

Szerzői változat

(Készült az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2005. decemberi felkérése alapján.)

A társadalombiztosítás egészségbiztosítási intézményének fejlesztése

Egy szervezetű, nemzeti szinten egységes, szolidaritás alapú, társadalmi kockázatközösséget fenntartó, az egészségi kockázatokat értékelő és kezelő egészségbiztosítási intézményrendszer

- Rendszerfejlesztési javaslat -

Alkotó közösség :
Dr. Gilly Gyula
Jankó András
Dr. Kameniczky István
Prof. Dr. Klinger András
Prof. Dr. Korányi László
Rádonyi Dénes
Siklós Gábor
Dr. Skrabski Árpád
Dr. Szigeti Gábor

Felkért szaktanácsadó: Prékopa András akadémikus

Budapest, 2006. július 12.

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	3
2. FOGALMAK, ALAPELVEK	5
3. CÉLOK	7
4. MŰKÖDÉS	7
4.1. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER	7
4.1.1. Az egészségi szükségleteket feltáró és szolgáltatásokkal kielégítő alrendszer elemei:.....	8
4.1.2. Az operatív irányítási, működtetési alrendszer	8
4.1.3. Az egészségbiztosítás önszabályzó működésének sémája	9
4.2. A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI INTÉZMÉNYEINEK FEJLESZTÉSI CÉLJAI ÉS FELADATAI	10
4.3. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS TERVEZÉSE	11
4.3.1. Az összehangolt egészségi és gazdasági tervezés	12
4.3.2. Az összehangolt egészségi és gazdasági tervezés elemei.....	13
4.3.3. A szükséglet intervenciós modellre épülő egészségtervezés.....	14
4.3.3.1. Az egészségi szükségletek megismerése (egészségmonitorozás).....	14
4.3.3.2. Az egészségterv.....	17
4.3.3.3. Az egyéni egészségtervezés folyamata	18
4.3.3.4. A közösségi egészségterv	19
4.3.3.5. Az országos egészségterv	19
4.3.4. A szolgáltatási naturáliák tervezése	20
4.3.5. A pénzügyi tervezés	21
4.4. A TERVEK MEGVALÓSÍTÁSA: SZERZŐDÉSKÖTÉS A SZOLGÁLTATÓKKAL, SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELE, ELLENŐRZÉS, KIFIZETÉS	23
4.5. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KULTÚRA EGÉSZÉRE KITERJEDŐ EGÉSZSÉGTERVEK MEGVALÓSÍTÁSÁNAK ELEMELI.....	23
5. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZERVEZETE, IRÁNYÍTÁSA	25
5.1. A NAGYMÉRTÉKBEN ÖNSZABÁLYOZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS ELVÉT GYAKORLATBAN ÉRVÉNYESÍTENI KÉPES SZERVEZET	25
5.2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS IRÁNYÍTÁSÁHOZ SZÜKSÉGES EGÉSZSÉGI SZÜKSÉGLET- KOMMUNIKÁCIÓ ÉS AZ ÁLTALÁNOS KOMMUNIKÁCIÓ.....	26
5.3. TERVEZETT ÉS ÖNSZABÁLYOZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER MEGVALÓSÍTÁSÁHOZ KAPCSOLÓDÓ EGYSÉGESÍTETT ADATBÁZIS.....	27
5.4. A KÍSÉRLETI TERVEZÉSRE ALKALMAZANDÓ MATEMATIKAI MODELLEZÉSI MÓDSZEREK ...	27
5.5. A NAGYMÉRTÉKBEN ÖNSZABÁLYOZÓ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KIALAKÍTÁSÁHOZ SZÜKSÉGES SZABÁLYOZÁS FEJLESZTÉSE	28

Mellékletek:

1. sz. Egészségi állapot folyamatos megfigyelése
2. sz. Egészségügyi indikátorok az egészségbiztosításban
3. sz. Az egészségbiztosítás kísérleti tervezése – Demográfiai alapú hosszú távú közösségi egészségterv
4. sz. Az egészségtervezés kísérleti adatbázisa („Adatszerkezet.xls” Excel munkafüzet)

A rendszerfejlesztési javaslat jelen változata a felsorolt mellékleteket nem tartalmazza. Ezekről kérésre külön tájékoztatást nyújtunk.

1. Bevezetés

A társadalombiztosítás egészségbiztosítása, mint szolidaritás alapú, nemzeti szinten egységes társadalmi kockázatközösséget fenntartó, egészségi kockázatokat értékelő és kezelő intézmény és egyben társadalmi alrendszer, társadalmi szintű folyamatokat tud befolyásolni, az egész életre kiterjedő egészségi szükségleteinket kezeli a korlátozott mértékű, a tényleges jövedelemtől függő, de az egészségi kockázatoktól független járulékfizetéssel. E feladata során a stabilitás és a dinamizmus együttes követelményét érvényesíti működésében. A stabilitás a biztonságos élet generációs távlatú kötelezettségek és jogok kiszámítható fenntartását, a dinamizmus az egészségi szükségletek, szolgáltatások, finanszírozás szabályozott, dinamikus egyensúlyát jelenti. A társadalombiztosítási egészségfinanszírozás szolidaritás alapú társadalmi kockázatközösséget fenntartó és kezelő, módszertani szempontból meghatározott működésű, szervezetű intézmény.

1988-ban döntés született arra vonatkozóan, hogy az egészségügy ismét társadalombiztosítási alapokon lesz finanszírozva. A társadalombiztosítási alapú finanszírozás lehetővé tette, hogy a tb. ellátások kiváljanak az állami költségvetésből, és önálló (önállóan gazdálkodó) alrendszerként jelenjenek meg az államháztartásban. (A döntést alátámasztotta, hogy 1891-től hosszú ideig volt hazánkban szolidaritáselvű, társadalombiztosítási logika alapján szerveződő egészségbiztosítás, és a működési tapasztalatok rendkívül kedvezőek voltak.)

A társadalombiztosítási intézmények megfelelő működését számos probléma nehezíti. Ezek közül a legfontosabbak:

- a korlátozott járulékfizetéssel szemben az egész életre kiterjedő egészségi szükségletek kielégítésének feladata,
- hiányzik a szándék, és a jogi háttér, hogy a szolgáltatások igénybevétele mögött érvényesíteni lehessen az aktív korosztályban a tényleges jövedelmeken (nem a minimálbéren) alapuló járulékfizetéssel szerzett jogosultságot, illetőleg a munkabérről kifizetésekre alapozva ezt technikailag is egyre nehezebb megvalósítani össztársadalmi szinten;
- szociális válságot okozó, egész régiókat, társadalmi csoportokat érintő változások, melyek miatt az érintettek tömegesen betegszenek meg, vagy menekülnek betegségbe (táppénz, rokkantosság),
- az állami költségvetési hiány miatt folyamatos, ésszerűtlen, szakszerűtlen, eredménytelen „takarékosági” nyomás, amelyet tévesen a költséghatékonysággal azonosítanak, és amely már a napi működést is veszélyezteti,
- a társadalombiztosítás stabilitását veszélyeztető több mint ötven éves múlta visszatekintő, állandósult – napjainkban szokásjogként elfogadott – kézivezérlés, ami elsősorban összefüggéstelen, követhetetlen, folyamatosan változó szabályozási gyakorlatban jelentkezik,
- az aktív és szakmailag megalapozott (bizonyítékokon alapuló) egészségpolitika hiánya miatt nem hatékony az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés,
- az orvostechológia fejlődéséből eredő, egyre határtalanabb – gyakran nem teljesülő, csak illúziókat jelentő diagnosztikai, gyógyító ellátási kínálat keltette tömeges kereslet, ami a médián és a politikai döntéshozókon keresztül kényszerítő erőként is jelentkezik,
- a kriminalitás körébe tartozó ál-reform ötletek – valamint az intézmény működésébe való állandósult behatolási, és a működés befolyásolására tett kísérletek.

A felsorolt körülmények következményeivel kénytelen az intézmény egésze és munkatársai egyénekenként is naponta megküzdeni. E fejlesztési program megvalósítása útján az intézmény

stabilitásának növelésével, egyben dinamizmusának fokozásával javulhat a problémák megoldásának esélye.

Az egészségbiztosítási rendszerjavaslat az elkerülhetetlennek vélt gyakorlati akadályokat nem kezeli leküzdhetetlennek és elkerülhetetlennek, és ezeket is számba véve a szakmailag megalapozott és a gyakorlatban megvalósítható megoldásokat mutatja be. Ennek alapján határozható meg az, hogy ez milyen ütemben, mértékben valósítható meg, tervezhető a szakmailag megfelelő és működőképes rendszer felé való haladás. Ez az egészségbiztosítási rendszerjavaslat alapozza meg a következő szakaszban elkészítendő egészségbiztosítási rendszerfejlesztési tervet.

2. Fogalmak, alapelvek

A társadalombiztosítás egészségbiztosítása egyértelmű módszertani, működési összefoglalása érdekében szükség van a fogalmak, alapelvek tisztázására, rögzítésére. Egységes fogalmak, alapelvek alkalmazásával a célkitűzéseket, működést, szervezeti felépítést azonos szemléletben tudjuk elemezni, a fejlődést segíteni. E fogalmakat, alapelveket részben a korábbi hazai és a mai európai rendszerekben alkalmazott meghatározások felhasználásával, másrészt kutatási, fejlesztési eredményeink alapján határozzuk meg.

