

Nyugat-Magyarországi Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar
Gazdasági folyamatok elmélete és gyakorlata Doktori Iskola
Közösségi gazdálkodástan alprogram

**Forrásallokáció és költséggazdálkodás az
egészségügyben**

PhD értekezés

Készítette:
dr. Csengei Gábor

Témavezető:
Prof. Dr. Gidai Erzsébet DSc.
MTA doktora

Sopron
2005.

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ.....	6
1. BEVEZETÉS.....	8
2 AZ EGÉSZSÉGÜGY SZEREPE, FELADATA, KÜLDETÉSE.....	12
3 A NEMZETKÖZI KÖRNYEZET A XXI. SZÁZAD ELEJÉN: A GLOBALIZÁCIÓ KORSZAKA.....	19
3.1. A maastrichti szerződés a liberalizmus deklarációja.....	22
3.2. Az alapszabadságok.....	24
3.3. Konvergencia kritériumuk az EU-ban.....	24
4. MAGYARORSZÁG AZ EURÓPAI UNIÓBA LÉPÉSÉNEK IDEJÉN.....	26
4.1. Az egészségügyre fordított aggregált kiadások.....	28
4.2. Egészségügyi mutatóink az EU árnyékában.....	29
5. FORRÁSALLOKÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.....	34
5.1. Források: a gazdasági növekedés 4 faktora – közgazdasági megközelítés.....	34
5.1.1. Humán erőforrás.....	36
5.1.2. Természeti erőforrások.....	38
5.1.3. Tőke erőforrás.....	39
5.1.4. Technológiai erőforrások.....	42
5.2. Erőforrások az egészségügyben.....	43
5.2.1. Humán erőforrás az egészségügyben.....	43
5.2.1.1. A humán erőforrás képzése a magyar egészségügyben... ..	44
5.2.1.2. Orvos-dömping vagy orvos-hiány? Nemzetközi kitekintés.....	47
5.2.1.3. Egészségfejlesztés az oktatásban és a nevelésben.....	49
5.2.2. Tőkeforrások az egészségügyben.....	51
5.2.2.1. Reáltőke.....	51
5.2.2.1.1. Nominális erőforrások	57

5.2.2.2.1.	A pénzeszközökről.....	57
5.2.2.2.2.	Az elmúlt 10 év pénzforgalma.....	61
5.2.2.2.3.	Az Egészségbiztosítási Alap 2005. évi költségvetése.....	72
5.2.3.	A tudomány fejlődéséből, a technológia haladásából származó források.....	75
5.2.3.1.	A farmakológia által képviselt erőforrások.....	76
5.2.4.	Természeti erőforrások az egészségügyben	84
5.2.4.1.	A levegő – légszennyezés.....	84
5.2.4.1.1.	A víz szerepe egészségünkben.....	88
5.2.4.1.2.	A táplálkozás, mint természetes erőforrás.....	91
5.2.4.1.3.	Termál és gyógy-idegenforgalmunk, mint az életmód természeti erőforrásai.....	96
5.2.4.1.4.	Röviden a fizioterápia sajátos megközelítéséről és értelmezéséről.....	99
5.2.4.1.5.	Az egészségügy jelentősebb erőforrásainak és az egészséget meghatározó tényezőknek a kapcsolatrendszeré.....	100
6.	KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN: AZ ORVOSILAG LEHETSÉGES – A GAZDASÁGILAG MEGENGEDHETŐ DILEMMÁJA.....	104
6.1.	Költségrobbanás az egészségügyben.....	104
6.2.	A költségek.....	105
6.3.	A közbeszerzés intézménye az egészségügyben.....	107
6.4.	Likviditás és szolvencia az egészségügy intézményeiben.....	111
7.	KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS AZ ALAPELLÁTÁSBAN	
7.1.	A háziorvosi praxisok felszereltsége.....	116
7.2.	A háziorvosi praxisok pénzellátása.....	120
8.	KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSBAN.....	127
8.1.	Egy szakrendelő költséggazdálkodása – esettanulmány.....	133
9.	KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS A FEKVŐBETEG-OSZTÁLYOKON.....	141
9.1.	A mátrix-osztály és a progresszív betegellátás – a struktúraváltás lehetősége?.....	152

10.	FORRÁSALLOKÁCIÓ ÉS KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS.....	156
10.1.1.	Összefoglalás.....	156
10.1.2.	Következtetések.....	161
10.1.3.	Megoldási lehetőségek: paradigmaváltás az egészségügyben	166
10.1.4.	Megoldási lehetőségek: új stratégia az egészségügyben.....	169

MELLÉKLETEK

- I. Az orvostudományok költségei az óvodától a diplomáig
- II. Egy hatástani csoportba tartozó különböző gyógyszerek térítési díjai
- III. Egy innovatív gyógyszer generikumainak különböző térítési díjai
- IV. Egy szakrendelő költséggazdálkodása : 2000 - 2005
- V. Konfidencia-intervallum számítása extrafinanszírozási esetekre
- VI. A disszertáció prezentációjának ábrái

FELHASZNÁLT IRODALOM

ELŐSZÓ

A transzatlanti társadalmakban a fogyasztás a GDP legnagyobb önálló összetevője. Meghatározó elemei a lakáscélú kiadások, élelmiszerek vásárlása, a közlekedés mellett az egészségügyi ellátás.

A XX. század során karakteresen átalakult a fogyasztás szerkezete, a háztartások enni-innivalóra felét, ruházkodásra harmadát költötték az 1900-as évek végén, mint tették az évszázad első évtizedeiben, míg a lakásra, közlekedésre és mindenekelőtt az orvosi ellátásra fordított kiadások többszörösükre növekedtek.

Az elmúlt században az egészségügyi kiadások növekedésében meghatározó a munkaadói és kormányzati egészségügyi hozzájárulás, a háztartások zsebből fizetett egészségügyi kiadásainak arányának viszonylag ugyanakkora mértéke mellett. Így érdemelték ki egyes országok a jóléti államok megkülönböztető minősítést.

Az egészségügy forrásai tehát az államháztartások és a piac. A források allokációja a finanszírozási rendszeren keresztül történik. Magyarországon a munkáltatók által fizetett járulékok, adók egyrészt direkt a társadalombiztosításhoz, mint az államháztartás egyik alrendszeréhez folynak be, részben az államháztartás központi költségvetésén keresztül indirekt módon.

A munkavállalók is fizetik mindkét irányban az adót és járulékot, továbbá egyenesen az egészségügyi piac szolgáltatásainak a különféle hivatalos és informális hozzájárulásokat. Az olyan piaci szolgáltatók, mint a kórház, magánklinika vagy a családorvos maga is hozzájárul az államkasszába történő befizetéseivel, beruházásokhoz, eszközvásárlásaihoz biztosított forrásteremtésével, illetve forrás-elkülönítéseivel a nagy gazdasági körforgáshoz.

Az egészségügyi piac értékesített terméke az egészségügyi szolgáltatás, szenvedő alanya a beteg ember; így mondhatjuk, hogy az egészség különleges áru, mivel a betegség előre nem kalkulálható, lefolyása változatos, maga a terápia és annak költségei egy belső körrel

(pl. korszerűbb terápia hamarabb gyógyít) jelentősen módosíthatják lefolyását, de függ a beteg ember szervezetétől is, így az állami szerepvállalás költségkiegyenlítő és társadalmi igazságosságot szolgáló szerepe a biztosítási rendszeren keresztül korszakalkotó jelentőségű, nagyobb, mint az ipar és a kereskedelem egyéb területein.

A források felhasználása minden esetben költségeket generál, a racionális gazdálkodás célja a költségek minimalizálásával a kibocsátás maximalizálása; ez egyben az eredményes működés optimalizációja, a Pareto-optimum: senki sem járhat jól a másik kárára, más szóval mindenki csak a másik javára gyarapodhat, helyzetük egyidejű kedvezőbbé válásán keresztül.

1. BEVEZETÉS

Tizenhat évi járó- és fekvőbeteg-ellátó intézményekben eltöltött gyakorló orvosi munka után 2001-ben fordult érdeklődésem az egészségpolitika felé. Orvos-közgazdász és Egészségügyi menedzsment szakértői tanulmányaim közben 2002 őszén kezdtem el a NYME KTK Gazdasági folyamatok elmélete és gyakorlata Doktori Iskolájának Közösségi Gazdálkodástan alprogramjában a tantárgyak abszolválását.

Eredendő meglátásomat, problémafelvetésemet úgy foglalhatnám össze, hogyha már olyan szűkösek az egészségügy forrásai, mint amilyenek, akkor azokkal egy jobb allokáláson keresztül ésszerűbben kellene gazdálkodni helyi és országos szinten egyaránt.

Eredetileg a költséghatékonyság és forrásallokáció fogalom-párban gondolkodtam. Gidai Erzsébet professzor asszony javaslatára az előbbit költséggazdálkodásra módosítottuk, majd a következő két év alatt az egyik „jelentős” előrelépés a fogalom-pár tagjainak felcserélése lett, így alakult ki disszertációm végleges címe: Forrásallokáció és költséggazdálkodás az egészségügyben.

Miközben olyan, számomra addig ismeretlen területekkel foglalkoztam, mint az államháztartási pénzügyek és jog, nemzetközi tőke- és pénzpiacok, az Európai Unió intézményrendszere, jövőkutatás, kultúra-gazdaságtan és természetesen a közösségi gazdálkodás, éjjel nappal ez a két szó foglalkoztatott: forrásallokáció, költséggazdálkodás.

2004 tavaszán a gazdaság- és sztochasztikus matematika kurzusok során intuitív módon született meg bennem hazai egészségügyünk jelenlegi égető gazdasági problémáinak egy lehetséges megoldása, melynek kulcsát a finanszírozás reformjában látom.

Magyarország nem rekesztheti ki magát nemzetközi beágyazottságából, különösen akkor, miután az ezernyi gyökérrel mélyen bekúszott az alapokhoz. Az önérdékvédő beilleszkedést ugyanakkor rendkívül dinamikusán, szinte minden időpillanatban teljes harci készségben, tehát szakmai és nyelvi ismeretekkel, jogi háttérrel, az ország és az állampolgárok iránti, a jövőt is szem előtt tartó elkötelezettséggel kell folytatni. Az élet egy futószalaghoz hasonlítható, amivel ha döntéshozóink és az állampolgárok nincsenek szinkronban, tehát későn vagy rosszul döntenek, lehetőségeket halaszthatnak el, más

országok érdekérvényesítését kritikátlanul és passzívan kiszolgálják, és ezzel országunk szempontjait feláldozzák, azt hamarosan nemcsak, hogy nem köszöni meg senki, hanem még el is csodálkoznak rajta: „Valóban ilyen kedvezőtlen lenne Magyarország gazdasági és egészségi helyzete? Ezt nem is gondoltuk volna!”

Az egészségügy forrásai egyben lehetőségek is az egészségesebb életmódra, de ezek ártalmas tényezők is lehetnek, további költségeket is generálva. Az egészségügy gazdálkodásában a megoldást a jelenleg állami - közösségi tulajdon-formában levő és működő intézmények: klinikák, kórházak és rendelőintézetek tulajdonlásának és működtetésének markánsan állami kézben tartásában látom, sőt sokkal inkább állami kézben, mint akár- mikor a rendszerváltás előtti évtizedekben bármikor. Hogy ez alatt mit értek, fejteném ki ezen dolgozat keretei között.

2004 őszén, a Medicina 2000 Poliklinikai és Szakorvosi Szövetség balatonaligai kongresszusán az Egészségügyi Minisztérium képviselője arról adott tájékoztatást, hogy a norvég egészségügyi kormányzat újra államosítaná a kórházakat, mivel megállapításuk szerint az állami ellátás a legökonomikusabb gazdálkodási forma. Ez a megállapítás egybevág jelen munka végkövetkeztetésével, hogy tudniillik az egészségügyi szolgáltatóknak kizárólag szakmailag indokolt tevékenységük tételes költségelszámolását, valamint a humánerőforrás szolgáltatás díjazását végezhetné az OEP, központi elszámolási körben, saját, illetve a beszállítók logisztikai rendszerére építve. Előbbit, tehát a szakmailag indokolt ellátás szervezését az Egészségügyi Minisztérium irányítaná, protokollok és standardokra építve, míg az országszerte egységes beszerzések természetesen közbeszerzéssel történének értékhatártól függetlenül, egyetemlegesen az összes tételre vonatkozóan, az OEP szervezésében.(Csengei, 2004,12)

A disszertáció céljaként olyan makroszintű megoldást igyekeztem találni, mely a legkisebb felfordulást, legkevesebb érdeksérelmet okozza az érintettek vonatkozásában, véleményem szerint a legnagyobb nyereség mellett. A meglévő téglákból építkeztem, s mint látni fogjuk, az építőkockák egymás mellé illesztése látszólag a jelenlegi rendszeréhez hasonló, a háttérben végrehajtható lépések pedig a mindannyiunk által igenelt elvárásokat valósíthatnák meg.

Módszereim a hazai és a nemzetközi szakirodalom tanulmányozása, empirikus megfigyelések, statisztikai adatfeldolgozás, intuíció.

A téma fontos és aktuális, hiszen az államháztartások világszerte tapasztalt deficitjének egyik fő tényezője az általam a globalizáció egyik megnyilvánulásaként értelmezett egészségügyi költségrobbanás, melynek főbb közvetlen okai a korfüggőségi hányados kedvezőtlen tendenciája, tehát a demográfiai olló nyílása, a tudomány és technika haladása, tehát az orvosilag lehetséges – gazdaságilag megengedhető dilemmája, az ágazati infláció, például az innovatív gyógyszerek nagyságrendekkel magasabb árfekvése, a vélt és valódi igények növekedése, nem kis részben a média hatására, másrészt nem utolsósorban a tényleges morbiditási - mortalitási mutatók alakulása.

A munka az egészségügy szerepének, feladatának, küldetésének rövid expozíciója után további öt fejezetből áll. Mint egy építmény: kétszer két falból és egy tetőből, mely összefogja a rendszert: a XXI. századi nemzetközi környezet, mely szükségszerűen övezi Hazánkat, majd a magyar status quo, ahogy beilleszkedik a globalizálódó nagyvilágba, népek hazájába. A források és a költségek egészségügyben történő prezentációja után megkísérlem e kettő kapcsolatát elemezni. Ezt a finanszírozásban, annak reformjában véltem megtalálni.

Egy feje tetejére állított rendszert, az egészségügyi szolgáltatásokat nagy néptömegeknek nyújtó Társadalombiztosítást próbáltam a talpára állítani, amennyiben a költségek finanszírozásában a közgazdasági elveket érvényesíteném: ha valami 3 Forintba kerül, akkor azt nem lehet 2 Forintból megteremteni. A kiváló HBCS rendszert pedig finanszírozási cél helyett a költséghatékonyság szolgálatába állítanám, azaz, ha valamit elő lehet állítani 3 Forintból, akkor azt felelőtlenség 4 Forintból megtenni. Ez utóbbi nemes feladatát a gyakorlatban a Kontrolling végezhetné, nem finanszírozási célként, teljesítmény pörgető motorként, hanem költséggazdálkodási tényezőként.

A kérdés nagy horderejű, hiszen 1500 milliárd Forint optimális felhasználásáról van szó, s nem kevesebbéről, 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 olyan közgazdasági alapkategóriáit, mint a verseny, hatékony erőforrás allokáció és hatékony redisztribúció.

Köszönetemet fejezem ki mindenekelőtt témavezetőmnek, Dr. Gidai Erzsébet professzor asszonynak, köszönet a Nyugat-Magyarországi Egyetem KTK tanárainak!

2. AZ EGÉSZSÉGÜGY SZEREPE, FELADATA, KÜLDETÉSE

Az Alkotmány rendelkezései szerint a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legteljesebb testi és lelki egészséghez, továbbá a magyar állampolgároknak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, rokkantság, betegség, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak. Az állam az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg.

Az egészségbiztosítás feladata az, hogy Alkotmányban megfogalmazott jogok alapján a törvényekben meghatározott ellátásokat biztosítsa a jogosultak számára. Az egészségbiztosításnak ez a feladata független attól, hogy az ellátások állampolgári jogon vagy kötelező biztosításon alapulnak, független továbbá a társadalombiztosítás pillanatnyi pénzügyi helyzetétől és az irányítás aktuális módjától is.

1997-ben került sor a társadalombiztosítás egészének újraszabályozására, ezen belül a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény megalkotására. Az új szabályozás megőrizte azt az alapelvet, hogy az egészségbiztosítás természetbeni ellátásait tekintve minden magyar állampolgár – vagy az országos kockázatközösség vagy a saját befizetése révén – jogot szerez a kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtandó egészségügyi szolgáltatásokra.

Az 1992-es új társadalombiztosítási-törvény kimondja, hogy az ellátások igénybevételére való jogosultságot a járulékfizetési kötelezettség teljesítése alapozza meg (2.§.). Ez a megfogalmazás megfelel az Alkotmány előírásainak is: „a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és természetes környezet védelmével valósítja meg”. (70/D §.)

Az Alkotmánybíróság kifejtette, hogy a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való alkotmányos alapjog a „nemzetgazdaság teherbíró képességéhez” igazított kötelezettséget ró az államra. Az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében az Alkotmánybíróság csak általános ismérvekkel, egészen szélsőséges esetekre korlátozottan

határozta meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például – olvashatjuk az Alkotmánybíróság álláspontját kommentáló ombudsmani jelentésben – ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.

Az 1997. évi társadalombiztosítási-törvény pedig rögzítette, hogy a jogviszonyokat „az egyéni felelősség és öngondoskodás követelményeinek és a társadalmi szolidaritás elveinek megfelelően” kívánja szabályozni. (1.§)

Az Alkotmány egyértelműen a Kormány kötelezettségévé teszi az egészségügyi ellátás rendszerének meghatározását, valamint azt is, hogy gondoskodjon az ellátás anyagi fedezetéről. (35. §) (Mihályi,2003)

2001 elején az Egészségügyi Kormányzat az 1972-es finnországi Észak-karéliai népegészségügyi program nyomán egy ciklusokon átívelő hazai egészségvédelmi programot készített elő. A kiindulópont a magyar lakosság lesújtó egészségi állapota volt.

2.1. A magyar lakosság egészségi állapota a XXI. század elején

Több mint három évtizede folyamatosan romlik a hazai lakosság egészségi állapota. 1999-ben a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetében 66,37 év, nőknél 75,24 év volt, messze elmaradva az Európai Unió átlagától (1997-ben: férfiak 74,84 év, nők 81,24 év), de alacsonyabb a környező közép-kelet-európai országok idevonatkozó adatainál is. Különösen magas – világviszonylatban is – a középkorú férfi lakosság halandósága. Bár az utóbbi években enyhe javulás jelei mutatkoznak, abban egyöntetű a vélemény, hogy az egész társadalmat érintő, összehangolt beavatkozás nélkül ez a nagyon lassan javuló trend nem vezet érdemi áttöréshez.

A 65 évnél fiatalabb korban bekövetkezett (ún. korai) halálozásban (hasonlóan az összes halálozáshoz) a halálokok között vezetnek a keringési rendszer betegségei, közülük is a szívkoszorúér-betegségek (jórészt szívinfarktus) és az agyér betegségek (agyvérzés és

egyéb agyi katasztrófák), döntően magas vérnyomásos eredettel. A magyar lakosság körében a szívkoszorúér-betegségek miatti korai halálozás mintegy háromszorosa, az agyér betegségek miatti halálozás pedig közel négyszerese az EU átlagnak. A rosszindulatú daganatok okozta korai halálozás is messze meghaladja az EU átlagot hazánkban (1,8-szerese annak). A férfiak daganatos halálozásában a leggyakoribb a tüdőrák, a nők esetében pedig az emlőrák és a méhnyak rák. Különösen kiugró az EU átlaggal szemben a férfiak tüdőrák- és a nők méhnyak rák halálozása hazánkban: a tüdőrák halálozás 2,5-szer, a méhnyak rák okozta korai halálozás pedig 3,5-szer magasabb az EU átlagnál. Ugyanakkor mindkét nembem emelkedik a vastagbél és a végbél rosszindulatú daganatai okozta korai halálozás. Különleges gondot jelent, hogy az elmúlt 30 évben 7-8-szorosára emelkedett a – jórészt alkoholos eredetű – krónikus májbetegségek és májzsugor okozta korai halálozás, mely az 1990-es évek közepére mintegy hétszerese (7-szerese!) volt az EU átlagnak. Az erőszakos halálozást a felére kellene csökkenteni hazánkban ahhoz, hogy megfeleljen az EU átlagnak. Az erőszakos okokon belül az öngyilkosságok miatti korai halálozás is – bár folyamatosan csökkent az utóbbi évtizedben – még ma is több mint kétszerese az EU népesség körében észlelhető átlagos szintnek.

Az okok hátterében éppúgy jelen van meghatározóan az egészségtelen életmód, a hiányos egészségkultúra és a környezetszennyezés, mint az ország gazdasági fejlettségének, valamint az egészségügyi ellátás kifogásolható színvonala. Nagyon sokan és sokat dohányoznak, egészségtelenül táplálkoznak, keveset mozognak, mértéktelenül fogyasztanak alkoholt, önpusztító életmódot folytatnak, nem törődnek egészségükkel, nem veszik igénybe a szűrővizsgálatokat, de az egészségügyi ellátás más formáit sem. Az életmód lehetőségeit eleve differenciálják a társadalmi egyenlőtlenségek – a legszegényebb és a leggazdagabb rétegek egymástól való távolságának mértéke -, elsősorban az iskolázottsági, a foglalkozási és a jövedelmi viszonyokon keresztül. A társadalom egyes leszakadt csoportjai, a rendszerváltozás vesztesei között halmozottan fordulnak elő egészségügyi problémák. Fellazultak a tradicionális kapcsolatok és megszakadtak az évszázados, generációs kötődések. A falun élők betegebbek, mint a városi lakosok.

A lakosság egészségi állapotának javítására történtek kezdeményezések. A legutóbb készült, népegészségügyi célprogramot kormányhatározat formájában hirdették ki (1030/1994. Korm. hat.), megvalósítása azonban elmaradt.

Az új program céljai, feladatai és al-programjai

A modern egészségfejlesztési/népegészségügyi programok ma az alábbi alapelvekre épülnek:

- Az egyén egészségét döntően környezete és életmódja határozza meg.
- Az egészségi állapot meghatározó tényezői között komplex kapcsolatrendszer áll fenn, melyben a meghatározó tényezők többnyire nem betegség-specifikusak, azaz több megbetegedés kialakulására is hatással vannak.
- Az egyén életmódját (mely egészségi állapotát döntő mértékben meghatározza) hatékonyan közvetlen környezete (családi, munkahelyi, szabadidős stb.) képes befolyásolni, mivel az egyén természetes igénye a közösségbe tartozás és a közösség elvárásainak való megfelelés.
- A lakosság egészségének fejlesztése össztársadalmi összefogást, interszektorális együttműködést és felelősségvállalást igényel, valamint partnerséget a társadalmi élet szereplői (az állam, az önkormányzatok és a helyi közösségek) között.

Általánosságban:

- Az egyes egészségfejlesztési intervenciók tervezése kapcsán azoknak van létjogosultságuk, melyek hatásossága bizonyítékok állnak rendelkezésre.
- Az egészségfejlesztésre fordítható keret korlátozott volta elengedhetlenné teszi az intervenciók tervezésekor a költséghatékonysági elemzések adatainak figyelembevételét.

Azonban feltétlenül hangsúlyozni kell, hogy a nemzetközi szakirodalomban hatékonyak talált intervenciók hazai alkalmazásakor a hazai viszonyokat kell alapul venni. Bár hazai költséghatékonysági vizsgálatok nem állnak rendelkezésünkre, mégis meg kell kezdeni a népegészségügyi helyzetet javító programot. A programnak párhuzamosan kell folynia a hatékonysági és költséghatékonysági vizsgálati háttér kialakításával.

Az Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program épít a korábbi átfogó népegészségügyi stratégiákra, egy-egy terület nemzeti programjaira, stratégiáira (Nemzeti Rákkontroll Program, Nemzeti Stroke Program, Nemzeti Környezet-egészségügyi Program, Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, Technológiai Előrettekintési Program stb.) és azok eredményeire. A program illeszkedik az

Egészségügyi Világszervezet Health21 politikájához és olyan cselekvési terveket tartalmaz, melyek teljesítése elengedhetetlen Európai Unió csatlakozásunkhoz.

A dokumentum célja a már futó programok egységbe foglalása, a keretek között folyó tevékenységek összehangolása, a népegészségügyi szempontból kiemelkedő programrészek kiemelése, a tárcaközi programokban az egészségügy feladatainak meghatározása, pontosítása. További cél a társtárcaikkal, kormányzati és civil szervezetekkel való szorosabb együttműködés lehetőségeinek felkutatása, az egyes szereplők feladatainak meghatározása, hiszen az egészséges életmód feltételeinek megteremtése, a betegségek megelőzése a nemzet összefogását igénylő feladat.

A program öt nemzeti célt tűz ki a 2010-ig tartó periódusig.

Az öt nemzeti cél 2010-ig

1. El kell érni, hogy a lakosság meghatározó többsége számára az egyik legfőbb emberi érték az egészség legyen s az egészsége megőrzéséért kész is legyen tenni. A döntéshozók mind a jogalkotásban, mind a költségvetésben kitüntető jelentőséget tulajdonítsanak a lakosság egészsége javításának.
2. A felnövekvő generáció számára biztosítani kell az egészséges fejlődés feltételeit a fogantatástól a felnőttkorig.
3. Az egészségben eltöltött életévek számát mind a férfiaknál, mind pedig a nőknél ki kell terjeszteni.
4. A születéskor várható átlagos élettartamot férfiaknál legalább 70, a nőknél legalább 78 esztendőre kell meghosszabbítani.
5. A társadalmi egyenlőtlenségeket, a születéskor várható élettartamban mutatkozó különbségeket csökkenteni kell.

Tíz kiemelt nemzeti feladat

1. Az egészséges életre nevelés, az oktatás és tudatformálás erősítése.
2. A célzott lakossági szűrővizsgálatok bevezetésével a nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek korai felismerése
3. Az egészséges táplálkozás széles körű elterjesztése.
4. Az egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése.

5. A káros szenvedélyek (túlzott szeszital-fogyasztás, dohányzás, drogfogyasztás) elleni küzdelem.
6. Az egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása.
7. A járványügyi biztonság erősítése.
8. Az élelmiszer-biztonság feltételeinek javítása – felkészülés az új kihívásokra.
9. Az egészséget támogató környezet kialakítása, a külső okok miatti halálozások visszaszorítása.
10. Az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztése.(Lun K. 2001)

2002-ben Fodor József Program néven Cselekvési program az egészségügy megújítására alcímmel jelent meg a Népegészségügyi Program.

2003-ban az új ágazati vezetés Johan Béla Népegészségügyi Program néven jegyezte a kisebb módosításokkal kiegészített korábbi programot.

2004-ben az egészségügyi miniszter nyilatkozata szerint a sok prioritás helyett célravezetőbb lehet egyszerre csak néhányra koncentrálni, így március 8. körül a nők, a család állt a kampányok középpontjában, júniusban a férfiak, férfiakat sújtó betegségek állnak, s az év folyamán kitüntetett kérdés a káros szenvedélyek, így a dohányzás, az alkoholfogyasztás, és a kábítószer-élvezet.

Jelentős eredmény, hogy a születéskor várható átlagos élettartam az 1990. évi 69,3 évről 2003-ban 72,4 évre növekedett. Ez a legmagasabb érték a várható élettartamok csaknem százéves idősorában, nemzetközi összehasonlításban azonban alacsony. A születéskor várható átlagos élettartam magyarországi értékei 1970-ben 2 évvel, 2001-ben pedig már 6,7 évvel maradtak el az EU-átlagtól.

Tehát az egészségügy feladata, küldetése hatékony forrásallokációval, hatékony redistribúcióval a lakosság egészséges években leélt minél hosszabb életének biztosítása.

3. A NEMZETKÖZI KÖRNYEZET A XXI. SZÁZAD ELEJÉN: A GLOBALIZÁCIÓ KORSZAKA

Globalizáció alatt az emberiség történelmének azt a jellegzetességét értem, ahogy a társadalom különböző csoportjai: országok, szövetségi államok, földrészek között a gazdasági, tudományos, politikai és egyéb történések, hatások áramlanak a globális nagy kibocsátásban, a XXI. század elején különösen akceleráltan és egyetemlegesen csaknem teljes kiterjedtségükben.

Ellwood szerint a globalizáció új szó, de régi folyamatot jelöl: a világgazdaságnak azt az integrációját, amely igazán az európai gyarmatosító kor hajnalán, öt évszázaddal ezelőtt kezdődött. Ezt a folyamatot az utóbbi negyed században felgyorsította a komputer technológia robbanásszerű fejlődése, a kereskedelmi korlátok lebontása, valamint a multinacionális vállalatok politikai és gazdasági hatalmának megnövekedése. Maga a globalizáció szorosan kapcsolódik a gyarmatosítás történetéhez. Anglia egyik talán leghíresebb gyarmatbirodalmi szószólója, Cecil Rhodes az 1890-es években tömören összefoglalta a gyarmatosítás lényegét: „Új földeket kell találnunk – mondta -, ahonnan könnyen szerezhethetünk nyersanyagokat, s ugyanakkor hasznosíthatjuk gyarmatok bennszülött népességének olcsó rabszolgamunkáját. A gyarmatok lerakóhelyet is kínálnak a gyárainkban előállított termékfőlölség számára.” A gyarmati korban az európai országok kiterjesztették uralmukat az egész földgolyóra.

Mindazonáltal a mai globalizáció számtalan vonatkozásban különbözik az 50 vagy 100 évvel ezelőtti globalizációtól. A világban az elmúlt évszázadban végbement változások teljesen megváltoztatták a világgazdaság jellegét. (Ellwood 2003)

Úgy tűnik, bizonyos csomópontok napjainkban meghatározó jelentőséggel bírnak, így geográfiai értelemben az USA, Kína, Japán, a Távols-kelet, ideológiai értelemben mindenekelőtt a liberalizmus, a különféle hitéleti kultúrák, a vallási fanatizmus, demográfiai értelemben a milliárdos Kína, India, katonai értelemben az USA, a NATO, illetve az egyéb atomhatalmak, továbbá a terrorista gócok.

