanszírozó (nem a fenntartó!) részéről.

A Világ Világossága Alapítvány eddigi finanszírozása az OEP kimutatása szerint (2. táblázat) a gyermekgyógyászat és szemészet együtt 1.378,- Ft/óra volt , mely a heti 30 óra szemészet és 10 óra gyermekgyógyászat havi 160 szakorvosi órát jelent , ami 298.100,-Ft/hó OEP finanszírozást tesz ki. Így a kalkulált összbevétel:

Mindösszesen : $249.756+298.100=544.856,-Ft/hó$

Kiadás :

Bér :

- A kollegák vállalkozóként vállalják a neurológia , pszichiátria, pszichoterápiás ellátást-óradíj : 5000.- Ft / óra . tehát a heti 17 , ill. havi 68 óra vállalkozási díja : 340.000.- azaz

háromszáznegyvenezer Ft bruttó . Az összeget járulékok nem terhelik , mivel azt vállalkozásban végzik.

- Alkalmazott orvos bére :250.000,-Ft/hó , járulékok:97.500,-Ft összesen : 347.500,-Ft.

Mindösszesen :340.000+347.500=687.500,-Ft

Egyenleg : -142.644,Ft

Mindez csupán a szakorvosok juttatását tartalmazza. Nincs feltüntetve a kiegészítő egészségügyi személyzet , valamint az adatfeldolgozó bére. Nincs kimutatva a rezszi és amortizációs költség. Megoldás a deficitre: - a szakorvosok óradíjának csökkentése 4000,-Ft/óra. A különbséget biztosítja a hiányzó béreket.

A rezszi – lévén , hogy az LSGYROK-val közös épületben van – biztosítható az iskola költségvetéséből. Az amortizációból , illetve fejlesztésből adódó költségeket pályázat útján igyekszünk biztosítani.

A fenti helyzet ismeretében és adatok birtokában a helyzet **közgazdasági elemzését** az alábbiakban ismertetem.

Költség – haszon elemzés (Cost-Benefit Analysis) :

A költség – hatékonyság (Cost-Effectiveness Analysis) az azonos természetes , vagy fizikai egység kimenet hiánya miatt itt nem alkalmazható.

Mivel a fogyatékosok egészségügyi beavatkozásainak kimenetele nagyon különböző és mivel QALY- ban (minőséggel illesztett életevek) mérni egy fogyatékos megnyert életeveit nagyon viszonylagos (helyenként pejoratív)

a költség – hasznosság (Cost-Utility Analysis) elemzés ugyancsak nem használható a hatékonyság mérésére. A program kimenetelére vonatkozó preferenciasúlyok megállapíthatósága igencsak kétséges.

Így a költség – haszon elemzéssel mutatom , mutatnám ki ellátásuk gazdasági hatékonyságát. A következményeket pénzben mérjük és értékeljük. Így összehasonlítható más területek eredményeivel. Ennek egyik módja lehet , hogy mértékadó személyektől megkérdezzük , mennyit lennének hajlandóak az egészségi állapotuk stabilizásáért , a további romlás elkerüléséért fizetni. (ebben a csoportban az egészségjavulás nem valós célkitűzés).

A költség – haszon elemzés célja (potenciális Pareto – kritérium) a nettó haszon maximalizálása (haszon – költség). Ez az az eljárás , mely önmagában véve képes tárgyalni az allokációs hatékonyság (jót – azaz azokat a kibocsátástípusokat- és mennyiségeket állítsuk elő , melyek legjobban megfelelnek az emberek igényeinek , vagyis amelyeket az emberek legmagasabbra értékelnek) értékét , úgy hogy már nem tudjuk az erőforrások allokációját megváltoztatni , hogy akár csak egyetlen személy is jobban járjon , anélkül , hogy legalább egy másik személy rosszabbul ne járna . (Boadway és Bruce, 1984 –Döntéshozó 1.modul 18.pp) . .

Azonban itt különösen fontos , hogy kit tartunk „mértékadó személynek”. A fogyatékos , aki ezt az életet éli , vagy a többségi társadalom egy egészséges reprezentánsát? Mindkettőnek van jogosultsága. Az első ismeri ezt a fogyatékos életet , a második az osztálytársadalmi hasznosság megítélésében realisabb. És a kettő általában nem egyezik. Az egészséges sokkal súlyosabbnak értékeli a rokkantsági állapotot , mint a benne élő (Kovács József : A modern orvosi etika alapjai, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest ,1999). A fizetési hajlandóság (willingness to pay) erőteljesen eltér. A jelenlegi DALY (funkcióvesztéssel korrigált életevek) becslések szakértői véleményekből levezetett , némileg önkényes súlykészleten alapulna , nem kellően megalapozottak. (Döntéshozó 1. modul 55.pp.)

Ezért a teljes körű gazdasági értékeléstől (ráfordítások teljes adatai – kibocsátások teljes adatai) eltekintek.

Elemzésem csupán részleges értékelés (partial evaluation), melyben bemutatom az egy esetre, eset típusra jutó OEP által finanszírozott költséget , melyet összehasonlítok más , nem rehabilitációt – rehabilitációt végző azonos szakterületű szakrendelők finanszírozási költségeivel.

JUSZTIN SZÁMOLÁSA IDE

Intézmény	Betegek száma	Bevatk. Száma	Egy esetre jutó bevatk.	Eset	Pont	Egy esetre jutó pont	Átl.hetirend.óra		Át..havi telj. Díj (e Ft)	Egy órára jutó			
							szak-orv.	nem szak-orv.		bevatk.	bevatk.	pont	telj. (Ft)
O1 4007 Világ Világossága	385	5 096	6,00	850	912 796	1 074	40		298,1	1,31	7,9	1 406	1 378
05 Csecsemő-gyermekgyógyászat		183 837		1 774 725	4,59	386 787	378 392 341	978	5 136	190	62 323,5	2,91	
07 Szemészet		993 571		8 998 376	6,44	1 397 121	1 669 967 267	1 195	13 682	80	275 850,3	4,07	
09 Neurológia		362 131		4 781 380	7,05	678 530	1 224 484 670	1 805	8 813	513	204 983,8	3,06	
18 Pszichiátria		243 457		2 573 380	3,95	651 395	1 028 069 609	1 578	7 010	1 896	173 525,1	3,75	
68 Pszichoterápia		339		2 337	3,54	661	1 149 381	1 739	70		188,9	0,48	

A gazdasági elemzés egy fontos járulékos tényezője azok az externáliák , melyekből a fogyatékos ellátása révén a mikro-környezet , kiemelten a család részesedik . Tudniillik , hogy nem igényli a problémás fogyatékos személy otthoni ellátása több egészséges családtag jelenlétét. Ezáltal a makro-környezet , a társadalom is haszonra tesz szert a több , teljes értékű , adózó munkavállaló révén .

A finanszírozás elemzése.

A finanszírozási technika (mint sok más egyéb a társadalmat érintő kérdés) politikai , egészségpolitikai döntés eredménye.

A finanszírozás azt jelenti , hogy az egészségügyi ellátó szervezetek számára a finanszírozó (állam – Országos Egészségbiztosítási Pénztár) megadja az erőforrásokat , amelyek szükségesek az egészséggel összefüggő tevékenységek valamilyen széles körének elvégzéséhez.

Az állam (kormányzat) a forrásteremtési technikák (társadalombiztosítási járulék , adó, közvetlen fizetés , magán biztosítás) kombinációjával biztosítja az egészségügyi ellátáshoz szükséges pénzeszközöket.

A szolgáltatást nyújtók finanszírozása , ill. javadalmazása az eltérő ellátási formákban (alap ellátás , járóbeteg szakrendelés , kórházi , fekvő beteg ellátás) más-más módon történik . mely technikák párhuzamosan, de nem azonos ütemben történtek / történnek.

A járó beteg szakellátást a **tételes elszámolási rendszerben** - fee for service – FFS (német pontrendszer).... finanszírozzák.

Ebben az esetben az ellátó minden olyan esetben kap térítést , amikor valamilyen téríthető szolgáltatást nyújt. Térítés csak a szolgáltatás elvégzése után történik , és az ellátónak fizetett teljes összeg egyenes arányban van a nyújtott szolgáltatások számával. A tételes elszámolási rendszer ösztönzi a technikai hatékonyságot - a költség minimalizálást – a szolgáltatás előállításában. De mivel az ellátó minden alkalommal térítést kap , valahányszor szolgáltatást végzett , nem ösztönzi a szolgáltatás felhasználásának hatékonyságára. Sőt a kereslet indukálásban teszi érdekeltté.

A tételes elszámolási rendszert alkalmazó legtöbb országban előzetesen rögzített díjtáblázatot használnak , amelyről az ellátók és a finanszírozók megállapodnak (!) (McGuire és munkatársai , 1988 – Döntéshozó 8.modul 20.pp.)

