

otthonápolás

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice

Egyesület Szakmai Magazinja

A tartalomból:

Az egészségbiztosítási rendszer átalakítása:
az új egészségpénztári rendszer

Konszenzus a sztómaterápiás ápolás/
gondozás mindennapi gyakorlata témakörében

Kárpátaljai barangolás – Úti beszámoló



Az egészségbiztosítási rendszer átalakítása: az új egészségpénztári rendszer

a társadalmi vita és a koalíciós megállapodás alapján kialakított részletes jogalkotási koncepció (Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2007.)

Reform vízió

Magyarország sokat változott, fejlődött a rendszerváltozás óta. Mindezt nem követte az egészségügyi rendszer hasonlóan mély átalakulása. Nem igazodott a megváltozó feltételekhez, és ami fontosabb: nem alkalmazkodott a betegek és az orvosok **jogos igényeihez** sem. Az **alapvető célunk** az, hogy az ellátórendszer nyújtson folyamatosan javuló **minőséget**, legyen **igazságosabb** és legyen **fenntartható**. Ezért a változások eredményeként érezhető mértékben **javuljon az orvosi gyógyító-megelőző munka minősége**, szakmai- és költséghatékonysága, javuljon a **betegek komfortézete** és csökkenjen a **kiszolgáltatottsága**, ennek következtében szűnjön meg a **hálapénz**.

Mindez csak a társadalombiztosítás reformjával együtt érhető el.

Bevezető

Sok éves kisebb-nagyobb átalakítás után pontosan **egy éve** indult el az **átfogó reform** az egészségügyben.

A Zöld Könyv kijelölte a reform célját. **Éljünk minél többen, minél tovább, jobb életminőségben** – ez a magyar egészségügyben végrehajtandó minden változás értelme. Azért kell átalakítani az egészségügyet, hogy az hatékonyabb és igazságosabb működéssel, jobban legyen képes megőrizni és helyreállítani az egészségünket.

A reformfolyamat három nagyobb szakaszra épül:

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. szakasz (2006): | diagnózis (Zöld Könyv), a reform elindítása (öt reformtörvény) |
| 2. szakasz (2007-2008): | az átalakítás időszaka |
| 3. szakasz (2008-2009): | a fejlesztések, az új biztosítási rendszer beindulásának időszaka |



Miért van szükség reformra?

A Zöld Könyv részletesen feltárta a jelenlegi egészségügy legfőbb problémáit. Összefoglalva, azért van szükség a reformra, mert a jelenlegi egészségügy

1. minősége nem megfelelő: az ellátás szakmai színvonalában indokolatlanul nagyok az eltérések,
2. igazságtalan: nem nyújt egyforma hozzáférési lehetőséget mindenkinek, ezért nem érvényesül a szolidaritás,

3. nem hatékony: egyszerre szegény és pazarló, forrásait nem ésszerűen használja fel, a helyi és országos politikai függés, a valódi érdekeltség hiánya nem ösztönöz racionális működésre,

4. fenntartja a beteg kiszolgáltatottságát: a beteg nem tudja, mi jár neki, nem kap megfelelő tájékoztatást, sok esetben nem tekintik egyenrangú partnernek,

5. meghatározó eleme a hálapénz: a korrupciónak ez a formája gyakran befolyásolja a szakmai döntéseket, rontja az ellátórendszer működésének hatékonyságát, megalázó helyzetbe hozza a beteget és az orvost is,

6. nem biztosít méltó körülményeket sem a gyógyulásra, sem a gyógyításra: a kórházi komfort (étkezés, elhelyezés, higiénia) szintje gyakran rendkívül alacsony,

7. nem nyújt méltányos és teljesítményarányos jövedelmet az orvosoknak és az egészségügyi dolgozóknak: az egyes szakmák közötti jövedelemkülönbségek indokolatlanul nagyok, a keresetekben nem tükröződik a munka minősége, a betegek elégedettsége.

Legfontosabb eredmények mostanáig

A reform elindult, a korábban megmozdíthatatlannak hitt rendszer elindult a változás útján. A tavalyi évben elfogadott öt reformtörvény meghozta az első eredményeket:

- A szigorodó jogviszony-ellenőrzés csökkentette a potyautasok számát.
- Új patikák nyíltak, javult a gyógyszerellátás, kényelmesebb lett a gyógyszerhez jutás.
- Folyamatos a gyógyszerárcsökkenés a verseny miatt, a gyógyszerkassza nem veszteséges,
- Az alapellátás finanszírozása stabilizálódott (vizitdíj).
- Ésszerűsödött az ellátórendszer, lényeges mértékben csökkent a felesleges aktív ágyak száma.
- Működik a betegjogok megtartását ellenőrző Egészségbiztosítási Felügyelet.
- Érzékelhetően csökkent a hálapénz az ellátás egyes területein (házi orvosok).
- A társadalombiztosítási kassza (E-alap) szufficitese.

Miért van szükség a biztosítási reformra?

A központilag irányított átalakítással sikerült eredményeket elérni, de egyértelműen látszik, hogy az állami eszközök eredményességének vannak határai. A legfontosabb célokat (jobb minőség, nagyobb igazságosság és hatékonyság) nem vagy alig, a betegek elégedettségének javítását pedig biztosan nem lehet egyedül állami eszközökkel elérni. Még az elmúlt év eredményei is csak akkor lesznek tartósak, és érdemi javulás is csak akkor várható, ha az elindult úton végigmegyünk, és az egészségügyi finanszírozási oldalát is átalakítjuk. Ez a biztosítási rendszer reformja.

A finanszírozási rendszer átalakítása, a valódi társadalombiztosítási rendszer megteremtése nem pusztán az egyik eleme az átalakításnak, hanem a legfontosabb eleme. Az egészségügyi rendszer felsorolt problémái mutatják, hogy tartós és jó megoldást csak a rendszer alapvető elemeinek

megváltoztatása nyújthat. Általános szakmai konszenzus van abban, hogy a jelenlegi finanszírozási rendszer nem felel meg a nyugat-európai tbr-rendszerek alapvető ismérveinek, jóllehet a német-francia típusú biztosítási rendszer megteremtése már 1990-ben is elhatározott szándéka volt valamennyi akkori parlamenti pártnak.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) – neve és az alapítók szándékai ellenére – nem lett biztosító, nem képviseli a betegek érdekét, csupán hatalmas kifizetőhivatalként működik, amelyik technikailag kezeli a számlákat. A jelenlegi reform célja tehát az európai és nemzeti hagyományoknak megfelelő modell kialakítása, amelyben természetesen továbbra is érvényesülnek azok a garanciális elemek, amelyek már a rendszerváltás előtt is, és utána is garantálták a szolidaritás és a nemzeti kockázatközösség elveinek betartását.