Persze a nagyok attól nagyok, hogy mellettük léteznek a kicsik, akik ellenében terjeszkedhetnek, tágíthatják határaikat. Ebben a milióban a társadalom a szűkösen rendelkezésre álló javakat a meglévő erőforrások segítségével állítja elő. A termelési

lehetőségek határa (PPF) azokat a maximális termelési lehetőségeket jelöli, amelyekre a gazdaság szert tehet, technológiai ismeretei és a rendelkezésre álló termelési tényezők révén. A PPF a társadalom által elérhető termék – és szolgáltatáskombinációkat képviseli. A PPF görbén belülré kerül a gazdaság, a konjunktúra ciklusok során: az USA-ban az összkibocsátás csaknem 25%-kal csökkent 1929-1933 között, a nagy világválság idején, amikor különböző sokkhatások csökkentették a kiadásokat. Hasonló erők hatottak az iparilag fejlett országokban 1990 és 1996 között: makrogazdasági tényezők, Európát és Japánt a PPF görbéjükön belülré tolták. A 90-es évek elején a szocialista tervgazdaság rendszerétől megszabaduló, szabadpiacot kiépítő országokban a politikai változások idéztek elő gazdasági hatékonyság hiányt, de sztrájkok, forradalmak, korrupció is okozhatnak visszaesést. (Samuelson 2000)

A gazdasági növekedést azok az országok, gazdasági csoportok valósítják meg, akik termelési határaikat képesek kiterjeszteni a termelésben földrajzi határaikon túlra, mind nagyobb emberi, természeti és tőkeerőforrást birtokolva, mint az USA, Japán, illetve a multi- és transznacionális cégbirodalmak, valamint azok, akik adott belső erőforrásaik maximális felhasználásával, esetleg a szükséges technológia, nyersanyagok vagy tőke importjával; de ezzel párhuzamosan optimális belső allokációkkal, mind a termelés, mind a fogyasztás terén, mint a kistigrisek, mint Dél-Korea, Szingapur.

A gazdasági növekedés az országok vonatkozásában a belső növekedésében, illetve az exportban nyilvánul meg. Globálisan pedig a szolgáltatások és termékek mind nagyobb volumenű értékesítésében. "Az importliberalizáció tágra nyitott kapuin a nyugati termelők versenyképes, jó minőségű termékei áramolnak be az országba, a magyar piacot teljesen ellepik. A magyar termelők áruit feleslegessé teszi az állami piacvédelmi beavatkozások hiánya. A nyugati olcsó, ugyanakkor zömében a magyarnál jobb minőségű termékek zavartalan térnyerését segítette a 10 millió magyar állampolgár illuzórikus fogyasztói paradicsom-várása a rendszerváltás hevületében, valamint a belföldi fizetőképes kereslet pillanatok alatti drasztikus leromlása is." (Lentner Cs. 2005)

„Ha létezik egyáltalán valamilyen uralkodó hit manapság a társadalmunkban – ad hangot kételyeinek az őskapitalista: Soros György – akkor az a piac csodatévő erejébe vetett hit. A szabadelvű kapitalizmus doktrínája szerint a közjót az önérzet korlátoktól mentes érvényesítése szolgálja legjobban. Az emberek elbizonytalanodtak abban, hogy mi mellé

kellene is állniuk, egyre inkább a pénzt tekintik az érték kritériumának. Az elvekbe vetett hitet felváltotta a siker kultusza. A társadalom elvesztette kapaszkodóit.” (Ellwood 2003)

A globális pénz és tőkepiacon a tőke már szabadon áramolhat, a multinacionális vállalatok ott termelnek, ahol számukra a legnagyobb haszonnal jár. Így a termelés is globálissá vált. A neoliberalizmus szerint a haladás legfőbb kritériuma a GDP pénzügyi szempontból fenntartható leggyorsabb növekedése. A szabad kormányok által nem befolyásolt piacok az erőforrások leghatékonyabb, társadalmi szempontból optimális elosztását eredményezik.

A gazdasági globalizáció, amelyet a pénz és az áruk világában való szabad áramlása előtti akadályok lebontásával lehet elérni, erősíti a versenyt, növeli a gazdasági hatékonyságot, munkahelyeket hoz létre, alacsonyan tartja az inflációt, növeli a fogyasztók választási lehetőségeit és összességében csaknem mindenki számára előnyös. Igaz a globális versenynek vannak győztesei és vesztesei, a jövedelem és vagyoni különbségek nőnek, de a jólét „leszivárog” és végül a vesztesek jobb helyzetbe kerülnek, mint a szabad piaci gazdaságpolitika nélkül kerültek volna. Nincs is más alternatíva, hiszen egy globalizált világban élünk, amelyben ha egy ország korlátozza a multinacionális vállalatok tevékenységét, azok más országba költöznek át. Az ellenvélemény szerint „a valóság tényei ezeket a feltételezéseket nem támasztják alá, sőt a legtöbb esetben ellentmondanak azoknak. Mindenekelőtt a haladás nem mérhető csupán a GDP növekedésével, figyelembe kell venni a társadalom és a környezet állapotát is.” (Nagy Pongrác 2001)

Az alábbi képek, melyek inkább szociológiai-kultúr-antropológiai ihletettségűek, mint filozofisztikusak, az emberiség szellemi evolúciójának egy pillanatfelvételszerű megközelítése a fentebb említett globalizáció folyamatának érzékeltetésére.

Ha megvizsgáljuk, hogy a történelmi idők során a különböző társadalmak **tekintete**, figyelme, akár spontán, akár a média, a technika adta lehetőségek függvényében hová irányult, akkor azt tapasztalhatjuk, hogy a görög-római civilizációk amfiteátrumaiban még a nyugatra tekintő színpadkép részét képezte az esti előadásokon a naplemente. Egészen a XX. századig ez az emberléptékű színház-méret maradt is, azonban fokozatosan zárttá vált, gondoljunk operaházakra, operett színpadokra, prózai színházakra, mozikra. Épülnek ugyan most is ilyenek, de – gondoljunk az új Nemzeti Színházunkra, néha kőműves kelemen viszonyok közepette. Ugyanakkor a XX. század folyamán előtérbe került a

televízió, a videó, a számítógép, s legutóbb a mobiltelefon, amelyen már szintén lehet mozgóképeket nézni.

Azonban a világ nem állt meg, az idegsebészek és talán a mindig élenjáró sci-fi írók jóvoltából, ma már vakok agyába ültetett mikro-chipek, embrionális őssejtek, illetve a genomika egyéb lehetőségeit a medicina gyakorlatában felhasználva arra törekcsenek, hogy még kisebb dimenzióból láthassuk világunkat. S nincs megállás! Amíg a repülőgépet még relatíve emberléptékűnek érezhetjük, az űrhajóba ültetett ember pozíciója, statusa minden korábbi felülmúl: ha képletesen az űrhajót utasával egy egységként, gondolatmenetemben a környezetét fürkészőként érzékeljük, igaz, hogy a makrokozmoszt kutatja, de ahhoz viszonyított arányaiban további zsugorításnak lehetünk tanúi. Így a kör be is zárul: a taorminai görög színház végtelen naplementéjét élvezőtől az út elvezet a kabinjukba zárt végtelen sötétségben száguldó (és talán az örök világosságot kereső?) asztronautáig.

Az evolúciónak ismertek a zsákutcái, fajok kipusztulási folyamata is. A prosperálást rapidan követheti civilizációk degenerációja, szétesése, eltűnése.

A megkapaszkodás, túlélés ösztöne, a gazdasági visszaesés, a jóléti államok alkonyának előérzete kényszeríthette ki az általam globális jelenségként értelmezett Európai (Monetáris) Unió létrejöttét is, amelyhez hazánk 2004. május 1-jén csatlakozott. Ekkor tizenöttről huszonötre növekedett a szövetséget alkotó országok száma.

3.1. A maastrichti szerződés: a liberalizmus deklarációja

Az Európai Uniót megalkotó szerződést 1992. február 7-én írták alá a dél-hollandiai Maastricht városában, és a tagállamokban történt ratifikációkat követően 1993. november 1-jén lépett életbe. Monetáris unió, azaz a tagországok összefonódásának igen magas foka, amely feltételezi a valutaárfolyamok végleges rögzítését és a tagállamok közös pénzpolitikáját.

„Az európai integrációs elmélet a monetáris integráció szervezeti keretének Gazdasági és Monetáris Uniót (Economic and Monetary Union – EMU) tekinti. Ez vonatkozik a

monetáris integrációt megcélzó 1971-es Werner-tervre és az 1992-es Maastrichti Szerződésre egyaránt.

- A monetáris integráció fontos kritériuma a közös vagy az „egyetlen” valuta (common or single currency) bevezetése vagy létrehozása, s a gazdasági integráció ezzel egészül ki monetáris unióra. Az unió funkciói a „hatékonyság” és a „stabilizáció” elérésére irányulnak. A gazdasági és monetáris unió szolgálhatja a politikai unió magvalósítását.

A gazdaság intézményeiben és működési mechanizmusában kardinális változások következnek be. A közös vagy egységes valutával ugyanis megszűnik a nominális árfolyamok változtatásának minden lehetősége, amivel a nemzeti makrogazdaság-politika egyik fontos, autonóm alkalmazkodási eszközét veszti el.

Az utóbbi években a tőkeáramlások liberalizálása, a pénzpiacok látványos bővülése és globalizálódása a valutapiacokat és az árfolyamokat rendkívül sebezhetővé tette. Naponta 880 milliárd dollár cserél gazdát a valutapiacokon.

Nő a tőkeáramlások szerepe, s az ebből származó mozgások távolról sem esnek egybe a kereskedelmi érdekekkel. „a gyakorlatban a valutakereskedelem 95%-ban a beruházók és a spekulátorok között folyik, s nem azok között, akik árukat és szolgáltatásokat adnak el.” (Palánkai 2001)

3.2. Az alapszabadságok

A közös piac lényegét a négy alapszabadság adja. Ezek: az áruk, a szolgáltatások, a tőke és a munkaerő szabad, akadálymentes áramlása a tagországok között. Mivel már a Római Szerződésben tervbe vett alapszabadságokat harminc év alatt sem sikerült megvalósítani, a bizottság javaslatot dolgozott ki az egységes belső piac létrehozására. Az ehhez előírt határidőre (1992. december 31.) három alapszabadság esetében teljesíteni tudták a vállalást, de a személyek szabad áramlása – elsősorban biztonsági okokból – még nem valósult meg.

3.3 Konvergencia kritériumok az EU-ban

Azon feltételek összefoglaló neve, amelyek alapján 1998 márciusában eldöntötték, hogy mely tagországok vehetnek részt az EMU harmadik szakaszában, az euró bevezetésében. A kritériumok az inflációra, a kamatlábra, a költségvetési deficitre, az államadósság arányára, valamint az árfolyam stabilitására írnak elő bizonyos mértékeket. (Madari 2002)

A maastrichti konvergencia kritériumok a következők. Árstabilitás: a fogyasztói árszint emelkedése a vizsgált évben 1,5 százaléknál jobban nem haladhatja meg a három legalacsonyabb inflációs rátájú tagállam átlagindexét. Kamatok konvergenciája: a hosszú lejáratú kamatláb a vizsgált évben két százaléknál többel nem haladhatja meg a három legalacsonyabb inflációval rendelkező tagállam átlagát, az államadósság a GDP három, az államadósság pedig a GDP 60 százalékát nem haladhatja meg.

4. MAGYARORSZÁG AZ EURÓPAI UNIÓBA TÖRTÉNŐ BELÉPÉSÉNEK IDEJÉN

Az utolsó, illetve az utolsó előtti helyet foglalhatja el hazánk a 2004-es gazdasági teljesítményét illetően az Európai Unióhoz májusban csatlakozott közép- és kelet-európai tagállamok között; Magyarország a gazdasági növekedés, az infláció, valamint az államadósság és az államháztartási hiány tekintetében is sereghajtónak bizonyul.

A felzárkózási számítások során alkalmazott gazdasági mutatók – infláció, költségvetési hiány, államadósság, a folyó fizetési mérleg hiánya, gazdasági növekedés üteme – tekintetében hazánk az utolsó, illetve az utolsó előtti helyet foglalja el az új tagállamok között.

A közép- és kelet-európai új uniós tagállamok gazdaságának alakulása 2004-ben

1. táblázat

Ország	GDP növekedése (%)	Infláció év/év (%)	Államházt. Hiánya GDP %-ában
Észtország	5,9	3,2	+0,4
Lettország	7,7	5,6	-2,1
Litvánia	7,3	0,5	-2,2
Lengyelország	6,1	2,3	-5,6
Cseho., Szlovákia	5,4	8,2	-3,9
Szlovénia	4,6	3,6	-1,7
Magyarország	4,0	6,9	-5,3

Forrás: összeállítás a HVG adattár alapján

Hazánkban a 2004-es deficit 1284,1 milliárd forint volt. Az államháztartás pénzforgalmi szemléletű hiánya tavaly a helyi önkormányzatok adatai nélkül kisebb lett a szeptemberben módosított, 1335,3 milliárd forintos tervnél, viszont nagyobb a 2004 tavaszán prognosztizált 1184,7 milliárd forintnál. A hiány a bruttó hazai termék (GDP) 6,3 százaléka.

A 2004-es év egészében az infláció 6,8 százalékos volt a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) szerint. (HVG adattár 2005.01.15)

Januárban az államháztartás hiánya 210 milliárd forintra várható (egy évvel ezelőtt 218,6 milliárd forint volt). A tárca prognózisa az első negyedévre 369,8 milliárd forintos hiány, szemben az egy évvel korábbi 434,7 milliárddal. Az államháztartás 2005-ös deficitje pedig várhatóan 1022,45 milliárd forint lesz, amelyhez az önkormányzatok 30 milliárd forintos hiánya jöhet hozzá. A kettő együtt a bruttó hazai termék 4,7 százaléka. (HVG adattár, 2005.01.15.)

A GDP növekedése 2004. I-IX. hó között 4,1%. A külkereskedelmi mérleg (millió euró, folyóáron) -4306,73. A fizetési mérleg (millió euró) -5302,0.

2005. január 17-én a MNB alapkamata 9,50%, az Európai Központi Bank (EKB) alapkamata 2%, a svájci jegybanki alapkamat 1,25%. (HVG adattár 2005. 01. 22)

A nemzetgazdaság bruttó külföldi adóssága tavaly szeptember végén 54,3 milliárd, a nettó 24,8 milliárd euró volt, az előbbi 6 milliárd, az utóbbi 3 milliárd euróval haladta meg a 2003 decemberi értéket. Ezen belül az államháztartás és a Magyar Nemzeti Bank bruttó adóssága 22,7 milliárd, nettó adóssága 11,6 milliárd euró, a jegybanki tartalékok értéke 10,5 milliárd euró volt.

Hazánk államadóssága 2004 végén meghaladta a 11 796 milliárd forintot – derül ki a Pénzügyminisztérium (PM) tájékoztatójából, amely szerint 2004-ben 888 milliárd forint kamatot törlesztettünk.

Az államadósság finanszírozási igénye is megugrott, hiszen a 2003-as kétmilliárd és a 2004-es hárommilliárd eurós finanszírozás után 2005-re már 3,5 milliárd euró (mintegy 865 milliárd forint) összegű kötvénykibocsátásra lesz szüksége hazánknak ahhoz, hogy finanszírozni tudja a költségvetés hiányát.

Az Európai Unió (EU) az államadósság GDP-arányos mértékét veszi figyelembe. Ez a mutatószám a 60 százalékos maximumérték alatt van: tavaly 59,4 százalékot tett ki. (Szabó E. 2004)

„A magyar állam belső államadósságai és külső eladósodási gondjai közepette pótlólagos fejlesztési és üzemviteli forgóalap-feltöltési források tömeges, kedvezményes mértékű biztosítására nem volt képes. Ma már nyilvánvaló, hogy az állami vagyon értékesítésének körülményeiben is döntő tényező volt a privatizációs bevételszerzési érdek, amely elsődlegesen a költségvetési hiány növekedését ellensúlyozta volna, elméletileg.

Furcsa jelenség, hogy az állam, amikor vagyonának eladását megkezdte, akkor is deficitesebb költségvetésű és a Nyugat felé eladósodott volt, amikor pedig az eladási folyamat már a

végéhez közeledik, s lassan lezárul, mert már szinte mindent eladtak, akkor is deficités a központi költségvetés. Az államadósság pedig 32 milliárd dollár fölé emelkedett már. Napjainkban mind a külső, mind a belső államadósság többszöröse a nyolcvanas évek végén kimutatottnak, viszont a még eladható vagyon jószerével elfogyott.

A Magyarországon megtelepült nemzetközi nagyvállalatok üzletpolitikája és üzleti elvárásai számos ponton eltérnek a magyar kormányok elvárásaitól. A tőkerempatriálás rejtett és nyílt csatornákon folyik tovább.” (Lentner 2005)

Döntéshozóink kezében van sorsunk jobbra fordításának lehetősége, de a felelősség is. Felelős a törvényalkotó, aki a lehetőségét teremti meg szerződések megkötésének, másrészt felelős a kártékony alkuk, megállapodások létrehozója, aki ezekkel tömegeket készít munkanélküliségre, elszegényedésre, deprivációra. Hazánkról a szociológusok mint 3 millió szegény országaról beszélnek. S a szakadék szegény és gazdag között exponenciálisan növekszik, csakúgy, mint az USA-ban, ahonnan a neoliberais gazdaságpolitika beáramlott Európába.

4.1. Az egészségügyre fordított aggregált kiadások

Az a tény, hogy adott ország GDP-jének hány százalékát fordítja egészségügyére, valójában önmagában nem sokat mond.

Eleve a GDP számítása forrásfüggő: Magyarországon is kaphatunk adatot a KSH-tól, PM-től, Gazdasági Versenyhivataltól, ismertek a Világbank, az OECD adatsorai etc.

Fentebb már utaltam hazánkban az 1 főre jutó GDP-re, azonban mindjárt másként értékeljük a mutatót, ha figyelembe vesszük, hogy "a nemzetközi cégeknek magas a részesedési aránya a GDP növekedést megalapozó export tevékenységben. A magyar exportban világviszonylatban is kiugró, 65%-os értéket képviselnek a nemzetközi nagyvállalatok, míg a hasonló fejlettségű Csehországban mindössze 15%-ot. Finnországban pedig csak 9%-ot". (Lentner)

A GDP elemzésével párhuzamosan értékelhetjük a nemzeti egészségügyi kiadásokat, mindkettő rendkívül komplex mutató, hiszen egyiket sem lehet önmagában szemlélni: a jelen egészségügyi ráfordításainak értékét befolyásolják a múlt széleskörű felhasználásai: hány

kórház, praxis milyen struktúrával áll rendelkezésre (gyógyszerkincs és disztribúció, prevenció és kuráció, járó és fekvőbeteg-ellátás aránya, szakmai protokollok, finanszírozási technikák, etc.) Az ország egészségügyi-, egészségvédelmi kultúrája, az egyének szociális, pszichés állapota, az infrastruktúra, a környezetszennyezés, a környezeti és genetikai hatások önmagukban is eltérő értékre állítanak be ugyanazt a ráfordítást. Ceteris paribus: " Az egészségügy színvonaláról árulkodik az e célra fordított állami kiadások GDP-hez viszonyított hányada, amely nálunk 6,8 %. Az EU 15 tagállama közül 12-ben magasabb ez az arány, és mindössze egy EU-tag fordít a miénknél kisebb hányadot az egészségügyre. E kiadások egy lakosra jutó összege - tényleges vásárlóerő alapján - Magyarországon 640 USD volt 2000-ben. Ennél minden uniós országban magasabb volt ez az összeg."

"A finanszírozás terén eltérő problémák jelentek meg a közép-, kelet-európai és a közép-ázsiai volt szocialista országok között. A gazdasági válság, a csökkenő GDP, a kétháromjegyű infláció, a piac túl korai, hatékony szabályozók nélküli liberalizálása jelentős gondot okozott különösen a Szovjetunió volt tagországaiban, hisz Grúziában, Örményországban és egyes közép-ázsiai országokban az egy főre jutó egészségügyi kiadás átmenetileg a Világbank által ajánlott minimálisan szükséges 12 USD PPP értéket sem érte el." (Vincze Z. 2001)

4.2. Egészségügyi mutatóink az EU árnyékában

Sokkal többet mondanak adott ország egészségügyi állapotáról az olyan output jellegű egészségügyi mutatók, mint a csecsemőhalálozás, születéskor várható élettartam, minőségi életevek aránya.

Magyarország területe 93.030 négyzetkilométer, lakosainak száma 10.106.017 fő (2001. júliusi becslés).

Magyarországon az egy főre jutó GDP összege 4605 USD volt 2000-ben, és ugyanebben az évben a GDP 6,8 százalékát fordították egészségügyi kiadásokra.

Magyarországon a rendszerváltásig alulfinanszírozott, központosított állami egészségügyi rendszer működött. Azóta a reformfolyamatok eredményeként decentralizált, társadalombiztosításon alapuló egészségügyi rendszer jött létre, amelynek további

jellemzői: az önkormányzat és állami tulajdon dominanciája melletti vegyes tulajdoni viszonyok, a szolgáltatások állami felügyelete és a közfinanszírozás meghatározó szerepe. Magyarország lakosságának egészségi állapota rossz, a halálozási adatok Nyugat-Európa országainak adataihoz képest igen kedvezőtlenek. A nők születéskor várható élettartama 2001-ben becsült adatok szerint 76,3 év, a férfiaké pedig 67,28 év, messze elmaradva az EU átlagától. A 2001-ben elfogadott, majd 2002-ben újra deklarált 10 évre szóló népegészségügyi program megfogalmazza azokat a célkitűzéseket és az elérésükhöz szükséges lépéseket, amelyek kedvezőtlen helyzet javulását eredményezhetik.

A keringési rendszer betegségei által okozott halálozás

(100 ezer lakosra)

	1998	1999	2000
Magyarországon	586,48	588,45	548,40
EU átlag	266,82

Az ischaemiás szívbetegségek által okozott halálozás

(100 ezer lakosra)

	1998	1999	2000
Magyarországon	255,92	254,11	238,48
EU átlag	107,57

Daganatok által okozott halálozás

(100 ezer lakosra)

	1998	1999	2000
Magyarországon	284,05	284,55	278,76
EU átlag	187,60

A légzőrendszer betegségei által okozott halálozás

(100 ezer lakosra)

	1998	1999	2000
Magyarországon	43,68	50,89	42,17
EU átlag	56,81		

Balesetek, mérgezések által okozott halálozás

(100 ezer lakosra)

	1998	1999	2000
Magyarországon	92,62	92,34	84,93
EU átlag	41,60

Forrás: WHO/Europe, HFA Database

Fentiek alapján arra a következtethetünk, hogy az állampolgárok fizikai illetve pszichés állapota az egyik meghatározó tényező egy ország életében, jelentősen befolyásolja a gazdasági és politikai fejlődést. A lakosság rossz egészségi állapota túlzott terheket ró az egészségügyre, s akadályozza az ország gyarapodását.

Az Európai Bizottság 1999. júniusában közzé tett jelentése szerint a lakosság egészségi állapota a felvételre váró országok többségében rosszabb, mint az Európa Unióban. A születéskor várható élettartam elmarad az uniós tagállamoktól, s egyes krónikus betegségek gyakorisága szintén nagyobb a tagjelölt országokban. A kedvezőtlen egészségügyi mutatók részben az ismert kockázati tényezőkkel (dohányzás, a helytelen táplálkozás, az egészségtelen életmód, a környezetszennyeződés) magyarázhatók. A pénzügyi nehézségek, a jövedelemkülönbségek, a szociális egyenlőtlenség fokozódása, a bűnözés terjedése, a kábítószer fogyasztás növekedése szintén kedvezőtlen hatású. A környezetvédelem hiányosságai következtében érvényesülő káros környezeti hatások tovább rontják a lakosság egészségi állapotát. A csecsemőhalálozás értéke magasabb az uniós átlagnál, bár a különbség mérséklődni látszik. Sok öngyilkos és magas a balesetek száma is.

Az immunizálás/vakcináció szintje csökken, egyes fertőző betegségek, mint pl. a tuberkulózis és a szifilisz gyakorisága növekszik. Az AIDS esetek incidenciája a jelölt országokban továbbra is alacsonyabb, mint az Unióban, azonban egyes országokban a nemi betegségek előfordulása és a HIV fertőzések aránya gyorsan emelkedik.

A sürgősségi betegellátás lehetőségei, eszköztára, felszereltsége nem kielégítő.

Az egészségügyi dolgozók kedvezőtlen társadalmi és gazdasági helyzetéből fakadóan nemkívánatos munkaerő vándorlás következhet be a csatlakozás után.

A lakosság száma a 2004-ben felvett országokban általában nagyon lassan emelkedik, vagy éppenséggel csökken. Az abortuszok száma két-háromszorosa az uniós országok-beli

értékeknek. A háttérben szociális problémák, az egészségnevelés és családtervezés hiányosságai állnak. Hosszú távon ez a tendencia a lakosság elöregedéséhez vezet, hasonlóan az Unió államaiban tapasztalhatóhoz.

A felvételre váró országokban gazdasági és politikai átalakulás zajlik. Ebben az átmeneti helyzetben, amikor a társadalom alapvető rendje, a szokások, az értékek átértelmeződnek, kicserélődnek, fokozatosan, vagy viharos gyorsasággal átalakulnak, az egészség és az egészségügy nem élvez prioritást. Bár mindegyik országban hozzáláttak bizonyos egészségügyi reformok végrehajtásához, hiányzik a világos, korszerű népegészségügyi koncepció, amely megfelelné az egészségügyi rendszer előtt álló feladatoknak, kihívásoknak.

Az egészségügyi ellátás biztosítására rendelkezésre álló anyagi források elégtelenek. A 2004-ben felvett országok az amúgy is viszonylag alacsony GDP-jüknek átlagosan mindössze 4,5 %-át fordítják az egészségügyre, szemben az Unió tagországaival, ahol ez az arány 8,5 %. Az egy főre jutó tényleges egészségügyi kiadások átlaga 400 Euro alatt marad, míg az Unió tagállamaiban ugyanez az összeg 1600 Euro körül mozog.

Az egészséggel kapcsolatos problémák kezelésében, megelőzésében viszonylag kis mértékben vesz részt a civilizált társadalom, hiányoznak a megfelelő intézetek, szervezetek, társaságok, szövetségek.

Az Európai Bizottság jelentése javaslatokat is tartalmaz a felsorolt nehézségek megoldására, a kedvezőtlen hatások ellensúlyozására.

- Támogatni kell a csatlakozásra váró országoknak az Unió népegészségügyi programjaiban való részvételét.
- Támogatni kell a fertőző betegségek terjedésének megakadályozását és megelőzését szolgáló eszközök, eljárások fejlesztését. A csatlakozásra váró országok minél előbb vegyenek részt az Unió betegségmegelőző/felügyelő hálózatának munkájában.
- Meg kell határozni, hogy a tagállamok és a csatlakozásra várók közötti együttműködés során mely kérdéseknek kell elsőbbséget élvezniük. E célból rendszeres találkozókat kell szervezni a csatlakozás különféle egészségügyi vonatkozású problémáinak megvitatására, meg kell állapítani az együttműködés prioritásait, és információt kell cserélni az anyagi források elosztása és a beruházások

szempontjából lényeges prioritásokról is.

- Az Unió szakértői csoportjaiba lehetőség szerint be kell vonni a csatlakozásra váró országok szakértőit is.
- Elő kell segíteni a határ-menti együttműködést (pl. környezetvédelmi, továbbá a fertőző betegségek terjedésének megakadályozását és megelőzését szolgáló intézkedések, drága orvosi berendezések közös használata stb.)
- Fejleszteni kell az egészségügyi kutatást, beleértve a csatlakozással kapcsolatos kérdések vizsgálatát is, és ösztönözni kell az egészségügyi információs rendszerek és technológiák használata közben nyert tapasztalatok cseréjét.
- Támogatni kell a csatlakozásra váró országok szakértőinek az EU egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos kutatásaiban, nevezetesen a "Quality of life and management of living resources" és a "Creating a userfriendly information society" programjaiban való részvételét.
- Elő kell segíteni a tagországok és a csatlakozásra várók egészségügyben aktív civilszervezeteinek az együttműködését.
- A csatlakozásra váró országoknak akciótervet kell készíteniük, amely tartalmazza a legfőbb egészségügyi problémákat, a prioritásokat, a tervezett intézkedések fő irányvonalát, egyes lépéseit. Jelentést kell készíteni a lakosság egészségi állapotáról.
- A csatlakozásra váró országoknak, amellet, hogy az uniós joganyagot be kell építeniük a saját jogrendszerükbe, létre kell hozniuk a törvények, előírások betartását biztosító infrastruktúrát is.

Az EU hozzáállását az egyes országok egészségügyéhez úgy értékelem, hogy abban előbbre való a társadalom, az országok egészségének a védelme az egyénnel szemben. Prioritás ezért a devianciák, a fertőzések vagy élelmiszerbiztonság, előbb ad támogatást csatornahálózat fejlesztésére, útépítésre, környezetvédelemre mint például kórházépítésre. Ennek háttérében nyilván a szabadságjogok érvényesülésének biztosítása áll, bár egyben a prevenciót is szolgálják ezek a prioritások. Prioritás az EU értelmezésében: amiben van gazdasági fantázia! (WHO 2002)

Az egyes országok vonatkozásában az EU a szubszidiaritás doktrínáját hangoztatja, ez annyit jelent, hogy a tagállamok lehetőleg saját maguk erejéből, saját eszközeikkel, minél kisebb közigazgatási körben oldják meg szociális és egészségügyi problémájukat.

„A modern gazdaságok a jó egészségre épülnek. Versenyképességük egyre inkább attól függ, mennyire teszik képessé polgáraikat arra, hogy egészségesebb, termelékenyebb életet éljenek.” - vallotta David Byrne, a korábbi egészségügyi EU-biztos.

Mindenesetre a 2002-es Európai Betegjogi Charta tizennégy pontja a többi között rögzíti: a pácienstel pontosan közölni kell, milyen állapotban van, a róla hozott döntésbe lehetőleg be kell vonni őt, joga van a panaszhoz és adott esetben a kártérítéshez. A leendő EU-alkotmányba csupán a betegjogi charta leegyszerűsített tömörítettvénye került be. (Szócs L. 2005)

5. FORRÁSALLOKÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

5.1. Források: a gazdasági növekedés négy faktora – közgazdasági megközelítés

A gazdasági növekedés az életszínvonal hosszú távú alakulásának kulcstényezője. Egy ország gazdasági sorsa a potenciális kibocsátók növekedésétől függ hosszú távon.

