

Paradigmaváltás szükségessége az egészségügyi szektorban

Hegedűs Mihály*

Összefoglaló A válság szükségszerű következményeként Európában is számos területen zajlik a gondoskodó állam beívódott sztereotípiáinak újragondolása. Az oktatás, a nyugdíj mellett az egészségügy, amelyet leginkább megérintett a változás szükségessége. A világ egészségügyi ellátórendszerének átalakítása számos helyen kormányprogrammá, választási ígéretkévé vált.

Hazánkban a strukturális problémáinak kiküszöbölésére az elmúlt évtizedek alatt számos kísérlet született, amelyek rendszerint félúton megrekedtek, jelentős kárt okozva az ellátó rendszernek, mert hiányzott az alapos, az átgondolt, a fokozatos, a rendszerszemléletű koncepció. Az egészségügyi rendszer nehezen mozdítható, átalakítható, mozgása rendszerint magával ragad más szegmenseket is. Az alapprobléma egyszerre tulajdonosi, finanszírozási, pénzügyi, rendszer-, szemléletbeli és orvos-szakmai kérdés, ezért az átalakítás nehézsége az érdekek ütközéséből is eredeztethető. A 2011-ben megkezdett struktúraváltás stratégia- és jogalkotási feladatokat, rendszerépítést, átalakítást, értékelést, forrásteremtést, azonnali beavatkozást, további feladat meghatározást jelent. A gazdaság jelenlegi teherbíró képessége, az egészségügyre fordítható források szűkössége miatt az egyetlen kiút az egészségügy hatékonyabb működésének kialakítása, bevételi forrás keresése, az ellátás átalakításában az egységes, magas minőségű szolgáltatási színvonal növelése az esélyegyenlőség fenntartása mellett.

A tanulmány az egészségügyi integráció megkezdett folyamatát elemzi, a lehetséges kitérési pontokat keresi az egészségügy versenyképes gazdálkodásának megteremtése érdekében.

Kulcsszavak struktúra, átalakítás, egészségügy

Bevezetés

A sikertelen átalakítási kísérletek után a kormány, a 2011-ben által kidolgozott Semmelweis-terv kidolgozásával teremtette meg az összhangot azon nyugat-európai törekvésekkel, amelyek a betegségek megelőzését, az egynapos ellátást, a betegcentrikus, költséghatékony gyógyítást helyezik a középpontba.

* Nyugat-magyarországi Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola
E-mail: hegedus@hkaudit.hu

A Semmelweis terv keretében jelenleg is folyó egészségügyi szolgáltatók strukturális átalakítása azonban számos olyan problémát hozott a felszínre, amely a meglévő struktúra mélyebb, további átalakítását igényli.

Az átalakítás megkezdéséhez, a megoldások kereséséhez korábban hiányzott a politikai, szakmai egyetértés, az elosztó és igénybevevő rendszerek eltérő érdekeinek koordinációja, valamint a szükséges forrás. Politikai, szociológiai, társadalmi és szakmai egyetértés ma is csak azon a területen van, hogy a rendszer átalakításra, javításra szorul, a módszer tekintetében továbbra is eltérő vélemények ütköznek.

Stratégiát alkotni, jövőt mutatni jelentősen eladósodott, forráshiányos intézményrendszer működtetése közben az egyik legnehezebb vállalkozás. Valamennyi területen szükséges a jóléti állam¹ felépítésének újrafogalmazása, elméleti alapjainak, egyes korábban elvetett etatista javaslatok² átgondolása.

A normatív közgazdasági szemlélet a fejlesztéspolitikával, a normatívákkal, a finanszírozási háttérrel ezideig nem került szimbiózisba, szükséges az ingatag építmény lebontása, az alapok megerősítése. Az egészségügy centralizációjának fokozása az új egészségpolitika alapjainak megfogalmazása, a szabályozási környezet egységesítése miatt a jelenlegi finanszírozás, tulajdoni viszonyok ismeretében elengedhetetlen alapkövetelmény, a nehézséget az jelenti, hogy a struktúraváltáshoz, az új felépítmény megépítéséhez, a fundamentumok megerősítéséhez forrás valójában nincsen.