A biztosítási reform lényege, hogy a társadalombiztosítás működtetését új, egymással versenyző szereplőkre bízjuk. Az új szereplők új szemlélet hoznak, a köztük lévő szabályozott verseny pedig folyamatosan javuló minőséget és hatékonyságot eredményez. A verseny két szinten valósul meg: az új szereplők (a pénztárak) versenyeznek a biztosítottakért, ennek eszközeként versenyre kényszerítik az egészségügyi szolgáltatókat is.

Az új biztosítási rendszerrel a jelenleginél hatékonyabban működő, a választás és a verseny előnyeit biztosító stabil rendszer jöjjön létre. A finanszírozási rendszer átalakításában erősödnek a biztosított jogok: valódi szolidaritásra épülő rendszert hozunk létre, ahol világos mindenki számára, hogy saját vagy az állam által teljesített befizetés alapján hol, milyen ellátásra, milyen feltételekkel jogosult. A két legfontosabb alapelv, amire az új rendszer épül: a szabadság és a szolidaritás, azaz a verseny és az igazságosabb hozzáférés az ellátásokhoz.

Az új szereplők bevonásával vegyes rendszert hozunk létre, amely egyszerre épít a szakmai magán szereplőkre és az államra. A pénztárak közül az emberek választhatnak, de az állam mindegyikben többségi tulajdonos lesz.

Az új rendszer indulásánál és működésénél a verseny mellett a területi stabilitás szempontja is érvényesül. A területi stabilitás alapja a megye, ami nagysága miatt még biztosítja azt, hogy az emberek választási lehetősége megmaradjon, így valódi verseny lesz a pénztárak között. A kezdeti megyei elosztás egy induló állapot: a megyék azok, ahol egy-egy pénztár megkezdheti működését, de már másnap elkezdődik a verseny a biztosítottakért, az országos hatáskör és a tag toborzás a választás lehetőségét teremti meg egy valóban szolidáris rendszerben.

A szolidaritást biztosítja, hogy fenntartjuk a kötelező biztosítás elvét, így senki nem marad ellátás nélkül – a pénztárak nem szelektálhatnak a betegek között, és aki nem választ magának pénztárt, azt a területileg illetékes pénztár köteles biztosítani. Az **Egészségbiztosítási Felügyelet** szigorúan ellenőrzi, hogy mindenki megkapja-e a szükséges ellátást.

Az új rendszerre való áttérés nem jár járulékemeléssel, a jövőben is mindenki jövedelemarányos járulékot fizet, és a pénztárak fejkvótát kapnak az egyes biztosítottak után. A jól meghatározott fejkvóták miatt a pénztáraknak nem is áll érdekükben a szelekció. Az idős, beteg emberek után ugyanis több pénzt kapnak, mint az egészséges, fiatalok után. Ezzel a rendszer megerősíti a nemzeti kockázatközösséget.

Kötelező egészségpénztárak

A megalakuló kötelező egészségpénztárak fő feladata a kötelező egészségbiztosítási tevékenység, ezen belül az ellátás megszervezése és a finanszírozás. A tevékenységük országos hatáskörű, ugyanakkor érvényesül a területi felelősség. A pénztárakban a magánbefektetők 49 százalékos tulajdoni részt szerezhetnek az 51 százalékos állami részvétel mellett. Az állami többségű részvétel folyamatosan fennmarad.

A kötelező pénztárak kiegészítő biztosítási tevékenységet nem folytathatnak, de a pénztártagok kérésére ajánlhatnak számukra kiegészítő biztosítókat.

A kiegészítő jellegű egészségbiztosítási szolgáltatásokat megvásárló biztosítottakat preferáló szelekció tiltott, a pénztárak kötelesek valamennyi hozzájuk be- vagy átjelentkező biztosítottat fogadni.

Kötelező egészségpénztárak alapítása, licit

A pénztárak területek megvásárlásával és toborzással jönnek létre. Kötelező létszámkövetelményeknek kell megfelelniük. A pénztárak alapítási folyamata a területek (22 terület – 18 megye és 4 terület a fővárosban és Pest megyében) elosztásával indul.

Az elosztás pályázati előminősítést követő nyilvános liciten zajlik le. Egy-egy területre az a pályázó, pénztár szerzi meg a működési jogot, amely az adott terület ellátásáért a legtöbbet kínálja az árversenyben. Az árverseny megyénként zajlik le. A területi monopóliumok kialakulásának megakadályozása érdekében az egy-egy tulajdonosi kör által megszerzett területben legfeljebb két megye lehet egymással határos. A teljes folyamat lezárulta után nem lesz kimaradó megye: minden megyében, területen lesz olyan pénztár, amely felelős lesz az ott élők egészségügyi ellátásáért. A pénztárak működése ugyanakkor nem korlátozódik az indulásnál megszerzett területekre: az országban bárhol kötelesek fogadni a biztosítottakat, és számukra is biztosítaniuk kell a lakóhelyközeli ellátást.

A biztosítottak pontosan tudni fogják, hogy a lakóhelyüket melyik pénztár szerezte meg. Az indulás technikájában a Főváros és Pest megye esetében van eltérés, mert ott 4 különböző pénztár szerzi meg a jogosítványt a toborzásra. A központi régióban lakók a toborzás előtt tájékoztatást kapnak arról, hogy melyik 4 pénztár kapta meg a területet. Ezt követően indul a toborzás, azaz a biztosítottak a területen működő pénztár (pénztárak) ismeretében dönthetnek arról, ha másik pénztárhoz akarnak tartozni. Természetesen itt is érvényesül az az elv, hogy senki nem maradhat ki a biztosításból, ezért a toborzás során nem választókat a toborzás után területileg hozzárendelt pénztár köteles biztosítani.

A megalakulási folyamat eredményeként várhatóan 8-12 pénztár fogja megkezdeni a működést, minden biztosított ezek valamelyikének lesz a tagja.

Toborzás, pénztárváltás

A toborzás során a pénztárak versenyeznek a biztosítottakért. A verseny abban áll, hogy melyik biztosító milyen többlétszolgáltatást kínál. Nem lehet verseny a járulékbán, a kötelező ellátásokat minden pénztárnak garantálnia kell, ezeket törvény szabályozza a jövőben is. Lehet, és lesz is verseny a pénztár saját többlétszolgáltatásaiban: melyik pénztár kínál például olyan szűrést, ami nem része az ellátási csomagnak, többlet-támogatást adhatnak gyógyszerek térítési díjához, vagy elengedhetik a vizitdíjat. Szintén a biztosítók versenyét erősíti a beteg sorsáról való gondoskodás, az általuk kínált ellátás-szervezés: a kiemelt szerződésű partnerkórházak rendszere, legrövidebb várólistájú intézmény kiválasztása, a beteg számára személyre-szabott időpontok egyeztetése, a komfort növelése stb. A biztosítottak az ország teljes területén élhetnek a választási lehetőséggel: bármely biztosított bármely pénztárat választhatja.