Ezzel szemben Magyarországon a finanszírozó egyoldalúan állapítja meg a pontértékeket . A szakmai képviselőkkel (Kamara) egyeztetési kötelezettsége van ugyan , de az értéket végsősoron az OEP állapítja meg. (pontosítani trv. És rendelettel!)

A tételes finanszírozás prospektív összetevője csak az egy szolgáltatásra jutó költségig terjed, jelezve azt , hogy a tételes elszámolás esetén a díjat előzetesen állapítják meg. (Prospektív összetevő : a térítési mechanizmus tekintetében a bevétel nem változik. Az ellátó szervezet érdekelt abban , hogy csökkentse az ilyen összetevőkkel kapcsolatos költségeket és ily módon növelje a nettó bevételt. A prospektív összetevő a kiadásoknak azokat a vonatkozásait tartalmazza , amelyekre nézve az ellátó szervezetre hárul a pénzügy kockázata.)

Retrospektív az az összetevő , melyet a szolgáltatások elvégzése után állapítanak meg. A gyakorlatban az egy szolgáltatásra jutó költség kivételével minden egyéb kiadás megállapítása ily módon történik. Tehát mindaddig amíg az ellátó a szolgáltatás tényleges költségét az érte kapott díj alatt tudja tartani , az ellátó nyereségre tesz szert.

A pénzügyi kockázatot az ellátó számára az egy szolgáltatásra jutó költség jelenti. A hatékony kockázat kezelést a szolgáltatóknak kell megtalálni.

A kisszámú szakmával és bizonyos fokig zárt betegcsoporttal dolgozó szakrendelő , mint amilyen a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője rendkívül veszélyes. Fennmaradását már több , mint egy évtizede az egyéb bevételek , adományok segítségével tudja csak biztosítani. A profil bővítés (neurológia , pszichiátria , pszichoterápia) a kockázat kezelést lehetővé tenné , különösen , hogy e két utóbbi szakma a finanszírozás tekintetében húzó ágazatnak számít.

A térítési rendszer eredményes működtetéséhez szükséges adminisztratív és menedzseri kapacitás biztosítása is csak ezt követően lehetséges.

A díjtételek megállapítására az ellátottak sajátos szociális helyzeténél fogva nincs más mód , mint , hogy elfogadjuk az OEP , a finanszírozó által egyoldalúan történő díj megállapításokat. Hiába tettünk számos kísérletet az elmúlt évtizedben tárgyalásra egyedi díjtételek megállapítására a nagyobb időigényű és sajátos attitűdöt igénylő fogyatékos , rehabilitációs - rehabilitációs vizsgálatokra , a vége mindig elutasítás lett.

A harmadik , a piacra támaszkodó megközelítési mód , melyben az ellátó határozza meg a díjakat , szóba sem jöhet , mivel nincs ezen ellátottak között fizetőképes kereslet.

A kezdeti (1990-1996) bázis finanszírozás valósabb fedezetet adott, mint a tételes elszámolás. Ez abból adódik , hogy a fogyatékosok ellátási ideje a nem mentálhigiénés szakmák esetén is sokkal hosszabb ideig tart. Ennek csupán egyik oka a sokszor nehézkes kommunikáció , de lényeges eleme a szakmai elváltozások (pl. maradandó látás károsodás , vagy végleges látásvesztés) pszichés feldolgozásának segítése mind a páciens , mind a hozzátartozó részére.

Míg a Dél-Dunántúl összevont járóbeteg szakellátásában egy gyermekgyógyászati szakorvosi óra alatt átlag 2.91 eset , szemészeti szakorvosi óra alatt átlag 4.07 eset ellátása történik , ezzel

szemben a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelőjében átlag 1.31 fogyatékos eset ellátása lehetséges. (ld. 1. táblázat).

Milyen hátrányokkal sújtották az új rendelkezések a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelőjét , a fogyatékos járóbeteg szakellátást:

- Az elszámolás lejelentés határidejének visszamenőleges módosítása {102/2003.(VII.17.)Kormány rendelet- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/199.(II.3) Korm. rendelet módosításáról.}1§ 1.bekezdés : ”Adathiány vagy hibás adat miatt a szolgáltató pótlólagos , vagy javított elszámolás iránti igényét legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 10.napjáig küldheti meg.” 13.§ Záró és vegyes rendelkezések (1) Ez a rendelet ...2003.augusztus 1-én lép hatályba.. Mindezt a 2003.augusztus 5. Magyar Közlönyben tették közzé. Ezzel semmi esélyt nem adtak az elmaradt április , május hónapok javított elszámolás szerinti leadására.
- Az önellátásra oktatás (napi tevékenységek gyakorlása) 95530 (mely a fogyatékosok ellátásának állandó része) „0” pontossá tették . {Az egészségügyi szociális és családügyi miniszter 51/2003.(VIII.19.) ESZCSM rendelete az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993.(VI.2.) NM rendelet módosításáról 2§. 2 számú melléklet (1) zv) pont}.
- A vizsgálat (...) havonta csak egyszer szerepeltethető az elszámolási listán , helyette a kontroll vizsgálatot (...) kell alkalmazni , jóllehet ez szakmailag nem helytálló. Adott esetben , ha megnézek egyik nap egy gyengénlátó gyermeket a látásteljesítménye felmérése céljából és az a gyermek néhány napon , de akár 1 hónapon belül conjunctivitisszel visszajön (zárt közösségben nem ritkaság!) az nem új vizsgálatnak számít (pedig teljesen új) , hanem az előző kontrolljának. **Rendeleti hivatkozás!**

Alternatív terv készítése az esetleges finanszírozási nehézségek esetére:

Mit teszünk amennyiben az OEP az új rendelkezések finanszírozását nem fogadja be? Az ellátásra szükség van! A mindennapi élet folytatása , a közösség nyugalma , az egyének mentálhigiénés jóléte függ ettől. Nem lehet nem működtetni!

a.)Azonnal kérünk *rendkívüli befogadási engedélyt* a Miniszter Asszonytól a fenti érvek , a költség-haszon elemzés és a társadalmi igazságosságra , méltányosságra , valamint a modell jellegű ellátásra való hivatkozással.

b.)Ha ez sem járna pozitív eredménnyel részben a gyermekgyógyászati tevékenység terhére , részben az iskolák költségvetésének terhére biztosítjuk a tervezettnél valamivel alacsonyabb óraszámban a neurológiai , pszichiátriai és pszichoterápiás ellátást.

Pályázati eredmény :

A Kormány a pályázati kiírástól eltérően (kormány váltás 2002.májusban) nem döntött a pályázatok sorsáról a megadott októberi határidőben.

A döntés eredményéről 2003 januárban, a Magyar Közlönyből ... értesülhettünk , már mint arról ,hogy nem vagyunk az ott felsorolt nyertes pályázók között. Arra sem méltattak , hogy a kormányprogramban számtalanszor hangsúlyozott esélyegyenlőség , méltányosság , pozitív diszkrimináció, fogyatékosügy kiemelt kezelése ellenére egyetlen sorban közölik ,hogy miért is nem támogatták a mi egyedülálló rehabilitációs-rehabilitációs csoport praxis keretében elgondolt fogyatékosokat ellátó szakrendelő bővítésünket.

A ESZCSM tisztségviselője érdeklődésemre elmondta , hogy ismerik és elvileg támogatják tevékenységünket , de a pénzügyminiszter áthúzta azt.

Ezt követően az ESZCSM miniszterhez írtam levelet az egyéni befogadást kérve , melyre a tevékenységünk szükségességének elismerése mellett érdemi választ nem kaptunk , azt is csak több hónap után. (melléklet)

Lévén , hogy a mentálhigiénés és neurológiai tevékenységre igen nagy szükségünk van , bár nem szívesen , de a meglévő 40 óránk (szemészet + gyermekgyógyászat) átstrukturálását is megpróbáltam.

Igényemmel a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárhoz , mint illetékes szervhez fordultam. (melléklet). Néhány hét után telefont kaptam , hogy sajnos el kell utasítaniuk kérésemet , mivel a többletkapacitás keretében finanszírozott szakellátások nem strukturálhatóak át. Kértem , hogy az elutasítást mellőzzék , mert állásfoglalást kérek az OEP-től. (melléklet) . Az OEP levelemet továbbította az ESZCSM miniszterhez , ahonnan ismét több hónap múlva – az első elutasítással megegyező államtitkárságról – újabb elutasító levelet kaptam és azt ajánlották , hogy pályázzam a következő évben is.

Természetesen megteszem a z 59/2003. (IV.24.) Korm. Rendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól szóló 50/2002 (III.26.) Korm. rendelet módosításáról című kormányrendelet alapján , ahol az 1§ a.) pontja rendelkezik a többletkapacitás jellegéről. Itt már a speciális ellátási igényt (ilyen a fogyatékos ellátás) már nem nevesíti , de azt vélelmezem – különösen , hogy a Minisztériumtól ismételtén újrapiályázási biztatást kaptam - ,hogy az 50/2002 (III.26.) rendeletben szerepelteknek megfelelően ez még érvényes!