1. A centralizmus szükségessége

Az önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény az addigi állami feladatként szereplő egészségügyi ellátásról való gondoskodást az önkormányzatok feladatává is tette a „vegyes finanszírozás” elve³ alapján. Az önkormányzatok szűkös forrásaikból, a helyi adó bevételek egy részét adták át az egészségügyi intézmények részére a felhalmozási és működési kiadás hiány pótlására, míg a megyei önkormányzatok a viszszaosztott SZJA-ból illetve illetékbevételekből segítették az egészségügyi intézmények működését.

A források tekintetében az egészségbiztosítási alap kiadásának egyenlege már 1993-ban negatív egyenleget mutatott, a szükséges beavatkozás elmaradtak, bár számos vita zajlott a lehetséges megoldásokról, irányokról, megegyezés nem született.

Az egészségügyi szolgáltatók, finanszírozók, és a piacra belépni szándékozók között az egészségügy liberalizált piacán kialakult erőforrások megszerzéséért kezdődő verseny nem hozza meg a kívánt eredményt.

„A kiépült rendszer alapvető problémája, hogy a finanszírozó egyben szabályzó, helyenként szolgáltató, ellenőrző, míg maguk a betegek (fogyasztók) nincsenek döntési helyzetben. A szükségletet nem a fogyasztó, hanem a szolgáltató rendszer határozza meg, miközben a finanszírozás tekintetében az OEP⁴ monopóliumhelyzetben van.” (Mihályi 2008.)

A Magyarországon a rendszerváltás megelőző „konzervatív-korporativista” jóléti állam⁵ Kornai (1992) szerint inkább koraszülött jóléti államra hasonlít, míg Sza-

¹ Welfare state

² Az államhatalom kiterjesztése

³ Howard Glennerster a vegyes finanszírozás tipizálásában eltérő szerepet ad az államnak és egyes jóléti intézményeknek.

⁴ Országos Egészségbiztosítási Pénztár

⁵ A jóléti államok típusai: liberális, konzervatív/korporatív, szociáldemokrata

lai (2007) túlköltekező állam minősítése jelzi a rendszerváltás óta eltelt időszak eredményeit.

Az 1992-ben kezdődő finanszírozás (biztosítás) reformja gyorsan elhalt és „in-takt módon fennmaradt a szocializmus utolsó évtizedeiből örökölt állami egészségügy” (Mihályi 2008). A 2006. évi egészségügyi reform a progresszivitás szintjén jelentkező keveredés kiküszöbölését, a túlzott mértékű aktív kórházi ágyszám csökkentését, az egynapos sebészet fejlesztését, az egészségügyi szolgáltatáshoz történő arányos hozzáférést tűzte ki célul.

A gondolat mai is időszerű, azt korábban a társadalmi, szakmai egyeztetés, politikai konszenzus hiányában nem sikerült megoldani. A kapkodó, nem átgondolt intézkedésekkel, a merev kapacitás-kategória megkötéssel, a hozzá rendelt finanszírozással, a technológiai fejlődés figyelmen kívül hagyásával több évtizedes visszalépés történt, amellyel elkezdődött az intézmények likviditási-finanszírozási problémák kialakulása.

A helyzet jellemzője, hogy a valóságban hibrid, konzervatív-szociáldemokrata (Ádám 2011) jóléti rendszer jött létre a hasznossági, hatékonysági finanszírozási alapkérdések tisztázása nélkül. A 2011-ben meglévő egészségügyi rendszer működtetése strukturális átalakítás nélkül a továbbiakban nem fenntartható.

Magyarországon a rendszerváltás után számos tanulmány foglalkozott a jóléti rendszer és ezen belül az egészségügyi rendszer átalakításának szükségességével, miközben a kiindulási pontokban sem alakult ki konszenzus.

Egyes tanulmányok szerint a szociális védelem meglévő rendszerei és módszerei inkább akadályozzák, mint segítik az egészségügyi rendszer hatékony működését. A szociális kockázatok és szükségletek kezelésében a lakosság preferálja ugyan a konzervatív-szociáldemokrata hibrid jóléti rendszer fenntartását, igényt tart a méltányosságra, azt finanszírozni csak több csatornán⁶ akarja, az állam pótlólagos forrásokat bevonni nem kíván, ezáltal a technikai hatékonyság⁷ kérdéseinek erős korlátot szab.

