

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM  
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR  
GAZDASÁGI FOLYAMATOK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
DOKTORI ISKOLA  
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁSTAN ALPROGRAM

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**FORRÁSALLOKÁCIÓ ÉS KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS  
AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN**

Készítette:

**Dr. CSENGEI GÁBOR**

Témavezető:

**Prof. Dr. GIDAI ERZSÉBET DSc.  
MTA Doktora**

SOPRON  
2005

## **A kutatás célkitűzése**

Az értekezés íróját erős személyes motiváció készítette a magyar egészségügyi szolgáltató rendszer mélyreható megismerésére és elemzésére.

Az emberi életek úgy válhatnak teljessé, ha mindazok a késztetések, melyek az ént belülről hajtják, egyfelől kanalizálódnak, másrészt individuális egyensúly teremődik ezen egyénenként különböző belső erők nagysága, iránya és szocializált megvalósulásuk között.

Minden liberális tendencia ellenére igazolható, különösen az egészségügy területén, az egyén társadalmi szintű felelőssége. Ezen a területen a humanizációs tendencia viszonylag nagyobb arányú érvényesülése az egyéni karrier szempontjaihoz viszonyítva nemcsak, hogy szerencsés, hanem egyenesen kívánatos is.

Ebből kiindulva a kutatás fő célkitűzése az erőforrás allokáció és a finanszírozás közötti kapcsolatok feltárása a költségelemzés bekapcsolásával, amely összefüggés az egészségügy működésének legkritikusabb területe.

Az értekezés szerzője évek óta elemzi és nyomon követi az egészségügyi finanszírozás és költséggazdálkodás alakulását, amelynek tapasztalatait empirikus kutatásaiba is beépítette. Ezek az eredmények hozzásegítették a szerzőt az értekezés fő célkitűzéseinek elméleti megalapozása mellett a gyakorlati igazoláshoz is. Az értekezés a vizsgált rendszer három sarokpontjára helyezi a hangsúlyt; az erőforrás, a költséghatékonyság és a finanszírozás vizsgálatára, melyek összekapcsolásával jut el célkitűzéseinek tudományos igényű kibontásához.

A kutatása eredményeként egy új finanszírozási rendszert és annak magyarországi alkalmazásának lehetőségeit mutatja be értekezésében.

## **Előzmények és az alkalmazott módszer**

Másfél évtizedes fekvő, majd járóbeteg-szakellátásban eltöltött praxis során a disszertáció szerzője naponta szembesült az egészségügyi ellátás fonákságaival és ezek különböző értelmezésével. Az egészségügyi tapasztalatok és szacikkek hatására csatlakozott a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karán meghirdetett másoddiplomás képzésben részt vevő hallgatói közé, ahol az elmúlt években orvos-közgazdász és egészségügyi menedzsment szakértői képzettséget szerzett.

S mivel ezek a kezdeti állomások egyre nagyobb érdeklődését váltották ki a téma iránt, jelentkezett a kar Doktori Iskolájának Közösségi Gazdálkodástan alprogramjába.

Mindezek hatására kristályosodott ki a doktori értekezésben vizsgált téma közgazdasági tartalma.

A dolgozatban újszerű módszerként kerül alkalmazásra a rendszerszemléletű megközelítés továbbfejlesztése és adaptálása az egészségügyi ágazatra (a 3 sarokpont összekapcsolása). A média információinak passzív befogadása átváltott a szakirodalom és a szervezett képzés tárgyainak tanulmányozásába, a kiemelkedő oktatók és köreiknek gyümölcsöző és élvezetes megismerésére.

A tanulmányban alkalmazott módszerek a hazai és a nemzetközi szakirodalom feldolgozásán túl adatok, adatsorok statisztikai elemzéséből, az adatgyűjtés után azok rendszerezéséből és szelektálásából, ábrák, táblázatok szerkesztéséből, kapcsolatvizsgálati módszerek alkalmazásából állt. A személyes kapcsolatok intuíciót elősegítő kialakítása, az észlelt jelenségek céltudatosabb megfigyelése, tapasztalatok gyűjtése lett.

Ez a disszertáció is megerősíti azt, hogy az egészségügy közgazdasági jellemzőiben a rendszerváltás során nem alakultak ki az egészségügyi szabályozás költséghatékonyságot támogató elemei. Az ellátórendszer nem biztosítja az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megengedhető dilemmájának optimális működését.