A toborzásra speciális szabályozás érvényes. A munkahelyi csoportos toborzást a törvény tiltja, mivel az kockázatszelekcióra adna lehetőséget. Törvény tiltja a szelekciós, célzott toborzást is: nem lesz lehetséges tehát egy-egy korosztály, lakosságcsoport direkt marketing elemekkel történő megközelítése. E szabályok betartását az **Egészségbiztosítási Felügyelet** ellenőrzi.

A pénztárak a pénztártagokkal nem kötnek szerződést, a szerződést a pénztárak és a tagok között – a toborzás, vagy ennek hiányában a területi elv alapján – a törvény hozza létre. A toborzási időszakban a jelentkezők

egy egyszerű belépési lapot töltenek ki, amelyen nevük, lakcímük, születési idejük és helyük, TAJ-számuk szerepel. Sem a toborzás, sem a későbbi átlépés során a biztosítottól egészségi állapotára vonatkozó semmilyen adat nem kérhető. A pénztáraknak a pénztártagok részére értesítést kell küldenie a nyilvántartásba vételről, a tagi jogviszony létrejöttéről. A nyilvántartást az **OEP** utódszervezete (**Alapkezelő**) vezeti. A toborzott, illetve a területi elv alapján a pénztárhoz tartozók között semmiféle megkülönböztetés nem állhat fenn.

A pénztárak megalakulását követően a biztosítottak évente válhatnak biztosított. A pénztárak a tagságuk egészségi állapotának javítása érdekében egészségfejlesztő, prevenciós programokat indítanak. A pénztárak abban lesznek érdekelték, hogy a pénztártagjaikat hosszú távon megtartsák, mivel a nagyobb létszám a biztonságos működést garantálja. Az egészségfejlesztő és prevenciós programok a pénztártagok megtartását is szolgálják.

A pénztárak működésük során sem alkalmazhatnak olyan módszereket, amelyekkel a drága betegeket távozásra, pénztárváltásra ösztönzik. Nem engedélyezett a jelentkezők közötti szelekció sem, valamennyi pénztár valamennyi hozzá jelentkező biztosítottat köteles fogadni. Az **Egészségbiztosítási Felügyelet** egyik kiemelt feladata lesz a pénztártagok távozásának vizsgálata.

Garancia a biztosítottak számára, hogy a pénztárak nem a hozzájuk tartozó tagok által befizetett járulékot kapják meg, hanem az összes járulék, állami hozzájárulás, befizetés mind egy közös alapba (**Egységes Nemzeti Kockázatközlő Alap**) kerül, és a pénztárak ebből az alpból a tagok után az ellátási igényt statisztikusan figyelembe vevő fejkvótát kapnak egy-egy hozzájuk tartozó biztosított után. Ezért nem lesz érdemes sem a gazdagabbak, sem az egészségesebbek „kimazsolázása”, illetve a szegények vagy betegek „elüldözése”.

Egy-egy pénztár a területekért folyó pályázat, illetve a tagtoborzás eredményeként minimum 500 ezer, maximum 2 millió biztosítottal kezdheti meg a működését. A területekért folyó versengés során legfeljebb 1,5 millió tagot szerezhet, amit a toborzással emelhet az indulásig maximum 2 millióra. A határoknál a természetes demográfiai mozgás miatt \pm néhány százalékos eltérés megengedett lesz.

A későbbiekben a folyamatos működés során megszűnik a 2 milliós felső korlát, mert a biztosítottak számára a szabad átlépés jogát biztosítani kell. Az átlépések miatti létszámcsökkenés lehetősége miatt meg kell határozni a folyamatos működés minimum létszámát is (250 ezer fő). Amennyiben a taglétszám ez alá kerül, a pénztár elveszti a működési engedélyét, az ott maradt biztosítottakat másik eredményesen működő pénztár veszi át. A rendszerben garantált, hogy folyamatosan lesz pénztár, aki az ellátásért felel.

Az ellátási csomag

Magyarországon, mint Európa legtöbb országában, három csomag került kialakításra: az alapsomag, a biztosítási csomag és ami ezeken kívül van: a társadalombiztosítás terhére nem igénybevehető szolgáltatások köre (extra csomag).

Az új rendszerben az alapsomag, a sürgősségi ellátás hozzáférése és finanszírozása nem változik. Az életmentő sürgős ellátásokat mindenkinek meg kell kapnia, függetlenül attól, hogy biztosított vagy nem biztosított. A nem életmentő ellátások esetében a biztosítottak nem minősülő külföldi állampolgároknak fizetési kötelezettsége van. A magyar biztosítottak részére az egészségügyi ellátórendszer által nyújtott sürgősségi ellátásokat – a mentés kivételével – a pénztárak fizetik a fejkvóta terhére.

A mentés finanszírozását továbbra is központilag, előirányzat jelleggel az **OEP** jogutóda, az ún. **Alapkezelő** végzi. A pénztárak a mentőkkel nem

kerülnek elszámolási kapcsolatba. A mentőszolgálat havi működési költségét közvetlenül kapja meg.

A pénztárak alakulásakor a jelenleg finanszírozott biztosítási ellátási csomag lényegi változtatására nem kerül sor. Mindenkire, aki Magyarország területén lakóhellyel rendelkezik, a törvény erejénél fogva változatlanul kiterjed a biztosítási kötelezettség, ezért részére a járulékfizetés vagy annak állami átvállalása ellenében az alapsomagon túl a biztosítási csomag továbbra is járni fog. A pénztárszervezés és a folyamatos működés során a technológiák fejlődésével természetesen az ellátási csomag tartalma változhat, új eljárások, gyógyszerek, eszközök, műszerek kerülhetnek be a finanszírozásba és a régi, már nem költség-hatékony ellátások kikerülhetnek a rendszerből. Erről az ún. **Díjtétel Bizottság** dönt. Ugyancsak változhatnak, pontosodhatnak az egyes ellátások eljárási, igénybevételi szabályai, valamint meghatározásra kerülhetnek az egyes ellátások szakmai tartalmának részletei. Ezek a folyamatosan fejlődő szabályok (a „biztosítási protokollok”) egyrészt garanciát jelentenek a betegnek az általa a járulékkért elvárható szolgáltatások tekintetében (mit várhat el a beteg a járulékkért), másrészt ez teremti meg egy korrekt kiegészítő biztosítás alapját.

Az új egészségbiztosítási rendszerben a házi szakápolás és az ápolás egyéb formái a kötelező biztosítási csomag részét képezik, az ápolásbiztosítás nem jelenik meg önálló biztosítási ágként.

A fertőző betegségek elleni küzdelem ellátásának finanszírozásában lényegi változás nem következik be, a fizetés két forrásból történik. A kötelező védőoltásokat az állami költségvetés az **ÁNTSZ** keretében fizeti meg. A nem kötelező védőoltások árához a fejkvóta terhére a Pénztárak támogatást biztosítanak, a biztosítottak térítési díj fizetési kötelezettsége mellett.