Az 5.§ (2) bekezdés értelmében a pályázat beadási határideje 2003. október 31. Ezért még nem adtam be . Mivel manapság az egészségügyi reform intenzív megvalósulását éljük , szinte naponta jönnek ki új rendeletek , megvárom ,hogy ebben a határidő lejártáig nem lesz-e változás.

A várható (elérendő) eredmények:

Szerettük volna már 2003.január 1-ével a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelőjének profilját - az ÁNTSZ Működési Engedélyének , valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Befogadó Nyilatkozatának , és a MEP Ellátási Szerződésének birtokában – bővíteni a neurológiai , pszichiátriai és pszichoterápiás ellátással. (Heti 3 ill.- 7 – 7 órában)

Ennek eredményeként a vak , csökkentlátó és egyéb szembeteg , valamint és/vagy más fogyatékossgal küszködő gyermekek és fiatalok mentálhigiénés ellátása egy elvárható , magasabb színvonalra kerül .

Megelőzve ezzel a nagyszámú pubertáskori krízis állapotot és orvosolva a már kialakult anomáliákat.

Gondozást biztosítva a sérült embereknek és családjuknak neurológiai és pszichiátriai megbetegedéseikben , valamint támaszt nyújtva a segítőknek (gondozóknak ,

pedagógusoknak) , hogy választott hivatásukat minél tartósabban és töretlenebbül szolgálhassák.

Helyzetelemzés :

1.) Egészségügyi – közgazdaságtani szempontból:

az egészségügy hatékonysága annál nagyobb, hogyha ugyanazon befektetésből minél nagyobb egészségnyereséget tudunk realizálni. Ez a fogyatékosügyben csak relatív , az eddigihez képest jobb , vagy legalábbis nem rosszabb az egészség nyereség. Tehát a téma *allokációs hatékonyság* szempontjából nem versenyképes. A *technikai hatékonyság* már esélyesebb a pozitív mutatóra , hiszen bár eszköz igényes , de a sokszor megtapasztalható altruista humán erőforrás , nonprofit szervezés az államilag hozzáadott forintokat megsokszorozza. Azonban , ha a hatékonyságot a méltányosság szempontjából vizsgáljuk , úgy azt gondolom , hogy ez az ágazat abszolút

módon az , a leginkább az , amely a társadalom maximális támogatását elvárhatja. Az egyik legfontosabb állami szerepvállalás a piacgazdaságban az igazságosság , méltányosság érvényesítése. Ez az a hely!

2.) Egészségpolitikai szempontból:

A politika érdekérvényesítés a hatalom eszközével az egyén , a csoport érdekében a választott értékek mentén. A jelen kormányzat , az Egészségügyi – Szociális –és Családügyi Minisztérium szociális , szociáldemokrata eszméket , értékeket képvisel programjában. Ennek alapján elvárható , hogy a legjobban rászoruló réteget , a fogyatékosokat , rokkantakat támogassa , különösképpen akkor , ha nem nagy ennek a használdozati költsége, mint jelen esetben. Így a társadalmi hatékonyság foka lesz a lehető legnagyobb , hisz az értékválasztáson (humanitás , szolidaritás) múlik , hogy mennyi egészségnyereséget vagyunk hajlandók feláldozni azért , hogy az egészségügyi rendszer működésében más közösségi értékek is érvényesüljenek.

3.) Bioetikai szempontból:

A társadalmi hasznosság , mint szelekciós kritérium erkölcsileg elfogadhatatlan. Az élet szentségének doktrínája szerint az emberi élet abszolút értékes . így minden ártatlan emberi élet méltó arra , hogy továbbéljék, még akkor is , ha az illető élet fájdalmakkal , szenvedésekkel teli. Az élet tehát nem minőségéért értékes , hanem önmagáért.

A jelen magyar politika/egészségpolitika elemzése a fogyatékosokat ellátó szakrendelő tevékenységének bővítésére tett erőfeszítések kimenetele tükrében.

Az Országgyűlés elismeri a társadalmi szervezetek és alapítványok működési feltételei állami garanciákkal való biztosításának szükségességét , ezért a civil szervezetek átlátható , költségvetési forrásautomatizmusra épülő , pártpolitikától mentes forrásainak biztosítása érdekében Nemzeti Civil Alapprogramot hoz létre.

A Nemzeti Civil Alapprogram célja a civil társadalom erősítése, a civil szervezetek társadalmi szerepvállalásának segítése, a kormányzat és a civil társadalom közötti partneri viszony és munkamegosztás előmozdítása *az állami , önkormányzati közfeladatok hatékonyabb ellátása érdekében.*

Magyarországon a bíróságok több , mint 47.000 civil nonprofit szervezetet (alapítványt , társadalmi szervezetet) tartanak nyilván. E szektor bevétele 2002-ben elérte a 600 milliárd forintot , amelyeknek közel 30%-a költségvetési eredetű forrás. (Az állami támogatás aránya jelentősen elmarad az európai uniós országokban jelentkező 40-60% aránytól.) ...ennek 40%-a a szektor 5,4%-át jelentő – állami szervek , önkormányzatok által alapított – közalapítványokhoz , közhasznú társaságokhoz és köztisztviseltekhez kerül. A költségvetési eredetű forrás mértéke tehát ennek figyelembevételével az összbevételnek (*a valódi civil szervezeteknél – szerző megjegyzése*) valójában csak 18%-át teszi ki....

A Nemzeti Civil Alapprogram célja ... a civil szervezetek társadalmi szerepvállalásának kiteljesedésének elősegítése , a kormányzat és a civil társadalom közötti partneri viszony és munkamegosztás ,... a civil társadalom erősítése . Az Alapprogramnak köszönhetően lehetőség nyílik számos a közélet szempontjából hasznos tevékenység finanszírozhatóvá tételére , ezáltal a törvény erősebb , integráltabb társadalom alapjait teremti meg. (Magyar Köztársaság Kormánya T/3946.számú törvényjavaslat a Nemzeti Civil alapprogramról Előadó : Kiss Péter Miniszterelnöki Hivatal vezető miniszter. Budapest , 2003.május)

Egészségügyi Szociális és Családügyi Miniszter , Pénzügyminiszter , Igazságügyminiszter Előterjesztés tervezete a Kormány részére az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi i közszolgáltatások szervezéséről szóló törvény tervezetéről. (Az államigazgatási egyeztetések és az ágazati érdekegyeztetések alapján átdolgozott változat)20003.január

Az ellátórendszer konszolidációja és modernizációja, valamint a finanszírozás reformja során megvalósítandó célként egy olyan egészségügyi rendszer kialakítását kívánjuk elérni , amelybena hátrányos helyzetű csoportok pozitív diszkriminációban részesülnek hátrányos helyzetük ellensúlyozására. (2.pp.)

Egészségügyi Kormányprogram. IV. fejezet Egészségügy

1. Az egészség évtizede

Olyan egészségügyi rendszer megteremtésén fáradozunk, amelyben ... a rendszer jogszabályi garanciákkal , elkülönített pénzforrások terhére fokozott figyelmet fordít a különösen hátrányos helyzetű csoportok sajátos szükségleteire és a társadalmilag meghatározott hátrányok ellensúlyozására; (1.2.-3.bek.)

2. Az egészségközpontú gyógyítás programja

Programjaink számítanak a civil szervezetek aktivitására. (2.2.)

Az öngondoskodás különböző formáinak a szervezetek fejlesztését, preventív szolgáltatások bővülését – a jogszabályok módosításával és az adórendszeren keresztül is – támogatjuk. (2.4.)

A leszakadó rétegek...egészségi hátrányai miatt az oktatási , képzési, foglalkoztatási és a szegénységet csökkentő programjainkhoz speciális egészségvédelmi akciókat is kapcsolunk, mindenekelőtt figyelve a gyermekekre és a fiatalokra.(2.5.)

6. A jövő egészségügyének programja

Az egészségügyi ellátás szakmai fejlesztésében erősödik az alapellátás szerepe. Ennek során különféle szociális feladatok ellátása is nagyobb hangsúlyt kap (....a fogyatékosok sokoldalú gondozása).(6.3.)

8. Az egészségügy anyagi biztonságának megteremtése

A finanszírozási reform a döntően közpénzekből fenntartható, *igazságos*, *méltányos*, legális és hatékony rendszer fokozatos kiépítését tekinti céljának. (8.1.)

Az egészség a teljes fizikai, szellemi és társadalmi jólét állapota. (WHO)

A sok évtizedes magyar gyakorlat szerint, aki fogyatékosága révén a fizikai és/vagy szellemi jólétől megfosztatik, azt a társadalom szegregációval és az ellátásokból való kizorítással tovább bünteti. Az egészség (fizikai és szellemi) viszonylagos, melynek nagyfokú defektusát a rehabilitáció komplex eszköztárával (orvosi-, pedagógiai-, foglalkoztatási rehabilitáció, szociális kompetencia megteremtése) jól lehet kompenzálni. Csak tudni kell, csak tenni kell!