A gazdasági növekedés az ország potenciális GDP-jének vagy nemzeti kibocsátásának bővülését jelenti, tehát akkor megy végbe gazdasági növekedés, ha kitolódik az ország termelési lehetőségeinek határa (PPF). Az egy főre jutó kibocsátás növekedése határozza meg a lakosság életszínvonalának növekedési ütemét.

A gazdasági növekedés 4 faktora:

- Az emberi erőforrások
- A természeti erőforrások
- A tőkefelhalmozás
- A technológia

A növekedési tényezők összefüggéseit az aggregált termelési függvény (APF) adja meg, amely összekapcsolja a nemzeti kibocsátását a ráfordításokkal és a technológiával.

$Q = AF(K, L, R)$, ahol Q = kibocsátás, K = a tőke termelő szolgáltatásai,

L = munkaráfordítások, R = természeti erőforrás ráfordítások,

A = a technológia színvonala a gazdaságban, F = a termelési függvény jele.

Ahogy bővülnek a tőke-, a munka- és a természeti erőforrás-ráfordítások, úgy növekszik a kibocsátás, ugyanakkor a termelési tényezők egyikének vagy másikának a pótlólagos ráfordítása valószínűleg csökkenő hozadékat eredményez: a csökkenő skáláhozadék törvénye.

A technológia multiplikátor-szerűen fokozza, esetleg sokszorozza a ráfordítások termelékenységét. A termelékenység a kibocsátásnak és ráfordítások súlyozott átlagának arányát mutatja. Ha fejlődik a technológia (A) új találmányok vagy külföldről átvett termelési eljárások segítségével, akkor ez lehetővé teszi az ország számára, hogy azonos ráfordítással nagyobb kibocsátást érjen el. (Samuelson 2000)

Az aggregált kibocsátás és az árszint összefüggése az aggregált kínálat, valamint az aggregált kereslet összekapcsolódásán át a változások visszahatnak a kibocsátásra és az árakra a gazdaságban. Az aggregált kínálat mögött a vállalatok ármeghatározó viselkedése húzódik meg.

Az árelfogadó ágazatokban – a mezőgazdaság különösen jó példa erre – a vállalatok az árakat adottnak veszik, Európai Unió: intervenciós árak. Az árakat nem az egyes termelők rögzítik, hanem a piacteremtők, az árjegyzők alakítják ki tőzsdékre emlékeztető piacokon. A kereslet növekedésével ezek a kereskedők azonnal emelik az áraikat, s a vállalatok addig a mértékig futtatják fel a termelést, amíg az emelkedő költségek miatt már nem érdemes további bővítésre gondolni.

Más ágazatokban a vállalatok számára nem eleve adottak a piaci árak, ezek a cégek ármeghatározó pozícióban vannak. Ezt piaci hatalmuk teszi lehetővé. Ilyenek például az internetes szolgáltatók, telefontársaságok, kórházak, bár árkalkuláció mozgásterének határokat szab a kereslet, mégis rendelkeznek az árak alakításának bizonyos lehetőségeivel. Az árakat természetesen profitjaik maximalizálására törekedve alakítják ki, s konkrét árak költségeiktől függenek.

A kereslet növekedésével az ármeghatározó vállalatok először kibocsátásukat növelik. A bővülő kibocsátás miatt azonban növekednek költségeik, a ezért végül áraikat is növelniük kell. Az árelfogadó és ármeghatározó ágazatokban tehát a kereslet megnövekedése egyaránt nagyobb kibocsátást eredményez és magasabb árakhoz vezet. Az áremelkedés mértéke mindkét esetben a költségek alakulásától függ. A költségeket pedig a munka, a tőke, a természeti erőforrások és a technológia határozzák meg. (Kohn 1998)

5.1.1. Emberi erőforrások

A munka, mint termelési tényező jelentheti a dolgozók létszámát és a munkaerő készségeit. A demográfusok előrejelzése szerint a következő huszonöt esztendő alatt mintegy 1,5 milliárd fővel gyarapítják a világ népességét a szegény országok, míg a magas jövedelmű országok talán 50 millió fővel számolhatnak majd többet.

A népesség növekedésével emelkedik a nemzeti termék is, a kibocsátás azonban már lassabban nő, mint a népesség, mert minden egyes munkásra egyre kevesebb munkalehetőség jut és érvényesülni kezd a csökkenő hozadék törvénye.

További szempont, hogy a dolgozók száma, mint erőforrás és a potenciálisan foglalkoztathatók, valamint a lakosság összlétszáma közt nem teljes az összhang. A potenciális foglalkoztatás a foglalkoztatott munkaerő mennyisége abban az esetben, ha mindazok megfelelő munkát találnak, akik az érvényes bérek mellett hajlandók dolgozni.

A munkanélküliség természetes rátája abból adódik, hogy állandóan új munkások lépnek be a munkaerőpiacra, a munkahelyek között pedig bizonyos mértékű munkaerőmozgás érvényesül. A munkanélküliségnek azt a szintjét, amely megfelel a szóban forgó természetes keresési folyamatnak, a munkanélküliség természetes rátájának nevezzük. A munkanélküliség természetes rátája mellett a foglalkoztatás potenciális szinten van.

A magyarországi 56,6 százalékos foglalkoztatási ráta jobb az uniós tagállamok 55,9 százalékos átlagánál, a régi tagállamok 64,3 százalékos foglalkoztatási szintjétől viszont számottevően elmarad. Néhány régi tagállamban a munkaképes korú lakosság igen nagy százaléka foglalkoztatott, ez megemeli az átlagot. Így például Dániában a foglalkoztatási szint eléri a 75,9 százalékot.

A munkanélküliségi ráta – a munkanélküliek és a gazdaságilag aktívak aránya – Magyarországon 6,3 százalék, ez a régi tagállamok 7,7 százalékos átlaga alatt van, s messze elmarad az új tagországok 14,8 százalékos mutatójától. A régi tagállamok közül Spanyolországban a legmagasabb a munkanélküliség, több mint 11 százalék, az új tagok rangsorában Lengyelország az utolsó, ahol a munkanélküliség csaknem 20 százalékos. A statisztikák az aktivitási rátákat is összehasonlítják. Ez a mutató azt fejezi ki, hogy a munkaképes korú lakosság hány százaléka tartozik a foglalkoztatottak és munkanélküliek,

azaz a gazdaságilag aktívak közé. A magyarországi aktivitási ráta 60,1 százalék, azaz a munkaképes korúak alig több mint a fele szereplője foglalkoztatottként vagy munkanélküliként a legális munkaerőpiacnak. Ez a legalacsonyabb ráta az új tagállamok között. (MTI 2005)

A munka, mint termelési erőforrás tényező másik összetevője a dolgozók létszáma mellett a munkaerő készségei.

A munka minősége a dolgozók képzettsége, ismeretei, fegyelme a gazdasági növekedés legfontosabb tényezője.

Bármely ország megveheti a legmodernebb távközlési eszközöket, számítógépeket, de csak szakképzett és felkészült munkaerővel lehet hatékonyan felhasználni és karbantartani e tőkejavakat.

Az emberi erőforrások mennyisége mellett tehát annak minősége is meghatározó: az alacsony csecsemőhalandóság párhuzamosan jelzi a felcseperedő gyerekek testi-lelki-szellemi környezetét is, az egészségesen fejlődő, racionálisan integrálódott, szaktudást birtokló ifjú később GDP-t termel és járulékot fizet, így kapcsolódik be a nagy gazdasági körforgásba, az arra gyakorolt pozitív hatásával.

Láthatjuk tehát a humánerőforrás reprodukciójának feltétel rendszerét: a családi otthon, mint a születendő gyermek fészke, a munkát vállaló szülők, egészséges életmód és táplálkozás biztosítása kisdédkorban, majd az óvodában, végül az iskolai képzés felépítménye együttesen fontosak és meghatározóak egy hosszú távú befektetésben: a gyermekvállalásban és nevelésben, mely adott nemzet jövőjének biztosítója.

„Európában az egyik legkedvezőtlenebb demográfiai helyzet mind a mennyiségi, mind a minőségi jellemzők alapján Magyarországon alakult ki. Csökkenő népesség szám, alacsony várható élettartam, alacsony születési szám. Különösen a férfiak esetén figyelhető meg rendkívüli, a szokásos tendenciákkal ellentétes irányú változás az életkilátásokban. A több mint 35 éven keresztül folyamatosan várható élettartam csökkenés csak egy-két éve állt meg.” (Bognár-Fecske 2002)

5.1.2. Természeti erőforrások

A természeti erőforrások olyan aktíváknak tekinthetők, amelyek ugyan termeléssel nem szaporíthatóak, de termelő szolgáltatásokat nyújtanak. Tehát a természet olyan emberi beavatkozások nélkül keletkezett adományai, amelyeket a gazdasági vállalkozások az output-jószágok előállításánál során hasznosíthatnak. A föld és a víz nélkülözhetetlen a mezőgazdaság és a turisztikai ágazat számára, a feldolgozóiparnak nyersanyagokra van szüksége, az energia pedig mindenfajta termeléshez elengedhetetlen. A kibocsátás növeléséhez egyre több természeti erőforrásra van szükség, s a több erőforrás csak egyre nagyobb költségek révén biztosítható. Az erőforrások elérhetőségében bekövetkező változások – gondoljunk például az olajkibocsátás OPEC általi korlátozására – közvetlen és döntő hatást gyakorolhatnak a költségekre.

Ezen erőforrások – amelyeket együttesen a közgazdaságban a termőföld gyűjtőfogalom alá szokás besorolni – az ember által készen talált alakjukban potenciális inputtényezők és szűkösen rendelkezésre álló mennyiségű, mikroökonómiai szempontból külső adottságként kezelendők.

Közgazdasági problémaként felhasználásuk mértéke, üteme, illetve megőrzésük, tartalékolásuk kérdése jelentkezik.

A természeti erőforrások felosztása:

- Használatuk révén nem kimeríthetőek, pl. a nap vagy a szél energiája
- Kimeríthető erőforrások
 - megújíthatók: pl. az élőlények; növénytermesztés, állattenyésztés
 - nem megújíthatók: olajkészletek, ásványi kincsek (Kopányi, 2000)

5.1.3. A tőkeerőforrások

A tőkejavak korábbi termelési folyamatok eredményeként létrejött tényezők, melyek közvetlen célja outputjaik révén újabb termelési folyamatok szükségleteinek a kielégítése.

Két fő csoportjuk: a reáltőke és a nominális tőke. (Kopányi 2000)

5.1.3.1. A reáltőke gyárat, épületeket, gépi berendezéseket, alap- és segédanyagokat, raktári készleteket jelent, ezért fizikai tőke-jószágnak is nevezik.

Hosszabb időszakok beruházásai határozzák meg, hogy mennyi egy gazdaságban a rendelkezésre álló fizikai tőke összes mennyisége, mekkora a gyárak és a gépi berendezések állománya. Nehéz gyorsan megváltoztatni ezt a mennyiséget. A tőke megléte fontos költségtényező. Ha a tőkeberendezések már teljes kihasználtsággal működnek, a kibocsátás fokozásához további költséges intézkedésekre – például egy éjszakai műszak beállítására – lehet szükség. Ha viszont van kihasználatlan kapacitás, akkor a kibocsátás viszonylag kis költséggel felfuttatható.

A tőke kihasználásának mértékét kapacitás-kihasználtsági rátának nevezzük. Hasonlóan a munkaerő esetéhez, a tőke teljes kihasználtsága sem jelenti azt, hogy nincsenek tétlen gépek vagy berendezések. A tőkeállomány egy része – karbantartási vagy egyéb munkálatok elvégzése miatt – többnyire áll.

Az országoknak az informatikai hálózat kialakítása előtt ki kell építeniük infrastruktúrájukat, azokat a nagyszabású létesítményeket, intézményeket, amelyektől a piacgazdaság sorsa függ. Ilyen például a piacokat összekapcsoló úthálózat, közegészségügyi rendszer, oktatás, jog- és rendvédelem. E közjavakban rejlő társadalmi hasznot a vállalatok nem tudják realizálni, ugyanakkor megteremtésükre is képtelenek lennének. Az infrastrukturális eszközök oszthatatlansága és külső hatásai miatt a kormányzatnak kell megvalósítania vagy megépíttetnie a szükséges létesítményeket.

5.1.3.2. A nominális, azaz a **pénztőke** és az eltérő kockázatú és lejáratú **értékpapírok** különböző tulajdonosi jogokat jelenthetnek, azaz képezhetnek kölcsöntőkét is. A modern gazdaságok tőkepiacának a kölcsöntőkepiac a legfontosabb, a gazdaság egészének működése szempontjából is meghatározó jelentőségű részpiaca. A nemzetek felett irányító tőke országok sorsát meghatározó szerepe vitathatatlan.

Tőkepiacnak a hosszú távú hitelfelvétel és hitelezés piacát nevezzük, melyen- hasonlóan a pénzpiachoz – közvetlen és közvetett hitelezés egyaránt zajlik. A közvetlen hitelezés a szervezett pénzügyi piacokon bonyolódik, a közvetett hitelezés pedig a különféle pénzügyi közvetítők közbenjárásával valósul meg.

A tőkepiaci értékpapírok két alapvető típusa a részvények és a kötvények. Mindkettő a hosszú futamidejű értékpapírok csoportjába tartozik.

A kötvény megvásárlásakor a befektető lemond pénzéről azon ígéret fejében, hogy adott jövőbeli időpontokban meghatározott összegeket kap kézhez. Az ilyen kifizetések rendszerint félévenkénti kamatfizetéseket, illetve lejáratkor a névérték visszafizetését jelentik.

A részvények előre nem megállapított összeget nyújtanak. A részvényvásárláskor a befektető pénzt ad azért, hogy részesüljön az üzleti vállalkozás jövőbeni profitjaiból.

A befektető osztalékot kap, s előfordulhat az is, hogy a részvény értékének emelkedésével árfolyamnyereségre (tőkenyereségre) tesz szert. Általában véve a részvény birtoklása tulajdonosi jogok gyakorlására is feljogosít, így például szavazati jogot képvisel a vállalat igazgatótanácsának megválasztásakor.

A tőkepiac legfontosabb hitelfelvevői az üzleti vállalkozások, a háztartások és a kormányzat. Utóbbi olyan infrastrukturális fejlesztésekre igényelhet forrásokat, mint az utak, hidak, iskolák, kórházak.

Valamennyi hosszú futamidejű pénzeszköz egyik jelentős forrása a háztartási szektor. A háztartások pénzüket fordíthatják vagy közvetlenül részvények és kötvények vásárlására, vagy - vagy közvetett hitelezői szerepkörben – megvásárolhatják pénzügyi közvetítők kötelezettségvállalásait. A pénzügyi közvetítők az így nyert forrásokat hosszú lejáratú értékpapírokba fektethetik. A tőkepiac alapvető pénzügyi közvetítői az életbiztosítók, a nyugdíjalapok, a befektetési társaságok és a takarékinézetek. A bankok többnyire ki vannak zárva a hosszú távú piacról. A banki szféra szabályozása arra szolgál, hogy a bankok ne juthassanak be a tőkepiacra. A bankoknak azonban itt is sikerült kialakítaniuk bizonyos mértékű mozgásteret.

A kötvénypiacon a biztosított, azaz fedezet melletti hitel/kötvényügylet mögött fedezetként valamilyen vagyoneszköz áll, szemben a fedezet nélküli hitel/kötvénnyel ahol az adós általános fizetőképessége áll a kölcsönfelvétel mögött. Ha az adós nem fizet, akkor a hitelező csődeljárást kezdeményez, és az adós vagyoneszközeit eladják. A fedezet nélküli hitelügyletek lehetnek a hosszú távú bankhitellel párhuzamba állítható zártkörű kibocsátások illetve nyilvános kibocsátás. A kibocsátott fedezet nélküli kötvényeket adósleveleknek nevezzük és teljes forgalmazásukat aláíró (jegyzésgarantáló) pénzügyintézet végzi. Ez befektetési bank vagy befektetési bankok szindikátusa.

Államok és helyi önkormányzatok által kibocsátott kötvények az ország településeinek infrastrukturális beruházásainak finanszírozására szolgálnak. Típusaik:

- Általános kötelezettségvállalási kötvények mögött a kibocsátó hatóság adószedési jogosultsága áll. Ez az adósság általános adóbevételekből fizethető vissza.
- A bevételi kötvények az általuk finanszírozott beruházások bevételeiből fizethetők vissza.

A tőkepiaccal szemben a **pénzpiacok** a rövidtávú és közvetlen hitelek pénzügyi piacát nevezzük. A rövid távú hitelek egy évnél rövidebb lejáratú instrumentumokat jelölnek, ezen a piacon a legfontosabb pénzügyi közvetítő a kereskedelmi bank. A közvetlen hitelnyújtás számos állandó költsége – az információfeldolgozás, a minősítő ügynökségeknek és aláíró cégeknek fizetett díj – jórészt oszthatatlan. E költségek nagyjából ugyanannyit tesznek ki nagy és kis hitelösszeg, háromhavi vagy harminc éves kölcsön esetén.

Az állandó költségek tehát aránytalanul nagy terhet jelentenek a kis hitelek esetében. A közvetlen hitelfelvétel ezért a rövid futamidőkben a kölcsönszerzés viszonylag költséges útja, hacsak nincs jelentős összegekről szó.

Rövid távú hitelezőkként a bankok természetes előnyként hitelkeret biztosításával folyamatos üzleti kapcsolatot létesíthet adós ügyfelével szemben. Mivel a hitelező nem változik, az információs és szerződési költségeket csak egy alkalommal kell megfizetni.

A folyamatos üzleti kapcsolatnak további előnye lehet, hogy a forgótőke finanszírozására felvett rövid távú hitelek esetében általában nem kötnek ki hitelbiztosítékot, mint ahogy az állótőkére fordított hosszú távú hitelezés során szokásos.

A bankok továbbá előnyösebb feltételek mellett teremthetik elő a rövid távú hitelek kihelyezéséhez szükséges pénzeket. A gyűjtött betétekből pool-okat hoznak létre, a náluk elhelyezett pénz így megőrzi likviditását. A bankbetét ezért különösen vonzó pénzhelyezési forma a rövidtávon hitelezők körében. (Kohn 1998)

A súlyosan eladósodott országokban egy évtizedig tartott a kiigazítás folyamata, mely alatt lassult a kibocsátás növekedési üteme és csökkentek a reálbérek, privatizációkat hajtottak végre és kiépítették a szabadpiacot. Hazánkban is megfigyelhetők ezek a folyamatok, melyek eredményeként Lámfalussy Sándor az Európai Unióba magasan integrált országról beszél, Lentner Csaba pedig külső fundamentumokra épített, azok által irányított gazdaságról. (Lentner 2001)

5.1.4. Technológiai erőforrások

A technológia multiplikátor szerűen fokozza, esetleg sokszorozza a ráfordítások termelékenységét. A termelékenység a kibocsátásnak és ráfordítások súlyozott átlagának arányát mutatja. Ha fejlődik a technológia (A) új találmányok vagy külföldről átvett termelési eljárások segítségével, akkor ez lehetővé teszi az ország számára, hogy azonos ráfordítással nagyobb kibocsátást érjen el.

5.2. Erőforrások az egészségügyben

Az egészségügy működése, azaz az egészségügyi szolgáltatások előállítása során az egyes szintek bonyolult, kvázi sztochasztikus kapcsolatban vannak egymással.

Tehát egy közgazdaságilag, orvos-szakmailag is jól leírható rendszerről van szó, mely szervesen kapcsolódik újabb és egyre nagyobb rendszerekhez: egyéb ágazatokhoz, illetve az egész államháztartáshoz, az adott ország társadalmi és természeti környezetéhez.

5.2.1. A humán erőforrás szerepe

„A magyarországi stratégiai gondolkodásban a humán tényezőknek az előzőekben bemutatott fontos szerepe sajnos még nem kapott kellő rangot. Ez nem független attól a négy és fél évtizedes rendszertől, amelyben a fejlődésünket meghatározó értékeink megítélésében komoly zavarok keletkeztek. Mivel a katonai és politikai szempontok primátusa minden más szempontot háttérbe szorított ekkoriban, ez a nemzetközileg elismert értékeket mellőzve olyan torz nemzetgazdasági struktúrát hozott létre, melynek valós torzulása még ma sincs teljesen feltárva, korrekciójához pedig csak a rendszerváltás után teremtődtek meg a feltételek, de a tudati és személyi korlátok, amelyek az előző négy évtized maradványai, még ma is komoly korlátokat jelentenek.

Ennek a korábbi ideológiának egyik jellegzetessége, hogy a modellben bemutatott *tercier szektor értékalkotó tevékenységét az előző rendszer nem ismerte el*, és értelemszerűen az egész tevékenység megítélése ennek a téves következtetésnek a nyomait szenvedti még ma is. Ebbe a kategóriába tartozik az egész humánszféra, köztük az egészségügy, ezen belül a kórházak működése.” (Fecske M. 2001)

5.2.1.1. A humán erőforrás képzése a magyar egészségügyben

Az egészségügyi szakképzés napjainkban ötödik nagy fejlődési periódusát éli át. Az első szakaszt az I. és II. világháború közöttre datálhatjuk, amikor is kialakultak a mai ápolói szakképesítések elődjai. Második periódusban alapján létrejöttek a szakiskolai, a szakközépiskolai képzések, a harmadik ciklust a szakosodások jellemezték. A negyedik periódus kapcsán az 1993. évi szakképzési törvény következményeként a szakképesítések egységes rendszerbe az Országos Képzési Jegyzékbe szerveződtek. Az ötödik fejlesztési korszakot napjainkban éljük át, mely mind filozófiájában, mind szerkezetében újat jelent: a moduláris szakképzést.

Azokat a közös tartalmakat, melyek minden egészségügyi képzésben megjelennek, alapmoduloknak nevezzük, az egészségügyi általános műveltséget közvetítik. Ezt követően ún. szakmacsoportokra oszlik az egészségügyi szakképzés.

A képzések célja továbbra is a kimeneti követelményeknek való megfelelés lesz, fontos állomása a szakmai vizsga, mely nem az ismereteket, hanem a kompetenciákat fogja mérni. (Vízvári)

A következőkben a Magyar Közlönyökből és a Magyar Statisztikai Évkönyvekből 1993-2004-ig megpróbáltam adatokat gyűjteni arra vonatkozólag, hogy mennyibe kerül pl. egy orvos képzése. Kiindulópontnak az éves Költségvetési törvények előirányzatait vettem, ez fejezi ki ugyanis a politikai szándékot: a költségvetésből az 1 főre számított normatívák alapján így 1993-ban 723.000 Ft, 2004-ben 3.270.000 jutott a gimnáziumi érettségi megszerzéséig a hallgatóra, indexálás nélkül. Az Oktatási Minisztérium fejezetből az Orvostudományi Egyetemre (dologi és járulékok nélkül számított személyi/bérkiadásokra) 1995-97 közt évente kereken 20 MRD Ft jutott (1995: 18.459,0; 1996: 19.967,0; 1997: 24.140,0 millió Forint), 1999-ben 41.606,5 millió Forintot allokáltak.

A többi években az Orvostudományi Egyetemekre elkülönített adatot egyelőre nem találtam, általában együtt szerepetek az egyéb egyetemekkel.

Évente általában 7000 általános orvos tanul az egyetemeken (SZOTE: 1342, POTE:1251, SOTE:2764, DOTE:1894, összesen 7251 fő 2001/2002-es tanév)

Számoljunk tovább a 1990-es évek végének adataival, mibe kerül egy orvos képzése!

I. Állami normatívák

II. A család hozzájárulása. Az állam és így a költségvetés átlagosan 40-45 %-ban vesz részt az oktatás, az új nemzedék oktatási és nevelési ráfordításaiban, míg a családok részesedése 55-60%-os. [Lakatos Gyula nyomán]

III. A gimnázium 4 és az egyetem 6 éve alatt kiesett 10 évre jutó minimálbérrel számolt kereset összege: kb. $12 \times 40.000 \times 10 = 5$ millió Forint

1999-ben a gimnázium 5 évében állami normatíva 540.000 Forint $\times 1,5$ (60% családi hozzájárulással számolva) = 810.000 Ft

40.000 millió jut orvosképzésre, 7000 hallgatóval számolva ez 5,7 millió Ft állami támogatás. Ezen évek alatt a család költsége $5,7 \times 1,5 = 8,55$ millió Forint.

Az érettségi megszerzéséig az állam költ 240.000 Ft-ot óvodára

664.000 Ft-ot iskolára

540.000 Ft-ot gimnáziumra

összesen: 1.444.000 Ft-ot

Mindent összevetve

Állam: 1.440.000

5.700.000

család: 810.000

8.550.000

kiesett : 2.000.000

3.000.000

21.500.000 Ft

Ha egy orvos ezután 40 évig dolgozik, (az 1999-es évre számolva) kb. 1 évi munkájának amortizációja, illetve hozzájárulása a vállalatának, kórházának értékéhez így 500.000 Ft. Ezt kellene figyelembe venni, amikor pályaelhagyásról, létszámleépítésről, privatizációról illetve külföldi munkavállalásról beszélünk, nevezetesen ennyit kellene amortizációjukként fizetniük a külföldi fogadó országok intézményeinek, amelyből arányosan részesedhetne a munkavállaló szülei költségeinek megfelelően, valamint a Magyar Állam. Persze fizetesként a piaci viszonyok közt ennek többszörösét kapja fizetesként, a korrekt elszámolást tehát az egyenleg jelentené: a munkavállaló jövedelméből befizethetné képzésének időarányos részét, ez számításaim szerint húsz-harmincezer Ft lehetne havonta, mely az adóktól és járulékoktól független. Hasonlóan, a gyógyszercégeknek is ennyi járandóságot kellene fizetniük alkalmazott orvosaik után, vagy direkt az államháztartás felé, vagy az orvosok fizetésébe építve.

Érthető, hogy ennek hiányában egy külföldi intézmény örömmel fogadja orvosainkat, ugyanakkor az orvos által Magyarországon meg nem termelt érték, a munkába visszaállított egészséges emberek GDP-t termelő-járulékot fizető tömege többszörös hátránya az említett munkaerő-exportunk „előnyének”. Így nyerhet magyarázatot az Egészségügyi Világszervezet ún. Sachs-jelentése, mely arra a sokatmondó következtetésre jutott, hogy az egészségügybe való beruházások nemcsak emberéletek millióit mentik meg, hanem hatalmas gazdasági bevételeket eredményeznek. A tanulmány közelebbről azzal számol, hogy 2015-ig az egészségügyi szektorba fektetett évi 66 milliárd dollár többletkiadás évente 360 milliárd dollár nyereséget hoz a nemzetgazdaságok számára.

5.2.1.2. Orvos-dömping vagy orvos-hiány? Nemzetközi kitekintés

Az orvosok száma (fogorvosok nélkül) 1990 és 1998 között 33.905-ről 40.115-re emelkedett, ennek megfelelően ez alatt a 9 év alatt az 1 orvosra jutó lakosok száma 306-ról 252-re csökkent. Tudjuk, hogy ez a szám egyrészt magában foglalja nem praktizáló, hanem gyógyszercegek alkalmazásában álló orvosokat is, másrészt úgy is felfoghatjuk, hogy aggregált formában valahol képviselő-orvosok is a magyar egészségipar gépezetébe illeszkednek és az emberek egészségügyi szolgáltatási igényét elégítik ki.

Nemzetközi összehasonlításban is a legtöbb országban hasonló nagyságrendben emelkedett az orvosok száma, csökkenés mutatkozott Észtországban, Lettországban, Litvániában, Oroszországban, Romániában (itt csak elenyésző mértékben), kb. a más országokban megfigyelhető növekedés nagyságrendjében. Kiemelkedő növekedés – kb. 400% figyelhető meg Egyiptomban a 90-es években. Egyiptom, szemben az európai kontinenssel, egy fiatal társadalom a magyarországihoz képest fordított korfával.

Az egy orvosra jutó 252 lakossal hazánk az élbolyban található, ehhez hasonló vagy némileg kedvezőbb helyzetben a görög, a litván, a norvég, az orosz, a spanyol lakosok érezhették magukat, értékelhető különbséget egyedül Olaszországban számíthattak, ott 1 orvosra mindössze 171 lakos jutott 1998-ban. Ausztria, Németország, Csehország, Szlovákia, Franciaország, Svájc, Svédország, az Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Izrael lakosaira némileg kevesebb orvos jut hazánkénál, kb. kétszer kevesebb orvos jut Írországban, Lengyelországban, Nagy-Britanniában, Portugáliában, Szlovéniában, Japánban, Kínában, Egyiptomban, Ausztráliában és Új-Zélandon; kb. háromszor kevesebb Törökországban, a Fülöp-szigeteken, a Koreai Köztársaságban, Mexikóban; hatszor kevesebb a Dél-Afrikai Köztársaságban; kétszer kevesebb Pakisztánban; nyolcszor kevesebb mint Marokkóban, Indiában, huszonötösör kevesebb orvos jut Indonézia egységnyi lakosságára 1998-ban.

2002-ben orvosaink száma (fogorvosok nélkül) 32.452 – azaz enyhe csökkenést mutatott, ez a látszólag kismértékű csökkenés azonban az egy orvosra jutó lakosok számát 300 fölé lendítette. (KSH 2004). Magyarországon akad olyan osztály, ahol csak nyugdíjas orvosok

dolgoznak, több osztályt zártak be ideiglenesen vagy véglegesen orvos-hiány miatt, továbbá létezik olyan szakma, melynek legfiatalabb képviselője már 35 éves. (Ari 2005)

A Magyar Orvosi Kamara legfrissebb adatai szerint jelenleg 42684 orvos szerepel a működési nyilvántartásban. A továbbképzés vonatkozásában többségük, 30625 fő regisztrált 2001. március 31-én, közülük 449 fő pillanatnyilag inaktív, gyógyszergyári orvos-látogató, 5 fő dolgozik a szaktárcánál köztisztviselőként, 1284 fő nyugállományba vonult, 447 fő az elmúlt 5 év alatt tett szakvizsgát, 39 fő PhD fokozatot szerzett és egy fő akadémiai doktor lett. (Magyar Orvos 2005. 01)

Másfél évvel később ilyen tudósításokat olvashatunk: Kilenc orvost kerestek hirdetésben a szegedi kórházak tavaly, de csak két szakember jelentkezett. A makói kórház hirdetései iránt érdeklődők csak akkor jönnek, ha lakást is kapnak. Szentesen viszont a Pszichiátriai Osztályra két szakembert is várnának magasabb fizetéssel és lakással – hiába. Az álláshelyekre szinte egyáltalán nem jelentkezett senki, és így csupán két új orvost vesznek fel, mindketten Szegeden végzett külföldi fiatalok: egyikük egy szerbiai születésű belgyógyász, a másik romániai infektológus. Ugyanez a helyzet a többi kórházban is.

