

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM  
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR

GAZDASÁGI FOLYAMATOK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
DOKTORI ISKOLA  
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁSTAN ALPROGRAM

**AZ EGÉSZSÉGÜGY JELENLEGI HELYZETE, KÜLÖNÖS  
TEKINTETTEL A REGIONÁLIS SAJÁTOSSÁGOKRA**

Készítette:  
**Dr. SIMON FIALA ZSOLT**

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

*SOPRON*  
*2005*

**AZ EGÉSZSÉGÜGY JELENLEGI HELYZETE, KÜLÖNÖS  
TEKINTETTEL A REGIONÁLIS SAJÁTOSSÁGOKRA**

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Készítette:  
**Dr. SIMON FIALA ZSOLT**

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

## I. A kutatás célja és felépítése

Az egészségügy megítélése, ha figyelembe vesszük a történelmi és elméleti hátteret és tudományos szempontból elfogadható módszerrel végzett alapos elemzést végzünk, a kapott eredmény több vonatkozásban eltér a „felületen mozgó” Média vélemény alkotástól. Mindezt azért tartom fontosnak leszögezni a bevezetőben, mert az utóbbi időben a nyomtatott, és az elektronikus sajtóban elég gyakran szerepel az egészségügy valamilyen problémája. Leggyakrabban a kórházak fogyatékoságaikról olvashatunk, vagy hallhatunk, de a bajok felsorolásában a rendelőintézeti és a háziorvosi területen megjelenő gondok is elég sűrűn előfordulnak.

Legáltalánosabb a pénzhiány, az alacsony bérhelyzet és ezzel összefüggő munkaerő problémák, a gyógyszer ellátási gondok, nem is beszélve a technika elavultságáról.

Ami pedig igazán ritkaságnak számít az egészségügyben esetenként ma már a sztrájkok gondolata is egyre gyakrabban előkerül.

A szakmának ilyen megjelenési formáiról korábban nem igen találkoztunk. A fentiekben felsorolt jelenségek csak az utóbbi években kerültek feltűnően előtérbe és erősödtek fel.

Disszertációmban megkísérelek válasz keresni arra, mi a magyarázata az elmúlt években az egészségügyben összesűrűsödött gondoknak.

Célkitűzéseim között kiemelten fontosnak tartom annak bizonyítását, hogy Magyarországon igazán senki előtt nem ismert az egészségügy valós helyzete.

Mindenki általában a pénzhiányról beszél, de hogy mennyi kellene ahhoz, hogy „elég” legyen, nagyságrendi eltérések látnak napvilágot. A valós ok: nincsenek definiálva az egészségügy kompetencia pontos határai.

Részben erre vezethető vissza az is, hogy hosszú távot felölelő stratégiával sem rendelkezik az ágazat. Például nem is készültek olyan számítások, amely bemutatná

annak a betegtömegnek a gyógyítási költségeit, akikre az ágazatnak semmi befolyása nincs. (Helytelen életmódból adódó meg betegedések, környezeti ártalmak, genetikai hibák.)

Ahol az egészségügynek nincs befolyása betegség kialakulásainak megelőzésében, viszont olyan jövedelemszerző érdekek érvényesülnek (szeszipar, dohányipar, vendéglátás, környezeti ártalmat megakadályozó beruházások stb.), amelyek az állami költségvetésnek bevételi forrásai.

Az egészségügyi helyzet összefüggő rendszerbe való minősítését és értelmezését, ezért kutatási céljaim között alapvető fontosságúnak tartom, mert az ágazat helyzetét, meghatározását a különböző hatások (vektorok) következményei (a vektorok eredője) csak így számítható ki.

Céljaim között szerepel az is, hogy az egészségügyi intézményekkel megismertessem a tájékozódásnak azt a lehetőségét, hogy a saját adatainak különböző elemzéseinél, mennyivel szélesebb látókört ad számukra az, ha a hozzájuk hasonló kategóriába tartozó intézmények adataival is összemérik saját teljesítményeiket. A kutatás során ennek a módszerét kidolgoztam, és aki használni akarja az általam ajánlott módszert, szívesen nyújtok számára segítséget.