A politika egy adott emberi közösség tagjainak érdekérvényesítő tevékenysége a közösség egészét érintő döntésekben. A politika lényegi eleme a hatalom, mely képesség jelent arra, hogy valamit megtegyek (*power to*), illetve arra hogy mások megtegyenek valamit, amit én szeretnék (*power over*). Az érdekérvényesítés a racionalitás határain kívül történik. (Egészségpolitika jegyzet EMK, Gaál Péter 2003. 11pp.)

A politikai döntéshozatal a választott értékek mentén történik. A közösség és egyén viszonyában az alapértékeket (szabadság, egyenlőség, szolidaritás) a különböző politikai ideológiákban (liberalizmus, konzervativizmus, szocializmus) más – más hangsúllyal vannak képviselve.

Magyarország jelen kormánya szocialista kormány. A szocialista (egalitáriánus) ideológia középpontjában a közösség tagjainak egyenlősége áll, mint legfőbb érték. A javak elosztása a szükségletek szerint kell, hogy történjen. Igazságos társadalom az egyenlők társadalmá, melynek alapelve: mindenkinek az élete számít, és mindenki élete egyenlően számít. Ebből az elvből kifolyólag mindenkinek joga van az élete fenntartásához szükséges alapvető szükségletei egyenlő kielégítéséhez, és ezt akár állami beavatkozással is biztosítani kell. A szocialista alapelv szerint az élethez való jog önmagában semmit sem ér (a libertariánusokkal ellentétben) az élet fenntartása feltételeinek a biztosítása nélkül. Ezért a szocialista koncepció a redisztributív állam ideálját hirdeti. Az adózás által mindenki számára biztosított megfelelő jólétet és így természetesen az egészségügyi ellátáshoz való állampolgári jogot. (Kovács József: A modern orvosi etika alapjai, Medicina 1999.7.fejezet 202.pp.)

A fogyatékosok érdekében kiemelem, hogy mindenkinek *szükségleteinek (speciális szükségleteinek!) megfelelően* joga van – adott esetben – az egészségügyi ellátásra, valamint azt, hogy mindenkinek az élete *egyenlően számít!* Tehát a fogyatékos élete nem kisebb érték, mint mondjuk a miniszterelnöké!

Az államnak az a szerepe, hogy az egészségügyben a javak igazságos elosztása és a hatékonyság elérésében több szempontból is kudarcot vallott piac hibáit korrigálja.

Az államnak meghatározó szerepe van az egészségpolitika kialakításában. Kijelöli az egészségpolitikai célkitűzéseket és tartalommal tölti meg. Meghatározza, hogy ezeket a célkitűzéseket hogyan kívánja elérni és mindezek alapján intézkedik a megvalósításról. (Egészségpolitika jegyzet EMK Gaál Péter 2003. 73.pp.)

Tehát a jelen magyar kormány – többek között – egy igazságos, méltányos egészségügyi ellátást kíván megvalósítani, ahol a hátrányos helyzetűek, így a fogyatékosok nem csak hogy megkapják a minden biztosítottak járó hozzájutás lehetőségét, de a speciális igények kielégítését is felvállalja.

Mi is az *igazságosság – méltányosság* az egészségügyi ellátásban? Ez nem is olyan egyszerű és nem is mindig egyértelmű.

Az igazságossággal kapcsolatos konszenzus Európában :

- Az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás ne a fizetési képességtől , hanem a szükségletektől függjön , míg a terheket a fizetési képesség szerint viseljük. (EMK Egészségpolitika előadás Gaál Péter 2003.02.17. 11.pp.)
- A társadalombiztosítási járulék és a direkt adózás a fizetési elv alapján történik.

Az igazságosságnak többféle értelmezése van Egy piaci alapú társadalomban nem igazságtalan , hogy egyesek (akiknek nincs pénzük) nem férnek hozzá bizonyos ellátásokhoz . De mi nem piaci alapú társadalomban élünk.. Az igazságosság mibenléte függ a választott értékektől és függ attól , hogy az elosztás (distributio), a teherviselés (költségek) szerinti igazságosságáról beszélünk , vagy a hozzájutás illetve a végeredmény igazságosságát tartjuk szem előtt. A haszon szerinti igazságosság esetén fontos , hogy érdem szerint , vagy szükséglet szerint tartjuk igazságosnak.

A javak természet befolyásolja méltányos /igazságos elosztásukat.

A jószág fizikai természete pl. genetikai adottságok , vagy veleszületett , vagy szerzett fogyatékos állapot esetén nem képes ugyanolyan egészség biztosítására , mint a „normál” populációnál.

Ezzel szemben általános értékű jószág – mely a fogyatékosokat is megilleti – az egészségügyi ellátáshoz (a speciális ellátáshoz!) való hozzájutás.

Ez számukra az „alapvető” szolgáltatások körébe tartozik , de természetesen az , hogy egy kormány mit tekint „alapvető” szolgáltatásnak , az függ a programalkotók által vallott értékektől és kritériumoktól.

Az emberek nem mindig egyenlő , inkább tisztességes esélyt kívánnak , vagyis olyant , amely tükrözi a jószágra vonatkozó jogos igényüket. (Elster, 1992 – Döntéshozó 1.modul 33.pp)

A döntéshozóknak mind szakmailag , mind emberileg szem előtt kellene tartani az „ én is kerülhetek még ilyen helyzetbe” lehetőséget , mely szerződéses eljárással a tisztességes adagolási döntések egy elfogadott formája .(Rowls,1971; Daniels, 1985, Goold, 1966 – Döntéshozó 1. modul 33.pp)

A végállapot igazságossága a fogyatékosok ellátása tekintetében csakis az Arisztotelészi gondolattal értelmezhető. „Az egyenlőket egyenlőként , a nem egyenlőket pedig az egyenlőtlenség mértéke szerint , nem egyenlőként kell kezelni. (Beauchamp és Childress , 1983b – Döntéshozó 1.modul 34.pp) , mely kétségtelenül formális igazságosság , de valószínűbb a felszínes egyenlősdinél – vertikális méltányosság!

A fogyatékosok , mint csoport a társadalomban sajátos helyet foglalnak el , melynek alapja az egészségi hiány állapot és másodlagos következménye a szociális szegregáció , mely visszahat a társadalmi és egészségügyi komfort érzetre , mely tovább rontja a „jólét” esélyeit.(R.G.Evans, M.L.Barber, Th.R. Marmor : Miért egészségesek egyesek és mások nem? Aldine de Groytier, 1994.2.fejezet 25.pp) .

Míndez kellő magyarázatot ad a szükségleten alapuló jogos igény kielégítésére , a társadalmi méltányosságon alapuló erőforrás allokációra.

Természetesen a lakosság és a javak osztályba sorolása , - mely lehetővé teszi a döntések meghozatalát – függ az elemzést végző kormányzat által vallott értékektől és elkötelezettségektől , valamint a szóban forgó jószágtól.

Sajnálatos módon a kormány bár retorikájában az igazságosságot , méltányosságot hangoztatja , de valóságban a nem jelentős politikai erőt képviselő fogyatékos társadalomért nemcsak , hogy spontán semmit nem tesz , de a költséghatékonyság szempontjából is helytálló alulról jövő kezdeményezéseket is mellőzi.

Tisztában vagyunk vele , hogy az igazságosság , méltányosság csupán egy az egészségpolitika céljai közül.

Az egészségpolitika céljai :

- Költségek fékmentartása (*cost containment*) – makroökonómiai költség kontroll
- Hatékonyság (*efficiency*) – mikroökonómiai erőforrás allokáció . magában foglalja az eredményt , tehát hatásos (különben nincs értelme).
- Igazságosság/méltányosság (*equity*) – elosztási célok . A politikusok , program alkotók ritkán határozzák meg explicit módon méltányossági céljaikat, még akkor is ha retorikájuk hemzseg a méltányosságra való hivatkozástól. A méltányosságra vonatkozó ködös kijelentések politikailag biztonságosak, de ezeket ritkán támasztják alá konkrét részletekkel , részben a mérési nehézségek , részben a politikai érzékenység miatt. (Döntéshozó 7. modul 4-5. pp.)
- Hatásosság = eredményesség (*effectiveness*)
- Megvalósíthatóság (*feasibility*) (Egészségpolitika jegyzet EMK ,Gaál Péter ,2003.38.pp.)

A közösségi ellátás (public provision) méltányossági célkitűzésének egyik megvalósulási formája volna a széleskörű fogyatékosügyi ellátás.

A prioritási listán (az egészségügyön belül az egyes szektorok ill. szolgáltatások közötti részesedési lista) a fogyatékosok egészségügyi ellátás a legutolsók között szerepel , ha egyáltalán feltüntetik ténylegesen .)

A jelen , széleskörű egészségügyi reformot meghirdetett kormány a megvalósítási tervéből már kifejejtette a fogyatékos ügyet. Az egyéb hátrányos helyzetű csoportok tekintetében is csupán felmérés szükségességéről beszél. (Hivatkozási szám)

A bürokrácia , vagy a politika süllyesztőjében veszik el a fogyatékos egészségügyi ellátás?

