

AZ EGÉSZSÉGÜGY ÁTALAKÍTÁSÁNAK ÉS FINANSZIROZÁSÁNAK KÉRDÉSEI

HEGEDŰS MIHÁLY¹
PATAKI LÁSZLÓ²

Összefoglalás

Az egészségügyben lezajlott technikai, technológiai változás, a társadalmi fejlődés, a globalizáció szükségszerű következményeként a világban számos területen zajlik az egészségügy átalakítása, a finanszírozási kérdések újragondolása. Az oktatás és a nyugdíjrendszer mellett az egészségügy, amelyet leginkább megérintett a változás szükségessége. A világban a választók szavazataiért küzdő képviselők az egészségügyi ellátórendszerének átalakítását számos helyen választási ígéretként, kormányprogrammá tették. Az egészségügyi rendszer magyarországi átalakítására, a strukturális problémák kiküszöbölésére az elmúlt évtizedek alatt számos kísérlet született. Az alapprobléma egyszerre társadalmi, tulajdonosi, finanszírozási, környezeti, rendszer-, és szemléletbeli kérdés, ezért a megoldások, az átalakítás nehézségei az érdekek ütközéséből, az eltérő szemléletmódból eredeztethetők. Az egyes országok gazdaságai, azok teherbíró képessége, az egészségügyre fordítható források szűkössége, a társadalomban szereplők életmódja, identitása meghatározza a kiútkeresés irányát. A cél, az egészségügy hatékony működésének kialakítása, a saját bevételi források keresése, az ellátás átalakításában az egységes, magas minőségű szolgáltatási színvonal növelése.

Kulcsszavak

struktúra, átalakítás, egészségügy, kórház

Summary

As a necessary consequence of the technological changes in health care systems, the development of the society and the globalisation, we can realize that health care systems in the world are being overhauled while their financing are being reconsidered. In addition to education and pension system it is the health care system where changes are really needed. Members of Parliaments fighting for people's votes worldwide make (electoral) promises about health care and put it in the program of the government. There have been several attempts in the last few decades in Hungary to change this system and to possibly avoid structural problems as well. The basic problem is social, proprietary, financial, environmental and a question of system and approach. Therefore the difficulties of overhauling can derive from the different point of views and repugnance of interests. The economies of individual countries, their load-bearing capacity, and scarcity of resources devoted to health, society actors' lifestyle and identity determines the direction of finding a way out. The aim is to develop efficient operation of healthcare, the search for their own sources of income, and to increase single, high-quality service standards in the conversion.

Keywords

structure, remodeling, health, hospital

¹ PhD-hallgató, Nyugat-magyarországi Egyetem, e-mail: hegedus@hkaudit.hu

² egyetemi docens, Nyugat-magyarországi Egyetem, e-mail: lpataki@ktk.nyme.hu.

Bevezetés

Az egészségügy köz- és magánjóság léte számos vitával, ellenmondásokkal terhelt, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételi lehetősége, annak mértéke, minősége függ az ország gazdasági fejlettségének szintjétől, teherbíró-képességétől, a társadalmi közmegegyezéstől.

Az egyes nézőpontok közelítése függ az érintettségtől, az etikától, a bürokráciától, a finanszírozási hiánytól, eszközfelszereltségtől, diagnosztikától, leterheltségtől, a beteg és az orvos kiszolgáltatottságától, a tudás elismertségtől, érdekeltségi rendszerének megteremtésétől, információtól, árkérdéstől, döntési és szervezési kompetenciáktól, képességektől.

Az egészségügy egyszerre köz- és magánügy, az állami szerepvállalás mértéke, minősége magában hordozza az intézményrendszer kialakításának módját, technikáját, mechanizmusát, a szükséges struktúra kialakítását.

A finanszírozáson kívül a szervezési - vezetési kérdések döntik el az állam szerepét, amely szerint az állam csak a törvényi szabályozási minőségben, ellenőrzésben, jogi keretek biztosításában, felügyeletben lép fel, vagy a szemlélet alakítása mellett operatív feladatokat is ellát.