Gondolatmenetem fő vonalát a következő témakörök bemutatásával kívánom prezentálni:

1. Mi jellemezte a második világháborút megelőző időszak magyar egészségügy viszonyait
2. Mi történt 1945 után az állam szocialista korszak kialakulása idején,
3. Mit hozott a rendszerváltás a piacgazdasági viszonyokra való áttéréssel
4. Mi jellemzi a mai magyar egészségügyet.
5. Regionális sajátosságok és a gyógy turisztika
6. Új irányzatok az egészségügyben (Irányított beteg ellátás, házi ápolás)

7. Összefoglalás és javaslatok.
8. Felhasznált szakirodalom
9. Melléletek

## **II. Alkalmazott módszer**

A kutatás során megismert összefüggések egyre világosabbá tették előttem, hogy az egészségügyben jelentkező problémák sokkal bonyolultabbak annál, mint amit a nem szakmabeli érdeklődők az ágazatról láthatnak, és több vonatkozásban eltérnek attól, amit a felszínen mozgó média közöl.

Alkalmazott módszeremben meghatározónak számított az a momentum, amikor az alapanyag zömének összegyűjtéséből azt láttam, hogy az egészségügy által kezelt megbetegedések közül, mindössze kb. 12%-ot képvisel az az arány, amelyre az ágazatnak meghatározó befolyása van. A kívülről érkező nyolcszor több beteganyagra gyakorlatilag nincs, vagy alig van befolyása az egészségügynek. Ez a tény mutatott rá arra, hogy az alapvető problémák megoldását is valószínű, az ágazaton kívüli körülményekben kell keresni. Ilyen megfontolásból kezdtem el a problémák elméleti, történelmi és társadalompolitikai összefüggések kutatását vizsgálni.

Ez a fordulat munkámban átmeneti megtorpanást is okozott, mivel az általam áttanulmányozott szakirodalom ilyen irányú közelítésekkel, kevésbé foglalkoztak. A témámban hasznosítható szakanyagok zöme, az ágazat működési mechanizmusával foglalkozott, annak külföldi és hazai megjelenési módját minősítette. Javasolataikban pedig általában ellenőrzési, gazdaságossági követelményeket fejtegettek (HBCS, német pont, kártyarendszerre vonatkozó módosítások, kontroling, minőségbiztosítás, mátrix rendszer bevezetése stb.).

A szakirodalomnak egy másik csoportja azokra a közgazdasági sajátosságokra mutatott rá, amelyek az alapvető tényezők megítélésében (piac, kereslet, kínálat, teljesítmény, hatékonyság stb.) az egészségügyben más megítélést igényel, mint a naturáliákat előállító, vagy a szolgáltatás egyéb ágaiban tapasztalható.

A hosszabb történelmi kitekintés és a rendszerváltás előtti és utáni korszak működésének részletes összevetéséből döbbsentem rá arra, hogy a két korszak között a legnagyobb eltérés abból adódik, hogy a marxi gazdaságfilozófia azt az ágazatot, amely nem naturáliát állít elő, (tercier ágazat) működését nem tekintette értékteremtő tevékenységnek

A piaci mechanizmusra épülő gazdaságfilozófia viszont a terciar ágazatot (amelybe az egészségügyön kívül az egész humánszféra beletartozik) tartja a GDP legnagyobb húzóerejének, mivel „a szürkeállomány” értékteremtő funkciója itt korlátlanul bővíthető és kimeríthetetlen (D. Corten) miközben a naturáliákat termelő ágazatok forrása ugyanakkor rohamosan szűkül és az erre épült fejlődés egyre több akadályba ütközik. (Az elmélet bizonyításának részletei és matematikai modellje 9 nyugat-európai ország, 25 éves fejlődési tendenciájának bemutatására alapozott.)

Az állam-szocialista rendszer téves elméletének következménye, hogy a naturáliát nem termelő területeken nem épült ki olyan intézményi, szervezeti rendszer, amely a tevékenységet mérni, minősíteni tudta volna és az eredményesebb munkára ösztönözte volna a dolgozókat.