Hazánkban is csökken az orvosi pálya, azon belül a háziiorvosi szakma iránti érdeklődés. Az elmúlt 10 évben négyszeresére nőtt a hatvan év fölötti háziiorvosok aránya a harmincöt éven aluliak rovására. Jelentős a pályaelhagyás, tavaly a 6800 körzetből több, mint 120 volt betöltetlen, pedig a lakosság és az egészségpolitika elvárása jelentősen megnőtt az egészségügyi alapellátással szemben.

A külföldi vállalkozások megtartásának ösztönzéséhez kétségtelenül a magyar államháztartási pénzügyi környezet stabilizálására lenne szükség, hiszen a magyar pénzügyi politika a tömeges privatizáció idején csúcsra járatott extenzív növekedési időszakban és azt követően sem dolgozta ki a minőségi tökevonás feltételeit és annak komplex pénzügyi politikai intézményrendszerét. A költségvetés pénzügyi egyensúlyának javítása, majd a többletbevételek közkiadási oldalon történő felhasználása az oktatási, jogbiztonsági, egészségügyi területek konszolidálására olyan minőségi (kutatást és magas szellemi munkát igénylő) tőkebefektetést ösztönző tényező lehet, amellyel a magyar nemzetgazdaság optimális növekedési szintre juthat, a társadalom és az igényesebb külföldi működő tőke komfort érzetének javítása mellett. (Lentner 2005)

5.2.1.3. Egészségnevelés az oktatásban és a nevelésben

A 2000. negyedik negyedévben az ország 440 településén elvégzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2000) adatai szerint a XXI. század küszöbén minden hatodik magyar felnőtt saját egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak ítéli, s a lakosság mintegy 20-25%-a úgy véli, hogy semmit vagy csak keveset tehet saját egészségéért. Az ország felnőtt lakosságának 52,2%-a túlsúlyos, illetve elhízott, a nők 24%-a, a férfiak 38,2%-a dohányzik. Saját bevallásuk alapján az ország női lakosságának 26,1%-a, míg a férfi lakosságának 64,2%-a napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt. A felnőtt lakosság (elsősorban a család, mint elsődleges szociális színtér), a gyermekek/ifjak számára „mintaadó közösség”, így egészségi állapotának és egészségmagatartási mutatói világosan jelzik annak a feladatnak a nagyságát, mely a gyermekek és az ifjúság egészségnevelése területén szükségszerűen s kiemelten az óvodákra/iskolákra mint intézményesített képzést folytató másodlagos szocializációs színterekre hárul.

Az Egészségügyi Világszervezet által az „Iskolás gyermekek egészségmagatartása” címmel 1986-ban indított, kollaboratív nemzetközi egészségmagatartási vizsgálat 1997/98. évi adatfelvételének eredményei szerint a dohányzással próbálkozó magyar fiatalok aránya minden vizsgált életkorban emelkedett, a különböző csoportokban a napi rendszerességgel dohányzók aránya 15,7 és 40,6% között mozog. A heti gyakorisággal valamilyen alkoholtartalmú italt fogyasztó fiatalok aránya is hasonló eltérést mutat (a 15 éves fiúk körében elérte a 29%-ot).

Nem lemondva a felnőtt magyar lakosság életmódjának/életvezetési szokásainak előnyös befolyásáról, az egészségnevelés és egészségfejlesztés célcsoportjainak kiemelten az óvodás és iskolás (általános és középiskolás) korú gyermekek és fiatalok tekintendők; hisz e korosztály egészségmagatartása határozza meg döntő mértékben a jövő felnőtt lakosságának egészségi állapotát, s a társadalomra háruló egészségterhet. (Lun K. 2001)

5.2.2. Tőkeerőforrások az egészségügyben

5.2.2.1. Reáltőke az egészségügyben

Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete 2004-ben Magyarország összes kórházát felmérte és összegezte a tőkeerőforrásokat.

Tényleges adatgyűjtésre 2004. március-áprilisában került sor. Az adatszolgáltatásban 75 kórház vett részt. Ez a magyar kórházaknak kb. a fele, 44 499 ágy.

Első sommás megállapításuk az, hogy az egészségügyi intézményhálózat szétszórta telephelyeken, indokolatlanul sok és előregedett épületben működik. Egy-egy kórház átlagban 22 épületből áll, így a működtetésük nehezebb és költségesebb a betegszállítás, anyagmozgatás, a közműhálózat (víz/csatorna, gáz, áram, fűtés stb.) és egyebek többletkiadásai miatt. Az épületek sokasága elsősorban azzal magyarázható, hogy mindig akkor építkeztek, amikor már elkerülhetetlen volt. Egyes épületek évek múltán olyan új funkciót kaptak, amelyek csak kompromisszum árán voltak megvalósíthatóak, s így a kórház üzemeltetési gondjai csak növekedtek. Vannak olyan kórházak (régiek), amelyekben egy-egy épületre 18-25 ágy jut. Ez mutatja igazán az épületek szétszórtságát.

Viszonylag kis eltérés van a kórházi épületek átlagéletkorában: 45-62 év, vagyis a válaszolók körében új kórház az utóbbi évtizedekben nem épült. Az épületek előregedése és az intézmények közötti és intézményen belüli jelentős eltérések miatt a bruttó érték nem mond sokat. Az már sokkal többet mond, hogy a modernizációhoz szükséges összeg az adatszolgáltató kórházaknál meghaladja a 187 milliárd forintot.

Bár kértek – és kaptak – adatokat arról, hogy a kórházak az utóbbi öt évben mennyit költöttek épületállományukra, ezek évente olyan eltérőek, hogy nem találtak rá magyarázatot. Feltehetően ott számolták el a javítások, felújítások és beruházások költségeit, ahol forrás állt rendelkezésre.

Az elmúlt három év beruházásai érdekes képet mutatnak. Az épület-beruházások legjelentősebb forrása a címzett állami támogatásból megvalósuló beruházás (ez a 75

kórház esetén a három évben 4,7 milliárd forint, azaz az összes beruházás 45%-a). Ugyanakkor nem elhanyagolható a tulajdonosi (3,2 milliárd forint) és a kórházi saját forrásból megvalósuló beruházások (1,6 milliárd forint) összege sem. Ez utóbbiak több esetben a címzett állami beruházás a sajátforrás-részei, ha a címzett állami támogatás a tervezett beruházáshoz kevésnek bizonyult, pl. elhúzódó beruházásnál az infláció miatt.

A gép-műszer-beszerezések forrásösszetételét vizsgálva a következő képet kapták. Ebben az esetben a címzett állami támogatás összege 2,7 milliárd forint, azaz az összes gép-műszer fejlesztés közel 10%-a. Ezzel szemben jelentősebb tétel a céltámogatási pályázaton elnyert összeg (5,2 milliárd forint) és a tulajdonosi támogatásból megvalósuló fejlesztés (4,9 milliárd forint), azonban a legjelentősebb az intézményi saját forrás (6,6 milliárd forint). Itt már megjelent nem is elhanyagolható összeggel (2,4 milliárd forint) az egyéb pályázati forrásból megvalósuló fejlesztés is. Ezek között a kizárólag szakmai tartalmú tárcaszintű pályázatok mellett megnyíltak a területfejlesztési tanácsokhoz, alapítványokhoz benyújtott pályázati források és a saját kórházi alapítványok közvetlen beszerzései. Gond azonban, hogy a nagy értékű gépek, berendezések időszakos felújításai és a közvetlen eszközpótlások (ultrahangokhoz transzducerek, röntgensövek, endoszkópok flexibilis kézi eszközei stb.) is jelentős összeget igényeltek (több mint 1,5 milliárd forintot), amit csak saját forrásból, esetleg önkormányzati támogatásból tudtak beszerezni.

Minden kórházban biztosítottak forrást a számítástechnika fejlesztésére, azonban ez nem mondható elégségesnek. A fejlesztés mértékében a régiók és kórházak között jelentős eltérés nem tapasztalható. A számítástechnika alkalmazásának előnye közvetlenül érezhető a gyógyító munkában is a korszerűbb és gyorsabb diagnosztikán keresztül, de a költségelszámolás teljes körűségével, átláthatóvá tételével a gazdasági hatékonyságra is, a zárttá váló betegdokumentációval a teljesítmény elszámolásra is pozitív hatással van. Azaz az informatika fejlesztése, kiterjesztése nemcsak kórházi érdek, hanem a beteg érdekét is szolgálja, és a finanszírozó is többletinformációhoz juthat. Ennek ellenére a 75 kórház az elmúlt három évben csak 1,3 milliárd forintot tudott az informatikára fordítani. Ha ennek értékelésénél még azt is figyelembe vesszük, hogy ez az összeg még kevesebbet jelent, főleg, hogy 983 milliót az intézmények a saját forásaikból (az ár- és díjbevételekből, illetve a működési költségből megtakarítva) fedeztek.

A felmérés külön szelete a gépjárműbeszerzések helyzete. Többarcú kép, mert sokan a kórházi gépjárműpark kapcsán csak az igazgatási személygépkocsikra gondolnak. A több telephelyű kórházakban a betegeket is szállítják, s az anyagbeszerzést is meg kell valahogy oldani. A kórházi épületek között pedig gyógyszer, élelmiszert, szakmai anyagot stb. kell mozgatni. A beszerzések forrásösszetétele jól mutatja, hogy a szállítás jósága, pontossága kinek fontos. A közel négyszázmilliós fejlesztésből (három év alatt 75 kórház) 316 milliót a kórházak saját bevételeikből, 46 milliót önkormányzati (tulajdonosi) támogatásból tudtak realizálni.

Külön vizsgálták a minimumfeltételek eléréséhez szükséges forrásigényt. Felmérésünk eredménye szerint az épületekre 122 milliárdot, a gép-műszer állományra 72 milliárdot kell költenünk ahhoz, hogy a minimumfeltételeknek megfeleljünk. Ez azt jelenti, hogy átlagban kórházanként 1,77 millió forintra van szükség ágyanként (44 499 ágy). A gép-műszer állományra költendő 422 ezer forint/ágy költség magáért beszél és valós érték. Az épületállományra költendő 1,35 millió forint/ágy már megkérdőjelezhető abból a szempontból, hogy ez-e a legcélszerűbb megoldás, mert előfordulhat, hogy új kórház vagy új épület felépítése hosszabb távon gazdaságosabb, mint a jelenleginek felújítása, még akkor is, ha most ez a költségesebb.

A sürgősségi betegellátó osztályoknak feladatuk ellátásához az eddigieknél (három év alatt 600 millió forint volt) jóval több fejlesztésre lenne szükségük. A műtők szinten tartására, fejlesztésre a szakmai fejlesztésen túl a gépészeti, áramellátási, gázellátási, informatikai fejlesztést is beleértve, az eddigi ráfordítás (750 millió forint/év) kevés. Ha úgy számolunk, hogy egy műtő kialakítása 50 millió forint, akkor évente 15 műtő készült el az elmúlt években.

Ha egy ágyra számolunk ún. átlagráfordítást, akkor nagyon szélsőséges eltérések vannak a kórházak között. Van olyan kórház, amely hatvanszor annyit költött a sürgősségi betegellátás feltételeinek kialakítására, mint a másik kórház. A műtőkre történt ráfordítások területén 15-szörös az eltérés, míg a laborfejlesztéseknél csak négyszeres.

Érdekes képet kapunk azt vizsgálva, hogy az előbbi kiemelt szakterületekre fordított fejlesztéseket milyen forrásból valósították meg a kórházakban. Az összesen mintegy 13 milliárdos fejlesztésből 3,6 milliárd volt az állami címzett és céltámogatás összege. Ennél

többet fordítottak fejlesztésre a tulajdonos önkormányzatok (4,4 milliárd forintot), és közel ennyit (3 milliárd forintot) az intézmények saját bevételeikből. A kórházak odafigyelését és aktív közreműködését mutatja, hogy pályázati forrásokból, alapítványi támogatásokból 2,2 milliárd forintot lehetett a kiemelt területek fejlesztésére fordítani.

Abban különbséget tenni, hogy melyik közműellátottság melyik régióban jobb vagy rosszabb, nem lehet. Szinte azt mondhatnánk, hogy mindenütt egyformán rossz. A közmű féleségenként már lehet rangsort felállítani. Legjobb állapotban a gázellátás helyzete van, s ehhez hasonló állapotú a villamosenergia-ellátó rendszerhez kapcsolódásunk helyzete. Összességében ezek megfelelőek, kis számban felújítandók. Ennél rosszabb helyzetben a szükségáramforrások állapota van. Legrosszabb helyzetben a vízellátás és a szennyvízelvezetés körülményei vannak. E területen sürgős beavatkozásra van szükség, mert a vizsgált 191 telephelyből 101-ben kollégáink véleménye szerint felújításra szorul a szennyvízelvezetés rendszere, míg az ivóvízellátás 84 telephelyen szorul felújításra.

Mіндеzen közművek felújítására 11 milliárd forintra van szükség, s ebből 5,5 milliárd forintot a vízellátás felújítása, míg 3,4 milliárd forintot a szennyvízcsatorna-rendszer felújítása igényel.

A kórházakban három év alatt beruházásra, felújításra fordított közel 51 milliárd forint milyen forrásokból tevődött össze, és hogy melyik forrásból mire fordíthattak a szolgáltatók. Az összes forrás 8%-át adta céltámogatási pályázati rendszer, 14%-át a címzett állami támogatások, míg a tulajdonosi hozzájárulás 20%, az intézményi saját forrás pedig 21% volt. Az intézmények alapítványi támogatásból biztosították a beruházások, felújítások 37%-át.

Ebből a címzett állami támogatások összegének több mint fele épület felújításra, harmada gép és műszer-fejlesztésre lett felhasználva, és csak töredéke szolgált jármű-, számítógép-beszerzésre. A céltámogatási pályázatok szinte kizárólag gép és műszer-fejlesztést oldottak meg, esetenként kapcsolódó felújítás vagy járműbeszerzés valósult meg belőle. A tulajdonosi források fele gép-műszer beszerzést jelentett, amit az is indokolt, hogy a helyi önkormányzatoknál könnyebben és eredményesebben lehetett érvelni egy lélegeztető gépért, egy inkubátorért, mint egy folyosói padozat cseréjéért vagy egy új gépkocsiért. A saját források felhasználásánál – a cél megjelölésénél mindenképpen – nagyobb ráhatása

volt az intézményvezetésnek a döntésre, mint a korábbi források esetében. Így ebből a jelentős gép-műszer beszerzés mellett jutott hardver és szoftverfejlesztésre, valamint gépjárműbeszerzésre is.

Az összesített adatok vizsgálata során két tévhitet lehet eloszlatni. 1. Az egyik az, hogy sem az épület felújításokban, sem a közműellátottságban és a gép és műszer-beszerzésekben sincs jelentős különbség az országos intézetek és az önkormányzati tulajdonban lévők között. Azaz a vidéki önkormányzatok sem költenek többet kórházukra, mint a fővárosi önkormányzat vagy a minisztérium. 2. A műszaki állapotot vagy a beruházások volumenét összehasonlítva nincs számottevő különbség a közigazgatási régiók között, sem Budapest és vidék, sem keleti és nyugati országrész között.

Újfént hangsúlyozzák, hogy hiányzik az egészségügy finanszírozásából az amortizáció. A problémát így szokták röviden összefoglalni. Általánosságban megállapítható, hogy tulajdonostól és földrajzi helytől függetlenül kevés az a forrás, amit az egészségügyi ellátó intézmények épületek, közművek és gép-műszerek felújítására, fejlesztésére fordíthatnak. Példaként vették a nagykanizsai helyzetet. Náluk a tulajdonos az elmúlt nyolc évben példaértékű beruházásokat hajtott végre. Címzett, illetve céltámogatási pályázatokhoz biztosította a félmilliárd forintnyi saját forrást, s ebből újtottunk fel két épületet, s benne az orvos-technológiát is. De kimaradt a többi épület, kimaradtak a közművek, a járművek és a rekonstrukcióban nem érintett szakmai területek orvostechNIKája, valamint az olyan háttérterületek, mint pl. konyha, mosoda, és az egyéb felszerelési tárgyak (hűtőszekrény, számítógép stb.). Mindezeket figyelembe véve a folyamatos működéshez a táblázat szerint jelentős összegre lenne szükség évente, hogy a műszaki színvonalat tudják tartani. S ekkor még nem emeltük a szakmai színvonalat, s nem fejlesztettünk, csak az elhasználódott készüléket egy azzal egyenlő tudásával pótoltuk. És természetesen kórházukban nemcsak ez a tízféle eszköz van!

Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete által elvégzett felmérés is igazolja, hogy a gyógyító munka építészeti és technikai feltételeinek megtartásához jelentős forrásokra van szükség, s ez tulajdonostól, földrajzi helyzettől és ellátási szinttől független. S szükség van a technikai színvonalat fejlesztő, korszerűsítő beruházásokra is. Ezeket nem szabad öncélúan kezelni, ezek megvalósításához a szakmai fejlődés mellett a környezeti

változásokat s a fejlesztéssel esetleg együtt járó strukturális változásokat is végre kell hajtani. Ugyanakkor egy-egy fejlesztés során biztosítani kell a kapcsolódó szervezeti és technikai egységek (labor, számítógéppark, közművek stb.) fejlesztését is. (Papp P.)

5.2.2.2. Nominális tőke az egészségügyben

5.2.2.2.1. A pénzeszközökről általában

Az egészségügyi szolgáltatók az egyes feladatokat részben vagy egészben költségvetési szervek útján, vagy különféle vállalkozások, gazdasági társaságok keretei közt látják el. Átfedések lehetnek, tehát költségvetési szervnek is lehet vállalkozói tevékenysége, illetve egy magánkórház is kapcsolódhat a költségvetéshez.

A költségvetési szerv az államháztartás részét képező olyan jogi személy, amely a társadalmi közös szükségletek kielégítését szolgáló okiratban meghatározott állami feladatokat alaptevékenységként, nem haszonszerzés céljából, az alapító okiratban megjelölt szerv szakmai és gazdasági felügyelete mellett, az alapító okiratban rögzített illetékességi és működési körben, feladatvégzési és ellátási kötelezettséggel végzi. Az államháztartási törvény értelmezése szerint, így pl. az egészségügyi ellátást végző költségvetési szervnek állami feladatot kell ellátnia, feladatát alaptevékenységként végzi, tehát ellátási kötelezettség terheli, mely haszonszerzésre nem irányulhat. Vállalkozási tevékenység végzéséhez az alapító okiratban meghatározott keretek között és mértékben végezhet. (Gubányi 1999)

Az egészségügyben itt törhet utat magának a privatizáció, de a vadprivatizáció is, a törvény értelmében tehát az alapító okirat módosításával: feladatok megszüntetésével, többletfeladatok elrendelésével, vagy az állami feladat hatékonyabb ellátása céljából a költségvetési szerv átszervezésével, nevezetesen a vállalkozási tevékenység körének és mértékének megváltoztatásával, vagy akár a költségvetési szerv működtetésének megszüntetésével, melyet indokolhat demográfiai hullámvölgy, de az a feltételezés is, hogy az ellátott feladat más szervezetben hatékonyabban teljesíthető, például az önkormányzat vállalkozó orvossal biztosítja az egészségügyi alapellátást; vagy közhasznú

társaságot alapít. Reális veszélyek a vagyronvesztés, az ellátottak és az ellátások redukciója egy addig működő költségvetési szerv megszűnését követő privatizáció esetén.

Az államháztartási törvény 217/1998-as végrehajtási rendelete szerint egy költségvetési szerv szolgáltatása akkor minősül vállalkozásnak, ha azt nyereség (haszon), illetve vagyonszerzés céljából, ellenérték fejében, üzletszerűen (piaci alapon) végzi. Ha a szerv eredményét visszaforgatja az alaptevékenységbe, akkor nem terheli a nyereségadó. Így aki őszintén akar azzal érvelni, hogy gazdaságosabb működést valósít meg vállalkozása a költségvetési jellegű működtetésnél, akkor jár el korrektül, ha ún. non-profit formát választ.

Ugyanakkor vállalkozói tevékenységet csak akkor folytathat a költségvetési szerv, ha annak finanszírozását központi, önkormányzati támogatás igénybe vétele nélkül, illetve a társadalombiztosítási alapok forrásán kívüli eszközökből biztosítani tudja, valamint ha nem lépi túl az alapító okiratban meghatározott (pénzügyi) kereteket. A fenti kormányrendelet előírja, hogy ha a vállalkozási tevékenységből származó bevételek együttes összege két egymást követő évben meghaladja a költségvetési szerv ténylegesen teljesített összbevételének (beleértve a támogatást is) egyharmadát és a vállalkozási tevékenység tartós fenntartására, illetve bővítésére lehetőség látszik, akkor az alapítónak döntenie kell, hogy korlátozza a vállalkozás tevékenységét, vagy azt leválasztja és más szervezeti formában végezteti el. E szabály vonatkozik az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó közszolgálati-költségvetési szervekre is. (Gubányi1999)

Tehát még a sokszor a kurzusok szemben ülő szószólóik által egyaránt a privatizáció sikerágazataként aposztrofált hangoztatott háziorvosi vállalkozások esetében is kérdéses bevételük forrásának klasszifikációja, hasonlóan még az oly nyilvánvaló megoldásokhoz, mint a kórházi konyha vagy mosoda kiszervezése. Itt a kórházi betegek ellátásának részére végzett mosás és étkeztetés fedezetének a központi finanszírozást kell tekintenünk, s ha efölött a dolgozók valamilyen arányos bérleti díjért, költségtérítésért kötelező munkaidejükön túl, vagy az alatt, arányos pluszmunkaként a dolgozóknak és a civil lakosságnak étkezést vagy mosást biztosítanak térítés ellenében, az tekinthető csak vállalkozásnak. Ennek lekönnyvelése az ún. **endo-finanszírozás**, illetve költségleosztás révén történhet, ami pedig korántsem egyértelmű és vitathatatlan.

Ha tehát egy kórház 2000 fő étkeztetést biztosító konyhát üzemeltet, és csak 400 beteget ápol teljes kihasználtság mellett, főzhet ugyan 1600 extra adagot naponta, de ennek bevétele valószínűleg nem haladja meg betegforgalma finanszírozásának egyharmadát, ezért törvényellenes. Ami reálisabbnak tűnik, hogy megveszi a piacon egy olyan cégtől, aki adott munkára szakosodva a kórháznál kedvezőbb árfekvésű: ez az outsourcing.

Az állam a jövedelmek centralizációja és redisztribúciója során elégíti ki a társadalom szükségleteit, ezáltal gazdasági tevékenységet végez, melynek gazdálkodási rendszerét államháztartásnak nevezzük.

Az 1992. évi XXXVIII. törvény rögzíti az államháztartás rendszerét, működését és ellenőrzését, így az államháztartás gazdálkodásának alapelveit, az államháztartás alrendszerait, az alrendszerek költségvetésének szerkezeti rendjét, kiadásait és bevételeit.

Az államháztartás alrendszerei:

- a központi költségvetés,
- a helyi önkormányzatok költségvetése,
- az elkülönített állami pénzalapok és
- a társadalombiztosítás költségvetése.

A kincstári kör 2004. évi hiánya pénzforgalmi szemléletben 1252 milliárd forintot tett ki, amely a központi költségvetés 857 milliárd forintos és a társadalombiztosítás 423 milliárd forintos hiányából, s az elkülönített állami pénzalapok 28 milliárd forintos többletéből tevődik össze. Tavaly a költségvetés nettó finanszírozási igénye 1098 milliárd forint volt; ez nagyjából megegyezett a 2003. évi igénnyel.

A központi költségvetés alkotja az államháztartás központi szintjét, a helyi önkormányzatok költségvetése az államháztartás helyi szintjét.

A társadalombiztosítás a társadalom közös biztosítási és szolidaritási elvek alapján működő kockázatvállaláson alapuló kötelező biztosítási rendszere. Az államháztartás társadalombiztosítási alrendszerét a Nyugdíjbiztosítási Alap és az Egészségbiztosítási Alap költségvetései alkotják.

Adott költségvetési év január 1-jétől december 31-ig tart, az alrendszerek minden bevételét és kiadását bruttó módon, pénzforgalmi szemléletben kell kimutatni.

A központi költségvetés adóbevételei:

- általános forgalmi adó, fogyasztási adó, személyi jövedelemadó, társasági adó
- egyéb adók: játékadó, gépjárműadó
- munkaadói és munkavállalói járulék, rehabilitációs hozzájárulás
- útalap, turisztikai és szakképzési hozzájárulás
- környezetvédelmi termékadó, nemzeti kulturális járulék (Lentner 2001)

5.2.2.2.2. Az elmúlt évek pénzforgalma

Adóbevételek millió forintban, forrás: költségvetési törvények

	ÁFA	FA	SZJA	TÁNYA
2001	1 197 500	500 529	771 963,9	288 000
2002	1 282 500	563 500	830 542,2	313 500
2003	1 587 000	640 200	970 809,4	373 800

A Társadalombiztosítási Önkormányzatoktól 1999-ben átvett bevételek:

a biztosított magánszemély egészségbiztosítási és nyugdíjjáruléka

2003	142,0	221,8
2004	208,9	227,7

a foglalkoztató egészségbiztosítási és nyugdíjjáruléka

2003	585,8	973,0
2004	638,4	1 059,9

valamint az egészségügyi hozzájárulás és a baleseti járulék

2003	175,5
2004	177,4

Egészségügyi kiadások

Az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon döntő hányadban közforrásból, kisebb részben magánforrásból történik, arányuk nagyjából megfelel a fejlett országok arányainak (az Egyesült Államok kivétel). A legnagyobb súlyú közforrás a munkáltatók és munkavállalók által az Egészségbiztosítási Alapba (E. Alap) fizetett egészségbiztosítási járulékok és a munkáltatók által fizetett egészségügyi hozzájárulás. A központi költségvetés nem csupán a közszolgálatban állók után az E. Alap befizetője, hanem számos szociális ellátás után is fizet járulékokat, valamint közvetlen támogatást nyújt, illetve meghatározott kiadásait megtéríti. A központi költségvetés legjelentősebb támogatásának az E. Alap tervezett, és – mivel a teljesítés rendszerint meghaladja ezt – terven felüli hiányának megszüntetése tekinthető.

A központi költségvetés egészségügyi kiadásai nem csupán az E. Alap felé irányulnak. A kormány fenntartja a tulajdonában lévő egészségügyi intézményeket (klinikák, országos intézetek, Országos Mentőszolgálat, Országos Vérellátó Szolgálat, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat stb.) és az önkormányzatok által pályázható cél- és címzett támogatási rendszert működtet. Az egészségügyi közfinanszírozás harmadik szereplője az önkormányzatok, melyek egészségügyi ellátási felelősségüknek döntően egészségügyi intézményeik tulajdonosaiként tesznek eleget. Ezen intézményeik működési költségét az E. Alapból az Országos Egészségbiztosítási Pénztár állja, de a felhalmozási kiadások az önkormányzatot terhelik.

Az egészségügyi magánkiadások jelentős hányadát teszi ki a lakossági térítési díj (co-payment), melynek megfizetése az egyes egészségbiztosítási szolgáltatások igénybevételének feltétele (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz stb.). Jelentős mértékű a magánfogorvosok által nyújtott ellátások igénybevétele, annak ellenére, hogy azok legnagyobb részéhez az egészségbiztosítás ellátásaként is hozzá lehet jutni. Szintén jelentős mértékű a hálapénz, viszont elenyésző arányban vannak jelen az üzleti biztosítók kiegészítő egészségbiztosításai.

Az Egészségbiztosítási Alap főbb kiadásai, 1993-2002, (millió Ft)

2. táblázat

Megnevezés	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gyógyító-megelőző ellátások	131.571	169.426	191.022	224.832	268.037	299.092	338.877,4	376.068,9	410.304,4	502.851,7
Egyéb természetbeni ellátások	55.302	71.998	84.841	101.394	122.048	159.383	165.285,0	180.240,8	213.054,0	247.473,9
(rokkantsági) nyugellátások	45.034	57.771	68.147	79.265	97.982	99.927	115.949,0	128.688,8	157.963,8	194.284,4
Pénzbeni ellátások*	43.547	50.200	49.964	42.572	43.706	49.705	58.697,0	92.078,6	112.808,4	141.468,7

* 2000-től gyermekgondozási díj (gyed) itt szerepel

Forrás: PM, költségvetési zárszámadások

Egészségügyi kiadások a NESZ szerint, 1998-2000, millió Ft

3. táblázat

Megnevezés	1998	1999	2000
Egészségügy	694 471	776 627	879 929
a GDP %-ában	6,9	6,8	6,7
Egészségbiztosítási Alap	460 352	508 263	557 319
Kormányzat	91 352	98 216	107 169
Közkidások	551 704	606 479	664 488
a GDP %-ában	5,5	5,4	5,1
Magánkiadások	142 767	170 148	215 441
a GDP %-ában	1,4	1,5	1,6

Forrás: KSH NESZ

Mint a táblázat is mutatja, az Egészségbiztosítási Alap kiadásai sem azonosíthatók az egészségügyi közkiadásokkal, melyeknek ugyan döntő hányadát, de távolról sem egészíti ki. Az E. Alap mellett a központi költségvetés és az önkormányzatok közvetlenül is költenek egészségügyi célra. Másrészt az E. Alap kiadásai között olyan ellátások is szerepelnek, melyek nem tekinthetők egészségügyi célúnak (pl. gyermekgondozási díj, rokkantnyugdíj).