Az integrációk általános kérdése, hogy a vezetés funkcióiból³, a vezetői szerepekből⁴ ki mit vállaljon, és milyen szintekre delegáljon.

A kormány által 2011-ben kidolgozott Semmelweis-terv összhangban van azon nyugat-európai törekvésekkel, amelyek a betegségek megelőzését, az egynapos ellátást, a betegcentrikus, költséghatékony gyógyítást helyezik a középpontba, módszerét tekintve centralista törekvésű, stílusát tekintve autokratikus.⁵

Az egészségügynek a rendszerváltás óta nem sikerült a súlyának megfelelő elismertséget szerezni a közgondolkodásban.

A Semmelweis-terv keretében végrehajtott egészségügyi szolgáltatók strukturális átalakítása számos olyan problémát hozott a felszínre, amelyek megoldásához korábban hiányzott a források megléte mellett a politikai, szakmai egyetértés, az elosztó és igénybevevő rendszerek eltérő érdekeinek koordinációja, a korábbi, jóléti állam struktúrájához történő merevségek, beidegződések lebontása.

A jóléti állam újragondolása

A politikai, szociológiai, társadalmi és szakmai egyetértés hiánya mellett a rendszer átalakítói jelentősen eladósodott, forráshiányos intézményrendszer működtetésével, átalakításával küzdenek.

A kiütkeresés vitája, hogy újra kell-e fogalmazni a jóléti államunk⁶ felépítésének elméleti alapjait, megoldásként előtérbe kerülhetnek-e etatista javaslatok⁷, a normatív közgazdasági szemlélet hatékonysági kérdései a törvényi szabályozással, fejlesztéspolitikával, a normatívákkal, a finanszírozási háttérrel szimbiózisba hozhatóak-e.

Az egészségügy centralizációjának fokozása, az új egészségpolitika alapjainak megfogalmazása, a szabályozási környezet egységesítése miatt a jelenlegi finanszírozás újragondolása elengedhetetlen alapkövetelmény.

³ EEM a tervezés, a GYEMSZI a szervezés, rendelkezés-koordinálás, a Kórházszövetség a képviselői és a vezetési funkciókat vállalta fel az integráció során. A Magyar Orvosi Kamara képviselői funkciója háttérbe szorult.

⁴ A GYEMSZI megalakításával az integráció során valamennyi vezetői szerep mintzbergi meghatározása interperszonális, információs szerepek, döntési szerepek érvényesült.

⁵ McGregor X elmélete szerinti a vezető megmondja a dolgozóknak, hogy mit kell tenniük. A centralista törekvés mellett az egészségügyi intézmények vezetőnek kis mozgásterük van, végrehajjtják a fenntartó utasításait. Az intézményi vezetés a korlátok közötti lavírozásra szolgál, "révész" szerep.

⁶ Egyes szakirodalmak egyszerűen csak Welfare state-ként aposztrofálják.

⁷ Az államhatalom kiterjesztése.

A finanszírozás és a szolgáltatás meglévő elkülönülése, jelenlegi rendszere pazarló felhasználásra ösztönöz, ezért a kormány véleménye szerint az ország egészségre fordítható közkiadásainak szűkös mértéke miatt a vezetési-szervezési feladatok és a tulajdonviszonyok centralizációja lehet csak az átmeneti megoldás.

A centralizmus, azonban mindig háttérbe szorítja a kórházi menedzsment fő feladatát⁸, amely szerint a gazdaság teherbíró-képességéhez, a társadalom közmegegyezéséhez, a technikafejlődéshez igazodva, a változásokhoz alkalmazkodva jelölné ki az általa vezetett intézmény jövőképét, az erőforrások hatékony felhasználásával menedzselné azt a víziót, hogy az intézmény elismert, fejlődő, korszerű, finanszírozható szolgáltató szervezetté váljon. A centralizáció mellett csak részben marad meg a vezetés azon lehetősége, felelőssége, feladata, hogy a meglévő eszközökkel alakítsa az intézmény dolgozóinak jövőképét, s korlátok között olyan motivációs eszközöket dolgozzon ki, amelyben a hatékonyság mellett a minőség, összetartozás, felelősségvállalás is helyet kap.