A kutatás során az előbbieken bemutatott gazdaságfilozófiai háttér megváltozásából adódó események minősítése határozta meg alkalmazott módszeremet. Ennek fő jellemzői olyan elméleti összefüggések bemutatása és az eseményeket motiváló tényezők széles összefüggő rendszerbe való összefogása, az egymásra ható tényezők feltárása, továbbá olyan mérték illetve érték mérő rendszer körvonalainak bemutatása, amelynek alkalmazásával a jelenleginél lényegesen jobban lehet minősíteni az egészségügyi folyamatokat.

Megállapításaimat igyekeztem a hivatalos hazai és nemzetközi statisztikákkal alátámasztani és bizonyítani azt a lényeges szempontot, hogy ha az eseményeket nem a ráható tényezők összefüggő rendszerében szemléljük, könnyen hibás

megállapításra juthatunk, aminek rossz döntések és téves tájékoztatás lehet az eredménye.

Alkalmazott módszeremmel igyekeztem bizonyítani, hogy a hosszútávot átfogó stratégiai kitekintés az összefüggő folyamatok feltárása és kölcsönhatásának kiszámítása nélkül nem készíthető el, és a négy éves politikai ciklusban gondolkodó politika ezt a feladatot eddig még egyik oldalon sem végezte el. Ha a rendszerből kiragadunk bármilyen valósnak tűnő eseményt, elszakítva a környezeti hatásoktól, könnyen hibás következtetést, illetve döntést hozhatunk és egyben félrevezethetjük a közvéleményt.

### III. A tárgykörben kidolgozott új eljárások

Kutatásom során feltárt mondanivalóim között egyik nagyon fontos momentumnak azt tartom, hogy az ágazat helyzetét nem lehet valósnak látszó kiragadott jelenségek alapján minősíteni, mert ha nem az egész rendszert együtt vizsgáljuk makrogazdaságilag elfogadható valós véleményt más módon nem kaphatunk. Példa erre az sok igazságtalan elmarasztalás, amelyek az utóbbi időben érték az egészségügyi dolgozók munkáját és magát az ágazatot. Ennek az igénynek kielégítéséhez különböző matematikai eljárásokat ismertetek, amelyek a nemzetgazdaság más területei is alkalmazható szélesebb összefüggő rendszerek minősítése esetén. Az egészségügy „rendbetétele” ugyanis nem orvosi, hanem Kormány szintű feladat, amelyet az ágazat miniszterének hatáskörét is meghaladja, de ennek a nagy politikai felelőséget eddig egyik kormány sem vállalta.

Az elmúlt évtizedek során arra sem vállalkozott egyik hatalmi irányzat sem, hogy az egészségügyet a nemzetgazdasági ágak sorrendjébe besorolja és megítélésének ódiomát vállalja, mert a funkció ideológiailag sem volt tisztázva. Ma már nem lehet ezeket a kérdéseket tovább görgetni, és propaganda szólamokkal félresöpörni, mert a sok elodázások következtében a magyar egészségügyi helyzet –nemzetközi mércével mérve-annyira megromlott, hogy a többi humán ágazattal együtt (oktatás kutatás környezetvédelem személyi szolgáltatás stb.)maga alá temeti azt a kormányt, amelyik nem rendezi rossz körülményeit.

Az általam ajánlott eljárások alkalmazásához olyan a gyakorlatban kipróbált mérési és minősítési eljárásokat javaslok (azonos kategóriába tartozó egészségügyi intézmények összehasonlítása, matematikai módszerek alkalmazása orvosok és más egészségügyi személyzet tevékenységének megítélése stb.), amelyek a gyakorlatban kiállták a próbát.

A baj általában azzal van, hogy az ajánlott módszerek alkalmazása sok hatalmi, vagy anyagi érdeket sérthet ezért nem biztos, hogy az érintettek minden vonatkozásban támogatják. Fejlődésünknek az is egyik fokmérője, hogy kényesnek számító témák közül, mit és mennyire merjük a közvélemény megítélésének alávetni



## **IV. Az anyag vázlatos összefoglalása**

A világ legtöbb országában az egészségügy általában a problematikus nemzetgazdasági ágazatok közé tartozik. Különösen igaz ez a volt szocialista országokra, A probléma gyökerei arra vezethetők vissza, hogy a rendszerváltás előtti materialista gazdaságfilozófia a naturáliában nem mérhető tevékenységet nem ismerte el értékalkotónak, így az ilyen ágazatok a prioritásokban érdemtelenül háttérbe szorultak; közöttük értelemszerűen az egészségügy is.