1. A társadalombiztosítás egészségbiztosítása: szolidaritáson alapuló, visszacsatolós szabályozási mechanizmusokkal működő, egészségi kockázatkezelő intézmény, amely kötelező, közhasznú személybiztosítás. (A társadalombiztosítás ösztársadalmi szintű és egységes kockázatközösségen alapul. Ezért az egyéni kockázat-elbírálás üzleti célú biztosításban alkalmazott eljárásai a társadalombiztosításban alkalmazhatatlanok, mert széttörik a társadalmi szintű kockázatközösséget.)
2. Az egészségbiztosítás céljait az egészségpolitika határozza meg. Az egészségbiztosítás megújítása, működtetése csak az egészségüggyel együttesen, összehangolva, összekapcsolva valósítható meg.
3. A társadalombiztosítás egészségbiztosítása két oldalról meghatározott, egyrészt a járulékok, befizetések korlátozott mértékével, másrészt az egész életre kiterjedő egészségi szükségletek oldaláról (az egészségi szükségletek kielégítésére - több oknál fogva - leggyakrabban csak korlátozott mértékben van lehetőség).
4. Önszabályozó egészségbiztosítás: a szükségletek, szolgáltatások, erőforrások, eszközök dinamikus egyensúlyát létrehozó és megtartó, a visszacsatolós szabályozási mechanizmusok, folyamatos monitorozási és tervezési rendszerei miatt nagymértékben önfenntartó intézmény.
5. Az egészségbiztosítás erőtartalékot és pénztartalékot gyűjt, azzal gazdálkodik. Az erőtartalék a biztosítottak egészsége, vagyis korukhoz illő aktivitásuk, munkaképességük. A pénztartalék egészségszakmai célú tartalékot jelent. Ez az alapelv megkívánja a vezetési, tervezési, működtetési rendszerek egészségi és gazdasági irányultságát, valamint a két értékrendszer harmonikus összekapcsolását.
6. Szolidaritás: a társadalombiztosításban kölcsönös segélynyújtás, és kötelezettségvállalás intézményes gyakorlatának érvényesítése a mindenkori szegények-gazdagok, idősök-fiatalok, egészségesek-betegek közötti intézményes jövedelem átcsoportosítási mechanizmusokon keresztül, amely a jövedelemfüggő hozzájáruláson és a szolgáltatások szükségletek szerinti igénybevételén keresztül valósul meg. Ennek megfelelően mindenki a jövedelme szerint fizet járulékot, és a rendszer által nyújtott szolgáltatásokat a tényleges egészségi szükségletei szerint veheti igénybe.
7. Az egészségbiztosításban a tervezési, működtetési időtávok a következők:
 - rövid táv: 3-5 év
 - középtáv: 30-40 év (generációváltás)
 - hosszú táv: 70-80 év (generáció-élettartam)

8. Egészségbiztosítás szempontjából egészségesnek tekinthető az, aki képzettségének megfelelően munkaképes, korához illő aktivitás mellett nem károsodik és – elsősorban gyermekek esetében – aki zavartalanul fejlődőképes.
9. Egészségi szükséglet: valakinek vagy valamely közösségnek az egészségben maradásához, gyógyulásához, rehabilitációjához és – elsősorban gyermekek esetében – zavartalan fejlődéséhez nélkülözhetetlen szolgáltatások, anyagi termékek, információk, és a szellemi javak összessége.
10. Egészségnyereség: bármely az egészséggel kapcsolatos egyéni, családi vagy nagyobb közösségi szintű beavatkozás eredménye, amely révén a jó életminőségben megélt évek száma (időszak mértéke) megnő, illetve csökken az életminőséget rontó vagy az élettartamot csökkentő egészségkárosodások mértéke. (Az egészségnyereség minden esetben az egyén szintjén az egészségi állapot kedvező változásában jelentkezik, így az egyéni és közösségi egészségnyereség egyaránt mérhető és mérendő egyéni és statisztikai indikátorokkal.)
11. Egészségi kockázat: olyan cselekvéssel, eseménnyel járó veszély, veszteség lehetősége, melynek következménye egészségkárosodás.
12. Egészségi kockázatkezelés: az egészségi szükségletek felmérése és előrebecslés alapján meghatározott egészségi kockázatokat elkerülő, csökkentő célkitűzéseket szabályozott rendszerben (visszacsatolással) megvalósító tevékenység. Az egészségi kockázatkezelés megteremti az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, diagnosztika, gyógyítás és a rehabilitáció dinamikus egységét, illetőleg ezek megfelelő arányait.
13. Egészségi kockázatelemzés: az egészségi kockázatokból eredő egészségkárosodások bekövetkezési valószínűségének (esetvalószínűség), valamint a kiváltó tényezőknek, kialakulási folyamatoknak feltárása, minőségi és mennyiségi kockázatelemzési módszerekkel. Az egészségi kockázat elemzés egyéni adatokra, indikátorokra épül, az egyéni elemi adatok csoportosításával végzendő a közösségi egészségi kockázatelemzés.
14. Mennyiségi kockázatelemzés: a bekövetkezett egészségkárosodást, haláleseteket regisztráló, populációs szintű statisztikai jellegű adatok elemzése, előrebecslése, bekövetkezési valószínűségek számítása.
15. Minőségi kockázatelemzés: a bekövetkezett egészségkárosodást, haláleseteket mint változási folyamatot minőségi mutatókkal leíró módszer. A minőségi mutatókat indikátorokkal számszerűsítve a kockázatelemzés, az előrebecslések matematikai statisztikai módszerekkel végezhető. Az elemzés személyi azonosítás nélküli egyéni adatokon alapul.
16. Szükségletkommunikáció: az egészségi szükségletekről történő értékorientáló kölcsönös tájékozódás, tájékoztatás.
17. Egészségpénztár: a társadalombiztosításhoz szorosan kapcsolódó, azt kiegészítő, személyek egyesülésén alapuló (egyesület jellegű) nonprofit civil szervezet, amely a tagok tulajdonát képezi, és az alaptervekenyisége szerint a tagok számára végez szolgáltatásokat. Az egészségpénztár egyaránt érvényesíti a szolidaritást és az egyéni számlán keresztül az egyéni szükségletek kielégítését. A szolidaritás családon belül, illetve hozzátartozók vonatkozásában érvényesül a leggyakrabban, de optimális esetben az egészségpénztár teljes tagságára vonatkozik.
18. Egészségterv: orvosi vizsgálatokon alapuló egészségi állapotfelvevéllel és az egészségi kockázatelemzés módszereivel készülő terv, amely az egyének és a közösségek számára különféle szolgáltatási stratégiák hatását több időtávra előre jelzi és lehetővé teszi az egészségi szükségletek optimális kielégítését.

3. Célok

Az egészségbiztosítás általános céljai az általános egészségpolitikai, népesedéspolitikai célkitűzésekre épülnek, melyek a következők:

- A születéskor várható élettartam meghosszabbítása.
- Az egészségben megélt (fogyatéknélküli) életek kiterjesztése.
- Elkerülhető egészségkárosodások és életminőség romlás elkerülése.
- A népességfogyás mértékének csökkentése.

Mindezeknek megfelelően az egészségbiztosítás működési, fejlesztési célkitűzései a következők:

- Az egészség értékrendbeli súlyának jelentős növelése.
- Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítása, a társadalmi szükségleteknek való jobb megfelelés, a reagáló képesség javítása.
- A rendelkezésre álló erőforrások társadalmilag, gazdaságilag elfogadható mértékű egészségügyi ráfordításával, a legnagyobb egészségnyereség elérését célzó optimális elosztási rendszer kialakításával, működtetésével a különböző egészségi szükségletű emberek ellátását szolgálja.
- A társadalombiztosítás kultúrájának megőrzése, átadása a jövő nemzedékeknek.

Az egészségbiztosítás egymással összefüggő több időtávú terveinek rész céljait a mindenkori egészségpolitika prioritásaira kell építeni. E tervek határozzák meg az elérni kívánt célokat, célállapotokat. A jelenleg érvényes egészségpolitikai rész célokat „Az Egészség Évtizedének (Johan Béla) Nemzeti Programjáról” szóló Országgyűlési Határozat tartalmazza. Az egészségpolitika célkitűzéseinek végrehajtási területe az egészségkultúra egészére kiterjed, így a társadalombiztosítás, egészségügyi ellátás hatáskörén kívüli, elsősorban életmód kultúrára, környezeti hatásokra vonatkozóan közvetett, de célzott és a tervekben szereplő hatást lehet kifejteni. Mindez azt jelenti, hogy az eddigi gyakorlathoz képest az egészség kockázatkezelést érvényesítő, az egészségkultúra egészére kiterjedő tervezést és koordinált végrehajtást kell folytatni.

4. Működés

4.1. Az egészségbiztosítási rendszer

Az eredményes, közmegelegedésnek örvendő egészségügyi ellátás és egészségbiztosítás megkívánja a működés célra irányultságát, és a sokváltozós folyamat tervezést lehetővé tevő önszabályozó, ellenőrzött, rendszerszerű működést.

A következőkben bemutatott önszabályozó egészségbiztosítás működésének sémája ábrázolja a szükséglet – szolgáltatás - finanszírozás összekapcsolt működését. E séma logikai keretét jelenti a megvalósításhoz szükséges részrendszerek döntési, tervezési terében a szintén hasonló logikával működő önszabályozó működésnek is.

A nagymértékben önszabályozó egészségbiztosítás két egymással elemi szinten is kapcsolatban álló szabályozási körből (alrendszerből) áll, az egészségi szükségleteket feltáró és szolgáltatásokkal kielégítő, valamint az operatív irányítási, működtetési alrendszerből.

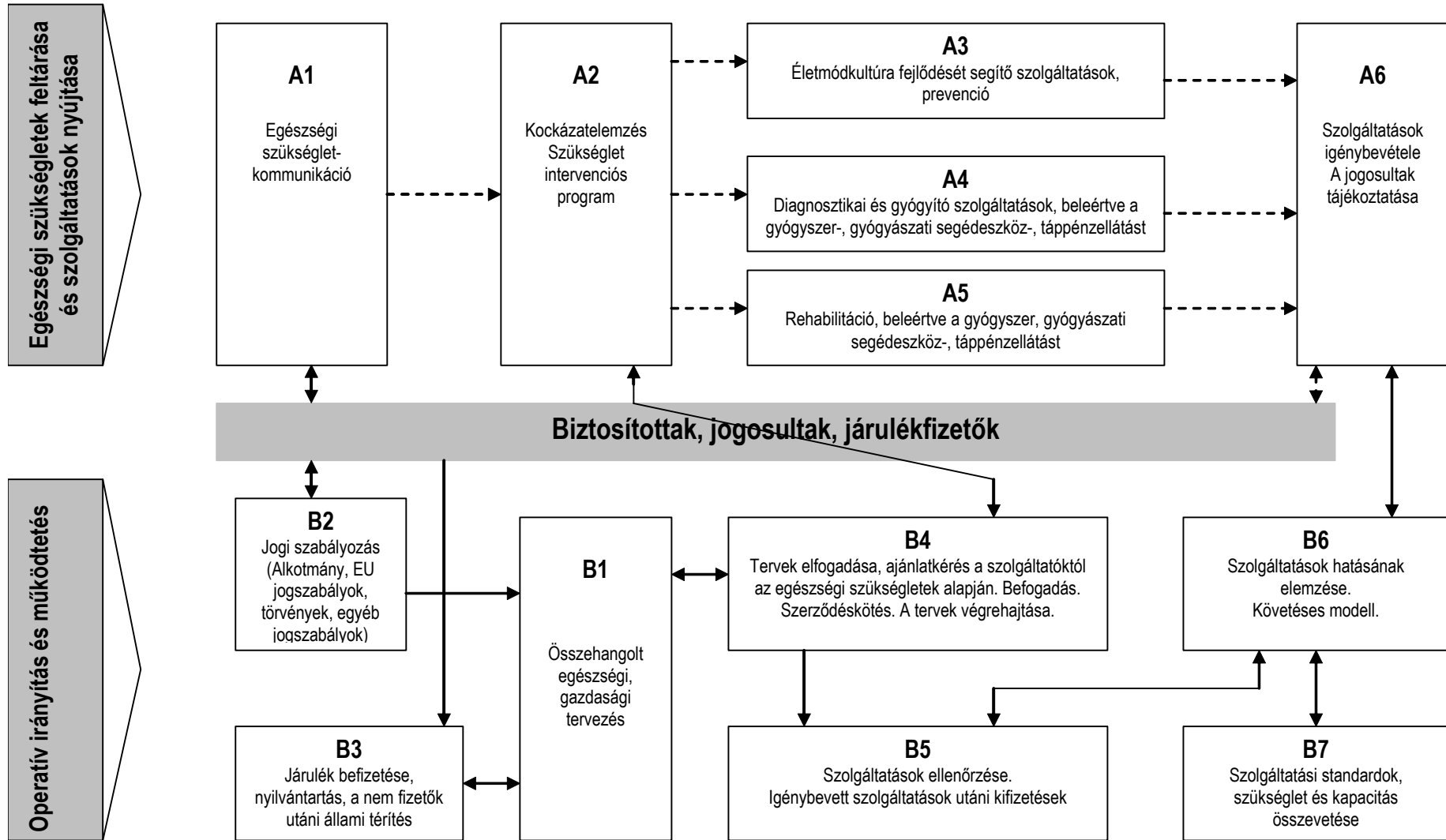
4.1.1. Az egészségi szükségleteket feltáró és szolgáltatásokkal kielégítő alrendszer elemei:

- A/1 elem: Egészségi szükséglet- kommunikáció
- egészségi állapot felvétel, követés, elemzés
 - tájékoztatás az egészségi szükségletekről, kockázatokról
 - tájékoztatás az egészségbiztosítással kapcsolatos jogokról, kötelezettségekről.
- A/2 elem: Az egészségi kockázat elemzés, egészségi szükségletek megállapítása, az egészségi szükséglet intervenciós program.
A tervek, szerződéskötés alapján aktivizált szolgáltatók.
- A/3 elem: Életmódkultúra fejlődését segítő szolgáltatások, prevenció.
- A/4 elem: Diagnosztika és gyógyító szolgáltatások beleértve a gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz, táppénzellátást.
- A/5 elem: Rehabilitáció, beleértve a gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-, táppénzellátást
- A/6 elem: A szolgáltatások igénybevétele.
A biztosítottak, jogosultak, járulékfizetők tájékoztatása a szolgáltatásokról.

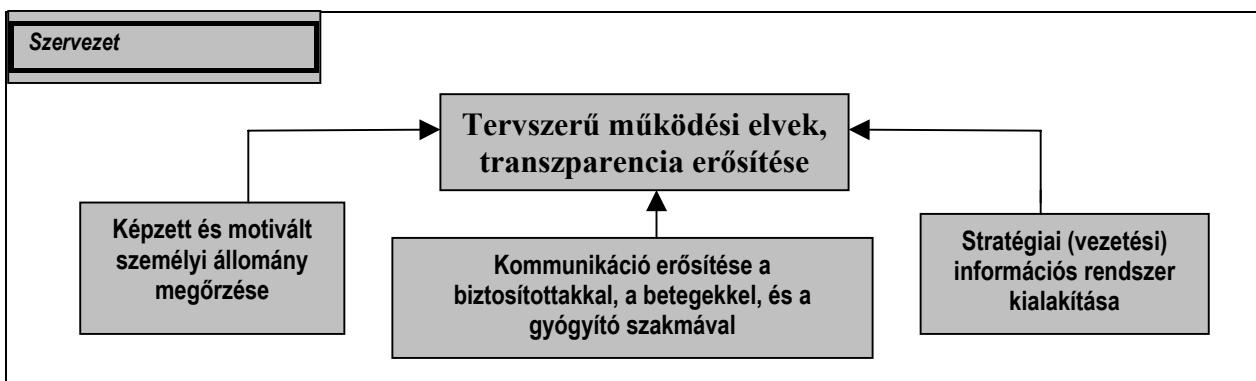
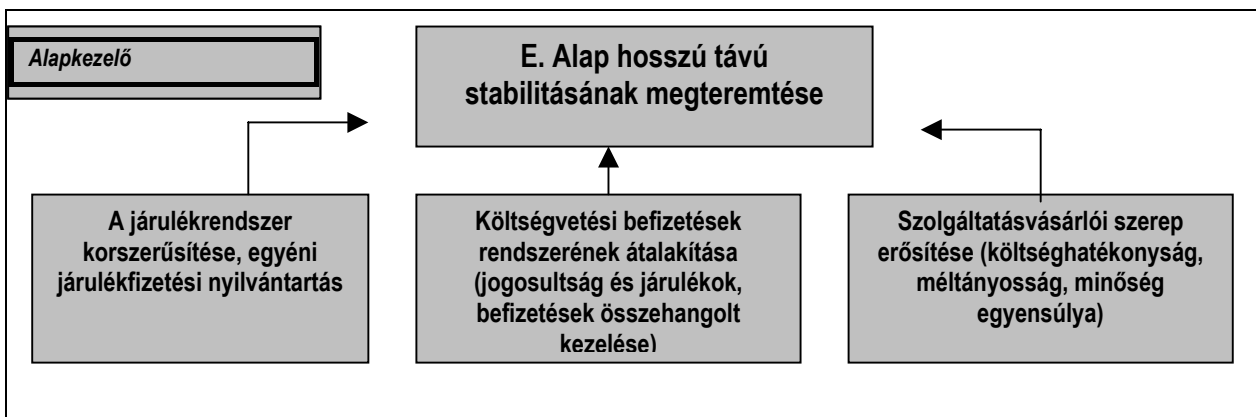
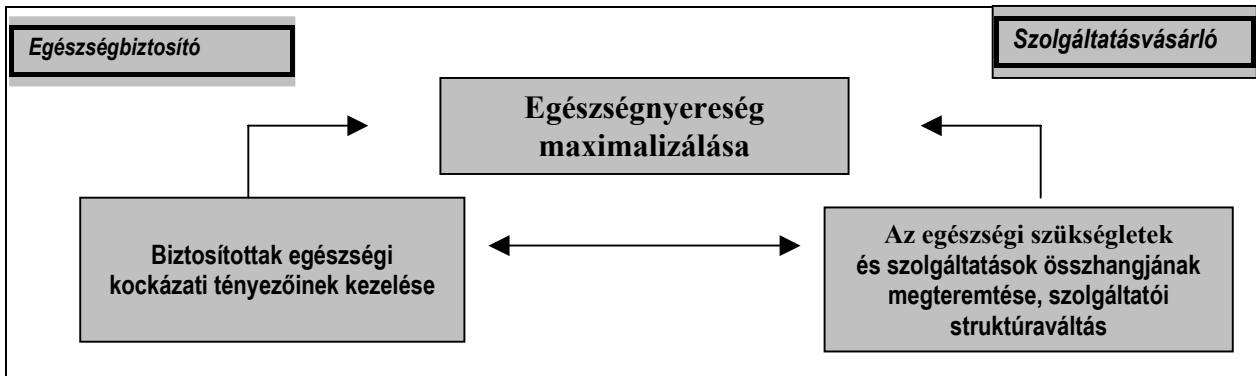
4.1.2. Az operatív irányítási, működtetési alrendszer

- B/1 elem: Összehangolt egészségi és gazdasági tervezés
- B/2 elem: Jogi szabályozás (Alkotmány, EU jogszabályok, törvények, egyéb jogszabályok)
- B/3 elem: Járulékbefizetés, nem fizetők után állami térítés, járulék nyilvántartás.
- B/4 elem: Tervek elfogadása
Az egészségi szükségleteken alapuló ajánlatkérés a szolgáltatóktól.
Szolgáltatások befogadása.
Szerződéskötés.
A tervek végrehajtása
- B/5 elem: A szolgáltatások ellenőrzése. Az igénybevett szolgáltatások utáni Kifizetések
- B/6 elem: A szolgáltatások hatásának elemzése. Követéses modell.
- B/7 elem: Szolgáltatási standardok. Az egészségi szükségletek, szolgáltatási kapacitások összevetése.

4.1.3. Az egészségbiztosítás önszabályzó működésének sémája



4.2. A társadalombiztosítás egészségbiztosítási intézményeinek fejlesztési céljai és feladatai



4.3. Az egészségbiztosítás tervezése

Az egészségbiztosítás tervezési rendszerét három összefüggő döntéshalmaz:

- az egészségterv,
- a szolgáltatási naturáliák terve,
- és a pénzügyi gazdálkodási terv, mint tervezési részrendszer alkotja.

A jelenlegi leegyszerűsített téves tervezési szemlélet és gyakorlat – abból kiindulva, hogy a megfelelő mennyiségű pénzeszkővel bármely más eszköz megszerezhető, vagy egyéb értékek is befolyásolhatók – kizárólag pénzben való tervezésre épül, ezáltal az egyéb eszközökre, értékekre vonatkozó folyamatok, döntések spontán módon történnek, ezáltal a pénzügyi tervezés, döntések is bizonytalanná válnak.

Az egészségbiztosítási tervezési rendszer összetettségét növeli a területi elven működő szolgáltatásokra vonatkozó döntések miatt kialakítandó összefüggő területi alapú tervezési hierarchia.

A tervezés optimalizálása érdekében az egészségbiztosítási rendszer folyamatainak, összefüggéseinek, a döntések hatásának megértéséhez az egészségbiztosítási rendszer modelljén számítógépes szimulációkat kell végezni matematikai eszközökkel. A modellezés feltétele az alternatív politikák és gyakorlatok pontosan megfogalmazott ismérvei, követelményei, ezek egy indikátor rendszerként kezelendők. Meg kell határozni a befolyásolható változókat, és a befolyásolhatatlan tényezőket. Az egyes tervezési részrendszereket szükség esetén külön elemekre bontva, külön-külön is modellezni kell.