A struktúra átalakítása, a finanszírozási kérdések a tulajdoni viszonyok átalakítását is feltételezik, miközben az új felépítmény megépítéséhez, a fundamentumok megerősítéséhez forrás valójában nincsen, az egészségügyben bekövetkezett globális változások figyelembevételét a forráshiány jelentősen akadályozza.

1. táblázat
Teljes egészségügyi kiadások a GDP %-ában 2010-ben

United States of America	17.9
France	11.6
Denmark	11.2
Germany	11.1
Austria	10.6
Italy	9.5
Sweden	9.4
United Kingdom	9.3
Norway	9.1
Slovakia	8.7
Hungary	7.7
Czech Republic	7.4
Poland	6.7
Turkey	6.7
Estonia	6.0
Romania	5.8

Forrás: Health expenditure ratios by countries, szerkesztett változat

A Health at a Glance: Europe (2012) tanulmány szerint 2010-ben Európa szinte valamennyi országában csökkenés mutatható ki az egy főre jutó, valamint a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások területén.

Ami az egyes országok bruttó hazai termékből való egészségügyi ráfordítását illet, a GDP legnagyobb százalékát az USA-ban költik egészségügyre.

⁸ Stober (1993) szerint a kórházakban a vezető orvosok napi tevékenységének közel 50 %-t a gyógyítás helyett menedzsmentfeladatok végzésére fordítják

Európában, 2010-ben az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya Hollandiában volt a legmagasabb (12%), amelyet Franciaország és Németország (11,6 %) követtek. Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli aránya átlagosan 9 % volt az európai országokban, ami 2009-hez képest csökkenést jelent (9,2 %).

A jelentés párhuzamot von a válság és az egészségügyi kiadások csökkenése között, de az elemzések rámutatnak arra, hogy az egyes kormányok a válság időszakában eltérően csökkentették - különösen a prevenció területén - az egészségügyre fordítható kiadások mértékét.

A kutatások jelzik, hogy az egészségügyben bekövetkezett technikai, technológiai forradalom ellenére csak az egészségügy finanszírozásának hatékonyabbá tétele lehet kivezető út az egészségügyi rendszerek fenntarthatóvá tétele érdekében.

A Health at a Glance 2012 jelentés hangsúlyozza azt is, hogy a prevencióra fordított jelenlegi kiadások sokkal költséghatékonyabbak lehetnek, mint a betegségek kezelésére fordítandó jövőbeni kiadások.

A struktúra átalakítása nem csak politikai, hanem társadalmi jóléti és foglalkoztatási kérdés⁹ is, az átalakítás vagy fenntartás jelentős társadalmi réteget érint, politikai, társadalmi, egzisztenciális, gazdasági és szakmai érdekek kompromisszumai mentén szerveződhet.

2. táblázat

1000 főre jutó kórházi ágyak számának változása Európában 2000 és 2010 között

	2000	2010
Germany	9,1	8,3
Austria	8,0	7,6
Hungary	8,3	7,2
Czech Republic	7,8	7,0
Poland	..	6,6
Bulgaria	7,4	6,5
Belgium	..	6,4
France	8,0	6,4
Slovak Republic	7,9	6,4
Romania	7,7	6,3
Greece	4,7	4,9
Netherlands	..	4,7
Slovenia	5,4	4,6
Italy	4,7	3,5
Denmark	4,3	3,5
Portugal	3,7	3,4
Spain	3,7	3,2
Sweden	3,3	2,7
Norway	4,3	3,3
Turkey	2,0	2,5

Forrás: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.

Magyarország előkelő helyet foglal el ezen a listán, hiszen 2000-ben és 2010-ben is a 3. helyen szerepel Németország és Ausztria után, amely egyszerre jelenti a jelenlegi struktúra átalakításának nehézségeit. Európában az 1000 lakosra jutó kórházi ágyak csökkenése figyelhető meg a számokban 2000 és 2010 között (Magyarországon 1,4%-os csökkenés), kivéve Törökországot, és Görögországot, ahol mérsékelt növekedést látunk.