A fertőző betegek gyógykezelését a Pénztárak finanszírozzák a fejkvóta terhére.

A kötelező biztosítási csomagba nem tartozó extra csomagba tartozó szolgáltatásokért a jövőben is fizetnünk kell. A szolgáltatások egy részére kiegészítő biztosítást köthetünk, de teljesen önkéntes alapon.

Egészségpénztárak és szolgáltatók: kórházak, szakrendelők

A pénztárak a saját területeiken (megyéikben), átmeneti ideig kötelesek valamennyi ellátási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatóval a rendelkezésre állást biztosító szerződést megkötöni. A kapacitások lekötése normatívák alapján történik a minimálisan kötelező előírások figyelembe vételével. A részletes jogi szabályozás meghatározza a szolgáltatók maximális elérési távolságát és elérési idejét, valamint a pénztári várólisták megengedhető hosszát is. A szolgáltatók tényleges finanszírozása a betegeknek, a betegutakra is tekintettel meghozott döntése alapján, a konkrét egészségügyi ellátások igénybevétele szerint történik.

Az egészségpénztárak a szolgáltatókkal finanszírozási szerződést kötnek. Ennek a szerződésnek két alaptípusa létezik; az általános és az ún. preferált szerződés.

Preferált szerződéssel finanszírozott tevékenységek esetén az alapdíjazástól pozitív és negatív irányba való eltérítés lehetséges (max. \pm 10 %). Preferált szerződés adott szolgáltatónál bizonyos osztályokra, illetve konkrét tevékenységekre is köthető. A pénztárak a területeiken működő egészségügyi intézmények között a preferált szerződés alkalmazásával ösztönzik a költség-hatékony, minőségi, eredményes ellátást.

A szolgáltatók közötti differenciálás alapja a minőség, a gyógyítás eredményessége. Az intézmények minősítését jogszabályban meghatározott indikátorok alapján az **Egészségbiztosítási Felügyelet** hivatalból teszi közzé. Valamennyi biztosítottak lehetősége lesz az intézmények gyógyítási minőségét megismerni.

Az egyes pénztárak saját minőségi indikátorokat is alkalmazhatnak, azonban ezeket nyilvánosságra kell hozniuk.

A preferált szerződések megkötésében azon szolgáltatók esetében érdekelték a pénztárak, ahol a gyógyító tevékenység utólagos szövődményeinek száma alacsonyabb az átlagosnál, a betegek gyógyszeres terápiájának beállítása körültekintően történik, azaz a mellékhatások okozta többletköltségek minimalizálhatók. A **Pénztárak** alapvető érdeke azon szolgáltatók előnyben részesítése, amelyeknél jók a mutatók, pl.: a kórházba visszakérülés aránya a lehető legalacsonyabb. Ebből következően a pénztári rendszerben nem a szolgáltatás árának olcsósága a döntő szempont, hanem a teljes körű egészségügyi ellátás közép-hosszú távú költséghatékonysága. Ezért érdekelték a **Pénztárak** a betegút szervezésében, mert nem mindegy nekik, hogy milyen szolgáltatóhoz kerül a pénztártagjuk.

Ez a megfontolás ösztönzi a Pénztárakat az egészségfejlesztési és preventív programok működtetésére is. A jó erőnlétben, általános állapotban lévő biztosítottak egy esetleges megbetegedés esetén kevesebb szövődménnyel, olcsóbban gyógyíthatók, mint az egészségtelen életmódot folytató, rossz életminőségű betegek. Ezek a megfontolások a minőségi ellátás ösztönzői az új rendszerben.

Az alakulást követő átmeneti időszakban a pénztárak azokon a területeken, ahol van pénztártagjuk, kötelesek szerződést kötni az ott területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltatókkal, amennyiben azok megfelelnek a minőségi követelményeknek. A pénztár ezen szolgáltatók esetén abban dönthet, hogy általános vagy preferált szerződést köt, illetve mekkora kapacitásra köt szerződést. A pénztárak által leszerződendő kapacitások minimumát az elérési szabályok (a betegnek milyen távolságban kell ellátást biztosítani) határozzák meg.

Amennyiben a pénztártag olyan szolgáltatónál kíván igénybe venni nem sürgősségi szolgáltatást, amellyel a pénztárnak nincs szerződése, akkor a szolgáltatónak beavatkozás előtt a pénztár hozzájárulását kell megszereznie, kivéve, ha az elérési szabályok megsértésével a pénztár nem biztosít megfelelő ellátást a betegnek, mivel ebben az esetben bármelyik intézmény által nyújtott szolgáltatást finanszíroznia kell a pénztárnak. Sürgősségi ellátást bárki bármely egészségügyi intézményben igénybe vehet, azt a pénztára köteles finanszírozni.

A pénztáraknak a progresszivitási elv figyelembe vételével kell a szolgáltatókkal a szerződéseket megkötni. A pénztárak működésének megkezdését követő átmeneti időben úgy kell tekinteni, hogy a pénztáraknak minden szolgáltatóval van szerződése. Ezen átmeneti idő alatt a teljesítmény-volumen korlát (TVK) az intézmények részére még szükségszerűen megmarad

Beruházások az új rendszerben

A jelenlegi rendszerben az **OEP** feladata a működési költségek finanszírozása, a nagyértékű eszközöket, a beruházásokat – tehát a fejlesztéseket és az eszközpótlást – alapvetően a tulajdonos-fenntartó kötelezettsége finanszírozni. Ezen általános elvtől törvényi szinten szabályozott módon lehet csak eltérni. A tulajdonos-fenntartók az állami költségvetésből és egyéb – döntően uniós – forrásokból szerezhetik meg a szükséges pénzeszközöket. A több-pénztáros rendszer – figyelembe véve az önkormányzati törvény köztöttségeit is – a jelenlegi elveken nem kíván változtatni, azaz fennmarad a duális finanszírozás.

Uniós forrásokból az ellátórendszer fejlesztésekre pályázati úton kb. 400 milliárd forint elköltését tervezi a kormányzat változatlan keretek között. A forrásokra az egészségügyi szolgáltatók, illetve tulajdonosaik/fenntartóik pályázhatnak.

Nagyon jelentős változás azonban, hogy az átalakítási, beruházási költségek finanszírozásában új szereplőként jelennek meg a pénztárak. A létrejövő egészségpénztárakat a törvény kötelezi arra, hogy a közpénzkel való eredményes gazdálkodás eredményeként felszabaduló források meghatározó részét az egészségügyben költse el.

A pénztárak és az ellátórendszer kapcsolata

A pénztárak kapcsolata a háziorvosokkal

A **Pénztárak** a területeiken lévő valamennyi háziorvossal kötelesek szerződést kötni. A pénztár értelemszerűen köteles lesz valamennyi olyan háziorvosi, házi gyermekorvosi praxissal szerződést kötni, ahová a hozzájuk tartozó biztosítottak bejelentkeztek, akkor is, ha csak egyetlenegy beteget van bejelentkezve egy adott háziorvoshoz.