Az államháztartás konszolidált egészségügyi kiadásai a kormányzati pénzügyi statisztika szerint, 1996-2002

4. táblázat

Megnevezés	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Egészségügy	289.347,4	380.697,2	460.872,9	503.687,3	552.058,9	622.358,8	743.487,0
A GDP %-ában	4,2	4,5	4,6	4,4	4,2	4,2	4,4
<i>Ebből:</i>							
Kórházi tevékenységek és szolgáltatások	134.445,4	164.333,7	192 102,0	210 874,6	235 986,6	243 886,6	301 155,8
Háziorvosi és gyermekorvosi szolgálat	7.462,0	31.848,0	35 887,0	42 239,2	44 174,0	49 239,5	54 363,5
Rendelői, orvosi, fogorvosi ellátás	34.137,0	48.821,0	53 751,0	66 223,7	70 004,8	81 244,5	96 624,9
Közegészségügyi tevékenységek és szolgáltatások	11.128,9	12.945,0	15 860,2	16 194,3	17 368,5	29 156,8	35 856,4
Egyéb egészségügy	102.174,1	122.749,5	163 272,7	168 155,5	184 525,0	218 831,4	255 486,4

Forrás: PM GFS

A kormányzati pénzügyi statisztika az államháztartás egésze mellett egyes alrendszeire (központi költségvetés, társadalombiztosítás, önkormányzatok, elkülönült állami pénzügyi alapok) is készül. Konszolidált formájában az mutatja, hogy az adott alrendszeren

keresztül meghatározott célra mekkora összeg hagyja el az államháztartást. Az egészségügyi közkiadások forrása elsősorban az E. Alap járulékbévétele, melybe a központi költségvetés is teljesít járulékfizetést (ide nem értve a közszolgálatban állókat) és nyújt számára támogatást, az E. Alap pedig kifizetéseket teljesít az állami tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatóknak, intézményeknek. Az E. Alapból induló legjelentősebb államháztartáson belüli pénzmozgás címzettjei azonban az önkormányzatok (települési és megyei).

Az államháztartás alrendszereinek konszolidált egészségügyi kiadásai

5. táblázat

Megnevezés	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Önkormányzatok	146.733,0	173.342,0	196.228,0	215.624,0	230.493,2	252.543,9	305.780,6
Központi költségvetés	43.477,4	51.307,2	64.173,9	71.798,3	87.748,1	95.776,8	119.793,3
Egészségbiztosítási Alap	99.137,0	156.048,0	200.471,0	216.265,0	233.817,6	274.038,1	317.913,1

Forrás: PM, költségvetési zárszámadások

Az E. Alap egészségügyi kiadása a kormányzati pénzügyi statisztika módszertana szerint is a legnagyobb a három alrendszer közül, de ezt kizárólag a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz támogatásnak köszönheti (e nélkül a legkisebb lenne). E módszertan szerint például az E. Alap nem finanszírozza az egészségügyi rendszer legköltségesebb elemét jelentő fekvőbeteg-ellátást (a kórházi tevékenységekre és szolgáltatásokra fordított kiadása nincs), azt a központi költségvetés és az önkormányzatok teszik döntően abból a forrásból, melyet számukra az OEP az E. Alapból átutal.

**Az önkormányzatok humán egészségügyi célra fordított, az OEP-től származó
bevételei és egészségügyi kiadásai saját forrásból, 1996-2002, millió Ft-ban**

6. táblázat

Megnevezés	1996*	1997	1998	1999	2000	2001	2002
E. Alapból az önkormányzatoknak átutalt forrás	147.671,8	166.145,9	188.888,0	209.125,8	228.583,8	247.465,5	302.498,1
Saját forrás	51.794,6	39.581,9	43.181,0	41.323,0	41.207,2	48.406,7	55.379,6

* Ebből 1996-ban 21.600,8 mFt-ot technikai okokból nem a humán egészségügynél számoltak el

Forrás: ÁHH-MEDINFO

A kormányzati pénzügyi statisztika szerint az államháztartás egészségügyi kiadásainak (F05) 40%-át fordítják az egészségügyi ellátórendszer legfelső szintjét jelentő kórházakra, ami öt és félszerese az alapellátásra, és több mint háromszoros a járóbeteg-szakellátásra fordított költségeknek; ez utóbbi kettő együttesen is csak feleannyiba kerül, mint a kórházak. Ha csak az egészségügyi ellátórendszert tekintjük (F05.a-c), akkor a kórházak túlsúlya egyenesen nyomasztó: működtetésük a kiadások kétharmadát teszi ki, míg a járóbeteg-ellátásra 21%, az alapellátásra 12% jut.

Az egészségügyi magánkiadások – melyeket az egészségügyi kiadások (közkiadások + magánkiadások) 20-30%-ára becsülnék (a NESZ szerint mértékük 1998-ban 20,6%, 1999-ben 21,9%, 2000-ben 24,5% volt) – számbavétele a közkiadásokénál sokkal több módszertani nehézséggel jár. A gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és más egészségbiztosítási szolgáltatás igénybe vételéhez kötött magánkiadás (co-payment) esetén még viszonylag pontos adatok állnak rendelkezésre, de például a lakosság hálapénzre fordított kiadásait értelemszerűen csak becsülni lehet. (A hálapénz a NESZ becslése szerint 1998-ban: 13,4; 1999-ben: 16,4; 2000-ben: 20,9 milliárd Ft volt. Más becslések szerint a valós érték ennek legalább a kétszerese.). A nem co-payment jellegű (nem egészségbiztosítási szolgáltatás igénybe vételéhez kötött) magánkiadás egyértelműen egészségügyi célú, ha nem támogatott, illetve vény nélkül kapható gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök vásárlására fordítják, de később a határvonal egyre inkább elmosódik az egészségügyi és a nem egészségügyi célok között. (ESKI 2005)

Az államháztartás egészségügyre fordított főbb kiadási csoportjai tehát:

- a központi költségvetés jóléti kormányzati funkciói közt az Egészségügyi Főcsoport kiadásai,
- a Társadalombiztosítás Egészségbiztosítási Alapjának kiadásai és
- a helyi önkormányzatok egészségügyi kiadásai.

A helyi önkormányzatok költségvetése nettó módon kapcsolódik a központi költségvetéshez, mivel a központi költségvetésben csak azok a címzett- és céltámogatások, átengedett adók, normatív hozzájárulások, központosított előirányzatok jelennek meg, amelyeket az Országgyűlés a költségvetési törvényben az adott évre jóváhagyott az önkormányzatok részére. A társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetését az Országgyűlés külön törvényben hagyja jóvá. Költségvetésüknek része az az összeg, amit a központi költségvetés térít különböző jogcímenek (pl. családi pótlék, járadékok), s így jön létre a kapcsolat a hét alrendszer között.

A központi költségvetésbe folynak be az állami feladatok végrehajtásához szükséges bevételek és innen történik azok újraelosztása. Szervezeti rendjére a fejezetekre tagozódás a jellemző. Az államháztartás másik két alrendszerét jelentően a Belügyminisztérium fejezet tartalmazza a helyi önkormányzatok részére jóváhagyott támogatásokat, hozzájárulásokat, a Szociális és Családügyi Minisztérium, illetve a Pénzügyminisztérium fejezetben szerepelnek a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és szervezeteinek fizetendő térítések. A fejezetek címekre tagozódnak, melyeken belül előirányzat csoportot alkot a:

- működési költségvetés és a
- felhalmozási kiadások előirányzata.

Működési költségvetés előirányzatai:

1. személyi juttatások
2. járulékok
3. dologi kiadások
4. ellátottak pénzbeli juttatásai
5. egyéb működési célú támogatások, kiadások

Felhalmozási kiadások előirányzatai:

1. intézményi beruházási kiadások
2. felújítási kiadások
3. egyéb intézményi felhalmozási kiadások
4. egyéb központi beruházások
5. lakástámogatás
6. lakásépítés
7. beruházási célprogramok
8. kiemelt jelentőségű beruházások

A települési önkormányzat alapvető feladata a helyi közszolgáltatások biztosítása (szervezése és ellátása), így többek közt az egészségügyi intézmények fenntartása, működtetése.

Az önkormányzat egyes feladatait törvény írja elő, mint kötelezően ellátandó feladatot, az önkormányzat azonban önként vállalt feladatokat is elláthat.

Az 1990. évi LXV. törvény az önkormányzatok feladatainak rendelt forrásokat meghatározza a forrás szabályozásával és az önkormányzati vagyon kijelölésével. Ezek ellátásáról, illetve azok forrásairól egységes költségvetésükből gondoskodnak. A kötelezően ellátandó feladatokhoz az Országgyűlés az éves költségvetési törvényben határozza meg a pénzügyi feltételeket a központi adókból átengedett rész mértékének meghatározásával, illetve a normatív állami hozzájárulások és egyéb támogatások formájában.

A helyi önkormányzatok feladatainak ellátását alapvetően az alábbi forrásokból finanszírozzák:

1. saját bevétel
2. normatív hozzájárulás
3. címzett és céltámogatás
4. átengedett, megosztott bevételek.

A normatív állami hozzájárulások lehetnek felhasználási kötöttséggel járók és kötöttség nélkül felhasználhatók, így többek közt a

- szociális és gyermekjóléti alapszolgáltatási feladatok,

- gyermekvédelmi szakellátás
- bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás
- nappali szociális intézményi ellátás
- hajléktalanok átmeneti intézményei
- pszichiátriai és szenvedélybetegek, valamint fogyatékosok bentlakásos intézményi ellátása
- ezeken túl közigazgatási, oktatási, kulturális feladatok ellátása.

Fentiek egy csoportjának részletezését azért tartottam fontosnak kiemelni, hogy rávilágítsak arra a sajátosságra, hogy az önkormányzat nem köteles a hozzájárulást az adott célra felhasználni. Költségvetési szerve költségvetését nem köteles pl. az oktatottak száma és a normatív állami hozzájárulás szorzata eredményeként kapott összeg szerint megállapítani. Az önkormányzat a rendelkezésre álló összes forrás ismeretében dönt az egyes költségvetési szervek támogatásáról, melynek természetesen része a normatív állami hozzájárulás is, de nem nevesítettem és kizárólagosan, így nyer értelmezhető magyarázatot az, hogy e támogatások valójában csak hozzájárulások az adott feladatok ellátásához, de nem fedezik teljes mértékben a tevékenység ellátásának valamennyi kiadását.

Tehát az önkormányzati költségvetési szerv költségvetésének forrásoldala semmiképpen sem úgy épül fel, hogy a saját bevételek mellett a kiadás egy részét a normatív állami hozzájárulás, más részét az önkormányzat egyéb bevétele fedezi.

Az önkormányzati költségvetési szerveknél is igaz, hogy a bevételek közvetlenül nem köthetők össze kiadásokkal, vagyis minden bevétel minden kiadást finanszíroz elv érvényesül, azzal a kivétellel, hogy az Országos Egészségbiztosítási pénztár – hacsak másképp nem állapodtak meg – csak a működési kiadásoknak biztosít fedezetet, a felhalmozási kiadások a fenntartó önkormányzatot terhelik.

Felhasználási kötöttséggel járó állami támogatások a címzett és céltámogatások.

A céltámogatás társadalmilag kiemelt célok megvalósítását szolgálja, melyet az önkormányzatoknak igényelniük kell, és ha az önkormányzat a feltételeknek megfelel, azt folyósítani kell, viszont a támogatás csak az adott célra használható fel.

A címzett támogatások a helyi önkormányzatok nagy költségkihatású, a közigazgatási területükön megvalósuló, de általában szélesebb igényt kielégítő beruházások, rekonstrukciók finanszírozásának kiegészítését, csak a megnevezett célra. (Gubányi 1999)

Az egészségbiztosítási ellátások fedezetét a munkáltatók és a biztosítottak járulékai és a központi költségvetés juttatásai mellett a hiány évenkénti rendezése biztosítja. Az E. Alap kiadásainak összege 1994-ben 397,8 Mrd Ft, a 2002 évi előirányzat 1019,5 Mrd Ft, a teljesítés 1112 Mrd Ft volt. Az 1994-2001 években 10-70 Mrd Ft között változott a hiány összege és 2002-ben a tervezett 17 Mrd Ft-tal szemben mintegy 87 Mrd Ft a hiány. Az utóbbi 10 évben az E. Alap működésére a hiány volt a legjellemzőbb. Az E. Alap likviditása 1994-2002-ig – 7 nap kivétellel csak a minden nap igénybe vett hitelfelvétellel volt biztosítható. A likviditást a működés kezdetén az állami forgóalap kamatmentes hitelfelvételével oldotta meg. Kétévi kamatfizetés után ismételtelen az eredeti megoldáshoz kellett visszatérni, azaz a Kincstári Egységes Számlához kapcsolt megelőlegezési számláról történő kamatmentes hitelfelvételhez, mert a kamatok csak tovább növelték a hiányt. Az évenként jelentkező hiány keletkezésének alapvető oka, hogy az E. Alap járulékbévételei nem tudták és nem is tudják fedezni a kiadásait. A hiány volumenének nagyságát befolyásolja a kintlevőségek nagysága is.

Az egészségbiztosítás irányítási rendszere önmagában nincs hatással az E. Alap pénzügyi helyzetének, gazdálkodásának sem rövid, sem hosszú távú egyensúlyára.

Az egészségbiztosítás olyan nagy rendszer mind pénzügyileg, mind az érintett személyek számát, mind a feladatait tekintve, és ezek következtében társadalmi hatásában is, hogy működésének és működtetésének megváltoztatása hosszú távra kialakított koncepció alapján hozott, hosszabb idő alatt megvalósuló döntéseket igényel.

Az 1998. Évi XXXIX. Tv. a vagyongazdálkodás területén megosztotta a feladatokat, mely szerint a tulajdonosi jogokat a kormány által kijelölt személy, a nyilvántartást, illetve a jogszabályban meghatározott vagyonnevelési, pénzügyi feladatokat a társadalombiztosítás központi hivatalai végzik.

Az OEP új szerepkörére vonatkozó elképzelések az egészségbiztosító 2001-ben elkészített – még nem fogadott- stratégiai koncepciójában fogalmazódnak meg és egybevágnak a korábbi ESZCSM „Az egészség évtizedének programja” keretében megfogalmazott reform céljaival.

Az E. Alap költségvetése két részből áll, egyrészt az alapvetően járulékbevételekkel fedezett ellátási kiadásokat tartalmazó ellátási költségvetésből, másrészt az ezt kezelő OEP és igazgatási szervek működési költségvetéséből.

1989 előtt az E. Alap költségvetésének tervezése bázisalapú volt. A bevételeket 1999-ig fölé, ezt követően alátervezték, a kiadásokat viszont rendszeresen alátervezték. Az E. Alap bevétele 90 %-ban járulékbevétel. Ez után a legnagyobb jelentősége a központi költségvetési támogatásnak van. Ennek részaránya az E. Alap összes bevételében 1994-ben 1,4%, 2002-ben 12,2% volt. A központi költségvetést terhelte az E. Alap hiányának rendezése. 2003-ban az E. Alap előirányzott hiánya 277 Mrd Ft volt.

További bevételek a vagyonbevételek, melyek több forrásból tevődnek össze. Meghatározó az ingyenes vagyonjuttatás és a járuléktartozás fejében átvett vagyon értékesítéséből származó árbevétel.

Az ingyenes vagyonjuttatásról szóló 1992. Évi X. tv. rendelkezése szerint a TB alapok 1994 végéig 300 Mrd Ft ingyenes vagyonban részesítendők.

Járuléktartozás fejében vagyont járulékfizetőktől 1998-ig az OEP, ezt követően az APEH közreműködésével a Kincstári Vagyon Igazgatóság vette át. 1999-től 274 millió Ft volt az értékesítési bevétel.

Az E. Alap kiadásai

2002-ben 750 Mrd Ft volt a természetbeni ellátásokra fordított összeg. Ezen belül a gyógyító-megelőző ellátási kiadások részaránya 65-70%, a gyógyszerkiadás 25-30%, a gyógyászati segédeszközök támogatása 3-4,5% között változott. Az együttes részarányuk 2002-ben 99% volt. (Kovács Á. 2003)

5.2.2.2.3. Az Egészségbiztosítási Alap 2005. évi költségvetése

A bevételek és kiadások alakulása

Bevételek:

A járulékbévételek és hozzájárulások 2005-ben a 2004. évi módosított előirányzathoz képest 5,5 %-kal növekednek, az összes bevétel pedig 4,8 %-kal, 1180,4 Mrd Ft-ra növekszik.

Az összes bevétel előirányzata 2005-ben a 2004. évi ténylegesen befolyt bevételhez képest 7,2 %-os növekedést mutat. A növekedés mértékének alapja a 6 %-ban tervezett bruttó kereset-növekmény, és figyelembe lett véve az egészségügyi hozzájárulás 2005. novemberétől történő, 1500 Ft-os csökkentése. A 7 % feletti bővülésben számításba vették a foglalkoztatás 1 %-os növekedését és a befizetési fegyelem javulását is, ezért felvethető, hogy ismételten nem túl optimista-e az előirányzati tervszám.

Egyenleg:

Az utóbbi években, tekintettel a járulékcsonkításra, több száz millió Ft-os hiányt tartalmaz a költségvetés. Az egyenleg 2004. évi módosított előirányzata -318 Mrd Ft-ot tett ki, amely további 26 Mrd Ft-tal nőtt, teljes mértékben a bevételekben bekövetkezett elmaradás miatt. A hiány 2005. évi előirányzata 341,3 Mrd Ft, amely – bár az előző évi módosított előirányzatot 7,3 %-kal meghaladja, de - a 2004. évi ténynél 2,3 Mrd Ft-tal kevesebb, ezért feltehetően ez évben is túl fog teljesülni.

Kiadások:

A rokkantsági nyugdíj ellátások előirányzata a 2004. évi tényleges kiadásokat 10,2 %-kal múlja felül. A növekedésnek a 6,3 %-os nyugdíjemelésen felül a létszámnövekedésre, - cserélődésre, az özvegyi nyugdíjak 2004. év végi növekedése áthúzódó hatására és a 13. havi nyugdíjak 3. heti részösszege kiadás-növekményére is fedezetet kell nyújtania. 2004-ben ezen az előirányzaton 3,5 Mrd Ft-os megtakarítás mutatkozott.

A pénzbeli ellátások előirányzata a 2004. évi tényleges kiadásokat 7,7 %-kal haladja meg, amelyen belül a táppénz növekményére 8,7 % jut. Ezek az előirányzatok elsősorban az

előző évi keresetek feltételezett, 8 %-os növekményéhez, részben pedig az igénybevétel kis mértékben tervezett, várható növekedéséhez igazodnak.

A gyógyító-megelőző ellátások előirányzata a 2004. évi módosított előirányzatot 6 %-kal, 40 Mrd Ft-tal múlja felül. Ezen belül az egyes szakfeladatok előirányzatai eltérően alakulnak. 2,9 %-kal növekednek azok az előirányzatok, amelyeknél csak a 4,5 % költségvetésben biztosított bérnövekmény került figyelembevételre. Ilyen előirányzatok a fogászat, a gondozóintézeti gondozás, a betegszállítás, a mentés és a laborkassza (az utóbbi minimális fejlesztéssel) . A többi előirányzaton az előző évi fejlesztések, többletkapacitások szintre hozása és további fejlesztések is megvalósulnak.

- Így például a védőnői ellátásban a júniustól megvalósuló új, normatív finanszírozás fedezetét kellett biztosítani.
- A járóbeteg-szakellátásban a népegészségügyi programra és az ellátásnak a fekvőbeteg ellátás terhére történő bővítésére ad lehetőséget a mintegy 3 Mrd Ft-os fejlesztés.
- A fekvőbeteg szakellátás előirányzata az onkológiai és a haemodinamikai centrumokra (aktív fekvőbeteg-szakellátás) 3 Mrd Ft, valamint a speciális finanszírozási feladatokra (transzplantáció): 1,7 Mrd Ft, a krónikus fekvőbeteg szakellátásra 0,6 Mrd fejlesztést tartalmaz. Összesen a fekvőbeteg szakellátásban a fejlesztés 5 Mrd Ft-ot meghaladó mértékű.
- Kisebb mértékű (0,3-0,3 Mrd Ft) fejlesztés hajtható végre az otthoni szakápolás, a CT-MRI és a művese szolgáltatás előirányzatain is.
- A cél előirányzatokon belül a létszám kiterjesztés miatt az irányított betegellátás kiadásaiban a fejlesztés 0,275 Mrd Ft.

A védőnői ellátásban a fejlesztéshez 20%-os növekmény járul, az otthoni szakápolás 13,5 %-kal nő, az egyéb, fejlesztésben részesülő szakfeladatok előirányzatai 3,3 - 6,6 %-kal nőnek a 2004. évi módosított előirányzathoz képest.

A gyógyszer támogatás előirányzott összege 284 Mrd Ft, ami ugyan 1,7 %-kal, 5 Mrd Ft-tal elmarad a 2004. évitől, de megfelel a gyógyszer gyártókkal kötött szerződésnek. Az előirányzat 2005-ben már törvénymódosítási kötelezettség nélkül túlléphető.

A gyógyászati segédeszköz támogatás előirányzata 5,1 %-kal, 2,2 Mrd Ft-tal haladja meg a 2004. évi ténytet. A támogatás tartalmazza a múlt évi ártárgyalásokból eredő többletforrás igény áthúzóató hatását és a kölcsönzési rendszer fedezetét.

Az OEP működési kiadásai az előző évi tényleges kiadáshoz képest csak 1,2 %-kal, 0,3 Mrd Ft-tal növekednek. Az alacsony mértékű növekedés és az egyes növekvő feladatok – például az európai biztosítási kártya bevezetése – miatt a költség hatékony és takarékos gazdálkodás nagyon nagy szerepet kap.

Az Egészségbiztosítási Alap összes kiadásai 2005-ben 1521,7 Mrd Ft-ot tesznek ki, és 5,4 %-kal, 77,7 Mrd Ft-tal növekednek a 2004. évi tényleges kiadásokhoz képest. (Illyés :Az E. Alap 2005 évi ktv-e)

5.2.3. A tudomány fejlődéséből, a technológia haladásából származó forrás

Az egészségügyi-orvosi tevékenység két fő részre osztható: a baj, a betegség megállapítása, ez a diagnosztika, melyet ideális esetben a hatékony terápia követ. A diagnosztikára fordított költségek és az újabb, finomabb és pontosabb részeredmények között exponenciális a kapcsolat, ez azt jelenti, hogy végtelenül lehet alkalmazni vizsgálatok tömegét egy adott betegnél, azonban annak az új információnak, amelyet megszerezhetünk, egyre kisebb terápiai vonatkozása lesz. Ennek a körülménynek az ismerete azért is fontos, mert a diagnosztika jelentős erőforrásokat köt le, így kevesebb jut a terápiára az adott beteg esetében, de populációs szinten egyaránt. A vizsgálatok ütemezése, majd a terápia elrendelése az orvos döntési kompetenciája, így joggal mondhatjuk, hogy az ő kezében van a biztosító kasszájának kulcsa. Adott költségvetési keretek között a szakmai szabályok betartása esetén ő illetve intézménye a forrásallokáció megteremtője betegek, diagnosztikák és terápiai között, mely utóbbiak elrendelésekor egyben költségeket generál. A diagnosztika területén az elmúlt 30 év legnagyobb horderejű fejlődésen a képalkotó diagnosztika ment át, gondoljunk itt az ultrahangra, a komputer tomográfiára, a mágneses rezonanciára, a pozitron emissziós tomográfiára. A terápiai között gazdasági súlyánál fogva a gyógyszerterápia, a sebészet területén a traumatológia, a protetika a dobogós helyezettek. Küszöbön áll a genetikai kutatások

gyakorlati alkalmazása, lenyűgöző, de behatárolt a transzplantációs sebészet kibontakozása. A belgyógyászat éppen a diagnosztika specializációjának megfelelően atomizálódik: így önállósodik a gasztroenterológia, pulmonológia, kardiológia, endokrinológia és a mind nagyobb néptömegeket érintő diabetológia. A neurológia modern képalkotó eljárások nélkül nem korszerű már: így különül el az idegsebészet az epilepszia, a Parkinson-kór centrumoktól. A stroke és az Alzheimer-kór terápiájánál valószínűleg fontosabb lesz azok megelőzése. A pszichiátriában egyre több ember igényelné a személyes pszichoterápiát, azonban felgyorsult világunkban úgy tűnik, a farmakonok kiütéssel nyernek, csak kérdés, hogy vajon győznek is egyúttal? A népbetegségek, mint a kardio-vaszkuláris kórképek, az anyagcsere-betegségek, a rák vonatkozásában egyértelmű a megelőzés jelentősége, a dohányzás, az alkoholizmus, a drogfogyasztás pedig csakis széleskörű társadalmi összefogással lenne visszaszorítható.

Úgy tűnik, a szüléset-nőgyógyászat zsákutcába került: egyre kevesebb gyermek születik, sok nő már csak mesterséges megtermékenyítéssel esik teherbe és a szülések közt is egyre több a császármetszés. Hasonló a helyzet a férfiaknál is: egyre rosszabb mind termékenyítő képességünk, mind potenciánk, melyre a már említett in vitro fertilizációs technikák és a kék-sárga tabletták bravúros megoldást kínálnak, azonban nem evolúciós kontraszelekciós mechanizmusokat erősítünk-e meg, melyek végső soron a genetikai anyagunk károsodását okozzák?

Az alábbiakban essék néhány szó a gyógyszerekről, mely sokaknak az egyetlen, misztikus igényeket is kielégítő panaceát jelentik, némelyeknek pedig a mérhetetlen profitot.

5.2.3.1. A farmakológia által képviselt erőforrások

A farmakológia (gyógyszertan) legtágabb értelemben minden gyógyszerként használt anyag származásával, előállításával, kiszolgálásával, a gyógyszerek fizikai és kémiai tulajdonságaival, a gyógyszerhatás általános elméletével, a hatást determináló fizikai és matematikai törvényszerűségekkel, minden kémiai anyagnak az egészséges és beteg szervezetre, illetve annak részeire kifejtett gyógyító és toxikus hatásával, a hatás módjával, valamint a szervezeten belüli sorsával foglalkozó tudomány.

A gyógyszer (farmakon) minden terápiás célból adott anyag. Tehát a gyógyszer egyrészt tudományos-technikai erőforrás – KINCS -, míg a gyógyszergyártás és forgalmazás tágabb értelemben jelenti a természeti, humán és nem utolsó sorban a tőkeerőforrások bevonását az egészségügyi szolgáltatások piacára.

A gyógyszeripar jelenleg is a világgazdaság kiemelt stratégiai ágazata. A világ legnagyobb piaci értékű vállalatainak listáján előkelő helyen szerepelnek a gyógyszer-gyártók.

1998-ban a világ 20 legnagyobb vállalatóriásának listáján 6 gyógyszergyártó cég volt. A gyógyszeripar mamutágai nem elsősorban forgalmuknak köszönhetik előkelő tőzsdei értéküket, hanem ez a kiváló nyereséghányadnak köszönhető. A forgalomhoz viszonyított 28%-os adózás előtti operatív nyereségtartalmat a gyógyszerpiacon kívül csak nagyon kevés iparág tud fenntartható módon közép/hosszú távon biztosítani.

Az európai gyógyszeripari nagyvállalatok csak 1-1 stratégiai iparágban tudnak versenyre kelni az amerikai hegemoniával szemben, ezért is fontos, hogy az Európai Unió milyen eszközökkel támogatja a gyógyszeriparát, hogy az versenyképes maradjon az amerikai konkurenciával szemben. Az amerikai gyógyszer-gyártók a piaci forgalom alapján készült lista első 15 helyéből 9-et foglalnak el 1999-ben.

1999-ben a világ 50 legnagyobb gyógyszergyártójának összesített bevétele az egészségügy területén 361 680 millió dollár volt, 1998-hoz képest 31,8%-kal nőtt, teljes bevételeük 1999-ben 584 271 millió dollár volt, ezen belül az egészségügy területén 62%, nettó jövedelmük 69 812 millió dollár volt.

1999-ben a gyógyszereladások piacán, Észak-Amerika állt a vezető helyen 137 milliárd dollárral, az USA ezen belül 132, Kanada 5 milliárd dollárral. Európában az első öt helyen (Németország, Franciaország, Olaszország, Spanyolország, Egyesült Királyság) 65, Japánban 52, az első három helyen álló latin-amerikai országban (Brazília, Mexikó, Argentína) mindössze 12 milliárd dollárral látjuk a rangsort.

A világ gyógyszerpiacának forgalma kb. 340 milliárd USD volt 1999-ben.

A 10 legnagyobb gyártó eladásai 10-20%-át visszaforgatja a kutatás fejlesztésébe, 1999-ben ez 35 milliárd dollárt tett ki. Egy termék kifejlesztése 500 millió-1 milliárd USD-ba kerül.

Az új termék árai jóval magasabbak, mint az elődeiké. A piacra dobott új termék ára nem az alapanyagok költségének összegén alapul. A gyógyszerek ára, mivel komoly kutatás és kreativitás eredményeképpen jutnak a piaci bevezetésig, a hozzájuk kapcsolódó ismeretanyag, tudás értéke alapján képződik. A gyógyszeripar evolúciójának legfeltűnőbb koncentráció, mely fúziókkal és felvásárlásokkal történik, a tőkekonzentrációban a természetes (cégen belüli) növekedésnek kisebb a szerepe. A fúzió alapvetően közel egyforma cégek egyesületét jelenti, míg az akvizíció esetében egy nagy cég bekebelezi a kisebbet.

A hazai piac kis mértékénél fogva bizonyos fokú kényszerpályán van, a nemzetközi trendekkel teljesen ellenkező módon nem viselkedhet, azokat többé-kevésbé tudomásul kell venniük a hazai gyógyszerpiac döntéshozóinak, vagyis a gyártóknak, egészségpolitikusoknak, orvosoknak, gyógyszerészeknek, sőt a betegeknek is.

A magyar gyógyszerpiac termelékenység, jövedelemtermelő képessége és a világkereskedelemben való részvételi aránya meghaladja az ipari átlagot. A meghatározó hazai gyógyszeripari vállalatok, néhány kiválasztott mutató alapján az első száz legnagyobb magyar iparvállalat között foglalnak helyet. A magyar gyógyszeripar főbb gyártmányai sorában megtalálhatók a humán gyógyszerkészítmények, gyógyszerhatóanyagok, állatgyógyászati készítmények, laboratóriumi vegyszerek, diagnosztikai készítmények.

A magyar gyógyszeripar gyökerei a múlt századra nyúlnak vissza. Az első hazai gyógyszerüzem a pesti Soroksári úton 1867-ben felépült Központi Magyar Gyógyszerészeti és Művegyészeti Vállalat Rt. volt, amelybe beolvadt Wagner Dániel Pesti Technikai Vegyészeti Gyár Rt-je, mely 1847-től állított elő különböző vegyipari termékeket. Az ipari méretű magyarországi gyógyszergyártás Richter Gedeon nevéhez fűződik, aki 1901-ben kezdte meg termékei előállítását.