### **Az értekezés főbb megállapításai**

Az államháztartások deficitjének egyik fő tényezője a globalizáció megnyilvánulásaként értelmezett egészségügyi költségrobbanás, melynek főbb közvetlen okai a korfüggőségi hányados kedvezőtlen tendenciája, tehát a demográfiai olló nyílása, a tudomány és technika haladása, az orvosilag lehetséges-gazdaságilag megengedhető dilemmája, az ágazati infláció, pl. az innovatív gyógyszerek nagyságrendekkel magasabb árfekvése, a vélt és valódi igények növekedése, nem kis részben a média hatására, valamint a tényleges morbiditási-mortalitási mutatók alakulása.

A felsorolt tényezők mögött elsősorban a rendelkezésre álló szűkös erőforrások nem egyszer rossz felhasználásának költségnövelő hatásai és mindezekből fakadó finanszírozási ellentmondások állnak.

Más szóval ez azt jelenti, hogy nincs meg az erőforrás-allokáció, a költséggazdálkodás és a finanszírozási rendszer közötti összhang.

Az értekezésben ennek megvalósulásának útjait keresi a szerző és írja le. Az empirikus elemzések Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórháza működése kapcsán írt esettanulmánya alapján egyértelművé teszik az összhang hiányából fakadó diszfunkciók meglétét és ennek kedvezőtlen hatását az egészségügy működésére.

A kutatási eredmények és következtetések az alábbiakban foglalhatók össze:

1. A költségrobbanás feszítő ereje torzulásokhoz, aránytalanságokhoz vezethet, így pl. országunkban PET készülékből 2004-ben mindössze egy működött, Belgiumban pedig tíznél is több, viszont nálunk a teljes egészségügyre fordított összegből 30%-ban részesülnek a gyógyszerkiadások, szemben Svájccal, az USA-val, Hollandiával, Írországgal, Dániával, ahol csak 10%-ban.

Persze a szerző nem a gyógyszerek ellen érvel, hanem az egyensúlyra való törekvés fontosságát hangsúlyozza.

2. Globalizációs hatás a transzatlanti országok lakosságának előregedése, a csökkenő gyermekvállalási kedv, másfelől a munkahelyek megszűnésével sokan munkanélküli segélyhez folyamodnak, lerokkantosítják magukat; hazánkban a legrosszabb az aktivitási ráta az EU-ban: 56%, míg Dániában 76%.

Sokan dolgoznak a szürkegazdaságban is, viszont nem fizetnek járulékot, ez is a költségrobbanás egyik oka: kevesebb lesz az újra elosztható.

3. Az indokolatlan vizsgálatok, felesleges kezelések, jogtalan táppénzbevétel, rokkantosítás a források gazdaságtalan, irracionális allokálását jelenti. Ugyanehhez vezet, ha valakinek a betegsége nem kerül felismerésre és kezelésre, nem tud munkát végezni, a GDP termeléséhez hozzájárulni, járulékot fizetni.

4. A szerző az egészségügy nemzetközi és hazai gazdasági környezetének vázolója után sorra veszi az ágazat erőforrásait.

Az utóbbiak közt nemcsak pénzeszközöket kell értenünk, hanem a közgazdaság olyan jól definiált tényezőit, mint a természeti és humán erőforrások, a tudomány és a technológia fejlődéséből profitálható lehetőségek, valamint a reáltőke olyan tényezői, mint műemléki értékkel bíró épületekben található kórházak, hegyvidéki szanatóriumok, de egyéb infrastruktúrális elemek, mint a közúthálózat, mely egyik alapvetően meghatározó tényezője a prioritást élvező sürgősségi betegellátásnak, valamint az informatikai hálózatok kiépítettsége.

5. Az egészségügy forrásai egyben lehetőségek is az egészségesebb életmódra, de ezek ártalmas tényezők is lehetnek, további költségeket generálva, pl. levegő, vizek tisztasága, élelmiszerek biztonsága, összetétele, vagy életmódbeli tényezők egyoldalú kimerítése.
6. A források részletes elemzése sorában a szerző foglalkozik a humán erőforrások szerepével, megemlítve, hogy a korábbi rendszer a tercier szektor értékalkotó tevékenységét el nem ismerve azt háttérbe szorította.

Részletesen bemutatja a humán erőforrás képzését a jelen egészségügyi rendszerben, konkrét számításokat végez az orvos-képzés költségeinek feltérképezésére, számbavételére, ezáltal kísérletet tesz értékének számviteli meghatározására.

Hangsúlyozza, hogy fennáll a veszélye az egyre nagyobb mértékű orvoshiány gyors kialakulásának.

Kiemeli, hogy humán erőforrás minőségét meghatározó tényező az állampolgárok egészségi állapota, egészségkultúrája, hangsúlyozza az egészségnevelés fontosságát, nemcsak az ágazat, de az oktatás, közétkeztetés, szabadidő eltöltés, a média vonatkozásában is.