Az alapellátás tekintetében 2009. év elejétől az átmeneti időszakban a törvény erejénél fogva valamennyi alapellátási szolgáltatót szerződöttnek kell tekinteni, az átmeneti idő végére kell a Pénztáraknak a területükön a finanszírozási szerződést nyújtani.

A **Pénztárak** egészségfejlesztésben, prevencióban való érdekeltsége arra ösztönöz, hogy az alapellátást megerősítsék.

A háziorvosi ellátás finanszírozási rendszere átalakításra szorul, a pénztárak által működtetett rendszerben a kártyapénz mellett erősíteni kell a teljesítményelemeket.

Területi ellátási kötelezettség

Az új rendszerben a háziorvosok, házi gyermekorvosok területi ellátási kötelezettsége nem változik.

Mind a járóbeteg ellátásban, mind a fekvőbeteg ellátásban van lehetőség új, minőségi ellátást nyújtó szolgáltatók befogadására. Az ilyen ellátást javító kapacitások időközben módosíthatják a meglévő intézmények ellátási kötelezettségét, amennyiben a jogi követelményeknek megfelelnek.

Amennyiben egy szolgáltató a területi ellátási kötelezettségébe tartozó beteget lát el, azt az adott pénztárnak finanszíroznia kell.

Beutalási rend

Fontos változás az új rendszerben, hogy a pénztárakkal szerződött alapellátásban, járóbeteg szakellátásban dolgozó orvosok az általuk kiállított beutalón – az elérési szabályok megtartása esetén – csak a pénztárral szerződött szolgáltatót szerepeltethetik. Amennyiben a beutaló orvos – a nem sürgősségi ellátást – a pénztárral nem szerződött szolgáltatónál kívánja elvégeztetni, akkor a beutaló kiállítása előtt erre jóváhagyást kell kérnie a pénztártag Pénztárától.

A pénztár átvállalhatja többlétszolgáltatásként a magánorvosi számlák részben vagy egészben történő kifizetését is, ilyenkor a beutalási rendbe gyakorlatilag a magánorvosok is bekerülnek.

Védőnői hálózat

A védőnői hálózat működésének finanszírozása az **E-Alap** terhére történik. A szolgáltatókkal a **Pénztárak** kötnék szerződést, de nem a fejkvóta terhére, hanem az elkülönített védőnői kassza terhére fizetik a hálózat működését.

Pénztárak és gyógyszerárak, gyógyászati segédeszköz forgalmazók, gyógyfürdők kapcsolata

A gyógyszerárak, gyógyfürdők és a gyógyászati segédeszköz forgalmazók vonatkozásában a pénztárak szerződéses kapcsolata a törvényből eredően kiterjed valamennyi működési engedéllyel rendelkező patikára és gyógyászati segédeszköz üzletre, gyógyfürdőre. Nem kell tehát az új finanszírozási rendszerben valamennyi patikának egyenként valamennyi pénztárral szerződnie: a biztosított az ország bármelyik patikájában vásárolhat gyógyszert. A gyógyszerárak és a gyógyászati segédeszköz forgalmazók az **Alapkezelő** felé nyújtják be a vényelszámolást, és az egyes pénztárak felé a **TAJ** szám alapján történik a támogatások számlázása.

A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatás rendszere országosan egységes marad, azaz, ugyanaz a támogatott készítmény valamennyi gyógyszerárban, ugyanazon térítési díjon szerezhető be.

A pénztáraknak lehetőségük van az alapsomag keretében a betegek által fizetendő térítés egy részét átvállalni, azaz, csökkenthetik a betegterheket.

Ez a szisztéma megakadályozza, hogy a pénztárak a támogatási rendszeren keresztül kockázatszelekciót valósítsanak meg.

A szolgáltatásokért fizetendő pénztári díjak rendszere

A teljesítmény-finanszírozás alapvető metodikái változatlanok maradnak (német pont, **HBCS**, **BNO**, stb.) az új rendszerben, a tarifarendszeren belül pozitív és negatív irányban maximum 10%-kal lehet eltérni a **Díjtétel Bizottság** által meghatározott díjaktól. A negatív irányú eltéréshez a szolgáltató hozzájárulása szükséges.

A díjakat az ún. **Díjtétel Bizottság** állapítja meg és évente vizsgálja felül. A **Bizottság** munkájában a szolgáltatók képvisellete biztosított. Az árkontroll lehetőségének monitorozása és a szükséges szankcionálás alkalmazása a **Gazdasági Versenyhivatal** feladata.

Az átmenet és a működés

Az egészségügyi ellátás folyamatos finanszírozásának garantálásához az ellátási kiadások teljesítésének zavartalanását biztosítani kell. Ez a feladat a pénztárak megalakulása után is a **Kincstár** feladata marad, mert az egészségügyi ellátások finanszírozása nem függhet a járulék-folyószámla országon belüli ingadozásától.

Ennek érdekében a **Kincstár** hőközben előleget nyújt az egészségügyi ellátások (fejkvóta) finanszírozására, azaz az eddig működő járulék-megelőlekezési rendszer értelemszerűen fennmarad. Havonta történik meg a tényleges elszámolás a pénztárakkal.

Az **Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)** jelenlegi formájában 2009-ben megszűnik: feladatait az **Alapkezelő** és a pénztárak veszik át. Az **Alapkezelő** tartja nyilván, hogy melyik biztosított hol pénztártag, számolja ki a pénztáraknak járó fejkvótákat, hozzá futnak be az intézményi jelentések és az átmeneti időben folytatja az intézmények, szolgáltatók finanszírozását.

A finanszírozás rendszere

A pénztárak belépése nem hoz változást a finanszírozás időbeli rendjében, a tárgy-időszakokra járó teljesítménydíjak, illetve támogatások kifizetésének intervallumai alapvetően változatlanul maradnak.

A több-pénztáros rendszerben a teljesítmény-volumen korlát a jelenlegi formájában nem értelmezhető. A pénztárak természetesen maximálisan érdekeltek lesznek az indokolatlan teljesítmények, párhuzamos ellátások visszafogásában. A pénztárak saját maguk dönthetnek arról, hogy milyen – a nemzetközi gyakorlatban is használt – metodikákat alkalmaznak a kiadások kordában tartására: előzetes autorizáció, vizsgálati és terápiás eljárásrendek, volumen-szerződések, bázis-finanszírozás, preferált szerződések, stb.