⁹ Egyes városokban a kórház a legnagyobb munkáltató.

A legjelentősebb kórházi ágyszám csökkenés Lettorszában következett be (4,8%), amelyet Norvégia (3,3%) Olaszország és Észtország (2,9%) követ.

Az EU országaiban az átlagos 1,9%-os ágyszám-csökkenés mellett a rendszerű ellátásszervezés és hatékony betegút-menedzsment, az alapellátás szerepének erősítése a cél. Valamennyi országban felismerték, hogy az egészségügy nem egyszerűen finanszírozás kérdése, hanem a helyes struktúra, az emberi erőforrás, népegészségügy, életmód, informatikai háttér együttes munkáját feltételezi.

3. táblázat

Társadalombiztosítási egészségügyi kiadások
a teljes kormányzati kiadások %-ában

France	95.3
Czech Republic	90.6
Slovakia	89.9
Germany	89.7
United States of America	88.0
Poland	86.2
Belgium	85.5
Netherlands	84.0
Hungary	83.5
Romania	79.9
Turkey	70.9
Austria	55.7
Norway	12.9
Canada	2.0
Ireland	0.5
Italy	0.2

Forrás: OECD Health Data 2012; szerkesztett változat

A társadalombiztosítási ellátásokra Franciaországban költenek legtöbbit, az egészségügyi kiadások 95,3%-t, a Cseh Köztársaság 90.6% és a Szlovákok 89.9% -al követik.

Az Egyesült Államok „csak” az 5. helyen szerepel 88%-al, míg Magyarország ezen a listán a 10. helyet foglalja el, 83.5%-al. Legkevesebbet Olaszországban 0,2 %, Írországon 0,3% és Kanadában 2,0 % fordítanak erre.

A gazdasági válság okozta kényszerek jelentős hatást gyakoroltak Európa szinte valamennyi országában az oktatásra, a nyugdíj-, és egészségügyi rendszerek működésére.

Az egyes szakmák és a politika között lezajlott egyeztetések, kiütkeresések számos vitát váltottak ki, lehet-e konszenzus a menedzsment, a politika és a szakma érvei között, az érvrendszerek határozzák-e meg a struktúra kialakulását. Szakmai és politikai érvek hangoztak el mindazon változatok mellett, amelyek a spontán kialakult betegmozgásokat, a közlekedési infrastruktúrát, az egyes területek fejlettségének színvonalát, a szakmai standardok alkalmazását helyezték a középpontba. Az egészségügyi rendszer működése, az életmód, a nyugdíjazási rendszerek jelentős egymásra gyakorolt hatásai a választott stratégiát csak hosszú távon tehetik eredményessé.

4. táblázat
A várható élettartam

férfiak					nők				
geo\time	2008	2009	2010	2011	geo\time	2008	2009	2010	2011
EU (27 countries)	61,1	61,3	61,9	61,8	EU (27 countries)	82,4	82,6	82,9	83,2
Belgium	63,3	63,9	64	63,3	Belgium	82,6	82,8	83	83,2
Czech Republic	61,2	61,1	62,2	62,2	Czech Republic	80,5	80,5	80,9	81,1
Denmark	62,1	61,8	62,3	63,6	Denmark	81	81,1	81,4	81,9
Germany	56,3	57,1	57,9	57,9	Germany	82,7	82,8	83	83,2
Estonia	53	55	54,1	54,2	Estonia	79,5	80,2	80,8	81,3
Ireland	63,5	63,9	65,9	65,8	Ireland	82,4	82,7	83,2	82,8
Spain	64,1	62,9	64,4	65,3	Spain	84,6	84,9	85,3	85,4
France	62,7	62,8	61,8	62,7	France	84,8	85	85,3	85,7
Italy	63	63,4	67,6	63,4	Italy	84,5	84,6	85	85,3
Hungary	54,8	55,9	56,3	57,6	Hungary	78,3	78,4	78,6	78,7
Netherlands	62,4	61,7	61,3	64	Netherlands	82,5	82,9	83	83,1
Austria	58,3	59,5	59,5	59,8	Austria	83,3	83,2	83,5	83,9
Poland	58,5	58,3	58,5	59,1	Poland	80	80,1	80,7	81,1
Romania	60,2	59,8	57,5	57,5	Romania	77,2	77,4	77,6	78,2
Slovakia	52,1	52,4	52,4	52,1	Slovakia	79	79,1	79,3	79,8
Sweden	69,4	70,7	71,7	71,1	Sweden	83,3	83,5	83,6	83,8
United Kingdom	65,0	65,0	65	65,2	United Kingdom	81,9	82,5	82,6	83,1
Norway	69,7	69	69,8	69,9	Norway	83,2	83,2	83,3	83,6
Switzerland	65,7	65,2	65,5	66,3	Switzerland	84,6	84,6	84,9	85