A jövőre vonatkozó ismereteink részben:

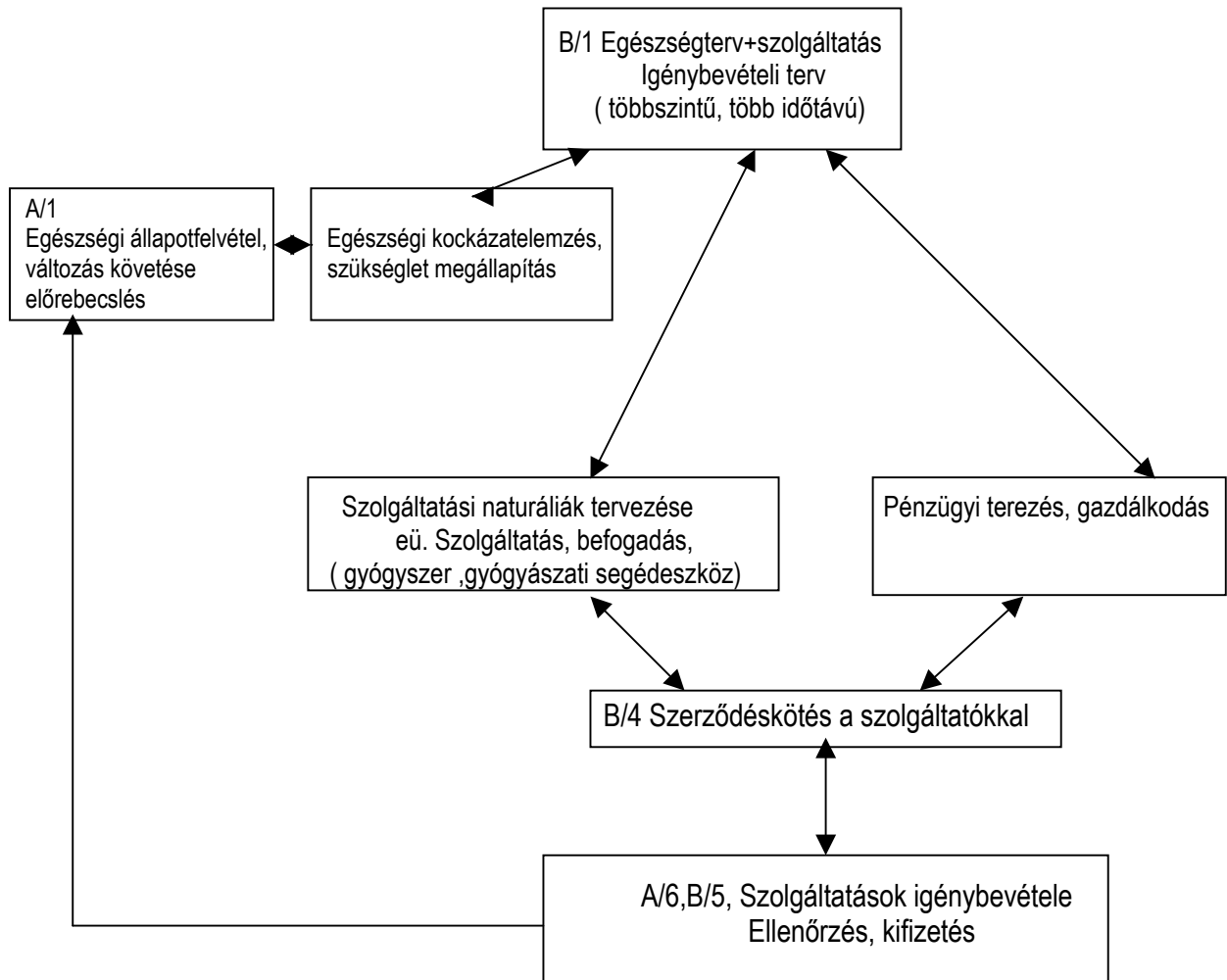
- a) bizonyosak (annak véljük), vagyis előre láthatóan bizonyos változások következnek be, vagy változatlanok maradnak a vizsgált indikátorok, tényezők,
- b) bizonytalan mértékben ható tényezők: annak érdekében, hogy ésszerű bizonyossággal megismerjük, hogy mekkora a valószínűsége bizonyos tényezők hatásának, kockázatelemzést kell végeznünk és ennek alapján akár több terv változat is készülhet a várható kimenetelre,
- c) a jövőnek előre nem látható váratlan eseményei (pld: természeti katasztrófa, technikai változás) ezekre egy módon lehet felkészülni, az elvártól való eltérés gyors észlelésére van szükség, és a hatékony válaszadásra, vagyis meg kell tervezni a váratlanra adott reagálás képességét.

Az egészségbiztosítás tervezése során figyelembe kell venni az értékrend változásait, ismernünk kell azt, hogy hogyan kapcsolódik az értékrend az egészségi szükségletekhez, és azok kielégítéséhez, milyen módon vezet az egészségi szükségletek változása az értékrend változásához. Meg kell érteni és figyelembe kell venni az egyének, közösségek, társadalom magatartását, reagálását, hogy a tervezéssel ösztönözhesük a tervcélok elérése érdekében.

Miután az egészségbiztosításban több időtávú tervezést kell végezni (éves terv, rövidtáv 3-5 év, középtáv 30-50 év, hosszútáv 70-80 év) így a tervezés nem egy időszakonként elvégzendő feladat, hanem egy folyamat a döntések hatásának visszacsatolása (monitorozása), értékelése, és az állandó változás miatt. Ezen kívül a vezetés folyamatos döntéskényszere is indokolja a terv naprakész állapotban tartását. A terv-tény állandó összevetése tanulási folyamatként is hat, ez a döntési tapasztalatszerzést segíti, javítva a döntések minőségét.

Az egészségbiztosítás társadalmi, kulturális beágyazottsága miatt nélkülözhetetlen a pszichológia magatartástudományi ágának alkalmazása a tervek elfogadása, a tervcélok egyéni és közösségi megvalósítása érdekében.

4.3.1. Az összehangolt egészségi és gazdasági tervezés



4.3.2. Az összehangolt egészségi és gazdasági tervezés elemei

Egészségtervezés

Egyéni egészségterv: egészségi állapotfelmérés, kockázatelemzés, egészségi szükséglet megállapítás, egészségi állapot változásának követése.
A tervezés helye: háziorvosi-, házi-gyermekorvosi-, iskolaorvosi ellátás, rehabilitáció, szakorvosi gondozás, fogászati ellátás, terhesgondozás, védőnői szolgáltatás, háziápolás.

Közösségi egészségterv, gazdálkodás az egészséggel:
A statisztikus egészségi szükségletek megállapítása, előrebecslése, az egészségi kockázatelemzés, egészségi állapot változásának követése, több időtávú előrebecslése.
Egészségi szükséglet intervenciók terv.

Szolgáltatási naturáliákban való tervezés: az összes természetbeni ellátás + gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő, a terápiás audit alapján.
A szolgáltatás igénybevétele előrebecslés több időtávra. A tervezőcsoport a folyamatellenőrzést végzőkkel szorosan együttműködik.

Pénzügyi tervezés, gazdálkodás
Bevétel-kiadás, pénzügyi szolgáltatások
Több időtávú terv, költségellenőrzés
A szolgáltatás igénybevételei alternatívák költségvetésének előrebecslése

4.3.3. A szükséglet intervenciós modellre épülő egészségtervezés

4.3.3.1. Az egészségi szükségletek megismerése (egészségmonitorozás)

Az egészségbiztosítás aktív irányításának, tervszerű működésének meghatározó feltétele az egészségi szükségletek ismerete, az egészségi állapot változásának követése, a változások előrejelzése. Az egészségbiztosítás e tevékenységéhez a saját informatikai rendszerében, ügyvitelében keletkező, illetve a szervezeten kívül lévő egészségi, demográfiai, szociális, környezeti, kereskedelmi-fogyasztási vonatkozású statisztikai, információs, ügyviteli rendszerek adatait kell a döntésekhez-tervezéshez felhasználni.

A szükséges egészségmonitorozó rendszerek az alábbiakban csoportosíthatók:

a) Folyamatos statisztikai adatgyűjtés:

- demográfiai adatok
- az egészségügyi ellátórendszerben keletkező betegforgalmi statisztikai adatok
- foglalkozás-egészségügyi adatok
- bejelentési kötelezettség alá eső megbetegedések adatai
- az egészségi állapotot érintő kereskedelmi-fogyasztási statisztikák

b) Az egészségügyi ellátás különböző szintjein keletkező adatok:

- háziorvosi törzskarton krónikus betegségek gondozási adatai
- kötelező egészségügyi szűrővizsgálatok adatai
- célzott egészségvizsgálatok adatai

c) Társadalombiztosítási adatok:

- gyógyszer támogatás, vényellenőrzés,
- járóbeteg-finanszírozás
- fekvőbeteg-finanszírozás
- gyógyászati segédeszköz ellátás

d) Egészségfelmérések:

- egészségi állapot, egészségmagatartás felmérése kikérdezéssel
- orvosi vizsgálatokon alapuló felmérések
- kombinált, az egészségi állapot és egészségmagatartás kikérdezéssel, valamint orvosi vizsgálatokon alapuló folyamatos megfigyelése.

Az egészségi állapotot leíró indikátorok meghatározása, csoportosítása

a) Egészségpolitika kereteibe tartozó indikátorok:

- egészségbiztosítás eszközeivel befolyásolható
- egészségbiztosításon kívüli, de az egészségügyi irányítás hatáskörébe tartozó,
- egészségpolitikai koordináció keretébe tartozó

b) Egészségpolitikán kívül eső indikátorok:

- Például: iskolázottság, szociális helyzet, foglalkoztatottság

A szükséglet intervenciók modell kereteit meghatározó indikátorok aktivizálása

- szakmai, társadalmi elfogadtatása – legitimálása,
- beemelésük az egészségpolitika deklarált programjába,
- elfogadtatásuk a szolgáltatókkal,
- elfogadtatásuk az ellátottakkal, és az érintett civil szférával,
- elfogadtatásuk a térségi vezetéssel (intézménytulajdonosokkal, az ellátásért felelősökkel).

A szükséglet intervenciók terv célkitűzéseinek meghatározása az indikátorok megváltozásával

- rövid távon,
- közép távon,
- hosszú távon.

Az egészségpolitika és ezen belül az egészségbiztosítás mozgásterének meghatározása, az indikátorok alakulását befolyásoló eszközök számbavétele

- Jogi környezet
- Egészségbiztosítás eszközrendszere: szolgáltatási hálózat szakmai, térbeli alakítása, szolgáltatások köre, szolgáltatások terjedelme (kapacitás), finanszírozási eszközökkel befolyásolható területek, érdekeltségi viszonyok a szolgáltatóknál, ellátottaknál
- Az egészségbiztosításon kívüli intézményekkel, eszközökkel való együttműködés, összhang
- A pénzügyi keretek alakulása.

A prioritási sorrend megállapítása

Az egészségi szükséglet intervenciók alapú tervezés során a beavatkozási célokat elsőbbségi sorrend alapján kell meghatározni. E módszer alkalmazását az teszi szükségessé, hogy az egészségi szükségletek a fogamzástól halálig terjedő széles skálájának kielégítésére csak korlátozott mértékben állnak rendelkezésre az erőforrások és eszközök.

A prioritások tervezési szintjei:

- a kezelőorvos egyénnél alkalmazott prioritásai,
- közösségi szintű prioritások, melyet az egészségügyi ellátás, illetve az egészséget befolyásoló tervezés, döntések során hoznak.

E két szint csak összehangoltan, együtt tervezhető.