A kormányok nem szívesen kerülnek szembe a politikai célok közötti kompromisszum kérdésével , például azzal , hogy mennyi hatékonyságot kell feláldozni a méltányossági célok elérése érdekében ; hogy hogyan lehet oly módon kidolgozni a költség kontrollt , hogy ez megkönnyítse a méltányosság megvalósítását. (Döntéshozó 7. modul 17.pp)

Ismert , hogy az egészségpolitikai döntéshozók és programalkotók világszerte vonakodnak az egészségpolitikai célok meghatározásától és rangsorolásától. Ha mégis megteszik , a legtöbb döntéshozó alábecsüli az ösztönzők szerepét.

Azonban ha a fentebbi hivatkozások és az itt olvasható programot magáénak vallja , úgy a szerint is kell cselekedni.

Tájékoztató a Kormány részére az egészségügyi rendszer korszerűsítési programjáról és végrehajtásáról. 2003.február 2/105/2003

A kormány programjának súlyponti eleme az **esélyegyenlőség javítása**, a társadalmi felzárkózás segítése... A jóléti rendszer programja a gyakorlatban az életminőség javítását és az egyenlőtlenségek csökkentését jelenti szűkebb és tágabb értelemben.(1.pp.)

9. A szociális és az egészségügyi ellátórendszer együttműködése

A szociális biztonság megerősítése és az egészségügyi , valamint szociális intézmények jobb együttműködése érdekében elkezdjük a két ellátórendszer együttműködésének programját.

Kidolgozzuk a **komplex , folyamatos rehabilitáció** (egészségügyi-, szociális, foglalkoztatási terület –*szerző megjegyzése: valamint oktatás , képzés*) szervezési és finanszírozási modelljét, előkészítjük a közös intézményi működés modellkísérleteit. (!) A programok eredményessége érdekében kidolgozzuk a szociális és egészségügyi ellátórendszer keresztfinanszírozási lehetőségeit. (*ezért engem perbe fogtak – szerző megjegyzése*) .

Javaslatot készítünk, programokat dolgozunk ki az egyes szociálisan hátrányos helyzetű társadalmi csoportok (pl.: fogyatékkal élők,...)érdekében , amelyek a **speciális élethelyzetekhez alkalmazkodva teszik e csoportok számára hozzáférhetőbbé az egészségügyi és szociális ellátásokat.** (12-13.pp.)

Az ESZCSM 2003.évi stratégiai feladatai

a. Kormányprogramból adódó feladatok /projektek

„A társadalmi esélyegyenlőség” projekt a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem szakmai feltételeinek erősítését szolgálja....

A projekten belül kiemelt szerepe van ...a fogyatékkal élő személyekkel szembeni diszkrimináció visszaszorításának.(2.bek.)

„Az egészségügyi és szociális alapellátás együttműködése” projekt kiemelt tevékenységi körei: - a fogyatékkal élő személyek körének meghatározásában jelenleg meglévő inkonzisztenciák felszámolása,...(3.bek.)

Az egészségpolitikai döntéshozók úgy tesznek , mintha tudnák , mi lesz az eredménye a gyakran végiggondolatlan átszervezéseknek , amelyekkel megváltoztatják az egészségügyi ellátás finanszírozásának és szolgáltatásának módját. A programalkotók rendszerint ténylegesen még a meglévő minimális tapasztalati anyagot is figyelmen kívül hagyják , jobban szeretik , ha „nem zavarják” őket a tények, és vonakodnak attól, hogy értékeljék az általuk megvalósított reformokat.

A finanszírozónak olyan ösztönzőket kell találni , mely összhangban áll az egészségpolitikai célok (hatékonyság , méltányosság, költségkorlátozás) megvalósításával.

A jó finanszírozási technika egyik jellemzője az , hogy a szolgáltatást vásárlókra illetve az ellátókra ható ösztönzők összehangolására törekszik ; l

- lehetővé teszi az ellátók számára , hogy fizetőképesek maradjanak , miközben biztosítja , hogy hatékonyan működjenek ,
- biztosítja a szolgáltatást vásárlók számára költségek féken tartását,
- biztosítja az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás egyenlőségét.

Mit tehetne az egészségügyi kormányzat , a finanszírozó a fogyatékos egészségügy támogatására:

2. Engedi a modell jellegű rehabilitációs – rehabilitációs csoport praxis létrejöttét , az új szakterületek (neurológia , pszichiátria , pszichoterápia) OEP – finanszírozását felvállalja.
3. Felveszi a finanszírozó a kötelező ellátású (?) szakmai tevékenységek közé a fogyatékosok speciális egészségügyi ellátását . Nem a többletkapacitás terhére , ahol évről – évre újra kell pályázni. A 13 éve működő szakrendelő már bizonyította , hogy létjogosultsága van. Most az egészségügyi kormányzatnak kell bizonyítani , hogy az ideológiájával összezsengő , mindenkinek szüksége szerint megjáró ellátást a fogyatékosoknak is állampolgári jogként megadja.
4. Anyagi ösztönzőkkel (adókedvezmény , direkt támogatások) biztosítja a szolgáltató fizetőképességét és elősegíti újabb hasonló speciális ellátást felvállaló csoportpraxisok létrejöttét.

A hatékonyság , jóllehet nagy jelentőségű , de nem lehet egyetlen célja a társadalomnak. A fogyatékosok széleskörű ellátása jelentős idő – és műszerigénye miatt (ha meg tudnánk ideális módon valósítani!) lehet , hogy nem költség hatékony. De a társadalom számára (különösen egy szocialista elveket valló kormány számára) kell , hogy legyenek egyéb célkitűzések. Az igazságosság , az emberiség érvényesülése az egészségügyben nem egészségnyereséget eredményez , de a társadalmi hatékonyságot emeli , melynek maximalizálása az egészségpolitika átfogó célkitűzése kell , hogy legyen.

Kö

SZAKDOLGOZAT

Nyersanyag

Az Országgyűlés elismeri a társadalmi szervezetek és alapítványok működési feltételei állami garanciákkal való biztosításának szükségességét , ezért a civil szervezetek átlátható , költségvetési forrásautomatizmusra épülő , pártpolitikától mentes forrásainak biztosítása érdekében Nemzeti Civil Alapprogramot hoz létre.

A Nemzeti Civil Alapprogram célja a civil társadalom erősítése, a civil szervezetek társadalmi szerepvállalásának segítése, a kormányzat és a civil társadalom közötti partneri viszony és munkamegosztás előmozdítása *az állami , önkormányzati közfeladatok hatékonyabb ellátása érdekében..*

Magyarországon a bíróságok több , mint 47.000 civil nonprofit szervezetet (alapítványt , társadalmi szervezetet) tartanak nyilván. E szektor bevétele 2002-ben elérte a 600 milliárd forintot , amelyeknek közel 30%-a költségvetési eredetű forrás. (Az állami támogatás aránya jelentősen elmarad az európai uniós országokban jelentkező 40-60% aránytól.) ...ennek 40%-a a szektor 5,4%-át jelentő – állami szervek , önkormányzatok által alapított – közalapítványokhoz , közhasznú társaságokhoz és köztestületekhez kerül. A költségvetési eredetű forrás mértéke tehát ennek figyelembevételével az összbevételnek (*a valódi civil szervezeteknél – szerző megjegyzése*) valójában csak 18%-át teszi ki....

A Nemzeti Civil Alapprogram célja ... a civil szervezetek társadalmi szerepvállalásának kiteljesedésének elősegítése , a kormányzat és a civil társadalom közötti partneri viszony és munkamegosztás ,... a civil társadalom erősítése . Az Alapprogramnak köszönhetően lehetőség nyílik számos a közélet szempontjából hasznos tevékenység finanszírozhatóvá tételére , ezáltal a törvény erősebb , integráltabb társadalom alapjait teremti meg. (Magyar Köztársaság Kormánya T/3946.számú törvényjavaslat a Nemzeti Civil alapprogramról Előadó : Kiss Péter Miniszterelnöki Hivatal vezető miniszter. Budapest , 2003.május)

Igazságosság – méltányosság

A javak természet befolyásolja méltányos /igazságos elosztásukat.

A jószág fizikai természete pl. genetikai adottságok , vagy veleszületett , vagy szerzett fogyatékos állapot esetén nem képes ugyanolyan egészség biztosítására , mint a „normál” populációnál.

Ezzel szemben általános értékű jószág – mely a fogyatékosokat is megilleti – az egészségügyi ellátáshoz (a speciális ellátáshoz!) való hozzájutás.

Ez számukra az „alapvető” szolgáltatások körébe tartozik , de természetesen az , hogy egy kormány mit tekint „alapvető” szolgáltatásnak , az függ a programalkotók által vallott értékektől és kritériumoktól.