1. táblázat. Az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon a nemzetgazdaság főbb szektora szerint

Megnevezés	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kormányzat	204,9	191,0	206,5	212,1	232,9	228,0	214,3
Társadalombiztosítás (OEP)	936,5	1 014,2	1 117,0	1 183,4	1 095,8	1 144,1	1 132,6
Államháztartás összesen	1 141,4	1 205,2	1 323,5	1 395,5	1 328,7	1 372,1	1 346,9
Egészségpénztárak	9,6	18,8	20,6	29,2	38,3	40,8	-
Háztartások	370,9	389,5	435,8	442,1	458,6	460,8	-
Nonprofit szervezetek, vállalatok	45,2	51,4	50,7	56,0	62,9	57,9	-
Magánszektor összesen	425,7	459,7	507,1	527,3	559,8	559,5	548,4
Egészségügyi kiadások összesen	1 567,1	1 664,9	1 830,6	1 922,8	1 888,5	1 931,6	1 895,3
Egy főre jutó egészségügyi kiadás ezer Ft/fő	154,7	164,7	181,5	190,9	187,8	192,4	189,1
GDP	18 838	20 822	21 970	23 730	25 321	26 754	26 054
Egészségügyi kiadások aránya a GDP-ből, %	8,3	8,0	8,3	8,1	7,5	7,3	7,3

Forrás: KSH statisztikai tükör 2010/121 szám, átvett táblázat

⁶ A lakosság többet költ évente saját egészségének megőrzésére, mint a költségvetés

⁷ Technikai hatékonyság: adott szolgáltatás előállítási költségének a minimalizálása

Az egészségügyi kiadások 2003 és 2009 között bár nominál értékben növekedtek, a GDP-ből számított arányok csökkenő tendenciát mutatnak, amely jól mutatja, hogy a technikai fejlődést az egészségügyben a társadalom bár elvárja, azt finanszírozni nem tudja.

Az egészségügyi kiadások növekedése 2003 és 2006 között inflációt meghaladó mértékű volt. A 2007-es konvergencia program hatására a gyógyszerek költségvetési támogatása csökkent, nominál értékben is visszaestek a kiadások.⁸

A 2009. évi a recesszió következményeként az egészségügyi kiadások a 2006. évi szint alá süllyedtek.

Számos tanulmány foglalkozik azzal a kérdéssel, amely szerint a GDP arányos mutató csökkenése az oka annak, hogy az egészségügyi ellátórendszerek jelentős része olyan adóssághalmazzal küzd, amelyeket konszolidáció nélkül nem tud saját maga „kitermelni”. A társadalom jelentős pénzeszközt költ az egészségügyre, azok rendszerint több csatornán jelennek meg, ezért a cél a csatornák összekötése mellet az egyes kiskapuk bezárása lehet.

A szektoronkénti elemzés alátámasztja azt a kijelentést, amely szerint a magán-szektor is jelentős részt vállal (28,1 %) az egészségügyi kiadásokból, ugyanakkor a gyógyító ellátás a legjelentősebb finanszírozandó tétel, amely egyúttal kijelölte az átalakítás során figyelembeveendő súlypontokat.

2. táblázat. Az egészségügyi kiadások szolgáltatás jellege szerinti megoszlása 2003–2008 átlagban⁹