Többek között ezzel magyarázható, hogy az előbbi területeken nem alakult ki semmi olyan mértékrendszer, amellyel a tevékenységük mérhető és minősíthető lett volna. Természetesen a szervezeti rendszerük is az előbbi céloknak megfelelően épült fel

Csaknem egy fél évszázadon át ilyen szemléletben működött az egészségügy, amelyet nem is kíséreltek meg a rendszerváltozás időpontjában a piacgazdaság követelményeihez igazítani, mert a kivitelezéshez a feltételek nem voltak adottak .(szemléleti, intézményi szervezeti, érdekeltségi stb.) Igazában máig sem teremtődtek meg azok a körülmények, amelyek szükségesek volnának ahhoz, hogy az ágazat problémáit átfogóan rendezni lehetne. A négyéves politikai ciklusban gondolkodó szemlélet ehhez nem alkalmas, és eddig nem teremtődtek meg a feltételei annak, hogy ilyen alapvető kérdésben a szükséges politikai akarat létrejöjjön.

Az a feltételezés is tévesnek bizonyult, hogy ha az egészségügyi rendszer működéséhez lemásoljuk a legfejlettebb országok gyakorlatát, akkor minden gondunk megoldód. A tévedés elsősorban abból adódott, hogy ahonnan átvettük az alapötletet ott is folyamatos korrekcióra szorul a rendszer.

A nagyobb gondot pedig az jelenti, hogy egy fejlett piacgazdaság mechanizmusát, amely mögött több évtizedes gyakorlat húzódik meg, nem lehet egy nálánál jóval fejletlenebb viszonyok közé egy az egyben probléma mentesen átültetni. Ez akkor is igaz, ha ezt a kudarcot egyik rendszer sem hajlandó elismerni.

Náluk a gazdaság fejlettsége, az üzleti viszonyokat működtető költség elszámolás és nyilvántartás, valamint az adózás, rendszere a pénzügyi fegyelem és még sok minden egyéb sokkal fejletlenebb, mint ott, ahol a piacgazdaság feltételei évtizedekkel korábban megteremtődtek és szinte szükségszerű a működésbeli zavarok megjelenése. A zavar elhárítás eddig legfeljebb a felületi kezelés szintjén működött. (Lásd a különböző korrekciókat)

A mi viszonyainknak megfelelő átfogó egészségügyi helyzetelemzés, amelyet minden politikai párt elfogadott volna és amelyre biztonságos hosszú távú stratégia épülhetett volna nem készült. Ezt a feladatot viszont nem úszhatja meg sem a jelenlegi sem a jövőbeli kormányzat egyike sem A tisztán látás nélkül nincs és nem is lesz soha elég pénz az egészségügyben.

Állításom alátámasztására szeretném idézni azokat a statisztikákat, melyek szerint Magyarországon az alapvető egészségügyi feltételeket biztosító mutatók; orvos ellátottság kórházi ágy szám gyógyszer felhasználás az egészségügyi dolgozók szakmai színvonala stb.) számszerű értékeiben kedvezőbb a kép, mint több nálunk fejlettebb országban. Ugyanakkor a lakosság egészségi állapota, a születéskor várható élettartam messze elmarad az előbbi országoké mögött.

Ilyen és hasonló ellentmondások egy részének feltárását kívántam dolgozatomban bemutatni és javaslatot készíteni az általam kifogásolt problémák megoldására.