1939-ben 40 gyógyszergyár működött Magyarországon, s így a II. Világháború kezdetéig a gyógyszeripar a magyar nemzetgazdaság jelentős tényezőjévé vált.

1965-ben termelésének több mint 60%-át a világ 70 országába exportálta. Magyarország. 1976-ban csatlakozott az EFTA gyógyszerminőség-ellenőrzést szabályozó egyezményhez. Lényegesen megváltozott a szabadalmakkal kapcsolatos szabályozások rendszere is. Magyarországon a szabadalmak oltalmi ideje a bejelentés napjától számítva 20 év.

Gyakorlatilag 1895 óta egészen 1994-ig eljárás-szabadalmi rendszer volt érvényben. A nyugati országokban ez idő szerint túlnyomóan a termékoltalom terjedt el, amely az előállítás módjától függetlenül, magát a terméket védi. Magyarországon az 1994. évi VII. törvénnyel – az USA-val kötött megállapodás hatására – szintén a termékoltalom került bevezetésre.

Nagyon fontos a magyar gyártók számára, hogy 1994. július 1-je előtt Magyarországon forgalmazott gyógyszerekre átmeneti oltalmat nem engedélyeztek. Szintén nem érvényesíthető átmeneti szabadalmi oltalomból leszármaztatható kizárólagos jog azzal a belföldi gyártóval szemben, amely a törvény hatályba lépésének időpontja előtt a gyógyszert Magyarországon gyártotta.

Az 1990-es évek elején fordulat következett be. A társadalmi, politikai és gazdasági változások kihatottak a gyógyszerpiacra, illetve befolyásolták annak lehetőségeit is.

Fellazultak a magyar állam által kialakított termékspecializálódások. A gyógyszergyárak kialakították önálló bel-és külkereskedelmi szervezetüket. Az importliberalizáció hatására a magyarországi gyógyszereladásokon belül dinamikusan növekedett az import aránya, miáltal a hazai gyógyszerválaszték és a piaci verseny jelentősen nőtt. Mára a forgalom több mint ötven százaléka importból származik. Az importliberalizációval párhuzamosan megszűnő ellátási felelősség és a megjelenő import termékek következtében a hazai gyártók termékpalettája gyökeres változáson ment keresztül. A magyar gyógyszergyárak helyzetét nehezítette, hogy nemcsak a hazai piacokon kellett a folyamatosan növekvő konkurenciával számolniuk, hanem a hagyományos exportpiacok felvevőképessége is szűkült, részben a térségben tapasztalható gazdasági nehézségek, részben pedig az ott is megjelenő konkurencia miatt. A hazai gyógyszergyártó társaságoknál 1991-ben kezdődött meg a privatizáció, melynek nyomán a legnagyobb cégek részben vagy egészben magánkézbe (elsősorban külföldi szakmai befektetők) kerültek.

A gyógyszer-gazdaságtan az egészség-gazdaságtan különös figyelmet érdemlő területe. Magába foglalja a gyógyszerek kutatásához, gyártásához, forgalmazásához és gyógyszerfogyasztáshoz kapcsolódó közgazdaságtani elemzéseket a rendelkezésre álló szűkös erőforrások optimális allokációja érdekében. Makroszintű alkalmazásainál a fő cél az egészségügyi és gyógyszerpiac optimális működése. Ezen belül is kiemelt kérdés az egészségügyi kiadások növekedésének a leszorítása.

Az egészségügyi kiadásokon belül a gyógyszerekre fordított keretek egyre nagyobb hányadot tesznek ki. A gyógyszerfogyasztás és ezen keresztül a kiadások könnyen mérhetők, ezért a gyógyszerkiadások kontrollja előtérbe került az utóbbi időben. (Vincze nyomán 2001)

Gyógyszerkiadások az Európai Unióban 2001

7. táblázat

Megnevezés	EU jelenlegi 15 ország	EU csatlakozó 10 ország	Magyarország
Népesség	370 millió	73 millió	10,3 millió
Átlagos nemzeti jövedelem (GDP)	21000 USD	4300 USD	5079 USD
Egészségügyi kiadás GDP %-ában	8,86%	6,57%	6,8%
Gyógyszerköltség az egészségügyi kiadás %-ában	15,4%	27,3%	30,7%

Forrás: Lengyel Gábor OEP,GYFO

1990 és 2001 között a teljes egészségügyre fordított kiadások közt 27,6-ról 30,7%-ra nőtt Magyarországon a gyógyszerkiadások aránya.

Ausztrália, Kanada és USA mellett vizsgálva rajtunk kívül még 10 országot, hasonlóan kimagasló aránnyal egyetlen egy sem termék büszkélkedhet: a Cseh Köztársaság, Franciaország és Olaszország esetében ez az arány 2001-ben 20% körüli, Kanadában, Németországban, Svédországban, Finnországban 15% körüli, Írországban, Dániában, Hollandiában, Ausztráliában, Svájcban és az USA-ban 10%-hoz közeli.

Ugyanakkor USD dollár PPP-ban számolva az egy főre vetülő gyógyszerkiadások 2001-ben az USA-ban 605, Németországban, Kanadában, Olaszországban és Franciaországban

400 és 600 közöttiek, a többi országban 200 és 340 közöttiek; Magyarországon 280 dollár. Ez 2002-ben és lakosonként 44,5 dobozt jelentett. A transzparenciát természetesen jelentősen befolyásolja az eltérő árszínvonal, a különböző morbiditási-mortalitási mutatók, az egyes cégek marketingje, egyszóval az országok egészségkultúrája. Mindenesetre kitűnik, hogy Magyarország relatíve és abszolút értelemben is sokat áldoz gyógyszerkiadásokra.

Az E-Alap és a költségvetés, azaz a közkiadások részesedése ugyanakkor Magyarországon a gyógyszerkiadásokból 1990 óta drasztikusan csökken, szemben a nyugat-európai országokkal, ahol a kilencvenes évek során például Portugáliában, Angliában, Franciaországban, Németországban növekszik a közkiadások szerepe.

Fenti országokban 65-75% közötti, míg Magyarországon 60%. A Cseh Köztársaságban kb. 90%-ról 80%-ra csökkent az említett időszakban. A bemutatott országok közt tehát ismét kiugró helyet foglalunk el: a közkiadások csökkenése a betegterhek nominálisan 40-szeres, reálértékben 12-13-szoros növekedésével járt együtt.

A gyógyszerkassza előirányzata 1994 és 2004 között 50,7 Mrd Ft-ról 240 Mrd-ra duzzadt. Mivel az év során ezen előirányzat törvénymódosítás nélkül túlléphető, rendre hiánnyal is zár: 1994-ben 10 872 millió, 2004-ben 49 055 millió forinttal. Erre való tekintettel rendre megállapodások születtek a kormány és a gyógyszer-gyártók között adott kereten való túllépés esetén érvényes cégek általi arányos visszafizetésekről, így 2003-ban 6, 2004-ben 7,6 milliárd forint visszafizetés realizálódott.

2005-2006 között egy ún. 2,5 éves szerződés jött létre, mely szerint ezen időszak alatt nincs árfagyasztás, évente 5%-os gyógyszerkassza növekedés lehetséges, a kassza túllépése esetén közös kockázatvállalás lép érvénybe a cégekkel az alábbiak szerint:

A gyógyszerkeret meghatározása 2005-2006-ban

8. táblázat

	OEP	Cégek
284	100%	0%
284-314	50%	50%
314 <	0%	100%

Forrás: Lengyel 2005, OEP

Láthatjuk tehát, hogy egy keretgazdálkodásba (bázisfinanszírozásba) illesztett forrásallokáció történik, és a finanszírozás nem a morbiditási viszonyokra és a terápiás protokollra épülő költséggazdálkodáson alapul. Ez a cégeket még keményebb marketingre fogja készíteni. (Lengyel, 2005)

2003-ban a betegek által fizetett térítési díj 140,5 Mrd Ft, 2004-ben 153,6 Mrd Ft volt.

Ma már a napi klinikai gyakorlatban sem hagyhatók figyelmen kívül a gazdasági szempontok. A szakszerű elemzések alapján terápiás protokollok készíthetők. Az egészségügyi eljárások értékelésében a fő törekvés az, hogy egységnyi egészségügyi kiadásból minél nagyobb egészségnyereséget érjünk el költség-hatékony gyógymódok alkalmazásával, vagyis egységnyi egészségnyereséget minél kisebb erőforrás felhasználásával érjünk el.

A nagy nemzetközi gyógyszergyárak, a biztosítók és egyéb piaci szereplők is krónikus szakemberhiánnyal küszködnek, és a gomba módra szaporodó egészségügyi közgazdászok várhatóan még hosszú ideig nem képesek kielégíteni a gyógyszervertikum igényeit. Ez a folyamat Nyugat-Európában már tetőzött, és várhatóan nálunk sem lesz másképpen, különösen Magyarország Európai Unió csatlakozásával.

Tehát míg a biztosítók restrukturációs céllal alkalmaznak farmako-ökonómiai elemzéseket, addig a gyártók expanziós céllal a promóció szolgálatába állítva. Mivel a gyártók közt is éles a verseny, ezért kifejezett előnyt jelent egy termék számára, ha a versenytársával szemben költség-hatékonyabbnak bizonyul.

1989-ben a zürichi Reumatológiai Klinikán magam tapasztalhattam az ottani nagy gyógyszergyár, a Ciba-Geigy képviselőjének állandó személyes jelenlétét a viziteken, orvosi megbeszéléseken.

Adott gyógyszer piaci bevezetése után bárki végezhet farmako-ökonómiai értékelést adott termékkel kapcsolatban a piaci bevezetését követően, a konkurens gyógyszergyár is, mégis független intézetek non profit módon az egészségügyi erőforrások hatékony felhasználását tűzik ki célul.

Makroszintű forrásallokációt alkalmaznak az amerikai HMO (Health Maintenance Organization) szervezetek, így az idősek és szegények ellátását biztosító Medicare és Medicaid rendszerek, mint az irányított betegellátáson (managed care) alapuló egészségügyi biztosítók, továbbá a magyar népegészségügyi programok, irányított betegellátási kísérletezések. (Vincze 2001)

Mind önállóan, mind a gyógyszerteranhoz kapcsolódva igen nagy jelentőségű területe a tudománynak a genetika. A 2000-es évek elejére a kutatásoknak köszönhetően ismertté vált és közkincs lett az ember genetikai állománya 99%-os feldolgozottsági szinten. Mint korábban említettem, az orvostudomány gyakorlása során 2 szakaszt különböztethetünk meg: a diagnosztikát és a terápiát. A genetika összeköti e két területet. Ma már néhány csepp vérből megállapítható, hogy adott egyénben a genetikailag kódolt betegségek, környezeti ártalmakra adott válaszreakciók milyen mértékben meghatározottak, mire kell felkészülni adott egyén vizsgálatakor és kezelésekor. Izlandon a parlament 2000-ben arról döntött, hogy az egyes emberek genetikai anyagát közérdekből közkincsként kezelik, ennek következtében például a gyermekkori leukémiák gyógyulási esélyei náluk 10 %-kal nagyobbak az EU átlagnál. Más országokban adatvédelmi viták tárgyát képezik ezen információk felhasználása.

A genetika szorosan kapcsolódik a gyógyszerkezelés kérdéseire is, amennyiben előre meg lehet mondani, hogy adott beteg miként fog reagálni egy bizonyos gyógyszerre, illetve adott beteg ismert betegségéhez (elsősorban a daganatokról van szó) egyénre szabott gyógyszert lehet kifejleszteni és legyártani. Ez a tény egyelőre még takarja a háttérben azt a körülményt, hogy a genetikai kutatások eredményeinek széleskörű felhasználásával esetleg milliárdos profitot hozó korábbi gyógyszerek terápiás haszna kérdőjeleződik meg. Izgalmas terület a klón, a klónozás fogalma, továbbá születendő gyermek nemének megválaszthatósága.

Eredetileg vesszőt jelent a görög eredetű klón szó. Leginkább elfogadott definíció szerint a klónozás azonos genetikai állománnyal rendelkező egyedek létrehozása ivartalan szaporítással. A szaporodási célú klónozás egy emberi lény előállítását tekinti végső céljának, míg terápiás célú beavatkozás célja nem egy ember létrehozása, hanem gyógyítási célra embrionális őssejtek előállítása és tenyésztése – az elv tehát ismert, a gyakorlathoz további kutatások kellenek. Mindkét esetben első lépésként a kezelni kívánt

személy egy egészséges testi (azaz az ivarsejtek kivételével bármilyen más) sejtjének magját, vagyis a testi sejtet egyszerűen egyesítik a magjától megfosztott petesejttel. Az így létrehozott sejtet osztódásra bírják. A szaporodási célú klónozás esetén a mesterségesen létrehozott embriót egy-két nap múlva beültetik egy kihordó anya méhébe, s ha nem lép fel komplikáció, a szokásos kilenc hónap múltán elvileg megszülethet a gyermek. Terápiás beavatkozás esetén öt-hat nap alatt létrejön a mintegy száz sejtből álló hólyagcsíra-állapot, amelyből embrionális őssejtek nyerhetők. A felesleges sejteket elpusztítják. Következő lépésként a kinyert őssejteket tenyésztetni kezdik, s megfelelő technikákkal elérik, hogy a kívánt sejtípus (például szívizom-, csont- vagy akár idegsejt) irányába fejlődjenek. Az így előállított sejteket visszajuttatják a sejtmagot adó személybe, s szervezetében fokozatosan kicserélik a beteg szövetet. A gyógyászati klónozás hallatlan előnye, hogy az elvileg korlátlan és személyre szabott őssejtforrást jelent, illetve nem lép fel a kilöködés, mivel a létrehozott sejtek genetikai anyaga az eredeti testi sejt genetikai anyagával megegyezik.

Hazánkban a jogi szabályozás tiltja az egyén klónozását. (Vajta)

5.2.4. Természeti erőforrások az egészségügyben

Levegő nélkül néhány percig bírná ki az emberi szervezet. Víz nélkül néhány napig, táplálék nélkül néhány hétig. A természet erőforrásaihoz kapcsolódik az életmód számos vonatkozása is. Vegyük sorra ezen elemek gazdasági jelentőségét! Ezt követően rávilágítok az erőforrások és az egészséget meghatározó tényezők közti bonyolult kapcsolatra az allokáció szempontjából.

5.2.4.1. A levegő. Légszennyezés

A levegő biológiai szempontból anyagcserénk egyik legfőbb összetevője, termelési szempontból az ipar és mezőgazdaság egyik legfontosabb nyersanyaga és üzemanyaga.

A víztől eltérően, minden ország levegővagyonára arányos az ország területével, és annak szennyezettsége általában olyan, ahogyan azt az adott ország szennyezi vagy védi. Az

ipari szennyezések a levegő áramlásával rendszerint túljutnak a szennyező ország határán. Hazánkban is több ízben megfigyelték a csapadék radioaktivitásának növekedését a távoli tengereken végzett légköri nukleáris robbantások után.

A légszennyező anyagok káros hatását a légszennyező anyagok bizonyos mennyisége váltja ki. A szervezetbe jutó anyag mennyisége az expedíciótól függ: vagyis hogy az egyén milyen szennyezettségű (c a szennyező anyag koncentrációja) levegőben mennyi ideig (t az expozíciós idő) tartózkodott, tehát a hatás elvileg a $c \times t$ szorzat értékétől függ.

Az azonos expozíciót adó, de más szorzótényezőkől adódó értékek nem tekinthetők mindig azonosnak. Nagyobb koncentráció olyan akut hatásokat válthat ki, amelyek kisebb szennyezettségnél hosszabb idő után sem jelentkeznek. A rövid ideig ható nagyobb koncentráció szelektál: az érzékenyebb vagy beteg lakosságot támadja, sőt pusztítja. Ismétlődő szmogoknál, pl. az első okoz mortalitás-növekedést, mert a következőknél már nincs érzékeny populáció. A krónikus levegőszennyeződés viszont az ember egész életén, sőt generációkon át és a népesség minden tagjára folyamatosan fejti ki hatását. Ez a huzamos hatás megváltoztatja az élettani folyamatokat, krónikus betegségeket hozhat létre, sőt genetikai károsodásokat is okozhat. Közismert, hogy a fejlődéstörténet során nem a drasztikus hatások, földrengések, árvizek, más akut természeti katasztrófák idézték elő a maradandó, sorsdöntő változásokat az élővilágban, hanem pl. a néhány Celsius fokos hőmérséklet-változás a Föld klímájában vagy a légköri oxigén, szén-dioxid mennyiségének viszonylag csekély, de tartós módosulásai.

A humánbiológiai szempontok mellett figyelembe kell venni a haszonállatok és a növényzet, a természet és az anyagi eszközök védelmét is. A rendkívül sok légszennyező anyag közül hazánkban jelenleg mintegy 330 anyag megengedett maximális koncentrációját írja elő rendelet.

A gyakrabban előforduló légszennyezők káros hatásai:

Károsító hatást gyakorol a szén-monoxid az emberi szervezetre. A koncentrációtól és időtartamtól függően a vér oxihemoglobinjából az oxigént karboxi-hemoglobin képződése közben kiszorítja, ezáltal csökkenti a testszövetekhez szállított mennyiséget. Végző fokon fulladást okoz. Veszélyességét fokozza, hogy szagtalan. 6 órai, $0,23 \text{ mg/dm}^3$ CO-dal

történő enyhe mérgezés esetén a vér karboxi-hemoglobin-tartalma 16-20%, 45%-nál munkaképtelenség, 60-80% esetén néhány órán belüli halál következik be. Nagyvárosok közlekedési csomópontjaiban a szén-monoxid a károsító szintet általában eléri, ami az öntudat tompulásában, a reakcióképesség csökkenésében nyilvánul meg.

A kén-dioxid nagyobb koncentrációkban a szem és a felső légutak nyálkahártyáját izgatja, kisebb koncentrációban az alsó légutak csillószőreit és nyálkahártyáját károsítja, így a védekezőképesség csökkenésével gyulladós betegségek kialakulását teszi lehetővé. Zavarhatja a fehérje-anyagcserét, izgatja az idegvégződéseket. Akut mérgezés esetén a halálos kimenetel ritka.

Mivel a nitrogén-monoxid a levegőben gyorsan nitrogén-dioxiddá alakul, káros élettani hatását így fejt ki: vízzel a tüdőben sav keletkezik, s a tüdő szövetének elroncsolásán kívül a vérerek erős tágulását is előidézi. A szem és a légutak nyálkahártyáját is izgatja. A hatás súlyossága a nitrogén-dioxid arányától függ, ezért a NO_x -en belül annak értékét külön mérik, illetve a rendeletek előírják.

A gépkocsik kipufogógázaiból és a petrokémiai iparból származó szénhidrogének között olyan anyagok is vannak, amelyeknek állatkísérletek és statisztikai felmérések alapján rákkeltő (karcinogén) hatást tulajdonítanak. Legjelentősebb képviselőjük a 3,4-benziprén.

A klór erélyes oxidáló, roncsoló hatású. A hidrogén-fluorid izgatja a légutakat, az égéshez hasonló sebeket okoz. Az ammónia $0,5 \text{ mg/dm}^3$ -nél nagyobb koncentrációban könnyezést, szemfájdalmat és gyulladást kelt, $0,7 \text{ mg/dm}^3$ felett súlyos légzési és keringési zavarok lépnek fel, szívgyengeséget és halált okozhat.

A lebegő szilárd részecskék (korom, por, pernye) az egészségre szintén káros hatást gyakorolhatnak. A szervezetbe való behatolás szempontjából a $0,25\text{-}10 \mu\text{m}$ -nél kisebbeket pedig a tüdő nem tartja vissza, így az elhasznált levegővel újra a szabadba kerülnek. A nem kimondottan mérgező tulajdonságú porok káros hatása esetleg csak évek elteltével mutatható ki (pl. szilikózis és portüdő). Ha gáznemű és szilárd szennyezők egyidejűleg vannak jelen, az egészségkárosító hatás mértéke nagyobb.

Dean nagyarányú felmérése szerint a városi légszennyeződés és a dohányzás növeli a krónikus bronchitis és a tüdőrák okozta mortalitást. Véleménye szerint a városi levegőszennyezés megszüntetésével és a dohányzás abbahagyásával a bronchitis okozta halálozást felére, a tüdőrák okozta halálozást pedig egytizedére lehetne csökkenteni. (Moser 1999)

Az emberiség legnagyobb kockázata bontakozik ki a Föld lassú felmelegedése következtében.

A légköri széndioxid tartalma 200 év alatt harmadával lett magasabb, de más üvegházhatású gázok koncentrációja is jelentősen emelkedett. A XX. században a földi átlaghőmérséklet 0,7 fokkal növekedett. A globális éghajlati modellek 2100-ra a hőmérséklet további jelentős emelkedését valószínűsítik.

A kutatók szerint az emberek nem veszik azonnal észre, hogy némileg melegebb lesz. Ám a klímaváltozás következtében gyakran lesz szélsőséges az időjárás vagy nő a kánikulai napok száma.

A melegedés ténye, földrajzi megoszlása, várható következményei körül sok még a bizonytalanság, de a kérdést veszélyforrásként kell kezelni, amely számos kockázati tényezőt rejt: tengerszint-emelkedés, aszály, járványok, népvándorlás fenyegethet mindannyiunkat. – Többször idézett példa: ha a grönlandi jégtakaró elolvad, a tengerek szintje 7 méterrel megemelkedik – miközben az emberiség jelentős része közvetlenül a tengerparti sávokban él.

Az 1992-es riói „Földcsúcs” óta fokozatosan bontakozott ki a globális együttműködés. Az egyik nagy kérdés a pénzügyi alapok megteremtése, a szemléletben kibontakozó alapkérdés pedig az, hogy az alkalmazkodás vagy a csökkentés a célravezető.

„A Kiotói Jegyzőkönyv 8 évnyi vajúdas után 2005. február 16-án hatályba lép. A nehezen megtett első konkrét lépés is öröm, de még nem beszélhetünk a teljes megoldásról”.

A megállapodás elsőként az 1990-es bázisszinthez képest az üvegházhatású gázok kibocsátásának átlag 5,2 százalékos csökkentését írja elő a 2008-2012 közötti időszakban – országonként nagy különbségekkel.

A kánikulai napokon a légkondicionáló berendezések működése miatt nő az energiafogyasztás. Megemelkednek az egészségügyi kiadások is, hiszen több ember kerül kórházba például hőgutával. A magasabb téli átlaghőmérséklet is veszélyes lehet.

„Magyarországon a téli átlaghőmérséklet a fagypont körül van, s a néhány tizedes hőfokemelkedés miatt télen a fagyos, havas napok száma jelentősen csökkenhet, ez pedig bizonyos vírusfertőzések gyakoriságát növelheti. Ez szintén számszerűsíthető gazdasági károkat okoz a betegállományok, a munkából való kiesés miatt.

Aszályok és árvizek egyaránt előfordulhatnak Magyarországon a felmelegedés következtében, amely szintén többletköltséget jelent majd az ország számára”. (Moser)

5.2.4.2. A víz szerepe egészségünkben

A népesség növekedése, a tudatlanság, a szegénység és a szakszerűtlen mezőgazdasági termelés veszélybe sodorta a vízkészletet. Ha nem tesznek hamarosan megfelelő lépéseket, súlyos hiány keletkezik.

A víz a Föld meghatározó alkotóeleme. Mintegy előkészítette az élet kialakulását, és ma is minden élőlény alapvető építőeleme. Talán nem túlzás, hogy ez a legfontosabb erőforrás, amit a Föld az emberiségnek nyújt. Ezek után azt gondolhatnánk, hogy az emberek tudatosan gazdálkodnak a vízzel, a természetes készletek megőrzésére és a víz tisztaságának védelmére törekednek. Sok országban azonban e tekintetben eléggé rövidlátónak és hanyagnak bizonyult a lakosság. Pedig az emberi (és sok más) faj jövője veszélybe kerülhet, ha nem következik be jelentős javulás a Föld vízkészletének kezelésében.

A világ összes tavában, patakjában, folyójában és folyamában a Föld teljes vízkészletének 0,01 százalékánál kevesebb édesvíz van. Szerencsére az édesvizet folyamatosan pótolja a levegőből eső vagy hó formájában lecsapódó vízpára. Az már kevésbé szerencsés, hogy a

csapadék zömét - lehullása közben – beszennyezik az emberi tevékenység által a levegőbe juttatott gázok és szilárd szemcsék.

A világ erőforrását kutató intézet (World Resources Institute) becslése szerint a szárazföldön évente 41 000 köbkilométer víz jut vissza a tengerbe, kiegyenlítve a tengerből párolgás révén eltávozott vízmennyiséget. Közel 27 000 köbkilométer víz áradással, hasznosítatlanul, 5 000 köbkilométer pedig lakatlan területekről folyik a tengerbe. A 41 000 köbkilométer vízből bizonyos mennyiség a szárazföldön marad, és a növényzet fölveszi; e víztömeg nagysága azonban pontosan nem ismeretes.

Ebben a körforgásban az emberiségnek 9 000 köbkilométer hasznosítható víz jut, ami bőséges mennyiség, és elvben 20 milliárd ember számára elegendő. Mivel a világ népessége és a hasznosítható vízkészletek eloszlása egyenetlen, ezért a különböző területeken rendelkezésre álló vízmennyiség igen változó. A mezőgazdaság igényli a legnagyobb mennyiséget: átlagosan a világon felhasznált víz $\frac{3}{4}$ -ét.

Az említett erőfeszítések ellenére is bizonyos, hogy a népesség gyarapodása, valamint a mezőgazdaság és az ipar terjeszkedése következtében egyre kevesebb vizünk lesz. Súlyos hiány keletkezik, ha a vízigény meghaladja a vízkészletet.

A folyó vízgyűjtő medencéjében folytatott emberi tevékenység sok esetben növelheti az árvízveszélyt. Az erdőirtás és a túlzott mértékű fakitermelés nemcsak a talajerózió fokozódásához, hanem a növekvő lefolyáshoz is vezethet: lásd Mátrakeresztes, 2005. A hajózási csatornák is fokozhatják az áradás valószínűségét, mert növelik az ártérbe jutó vízmennyiséget.

Minden emberi beavatkozás, amely az üvegházhatást erősíti és emiatt éghajlatváltozást okoz, természetesen a víz világméretű körforgását is befolyásolja. A következő századra jelzett 0,5-1,5 méteres tengerszint-emelkedés például nemcsak a partok elárasztásával fenyeget, hanem szikesedéshez is vezethet, új mocsaras területeket hozhat létre, miközben a korábbiakat elpusztítja, és ronthatja a Föld édesvíz/sósvíz arányát. A csapadék mennyisége mindössze 7-15 százalékkal nőhet, a földrajzi változások pedig megjósolhatatlanok.

Élettani szempontból táplálkozásunk alapvető része nemcsak ivóvízként, hanem szilárd táplálékaink jelentős hányadát is víz képezi, de higiénés szerepe is fontos.

4.2.4.3. A táplálkozás, mint természeti erőforrás

Magyarországon a halálozás háromnegyed részéért táplálkozással és életmóddal összefüggő betegségek felelősek, elsősorban a szív és érrendszeri, másodsorban a daganatos megbetegedések. Más szóval: a nem megfelelő táplálkozás és életmód jelentős mértékben hozzájárul a lakosság kedvezőtlen egészségi állapotához és a következményes nagy arányú halálozáshoz.

A fentiekből következik, hogy egészséges táplálkozással és életmóddal ezek a betegségek jelentős részben megelőzhetők. Az egészségmegtartó, betegségmegelőző táplálkozás és életmód ajánlásai egyszerűek, megtartásuk nem igényel különösebb erőfeszítéseket, többletkiadásokat, csak éppen meg kell ismernünk és alkalmaznunk kell életünkben az alapelveket.

A WHO Európai Regionális Iroda Táplálkozási Osztálya Budapesten rendezte 1990-ben az Első Európai Táplálkozáspolitikai Konferenciát, amelyen plenáris ülések előadásai, valamint workshop-okon tartott megbeszélések foglalkoztak az élelmezés- és táplálkozáspolitikai elméletével és gyakorlatával, valamint az európai országokban történő bevezetésével. Az egyik Workshop témája a konferenciára készült *Compendium on Diet and Health in Europe 1990* című tanulmány megvitatása volt. A Compendium szerzői a vitális és élelmiszervásárlási statisztikai adatok összehasonlító elemzését mutatták be és vitatták meg, valójában ez az összeállítás tartalmazta a hazai élelmezés- és táplálkozáspolitikai valószínűleg első változatát.

Ezt követően az MTA Élelmiszer-tudományi Komplex Bizottságának Táplálkozástudományi Munkabizottsága, az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI), továbbá a Magyar Táplálkozástudományi Társaság szakembereinek közreműködésével 1992-ben tanulmányt készített *Nemzeti élelmezés- és táplálkozáspolitikai Magyarországon* címmel. A tanulmány különböző fórumokon

megvitatásra került, majd két közleményben kapott bizonyos publicitást, de nem került el a döntéshozókhoz, ezért a munka ebben a stádiumban befejeződött.

A hosszútávú egészségfejlesztési politika alapelveiről szóló program (A népegészségügy prioritásai az ezredfordulóig) című cselekvési terv 1994-ben jelent meg, ennek egyik fejezete az egészséges táplálkozás elterjesztését tűzte ki célul és felépítésében, szerkezetében követte az addig megjelent ételmezés- és táplálkozás politikai tervezeteket. Ez a program közel állt a megvalósuláshoz, de végül valahol elakadt a bevezetéshez vezető úton.

Az ÉTP tanulmányok történetének újabb eseménye 1995/96-ban következett be, amikor a Központi Élelmiszeripari Kutató Intézet által szervezett munkacsoport dolgozott ki részletes elemzést és tervezetet a tennivalókról *Magyar Ételmezés- és Táplálkozáspolitika* címmel. Sajnos ez a munka is megrekedt a tanulmánykészítés szintjén és nem vált cselekvési terv alapjává.

Végül újabb szakértői csoport közreműködésével készült el 1999-ben *A magyarországi ételmezés- és táplálkozáspolitika irányelvei* című összeállítás a MTA Élelmiszer-tudományi Komplex Bizottság Táplálkozástudományi Munkabizottsága támogatásával. A tanulmány körültekintően, minden részletet megvizsgálva elemezte az akkori helyzetet, a célokat, a tennivalókat de sorsa hasonló volt az elődeihez – nem került sor a megvalósításra.