Az emberek nem mindig egyenlő , inkább tisztességes esélyt kívánnak , vagyis olyant , amely tükrözi a jószágra vonatkozó jogos igényüket. (Elster, 1992 – Döntéshozó 1.modul 33.pp)

A döntéshozóknak mind szakmailag , mind emberileg szem előtt kellene tartani az „ én is kerülhetek még ilyen helyzetbe” lehetőséget , mely szerződéses eljárással a tisztességes adagolási döntések egy elfogadott formája .(Rowls,1971; Daniels, 1985, Goold, 1966 – Döntéshozó 1. modul 33.pp)

A végállapot igazságossága a fogyatékosok ellátása tekintetében csakis az Arisztotelészi gondolattal értelmezhető. „Az egyenlőket egyenlőként , a nem egyenlőket pedig az egyenlőtlenség mértéke szerint , nem egyenlőként kell kezelni. (Beauchamp és Childress , 1983b – Döntéshozó 1.modul 34.pp) , mely kétségtelenül formális igazságosság , de valószínűbb a felszínes egyenlősdinél – vertikális méltányosság!

A fogyatékosok , mint csoport a társadalomban sajátos helyet foglalnak el , melynek alapja az egészségi hiány állapot és másodlagos következménye a szociális szegregáció , mely visszahat a társadalmi és egészségügyi komfort érzetre , mely tovább rontja a „jólét” esélyeit.(R.G.Evans, M.L.Barber, Th.R. Marmor : Miért egészségesebb egyesek és mások nem? Aldine de Groytier, 1994.2.fejezet 25.pp) .

Mindez kellő magyarázatot ad a szükségleten alapuló jogos igény kielégítésére , a társadalmi méltányosságon alapuló erőforrás allokációra.

Természetesen a lakosság és a javak osztályba sorolása , - mely lehetővé teszi a döntések meghozatalát – függ az elemzést végző kormányzat által vallott értékektől és elkötelezettségektől , valamint a szóban forgó jószágtól.

Költség – haszon elemzés (Cost-Benefit Analysis) :

A költség – hatékonyság (Cost-Effectiveness Analysis) az azonos természetes , vagy fizikai egység kimenet hiánya miatt itt nem alkalmazható.

Mivel a fogyatékosok egészségügyi beavatkozásainak kimenetele nagyon különböző és mivel QALY- ban (minőséggel illesztett életevek) mérni egy fogyatékos megnyert életeveit nagyon viszonylagos (helyenként pejoratív)

a költség – hasznosság (Cost-Utility Analysis) elemzés ugyancsak nem használható a hatékonyság mérésére. A program kimenetelére vonatkozó preferenciasúlyok megállapíthatósága igencsak kétséges.

Így a költség – haszon elemzéssel mutatom , mutatnám ki ellátásuk gazdasági hatékonyságát. A következményeket pénzben mérjük és értékeljük. Így összehasonlítható más területek eredményeivel. Ennek egyik módja lehet , hogy mértékadó személyektől megkérdezzük , mennyit lennének hajlandók az egészségi állapotuk stabilizálásáért , a további romlás elkerüléséért fizetni. (ebben a csoportban az egészségjavulás nem valós célkitűzés).

A költség – haszon elemzés célja (potenciális Pareto – kritérium) a nettó haszon maximalizálása (haszon – költség). Ez az az eljárás , mely önmagában véve képes tárgyalni az allokációs hatékonyság (jót – azaz azokat a kibocsátástípusokat- és mennyiségeket állítsuk elő , melyek legjobban megfelelnek az emberek igényeinek , vagyis amelyeket az emberek

legmagasabbra értékelnek) értékét , úgy hogy már nem tudjuk az erőforrások allokációját megváltoztatni , hogy akár csak egyetlen személy is jobban járjon , anélkül , hogy legalább egy másik személy rosszabbul ne járna . (Boadway és Bruce, 1984 –Döntéshozó 1.modul 18.pp) . .

Azonban itt különösen fontos , hogy kit tartunk „mértékadó személynek”. A fogyatékos , aki ezt az életet éli , vagy a többségi társadalom egy egészséges reprezentánsát? Mindkettőnek van jogosultsága. Az első ismeri ezt a fogyatékos életet , a második az össztársadalmi hasznosság megítélésében realisabb. És a kettő általában nem egyezik. Az egészséges sokkal súlyosabbnak értékeli a rokkantsági állapotot , mint a benne élő (Kovács József : A modern orvosi etika alapjai, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest ,1999). A fizetési hajlandóság (willingness to pay) erőteljesen eltér. A jelenlegi DALY (funkcióvesztéssel korrigált életévek) becslések szakértői véleményekből levezetett , némileg önkényes súlykészleten alapulna , nem kellően megalapozottak. (Döntéshozó 1. modul 55.pp.)

Ezért a teljes körű gazdasági értékeléstől (ráfordítások teljes adatai – kibocsátások teljes adatai) eltekintek.

Elemzésem csupán részleges értékelés (partial evaluation), melyben bemutatom az egy esetre, eset típusra jutó OEP által finanszírozott költséget , melyet összehasonlítok más , nem rehabilitációt – rehabilitációt végző azonos szakterületű szakrendelők finanszírozási költségeivel.

Betegség csoportok BNO szerint.

H540	vakság
H542	gyengénlátóság
H550	nystagmus
H500	konvergens strabismus
H501	divergens strabismus
H520	hypermetropia
H521	myopia
H524	presbyopia
Q120	congenitalis cataracta
Q130	aniridia
Q150	congenitális glaukoma
F700	enye értelmi sérülés
F710	középsúlyos értelmi sérülés
F900	szocializációs zavar
G408	epilepsia
G804	mozgássérülés

Eredmények:

A gazdasági elemzés egy fontos járulékos tényezője azok az externáliák , melyekből a fogyatékos ellátása révén a mikrokörnyezet , kiemelten a család részesedik . Tudniillik , hogy nem igényli a problémás fogyatékos személy otthoni ellátása több egészséges családtag jelenlétét. Ezáltal a makrokörnyezet , a társadalom is haszonra tesz szert a több , teljes értékű , adózó munkavállaló révén .

Finanszírozás

A finanszírozás azt jelenti , hogy az egészségügyi ellátó szervezetek számára a finanszírozó (állam – Országos Egészségbiztosítási Pénztár) megadja azokat az erőforrásokat , amelyek szükségesek az egészséggel összefüggő tevékenységek valamilyen széles körének elvégzéséhez.

Az állam (kormányzat) a forrásteremtési technikák (társadalombiztosítási járulék , adó, közvetlen fizetés , magán biztosítás) kombinációjával biztosítja az egészségügyi ellátáshoz szükséges pénzeszközöket.

A szolgáltatást nyújtók finanszírozása , ill. javadalmazása az eltérő ellátási formákban (alap ellátás , járóbeteg szakrendelés , kórházi , fekvő beteg ellátás) más-más módon történik . mely technikák párhuzamosan, de nem azonos ütemben történtek / történnek.

A járó beteg szakellátást a **tételes elszámolási rendszerben** - *fee for service – FFS* (német pontrendszer).... finanszírozzák.

Ebben az esetben az ellátó minden olyan esetben kap térítést , amikor valamilyen téríthető szolgáltatást nyújt. Térítés csak a szolgáltatás elvégzése után történik , és az ellátónak fizetett teljes összeg egyenes arányban van a nyújtott szolgáltatások számával. A tételes elszámolási rendszer ösztönzi a technikai hatékonyságot - a költség minimalizálást – a szolgáltatás előállításában. De mivel az ellátó minden alkalommal térítést kap , valahányszor szolgáltatást végzett , nem ösztönzi a szolgáltatás felhasználásának hatékonyságára. Sőt a kereslet indukálásban teszi érdekeltté.

A tételes elszámolási rendszert alkalmazó legtöbb országban előzetesen rögzített díjtáblázatot használnak , amelyről az ellátók és a finanszírozók megállapodnak (!) (McGuire és munkatársai , 1988 – Döntéshozó 8.modul 20.pp.)

Ezzel szemben Magyarországon a finanszírozó egyoldalúan állapítja meg a pontértékeket . A szakmai képviselőkkel (Kamara) egyeztetési kötelezettsége van ugyan , de az értéket végsősoron az OEP állapítja meg. **(pontosítani trv. És rendelettel!)**

A tételes finanszírozás prospektív összetevője csak az egy szolgáltatásra jutó költségig terjed, jelezve azt , hogy a tételes elszámolás esetén a díjat előzetesen állapítják meg. (Prospektív összetevő : a térítési mechanizmus tekintetében a bevétel nem változik. Az ellátó szervezet érdekelt abban , hogy csökkentse az ilyen összetevőkkel kapcsolatos költségeket és ily módon növelje a nettó bevételt. A prospektív összetevő a kiadásoknak azokat a vonatkozásait tartalmazza , amelyekre nézve az ellátó szervezetre hárul a pénzügy kockázata.)