A pénztárak indulásakor a szolgáltatások finanszírozásának pénzforgalmi rendje gyakorlatilag nem változik. A járulékokat változatlanul az **APEH** szedi be, a kiutalásokat a **Kincstár** útján finanszírozza a rendszer. Az **OEP** jogutódja, az **Alapkezelő** a pénztárak biztosított állománya alapján számolja ki az adott pénztárra jutó fejkvótát, havi bontásban, amelyről elvi folyószámlát vezet. Az elvi folyószámla bevételi oldala a teljes körű egészségügyi ellátás fejkvótája, a kincstári oldal a pénztárhoz tartozó biztosítottak által ténylegesen igénybe vett – pénztár által autorizált szolgáltatások díjtételei adják.

Amennyiben a pénztár a fejkvótáját adott hónapban túlkölte, akkor a túlköltést a biztonságos működést garantáló pénztári tőketartalék terhére kell finanszírozni. A keletkezett megtakarítás havonta jelenik meg a pénztárak számláján.

Kellően hosszú átmeneti idő után, amikor a pénztárak működése „bejáratott” és a saját informatikai rendszerüket kialakították, a fejkvóta pénzforgalmi kezelése átkerülhet a pénztárakhoz. Az egy-egy pénztárra jutó fejkvóta-tömeg kiszámítása továbbra is az **Alapkezelő** feladata marad.

A járulék beszédés és a járulék-folyószámla kiegyenlítés rendszere azon-

ban változatlan marad. Az átalakítás miatt nem változik a járulék mértéke, a járulékot továbbra is a munkabér után fizetjük, illetve fizeti a munkáltatónk. A jövőben is az **APEH** szedi be a járulékot. Nem változik az sem, hogy a gyermekek, a nyugdíjasok, a **GYES**-en, **GYED**-en lévők, a szociálisan rászorulóak stb. után a **Magyar Állam** fizeti be a havi fix összegű járulékot.

A működés költségei

Az **OEP** jelenlegi működési költségét nem lehet alapul venni a pénztárak működési kiadásainak megítélésénél. A kormányzati szándék az, hogy a jelenleginél jóval magasabb színvonalú egészségbiztosítási finanszírozási, ellátás-szervezési rendszer alakuljon ki. Egyértelmű, hogy ez a minőségjavulás működési költségnövekedéssel jár. A mai relatív alacsony működési költség nem a jelenlegi rendszer erénye, hanem a rossz működésének egyik oka (a minőségbiztosítás és az ellenőrzések elégtelensége, a betegút-szervezés teljes hiánya stb.)

Az a cél, hogy a pénztárak a betegek biztonságosabb kezelése, gondozása érdekében szervezzék a betegutakat, és csak a ténylegesen elvégzett, szakmailag indokolt beavatkozásokat finanszírozzák.

Ez a rendszer megköveteli a folyamatba épített ellenőrzést és az autorizációs folyamatok kialakítását. Az **OEP** és területi szerveik (**MEP**-ek) jelenleg csak utólagos szűrőpróbaszerű, kis hatékonyságú ellenőrzéseket végeznek, emiatt a felesleges, szakmailag nem indokolt és számos esetben el sem végzett beavatkozások finanszírozására felbecsülhetetlenül sok járulékból származó készpénzt költünk el. Egy jól működő, több-pénztáros rendszerben a betegút-szervezés és a finanszírozás hatékonyságának javításával felszabadított források többszörösen meg kell, hogy haladják az ehhez szükséges működési többletkiadásokat.

A pénztárak működési költségét a törvény az éves **E-Alap** bevételhez viszonyítva 4 százalékban maximálja.

A fejkvóta

A járulékbefizetés rendszere nem változik meg a biztosítási rendszer változásával. Az új rendszerben a pénztárakhoz tartozó biztosítottak nem a járulékkukat, hanem az ún. fejkvótát viszik magukkal.

A fejkvóta az egészségügyi igénybevételi adatokra épül: a különböző korú- és nemű biztosítottakra különböző értékű, amely statisztikailag elismeri az adott korú és nemű személy ellátási költségigényét. Általánosságban elmondható, hogy egy idős ember fejkvótája lényegesen több, mint egy fiatalé. E két tényezőn (kor és nem) egy sor egyéb tényezőt is figyelembe kell venni a fejkvóta meghatározásakor. Ismert, hogy az ország különböző részein eltérő összegeket fordítunk egy-egy ugyanolyan korú, nemű beteg ellátására. Célja a rendszernek az igazságtalanság kiküszöbölése, ezért fontos, hogy pl. a lakhelyet, vagy bizonyos nagyköltségű, krónikus betegségeket is figyelembe vegyen a fejkvóta. Miután az örökölt szerkezeti és igénybevételi igazságtalanságok nagyok, csak több éves ütemezett átmenettel lehet a fejkvótáknál a kiegyenlítést megoldani. Egy pénztár az ellátásunk során a hozzá tartozó valamennyi pénztártagra jutó fejkvótából gazdálkodik, abból kell az egészségügyi szolgáltatásokat kifizetni.

Elszámolás a Pénztárral

A rendszer induláskor úgy fog működni, hogy az egészségügyi szolgáltatók az **OEP** jogutód **Alapkezelő** felé számolnak el és a **TAJ** számok alapján az **Alapkezelő**nél történik az egyes pénztárak felé a kiadások lekönyvelése, a fejkvóták kiadási oldalának megterhelése. Emiatt a szolgáltatóknak többlet adminisztrációt a több-pénztáros rendszer nem jelent. Az új finanszírozási rendszer fejlődésével – kellő átmeneti idő után – a szolgáltatók közvetlen pénztárak felé való elszámolási-finanszírozási rendje alakul ki.

A nemzetközi példák azt mutatják, hogy az ilyen rendszerekben is általában működik egy központi „elszámolóház”, ahová a szolgáltatók jelentenek, és

amely az egyes biztosítók felé teríti az elszámolásokat. Magyarországon ezt a szolgáltatást az **Alapkezelő** hosszú távon is képes teljesíteni.

Pénztáraknak lehet-e saját kórházuk?

Az egészségügyi szolgáltatók nem szerezhettek tulajdonrészt a pénztárakban, viszont a megalakuló egészségpénztáraknak a törvény nem tiltja meg, hogy egészségügyi szolgáltatóban tulajdont szerezzenek. A tulajdonszerzés azonban meghatározott feltételek teljesüléséhez kötött:

- A szolgáltatás minősége, eredményessége a saját tulajdonú szolgáltatónál a Felügyelet által ellenőrzöttén jobb kell, hogy legyen az átlagosnál.
- A szolgáltató finanszírozása a törvényben biztosított intervallumon túl nem téríthető el, azon nem kerülhet privilegizált helyzetbe.
- A szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződések a **Felügyelet** ellenőrzi.
- A pénztár által finanszírozandó összes szolgáltatáson belül a saját tulajdonú szolgáltatóval végzett szolgáltatás mértékét, minőségét jogszabály maximálja.
- A tulajdonszerzés megengedése mellett a működtetés törvényi szinten tiltott.