Szolgáltatás	Kormányzat	Társadalombiztosítás (OEP)	Államháztartás összesen	Egészségpénztárak	Háztartások	Nonprofit szervezetek, vállalatok	Magán-szektor	(milliárd forint/év)	
								Összesen	Megoszlás %
Gyógyító ellátás	38,4	565,7	604,1	4,5	199,7	15,4	219,6	823,7	45,7
Rehabilitációs célú ellátás és hosszú idejű ápolás	45,5	54,7	100,2	0,5	4,4	7,0	11,9	112,1	6,2
Kiegészítő szolgáltatások (klinikai laboratórium, képzőképző diagnosztika)	15,5	56,9	72,5	0,0	2,1	0,6	2,7	75,2	4,2
Egészségügyi termékek a járóbeteg-ellátásban (gyógyszerek, gyógyászati termékek)	19,6	362,9	382,5	17,2	219,5	0,0	236,7	619,2	34,4
Prevenção és népegészségügyi ellátás	33,8	16,8	50,7	1,3	0,6	22,8	24,7	75,4	4,2
Egészségügyi adminisztráció	2,1	17,2	19,3	2,5	0,0	0,0	2,5	21,8	1,2
Egyéb egészségügyi kiadások	8,8	7,6	16,4	0,0	0,0	0,1	0,1	16,5	0,9
Beruházás	48,9	0,0	48,9	0,1	0,0	8,2	8,3	57,2	3,2
Összesen	212,6	1081,8	1294,6	26,1	426,3	54,1	506,5	1801,0	100,0
Megoszlás, %	11,8	60,1	71,9	1,5	23,7	3,0	28,1	100,0	

Forrás: KSH statisztikai tükör 2010/121 szám, átvett táblázat

Az egészségügyi ellátás a rendszerváltást követő 22 évében jelentős változáson ment keresztül, amelyet részben a társadalom fejlődése, részben az egészségügyben megjelenő technikai, technológiai fejlődés indukált.

Az egyes statisztikák azonban kellő fenntartással kezelendők, mert tartalmuk elemzése nélkül nehéz összehasonlítani az egyes országok egészségügyi kiadását, egyrészt a kiindulópont, másrészt a fejlődés, az egészségi állapot, a finanszírozás eltérő adatai nehezítik meg a statisztikai megközelítést.

Számos tanulmány mutat rá arra, hogy az egészségügyi alap kiadásai nem egyenlők az egészségügyi kiadások összegével.

⁸ 2008-ban némi emelkedés mutatkozik a reálértékben, ez mégis csökkenést jelentett.

⁹ Az összesen sorok és oszlopok találkozási pont értéke osztva 2-vel.

Az egészségügy hatékonyságának kérdése nem határozható meg önmagában a kockázat megosztás, egyéb szolgáltatás nyújtás és vásárlási lehetőség, erőforrás összehangjának megteremtése, a minőség, fogyasztói elvárások, igazságos finanszírozás kölcsönhatásainak vizsgálata nélkül.

A rendszerváltást követően számos vita alakult ki az egészségügy rendszerébe történő állami beavatkozás mértékéről, a piac szerepéről, a kiegészítő biztosítás szükségességéről, amely alapok birtokában kellett volna megfogalmazni az egészségpolitika értékrendjét, abból levezetve hosszú távú céljait, a rendszer működésének alapelveit, az állami szerepvállalás és a verseny határait, a lehetséges és bevonható finanszírozási forrásokat.

Az eltérő érdekek, hiányos vagy értékelhetetlen adatbázisok miatt az erőforrás szabad kapacitásának felmérése, használatba vétele a tervezés számára pontos adatokat nem biztosított. Az erőforrások szétszórtak, jelentős forrástöbbletet igényelnek, a működés körülményei, tulajdon viszonyai jelentős eltérést mutatnak ezért a hatékonyság nem vagy csak kellő fenntartással mérhető. Az adatbázis hiányai, azok eltérő volta miatt¹⁰ a következtetések helyállósága pedig megkérdőjelezhető.

A finanszírozás kérdései az alapelvek tisztázása nélkül nem volt eldönthető. Az előregedő társadalom egy részében nem tudja fenntartani a szolidaritás elve alapján működő társadalombiztosítási rendszert, másrészt az egészségügyi finanszírozás nem követte a technológiai rendszer fejlődéséből adódó finanszírozási igényeket¹¹, a források felhasználása pedig sokszor nem a kívánt csatornákon keresztül történt meg.

Az egészségügyi rendszerben tehát a pazarlás,¹² a paternalizmus és alulfinanszírozottság egyszerre jelentkezik meg.

3. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap bevételei

	zárszámadás					millió Ft
	1993	2005	2006	2007	2009	2011
Egészségbiztosítási Alap bevételei	297 562	1 204 597	1 567 364	1 676 024	1 269 366	1 370 937
Járadékbevételek, hozzájárulások	255 674	1 104 335	1 158 237	1 249 463	898 597	676 782
Munkáltatói egészségbiztosítási jár.	200 773	680 106	736 878	616 566	314 906	154 059
Biztosított által befizetett eü. járuléka	44 434	227 707	278 232	484 795	424 335	443 014
Foglalkoztatottak eü. járuléka	0	220 156	267 459	472 441	414 512	0
Egyéni vállalkozók saját eü. járuléka	0	7 551	10 774	12 354	9 823	0
Egyéb járulékok	0	27 881	29 420	28 926	45 176	40 433
Egészségügyi hozzájárulás	0	164 408	107 697	113 483	109 934	35 916
Késedelmi pótlék, bírság	10 467	4 234	6 010	5 693	4 246	3 360
Központi költségvetés hozzájárulása	39 570	66 050	378 026	372 451	319 142	642 370
Egészségbiztosítási tev. hozzájárulása	1 854	31 266	28 463	50 420	49 932	51 345
Működési és felhalmozási célú bevételek	0	2 739	2 450	3 680	1 681	425
Vagyongazdálkodással kapcsolatos bevételek	464	207	188	11	15	15
Egészségbiztosítási alap kiadásai	300 820	1 579 870	1 678 658	1 648 617	1 418 832	1 459 614
Egészségbiztosítási alap egyenlege	-3 258	-375 273	-111 294	27 408	-149 466	-88 677

Forrás:ESKI¹³, Ealapbe_p.xls

¹⁰ Katszterek, pénzforgalmi és üzemgazdasági szemlélet, tulajdoni viszonyok, áttütemezett tartozások besorolása

¹¹ Német vagy amerikai műtéti eljárások, CT, ultrahang, onkológia

¹² A pazarló egészségügy kifejezéssel szemben több tanulmány (Dr. Sebesi Béla 2012) tiltakozik

¹³ Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet

Az Egészségbiztosítási Alap nominál értékben számított bevétele az 1993-as 297.562 millió Ft-ról 2010-re 1.376.095 millió Ft-ra nőtt. 2007 évben érte el a legmagasabb értéket, amikor nominál értékben a bevétel 1.676.024,30 millió Ft volt, s szinte csak ebben az évben volt a bevételeknek és kiadásoknak pozitív egyenlege 27.407,6 millió Ft értékben. Az 1993–2010 közötti időszak egyenlegeit vizsgálva a 2005. évben volt a legmagasabb az alap hiánya 375.272,6 millió Ft értékben.

Az Egészségügyi Alap¹⁴ bevételeinek megoszlása a járuléksökkenés miatt csak kellő fenntartások mellett elemezhetőek. A 2009-es év járulékbetételei 63,3%, (319.141,6 millió Ft, míg 2010-ben mindössze 47,7% (617.271 millió Ft), amely az egészségbiztosítási járulék mértékének 3% pontos csökkentésének, valamint a tételes EHO¹⁵ eltörlésének tudható be.

Magyarországon elvileg mindenkinek, szinte minden jár, „ingyen”, azonnal és a választás teljes szabadsága (kórház, orvos) mellett. A lakosság egészségügyi állapota, az intézmények felszereltsége, működési körülményei, az orvosok száma, bére, megbecsülése, ösztönzése, az egyes szakmák túlszűfolt működtetése, az egészségügyi ellátás körülményeit jelentős mértékben befolyásolják, amely a hatékonyságon, a finanszírozhatóságon kívül az egyenlő állítási igénybevételi lehetőségekre is jelentős hatással van.

Az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi formájában nem teszi lehetővé a költség hatékony működést. A válság megoldására a pénzügyi eszközök már csak korlátozottan vehetők igénybe, mert a pénzügyi eszközrendszere az évek során kimerült, azaz inkább orvos-szakmai kérdés,¹⁶ mint a gazdasági igazgatók részére rendelkezésre álló beavatkozási eszközrendszer.

2003-tól az egy kórházi ellátásra jutó intézményi bevétel gyakorlatilag változatlan, a kórházak pénzügyi helyzete rohamosan romlott, a kötelező béremelések (minimálbér) fedezetének biztosítása finanszírozási és likviditási problémákat okozott.