7. A tőkeerőforrások feltérképezése során megállapítható, hogy az egészségügyi intézményhálózat szétszórt telephelyeken működik, előregedett, kórházanként átlagban 20 fölötti épületből áll, nagyok a régiók különbségei a Dunántúl javára és a rekonstrukciós program keretében a felújítások helyett a döntéshozatal új kórházak építésében gondolkodik. A fiatalabb háziorvosok praxisaikát általában jobban felszerelik, a főváros ellátottsága ezen a szinten is jobb az országos átlagnál.
8. A nominális erőforrások tárgyalása során megállapítható a finanszírozás aránytalansága ellátási szintek és szakmák esetén a teljesítményarányos finanszírozás keretei között.  
Az Egészségbiztosítási Alap az utóbbi években rendre kb. 300 Mrd Ft-os hiánnyal zár, melyben természetesen szerepe van a kiadások alultervezésének is. A TB-i alapoknak tartalékjai nincsenek, az elmúlt évtizedben csak néhány azon napok száma, amikor nem kényszerült folyó kifizetéseihez hitelfelvételre az állami forgóalapból.  
A nagy volumenű járuléktartozás fejében átvett vagyon értékesítési bevétele elenyésző.
9. A tudomány erőforrásai multiplikátor-szerű hatással bírnak a gazdasági folyamatokra, az egészségiparra is. A szerző részletesebben foglalkozik a gyógyszerpiac szerepével, melynek részesedése a teljes egészségügyre fordított kiadás 25-30%-a, mely nemzetközi összehasonlításban unikum. A kedvezőtlen morbiditási-mortalitási mutatók semmiképpen nem indokolják teljesen lakosonként átlagosan évi 44,5 doboz gyógyszer fogyasztását

(2002), különösen a csökkenő közkiadások mellett. Ez a betegek egyéni háztartásának is jelzi torz költség-allokációját.

10. A szerző kitér a manapság divatos természetgyógyászat, holisztikus szemlélet értelmezésének problematikájára, egyfelől azt szélesebben értelmezve, másrészt hangsúlyozza a kuruzslás, tudományosan nem alátámasztott módszerek káros, erőforrás elterelő szerepét.

11. Az erőforrások és az egészséget meghatározó tényezők kapcsolatrendszerét elemezve kifejti a paradigmaváltás szükségességét az egészségügyben, miszerint az egészség megőrzése, értékének a közgondolkodásban történő magasabb szintre helyezése a betegségekbe meneküléssel szemben rendkívül időszerű.

Tapasztalata szerint a megőrzésre elsősorban a gyermekkorban adottabbak a lehetőségek, a fogékonyság, szokások kialakulása után felnőttkorban a szűréseké a fő szerep a prevenció vonatkozásában.

12. Az értekezésben a szerző sorra veszi az ellátás szintjeinek költséggazdálkodását. Előljáróban megállapítható, hogy 1993-ban hazánkban az addigi költségvetési szemléletű bázisfinanszírozást felváltotta a szolgáltatások után fizetett ún. és félreértelmezett teljesítmény-finanszírozás. Az intézményeket ez arra sarkallta, hogy egyfelől minél több, sokszor el sem végzett ellátásokat is jelentsenek, másrészt a magasabb finanszírozású tételekre koncentráljanak: 165 millió ambuláns eset, 2,7 millió kórházi befejezés történik évente. 2003-ban 30%-kal több bizonyult 2 percnél rövidebb idő alatt ellátott esetnek, máshol előfordult, hogy az OEP 98%-os visszavonást érvényesített jogosulatlan támogatás igénylés esetében. Mindez hallatlan informatikát köt le, mind az intézményi kontrolling, mind az ellenőrzések terén. Amíg egy autókereskedésben a teljesítmény fokmérője az eladott autók száma, addig az egészségügyben ezt a népegészségügyi mutatók: minőségi életévekben leélt magas átlagéletkor prezentálja, nem pedig a mind több betegség dokumentálása, az egészségipar virágoztatása.

13. A házi orvosok gazdálkodását általában sikertörténetként értékeli a napi egészségpolitika. Megállapítható a házi orvosok kapuőr-szerepének gyenge érvényesülése, így a definitív ellátásnak a család-orvosi praxisban megfigyelhető hiányosságai.

Ezzel ellentétben, a teljesítményarányos finanszírozás a szakellátást a mind több és magasabb finanszírozású esetek ellátására ösztönzi, ezért nem is áll érdekében a betegek visszaküldése az alapellátásba. A fennálló ellenérdekeltség sok költséget és informatikai bázist köt le, pótlólagos veszteségeket okozva.