Garanciák

Garanciák a BIZTOSÍTOTTAKNAK

Az eddigiekben bemutatott garanciális elemek a biztosítottak számára garantálják a biztonságos, jobb minőségű működést. Garancia a toborzási szelekció tilalma (minden jelentkezőt köteles a pénztár fogadni), a csoportos (pl. munkahelyi) toborzás tilalma, az évenkénti átlépés lehetősége, a fejkvóta rendszer, a járulékok változatlansága, az ellátási szolgáltatások változatlansága. Garancia az **Egészségbiztosítási Felügyelet** működése, amely a biztosítottak jogait nem csak a szolgáltatókkal, hanem a pénztárakkal szemben is védi.

Nagyon fontos új elem a rendszerben, hogy a pénztárak kötelesek ún. felelősségbiztosítást kötni a finanszírozási döntések által okozott esetleges egészségkárosodások kártérítésére. Az **Egészségbiztosítási Felügyelet** folyamatosan ellenőrzi a várólisták hosszát, és az átlagosnál hosszabb várólistával dolgozó pénztárak esetében eljár.

Garanciák a SZOLGÁLTATÓKNAK

A jelenlegi rendszer merev, adminisztratív teljesítmény szabályozása jogosan népszerűtlen a szolgáltatók körében. Hiába működik az egyik kórház – vagy a kórház egyik osztálya - hatékonyabban, mint a másik, hiába elégedettebbek az egyik helyen a betegek, mint a másikban, a finanszírozás jelenleg ezeket a különbségeket nem veszi figyelembe.

Az új rendszer fontos sajátossága, hogy a minőségi és eredményes gyógyításokat végző szolgáltatókat és orvosokat a Pénztárak finanszírozási rendszer keretében a preferált szerződésekkel előnyben részesítik. A Pénztárak abban érdekeltek, hogy a tagjaik teljes körű ellátást a saját szerződött szolgáltatók körében biztosítsák. Ez segíti a jól működő intézményeket a betegek megtartásában. A beutalási rend új szabályozása szintén a szerződött szolgáltatói körben tartja a betegeket. Az általános teljesítményvolumen-korlát megszűnik, a Pénztárak a folyamatba épített ellenőrzés eszközeivel egyedi, intézményre, szolgáltatásra szabott módszert alkalmaznak a teljesítmények befolyásolására.

Garanciák a PÉNZTÁRAKNAK

A nem megfelelően működő pénztárakat a biztosítottak otthagynak, a pénztárak így akár meg is szűnhetnek vagy veszteségesek lehetnek. Ezek a lehetőségek részei az üzleti kockázatnak, ezek elkerülésére, valamint a haszonra a pénztárak semmilyen garanciát nem kapnak. A Pénztárak ered-

ményessége a biztosítottak elégedettségétől függ.

Ugyanakkor a Pénztárak biztonságos működésének garanciái, hogy

- a kisebbségi tulajdonosnak döntő befolyása van a pénztár irányítására,
- az állam a járulékot nem fizetők után fix összegű, valorizált befizetést garantál az **E-Alapba**,
- a Pénztárak részt vesznek a **Díjtétel** és a **Fejkvóta Bizottságok** munkájában,
- a fejkvóta meghatározása tervezhetően biztosítja valamennyi biztosított ellátásához szükséges szolgáltatások fedezetét,
- a Pénztárak az állam esetleges egyoldalú, a rendszer működését súlyosan veszélyeztető lépése esetén választott bírósághoz fordulhatnak.

Az ellátórendszer továbbfejlesztése az új rendszerben

A kórházi ellátások struktúraátalakításának eredményeként jelentősen csökkent az aktív ellátást nyújtó ágyak száma és mintegy 8000-rel nőtt a krónikus, rehabilitációs szolgáltatást adó ágyszám. Mindezen átalakítás ellenére, még mindig nem értük el a célmodellnek tekinthető kórházi ágysztruktúrát, azaz ezt az átalakítást a Pénztárak megalakulása után is folytatni kell. A fekvőbeteg ellátástól az egynapos ellátások és a járóbeteg-ellátás irányába kell terelni a betegeket, fokozatosan meg kell szüntetni a területi különbségeket a szolgáltatókhoz való hozzáféréshez, az intézmény kínálatban, mind a fekvő, mind a járóbeteg szakellátásban.

A megalakuló Pénztárak egyik legfontosabb feladata - és egyben érdeke is – a struktúraátalakítási folyamat folytatása. Ezt a célt a minimálisan kötelező szerződéskötési normatívák segítségével, a preferált szerződések alkalmazásával érik el.

Egyes, a progresszivitás legtetőjén lévő ellátások esetében az országban 1-3 centrum is biztosíthatja a minőségi biztonságos ellátást (pl.: csontvelő transzplantáció). Az ilyen jellegű szolgáltatások esetében a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően törvényszerű, hogy az intézménnyel több pénztár köt szerződést. A Pénztárak az ilyen ellátások vonatkozásában egyéb kiegészítő szolgáltatások nyújtásában versenyezhetnek a biztosítottakért (pl.: a betegek várakoztatás nélküli be- és hazaszállítása a központi szolgáltatóktól).

Gyakori megbetegedések esetén jelentős lesz a szolgáltatók közti verseny: a pénztári szerződés szempontjából létfontosságú, hogy melyik intézmény gyógyít eredményesebben. Ezek preferált szolgáltatói szerződésre számíthatnak. Lesznek olyan részlegek, melyekben bizonyos műtétek nem lesznek elvégezhetőek – mert a beteg biztonságos és eredményes ellátásához nem rendelkeznek megfelelő szakismerettel, gyakorlattal vagy felszereltséggel. Ezek az ellátóhelyek nem szűnnek meg, csak átalakulnak: egynapos ellátásokat fognak végezni, járóbeteg szakrendelések fognak működni bennük.

Kartellek kialakulásának az „egy” **OEP**-es modellben nagyobb a lehetősége, mint a több-pénztáros rendszerben. Ugyanakkor nem tagolható, hogy a kartell kialakítás potenciális lehetősége mindenütt a világon megvan akár szolgáltatók, vagy a gyártók, beszállítók, a forgalmazók és a pénztárak között is. A kartellek kialakítása ellen az állam szabályozással és a **Gazdasági Versenyhivatal**, mint hatósági-ellenőrző szerv működtetésével lép fel. A **GHV** intenzíven monitorozza és kontrollálja az egészségbiztosítási piac történéseit és azonnal beavatkozik, amennyiben kartell gyanús folyamatokat észlel.