## V. Levonható tanulságok

1. Az egészségügyben megjelenő és kezelésre váró problémák többségének kialakulására az egészségügynek gyakorlatilag alig van befolyása. A betegségek kialakulásában az egészségügyn kívüli hatások nyolcszor nagyobbak, mint amekkora közvetlen befolyása ebben az egészségügynek kimutatható (életmód, környezeti hatások, genetikai adottságok). Az egészségügyi helyzetet meghatározó tényezők (a betegségek kialakulásának többségének) esetében az egészségügynek csupán úgynevezett követő szerepe van de a kialakulás megakadályozására szinte nincs módja a bajok kezelését viszont tőle várják. A felelősség és a hatáskör méretei jelentősen eltérnek.
2. Magyarországon az orvos ellátottság, a kórházi ágyak száma és a gyógyszerfogyasztás nemzetközi mércével magas, az egészségi állapot viszont kifogásolható.
3. A kórházi ágyaknak közel a felét olyan betegek foglalják el, akik nem szorulnak szükségszerűen kórházi kezelésre (szociális betegek, illetve "lábön gyógyítható esetek"). A gyógyításnak ez a változata a legdrágább és a nagyon pazarló, de felszámolása anyagi érdeket sért
4. A kórházakban számos olyan feladatot végeznek, amelyeknek semmi köze sincs a gyógyításhoz. Ezzel függ össze, hogy a kórházi létszámnak a fele nem a gyógyítással foglalkozik (szolgáltatás, infrastruktúra) A kórházi működést kiszolgáló apparátus – a kellő hozzáértés hiánya miatt- igen alacsony hatékonysággal dolgozik.
5. Nincs egyértelmű mérce a kórházi teljesítmények minősítésére. A HBCS rendszerének alkalmazása csupán a pénzügyi elszámolás egyik eszköze. A különböző fajlagos mutatók alapján képzett eredmények között pedig olyan eltérések tapasztalhatók, hogy annak alapján egyértelmű véleményt kialakítani nem lehet.

A hasonló kórházak egymás közötti összehasonlításában így a valós sorrendet nem is igen lehet eldönteni. A véleményalkotást, ezért csak nagyon sokféle közelítéssel szabad felállítani, amelynek kivitelezésében számos megoldatlan nehézség adódhat. A legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy a GYOGYINFOK által közölt intézetenkénti adatokból a legfontosabb összefüggések nem számíthatók ki.

6. Számos olyan szervezési hiányosság tapasztalható, amelyek kiküszöbölése komoly hatékonyság növelést eredményezne. (A gépek és műszerek esetében a sokféle gyártótól beszerzett sokféle típus számának csökkentése, a műtők kihasználási fokának növelése, a különböző fajlagos mutatók között tapasztalható rendkívül nagy szóródás okainak vizsgálata stb.)
7. A pénzügyi helyzet felemás. Az egészségügyi intézményekkel kapcsolatos elvárások teljesítményre alapozottak, az elszámolási rendszerük azonban a teljesítményekre alapozott elemeket csak részben tartalmazza; a költségek elszámolásában az amortizációt ugyanis nem ismerik el.
8. A teljesítményben dolgozó intézmények alkalmazottai fix bérezéssel díjazottak, amely ellenérdekelt a teljesítménnyel.
9. Nincs közgazdasági kapcsolat a teljesítmények és a teljesítmények díjazása között. A teljesítményekért kifizetett díjat nem a teljesítmény mennyisége, hanem a költségvetésből erre kiutalt összeg nagysága határozza meg. Ez a helyzet szükségszerűen a teljesítményekkel kapcsolatos csalásokat váltja ki.
10. Sem elvi, sem gyakorlati magyarázatot nem lehet adni arra, hogy miért sújtja ÁFÁ-val az egészségügy által vásárolt cikkeket a mindenkori rendszer.
11. A mai számítógépes rendszer által nyújtott lehetőség közül számos olyan tartalék nincs kihasználva, amelynek alkalmazásával a munka hatékonysága jelentősen fokozható lenne, mint pld: a beteg követés, a párhuzamos vizsgálatok kiküszöbölése és még számtalan olyan felesleges munkafázis, amelyre mindenki több példát tud mondani.

12. Az egészségügy egész működésén érződik, hogy az utóbbi két évtizedben a nemzetgazdaságban végbement változások (a pártállami rendszer felbomlásának évei, majd a rendszerváltást követő négyévenkénti politikai irányváltások ) közben az ágazat fontosságának jelentősége (ahogy az a humánszféra egészével történt) háttérbe szorult. Ezzel magyarázható az a vitathatatlan tény, hogy hosszútávot átfogó stratégiai rendezőelv nem született. Ennek elkészítésének legfőbb ideje, amelyet meg kell előzni az ágazat valós állapotát feltáró helyzet elemzésnek.