14. Az értekezés az erőforrás-allokáció, költséggazdálkodás, finanszírozás közötti kapcsolatok feltárásával eljut a harmonizálás szükségességének kifejtéséhez, majd a meglévő diszfunkciók felszámolásának lehetőségeihez.

### **Az értekezés új, illetve újszerű eredményei**

1. A kutatások feltárták, hogy a szűkös erőforrásokhoz szervesen kapcsolódó teljesítményarányos finanszírozás alapvető érdekellentéteket szül az ágazat vezetése, a népegészségügyi prioritások, a standardok és protokollok alkalmazása, tehát a minőségbiztosítás kritériumai, a mielőbbi gyógyulni kívánó beteg és a kórházak gazdasági érdeke, az önkormányzatok elvárásai, a táppénzcsaló, magát leszázalékoltni kívánó ember, s az egészségipar beszállítói, mindenekelőtt a gyógyszer lobbij között. Mindez összességében csökkenti a hatékonyságot az egészségügyi szolgáltatások piacán. Makroszinten a probléma hátterében az ún. külön érdekeket védő csoportok hatására létrejövő pénzáramlások allokálásának lehetősége áll, mikroszinten pedig a szolgáltatók érintettjeinek egy adott csoportja sajátíthatja el pl. egy kórház pénzáramlásának egy részét. Utóbbi eszköze lehet a transzparencia csökkentése, speciális szerződések kötése, de elsősorban a finanszírozási és beruházáspolitikai, ezért törekednek a tulajdonosi és menedzsment feladatkörök akvizíciójára (részleges vagy funkcionális privatizációval etc.). Mindenesetre a szórt struktúra fokozhatja a kockázatok allokációját, így okozva kórházcsődöket. Az intézmények feladata lenne ezen ellentétes érdekek kezelése: keményebb közzétételi szabályok, átláthatóbb működés, permanens monitoring, standardok és protokollok alkalmazása.

2. Az empirikus vizsgálatok igazolták, hogy a zárt kasszáknál az egyes szolgáltatók jogtalan többletteljesítmény jelentésekkel máskórházaktól vonnak el forrásokat. Ha nem lennének ennyire szűkösek a források, nem lenne a teljesítménykényszer sem, akkor bővebben jutna az indokolt esetekre.

A források szűkössége konstellációban áll a teljesítményarányos finanszírozással, ezért a progresszív betegellátás hierarchiája csorbát szenved: lazulhat a minimumfeltételek biztosítása, értve alatta infrastruktúrát és humánerőforrást, a definitív ellátás, a jól szervezett betegirányítás nemes elveit.

Példákkal illusztrálva ez azt jelenti, hogy az egyszerűbb eseteket is továbbküldheti a háziorvos a járóbeteg-szakellátásba az érdekeltség hiányában, miután a finanszírozás

vonatkozásában a beteg bejelentkezésében motivált, hiszen legkézenfekvőbb egy beutalót kitölteni, mint a felelősséget is vállalva definitíve meggyógyítani. Így a szakrendelések túlterheltekké válnak, megnő a várakozási idő. Csökkenni fog az egy betegre jutó erőforrás, betegvizsgálati idő. A tehetősebb betegek a soronkívüliséget a szakorvosok magánrendeléseiben biztosítják maguknak, sokszor felhasználva a finanszírozás eszközeit.

Ugyanakkor a szakambulanciák egy komplikáltabb esetet is hajlamosak lesznek saját kórházukban visszatartani, holott esetleg meg sincsenek ezek feltételei: a legkorszerűbb diagnosztika és terápia, a kellő tudással és rutinnal.

A piramis csúcsán álló intézmények kénytelenek aránytalanul és az indokoltnál nagyobb mértékben egyszerűbb eseteket is ellátni, illetve értékes erőforrásaikat gazdaságtalanul kihasználatlanul hagyni.

Ez a helytelen beteg-menedzsment rengeteg holt-teher veszteséget, járulékos költséget generál túl illetve félrekezelésekkel. Bizonyítják ezt a betegforgalmi statisztikák, a műhibaperek emelkedő száma.

3. A több ponton szűkös erőforrásokkal bíró kórházi rendszerek megpróbálják lehetőségeiket koncentrálni, így képződnek a mátrix-kórháznak nevezett intézmények. A szerző véleménye szerint a mátrix-elvet, mint költséggazdálkodási tényezőt kellene értelmezni, tehát a felesleges kapacitások kihasználtságának javítására, de nem fél, negyed, esetenként 1-2 fővel működő osztályokat összevonni, hiszen ez regressziót jelent egy alacsonyabb, általános szintre.