Hozzátartozik az előzményekhez a WHO Európai Regionális Iroda Táplálkozási Osztálya 2001-ben kiadott ajánlása *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000-2005* címmel. A kiadvány az európai országok számára javasolja az ételmezési és táplálkozási politika bevezetését 2000 és 2005 között (azóta már elkészült a 2006-2010 közötti időszakra szóló ajánlás is, amely új elemet vett föl a programba: a napi rendszeres fizikai aktivitásra való nevelést, illetve a napi rendszeres mozgás elterjesztését).

A WHO által bevezetésre ajánlott cselekvési terv az ételmezés- és táplálkozáspolitika bevezetése érdekében három stratégián alapul: az élelmiszerbiztonsági, a táplálkozási, és a fenntartható élelmiszerellátási (azaz táplálkozásbiztonsági) stratégián. A WHO cselekvési

terv igen hasznos kézikönyvként szolgál a nemzeti ételmezés- és táplálkozáspolitikai kidolgozásához mindenek előtt azért, hogy logikus, megvalósítható, érvekkel alátámasztott programot kínál. Nyomatékosan felhívja a figyelmet az egészséges életkezdet egyik feltételére, a fél évig tartó kizárólagos szoptatás jelentőségére, majd a szakszerű elválasztásra fontosságára. A WHO cselekvési terv stratégiáinak elemei átvehetők és beilleszthetők a nemzeti programokba, ennek köszönhetően megjelentek ebben a nemzeti táplálkozáspolitikában is.

Az Ételmezés- és Táplálkozáspolitikai Program kialakításában meghatározó szerepe volt a korábbi alapvető, korszerű és rendkívül korrekt, nagyon lényeges adatokat, értékes elemzéseket tartalmazó alapos, elemző tanulmányoknak, programszervezeteknek.

Az egészség és táplálkozás kapcsolatának vizsgálatához szükséges indikátorok közé tartoznak az ún. vitális statisztikai adatok, például a mortalitási mutatók, amelyekből következtetni lehet egyrészt a halálozást jelentősen befolyásoló betegségek arányára, a lakosság megbetegedési struktúrájára, illetve általában az egészségi állapotára, másrészt az egészségügyi ellátás színvonalára, szervezettségére.

A magyar lakosság keringési, daganatos és egyéb betegségek okozta standardizált halálozási aránya 100 000 lakosra, 2002-ben Magyarországon (%) (Demográfiai Évkönyv, 2003): 51,1% szív- és érrendszeri, 25,2% daganatos, 23,7% egyéb.

A helyzet súlyosságát mutatja, hogy Magyarországon a daganatos betegségekből eredő halálozás tendenciája növekvő és Európában a legnagyobb.

A szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás tendenciája 1993 óta csökken, de még mindig a 12 legnagyobb mortalitás közé tartozik Európában.

Az Első Európai Ételmezés- és Táplálkozáspolitikai Konferenciára (Budapest, 1990) készített összeállításból (Compendium) kitűnik, hogy az összehasonlító elemzésben szereplő 24 európai ország keringési betegség okozta halálozását tekintve a magyar értékek voltak a legrosszabbak 1988-ban. A szív-koszorúér-meszesedésből származó halálozásban is a magyar adatok voltak a legkedvezőtlenebbek, az agyi érbetegség okozta halálozásban, és a vastagbél rosszindulatú daganatos betegségei által okozott halálozásban a második legrosszabb helyen magyar adatok voltak.

Az a tény, hogy e betegségek táplálkozással és életmóddal összefüggők azt is jelenti, hogy megfelelő táplálkozással és életmóddal jelentős részben megelőzhetők. Óvatos becslések szerint Európában a szív-érrendszeri betegségek egyharmadának kialakulása a helytelen táplálkozással van összefüggésben, amiből arra lehet következtetni, hogy ugyanilyen arányban megelőzhető a CVD (Cardiovascular Disease – szív-érrendszeri betegség) előfordulása egészséges táplálkozással. Alátámasztja ezt a finn példaként említett tapasztalat, amely szerint a több mint három évtizede tartó program eredményeként kedvező változások mutatkoztak a táplálkozásban (összes zsiradék, telített zsír, só csökkenése) és ezzel együtt az összes koleszterin szint, szisztolés vérnyomás és a 35-64 éves férfiak CHD (Coronary Heart Disease – szív-koszorúérbetegségek) halálozásának 65 %-os csökkenése következett be.

Más adatok arra utalnak, hogy Európában a daganatos betegségek gyakorisága 30-40 %-kal csökkenthető lenne az egészséges táplálkozás elterjesztésével.

A halálozást döntően befolyásoló két említett betegségcsoporton kívül számos más, táplálkozással összefüggő betegség van jelen Magyarországon: elhízás, cukorbetegség, csontritkulás, idült májbetegség, epekövesség, továbbá tápanyag-hiánybetegségek, amelyek megelőzhetők, illetve bekövetkezésük kockázata jelentősen csökkenthető egészséges táplálkozással és életmóddal. Nyilvánvaló, hogy ezeknek a betegségeknek a kialakulásában a helytelen táplálkozáson kívül az egyén betegségre való hajlama és több jól ismert tényező is szerepet játszik: dohányzás, rendszeres alkoholfogyasztás, stressz, mozgásszegény életmód, ezért cselekvésre ösztönzők azok a megfigyelések, amelyek rámutatnak a magyar lakosság táplálkozásában és életmódjában lévő kockázati tényezőkre. (Rodler, 2003, 2004, Lugosi 2001)

5.2.4.4. A termál és gyógy-idegenforgalmunk, mint az életmód természeti erőforrásai

Egyik legnagyobb társadalmi, gazdasági kincsünk az ásvány-, termál- és gyógyvízbázisunk. Erre alapozva fejlődött és fejlődik tovább termál- és gyógy-idegenforgalmunk.

A gyógy-idegenforgalom, mint gazdasági kategória, a turizmus speciális ága, amely magába foglalja az ennek megfelelő szolgáltatásokra igényt tartó bel és külföldi vendégek ellátását, ami kórházi, szanatóriumi, illetve gyógyszállóban történő ellátásból és azt követő rekreációból áll.

A gyógy-idegenforgalom az idegenforgalomnak azon ága, amikor a vendég egy adott helyen gyógyulás, kondíciójavítás, munkavégző képesség javítása céljából keres fel, és az egészségügyi ellátás keretében nyújtható kezelések kereskedelmi célú, teljes térítés ellenében történő értékesítése folyik, nem állampolgári joron.

A gyógy-idegenforgalom szinonímája az egészségturizmus, ahol a turista utazásának fő motivációja az egészségi állapotának javítása vagy megőrzése, tehát a gyógyulás vagy a megelőzés, az egészség megőrzése. Ebből adódóan két alszektor lehet elkülöníteni, a gyógyturizmust és a wellness turizmust.

Hévíz („hő-víz), vagy termálvíz az olyan természetes forrásból származó víz, melynek vízhőmérséklete a 20 C fokot meghaladja.

A gyógyvíz az olyan ásványvíz, amely fizikai tulajdonságainál fogva, kémiai összetétele alapján gyógyhatása van, tehát alkalmas az emberi szervezet életműködésének előmozdítására, vagy valamely megbetegedés gyógyítására.

Ásványvízről kémiai szempontból akkor beszélünk, ha a víz 1 liternyi mennyiségében legalább 1000 mg oldott, szilárd ásványi alkotórészt tartalmaz, vagy a ritkán előforduló, az életműködésekhez feltétlen szükséges, biológiailag aktív elemekből kimutatható mennyiséget tartalmaz. (Vajda 1990)

A termál – és gyógyvízkészletet tekintve, Magyarország a világranglista ötödik helyét foglalja el. Hazánk területének 70 %-a alatt található termálvíz, jelenleg mintegy 350.000 m³ a felszínre kerülő napi termálvíz mennyisége. A Kárpát - medencében a Föld mindössze 25 km vastag szilárd kérge alatt 8000 milliárd m³-re becsülhető forróvíz tenger helyezkedik el, amely évszázadokra lehetővé teszi a kitermelést.

A Kárpát – medence különleges adottságai miatt, a felszíntől lefelé haladva 16 – 20 méterenként 1° C-ot emelkedik a vizek hőmérséklete.

Az európai átlag 33 m, a magyarországi 18 m, ez a magyarázata annak, hogy nálunk sokkal kisebb mélységből lehet termálvizet nyerni, mint másutt.

Magyarország ebben a tekintetben egyedülálló helyet foglal el Európában.

Az egészségturizmus a hazai turizmus egyik legjelentősebb növekedési potenciállal rendelkező alágazata. Magyarország a világ egyik legnagyobb gyógy-és termálvízkészlettel rendelkező országa, a fürdőkultúrájának, a víz gyógyászati célú felhasználásának hazánkban évszázados hagyományai vannak. A turisztikai szektoron belül az egészségturizmus fejlesztése jelentősen elősegítheti mind az eltöltött vendégéjszakák számának, mind pedig a vendégek fajlagos költségének növelését. Az egészségturizmus alapját képező természeti és ember alkotta vonzerők széles körű, komplex hasznosítást tesznek lehetővé, ráadásul az egészségturizmus iránti kereslet az általános turisztikai keresletnél jóval kevésbé mutat szezonális ingadozást. Az egészségturizmus fejlesztése tehát hozzájárulhatna a hazai turizmus időbeni és térbeni koncentrációjának csökkentéséhez.

A nemzetközi egészségturisztikai kereslet és kínálat összetevői, a jelenlegi és a közeli jövőre prognosztizált keresleti és kínálati trendek alapvetően meghatározzák azt az irányt, amely követendőnek tekinthető a hazai egészségturisztikai fejlesztések számára. Mivel - a nemzetközi gyakorlattól némiképp eltérően - Magyarországon az egészségturizmus fejlesztése jelentősen számít külföldi vendégkörre, ezért mindenképpen szükséges annak a vizsgálata, hogy a külföldi vendégek milyen *elvárásokkal*, milyen *tapasztalatokkal* érkeznek hazánkba. Egy szolgáltatás észlelt színvonalát és ezzel összefüggésben a szolgáltatást igénybe vevő fogyasztók elégedettségét ugyanis az adott szolgáltatás tényleges minőségén túl alapvetően meghatározza többek között az is, hogy a fogyasztó milyen korábbi tapasztalatokkal rendelkezik azonos típusú szolgáltatásokkal kapcsolatban,

és ennek alapján milyen körű és színvonalú szolgáltatási összetevők meglétét tekinti minimálisan vagy általában elvárhatónak. A korábbi tapasztalatok és az ezek alapján kialakuló elvárások arra is jelentős hatást gyakorolnak, hogy a fogyasztó hogyan értékeli egy termék érték-ár arányát.

Az egészségturizmussal kapcsolatban számos, más turisztikai termékekhez mérve kedvező tulajdonságot lehet megemlíteni:

- relatíve hosszú tartózkodási idő a gyógyturizmusban a kúra-alapú szolgáltatások miatt a vendégek tartózkodási ideje jellemzően hosszabb, mint más termékek esetén,
- magasabb fajlagos költség a specializált szolgáltatások és eszközök, valamint az egészségturizmus magas élőkommunikációs-igénye miatt, a fajlagos költség az átlagos költség feletti (különösen igaz ez a wellness turizmusra),
- jelentős forrásszükséglet mind az infrastruktúra specializáltsága, mind pedig a turizmus átlagánál képzettebb szakszemélyzet miatt, az egészségügyi szolgáltatók esetén mind az állandó, mind a változó költségek magasak,

A motivációelemzési kutatások alapján elmondhatjuk, hogy a biztonságot mindenki keresi, ez az egyik legalapvetőbb emberi szükséglet. Ez azonban nemcsak fizikai, hanem biológiai biztonságot is jelent, amely azonnal sérül, ha az egyénnek egészségügyi problémái vannak. Az emberek, ha az adott gyógy mód, gyógytényező vagy személy hozzá tud járulni egészségügyi problémájuk javításához, akkor hajlandóak sokat áldozni a gyógytényező felkeresésére. Mindezekből következően a gyógyturizmus motivációs alapjai igen szilárdak és szinte mindenki potenciális fogyasztó lehet. Ezt a teoretikusan óriási létszámú piacot rendkívül leszűkíti azonban a specializált egészségügyi szolgáltatások magas ára, illetve a természetes gyógy módok nem ismerete vagy elutasítása. Az egészségügyi szolgáltatásokra szinte minden országban külön biztosítás létezik, így is megosztva a kezelések finanszírozásának kockázatait.

A wellness turizmus szolgáltatásai sokkal magasabb szintű, mégpedig az önmegvalósítással kapcsolatos igények kielégítését célozzák. Azok az emberek képesek és hajlandóak is egyedi igényeikkel foglalkozni és azokra áldozni, akik sikeresek (megbecsülés igénye), szerteágazó társadalmi/családi kapcsolataik vannak (szeretet/valahová tartozás igénye), anyagi és fizikai biztonságban élnek és nincsenek jelentős ki nem elégített fiziológiai szükségleteik sem. Ezek az emberek hajlandóak egyre

többet törődni saját magukkal, szellemi és fizikai állapotukkal, illetve specializált (például wellness) szolgáltatásokat is igénybe venni. Természetesen betegségek megléte esetén ők is fogyasztói a gyógyszolgáltatásoknak, de számukra inkább a megelőzés, a szellemi és fizikai állapot megőrzése a fontos. (Iliás 2004)

5.2.4.5. Röviden a fizioterápia sajátos megközelítéséről és értelmezéséről

Az ember egészségét meghatározó tényezők között kiemelkedő helyet foglal el az életmód.

Mielőtt ennek az erőforrásokkal való kapcsolatát elemezném, néhány szót ejtenék az életmód fogalmáról. Sokan az életmódot a mozgással azonosítják, azonban jóval többről van szó.

Életmódunk meghatározói mindenekelőtt a bioritmusok, melyek betartását, a hozzájuk való alkalmazkodást, a nekik megfelelő életmódot leginkább a természeti népeknél, a vadonban élő állatoknál figyelhetjük meg. Rögtön egyértelművé válik a felvetés, ha arra gondolunk, hogy miként reagálna a földműves lova, ha éjjel fognák igába, hogy gazdája szánthasson-vethessen. Furcsa lenne, ha a majom sütné-főzne, konzerválna, élelmiszereket fagyasztással tartósítana ínségesebb időkre. Próbált már valaki cigarettát dugni kutyája szájába? ...

Márpedig az evolúció évmilliói során kialakult szervezetünk becsapása jelenlegi stresszel teli életünk, a három-műszakos munkahelyek működése. Táplálkozástani kutatók állítják, hogy az emberi emésztőrendszer is alapvetően a nyers magvak fogyasztására szelektálódott, a „modern” konyhatechnika, melyről megvallom, egyelőre én sem kívánok lemondani, egyértelműen összefüggésben áll a vezető népbetegségekkel, különösen, ha mozgásszegény, káros szenvedélyeknek is hódoló életmóddal ötvöződik. Tágabb értelemben a vallás is részét képezi az ember transzcendens, így természetes igényeinek. Az önmagunkat mindenhatónak beállító attitűd valójában az inflatív psychopathia esete, láthatjuk ezt a természet legyőzésének téveszméje nyomán olvadó gleccserek, pusztuló tavak és erdők látványán elkomorodva.

Fizioterápia, tehát nem gyógyszeres és sebészi egészségügyi beavatkozások alatt általában elektromos gépekkel történő gyógyítást ért az akadémikus orvostudomány, legalábbis a hazai finanszírozás erre sarkall, azonban észre kell vennünk a „természetnek megfelelően élni” gondolat igényét az emberek mind szélesebb tömegeiben. Erre kívánok rámutatni a következőkben. Meggyőződésem, hogy az egészség, az orvostudomány ekként való értelmezése jelentős gazdasági potenciált jelent, mely köszönhető részben a rászoruló betegek hatalmas számának, a gyógyszeripar éppen a genetikai kutatásoknak köszönhető trónfosztásának, valamint a piaci kudarcoknak.

5.2.4.6. Az egészségügy jelentősebb erőforrásainak és az egészséget meghatározó tényezőknek a kapcsolatrendszerre

Ebben a fejezetben sorra vettük az egészségügyi szolgáltatásokat biztosító ellátás, az egészségügy forrásait. Ismert a WHO egy deklarációja az egészségi állapotot befolyásoló és meghatározó tényezők jelentőségéről, arányáról. Eszerint az egészségügyi ellátásnak mindössze 11% a súlya egyebek mellett. A legnagyobb befolyást az életmód hatása jelenti, amely 43%-ot, a környezeti ártalom 27%-ot és a genetikai ártalom szintén 27%-ot képvisel.” (Gidai. 1998)

Paradigmaváltásról és stratégiáról szólva elkerülhetetlen e két csoport: a források és az egészségi állapotot meghatározó tényezők közötti összefüggésekre való rámutatás. A WHO statisztikája kapcsán egyrészt fontosnak tartom annak hangsúlyozását, hogy az egészségügy 10% körüli szerepe az egészségi állapotban döntően addig érvényes, amíg az ember nem betegszik meg. Miután az ember egy komoly megbetegedés áldozata lesz, például daganatot fedeznek fel szervezetében, agyvérzést vagy szívinfarktust él túl, az egészségügy szerepe, a kórházi ellátás, a gyógyszerek biztosítása akár kizárólagos is lehet a többi mellett: tehát már szertefoszlik az életmód szerepe, később a testmozgás, a sport beiktatása, a táplálkozás radikális átalakítása, a genetikával sem igen tud mit kezdeni a páciens, s hiába költözik szanatóriumi környezetbe, tiszta levegőjű helyre, sőt, még korábbi életmódjának részét képező munkáját is kénytelen abbahagyni. Ezen a szinten, tehát a manifesztálódó betegségek szintjén az egészségügyi ellátás súlya egyre nagyobb lesz, sőt, a többi is a vázolt gyógyító elveknek megfelelően fog módosulni: az orvos írja

elő a diétát, a gyógyszereket, a napi életritmust, esetleg ideiglenesen vagy véglegesen felment munkavégzés alól, s a folyamat egy sor más életmódbeli tényezőt is korlátozni fog. Ha az azbeszt krónikus belégzése kifejtette tüdőrákot okozó hatását, ha a stresszel teli élet agyvérzést, szívrohamot okozott, ha a mozgásszegény életmód és kalóriadús táplálkozás cukorbetegséget idézett elő, ha a kicsapongó élet AIDS-hez vezetett, akkor már vége a primér prevenció lehetőségeinek. Éppen ellenkezőleg, minél fiatalabb és egészségesebb valaki, annál nagyobb a súlya az egészségügyön kívüli tényezőknek az egészség megőrzésében. Meglátásom szerint az elsődleges megelőzés, tehát a betegségek kialakulásának elkerülése elsősorban a gyermekkorban valósítható meg, a későbbi életkorokban inkább a szűrések jutnak kitüntetett szerephez. Tehát az életmód, a környezet, a táplálkozás szerepe a legnagyobb súllyal a születést követő években esik latba, szerepük és százalékos arányuk csökkenni fog az élet során. Forrásallokáció kapcsán azt is mondhatná valaki, hogy ha csak ilyen elenyésző az egészség meghatározásában magának az egészségügynek a szerepe, akkor ez a körülmény jogosulatlanul teszi az egészségügynek előírányzott többletforrások igényét például a költségvetés tervezésekor. Szó sincs erről, éppen az általam két, időben elhatárolható életszakasz megkülönböztetése azt támasztja alá, hogy egyfelől a megelőzésben mennyire fontos a környezeti-életmódbeli-táplálkozási tényezők jelentősége és más ágazatoknak is szem előtte kellene tartaniuk döntéseik egészségügyi következményeit (munkanélküliség, oktatáspolitikai, patikaprivatizáció stb.), másrészt a kuratív medicina gyakorlása jelenti az egészségügyi források döntő részének a felhasználását, ahol a prevenciónak a szerepe, de nem a jelentősége az egészségügyön belül valóban 10% lehet: közegészségügyi ellátás, védőoltások, intézmények higiénés körülményeinek előírása, iskola és munkaegészségügy, felvilágosítás, de ezen túl az alap- és szakellátás javára sohasem elég hangoztatni az alulfinanszírozottságot, ami éppen a költségrobbanásból ered.

Gondolatmenetemet követve könnyen belátható, hogy a WHO %-os értékei korántsem lehetnek olyan merevek és pontosak (11!), ahogy idézzük őket rendszeresen. Az egészségügy és a genetika szerepét becslésem szerint valóban meg lehet határozni az említett 10, illetve 20 %-ban, viszont ezek is és a többi is szorosan és kölcsönösen összefügg egymással. A környezet mellett az életmódot célszerűbb lenne két részre bontani, azaz leválaszthatnánk róla a táplálkozást, ivóvízellátást. Véleményem szerint a primér a környezet (és a genetika), melyek részben önmagukban is meghatározó erővel bírnak, mint levegőszennyezettség, zajártalom, klimatikus és domborzati viszonyok,

mikro- és makro-szintű társadalmi közeg. Az életmódot már az egyén választja, de az említetteknek megfelelően függ a környezeti tényezőktől: munkával, pihenéssel, regenerálódással töltött napi életritmusunktól. Ugyancsak döntően az egyén határozhatja meg táplálkozásmódját, az étkezések minőségi – mennyiségi és ütemezési szempontjait, melyekre hasonlóan vitathatatlanok a fentebb említett környezeti tényezők hatásai, természetesen a genetikai alkattal (hajlammal) együtt.

Az előzőeket megvilágítanám néhány példával. A gyermekek fogzatának, csontozatának karbantartása nem csupán fogmosást, illetve a már kialakult csontritkulás gyógyszeres kezelését kellene, hogy jelentse a változó korban, továbbá a seniumban, hanem kristálytiszttan kell látnunk, hogy a fogak, a csontok kifejlődése mindenekelőtt áll egy genetikai bázison, ezt követően a fogak, csontok állományának, az őket felépítő sejtek struktúrájának alakulását erősen befolyásolja a táplálkozás, nevezetesen, hogy milyen tápanyagok jutnak el éveken keresztül a táplálékból a bélrendszeren át felszívódva a vérrel a szervekhez, s végül az életmód, hogy mennyit rág, mozog a gyermek élete során. Itt is van egy kis feed back kör szorosabban a fogak fejlődése esetén: a rágás idejét és intenzitását természetesen a táplálék minősége, fajtája, elkészítési módja (nyers-főtt) is befolyásolja. Így függnék össze az otthoni konyhatechnikai hagyományok, az iskolai csoportos étkeztetés, szupplementáció olyan további oktatáspolitikai szempontokkal, mint a napi testnevelési órák biztosítása, a tiszta környezet, egészségügyi ismeretek oktatása a gyermekkorban. Hasonlóan lehetne elemezni a szellemi képességek kifejlesztését, illetve a többi testi tényezőét. Ennél fogva célszerűbbnek látom a környezeti tényezők szerepét az egészség megőrzésében, a betegségek megelőzésében 20, az életmód és a táplálkozás jelentőségét 25-25% körül, jelentős szórással, tehát átfedéssel meghatározni.

Ugyanakkor belátható, hogy a közgazdasági értelemben vett erőforrások, melyet ebben a fejezetben dolgoztam fel, nem csak az egészségügy forrásai, hanem az egészségi állapot meghatározásában is döntőek: a humán-erőforrás, a tudomány, mint ismeretek, egészség- és oktatás-kultúra, hagyományok és életreform törekvések mellett a természeti erőforrások, mint a környezet, az életmód és a táplálkozás tényezői.

Tehát a rendelkezésre álló szűkös erőforrások egyben lehetőségek, szoros összefüggésben egymással, azonban kimerítő felhasználásuk, tönkretételük jelentős kockázati tényezővé válhat, vagyis erőforrás helyett éppen ellenkezőleg, ártalommal, noxává válhatnak, akár a

természet, akár a tudomány-technika, akár a humán-erőforrás exhaustív igénybevételéről legyen szó, mely betegségekben manifesztálódva már gyógyítást igényel és költségeket generál. Ennek megfelelően célszerűbbnek látom intervallumokba illeszteni az egyes tényezők jelentőségét: a genetika szerepe 15-25%, a környezeté is 15-25%, az életmódé és a táplálkozásé 20-30%, míg az egészségügyé 10% körüli, jelentős átfedésekkel és eltolódásokkal az egyén szintjén, de még annak élete különböző szakaszaiban is.

6. KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN AZ ORVOSILAG LEHETSÉGES - GAZDASÁGILAG MEGENGEDHETŐ DILEMMÁJA

6.1. Költségrobbanás az egészségügyben

Az államháztartások deficitjének egyik fő tényezője az általam a globalizáció egyik megnyilvánulásaként értelmezett egészségügyi költségrobbanás, melynek főbb közvetlen okai a korfüggőségi hányados kedvezőtlen tendenciája, tehát a demográfiai olló nyílása: egyre több eltartottra egyre kevesebb gazdaságilag aktív járulékfizető jut, a tudomány és technika haladása, tehát az orvosilag lehetséges-gazdaságilag megengedhető dilemmája, az ágazati infláció, pl. az innovatív gyógyszerek nagyságrendekkel magasabb árfekvése, a valódi és vélt igények növekedése, nem kis részben a média hatására, tehát egyrészt ezt jelzi a tényleges morbiditási-mortalitási mutatók kedvezőtlen volta, a napvilágra került orvosi műhibák, az orvosi iatrogenia, másrészt az indokolatlan vizsgálatok, felesleges kezelések, jogosulatlan táppénz-igény és rokkantosítás, idő előtti nyugdíjazás.

Ha 4 betegséget összehasonlítunk a ráfordítások szempontjából, és azt az eredményt kapjuk, hogy ugyanabból a pénzből adott gyógyszerrel 1000 magas vérnyomás betegségben szenvedő életévet, adott műtéttel 100 daganatos beteg életévet, interferon injekcióval 10 májcirrózisos életévet, transzplantációval egy tüdőrákos beteg életévet nyerhetünk, vajon mi lesz a korrekt döntés a költségek szempontjából? E morbidnak tűnő, ám valójában valóságos szituáció néhány újabb gondolatra inspirált engem is.

Éppen ez a dilemma támasztja alá a költség-kiegyenlítő társadalombiztosítási rendszerek igenlését: lehet, hogy még egy gazdag ember sem tudna egy tüdő-transzplantációt megfizetni, nemhogy egy szegény, ha nincs egy „jó” biztosítása.

A statisztika is segít: valószínűleg több ember szenved magas vérnyomásban, mint szorul általában műtetre.

Sokan a költségek fogalomköre hallatán beleesnek a zavarosba: költséghatékonyság alatt összemosnak olyan jelenségeket, hogy valakit vagy egy betegséget egyáltalán nem kezelek, vagy olcsóbban kezelek. Itt is legalább 2 szintje létezik a költségeknek: miután adott betegről eldöntöttem, hogy az érvényes protokollok, standardok mellett gyógyításra

szorul, és a TB hatályos finanszírozása ezt lehetővé teszi, a továbbiakban nem lehet kérdés, hogy a többi hasonló betegeket is ugyanúgy kötelező kezelni. Tehát, ha egy akkreditált kórházban 2 betegnél megállapítják ugyanazt a betegséget, akkor a kórház a továbbiakban nem szelektálhat, hogy az egyiket kezeli, a másikat nem, másrészt ugyanarról a betegről sem dönthet az egyik kórház, hogy kezeli, míg a másik úgy, hogy nem kezeli, pusztán mert rossz a finanszírozása, quasi gazdaságtalan. És most a költséghatékonyság egy másik szintje: ha eldöntöttük egy betegről, hogy kezeljük, a továbbiakban biztosítania kell számára az optimálisat, mint szükségeset, de semmi feleslegest, pazarlót. Előbbiek az alábbiakkal világítanám meg: egyszer régen történt, hogy egy betegnél kullancs-csípést követően Lyme betegséget diagnosztizáltak és kórházba került. Amikor hazajött, évekig emlegette az osztály főorvosának vitriolos megjegyzését, miszerint az alkalmazott Rocefin infúziók az osztály teljes havi gyógyszerkeretét kimerítették. Lehet, hogy egy költséges terápiában részesült, azonban az osztály gazdálkodása nem ettől pazarló: gazdaságtalan, ha lejárt szavatosságú infúziós szerelvényeket, gyógyszereket kell leselejteznie, ezek egy része a magánrendelésekre vándorol, ha csepeg a vízcsap a zuhanyzóban, ha 4 beteg helyén csak 1 fekszik, ha a beteget nem meggyógyítják, hogy ismét dolgozhasson és járulékot fizethessen, hanem a leszázalékolásig meg sem állnak a kezelésével, vagy ellenkezőleg, egyáltalán nem kezelik s ezért válik invaliddá.

6.2. A költségek

Az egészségügy működésének jellemzője korábban, az állami költségvetési szférában elvárt követelmények teljesítése volt, ma pedig egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a piaci tényezők. A bázisszemplétes költségvetés tervezési és finanszírozási mód helyett a teljesítményeket preferáló és hatékony költséggazdálkodást megvalósító, az intézményi likviditást szem előtt tartó gazdálkodás az elvárás.

A megváltozott körülmények túlhaladták a jelenlegi intézményi költségvetési gazdálkodás jogszabályi kereteit. A kórház, mint költségvetési szerv pénz-forgalmi szemléletű kettős könyvviteli rend szerint tartja nyilván bevételeit és kiadásait. A teljesítmények lejelentése időben eltér azok finanszírozásától, két hónappal később kapja meg a szolgáltató az érte járó összeget. A negyedévi gazdálkodásról utólag ad képet, torzítva a késleltetett

teljesítmény elszámolással. Mivel megszűntek a garantált bevételek, a bevételek és kiadások tervezése, tevékenységek bekerülési költsége életbevágóan fontos az intézményi likviditás biztosítása céljából. A legáltalánosabb megfogalmazás szerint a tevékenység folytatása során felhasznált eszközök pénzben kifejezett értékét nevezzük költségnek.

A költség mindig;

- Valamilyen műszaki vagy gazdasági tevékenység végzése során, a tevékenység érdekében merül fel.
- Pénzértékben kifejezendő eszközfelhasználást és munka-teljesítmény igénybevételét jelenti.
- A költségekkel rokon fogalom a ráfordítás. A szakirodalom a kettő közötti különbséget hosszú ideig úgy határozta meg, hogy mindkettő a gazdálkodó szervezet eszközeinek (javainak) felhasználása, de amíg a költség a tevékenység során a szolgáltatás előállítása érdekében felhasznált javak és teljesítmények értéke, addig a ráfordítás az összes intézményi tevékenység eszközfelhasználása egy adott elszámolási időszakban. A ráfordítás tehát magában foglalja a szolgáltatási körön kívül, de értéknövelő vagy veszteségjellegű eszközfelhasználások értékét is.