Forrás: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, szerkesztett változat

Európában a férfiak átlag élettartama cc. 20 évvel alacsonyabb a nőkéénél, amíg az utóbbi 2011-ben 83,2 év, addig ugyanez a szám a férfiaknál 61,8 év. A férfiak várhatóan Svédországban élnek legtovább, (71,1 év), amelyet Norvégia követ 69,9 évvel.

Szlovákiában az egyik legalacsonyabb a várható élettartam, 52,1 év, majd Észtország 54,2 és Románia 57,5 következik, Magyarországon 57,6 év.

A nők várható átlag életkora Franciaországban a legmagasabb, 85,7 év, amelyet Spanyolország (85,4), majd Svájc követ 85 évvel.

Romániában a legalacsonyabb ez a szám, 78,3 év, majd Magyarország 78,7 és Szlovákia következik 79,8 évvel.

Az adatok elemzése alapján választható meg az egészségügy belső működése, a külső használatát megtervező stratégia, figyelembe véve valamennyi szükséges szempontrendszer.

Az egészségügy centralizációjának szükségessége Magyarországon

Az önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény az addigi állami feladatként szereplő egészségügyi ellátásról való gondoskodást az önkormányzatok feladatává is tette a „vegyes finanszírozás” elve¹⁰ alapján.

¹⁰ Howard Glennerster a vegyes finanszírozás tipizálásában eltérő szerepet ad az államnak és egyes jóléti intézményeknek.

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 visszaosztott SZJA-ból illetve illetékbevételekből segítették az egészségügyi intézmények működését.

Az egészségügy tevékenysége komplex megközelítést kíván, drága szektorról van szó, nem mérhető a sikerágazatok teljesítményéhez, jelentős olyan beruházások szükségesek, amelyek csak hosszabb távon térülnek meg, és bármilyen átalakítás kihat a társadalom közérzetére, humán erőforrások tízezreit érinti.

A korábbi 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 volt fenntartható.

A mai magyar egészségügy negatív jellemzője a szakemberek hiánya: míg az OECD tagországokban 3,1 orvos jut ezer lakosra, ez az arány hazánkban csupán 3 fő. Hiány jelentkezik a paraszolvenciát nélkülöző szakmákban, az aneszteziológiában, radiológiában, pulmonológiában.

Az ápolók tekintetében néhány intézményben szinte kritikussá vált a helyzet, az OECD tagállamok 8,4 fő átlag létszáma helyett hazánkban ezer főre mindössze 6,2 ápoló jut. A 2011-es egészségügyi és diagnosztikai adatok szerint, míg hazánkban egymillió lakosra mindössze 7,2 számítógépes képalkotó berendezés és 2,8 mágneses magrezonanciás képalkotó (MRI) készülék jut, addig a tagállamok átlaga 22,1 illetve 12, amely ezen a téren is jelzi elmaradottságunkat.