Egy sürgősségi osztályon, ahol mindenki ura a szakmának, egymást bármikor helyettesíthetik, a szükségletnek megfelelően.

A kisvárosi kórházak mátrix rendszerré szerveződését fennmaradásuk igénye, valamint a gazdasági kényszer hozza létre, ismét csak a félreértelmezett teljesítmény centrikus finanszírozás által motiváltan.

4. A jelenlegi gazdasági status quo-ban az egészségügyi költségrobbanás az egyensúly kibillenése révén cascade folyamatokat indít be: egyre többen akarják magukat kivonni a járulékfizetés alól, helyette biztosítani szeretnék maguknak az élethosszig tartó jogtalan transzferkifizetéseket, ami persze nem akadályoz meg senkit, hogy mellette dolgozzon a szürkegazdaságban. Gyakran előfordul, hogy kifejezetten e célból, majd a kifizetések meghosszabbításáért veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.



5. A szerző adatok tükrében tárja fel azt a tényt, hogy a multi- és transznacionális beszállítók józan önérdékükből hajtva minden marketing tudásukat bevetve termékeik egyre nagyobb fogyasztására ösztönöznek, e célból még betegszervezetek mögé is állnak, holott a legfejlettebb minőségbiztosítási rendszer, a KES már nem is veszi figyelembe a betegek elégedettségét. A média minden eszközével promonálják termékeiket, azt a hamis látszatot keltve, hogy az elfogyasztott gyógyszerek mennyisége egyenes arányban áll az egészség magasabb szintre emelésével.

Ez a folyamat romló költségvetési balance-hoz vezet, s kialakul egy öngerjesztő kör, ami a nemzet rapid pusztulását jelentheti.

Az indokolatlan és jogtalan kezelések, beavatkozások túl azon, hogy a számviteli-könyvelési fegyelmet sértik, köz-és magánokirat hamisítást, s mindenekelőtt a betegjogok megsértését jelentik, így büntetőjogi kategóriát képeznek.

6. Az 1993 előtti bázisfinanszírozás gyakorlata éppen úgy mellőzte a jó költséggazdálkodás közgazdasági szemléletét, mint a jelenlegi: a költségvetési keret adott évre meghatározott volta miatt adott intézmény menedzsmentje döntött sorsáról, quasi „vállalkozásban”.

A „teljesítményarányosnak” nevezett finanszírozás esetében a minél magasabb finanszírozású esetek egyre nagyobb számának jelentésére törekedtek az intézmények, s miután ezt a keretet „belőtték” pl. tervezés révén maguknak, utána már „érdemes” volt takarékoskodni a költségekkel.

7. Az utóbbi évek kényszerű volumenkorlátja szerint a kórházak maximálisan az előző évi teljesítménynek megfelelő finanszírozást kaphatják, utána degresszió lép életbe, a „többleteljesítményt” kevesebbel ellentételezik, holott az már az állandó költségeket is növelheti a növekvő skáláhozadék törvénye szerint, viszont ha nem hozza az előző teljesítményt, akkor nem kapja meg a lehetséges finanszírozást. Tehát se több, se kevesebb beteg nem lehet, mint a bázisévben volt, ez önmagában is nonszensz helyzet.

8. Új eredménynek tekinthető a szerző által leírt új finanszírozási rendszer.

Ennek lényege, hogy előzetes teljes körű közbeszerzéses pályáztatás után az OEP végezné a kórházak és rendelőintézetek számára a beszerzéseket, beruházásokat, ezek ellentételezését, az ÁNTSZ, az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányítása mellett, az önkormányzatokkal összhangban.

A konkrét megrendeléseket továbbra is a szolgáltatók adnák le, felhasználva a beszállítók meglévő logisztikai hálózatát, illetve igény esetén újakat alakítanak ki.

A teljesítmény-arányos finanszírozás olyan kategóriái, mint a német pont a járóbeteg ellátásban, illetve a HBCS a továbbiakban nem finanszírozási-allokációs elemek lennének, hanem az OEP országos szintű költséggazdálkodásának intézményei, a helyi kontrolling osztályok által működtetve. A humánerőforrás finanszírozása a jövőben is szolgáltatás lenne, az eddigi közalkalmazotti fizetési táblát kiegészítve az egészségpolitika igényének megfelelően szakmai szorzókkal, így kialakítva a közalkalmazotti életpálya modell lehetőségét. Tehát a finanszírozási eszközök két csoportra válnának szét: a munkaerő, mint szolgáltatás díjazására és a tárgyi eszközök fedezetére. A globalizáció olyan előnyei, ami az alacsony beszerzési árakból, a kompatibilitásból, az informatika és korszerű logisztika lehetőségeiből adódnak, hozzásegíthetnek az orvosi-egészségügyi munka magasabb szintű megbecsüléséhez és elismeréséhez, ezzel a megoldással szolgálva az Európai Unió olyan elveit, mint a szubszidiaritás az egészségügyben, valamint a transzparencia direktíva.