A prioritási sorrend megállapítása a korcsoportokon belül szükséges, különféle szolgáltatás csoportokra és szolgáltatásokra vonatkozóan. Ugyan felmerülhet a korcsoportok közötti prioritás kérdése is, de miután ez súlyos etikai kérdéseket vethet fel, ezért az ezzel kapcsolatos döntéseket rendkívül körülhatároltan lehet csak meghozni. (Például abból a szempontból, hogy ilyen súlyos kárt, terhet jelent egy magzati – csecsemő - gyermekkorban bekövetkezett, kialakult fogyatékoság, ezért e korcsoport a többi korcsoporthoz képest nagyobb figyelmet kaphat.)

A prioritások tervezését az alábbi szolgáltatás csoportokra vonatkozóan kell meghatározni:

- egészségmegőrzés,
- betegségmegelőzés,
- diagnosztika,
- gyógyítás, gondozás,
- rehabilitáció.

A szolgáltatások osztályozása

1. Gyermek testi, lelki, szellemi egészségét, fejlődését támogató szolgáltatások, amelyekbe beletartozik a szülők képzése, tanácsadás, családvédelem.
2. Egészségmegőrző szolgáltatások: céljuk az emberi szervezet egészséges funkcióinak fenntartása. E szolgáltatások az emberhez méltó életmódkultúra fenntartását, fejlesztését segítik (lelki egészség, testkultúra, sport, tájékoztatás, oktatás, stb.).
3. Betegségmegelőző szolgáltatások: a biztosan betegséghez vezető magatartás, szokások, állapot megváltoztatását célozzák, még tünetmentes szakaszban (pl. kövérség esetén). E szolgáltatások célja és eredménye a betegségek korai felismerése, a krónikus betegségek kialakulásának elkerülése, késleltetése.
4. Gyógyítás: beleértendő a diagnosztika, az ápolás, a gyógyszerellátás, a gyógyászati segédeszköz-ellátás, és a betegszabadság.
5. Gondozás (egészségügyi): a krónikus betegségek egyensúlyban tartása, szövődmények elkerülése, a betegségekkel való együttélést segítő, normális életvitelt lehetővé tevő szolgáltatás.
6. Rehabilitáció: e szolgáltatások célja, az emberhez méltó életminőség kialakítása a fogyatékosok számára. Ha a gyógyító orvoslás hatástalan és az egészségkárosodás olyan mértékű, hogy már visszafordíthatatlan eltéréseket hoz létre, akkor fogyatékoságról beszélünk. A fogyatékoságokat az alábbi csoportokba soroljuk:
 - mozgásszervi,
 - belszervi,
 - érzékszervi,
 - pszichiátriai,
 - értelmi,
 - társadalmi, beilleszkedési zavarok,
 - az öregkor halmozott károsodásai.
7. A rehabilitációban több szakterület működik együtt:
 - orvosi rehabilitáció,
 - pedagógiai rehabilitáció,
 - foglalkozási rehabilitáció,
 - szociális rehabilitáció.

4.3.3.2. Az egészségterv

Az egészségbiztosítás működését döntően meghatározó Pfisterer-elv¹ gyakorlatban való érvényesítése érdekében szükséges fejleszteni és alkalmazni az egészségtervezést.

Az egészségterv az egészséggel kapcsolatos döntések rendszere, melynek hiányában az egészségbiztosítás alapfunkciója a társadalmi szolidaritáson alapuló egészségi kockázatkezelés nem valósul meg. Az egészségbiztosítási rendszer alapvető eseménytere az emberek, közösségek, az egész társadalom egészségi állapotának változása. Ezt egyedül pénzügyi döntésekkel, tervekkel nem lehet befolyásolni.

Az egészségtervezés két részeleme az egyéni és közösségi egészségterv elkészítése.

Az egyéni egészségterv: egészségi állapotfelmérés; kérdések, általános egészségvizsgálat és nem, korcsoportos egészségvalószínűségi becslések, az egészségi állapot változásának reprezentatív populáción történő folyamatos megfigyelése.

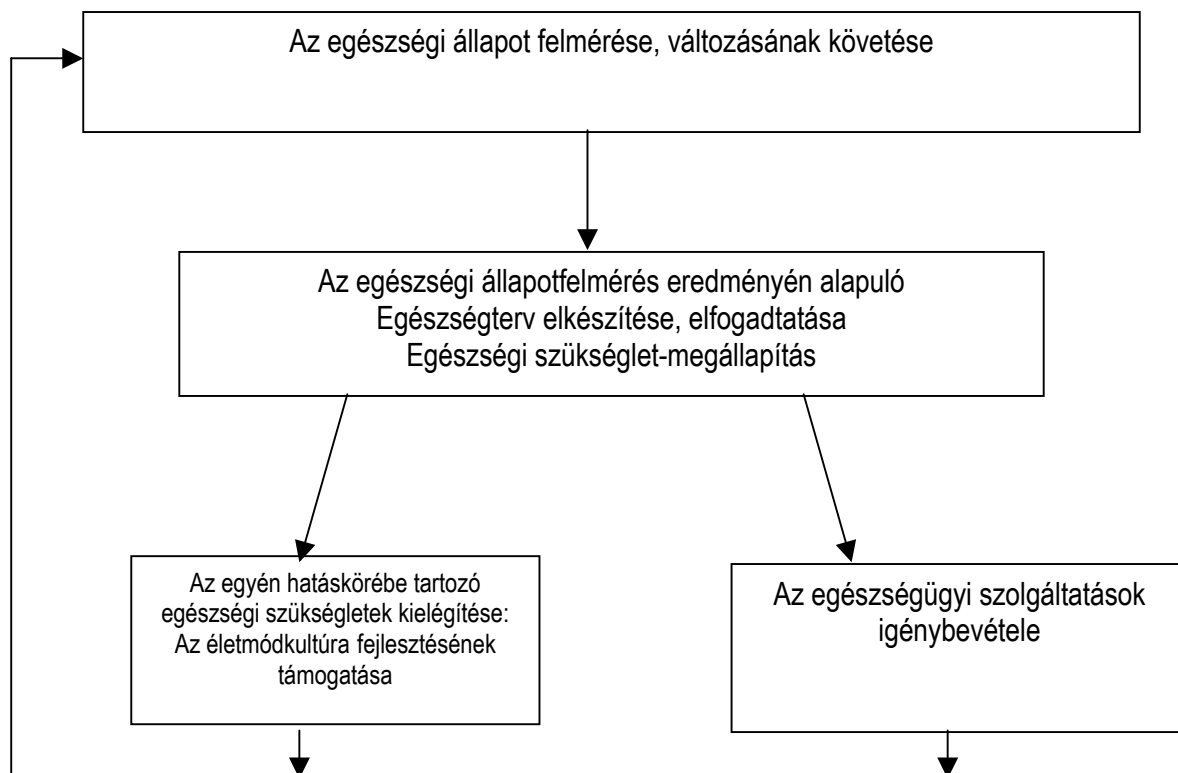
Az egyéni egészségtervek fokozatos bevezetésére megoldást jelenthet, ha az egészségi állapot változásának reprezentatív populáción történő megfigyelését egyéni egészségterv elkészítésével, folyamatos alkalmazásával végezzük. E tervezési rendszer működtetése a háziorvosok személyes bekapcsolásával történhet. (Dr. Saliga Margit főorvos- asszony e módon hosszú ideig sikeresen végzett megfigyeléseket a Budapest IX., kerületének háziorvosaival együttműködve.)

A háziorvosi információs-ügyviteli rendszer (szoftver) továbbfejlesztésével, és a háziorvosok terápiás tapasztalatainak – adatvédelmi-adatbiztonsági szempontok figyelembe vételével, személyazonosítótól mentesített – a saját munkájukban is felhasználható számítógépes elemzésekre alkalmas formája kialakítható.

Az egyéni egészségterv több időtávra készül, az egészségi állapotot mért indikátorokkal is jellemzi. Az egészségterv része az orvosi tudás, tapasztalatok, és az egészségfelmérések kiértékelése alapján az egészségi szükségletek megállapítása. A tervet meg kell ismertetni, és el kell fogadtatni az érintett személlyel, családdal. Az egyéni egészségterv készítésénél figyelembe kell venni az egyén saját egészségével kapcsolatos döntéseinek determinált voltát. Ez leginkább az életmódkultúra körébe tartozó döntéseket, a gyógyítás, a rehabilitáció, és a krónikus betegségek gondozása esetében az együttműködést határozza meg. (Az együttműködés nehézségeinek egyik jellemzője a szemébe kerülő gyógyszerek több tíz tonnás mennyisége.)

¹ Az egészségbiztosítás erőforrásait és pénztartalékot gyűjt, azzal gazdálkodik. Az erőforrás a biztosítottak egészsége, vagyis korukhoz illő aktivitásuk, munkaképességük. A pénztartalék egészségügyi célú tartalékot jelent. Ez az alapelv megkívánja a vezetési, tervezési, működtetési rendszerek egészségügyi és gazdasági irányultságát, valamint a két értékrendszer harmonikus összekapcsolását.

4.3.3.3. Az egyéni egészségtervezés folyamata



Az egészségi állapot folyamatos, longitudinális megfigyelése

Az egészségi állapot változásának reprezentatív csoporton végzett folyamatos, egyének megfigyelésére alapuló rendszerének megszervezésére van szükség. Ez teszi lehetővé az egészségbiztosítás pontosabb tervezését és teljesítményének, hatékonyságának mérését a tervek végrehajtásának, a beavatkozások hatásának értékelését, valamint a megteendő intézkedések megállapítását.

A jövőbeni célok tervezett elérése, ill. azok eredményének folyamatos nyomon kísérése céljából megszervezett folyamatos, az egész népet reprezentáló, longitudinális vizsgálat adatai minőségileg kiegészítik az OEP és más intézmények ügyviteli, információs rendszereiben keletkező adatokat.

Az Európai Unió országaiban az egészségi állapotra vonatkozó vizsgálatok mind nemzeti, mind pedig közösségi szinten jelentős prioritást élveznek, mint az egészségi programokat megalapozó, illetve a végrehajtásuk monitorizálásának alapvető eszköze. 1998-ban egy nemzetközi project indult „Status and Future of Health Surveys in the European Union” címmel, amelynek első fázisa 1999-2001, második fázisa 2001-2003 között került megvalósításra. Az Európai Bizottság 2005. évi munkaterve szerint a munka folytatódik, a harmadik fázissal. Ebben már a (régi) 15 tagország és három EFTA országon kívül a 2005-ben csatlakozott új tagállamok is részt vesznek.

A második fázis zárójelentése szerint (Final report of Phase 2 of the project Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES Evaluations and Models, 19. 6. 2003) a 18 vizsgált országban 2002-ig 92 egészségi állapot vizsgálatra került sor. Ezek egy része csupán egészségi állapot felvétel (Health Interview Survey = HIS), másik része pedig csupán egészségi vizsgálat felvétel (Health Examination Survey = HES). A cél e két féle felvétel összekapcsolása (HIS/HES Survey). Csak az tekinthető ebből a szempontból elfogadhatónak, amely nem egyszeri kikérdezésen alapul, hanem biztosítja a folyamatos – longitudinális – megfigyelést.