A mentőszolgálat területén elmaradt járműpótlás, a betegirányítás központosítása már veszélyezteti a hatékony betegellátás feltételrendszerét. Egyes tanulmányok (Orosz 2002, Mihályi 2008) 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 csatornán¹¹ akarja, az állam pótlólagos forrásokat bevonni nem kíván, ezáltal a technikai hatékonyság¹² kérdéseinek erős korlátot szab. Számos tanulmány (Szalai 2007, Ádám 2011) 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 mellett az egyes kiskapuk bezárása lehet.

A finanszírozásnak igazodni kellene a struktúrához, azaz a HBCS revíziója megkerülhetetlen, a kapacitáskorlátok mellett pedig szükséges a TVK-allokáció újragondolása.

A magánszektor eddig is jelentős részt vállalt (28,1%) az egészségügyi kiadásokból, biztosította a társadalom fejlődése, az egészségügyben megjelenő technikai, technológiai fejlődés indukálta eljárások, műszerek beszerzését.

Az egészségügyi alap kiadásai nem egyenlőek az egészségügyi kiadások összegével.

Az egészségügy hatékonyságának kérdése nem határozható meg önmagában a kockázat megosztás, egyéb szolgáltatásnyújtás és -vásárlási lehetőség, erőforrás

¹¹ A lakosság többet költ évente saját egészségének megőrzésére, mint a költségvetés

¹² Technikai hatékonyság: adott szolgáltatás előállításának költségének a minimalizálása

összhangjának 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, az egészségpolitika értékrendjének megfogalmazásáról, a rendszer működésének alapelveiről, az állami szerepvállalás és a verseny határaitól, a lehetséges és bevonható finanszírozási forrásokról.

A finanszírozás kérdései az alapelvek tisztázása nélkül nem voltak eldönthetők. Az elöregedő 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 igényeket¹³, a források felhasználása pedig sokszor nem a kívánt csatornákon keresztül történt meg. Az egészségügyi rendszerben tehát a pazarlás¹⁴, a paternalizmus és alulf finanszírozottság egyszerre jelenik meg.

5. táblázat
Az Egészségbiztosítási Alap bevételei

adatok millió forintban	1993	2005	2009	2011
Egészségbiztosítási Alap bevételei	297 562	1 204 597	1 269 366	1 370 937
Járulékbevételek, hozzájárulások	255 674	1 104 335	898 597	676 782
Munkáltatói egészségbiztosítási jár.	200 773	680 106	314 906	154 059
Biztosított által befizetett eü. járulék	44 434	227 707	424 335	443 014
Foglalkoztatottak eü. járuléka	0	220 156	414 512	0
Egyéni vállalkozók saját eü. járuléka	0	7 551	9 823	0
Egyéb járulékok	0	27 881	45 176	40 433
Egészségügyi hozzájárulás	0	164 408	109 934	35 916
Késedelmi pótlék, bírság	10 467	4 234	4 246	3 360
Központi költségvetés hozzájárulása	39 570	66 050	319 142	642 370
Egészségbiztosítási tev. hozzájárulása	1 854	31 266	49 932	51 345
Működési és felhalmozási célú bevétel	0	2 739	1 681	425
Vagyongazdálkodással kapcsolatos bevétel	464	207	15	15
Egészségbiztosítási alap kiadásai	300 820	1 579 870	1 418 832	1 459 614
Egészségbiztosítási alap egyenlege	-3 258	-375 273	-149 466	-88 677

Forrás:ESKI¹⁵, Ealapbe_p.xls, szerkesztett változat

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.

¹³ Német vagy amerikai műtéti eljárások, CT, ultrahang, onkológia

¹⁴ A pazarló egészségügy kifejezéssel szemben több tanulmány (Dr. Sebesi Béla 2012) tiltakozik

¹⁵ Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet

Az Egészségügyi Alap¹⁶ bevételeinek megoszlása a járulékcsökkenés miatt csak kellő fenntartások mellett elemezhető. A 2009-es év járulékbevételei **63,3%**, (319.141,6 millió Ft, míg 2010-ben mindössze **47,7%** (617.271 millió Ft), amely az egészségbiztosítási járulék **3%** pontos csökkentésének, valamint a tételes EHO¹⁷ 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 ellátási igénybevételi lehetőségekre is jelentős hatással van.