A közvetlen kiadások fedezete biztosított, ugyanakkor a közvetett költségeké egyre kevésbé, míg az amortizáció lényegileg nem finanszírozott.

A finanszírozás 2007. április 01. óta azonos,¹⁷ amely hiányt a kettős (négyes) finanszírozás¹⁸ pótol. Az intézmények adósságállománya 2007 óta a nőtt, likviditási problémával küzdenek, amelyet gyakran a szállítói tartozások átütetemesével küszöbölnék ki. A beszállítók saját finanszírozási forrás hiányában a 180–270 napos fizetési határidőt nem tudják tartani, reális veszély tevékenységük felszámolása, vagy a készpénzben történő kiszolgálás növekedése.

A szakmai színvonal megtartása az eszközök pótlására rendelkezésre álló finanszírozási hiány miatt egyre romlik. Az orvosok, egészségügyi szakdolgozók megalázóan kevés fizetése miatt a humán-erőforrás helyzete is tovább gyengül, hatásaként a minőségügyi rendszerek hatékony fenntartása, fejlesztése egyre nehezebbé válik.

Az épületek életkora magas (átlagosan 51 év), korszerűsítéshez szükséges pénzügyi forrás nem áll rendelkezésre. A tulajdoni viszonyok, a társasági formák változása rendszer működésével nem kerültek összhangba, az a fennálló finanszírozási rendszer mellett a Gt-k egészségügyi szolgáltatóként történő működtetése nem hozta meg a kívánt eredményt.

¹⁴ Az Egészségügyi Alap az Egészségbiztosítási Alapon kívül más forrásokat is tartalmaz.

¹⁵ Egészségügyi hozzájárulás

¹⁶ Orvos szakmai kérdés a progresszivitás szintje ez eltérő műtéti megoldások, az ingyenesség kérdése

¹⁷ Súlyszám: 146.000 Ft, Német pont: 1,46 Ft

¹⁸ Az OEP finanszírozás mellett jelen van a fenntartói működési és felhalmozási, alapítványi, pályázati forrás

2. A centralizáció folyamata

A struktúraváltás egyszerre jelent stratégiaalkotási, jogalkotási feladatokat, rendszerépítést, forrásteremtést, átadás-átvétel adminisztratív lebonyolítását, átvilágítást, további feladat-meghatározást, útkijelölést.

Az integráció folyamatában 2011. november 01-től a megyei önkormányzatok konszolidációja mellett a megyei önkormányzati intézmények, és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményei kerültek állami átvételre. 2012. május 01-től állami kézbe kerültek a települési önkormányzatok egészségügyi szolgáltatói. 2012. július 01-én lépett életbe az új egészségügyi struktúra, a fekvőbeteg-ellátásban az új kapacitási és finanszírozási rendszer került megalkotásra, megalakultak a területi egészségszervezési központok. 2012. július 1-ig 182 kórház működött az országban, amelyből 104 aktív, 58 krónikus, 20 pedig egynapos sebészeti ellátást nyújtott. 2012. július 01-től 8-ban megszűnt az aktív betegellátás, néhány kórház beolvadt más egységbe, s e területen további összevonások várhatóak. 2012. novemberében átvételre kerültek az Országos Egészségügyi Intézmények.

Az integráció következményeként 2150 aktív ágy szűnt meg a 44 392-ből, 27 190-re bővült a krónikus és rehabilitációs ellátást nyújtó hely.

A 2006-es kórháztörvény hatásaként 80 ezerről 71 ezerre csökkent a kórházi ágyszám úgy, hogy az aktívágy-kapacitás 16 ezerrel csökkent, a krónikus 7,5 ezerrel több lett a jelenlegi 20 ágyszám-növekmény helyett.

A szemléletváltást jelzi, hogy az ágyszám-csökkentés korábban nem járt együtt más gyógyítási formák azonnali fejlesztésével. A korábban elkezdett kistérségi egészségügyi központokban bővül a fekvőbeteg-ellátást kiváltó egynapos sebészet és a járóbeteg-szakellátás, amely egyúttal a háziorvosi ellátásban is másfajta, fejlettebb a diagnosztizáló képesség rendelkező betegcentrikusabb megközelítést igényel.