## **VI. Cselekvési program**

### **1. A valós állapotok pontos feltárása**

- A humán- és technikai kapacitások felmérése (kiszámítása)
- A kórház potenciálisan elvárható teljesítő képességének bemutatása
- A potenciális kapacitás és a tényleges teljesítő képesség összevetése (mérleg készítés)
- A kórházon belüli aránytalanságok felderítése (hol van többlet, vagy hiány)
- A kórház számára kijelölt vonzás körzet lakosságát jellemző legfontosabb adatok (lakosság száma, korösszetétele, egészségi állapota stb.) összegyűjtése

### **2. Legfontosabb teendők**

- A korábbi szemlélet megváltoztatása
- Az összefüggő rendszerben, a nemzetgazdaság egészében való gondolkodás,
- A hatás vizsgálatok nélküli gyakorlat megszüntetése (a fejlesztések vagy a visszafejlesztések esetében)
- A realitásokból való kiindulás gyakorlatának következetes betartása.
- Egységes pénzügyi rendszer megteremtése.(A költség-hozam valós értékeinek számbavétele és ennek tőke érték teremtő lehetőségeinek maximalizálása,)
- Amortizáció elszámolása,
- ÁFA rendezése,

- A teljesítmények alapján való elszámolás munkában és annak díjazásában.
- A beteg legrövidebb időn belüli (“lábön gyógyítás”) és legkisebb megterheléssel járó megoldása és a gyógyító apparátus anyagi érdekeinek ezen irányba való ösztönzése.
- Meg kell teremteni a biztosítási pénzek legdemokratikusabb felhasználását; létre kell hozni egy olyan mechanizmust, amely biztosítja a tulajdonos fizetés képtelensége esetén is az egészségügyi intézmény zavartalan működését.
- Biztosítani kell az ország területén az egészségügyi intézmények arányos elosztását
- Meg kell teremteni a gyógyító szak személyzet (orvos ápoló) munka teljesítményének mérését és emberi értékeik minősítését
- Ki kell használni a szervezési lehetőségekből adódó tartalékok hatékonyságnövelő és költségcsökkentő lehetőségeit. (műtők kihasználtság fokának növelését, mátrix kórházi formulák alkalmazását), bizonyos ritkábban előforduló és drága technikát igénylő (szemészet, gégészet, urológia) kezeléseknek megyei, vagy szak kórházakba való áthelyezését.

## **VII. Szakirodalmi tevékenységem**

### ***A. Tudományos előadásaim és szakkikkek***

1. Bázisterápiás szerek hatékonysága (Magyar reumatológia, 1988)
2. A Whipple kór diagnosztikájáról és terápiájáról (előadás, kivonat Magyar reumatológia, 1989)
3. Bisphosphonátok alkalmazása Paget – kórban (előadás, kivonat Magyar reumatológia, 1994)
4. A fibromyalgia etiológiája (előadás, 1995)
5. Neuro – és arthropathiák diabetes mellitusban (cikk, kivonat, Magyar reumatológia, 1995)
6. Nem steroid gyulladásgátlók hatásai, mellékhatásai; az eredeti és generikus készítmények összehasonlítása gazdaságossági szemmel. (előadás, kivonat, MRE info, 1998)
7. Asthma bronchiale (status asthmaticus) előfordulása, ellátása sürgősségi esetekben (előadás, 1990)
8. Meloxicam hatásossága gyulladós izületi betegségekben adásának gazdasági előnyei, egyéb non-steroid gyulladáscsökkentővel szemben. (előadás, kivonat MRE info 2000)
9. A Magyar Egészségügy GT. 2003/2.
10. Szelektív cox-2 gátlók klinikai alkalmazása, illetve gazdaságossága. (előadás, kivonat, MRE info, 2002)
11. A Vioxx gastrointestinális mellékhatásai (előadás, MRE vándorgyűlés Szeged)
12. Osteologiai kongresszus, Balatonfüred: előadásom címe: Az SPA és vállizületi manifestációi (2004.)
13. Lágylaser kezelés PHS-ben (előadás, Budapest Ectoderma Polyklinika 2004)

### ***B. Konferencián való részvétel***

1990 óta 20 tudományos konferencián vettem részt, mint hallgató.