Az egészségügyi ellátórendszer jelenlegi formájában nem teszi lehetővé a költséghatékony működést.

A válság megoldására a pénzügyi eszközök már csak korlátozottan vehetők igénybe, mert a pénzügyi eszközrendszer az évek során kimerült, azaz inkább orvos-szakmai kérdés¹⁸, mint a gazdasági igazgatók részére rendelkezésre álló beavatkozási eszközrendszer.

2003 óta 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 azonos¹⁹, amely hiányt a kettős (négyes) finanszírozás²⁰ pótolja.

Az intézmények adósságállománya 2007 óta nőtt, likviditási problémával küzdenek, amelyet gyakran a szállítói tartozások átütemezésével küszöbölnék ki.

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.

A centralizáció építőkövei

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

Wehkamp (2004) kifejti, az egészségügyi személyzet és a betegek a kórházakban állandó etikai-gazdasági konfliktusba kerülnek. A gyógyszerpiacot korábban jelentős számú, érdekellentétől vezérelt rossz együttműködés jellemezte, a gyógyszerkassza 2012. évi 63 milliárd forint egyenlegcsökkenése tovább erősítette a változás szükségességét.

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát veszélyeztető gyógyszeres terápiák eredményessége nem érte el a megkívánt szintet, amely a gyógyszerek nem megfelelő alkalmazására, indokolatlan gyógyszerfelhasználásra, a beteg együttműködésének hiányára, és az érdekellentétekre vezethető vissza.

A változás nem a fejlődő fenntarthatóságban, hanem a prevencióban, a hatékony egészségügyi ellátásban van.

¹⁶ Az Egészségügyi Alap az Egészségbiztosítási Alapon kívül más forrásokat is tartalmaz.

¹⁷ Egészségügyi hozzájárulás

¹⁸ Orvos szakmai kérdés a progresszivitás szintje ez eltérő műtéti megoldások, az ingyenesség kérdése

¹⁹ Súlyszám: 146.000 Ft, Német pont: 1,46 Ft

²⁰ Az OEP finanszírozás mellett jelen van a fenntartói működési és felhalmozási, alapítványi, pályázati forrás

A dohányzás tiltása, szigorítása, a táplálkozási szokások javítása, a népegészségügyi termékadó bevezetése egyszerre jelentheti az infarktusok számának csökkenését, s juttatja többletforráshoz az egészségügyi ágazatot.

Az integráció folyamatában 2011. november 01-től a megyei önkormányzatok konszolidációja mellett a megyei önkormányzati intézmények, a Fővárosi Önkormányzat és az országos intézmények, vagyis a fekvőbeteg-ellátás 96%-a járó beteg ellátás 75%-a egy fenntartói kézbe került. Az uniós pályázatok megvalósulásával kiépül az akkreditációs rendszer, amely javítja a biztonságos betegellátást, az informatikai és a humánerőforrás-központi rendszer, amely biztosítja az elemzést és a szakembergárda nyilvántartásának alapvető feltételeit. A betegadatok nem a kórházé, a korszerű informatikai rendszerek kiépítésével a betegadatok különböző intézmények között közvetíteni lehet, elkerülve ezzel a felesleges újbóli vizsgálatokat.

Kiépültek a Térségi Ellátásszervezési Központok, amelyek feladata az egészség- és betegút-szervezés, a fejlesztéspolitika egyeztetése.

A kórházi intézmények 90%-a energiahatékonyság tekintetében elavult. Szükséges az évszázados épületek lebontása – tömbösített, gazdaságosan üzemelő intézmény megépítése vagy újjáépítése -, az üzemeltetési költségek csökkentése érdekében.

A modern diagnosztika fejlődése, a képalkotó rendszerekkel szembeni elvárás szükségessé teszi az eddigi gyakorlat átgondolását.