Az integráció, az intézményrendszer átalakítása jelenleg nem jár ugyan jelentősebb humánerőforrás mozgással, elbocsátással, de természetesen következmény, hogy a nyugat-európai viszonyokhoz hasonlóan mind a betegek, mind pedig az orvosnak a korábban megszokottól többet, esetleg más irányba kell utaznia.

A progresszivitási szintek a szakmai egyeztetés alapján, szakmai tagozatok iránymutatása figyelembevételével kerültek meghatározásra, ugyanakkor természetesen, hogy nem minden szakmában jelenik meg a három szint. Egyetlen szintű lett a sugárterápia, szívsebészet, belgyógyászat, pszichiátria, kétszintű lett a kardiológia, urológia, sebészet, háromszintű a traumatológia, neurológia, fül-orr-gégészet.

A progresszivitási szintek elosztása az ellátási körzetek újratanulását jelenti, a betegek részéről esetenként többlettutázást, de korszerűbb, hatékonyabb betegellátást valósít meg.

Az integráció során az átalakítás végzőknek nem voltak illúzióik az intézmények eladósodottsági állapotával kapcsolatban, mégis számos, korábban nem ismert rövidtávon megoldandó problémával találták magukat szemben. Az integráció felszínre hozta az egészségügyi ellátás kapcsán az elégtelen, helyenként elszakadó TVK problémáit, az eszközhiány miatt álló szakrendeléseket, finanszírozatlanul költséges CT működést, a leválaszthatatlan rendezetlen szakrendelői státuszt.

Intézményi gazdálkodás áttekintése során a magas lejárt tartozás állomány mellett kritikus likviditást, az egészségügyi és szociális ellátás keveredését észleltük, mint rövidtávon jelentkező megoldandó feladatokat.

A jogi, szerződéses ügyeletek tekintetében jellemző volt a hiányos szerződéskataszterek, az ár-érték arányban kedvezőtlennek tűnő szerződések, a kérdéses sorsú ingatlanok, a milliárdos perértékek.

Az uniós pályázati ügyek áttekintése során le nem zárt, vitás elszámolású pályázatokkal, csődbe jutott projektkivitelezővel, a folyamatban lévő nagyprojektek, önrész biztosításának szükségességével találkoztak.

A fenntartói ügyek területén fenntartói támogatási ígervények, hitelek és tagi kölcsönök, bérkompenzációk elmaradása, a kórház ingatlanjain meglévő jelentős terhek nehezítették a napi működést, az átláthatóságot.

Műszaki, ingatlan területen jellemző problémaként az ingatlankezelési jog rendezetlensége, idegen tulajdonú eszközök használata, a műszerpark amortizálódása, a kritikus állapotú épületek, épületrészek, életveszélyes villamos hálózatok határozzák meg az elkövetkező időszak tennivalóit.

Kitörési pontok, lehetőségek

- Az azonnali intézkedések megtétele mellett az elkövetkező időszak feladata a gazdasági társasági formában működő kórházak, a privát üzemeltetésű egészségügyi intézmények tulajdonviszonyainak, üzemeltetésének áttekintése, a tulajdonviszonyok és a finanszírozás összhangjának megteremtése.
- A progresszivitás szintjeinek elemzése, a szükséges változtatások megtétele.
- Egységes adatbázis, adatkezelési, adatfeldolgozási, adatszolgáltató rendszer kialakítása.
- A kellő információk birtokában 2013-tól indulhat a betegút szervezés új rendszere és ezzel együtt a térségi várólista is ekkora készül el.
- A 2007-ben megszüntetett intézmények újragondolása. (OPNI)
- Az aktív és krónikus szakellátási normatívák újragondolása, meghatározása.
- A sürgősségi hálózat kiépítésének újragondolása.
- Az erőforrások biztosítása, az egyes beidegződésekkel történő szakítás.
- Ügyeleti rendszer szabályozása, anomáliák megszüntetése.
- A kiszervezett tevékenységek felülvizsgálata.
- A városi egészségügyi intézmények, rendelők átvételének átgondolása

Az átszervezés előnye az egységes irányítás, az egységes információs bázis, a méretgazdaságos gazdálkodást, a transzparenszműködés lehet. Az erőforrásokkal történő optimalizált gazdálkodás az egységes irányítást feltételezi.