A jelentés szerint 2002-ben, három országban végeztek kombinált (HUS/HES) országos mintán alapuló vizsgálatot (Finnország, Írország, Egyesült Királyság). További három országban (Franciaország, Norvégia, Svájc) HIS vizsgálatra került sor. A 2002-ig végrehajtott összes vizsgálat kérdésanyaga (összesen közel 13 ezer kérdés) a következőképpen oszlott meg témakörök szerint (%-ban):

1. Demográfiai és társadalom-gazdasági faktorok	12,1
2. Egészségi állapot	28,8
3. Személyi faktorok	2,1
4. Életmód faktorok	21,4
5. Élet- és munka kondíciók	8,1
6. Megelőzés, egészségmegőrzés	3,2
7. Egészségi és szociális szolgáltatások igénybevétele	22,4
8. Egyéb faktorok	1,4
Összesen	100,0

4.3.3.4. A közösségi egészségterv

Az egyéni egészségtervek, egyéb egészségfelmérések, és a reprezentatív populáción való folyamatos egészségi állapot megfigyelés adataival végzett esetalószínűségi előrebecslés, prioritások megállapításával készíthetők.

A közösségi egészségterv ellátási körzetekre, hierarchikus szerkezetben, több időtávra készítendő el. Az egészségterv része a tudományos eredményeken, az adatok kiértékelésén alapuló közösségi egészségi szükséglet-becslés, az egészségügyi és egyéb szolgáltatás igénybevételének előrejelzése.

4.3.3.5. Az országos egészségterv

A közösségi egészségtervek összessége és egyéb országos egészségfelmérések, valamint a reprezentatív populáció egészségi állapot változását folyamatosan megfigyelő rendszer adatainak elemzésével készül. Az országos egészségterv teszi lehetővé a korcsoportos egészségi szükségletek, prioritások megállapítását, a szolgáltatások befogadását, a kapacitások módosítását.

A közösségi egészségterv elkészítésének folyamata hasonló az egyéni egészségterv készítésénél alkalmazottal.

4.3.4. A szolgáltatási naturáliák tervezése

A szolgáltatási naturáliák terve az egészségbiztosítás által közvetlenül nyújtott (beleértve a szükségletkommunikációt is), az általa szerződéseken keresztül közvetetten, szolgáltatóknál igénybe vehető szolgáltatások, valamint az életmód kultúra fejlesztésének támogatását tartalmazza.

A szolgáltatási naturáliák tervszerkezete azonos a közösségi terv szerkezetével, annak a szükséglet - megállapítási részére épül.

A szolgáltatási naturáliák tervezésénél elsődleges szempont az egészségtervre épülő egészségi szükségletek kielégítésének előrebecslése, különböző intervenciós stratégiák szimulációjával optimális szolgáltatások igénybevétele, valamint a felesleges diagnosztikus és operatív beavatkozásokat, ápolási napokat csökkentő döntések támogatása.

A szolgáltatási naturáliák tervezése a beavatkozások, a gyógyítás hatását, az egészségi állapot változását statisztikus szinten követi. A tapasztalatokat az alkalmazott eljárások, eszközök fejlesztésének, megváltoztatásának érdekében visszacsatolja, ezzel egy folyamatos kontrollt és fejlesztést tesz lehetővé.

A szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi ellátórendszer megújításában kiemelt szerepet játszik az egészségügyi ellátás biztonságának, hatékonyságának növelése és minőségének javítása.

A korszerű módszertannal működő szakmai felügyelet segít kialakítani a méltányosan egyenlő hozzáférésnek, és a szolgáltatás minőségének egyensúlyát.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai ellenőrzése, a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek és a gyógyító ellátás, prevenció, rehabilitáció hatékonyságának minőségi követelményeket tartalmazó indikátorok segítségével történő szisztematikus monitorozása a naturáliákban történő tervezés legfontosabb inputja.

Valamennyi egészségügyi szakterület esetében szükség van egy minimum adatbázisra, amely tartalmazza a működési adatokat, és egy minimum információbázisra, amely magában foglalja a szakmai indikátorokat. Ezen adatok elemzése révén lehet tájékozódni a szakmai trendekről, összehasonlítást tenni az egyes szolgáltatók között. Fenti eredményeket szükséges kiegészíteni a kiemelt ellátási területek részletes elemzéseit biztosító klinikai auditokkal.

2006-ban jelentős feladat elemezni és értékelni a lakosság megbetegedési viszonyait reprezentáló epidemiológiai adatokat. Célként fogalmazódik meg, hogy az egyes megbetegedésekkel és azok ellátásával a klinikai audit programok során begyűjtött adatok lehetőleg új epidemiológiai információval is szolgáljanak.

A szolgáltatási naturáliák terveit a különféle szolgáltatási csoportokra külön kell elkészíteni. E terv részleteket közös tervvé kell fejleszteni, melyben az egészségi szükségletek legnagyobb egészségnyereséget eredményező szolgáltatásokról való döntés a rendező elv. A szolgáltatási naturáliák tervezése a pénzügyi tervezéssel szinkronban történik. Ez egyben lehetővé teszi az elmaradó kár pénzben való mérését is.

A szolgáltatási naturáliák terveit a különféle szolgáltatási csoportokra külön kell elkészíteni. E terv részleteket közös tervvé kell fejleszteni, melyben az egészségi szükségletek legnagyobb egészségnyereséget eredményező szolgáltatásokról való döntés a rendező elv. A szolgáltatási naturáliák tervezése a pénzügyi tervezéssel szinkronban történik. Ez egyben lehetővé teszi az elmaradó kár pénzben való mérését is.

4.3.5. A pénzügyi tervezés

Az önszabályozó egészségbiztosítás pénzügyi tervezésének elemei, főbb szempontjai:

Bevételi oldal:

- a) Kiinduló adatok:
 - Béalapú járulékbévetel várható alakulása a
 - bérszínvonal növekedés
 - a foglalkoztatottak száma, összetétele alapján
 - Állami (költségvetési) térítés a járulékot fizetni nem tudók után, az átlagos (egy ellátottra jutó) kiadás alapján.
 - Egyéb bevételek.
- b) A bevételek középtávon várható alakulásának egybevetése a kiadások középtávon várható alakulásával a demográfiai, és a morbiditási mutatók előrejelzése alapján.
- c) Tartalékképzés szükségességének megítélése.
- d) Az állami elosztás-politika, adózáspolitikai bevételeket alakító várható változásai (járulékpólitika), kapcsolat az államháztartás más alrendszerivel.
- e) Az egészségpolitika prioritásaiból fakadó döntések hatása a bevételi igényekre
 - Az egészségügyi dolgozók bérrendezése
 - Amortizáció beépítése
 - Ellátás struktúra átalakítása
 - Feladatmegosztás változása a központi, régiós, kistérségi egészségügyi feladatok ellátásában az állami vagy közfeladatok, a kötelező egészségbiztosítási rendszer, a kiegészítő biztosítások és a magán (egyéni) finanszírozás között.

Kiadási oldal:

- a) Az ellátási szükségletek, és a finanszírozási (bevétel) lehetőségek rövid- és középtávú egybevetése, a pénzügyi egyensúly tartós érvényesítéséhez szükséges keretek meghatározása.
- b) A rövid- és középtávon felhasználható keretek között érvényesíthető szakmai ellátási prioritások (egészségpolitikával egyeztetett) meghatározása.
- c) A fentiek alapján a kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási stratégiája kiemelt területei kiadási arányainak meghatározása:
 - Prevenció – kuráció - rehabilitáció egysége
 - Alapellátás, szakellátás
 - Szakellátás fő területei
 - Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz ellátások
 - Kézpénz ellátások

- d) Befogadás (kikerülés) politika rövid és középtávú elveinek meghatározása (természetbeni szolgáltatásokra, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz támogatásra vonatkozóan egyaránt).
- e) A kiadási keretekkel való gazdálkodáshoz (az egyensúly tartós biztosításához) szükséges mozgásteret (döntési és hatáskörök) biztosító döntési, szabályozási környezet kialakítása.
 - Egészségpolitika (kormány, régió, kistérség) hatáskörébe tartozó döntések.
 - Az egészségbiztosítási szervezet (biztosításpolitikai, biztosítás stratégia) hatáskörébe tartozó döntések.
 - A koordináció és az érdekegyeztetés intézményrendszere.
- f) Az egészségbiztosítási szervezet eszközrendszere a kiadási oldal kereteinek tartásában:
 - Az ellátások szakmai tartalmának – költségeinek állandó monitorozása – megfelelő eszközrendszer (akár szankciók) kialakítása a szükséges beavatkozásokhoz.
 - Tartalékképzés és felhasználás rendszere.
 - Megfelelő finanszírozási és érdekeltégi eszközök, módszerek a kiadások alakulásának befolyásolására.
 - A szolgáltatók, befektetők elvárható biztonságát szolgáló megállapodási rendszerek kialakítása.
 - Az egészségi szükségletekre épülő szolgáltatási naturáliák terén kitűzött célok, és a hozzájuk kapcsolódó pénzügyi előirányzatok közötti kapcsolatok értékelése.
- g) A kiadási oldal rövid- és középtávú pénzügyi tervezését egyrészt behatárolják:
 - Az érvényben lévő szerződésállományból fakadó kötelezettségek.
 - Ezek pénzügyi karbantartása (infláció követés, szolgáltatás korszerűsítés, ellátási kapacitások bővítése, szűkítése iránti igények, stb.).
 - Új befogadások, egyes ellátási formák megszüntetése.
- h) Másrészt az egészségpolitikai célkitűzések végrehajtásához szükséges struktúraváltásra való felkészülés (például: ha sikeres a prevenció egyes területeken, akkor az a szolgáltatási kapacitások átcsoportosítását igényli máshová, stb.).

A rendelkezésre álló adatokon kívül az alábbi adatokra, adatbázisok kialakítására és feldolgozására, elemzésére van szükség az egészségi szükséglet alapú pénzügyi tervezéshez:

1. A pénzügyi, gazdasági tervezés mélységével és időtávjával harmonizáló (kistérség, megye, régió, stb., rövid-, közép-, hosszú táv) személyhez kötött (de személyazonosító nélküli) egészségi állapotot folyamatosan követő, és az egészségi szükségleteket meghatározó mutató képzéséhez szükséges adatok.
2. A meglévő (szerződött és magánjelleggel igénybe vett) egészségügyi szolgáltató kapacitások személyhez kötött igénybevételi adatai a főbb morbiditási és mortalitási jellemzők szerinti csoportosításban.
3. Az egészségi szolgáltatások személyhez kötött igénybevételéhez kapcsolódó gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és kiegészítő ellátási adatok gyűjtése.
4. Az egészségbiztosítási tervezési rendszer által feltárt egészségi szükségletek, és az igénybevételi – kiadási arányok egybevetése, a lényeges eltérések okának feltárása. Annak mérlegelése, hogy az eltérések kiegyenlítéséhez az indokolatlan igénybevétel, és a felesleges kiadások mérsékléséhez milyen intézkedéseket kell hozni.
5. Annak mérlegelése, hogy az egészségi szükségleteket milyen egészségmegőrző, illetve betegségmegelőző, rehabilitációs szolgáltatásokkal lehet befolyásolni annak érdekében, hogy a gyógyító szolgáltatások igénybevétele, és így a kiadások is csökkenthetőek legyenek.