Az alapellátásnak és a szakellátásnak világos elkülönítéseket kell tartalmaznia, a korszerű diagnosztikai eljárásokat csak nagyobb kórházi centrumokba lehet telepíteni, azaz a fejlesztéseket koncentrálni szükséges. A széttagolt kórházi és műtői kapacitással, mesterségesen alacsonyan tartott munkaerőköltséggel, minimumfeltételhez igazodó kapacitásokkal nem lehet korszerű egészségügyi rendszert felépíteni.

Következtetések

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 alulfinanszírozottság, az intézmények likviditási gondjai akadályozzák az egészségügyi szakmai szempontok érvényesülését. Az adóssághozjáró nem lehet eszköz a rendszer működésében, a finanszírozás és a megfogalmazott korlátok, funkciók felülvizsgálata mellett szükséges további olyan források keresése, amelyek növelik az egészségügyi rendszer bevételeit.

A gazdaság jelenlegi helyzetében többletforrásra feltehetőleg nem nyílik lehetőség, a rendszer saját forrásai pedig kimerültek.

A jelenlegi egészségügyi rendszer a meglévő forrásokból nem finanszírozható, további fejlesztési források bevonása nélkül a progresszivitási szintek meghatározása, a feladatok elvárt szinten való megoldása, teljesítése jelentős akadályba ütközik

A struktúra átalakítás nem jelent automatikus forrástöbbletet, a rendszer optimalizálása, hatékony működtetése az egyetlen járható út.

Ez jelenheti a járóbeteg-ellátás integrálódását éppúgy, mint az eddig meglévő rendszerek működtetésének, funkciójának átgondolását.

Az egészségügyben foglalkoztatottak jövedelem-rendezése javíthat csak a humánerőforrás krízis kialakult helyzetén.

A szemléletbeni változtatás igénye mellett szükséges egy új Kórháztörvény 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 2014-2020 közötti uniós költségvetési időszakban szükséges a forrásteremtés ellentmondásainak feloldása, az infrastruktúra, a beruházási és amortizációpótló beruházások fejlesztése, a népegészségügy területén a dohányzás, a transzsírsavak felhasználásának szigorítása, a közétkeztetés, táplálkozási szokások megváltoztatása.

Az ágazat jövője szempontjából alapvető érdek a lakosság magatartási, életmódbeli szokásainak javítása, gyógyszerfelhasználásának csökkentése, mert csak ezekkel lehet az egészségügy hatékony, innovatív sikerágazat.

Irodalom

- Ádám E. (2011): Az egészségügyi ágazat normatív megközelítése. *Erdei Ferenc IV. Tudományos Konferencia Kecskemét III kötet.* 18-22.
- Gulácsi L. (2012): *Egészség-gazdaságtan és technológia elemzés.* Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Kornai J. (1992): Posztszocialista átmenet és az állam. *Közgazdasági Szemle.* Budapest 1992. június.
- Mihályi P. (2008): *Miért beteg a magyar gazdaság.* HVG Kiadó, Budapest.
- Orosz É. (2002): *Félúton vagy tévúton? Az Egészséges Magyarországért Egyesület,* Budapest.
- Stober, H-D., Bosert, M. (1993): *Management und Medizin: Konzepte effektiver. Führungstätigkeit* Blackwell-Wissenschafts-Verlag, Berlin.
- Szalai J. (2007): *Nincs két ország?* Osiris Kiadó, Budapest.
- Wehkamp, K-H. (2004): Brücke zwischen Qualität und Ökonomie. *Deutsches Ärzteblatt,* 36. füzet. 2374-2378.

Internetes források

<http://apps.who.int/gho/athena/data/download.xsl?> (Health expenditure ratios by countries) Letöltés 2013.május 17.

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdph100> Life expectancy – males; Life expectancy- females Letöltés 2013.május 22

http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-1217_en.htm
(Health spending in Europe in 2010 fell for the first time in decades, says a joint Commission/OECD Report.) letöltés: 2012.11.28.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
Health at a Glance: Europe (2012)

www.eski.hu/alaptabla/Ealapbe_p.xls
Az Egészségbiztosítási Alap bevételei Letöltés: 2013.06.05

<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012>
frequentlyrequesteddata.htm OECD Health Data 2012 Letöltés: 2013.06.05