

Kórházi gyakorlat szempontjából egy vagy több biztosító

A kórházaknak van egy hivatásuk, ami a betegek ellátását jelenti. Kórházat azért építünk és üzemeltetünk, hogy a speciális szaktudást, ellátást igénylő eseteket megfelelően tudjuk kezelni. A kiemelt, súlyponti kórházaknak fő hivatása az akut, halasztást kevésbé tűrő esetek ellátásának biztosítása. A finanszírozásnak olyannak kell lennie, ami a folyamatos működést azon szakterületeken, ahol ilyen kórképek előfordulnak biztosítani tudják.

(Nb. államot is azért tartunk fenn, hogy közfeladatokat lásson el, olyat, amire egyenként nem vagyunk képesek. Ha nem akarjuk a közfeladatot ellátni, akkor ne szedjük be erre a közpénzeket, és ne is akarjuk irányítani azok elköltését – vajh a minisztériumok, központi irányító testületek feladatait miért is nem csökkentjük?)

Emiatt a kiemelt kórházaknak és egyszerűsítsük most ezt le a megyei kórházakra (részletesen ki tudom fejteni, miért) az elsődleges feladata a sürgősségi esetek definitív ellátása. Mivel ez senki által meg nem kérdőjelezett módon állampolgári jogon jár (még vizitdíjat sem kell fizetni érte) rögvest felvetődik a kérdés, hogy ezen beavatkozások költségeit ki állja. A központi büdzsé, vagy ez már biztosított jogon jár? Ha ez utóbbi, mi történik azzal, aki pl. éppen nem biztosított? Mikor kell vizsgálnom a jogosultságot (pl. infarktus esetén resuscitatio előtt? Vagy Lysis kezelés előtt, PCI egyáltalán jár-e majd?)

Tekintsünk másik példát – daganatos betegek – az ő ellátásukat nagyon helyesen centralizálták. Igen ám, de mi van az éppen nem biztosított betegekkel – neki bizonyos kemoterápia nem jár? Mi van a nem fizető biztosítóval – ki hitelezi meg az intézménynek a kezelés költségeit, amíg eldől, hogy az akármilyen garancia életbelép? Mi lesz a díjtételekkel? Vajon a kórházak szabadon képezhetik az ellátások árait, ha igen azonnal belépünk, hiszen a mesterségesen letört árakat most reálissá tehetnénk – a biztosító ezeket a kórházakat nem tudja megkerülni. Vagy kényszeríteni fognak irreálisan alacsony (ma érvényes) árakra? Ki fizeti meg a rendelkezésre állást? Érvényesíthetem az árban? Nyilvánvalóan magasabb biztonságot jelent, ha 5 intezíves orvost ügyeltetek, mint ha egyet sem – ezt valóban kifizetik? Lesz-e különbség a felhasználható eszközökben – pl. sebészeti varrógépek, implantatumok biztosításhoz lesznek-e kötve? Mi lesz a várólistákkal? Mégis ki lehet kerülni azokat megfelelő biztosítással? (Ehhez elég ha a több biztosító közül az egyik gyorsabban fizet, máris előnyben részesülhet). Hogyan tudom biztosítani a különböző biztosítók ügyfelei számára a kiemelt körülményeket, ha törvény korlátozza a kapacitásaimat? Vagy egyúttal ez meg is szűnik? Szabad-e többlet ágyat, órát megnyitnom (hiszen üzleti biztosító, de mégis közfinanszírozott ellátás marad). Milyen finanszírozási szerződés lép életbe a mostani helyett és kivel kötjük? Kapunk-e garanciát a súlyponti szerep betöltéséhez szükséges személyi és egyéb infrastruktúra fenntartásához.

A mi régióknak számára az én meglátásom szerint a több biztosítós modellek közül a regionális alapon szerveződő modell előnyösnek látszik, de ennek egyetlen oka az, hogy jó befizetők vagyunk, ugyanakkor aránytalanul alacsony igénybevevők.