4. Következtetések

A Magyarország fejlődésének további alapja a prioritások átgondolt kiválasztása, az államháztartás egyensúlyának biztosítása mellett a belső arányok finanszírozható megteremtése, amely közös gondolkodással, társadalmi egyetértéssel ugyan, de csak az elosztó rendszerek újragondolásával lehetséges.

A társadalom egészségi állapota rossz, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele nem egységes, ezért szükséges az egyenlőtlenségek csökkentése. Az egészségügy jelentős forráshiányban szenved, az elmúlt 20 évben stratégiai elképzelések többnyire a források kivonását szolgálják, hiányzott az egységes szakmai koncepció, sok volt az arra illetékes ellenőrző szervezet, ugyanakkor kevés az arra illetékes finanszírozó. Gyakori volt az irányváltás, hiányzott a koncepció megalapozottsága, a középtávú stratégiák háttérszámítása.

A korábbi integrációkat többnyire forráshiány miatt stratégiai elképzelések nélkül hajtják végre, magához az integráció folyamatához pénzügyi forrásokat nem ren-

delnek hozzá, egyetlen céljuk a kiadások csökkentése. A „csodaszerként” feltüntetett integráció az elmúlt 22 év távlatában nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket.

Az alapproblémát jelentő TVK-korlát és az országos felvételi kötelezettségből adódó problémákat az átszervezés nem tudja kiküszöbölni. A forráskivonások nem csak a meglévő helyzetet konzerválja, hanem súlyos pénzügyi helyzetbe sodorja a korábban jól működő átvevő intézményt, ezért az esetleges integrációt átgondolt tervezéssel lehet végrehajtani.

Az egyes egészségügyi szolgáltatók a pénzügyi megszorító intézkedések, keretgazdálkodások, beruházások visszafogása, karbantartások, béremelések elmaradása, kiszervezések miatt kimerítették a menedzsment azon lehetőségeit, amely szerint pénzügyi intézkedésekkel meg lehet menteni az intézmény működését, szükséges az orvos szakmai intézkedések megtétele a költséghatékonyság figyelembevételével.

A szemléletben változtatás igénye mellett szükséges egy új Kórháztvény megalkotása, amely a társadalmi jólét növelése és a hatékonyság, finanszírozhatóság, gazdaságosság célok közötti ellenmondást kezelni tudja.

A Római Szerződés ellenére nem várható az egységes uniós egészségügyi rendszer kialakítása, mert az országoként az egészségügyre fordított GDP arányos kiadások, a struktúrák, az eltérő tulajdoni formák miatt a rendszer összehangolása nem lehetséges, további finomításokra van szükség.

A vegyes keretrendszer a dinamikusan változó válság-környezetben nem fenntartható. Szükséges a finanszírozás (biztosítás) újragondolása, pótlólagos források bevonásának megteremtése a hatékonyság mindhárom szintjének biztosítása.

A struktúraátalakítás nem jelent automatikus forrástöbbletet, a rendszer optimalizálása, hatékony működtetése az egyetlen járható út. Ez jelentheti egyes intézmények további integrálódását éppúgy, mint az eddig meglévő rendszerek működtetésének, funkciójának átgondolását. A gazdaság jelenlegi helyzetében többletforrásra feltehetőleg nem nyílik lehetőség, a rendszer saját forrásai pedig kimerültek.

Felhasznált irodalom

- Ádám Erzsébet (2011): Az egészségügyi ágazat normatív megközelítése. Erdei Ferenc IV. Tudományos Konferencia Kecskemét III kötet 18–22 pp
- Gulácsi László (2012): *Egészség-gazdaságtan és technológia elemzés*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2012
- Kornai János (1992): Posztoszocialista átmenet és az állam. *Közgazdasági Szemle*, 1992. június
- Mihályi Péter (2008) *Miért beteg a magyar gazdaság?* HVG Kiadó
- Orosz Éva (2002): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Az Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest
- Szalai Júlia (2007): *Nincs két ország?* Osiris Kiadó Budapest