### **Az eredmények gyakorlati alkalmazhatósága**

A globalizáció folyamata költségrobbanást generál az egészségügyben is, és mivel a források a világon sehol sem korlátlanok, ezért az „orvosilag lehetséges” gyakorlatának összhangban kell állnia a gazdaságilag megengedhetővel, vagyis az egyensúly megteremtésére kell törekedni. Éppen a negatív társadalmi- és egyéni hatások, erők miatt kell az esélyegyenlőséget, mint lehetőséget, jogot értelmeznünk, prioritását állásfoglalásunkkal kinyilvánítani.

Az előbbieket akceptálásával a források szűkössége mellett a regionális, individuális különbségek léte vagy éppen kialakulásuk megelőzésének igénye (igenlése) támasztja alá az állami egészségügyi tervezés, stratégia-kialakítás, operatív gyakorlat létjogosultságát, sőt vitathatatlan funkcióját.

Az egészségügyi ellátórendszer egy sztochasztikus rendszer, ami azt jelenti, hogy kis változtatások robajló folyamatokat, ellenregulációkat indíthatnak be, mint egy lassan tovakúszó gleccser fölött a lavina.

Így pl. az irányított betegellátás szándéka nevében is kifejezi az értelem uralmát a káosz felett, céljaival csak egyetérteni lehet, tehát ezt az évi 165+2,5 millió esetet terelgetni, a betegutakat szervezni kell. A betegek legjobb ismerője azonban maga a házi orvos, hisz ez munkájának

lényege: páciense egészségét megőrizni, betegség esetén optimálisan megszervezni gyógyulási folyamatát a progresszív betegellátás szintjei között, nem célszerű az irányítás feladatát külső menedzserre delegálni.

A megoldást az alábbi sarokpontokban látja: 1. Paradigmaváltás, mely az egészséget helyezi a betegség, az indokolatlan táppénz, jogosulatlan percentuálás elé. A dolgozó ember GDP-t termel, járulékot fizet. 2. Az éves költségvetési keret és a befogadott szolgáltatások meghatározása után etikátlan, erkölcstelen csak a teljesítmény- pontokért kezelni. 3. A költségek térítése a szolgáltató-helyek tételes, majd országosan aggregált anyag- és eszközgazdálkodásán át történne, tehát az OEP az egyes költséghelyek költségeit közvetlenül a beszállítók felé finanszírozná, nem pedig az ott előállított szolgáltatást. A szolgáltatók megrendeléseiket az OEP logisztikai központjához adnák le, ott koordinálnák a beszállítóktól a megrendelések teljesítését. 4. A periodikus közbeszerzések biztosítanák a legkedvezőbb árakat és egységes eszközöket, beruházáspolitikát. 5. A humán erőforrás-gazdálkodást, így az orvosok díjazását továbbra is szolgáltatásként szükséges beállítani, a meglévő közalkalmazotti skálát kiegészítve az egyes szakok közti szorzókkal, kiszámítható közalkalmazotti életpálya kialakításának lehetőségével. Ekként hozható összhangba a sokat támadott globalizáció számtalan előnye a költségvetési egyensúly helyreállításával. A felszabaduló forrásokat magába az egészségügybe kellene investálni.

Az egészségügy finanszírozásának reformjára égető szükség van, de mivel egy sztochasztikusrendszer, ezért nagyon nagy gondossággal kell megtervezni a beavatkozások helyét, irányát és mértékét. Fentiek biztosíthatják leginkább, hogy ne sérüljenek a betegek érdekei, ne sérüljenek az egészségügyi szakdolgozók érdekei; ne sérüljenek a szakma érdekei; a jelenlegi struktúrán, status quo-n a legkisebb változtatással a legkedvezőbb nyereséget érjük el és ne okozzon költségvetési hiányt, felesleges jelentős többletköltséget.

Az ÁNTSZ feladata az infrastruktúra, a kórházak, rendelőintézetek, praxisok berendezéseinek, tehát eszközeinek, műszereinek felügyelete, a humán erőforrás biztosítása, tehát a minimumfeltételek ellenőrzése lenne továbbra is. A Magyar Orvosi Kamara tarthatná a kezében az ellátások etikai oldalát, a műhiba pereket. A Pénzügyminisztérium jelölné ki továbbra is az államháztartási rendszer részeként azt a keretet, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felhasználhat.