Ennek érdekében ki kell alakítani azt az adatrendszert, amely egységbe rendezi:

- az egészségbiztosítás által befogadott és finanszírozott szolgáltatásokat, azok költség-hatékonyság elemzését, az ellátási terület morbiditási és mortalitási mutatóit, és az egészségügyi ellátó rendszer szakmai és térbeli jellemzőit,
- e rendszer folyamatosan alkalmas kell hogy legyen az egészségi szükségletek alakulásának, és az ezzel összefüggő gazdálkodási (E alap) követelmények, valamint az egészségpolitika által megfogalmazott társadalmi elvárásoknak az összevetésére.

A különféle érdekek egységbe rendezése az egészségpolitika és biztosításpolitikai közös feladata, amelyhez a mutatók és számítások háttérrel adnak a felelősségteljes, követhető döntések meghozatalához. (Az E alap számára egy aktív korú biztosított visszatérése a járulékfizetők táborába az egészségnyereségen túl közvetlen gazdasági eredményt is jelent, az aktív koron túli személyek jó életminőségben eltöltött évei szintén egészségnyereséget eredményez, mely egyben közösségi és társadalmi hasznosságot is jelent.)

6. Az önkéntes kölcsönös egészségpénztárak, és az életmód kultúrát befolyásoló egyéb szolgáltatások figyelemmel kísérése a támogató együttműködés, koordináció lehetséges módjának meghatározása.

4.4. A tervek megvalósítása: szerződéskötés a szolgáltatókkal, szolgáltatások igénybevétele, ellenőrzés, kifizetés

Az egészségterveken alapuló egészségi szükségleteket kielégítő szolgáltatások, szolgáltatási kapacitások szerződésekkel való lekötése (ez a meglévő kapacitások tényleges szükségletekhez történő alakítását jelenti, figyelembe véve a szakmai szabályok szerinti tartalék-kapacitásokat és egyéb szempontokat). Az egészségtervek érvényesítése fokozatosan egy új ellátási szerkezet kialakulásához vezet, különös tekintettel kell lenni a befogadások eljárási rendjének fejlesztésénél arra, hogy távlatilag is valós szükségletekre épüljenek a fejlesztések.

4.5. Az egészségkultúra egészére kiterjedő egészségtervek megvalósításának elemei

- A.) Az életmódkultúra körébe tartozó egészségmegőrzést, elsődleges prevenciót jelentő szolgáltatások támogatása, befolyásolása, követése:
 - a) egészségi szükséglet-kommunikáció (beleértve az egészségtan oktatást, a hatékony elsősegély nyújtás oktatását)
 - b) táplálkozás
 - c) fizikai aktivitás
 - d) a lelki egészség védelme; a krónikus stressz, a mentális konfliktus, krízis, a depresszió, alkohol, dohány, drog (beleértve a gyógyszert) függőség megelőzése, gyógyítása, életvezetés tanácsadás.

- B) Az egészségügyi ellátás tervezési-ellátási szintjei, szerkezete és a szerződések harmonikus kapcsolatának kialakítása:
- a) a megállapított egészségi szükségletekre épülő szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi és szociális szempontból egyaránt,
 - b) az alapellátás lehetőségeinek, eszközeinek és érdekeltségi rendszerének fejlesztése, az egyéni egészségtervek teljes körű megvalósítása, illetve a megvalósulásának irányítása, segítése érdekében (egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, diagnosztika-gyógyítás, rehabilitáció, gondozás, az egyéb helyeken történő ellátás, szolgáltatások követése),
 - c) az alapellátás és a szakellátás kompetencia határának és együttműködésének, összehangolt érdekeltségi feltételeinek kialakítása,
 - d) az orvosi rehabilitáció szükséges szintre fejlesztése, és a rehabilitáció egyéb elemeivel való összekapcsolása,
 - e) a kórházi ellátás több időtávú, előrebecsült egészségi szükségleteken alapuló fejlesztési kereteinek kialakítása,
- C) Az egészségtervekkel szinkronban lévő szolgáltatást befogadó eljárási rend kialakítása:
az egészségbiztosítás egészségterveken alapuló kezdeményező pályáztatása
- D) Az egészségtervek megvalósulásának követése, ellenőrzése:
- a) a különböző szinteken végzett folyamatos egészségtervezés útján,
 - b) a folyamatellenőrzés útján,
 - c) a teljesítésekhez – kifizetésekhez - kapcsolódó végellenőrzések útján.

5. Az egészségbiztosítás szervezete, irányítása

5.1. A nagymértékben önszabályozó egészségbiztosítás elvét gyakorlatban érvényesíteni képes szervezet

A nagymértékben önszabályozó egészségbiztosítás működési sémája (4.1.3 bek. 9.old.) rögzíti az egészségi szükségleteket feltáró, önszabályozó, egészségi kockázatértékelő és kezelő alapfunkciókra épülő rendszer elemeinek összefüggéseit, funkcionális folyamatait.

1. Több európai államhoz hasonlóan hazánkban is a társadalom fejlődésének részeként évszázadokon keresztül fejlődött, és 115 éve intézményesült egészségbiztosítás kultúráját az emberek képviselik. A kultúrát Bibó István által meghatározottak alapján értelmezzük.

„A kultúra lényege, akár az emberi munka technikájáról, akár a szellemi alkotásokról, akár az emberi társadalmak politikai együttélési technikájáról van szó, sohasem valami ideológiai program végrehajtása, hanem mindig a valóság valamely szakaszának a gondos részletmunkán, eddig elért eredmények hagyománytisztelő átvételén, a valóság visszahatásának az alázatos elfogadásán, és a gondos kitapogatásán, a próba és tévedés technikáján alapszik. Különösen az európai kultúrának hatalmas értéke az, hogy évszázadok óta kialakította a szakmai, alkotó, szervező, nevelő munka végzőinek az öntudatos csoportjait, akik a maguk művészetének fogásait, belső törvényszerűségét, és szakmájuk függetlenségét féltékenyen őrzik, minden hatalmi behatással és parancssal szemben...” (Bibó István: Válogatott tanulmányok IV. kötet 153. old. Magvető Könyvkiadó Budapest, 1990.)

A társadalombiztosítás kultúráját évszázadokon keresztül fejlesztő, fenntartó, továbbadó embereken múlik a fejlesztés megvalósítása.

Szükségesnek tartjuk, hogy a képzés, szakirányú specializálódás, az oktatás, a továbbképzés minden szintje egymásra épülve kialakuljon. Ez segíti a társadalombiztosítás közkultúra részeként való megismerését, egyben egzisztenciális biztonságot ad életpálya távlatokban azoknak, akik ezt a munkát vállalják, vállalni fogják. Mindez azt is jelenti, hogy az egészségbiztosítás irányításában közreműködő szakembereket nem lehet tetszőlegesen más területről odairányított, akár magasan képzett, de a rendszert alapvetően nem ismerő személyekkel kiváltani.

2. Az egészségbiztosítás szervezeti felépítését az önszabályozás működési alapelemei határozzák meg, vagyis az egészségi szükségletek felmérése, az összehangolt egészségi – gazdasági - szolgáltatási tervezés, a szerződéskötés – ellenőrzés, a hatósági feladatok, a közvetlen szolgáltatások nyújtása, az ügyfélszolgálat – kommunikáció.

- Az évszázados társadalombiztosítási intézményünk szervezeti felépítésére építve megvalósítható az önszabályozó működés. A legfontosabb alapfunkciók közül az egészségi szükségletfelvétel, az egészségi – gazdasági – szolgáltatástervezés, a szerződéskötés – ellenőrzés egysége megbonthatatlan, ezért ezeket a központi intézmények – decentrumok – kihelyezett osztályok szoros, összehangolt együttműködésében kell megvalósítani. A központi szervezetben kialakított tervezést koordináló, stratégiai elemző szervezeti egység vezetésével.

Az informatikai – ügyviteli rendszerek fejlettsége lehetővé teszi, hogy az egészségi szükségletekre épülő tervezés folyamatosan gyűjtött elemi adatokra épüljön a szervezeti szintek szoros együttműködésével, rögzített eljárási rendben, központilag történjen.

- A szerződéskötés - ellenőrzés a szolgáltatási szintektől függően, azokkal összehangolva a szervezet különböző szintjein történjen. Ez esetben viszont miután az ellenőrzés egyben a

tervezés visszacsatolási funkciója is, ezért a szerződéskötést – ellenőrzést végző szervezeti egységek egyúttal a tervezés megerősített elemi szintje is.

- Az egészségbiztosítás hatósági feladatai, a közvetlenül nyújtott szolgáltatások, az ügyfélszolgálat a szervezet alapfeladatai közé tartoznak, ezért a tapasztalatokat figyelembe véve a fejlesztés, megerősítés során a szolgáltató jelleg és az elérhetőség javításának szempontjait kell figyelembe venni.
- Az egészségbiztosításról, és az egészségi szükségletekről, az egészségügyi szolgáltatásokról történő kommunikációt szolgáltatásként az egészségi szükséglet – kommunikáció szintjére kell emelni. A különféle szervezeti szintekhez tartozó közösségek méretéhez igazodva kell a tartalmat és az eszközöket megválasztani.

5.2. Az egészségbiztosítás irányításához szükséges egészségi szükséglet-kommunikáció és az általános kommunikáció

A kommunikáció általános célja, hogy mindenki megértse a társadalombiztosítás működését és saját intézményének tartsa. (Ne egy állami hivatalnak lássák benne, hanem saját hozzájárulásukból működő fontos közintézménynek.)