Összefoglaló

A reform iránya egyértelmű. A monopollhelyzetű **OEP** helyett állami többségi tulajdonú, de a magánbefektetők számára érdemi döntési jogokat biztosító pénztárak jönnek létre, amelyek között a biztosítottak évente egyszer szabadon választhatnak. A pénztárak versenyezni fognak a biztosítottakért – egyenként legalább félmillió, legfeljebb 2 millió fő

MENETREND

2007. október közepe	Az egészségbiztosítási törvény tervezete a kormány elé kerül
2007. október vége	A törvénytervezet parlamenti be nyújtása
2007. november-december	A törvénytervezet parlamenti vitája
2007. december vége	Zárószavazás
2008. január 1.	A törvény hatályba lép
2008 január eleje	Nemzetközi pályázat kiírása
2008. tavasz	Licit a területekért
2008. május-július	Toborzás
2008. ősz	A Pénztárak végleges struktúrájának kialakulása
2009. január 1-től	A Pénztárak megkezdik a tényleges működésüket
2009. eleje	A Pénztárak folyamatosan átveszik az ellátások finanszírozását
2009. ősz	Az első átlépési időszak a pénztárak között

ellátását biztosítva, így egyik sem kerülhet monopolhelyzetbe, de a biztonságos működés alapja is megteremtődik.

A mindenkire kiterjedő, kötelező és egységes egészségbiztosítás megmarad, valamint az ennek finanszírozását biztosító járulékfizetési és beszedési rendszer, és a forrásokat kezelő **Nemzeti Kockázatközösségi Alap** tovább működik. Az Alapnak folyamatosan egyensúlyban kell lennie. A pénztárak esetleges veszteségét a kockázati tartalékok, illetve a tulajdonosok fedezik. A biztosítottak számára – a kockázati alapon korrigált fejkvótából – az egészségbiztosítási pénztárak vásárolják meg a gyógyító szolgáltatásokat. A biztosítási csomagot jogszabály határozza meg, azt sem a pénztárak, sem pedig az egészségügyi szolgáltatók nem szőköthetik, illetve a szolgáltatás nyújtását nem köthetik a jogszabályban előírtat meghaladó egyéb, anyagi vagy más feltételekhez. Jogszabály határozza meg azt is, hogy a pénztárak mekkora működési költséggel működhetnek, és mekkora haszonra tehetnek szert.

Az egymással versenyző pénztárak az államnál sokkal nagyobb hatékonyságot és egyre javuló minőséget kényszerítenek ki az ellátórendszerből, ami az emberek ellátásának színvonalát és elégedettségét érezhetően növeli.

Konszenzus

A sztómaterápiás ápolás/gondozás mindennapi gyakorlata témakörében

A konszenzus konferencia összehívását indokolták:

a jelenlegi és az elvárható sztóma és sztómával élők ápolási-gondozási gyakorlata közti eltérés, melynek alapvető okai a következők:

- a rendezetlen és hiányzó sztómaterápiás ápolói-gondozói munkákör,
- a betöltéséhez szükséges szakképesítés megszerzésének indokolatlanul megoldhatatlannak látszó problémája.
- Számos kezdeményezés elakadása, válasz nélkülsége az illetékesektől.

Ezekből fakadóan:

- rendezetlenek az általános ápolói és a specialista sztómaterápiás ápoló-gondozói kompetenciák, és
- szintén rendezetlen a sztómaterápiás multidiszciplináris teamekben a specialista ápolók helye és szerepe.

Ezek miatt sérül a sztómával élők komplex ellátása, valamint számos szakmai és jogszabályi előírásnak sem felel meg a jelenlegi gyakorlat. Pl.: nem felel meg az érvényes Rendtartásnak, miszerint tájékoztatást, oktatást csak kellő szakképesítéssel rendelkező személy adhat. Nem valósítható meg a sztómával élők szakellátásában a minőségi ellátás. A munkakör hiányában az alap szakmai normák is sérülnek. Hiányukban nem hozhatók létre a tervezett Kiválósági Központok. Nem érvényesíthetők a best practice követelmények. (Nemzeti Rákellenes Program célkitűzései)

A jelenlegi gyakorlatban dolgozó kb. 120 ápoló ugyan igyekszik a legjobb tudása szerint végezni a dolgát, ennek ellenére komolyan sérül a sztómával élők rehabilitációjában a személyreszabottság, a folyamatosság és folytonosság. Mivel nincs államilag elismert és garantált képzése ezeknek az ápolóknak, nem tudják hivatásszerűen szolgálni a betegek érdekeit, ha kárt okoznak a betegeknek, nincs alapja a velük szemben való fellépésnek.

Nincs egységes szabályozása az információáramlásnak a szakmában, nincs egységesen előírt szakmai követelmény, és ennek alapján történő képzés.

Hiányos a gyakorlatban a személyesség, a család bevonása, az otthoni

körülmények, a munkavégzés, a szabadidős tevékenység figyelembevétele. Nem egységes a gyakorlata az ápolásban a szisztematikusan rövid, közép- és hosszútávú betegkövetésnek.

Ezek alapján a konszenzus konferencia egyhangúlag kinyilvánítja, hogy a specialista megnevezés csak akkor ér valamit, ha azt nem egy-egy szakmaterület használja magának, hanem azt kormányzati szinten, államilag is elismerik.

Mi, a konszenzus konferencia résztvevői mind az Egészséges Nemzet Komplex Programja (2006), mind a Nemzeti Rákellenes Program (2006) célrendszerének minden elemét fontosnak tartjuk és támogatjuk azokat. A célkitűzések eléréséhez a fenti programokban megfogalmazottakkal (NRP:28.old.;XIV.cél) összhangban fontosnak tartjuk – a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan – Magyarországon is legálisan elismerni, és ezt az ellátási minimumfeltételek között előírni és bevezetett

- a professzionális sztómaterápiás ápoló és gondozói,
- a professzionális sebkezelő és gondozói, és
- a professzionális kontinencia koordinátori munkaköröket.

Ezek a munkakörök hiányzanak a 3/2001.(II.20) EüM rendeletben felsorolt munkakörökből, nem hatósági, hanem professzionális területei az egészségügyi szakellátásnak, a különböző multidiszciplináris teameknek.

Miért ezt a három munkakört javasoljuk?

A sztómaterápiás ápolás-gondozás szakszerű és professzionális gyakorlásához az első kettőre feltétlenül szükség van, a harmadik munkakörrel alakul ki tulajdonképpen az a munkakör-család, ami szervezsen illeszthető a mindennapi ápolási-gondozási gyakorlatba, és így illeszthető a Népegészségügyi Program Egészségügyi Humán Erőforrás Stratégiai Programjához, ez a lehetőség támogatja az ápolói karrierépítést, és így, együtt megfelelnek a nemzetközi ápolási-gondozási gyakorlatnak is.

Ahhoz, hogy az előírt munkaköri követelményeknek megfelelhessenek az ápolók, szükséges a három modul önálló szakképesítésként elismerni és az Országos Képzési Jegyzékbe felvenni, illetve a betöltéshez szükséges vizsga letételét biztosítani.

A három modul felvételét az államilag elismert szakképesítések közé elfogadhatóvá teszi, hogy egyenként is pontosan körülírható és