Ezen öt intézmény, tehát a PM, az ÁNTSZ, az OEP, a MOK, végül az EM egészségpolitikusai végezhetnék a fenti keret allokálását, mely kör ebben a szerepben akár a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal képviselőivel is konzultálhatna. Tehát első lépésként a PM jelölné ki a keretet, ezt követően a koordináló szerepet az EM venné át a szolgáltatások és forrásaik allokációja céljából. Az ÁNTSZ és az OEP következetesen végezné ellenőrző és finanszírozó tevékenységét, folyamatos, dinamikus visszacsatolásokkal. A visszajelzések nyomán természetesen kellő indok mentén az Egészségbiztosítás költségvetésére is hatással lehetne a következő év tervezésénél.

Egy feje tetejére állított rendszert, az egészségügyi szolgáltatásokat nagy néptömegeknek nyújtó Társadalombiztosítást kísérelt meg a szerző a talpára állítani, amennyiben a költségek finanszírozásában a közgazdasági elveket érvényesíti: ha valami 3 forintba kerül, akkor nem lehet 2 Forintból megteremteni. A kiváló HBCS rendszernek finanszírozási cél helyett a költséghatékonyság szolgálatában lenne a funkciója, azaz, ha valamit elő lehet állítani 3 Forintból, akkor azt felelőtlenség 4 Forintból megtenni. Ez utóbbi nemes feladatot a gyakorlatban a Kontrolling végezhetné, nem finanszírozási célként, teljesítmény pörgető motorként, hanem költséggazdálkodási tényezőként, az intézmények Gauss-görbéje kilengéseinek ellenőrzésével.

A kérdés nagy horderejű, hiszen 1500 milliárd Forint optimális felhasználásáról van szó, s nem kevesebbről, mint 10 millió ember munkaképességéről, egészségéről, egy nemzet sorsáról.

A felvetett megoldás konform olyan korszerű elvekkel, mint a szubszidiaritás és a transzparencia, a globalizáció olyan elemeit használja fel, mint az informatika, a logisztika, a szociális piacgazdaság olyan közgazdasági alapkategóriáit, mint a verseny, hatékony erőforrás allokáció és hatékony redisztribúció.

## **Publikációk az értekezés témakörében**

### **Szakkikkek és tanulmányok:**

Csengei Gábor: Költséggazdálkodás és forrásallokáció az egészségügyben. Gazdaság és Társadalom. 2003/1.

Csengei Gábor: Költséggazdálkodás és allokáció az egészségügyben. 1. rész. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003. július

Csengei Gábor: A humán erőforrás értéke a magyar egészségügy kaotikus rendszerében - Társadalombiztosításról Mindenkinek 1-2. rész. 2004.12.- 2005.1.

Csengei Gábor: A mátrix-kórház - Orvosok lapja 2005. II.

Csengei Gábor: Humán erőforrás-gazdálkodás a magyar egészségügyben. XXVII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia, Doktorandusz Szekció, 2005. Sopron

Csengei Gábor: A magyar egészségügyi rendszer integrációja a globalizálódó világba: paradigmaváltás és stratégia. Doktoranduszok Országos Szövetsége. Tavasz Szél Konferencia kiadvány 2005

Csengei Gábor: Forrásallokáció és költséggazdálkodás az egészségügyben 2.rész. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2005.2.

### **Folyamatos Társasági tagságok**

Magyar Reumatológusok Egyesülete

Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság

Magyar Akupunktúrás Orvosok Társasága

Magyar Táplálkozástudományi Társaság

Magyar Orvos-társaságok és Egyesületek Szövetsége

Medicina 2000 Poliklinikai és Szakorvosi Szövetség

Magyar Orvosi Kamara

## **Konferenciákon való részvétel**

Fenti társaságok és egyesületek éves kongresszusain, egyéb rendezvényein rendszeresen, továbbá:

XIV. Győri Egészségnevelési Tudományos Nap, Győr, 2004

I. Nemzetközi Egészségügyi Gazdasági Konferencia, Sopron, 2004

### **Előadóként:**

XXVII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia, Sopron 2005. Április:  
Közgazdaságtudományi Doktorandusz Szekción előadás:

Csengei Gábor: Humán erőforrás gazdálkodás a magyar egészségügyben

Tavaszi Szél Konferencia, Debrecen 2005. Május:

Csengei Gábor: A magyar egészségügyi rendszer integrációja a globalizálódó világba:  
paradigmaváltás és stratégia