Retrospektív az az összetevő , melyet a szolgáltatások elvégzése után állapítanak meg. A gyakorlatban az egy szolgáltatásra jutó költség kivételével minden egyéb kiadás megállapítása ily módon történik. Tehát mindaddig amíg az ellátó a szolgáltatás tényleges költségét az érte kapott díj alatt tudja tartani , az ellátó nyereségre tesz szert.

A pénzügyi kockázatot az ellátó számára az egy szolgáltatásra jutó költség jelenti. A hatékony kockázat kezelést a szolgáltatóknak kell megtalálni.

A kisszámú szakmával és bizonyos fokig zárt betegcsoporttal dolgozó szakrendelő , mint amilyen a Világ Világossága Alapítvány Szakrendelője rendkívül veszélyes. Fennmaradását már több , mint egy évtizede az egyéb bevételek , adományok segítségével tudja csak biztosítani. A profil bővítés (neurológia , pszichiátria , pszichoterápia) a kockázat kezelést lehetővé tenné , különösen , hogy e két utóbbi szakma a finanszírozás tekintetében húzó ágazatnak számít.

A térítési rendszer eredményes működtetéséhez szükséges adminisztratív és menedzseri kapacitás biztosítása is csak ezt követően lehetséges.

A díjtételek megállapítására az ellátottak sajátos szociális helyzeténél fogva nincs más mód , mint , hogy elfogadjuk az OEP , a finanszírozó által egyoldalúan történő díj megállapításokat. Hiába tettünk számos kísérletet az elmúlt évtizedben tárgyalásra egyedi díjtételek megállapítására a nagyobb időigényű és sajátos attitűdöt igénylő fogyatékos , rehabilitációs - rehabilitációs vizsgálatokra , a vége mindig elutasítás lett.

A harmadik , a piacra támaszkodó megközelítési mód , melyben az ellátó határozza meg a díjakat , szóba sem jöhet , mivel nincs ezen ellátottak között fizetőképes kereslet.

Az egészségpolitikáról

Az egészség a teljes fizikai , szellemi és társadalmi jólét állapota. (WHO)

A sok évtizedes magyar gyakorlat szerint , aki fogyatékosága révén a fizikai és/vagy szellemi jóléttől megfosztatik , azt a társadalom szegregációval és az ellátásokból való kiszorítással tovább bünteti. Az egészség (fizikai és szellemi) viszonylagos , melynek nagyfokú defektusát a rehabilitáció komplex eszköztárával (orvosi- , pedagógiai-, foglalkoztatási rehabilitáció , szociális kompetencia megteremtése) jól lehet kompenzálni. Csak tudni kell , csak tenni kell !

A politika egy adott emberi közösség tagjainak érdekérvényesítő tevékenysége a közösség egészét érintő döntésekben. A politika lényegi eleme a hatalom , mely képesség jelent arra , hogy valamit megtegyek (*power to*) , illetve arra hogy mások megtegyenek valamit , amit én szeretnék (*power over*). Az érdekérvényesítés a racionalitás határain kívül történik. (Egészségpolitika jegyzet EMK, Gaál Péter 2003. 11pp.)

A politikai döntéshozatal a választott értékek mentén történik . A közösség és egyén viszonyában az alapértékeket (szabadság, egyenlőség , szolidaritás) a különböző politikai ideológiákban (liberalizmus , konzervativizmus , szocializmus) más – más hangsúllyal vannak képviselve.

Magyarország jelen kormánya szocialista kormány. A szocialista (egalitáriánus) ideológia középpontjában a közösség tagjainak egyenlősége áll , mint legfőbb érték. A javak elosztása a szükségletek szerint kell , hogy történjen . Igazságos társadalom az egyenlők társadalma , melynek alapelve : mindenkinek az élete számít , és mindenki élete egyenlően számít. Ebből az elvből kifolyólag mindenkinek joga van az élete fenntartásához szükséges alapvető szükségletei egyenlő kielégítéséhez , és ezt akár állami beavatkozással is biztosítani kell. A szocialista alapelv szerint az élethez való jog önmagában semmit sem ér (a libertariánusokkal ellentétben) az élet fenntartása feltételeinek a biztosítása nélkül. Ezért a szocialista koncepció a redisztributív állam ideálját hirdeti. Az adózás által mindenki számára biztosított megfelelő jólétet és így természetesen az egészségügyi ellátáshoz való állampolgári jogot . (Kovács József: A modern orvosi etika alapjai , Medicina 1999.7.fejezet 202.pp.)

A fogyatékosok érdekében kiemelem , hogy mindenkinek *szükségeinek (speciális szükségleteinek!) megfelelően* joga van – adott esetben – az egészségügyi ellátásra , valamint azt , hogy mindenkinek az élete *egyenlően számít!* Tehát a fogyatékos élete nem kisebb érték , mint mondjuk a miniszterelnöké!

Az államnak az a szerepe , hogy az egészségügyben a javak igazságos elosztása és a hatékonyság elérésében több szempontból is kudarcot vallott piac hibáit korrigálja.

Az államnak meghatározó szerepe van az egészségpolitika kialakításában. Kijelöli az egészségpolitikai célkitűzéseket és tartalommal tölti meg. Meghatározza , hogy ezeket a célkitűzéseket hogyan kívánja elérni és mindezek alapján intézkedik a megvalósításról. (egészségpolitika jegyzet EMK Gaál Péter 2003. 73.pp.)

Egészségügyi programjában....

Bár retorikájában az igazságosságot , méltányosságot hangoztatja , de valóságban a nem jelentős politikai erőt képviselő fogyatékos társadalomért nemcsak , hogy spontán semmit nem tesz , de a kötséghatékonyság szempontjából is helytálló alulról jövő kezdeményezéseket is megfojtja.

Az egészségpolitikai döntéshozók és programalkotók világszerte vonakodnak az egészségpolitikai célok meghatározásától és rangsorolásától. Ha mégis megteszik, a legtöbb döntéshozó alábecsüli az ösztönzők szerepét.

Az egészségpolitika céljai:

- Költségek fékentartása (*cost containment*) – makroökonómiai költség kontroll
- Hatékonyság (*efficiency*) – mikroökonómiai erőforrás allokáció. magában foglalja az eredményt, tehát hatásos (különben nincs értelme).
- Igazságosság/méltányosság (*equity*) – elosztási célok. A politikusok, programalkotók ritkán határozzák meg explicit módon méltányossági céljaikat, még akkor is ha retorikájuk hemzseg a méltányosságra való hivatkozástól. A méltányosságra vonatkozó ködös kijelentések politikailag biztonságosak, de ezeket ritkán támasztják alá konkrét részletekkel, részben a mérési nehézségek, részben a politikai érzékenység miatt. (Döntéshozó 7. modul 4-5. pp.)
- Hatásosság = eredményesség (*effectiveness*)
- Megvalósíthatóság (*feasibility*) (Egészségpolitika jegyzet EMK, Gaál Péter, 2003.38.pp.)

A kormányok nem szívesen kerülnek szembe a politikai célok közötti kompromisszum kérdésével, például azzal, hogy mennyi hatékonyságot kell feláldozni a méltányossági célok elérése érdekében; hogy hogyan lehet oly módon kidolgozni a költség kontrollt, hogy ez megkönnyítse a méltányosság megvalósítását. (Döntéshozó 7. modul 17.pp)

Az egészségpolitikai döntéshozók úgy tesznek, mintha tudnák, mi lesz az eredménye a gyakran végiggondolatlan átszervezéseknek, amelyekkel megváltoztatják az egészségügyi ellátás finanszírozásának és szolgáltatásának módját. A programalkotók rendszerint ténylegesen még a meglévő minimális tapasztalati anyagot is figyelmen kívül hagyják, jobban szeretik, ha „nem zavarják” őket a tények, és vonakodnak attól, hogy értékeljék az általuk megvalósított reformokat.

A finanszírozónak olyan ösztönzőket kell találni, mely összhangban áll az egészségpolitikai célok (hatékonyság, méltányosság, költségkorlátozás) megvalósításával.

A jó finanszírozási technika egyik jellemzője az, hogy a szolgáltatást vásárlókra illetve az ellátókra ható ösztönzők összehangolására törekszik; l

- lehetővé teszi az ellátók számára, hogy fizetőképesek maradjanak, miközben biztosítja, hogy hatékonyan működjenek,
- biztosítja a szolgáltatást vásárlók számára költségek féken tartását,
- biztosítja az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás egyenlőségét.

A finanszírozási technika (mint sok más egyéb a társadalmat érintő kérdés) politikai, egészségpolitikai döntés eredménye.

Fogyatékoság (Disability): funkcióvesztés, képtelenség valamire, mely szubjektív, orvosi és társadalmi elemeket tartalmaz. (Impairment = károsodás: objektív, orvosi elemek, Handicap = rokkantság, hátrány: társadalmi elem) – (ICIDH: International classification)

Mit tehetne az egészségügyi kormányzat, a finanszírozó a fogyatékos egészségügy támogatására:

5. Engedi a modell jellegű rehabilitációs – rehabilitációs csoport praxis létrejöttét, az új szakterületek (neurológia, pszichiátria, pszichoterápia) OEP – finanszírozását felvállalja.