- a.) Az egészségi szükségletek jóval korábban jelentkeznek, mint a megbetegedés tünetei. A szükséglet olyan hiányt jelent, amely az ember életcéljainak megvalósításához elengedhetetlen, ezért e szükségletek kielégíthetlensége miatt folyamatosan szenved, érzelmileg negatív állapotban van, amit dohányzással, alkohollal, más droggal próbál enyhíteni. Az egészségbiztosítás az a szervezet, amely anyagilag is alapvetően érdekelt abban, hogy a kielégíthetetlen szükségletek felismerésével, a téves igények, szokások korrigálásával megelőzze az önkárosító magatartásformákat és a valójában gyakran nem egészségi szükségletek medikalizálódását. A szükséglet-kommunikáció részben ennek a folyamatnak az eszköze.
Irányai: a személytől az egészségbiztosítóig és az egészségbiztosítótól a személyig, egészségbiztosítótól adott célcsoportig
Megjelenési formái: egyéni – közösségi (korcsoportos, kulturális háttér függő)
Kielégítés módja lehet egyéni és/vagy közösségi. Sok esetben igazán eredményes a sokszínű közösségi aktivitás.
- b.) A kielégíthetetlen szükségletek és egészségi következményeik ismertetését egészségtan oktatás formájában be kell építeni az óvodák, általános iskolák és középiskolák tantervébe. Erre a célra tananyag kidolgozása szükséges. (Nem alkalmas a jelenlegi egészségoktatás lebutított változatának előadása). A tananyagban tartalmaznia kell
Az alapvető élettani ismereteket,
A kórképek kialakulásának folyamatát és a lehetséges megelőzést
A helyes életmód kultúrát, a megelőzést célzó – gyakorlatban is bemutatott – egyéni és csoportfoglalkozásokat.
- c.) Be kell vezetni az elsősegély oktatást az óvodák, az általános iskolák és a középiskolák szintjén az aktív bevonódás elősegítése céljából.
Elméleti oktatást
Gyakorlati oktatást
- d.) A társadalombiztosítás közvetlenül, ill. a szolgáltatókon keresztül nyújtott szolgáltatásai, a hatósági feladatai, tevékenysége a széles tömegek előtt igen kevésbé ismertek. Ez is csökkenti a járulék fizetési hajlandóságot. Ugyanakkor – felméréseink szerint – a szolgáltatásokkal a lakosság 96%-a elégedett, 68%-a elsősorban ezekben a szolgáltatásokban bíz. A társadalombiztosítás hitelességének növelése és népszerűsítése szükséges, mert – többek között – jelzéseivel, kommunikációjával védelmet nyújthat a különféle üzleti célú egészségügyi

szolgáltatások felesleges, esetenként káros igénybevételét (szolgáltatás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz) célzó különféle manipulációk ellen.

5.3. Tervezett és önszabályozó egészségbiztosítási rendszer megvalósításához kapcsolódó egységesített adatbázis

Az egységesített adatbázis szükségessége

Az önszabályozó egészségbiztosítási rendszer tervezési, modellezési feladatainak megvalósításához szükséges lekérdezési igények elsősorban nem kasszánkénti, szolgáltatói elszámolás jellegű feldolgozások. Az adatokat az új rendszerben személyenként, személy-csoportonként kell elemezni (természetesen konkrét személy azonosíthatósága nélkül, kapcsolati kód alkalmazásával) úgy, hogy egy-egy személy valamennyi kasszára vonatkozó adata együtt jelenjen meg és folyamatában követhető legyen. Így biztosítható, hogy a kasszánkénti finanszírozásból adódó felosztás helyett a megvalósítandó rendszer folyamatokat, átfogó tendenciákat kezeljen.

Az OEP jelenlegi adatfeldolgozási rendszere – a jelenlegi elszámolási feladatoknak megfelelő – kasszánkénti önálló nyilvántartásokat és adatfeldolgozásokat kezel.

Az egységesített adatbázis adatszerkezet terve (4. melléklet)

A fenti elveknek megfelelően az OEP-től megkapott kiinduló információkra épülve – rendszerelemzésünk alapján – megterveztük a jelenlegi kasszánkénti nyilvántartások adataiból előállítható, az előzőekben említett követelményeknek megfelelő személyenkénti ellátási folyamatokat kezelő egységesített adatbázis szerkezetét. Az adatszerkezetben szereplő fő adattábla a különböző kasszákhöz tartozó tételeket egységes szerkezetben tartalmazza, így lehetőség nyílik egy-egy személyre, vagy csoportra vonatkozó egészségügyi események, ill. állapotok integrált elemzésére. Ebből az adatbázisból az elemzésekhez és a modellezés módszerével történő kísérleti tervezés megkezdéséhez szükséges minta-lekérdezések előállíthatók.

Az adatállomány-szerkezet tervét a meglévő nyilvántartási, ügyviteli rendszerre építettük abból a célból, hogy a kísérleti tervezés során – kiindulásként – előállítható legyen a meglévő rendszerek alapján az első kísérleti adatbázis. Erre az adatállomány-szerkezetre épülhet az adatbázis folyamatos továbbfejlesztése, amelynek felhasználásával a tervezési-modellezési rendszer folyamatosan továbbfejleszhető. A tervet a „Adatszerkezet.xls” Excel munkafüzet (4. melléklet) tartalmazza.

5.4. A kísérleti tervezésre alkalmazandó matematikai modellezési módszerek

Demográfiai változások és egészségügyi rendszerbe való tudatos, irányítási beavatkozásokhoz kapcsolódó előrejelzések és hatászámítások.

A magyar populáció demográfiai alapadatai megbízható módon elérhetőek a KSH alapján (kor szerinti népességeloszlás, születési és halálozási tényadatok). A biztosítottak, jogosultak, illetve az egészségügyi rendszerben ellátottak alapsokasága már jóval kevésbé meghatározott, továbbá az ellátásban nem alanyi jogon résztvevő, fizető réteg számára nyújtott szolgáltatások is feltárandóak. A két sokaság közti kapcsolat vizsgálendő, de első közelítésként a kettő közti eltérés inszignifikanciája, a két halmaz közti nagy számbeli átfedés alapján elfogadható.

A BNO gyakoriságok nemhez, korcsoporthoz, életmódhoz, egészségtudatosságához, az egészségi állapot feltárásának alkalmazott módszereihez kapcsolódnak, ezek függvényei. Ezen tényezők közül rövid távon (1-5 év) az első kettő, közép távon pedig (30 év, generációváltás) az első kivételével bármelyik tényező változik illetve tudatosan változtatható, változtatandó.

Ezen változások alapján az egészségügy terhelése, annak valószínűségi eloszlása becsülhető, előre jelezhető, mind a három, rövid-, közép- és hosszútávon (emberi élethossz felsőbb quartilise, 65-80 év).

Területi és egyéb, szakmai allokációs problémák logisztikai jellegű optimalizálási számításai.

Az egészségügy több alrendszere (pl. szűrések megszervezése, kiegészítő vizsgálatok úgy, mint röntgen, laboratórium, stb.) területi optimalizálási feladat, melyre a matematikai lineáris programozás módszerei jól alkalmazhatóak.

Kísérlet az egészségügy teljes ráfordításainak optimalizációs számítására.

Az egészségügy-egészségbiztosítás célja az általános egészségnyereség, mely számszerűsített megközelítésének különféle módjai képzelhetőek el (úgy mint szubjektív egészségérzet alapján történő; mint az aktív munkavállalók megbetegedését - táppénzes napjait - csökkentő beavatkozás, illetve a jó életminőségben megélt éveket növelő beavatkozás).

A beavatkozások ráfordításokat igényelnek, és egészségnyereségben mérhető eredményekkel mutatható mindez ki. Azonban ezen ráfordítások eredményességének egységes modellben való vizsgálata nem szokásos, pedig a lineáris programozás törtlineáris célfüggvényre vonatkozó optimalizálási módszerei (Martos módszer, svéd módszer) jól alkalmazhatónak tűnnek erre a problémára, az egyes beavatkozások egészségnyereség koefficienseinek ismeretében. Itt persze nem minden beavatkozás marad az egészségügy területén belül (pl. baleset megelőzés), így az optimalizációs modell különböző szférákra való kiterjesztettség mellett vizsgálendő.

Szükségesnek tartjuk a modern „adatbányászati” lehetőségek vizsgálatát, előkészítését.

Ezek közül alkalmazhatónak tűnnek a következők:

- Gyakori minták kinyerése (tipikus egészségügyi viselkedések leírása, feltárása).
- Klaszterezés (asszociációs és korrelációs szabályok, azaz miből mire lehet következtetni, pl. balesetes lesz-e mentőn szállítva).
- Eltéréselemzés (azaz külön pontok, viselkedések megtalálása, egyedei anomáliák felkutatása, tévedések, visszaélések felkutatása)

5.5. A nagymértékben önszabályozó egészségbiztosítás kialakításához szükséges szabályozás fejlesztése

A szabályozás fejlesztésének alapját az egészségbiztosítás „kézi vezérlésről” nagymértékben önszabályozó rendszerre való áttérés jelenti. (A kézi vezérlés utasítások, rendeletek útján történő külső vezetés, amely a tényeket csak korlátozottan képes figyelembe venni, miután a kiváltott hatás megfigyelésére az azonnali, folyamatos visszacsatolás hiányában nincs mód.)

A társadalmi-gazdasági kérdésekre adandó gyors válaszok döntési kényszere, az egészségbiztosítás kultúrájának szűk körű érvényesülése együttesen vezettek oda, hogy a rosszlelkű kézi vezérlés az egészségügy-egészségbiztosítás terén a mai napig gyakorlat maradt.

Az évszázadok alatt szerzett tapasztalatokra, tudásra épülő egészségbiztosítási kultúra háttérbe szorulása súlyos következményekkel jár. A társadalombiztosítás egészségbiztosítási intézményeinek 1990-ben történt ismételt megalapítása, fejlesztése, működtetése során rendkívüli töresekert szenvedett. Az egészségi szükségletek az egészségügyi szolgáltatások, kapacitások és a gazdálkodás több időtávra tervezett módon történő meghatározása, stabil, de egyben dinamikus intézmény kialakítására emiatt még nem kerülhetett sor.

A kézi vezérléssel hozott döntések alapján készült jogszabályok állandó korrekcióra szorulnak, a szabályozás áttekinthetetlen, összehangolatlan és ismételt beavatkozást kíván.

A nagymértékben önszabályozó egészségbiztosítás kialakítása során az alábbi szabályozási fejlesztések szükségesek: (A nagymértékben önszabályozó egészségbiztosítás szabályozási rendszere egészségnyereségre optimalizáló egészségi szükségletek – szolgáltatások - finanszírozás dinamikus visszacsatolásával. Ez egyben együtt jár a szolgáltatói tevékenység kiterjesztésével, a hatósági jellegű döntésekkel szemben.)

- El kell készíteni a jelenleg érvényes, az egészségbiztosítást közvetlenül érintő, illetve a működését közvetetten befolyásoló jogszabályok rövid tartalmi kivonatot tartalmazó gyűjteményét.
- Ki kell alakítani az egészségbiztosítás nagymértékben önszabályozó működését meghatározó szabályozási rendszert.
- Meg kell határozni, és szabályozni kell az egészségbiztosítást érintő hatáskörök, felelősségi viszonyok, feladatellátás rendszerét.
- A felsorolt tartalmi előkészítés alapján javaslatot kell kidolgozni a 60/1991.(X.29.) A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról c. országgyűlési határozat egészségbiztosítási részét felváltó új országgyűlési határozatot.