XV. Győri Egészségnevelési Tudományos Nap – X. Alpok-Adria Konferencia, Győr, 2005. :

Csengei Gábor: Forrásallokáció és költséggazdálkodás az egészségügyben (poszter)

SOTE Diákköri Konferencia 1983 Bp. MAO bénítók és az l-deprenil

SOTE Diákköri Konferencia 1985 Bp. Alkoholizmus és öngyilkossági helyzet a világ különböző országaiban

## **Egyéb szakmai tevékenységek**

### **Munkahelyi és egyetemi előadások:**

Állami Szanatórium Sopron: A Kálium szerepe a veseműködésben, 1990

Nyugat-Magyarországi Egyetem KTK Orvos-közgazdász szak, 2002: workshop Intézményi költséggazdálkodás témakörben, 2003: referátum Anyagbeszerzés, anyaggazdálkodás, közbeszerzés címmel a Kórházgazdálkodás tárgy hallgatása során

Nyugat-Magyarországi Egyetem KTK Államháztartási pénzügyek tárgy oktatása során 1-1 alkalommal 2004-ben és 2003-ban A társadalombiztosítás költségvetései a 2000-es évek első felében, illetve Az egészségügyi privatizáció címeikkel előadóként.

Jelen értekezés szigorlata: Privatizáció az egészségügyben 2004

### **Egyéb publikációk**

Csengei Gábor és Kiss-Antal Mária: A piroxicam (Hotemin) hatásosságának vizsgálata mozgásszervi betegségekben. Gyógyszereink Supplementuma: Klinikai farmakológiai közlemények, 1994. 2. Országos Gyógyszerészeti Intézet

Csengei Gábor: Beszámoló a zürichi egyetem Reumatológiai Klinikáján tett tanulmányutamról, 1990. Magyar Reumatológia. Bp.

Az 1990-es évek első felében szerkesztőbizottsági tag és hivatalos terjesztője a Diagnózis c. megyei egészségpolitikai havi lapnak. Cikkek készültek az alábbi témakörökben:

- Riportok Győr-Moson-Sopron megye szociális otthonairól (Sopron: Balfi úti szociális otthon, nagylózi szociális otthon)
- Beszélgetés Vajda Ákossal, a Balfi Gyógyfürdőkórház Főorvosával
- Riport Hamadeh Fuad hazánkban végzett és dolgozó szíriai orvossal
- Tudósítás a Magyar Artherosclerosis Társaság soproni kongresszusáról
- Beszámoló a zürichi Reumatológiai Klinikán 1989-ben tett tanulmányutamról

### **Egyetemi képesítések:**

1985 Általános orvos

1985 Reumatológia és fizioterápia szakorvos

2004. Orvos-közgazdász, Egészségügyi menedzsment szakértő

### **Külföldi tanulmányút:**

1989. Universitatsspital Zürich

Rheumaklinik und Institut für physikalische Therapie

### **Tanfolyamok, egyéb akkreditált képzések:**

1991. Állami Kórház Balatonfüred: Belgyógyászati szakvizsga előkészítő EKG tanfolyam

1995. HIETE: Korszerű szakmai és vezetési ismeretek reumatológiából és fizioterápiából

1997. Anyagcsere csontbetegségek patofiziológiája, diagnosztikája, kezelése – 1997. SOTE I. Belgyógyászati Klinika

1997-98. Új trendek az orvoslásban – Komplementer Medicina (Akupunktúra, Biorezonancia diagnosztikai és terápiás módszerek, Homeopathia, Fizioterápia, soft laser terápia, bioenergetikai medicina) 180+200 órás egyetemi továbbképző tanfolyam HIETE – Yamamoto Intézet

1998. HIETE: Csont-izületi képalkotó diagnosztika

1999. Medicinális Laser Centrum: Lasergyógyászat

2000. SE I. Belgyógyászati Klinika: Anyagcsere csontbetegségek – 2000

2001. A reumatológia újabb eredményei. ORFI Bp.

2001. Újdonságok a reumatológiai terápiában ORFI Bp.

2003. Haladás a reumatológia területén ORFI. Bp.

2004. A táplálkozás jelentősége egyes népbetegségek megelőzésében. Magyar Táplálkozástudományi Társaság. Bp.

2004. A CT és MR használata és buktatói a reumatológiában. SE. Bp.

2004. A köszvény. SE. Bp.

2005. Medipharma 2005 Kongresszus Bp.

2005. Haladás a reumatológia és osteológia területén 2002-2004 ORFI. Bp.

**Nyelvvizsgák:** középfokú állami nyelvvizsga: orosz, angol

Alapfok: német