6. Felveszi a finanszírozó a kötelező ellátású (?) szakmai tevékenységek közé a fogyatékosok speciális egészségügyi ellátását . Nem a többletkapacitás terhére , ahol évről – évre újra kell pályázni. A 13 éve működő szakrendelő már bizonyította , hogy létjogosultsága van. Most az egészségügyi kormányzatnak kell bizonyítani , hogy az ideológiájával összecsengő , mindenkinek szüksége szerint megjáró ellátást a fogyatékosoknak is állampolgári jogként megadja.
7. Anyagi ösztönzőkkel (adókedvezmény , direkt támogatások) biztosítja a szolgáltató fizetőképességét és elősegíti újabb hasonló speciális ellátást felvállaló csoportpraxisok létrejöttét.

VÉGÉRE

A hatékonyság , jóllehet nagy jelentőségű , de nem lehet egyetlen célja a társadalomnak. A fogyatékosok széleskörű ellátása jelentős idő – és műszerigénye miatt (ha meg tudnánk ideális módon valósítani!) lehet , hogy nem költség hatékony. De a társadalom számára (különösen egy szocialista elveket valló kormány számára) kell , hogy legyenek egyéb célkitűzések. Az igazságosság , az emberiség érvényesülése az egészségügyben nem egészségnyereséget eredményez , de a társadalmi hatékonyságot emeli , melynek maximalizálása az egészségpolitika átfogó célkitűzése kell , hogy legyen.

Felhasználható gondolatok

A piac maximalizálja a rendelkezésre álló erőforrásokból származó összhasznot .(hatékonyság!)

A hatékonyság objektív haszonelvű megközelítése az egészségpolitikában : az egészségnyereség ösztársadalmi maximalizálása a rendelkezésre álló erőforrások függvényében a szükségletek alapján , azaz az eredeti jövedelemelosztástól függetlenül.

Az igazságossággal kapcsolatos konszenzus Európában :

- az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás ne a fizetési képességtől , hanem a szükségletektől függjön , míg a terheket a fizetési képesség szerint viseljük. (EMK Egészségpolitika előadás Gaál Péter 2003.02.17. 11.pp.)

A társadalombiztosítási járulék és a direkt adózás a fizetési elv alapján történik.

Az egészségpolitika

Fontos cél :

- ■ az externáliák (védőoltás)
- igazságossági nyereség,
- egyéb értékek (megvalósíthatóság) , emberiség , tulajdonjog

A politika érdekérvényesítés a hatalom segítségével az egyén , a csoport érdekében.

Programalkotás :

- tartalom
- folyamat

Prioritás felállítás !

Cél : adott költségből lehető legtöbb aggregált egészség nyereség . = Hatékonyság

Az igazságosságnak többféle értelmezése van.

- Egy piaci alapú társadalomban nem igazságtalan , hogy egyesek (akiknek nincs pénzük) nem férnek hozzá bizonyos szolgáltatásokhoz.
- Esély a hozzáféréshez (várólista)
- Vagy esély a végeredményben egyenlő kimenetelhez. (ez gyakorlatilag lehetetlen , mivel egyéb társadalmi és genetikai faktorok és befolyásolják a végeredményt).

1. distributio (elosztás) szerinti igazságosság
2. jövedelem szerinti igazságosság
3. haszon szerinti igazságosság (elosztás : érdem szerint , vagy szükséglet szerint)
4. költségek (terhek) szerinti igazságosság (elosztás : fizetési képesség szerint, vagy a hasznokból való részesedés alapján).

A jelen kormány által választott érték a szociális érzékenység

El kell különíteni az egészségügyi állapotbeli egyenlőtlenségben azt , hogy

- miről tehet az állampolgár (fizesse ő)
- miről nem tehet az állampolgár (fizesse az állam)

információs aszimmetria

- kontraszelekció , lefölközés
- ellátó indukálta kereslet

Inkomplett piacok : a piac nem biztosítja olyan termékek és szolgáltatások előállítását , amelyre lenne fizetési hajlandóság és az előállítás költségei nem haladják meg azt , amit az egyének hajlandóak lennének fizetni. – ilyen a fogyatékosügy?

A JÖVEDELMEK TÁRSADALOM SZEMPONTJÁBÓL IGAZSÁGOSNAK TARTOTT ELOSZTÁSA AZ ÁLLAM FELADATA .

A közösségi ellátás (public provision) méltányossági célkitűzésének egyik megvalósulási formája volna a széleskörű fogyatékosügyi ellátás.

A prioritási listán (az egészségügyön belül az egyes szektorok ill. szolgáltatások közötti részesedési lista) a fogyatékosok egészségügyi ellátás a legutolsók között szerepel , ha

egyáltalán feltüntetik ténylegesen .) **KELLENE IDE EGY JÓ HIVATKOZÁS A KORMÁNY PROGRAMBÓL)**

A szükségletek és az erőforrások közötti diszkrépancia!

Az állami beavatkozás problémái:

Az államnak nem áll rendelkezésére elég információ a közösség tagjainak szükséglete kielégítéséhez. , vagy nem valóságos a közösség tagjai preferenciáinak feltárása – a fogyatékosok egészségügyi ellátása témakörének nem kellő proponálása – ez idáig !

A bürokrácia , vagy a politika süllyesztőjében veszik el a fogyatékos egészségügyi ellátás?

A döntéshozók támogatásához az eredményeket quantifikálni kell , hogy összehasonlíthatóak legyenek. Erre egyik legjobb megoldás a használdozati költség pénzben kifejezve!

Költség-hasznosság (CUA) elemzés esetén (QUALY) nem mindegy , hogy kitől nyerjük a minőségi korrekciós tényezőt! (fogyatékosról , vagy egészségesről)

Nem biztos , hogy a hatékonyabb beavatkozás társadalmilag kívánatos ! – Spárta!

Egészségügyi Szociális és Családügyi Miniszter , Pénzügyminiszter , Igazságügyminiszter Előterjesztés tervezete a Kormány részére az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló törvény tervezetéről. (Az államigazgatási egyeztetések és az ágazati érdekegyeztetések alapján átdolgozott változat)2003.január

Az ellátórendszer konszolidációja és modernizációja, valamint a finanszírozás reformja során megvalósítandó célként egy olyan egészségügyi rendszer kialakítását kívánjuk elérni , amelyben ...a hátrányos helyzetű csoportok pozitív diszkriminációban részesülnek hátrányos helyzetük ellensúlyozására. (2.pp.)

Egészségügyi Kormányprogram. IV.fejezet Egészségügy

1. Az egészség évtizede

Olyan egészségügyi rendszer megteremtésén fáradozunk, amelyben ... a rendszer jogszabályi garanciákkal , elkülönített pénzforrások terhére fokozott figyelmet fordít a különösen hátrányos helyzetű csoportok sajátos szükségleteire és a társadalmilag meghatározott hátrányok ellensúlyozására; (1.2.-3.bek.)

2. Az egészségközpontú gyógyítás programja

Programjaink számítanak a civil szervezetek aktivitására. (2.2.)

Az öngondoskodás különböző formáinak a szervezetek fejlesztését, preventív szolgáltatások bővülését – a jogszabályok módosításával és az adórendszeren keresztül is – támogatjuk. (2.4.)

A leszakadó rétegek...egészségi hátrányai miatt az oktatási , képzési, foglalkoztatási és a szegénységet csökkentő programjainkhoz speciális egészségvédelmi akciókat is kapcsolunk, mindenképp figyelve a gyermekekre és a fiatalokra.(2.5.)

6. A jövő egészségügyének programja

Az egészségügyi ellátás szakmai fejlesztésében erősödik az alapellátás szerepe. Ennek során különféle szociális feladatok ellátása is nagyobb hangsúlyt kap (.....a fogyatékosok sokoldalú gondozása).(6.3.)

A járóbeteg szakellátás fejlesztésére – figyelemmel a területi különbségekre – megfelelő összeget különítünk el. **A szakmai és szervezeti változásokat a kormány kezdeményezi, ösztönzi és támogatja.**

8. Az egészségügy anyagi biztonságának megteremtése

A finanszírozási reform a döntően közpénzekből fenntartható, *igazságos*, *méltányos*, legális és hatékony rendszer fokozatos kiépítését tekinti céljának. (8.1.)

Az intézményi gazdálkodás stabilitásának biztosítására a finanszírozás szabályait már a költségvetési évet megelőzően meghatározzuk. (8.9.)

10. Az egészségügy társadalmasítása

A kormány az állampolgárok és civil szervezeteik számára biztosítani fogja az egészségfejlesztéshez és az egészségügyi rendszer korszerűsítésének támogatásához szükséges információkat. Új ösztönzők bevezetésével erősíti az orvosi és egyéb szakmák önszabályozását, a civil szervezetek befolyását. (10.1.)