Az intézmények a rendelkezésére álló erőforrásokat orvosi és egyéb szolgáltatásokká alakítják. Így például orvosi szaktudás, berendezés, labor, gyógyszer, asszisztensi közreműködéssel laborvizsgálatokat végez. A folyamat eredményességét az fejezi ki, hogy mekkora költséggel tudták a szükséges vizsgálatokat előállítani. Más kérdés, hogy előállíthatók ezek a vizsgálatok önmagukban gazdaságosan miközben az adott betegség gyógyításában hatástalan volt, végeredményben a források pazarlásához vezet.

A költségek fajtái közt kiemelkedő fontosságú az anyagköltség, az igénybevett anyagjellegű szolgáltatások, az értékcsökkenési leírás költsége, mint holt munka, valamint a bérköltség, mint élőkommunka megjelenési formák sorában. Az anyagköltségek is, mint az egyéb költség-nemek lehetnek állandó és változó költségek, hozzárendelhetők a kimutatott költség-helyekhez: társüzemi szolgáltatásokhoz, szakmai egységekhez, valamint a költségviselőkhöz: a fekvőbeteg-ellátás és a járóbeteg-ellátás osztályaihoz.

A költségek felosztása az egységek között, tehát a belső számlázás, illetve az önköltségkésztés tehát a HBCS vagy németpont megtervezése, illetve konkrét betegre

vetítve az ún. "betegszámla" prezentálása elvezet bennünket a kontrollinghez, melynek intelligens gyakorlása meghatározó lehet adott intézmény nemcsak likvid, hanem solvens voltának biztosításában. Az önköltségszámítás, illetve a betegszámla lehet az ördög, amely a részletekben bújik meg, hiszen az egy betegre eső költség számos variációjával találkozhatunk:

- Az ápoló osztály a normatív értéknél nagyobb mennyiséget használ fel
- Egységnyi szolgáltatás előállítására magasabb a normatív ár
- A szakmai anyagok beszerzési költsége magasabb a piaci ár
- A szakmai anyag felhasználása magasabb az átlagosnál
- A bérköltség magasabb az intézeti vagy hasonló besorolású intézmény átlagánál
- A teljesítmény magasabb, ezért az egy betegre eső rezsiköltség alacsonyabb, mint a normatív vagy átlag költség.

A közbeszerzés intézményének hatása a költségekre csak akkor pozitív, ha érvényesül a korrektség elve.

6.3. A közbeszerzés intézménye az egészségügyben

A közbiztosított közbeszerzés jogintézményének bevezetésére az egészségügyi ágazatban 1998.jul.1-jével került sor. A 33/1998 (II.25.) kormányrendelet meghatározta azon, országosan kiemelt egészségügyi termékeket, amelyek beszerzésére csak központosított közbeszerzési eljárás keretében kerülhetett sor. A kiemelt termékek gazdasági-műszaki jellemzőit állami normatívák határozzák meg. (3/1998. (II.25.) NM rendelet)

A közbeszerzések lebonyolítására pedig az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt jelölte ki a kormány az 1019/1998.(II.25.) kormányhatározatával.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatóságán belül létrejött ezen feladat ellátására a Közbeszerzési Iroda. Az OEP által lebonyolított közbeszerzési eljárásokra a közbeszerzési törvény rendelkezései mellett alkalmazni kellett a 125/1996. (VII.24.) kormányrendelet előírásait is, amelynek hatályát a központi költségvetési szervek mellett az "E" Alapból finanszírozott egészségügyi intézményekre is kiterjesztették.

Figyelemmel az évközi hatályba lépéssel, az egészségügyi intézmények többségénél az 1999. évi beszerzések kapcsán került először sor a központosított közbeszerzés alkalmazása során az országosan kiemelt egészségügyi termékkörök tekintetében.

A jogalkotó a jogi szabályozási eszközök széles skáláját vette igénybe a törvényi szabályozás mellett, kormányrendelet, ágazati rendelet, illetve kormány-határozat formájában. Jogászati körökben már jogintézmény 1998. július 1-jével történő hatályba lépése kapcsán felvetődött, hogy a jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény rendelkezéseivel nincs összhangban ez a szabályozási rendszer. Ugyanis az "E" Alapból finanszírozott költségvetési intézmények egy jelentős része önkormányzati intézmény, melyeket az 1990. évi LXV. törvény 9.§ (4) bekezdése alapján a helyi önkormányzat a feladatkörébe tartozó közszolgáltatások érdekében hozott létre. A kormány pedig államigazgatási feladatok ellátásán túl kormányhatározatok formájában nem irányíthat önkormányzati költségvetési intézményt. Ugyanis a fentiekben hivatkozott jogalkotásról szóló törvény 46.§ (1) bekezdése kimondja: "Az Országgyűlés, a Kormány, Kormánybizottságok, az Önkormányzat határozatában szabályozzák az általuk irányított szervek feladatait." Azaz, a kormány határozatával csak az általa irányított költségvetési intézmény tekintetében hozhat rendelkezéseket.

A jogalkotási törvénnyel való összhang megteremtése jegyében került sor a közbeszerzésekről szóló törvény átfogó módosítására az 1999. évi LX. törvénnyel a központosított közbeszerzések vonatkozásában. A központosított közbeszerzés személyi hatálya szűkült, és kizárólag a kormány által irányított, "E" Alapból finanszírozott költségvetési szervek vonatkozásában rendelte alkalmazni szabályait. Azaz, az egészségügyi intézmények tekintetében a módosított törvény a helyi önkormányzati tulajdonú "E" Alapból finanszírozott egészségügyi költségvetési intézmények közbeszerzéseit nem vonta a központosított közbeszerzés körébe.

A törvénymódosítással összhangban megtörténtek a szükséges jogharmonizációs lépések is. Módosításra került a 153/1999.(X.22.) kormányrendelettel a központi költségvetési szervek központosított közbeszerzésének részleges szabályairól szóló 125/1996. (VII.24.) kormányrendelet is, amely az "E" Alapból finanszírozott, kormány által irányított költségvetési szervek központosított közbeszerzése tekintetében változatlanul alkalmazásra került.

Megszületett továbbá az 1143/1999. (XII.30.) kormányhatározat, amely 2000 január 1-jétől a központosított közbeszerzések lebonyolítására egy szervezetet, a Miniszterelnökség Közbeszerzési és Gazdasági Igazgatóságát jelölte ki, megszüntetve az OEP ez irányú jogkörét, hatályon kívül helyezve az 1019/1998. (II. 25.) kormányhatározatot.

A központosított közbeszerzések körébe tartozó országosan kiemelt termékkörök vonatkozásában is egységesítésre került sor, maga a módosított 125/1996. (VII."!) kormányrendelet I. számú melléklete sorolta fel a termékköröket, ide értve az egészségügyi termékköröket is, hatályon kívül helyezve a 33/1998. (II.25.) kormányrendeletet.

Az "új" közbeszerzési törvény módosításának megfelelően az önkormányzati tulajdonú, "E" Alapból finanszírozott költségvetési intézményekre 1999. szeptember 1-je után a központosított közbeszerzés szabályai nem vonatkozik. Természetesen a korábbi hatályos jogi szabályozáson alapuló központosított közbeszerzés keretében megkötött szerződések hatályát ez nem érintette, a szerződésben foglalt önkormányzati költségvetési szervekre vonatkozó kötelezettségek hatályosak maradtak, hiszen az "új" törvény előírásait csak az 1999. szeptember 1-je után megkezdődött közbeszerzésekre lehetett alkalmazni.

Az önkormányzati tulajdonú költségvetési szervek ezen új jogszabályi környezetben kezdték meg a 2000. évre vonatkozó beszerzéseiket, amelyek tekintetében már a sok kritikát kapott központosított közbeszerzés szabályait nem kellett alkalmazniuk. A központosított közbeszerzés területén hamarosan azonban új jogszabályi módosítás került kiadásra. 2000. december 18-án került kihirdetésre az 1999. CLX törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 2000. évi költségvetéséről, és ez 18. §-ával módosította a közbeszerzésekről szóló törvény központosított közbeszerzésekre vonatkozó rendelkezéseit. Az "E" Alapból finanszírozott költségvetési szerveket teljes egészében beemelte a központosított közbeszerzés körébe, függetlenül a tulajdonosi formától. Azaz, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó beszerzések területén valamennyi egészségügyi intézménynek alkalmazni kell a központosított közbeszerzés szabályait 2000. január 1-jével a külön jogszabályban meghatározott tárgyi-személyi hatály mellett.

A 2000. január 1-jével hatályos 1995.évi XL. törvény 3.§ (2) bekezdése már az

Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott költségvetési szervek központosított közbeszerzéseinél már nem kormányhatározatról rendelkezik, csupán úgy fogalmaz, hogy "A Kormány jogosult a megvalósítás részletes szabályainak meghatározására, beleértve a személyi és tárgyi hatályt, valamint az ajánlatkérésre jogosultat." (Kőszegfalvi Edit)

Több mint ezer költségvetési szerv tartozik a kormány felügyelete alá.

A központosított közbeszerzés lehetőséget ad arra, hogy a kis intézmények is kedvező áron vehessenek különféle termékeket és szolgáltatásokat a megkötött keret-megállapodások alapján. A közbeszerzési eljárások nyertesei azok lehetnek, akik jó minőségű termékeket kínálnak jó feltételekkel és kedvező áron. Ezzel együtt jár és egyben érthető a kormány szabványosításra való törekvése is, hiszen egy esetleges átszervezés, vagy összevonás esetén például nagy szerepet kap, mondjuk az informatikai rendszer kompatibilitása.

A főbb témakörök: az információtechnológiai termékek, gépjárművek, üzemanyagok, irodabútorok, papíráruk és egészségügyi termékek.

Az 1995-ös XL. törvény írja elő azt, hogy az Egészségbiztosítási alapból finanszírozott szervezeteknek - így az önkormányzatok által működtetett egészségügyi intézményeknek is - a közbeszerzési keretszerződés alapján kell beszerezniük bizonyos röntgen kontrasztanyagokat, egyes kötést rögzítő kötszereket, vizsgáló- és sebészeti kesztyűket, infúziós és transzfúziós szerelvényeket, kanülöket, sebészeti szikéket, pengéket, pengényelet, s orvosi eszközök fertőtlenítőszerait. (Gubányi 1999)

6.4. Likviditás és solventia az egészségügyi intézményekben

A likviditás adott időben való fizetőképességet jelent, míg a solventia a folyamatos likviditást.

A Magyar Államkincstár létrehozásával, az előirányzat-gazdálkodási rendszer bevezetésével felszínre került az addig látens adóssághelyzet. Az egészségügyben a teljesítményfinanszírozás is ez idő tájt vált napi gyakorlattá.

Az intézményi gazdálkodás tapasztalatai alapján a jogalkotó, az 1997-es költségvetési gazdálkodási évtől új eszközrendszert működtet. Az elsődleges cél a központi költségvetési intézmények adósságának kezelése, mely jelenség szinten mutatta a tervezésben, a gazdálkodásban, a finanszírozásban – mind fejezeti, mind intézményi szinten – mutatkozó zavarokat.

Adósság alatt ebben az esetben csak a jogszabályban rögzített terminológia szerinti lejárt, esedékes tartozást kell érteni. Az összes tartozásállomány ennél nagyságrendileg nagyobb (körülbelül a duplája), hiszen annak része a nem lejárt, beérkezett, de pénzügyileg még nem rendezett szállítói állomány is.

A kincstári biztos rendszer és vele párhuzamosan az önkormányzati biztos rendszer bevezetésének jogszabályi háttérét az Államháztartásról szóló Törvény és végrehajtási rendeleteinek 1997. január 1-jétől érvényes módosítással teremtették meg.

A Magyar Államkincstár az intézmények jogszabályban előírt, havi jelentéstételi kötelezettségén alapuló adatszolgáltatása alapján nyilvántartást vezet a kincstári költségvetéssel rendelkező intézmények lejárt, esedékes adósságáról. Az Iroda a nyilvántartásokból rendszeresen információt nyújt a Pénzügyminisztérium, a Kincstár és az érintett tárcák vezetőinek.

A jogszabály alapján a 60 napon túli, az intézmény előirányzatának 3,5%-át vagy 50 millió forintot meghaladó adósság esetén kincstári biztos kirendelése kötelező. A Pénzügyminisztérium, az intézményt felügyelő tárca és a Magyar Államkincstár képviselőjéből álló Ad hoc Bizottság döntése alapján a pénzügyminiszter kincstári biztost rendel ki. Egy hónap múlva, amikor a kincstári biztos az adósság felszámolására vonatkozó írásbeli javaslatát megteszi, ugyancsak az Ad hoc Bizottság dönt annak elfogadásáról.

Az elmúlt évek tapasztalatai szerint az adósságállomány nagyságrendje átlagosan havi 4,5-5 milliárd forint körül volt. A tartozás jellege szerint induláskor még döntően az állammal és a TB alapokkal szemben állt fenn, így a szállítókkal szemben csak 40%-nyi volt. A

köztartozások felszámolása után arányeltolódás indult meg, az egyéb tartozásállomány hányada folyamatosan növekszik.

Az előzetes várakozásnak megfelelően, az adósság az intézményi gazdálkodás rendszerében mutatkozó súlyosabb gondok felszíni jelensége.

A biztosok szabályozatlansággal, a számviteli és analitikai nyilvántartások hiányával, a gazdálkodási jogszabályok nem teljes körű ismeretével találkoztak. Különösen fontos volt a kötelezettségvállalás és az ellenjegyzés, valamint az önálló és a részben önálló szervek jogkör-megosztásának szabályozatlanságát megszünteti.

Általánosságban is megállapították a biztosok, hogy a tervezés megalapozottsága komoly kívánnivalót hagy maga után.

Az esetek többségében a feladat és a hozzá rendelt költségvetési forrás és létszám tervezésének, összehangolásának felügyeleti és intézményi szintű hiányosságai, a szabályozatlanságból fakadó ellenőrizetlen kötelezettségvállalás lehetősége, a nyilvántartások elégtelenségéből származó tisztánlátáshiánya volt tapasztalható.

A legnagyobb gond a korszerű likviditási szemlélet teljes hiánya.

Az intézményeknél felsorolt hiányosságok egyértelműen felvetették a felügyeleti szervek felelősségét. Az e téren tapasztalható hiányosságok súlyosak. Általában javítani kell a tulajdonosi szemléleten mind a felügyeleti, mind az intézményi szinten, azokban az esetekben is, amikor a finanszírozó eltér a tulajdonostól (pl. egészségügy).

Általánosságban nem igazolódott be az „alulfinanszírozottság”, tehát az intézmény teljes feladatrendszerét biztosító forrás, előirányzat elégtelensége, de a biztosok is javaslatot tettek a finanszírozás struktúrájának és néhány esetben mértékének a megváltoztatására.

A teljesítményfinanszírozás sajátossága, hogy a tárgyhavi elszámolt és elismert teljesítmény után járó bevétel három hónap eltéréssel érkezik meg az intézet számlájára.

Az egységes teljesítmény finanszírozás alapja a súlyszám díj és a homogén betegcsoportok. Az eltérő funkciók (hotel, diagnosztika, progresszív betegellátás,

kiszolgáló egységek, gyógyszer ellátás stb.) kiadásait azonban a kórháznak elkülönítetten kellene kezelni és elemezni a bevétel termelő képességét. A tapasztalatok alapján ennek elmaradása mindenképpen eladósodáshoz vezet.

Az elmúlt időszak intézkedései ellenére közismert az egészségügyi dolgozók viszonylag alacsony bére. Ennek ellenére és az egészségügyben az átlagos szintet meghaladó infláció ellenére elmondható, hogy ha egy intézményben, az átlag 60/40 százalékos bér/dologi arány, a bérek és járulékaik irányába kritikusan eltolódik, az a humán erőforrás gazdálkodás hibáját és az eszköz hatékonyságát alacsony mértékét mutatják és közvetett módon növelik az adósságot, és azon belül a köztartozást.

Az egészségügyi ágazatban az eszközök erkölcsi avulása, amortizációja, a rendkívül gyors fejlődés következtében átlagon felüli. A gépek cseréje, pótlása a tulajdonosok részére komoly terhet jelent, részben azért, mert az értékcsökkenés nem jelenik meg költségelemként.

Az eszközpark elavulása viszont az intézmény számára jelent karbantartási többlet kiadást és időnként előre nem tervezhető rendkívüli forrásigényt.

A korszerű likviditás menedzselési eszközök gyakorlatának bevezetésével, elfogadtatásával értek el elsősorban eredményt a biztosok. Minden esetben arra törekedtek, hogy a szakmai teljesítmények tervén alapuljanak azok a pénzügyi, és ezen belül likviditási tervek, amely nemcsak az adósság-válság megszüntetését, hanem a napi normál működést is biztosítják.

Az adósság keletkezésének okaiból következően a belső szabályozás, kiemelten a kötelezettségvállalás és az ellenjegyzés szabályozását, a nyilvántartások rendbetételét, adott esetben kialakítását kellett rendre végrehajtaniuk a biztosoknak. A biztosok megállapodásokat kötöttek és kötnek a szállítókkal az adósság átütemezésére, a kamatok elengedésére azzal a biztosítékkal, hogy a fizetés, a pénzügyminiszter megbízólevelével ellátott biztos által mindenképpen megtörténik. Ahol ez szükséges volt, a szervezeti egységek számára keretgazdálkodást írtak elő és minden esetben megtörtént a visszacsatolás számukra teljesítményeikről, bevételeikről és kiadásaikról. Ugyancsak

minden esetben javaslatot tettek a biztosok az intézménnyel közösen a szervezet hosszabb távú strukturális átalakítására.

A konszolidációs és reorganizációs programban a programellenőrök munkája annyiban különbözik a kincstári biztosokétól, hogy ún. folyamatba épített, előzetes ellenőrzést végeznek. Munkájukat a teljes „Egészség évtizede” program koncepciójának, ezen belül a regionális átalakítás elképzeléseinek megfelelően végzik, törekedve a szakmai teljesítmények fokozásának lehetőségére. (Forgács 2004)

7. KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS AZ ALAPELLÁTÁSBAN

A 6/92 NM rendelet alapján kezdte meg működését a jelenlegi háziiorvosi rendszer, 1992-ben lépett hatályba.

Meghatározta a humán erőforrásokat: ki az, aki ezt végrehajtja, milyen szakmai és képzettségi feltételeknek kell megfelelnie, illetve, ha nem felel meg azoknak, milyen időintervallumon belül és hogyan tehet eleget nekik. Előírta, hogy a szakmai megvalósításhoz milyen eszközök, (rendelő, dokumentációs rendszer, felszereltség) szükségesek és hiány esetén mennyi idő áll rendelkezésre ezek pótlására.

A rendelet precíz leírása szakmailag definiálta az általános orvoslást. Leírta fő tevékenységi körét, középpontba helyezte a prevenció szemléletű gondozást és megfogalmazta a családorvoslás sajátos, más egészségügyi ellátáshoz nem mérhető, autentikus helyzetét, adottságát az eredményes megelőzésben.

A továbbküldési arány 1992 és 1998 között a városi praxisokban 9,7 %-ról 13,4 %-ra, míg falusi praxisok esetén 4.8%-ról 7.9%-ra emelkedett.

1992 és 2001 között a háziiorvosi forgalom összességében 25 %-kal, a szakrendelők forgalma 118 %-kal, a kórházban ellátottak száma pedig 27 %-kal nőtt. Amíg 1992-ben 11-szer fordult meg egy „átlag” magyar az orvosnál, 1998-ban 18-szor, 2001-ben pedig 22-szer. Erősen öregszik a szakma, 1992-ben a 35 év alatti és a hatvan év feletti háziiorvosok száma nagyjából megegyezett, 2000-ben viszont már több mint négyszer annyi 60 év feletti háziiorvos dolgozott, mint 35 év alatti. A házi gyermekorvosok esetében az arány még kedvezőtlenebb. Ami a szakmára nézve nagyon pozitív hatással volt, az a családorvosok képzési-továbbképzési rendszerének megújítása és ösztönzése. (Schmidt P. nyomán 2004)

„A háziiorvosok igénylik az egészségneveléssel és egészségmegőrzéssel kapcsolatos ismereteket. Ugyanakkor napi gyógyító munkájuk mellett egyre kevesebb idejük és energiájuk marad a tanácsadásra, az egyes krónikus betegségekkel kapcsolatos kiegészítő ismertetőkre, illetve a betegek hozzátartozóival való tanácsadászerű foglalkozásra. Fontosnak tartják az egészségneveléssel és egészségmegőrzéssel kapcsolatos kiadványok

szerepét. Kritikusan illetik a médiákat, rádió, tv reklámanyagait és hirdetéseit, amelyek sokszor károsan terhelik meg a házi orvos gyógyító munkáját, jelentős idővesztést okozva.” (Schmidt)

Az alapellátásban normatív teljesítményelvű elszámolási rendszer működik. A normatív finanszírozási rendszerek az átlagköltséget térítik, a kiadások racionalizálására, a szolgáltatások és a költségek csökkentése irányába hatnak. A normatív finanszírozásra általánosan két területen találunk működő példákat: az alapellátásban és a fekvőbeteg-ellátásban.

Az alapellátásban a normatív finanszírozás klasszikus és elterjedt példája a fejkvóta alapú elszámolás. Elve: az orvos (a praxis) tevékenységigénye, azaz elvárt átlagos munka- és költségráfordítása az általa ellátandó betegek számával arányos.

A fejkvóta alapú finanszírozás elvileg prevenció-centrikus, mivel: tartós ellátást valósít meg, ahol a személyes kapcsolat alapján a személyes felelősség is jobban érvényesül, továbbá a gazdasági ösztönzés is a prevenció, a definitív ellátás irányába hat. (Kincses)

A valóságban gyakran megfigyelhető azonban a házi orvos kapuőr szerepének be nem tartása: gyakran csak receptírásra, szakorvosi beutalók kitöltésére szorítkoznak.

7.1. A praxisok felszereltsége

A házi orvosi rendelők gyógyászati eszközökkel való felszereltségi nívója nem egyenletes, jelentős különbségeket találunk közöttük. A felszereltségből adódó különbségek okai azonban nem strukturális természetűek. A legfiatalabb korcsoportba tartozó házi orvosok praxisa lényegesen jobban felszerelt, a középgenerációt képviselő házi orvosok rendelői átlag felett rendelkeznek a közepes kategóriára jellemző felszereltséggel, s az idősebb korosztályok rendelőinek felszereltsége átlagon felül alacsony. Az elemzés kimutatta, hogy az életkor oki tényező, az orvosok képzettsége azonban nem az. A fiatalabb orvosok alacsonyabb képzettségük ellenére szerelik fel jobban a rendelőt.

Az Országos Alapellátási Intézet nyilvántartásában összesen 5797 házi orvos szerepel. E számosság 1576 településen rendelkezik praxissal (a házi orvosok jelentős hányada

nagyobb településeken dolgozik, míg ugyancsak jelentős csoportot alkotnak azok, akiknek praxisába több kistelepülés tartozik).

Az alábbiakban Babusik vizsgálatából idézek a praxisok ellátottsága vonatkozásában.

Tizennégy eszközzel kapcsolatban vizsgálták, hogy rendelkezésre áll-e a praxisban. Az eszközök között felsorolták a mindennapi alapfelszereltséghez tartozókat, illetve olyanokat, amelyekről feltételezni lehetett, hogy drága, ritka eszközökként csak nagyon jól felszerelt rendelőkben található.

Számítógéppel voltaképpen mindegyik praxis rendelkezik. Azon kevés számú praxis, ahol nem találunk gépkocsit, jellemzően a legidősebb házi orvosoknál van, valószínű, hogy ők vagy egészségügyi okokból nem vezetnek, vagy egyszerűen nincs jogosítványuk.

Ellenőrizendő a felsorolt eszközök konzisztenciáját (azaz azt, hogy elvileg egyaránt előfordulhatnak-e a házi orvosi rendelőkben), faktorelemzést végeztek az adatokkal. Kiderült, hogy az otoscop és a szemfenéktükör kivételével egyetlen fő komponensbe rendeződnek. Noha az otoscop a praxisok zömében megtalálható, a szemfenéktükörrel együtt kihagyták a további elemzésből, mert a külön faktorba tartozás azt mutatja, hogy szakmai szempontból dönt egy házi orvos úgy, hogy tartja-e vagy sem (tehát a felszereltségi rangot nem tükrözi híven megléte vagy hiánya). Az elterjedtség okán ugyancsak kihagyták a számítógépet és a gépkocsit. Ezt követően, figyelembe véve az egyes eszközök eltérő súlyát, súlyozott itemekkel egy csoportosítási eljárás keretében három fő felszereltségi típusra osztották a praxisokat.

Az egyes felszerelési típusokban az eszközök előfordulási százaléka

9. táblázat

Megnevezés	Felszereltség		
	Alacsony	közepes	magas
Kislabor	9,0	29,9	70,3
Fizoterápiás eszközök	4,6	22,0	51,1
Vizelet stix	80,2	94,0	98,5
Hordozható EKG	49,9	89,8	98,4
Telefonos online EKG	1,2	0,6	21,3
Automata vérnyomásmérő monitor	21,3	37,5	79,0
Oscillometer	5,0	56,9	78,5
Doppler	8,0	47,5	77,0
Félautomata defibrillátor	0,0	2,6	23,9
Inhalátor	24,6	17,8	39,3

Forrás: Babusik, 2005

- Alacsony felszereltségi szintűnek nevezve azt a praxist, amelyben a legtöbb eszköz ritkán fordul elő, még a legnagyobb átlagos gyakoriságú (81,9%) hordozható EKG is az átlag gyakoriság felével szerepel. Ugyanebben a praxiskategóriában az online EKG és az inhalátor gyakorisága meghaladja az átlagosan ellátott praxisokat, az egyebek viszont alapvetően hiányoznak.
- Magas felszereltségűnek azokat a praxisokat neveztük, melyekben még az egyébként ritkán előforduló eszközök is magas gyakorisággal találhatók, míg közepesnek azokat a praxisokat, melyek felszereltsége e két szélső kategória között található.

A praxisok ellátottsági szintje – százalékos eloszlás %

Alacsony	28,0
Közepes	34,0
Jó vagy nagyon jó	37,8

A három ellátottsági kategóriába eső praxisok közül legkisebb mértékben alacsonyan felszereltek találhatók – ezek aránya azért önmagában meglehetősen magas. A legjobban felszerelt rendelők aránya meglehetősen magas.

A legfiatalabb korcsoport praxisai lényegesen jobban felszereltek, a középgenerációt képviselő háziorvosok rendelői átlag felett rendelkeznek a közepes kategóriára jellemző felszereltséggel, illetve az idősebb korosztályok rendelőinek felszereltsége átlagon felül alacsony. Az elemzés kimutatja, hogy a kor oki tényező. Összehasonlítva a képzettségi szint, a kor és a felszereltség tényezőit, kiderül, hogy döntően a fiatalabb orvosok – alacsonyabb képzettségük ellenére – szerelik fel jobban a rendelőt. (Babusik)

7.2. A praxisok pénzellátása

A családorvosi praxis finanszírozása összetett. A működési költségek finanszírozási szabályozása jelenleg figyelembe veszi:

- a praxis területi ellátási kötelezettségét, illetve annak mellőzését,
- a praxishoz – mint ellátandó területhez – tartozó populáció számát, közigazgatási területi egység szerinti megkülönböztetéssel,
- a praxist betöltő orvos szakmai felkészültségét,
- a praxisba bejelentkezett lakosság számát korosztályokba sorolt – pontok szerinti – súlyozással,
- a praxis ügyeleti, ellátási kötelezettségét,
- a praxis körön kívüli lakosság ellátását.

Az előzőekben felsorolt finanszírozási elemek aktuális értékei a praxis értékének meghatározói. Amint az a felsorolásból is látható, konkrét teljesítmény, illetve minőségbiztosítási elemek jelenleg nincsenek a finanszírozási gyakorlatban.

1999-ben 35,4 milliárd forint állt rendelkezésre a közel 7 ezer házi orvos működési költségeinek finanszírozására. Ennek az összegnek a felosztása a 43/1999-es kormányrendelet alapján történt.

Házi orvosi finanszírozás adatai

10. táblázat

Megnevezés	1998	1999
Fix összegű finanszírozásra	6776,0	7351,7
Területi pótlékra	435,0	532,4
Eseti ellátás díjazására	228,0	249,2
Teljesítmény (TAJ kártya) díjazása	21962,0	23504,3
Ügyeleti szolgálat ellátására	3403,0	3818,0
Összesen	32804,0	35355,6
Házi orvosi ellátás finanszírozása az E-Alap %-ában	10,9	10,4

Forrás: OEP, házi orvosi finanszírozás adatai

Az 1999. év végén 6859 házi orvosnak volt az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződése. A házi orvosok 93 százaléka vállal területi ellátási kötelezettséget. Az ellátási kötelezettség nélküli házi orvoslás a főváros és a megyeszékhelyek jellemzője.

Háziorvosi szolgálatok főbb jellemzői, 1999

11. táblázat

Megnevezés	Felnőtt	Gyermek	Vegyes	Összesen
	Lakosság ellátására szervezett szolgálat			
<i>Szolgálat száma</i>				
Területi ellátási kötelezettséggel	3.207	1.528	1.636	6.371
Területi ellátási kötelezettség nélkül	386	61	41	488
Összesen	3.593	1.589	1.677	6.859
<i>Szolgálat átlag nagysága, fő</i>				
Területi ellátási kötelezettséggel	1.650	953	1.591	1.467
Területi ellátási kötelezettség nélkül	742	448	901	719
Összesen	1.552	934	1.574	1.414
<i>A szolgálat éves átlagbevétele, 1000 forint</i>				
Területi ellátási kötelezettséggel	4.565	4.631	5.128	4.718
Területi ellátási kötelezettség nélkül	1.606	1.820	1.992	1.659
Összesen	4.243	4.520	5.063	4.497

Forrás: OEP, háziorvosi szolgálatok főbb jellemzői 1999. év végén

A lakosság 17 százalékát a háziorvosok 20 százaléka látja el a fővárosban, ezért itt a szolgálatok átlag nagysága az országos átlagnál valamivel meghaladják, mert a lakosság 36%-át kitevő populációt a háziorvosok 33%-a gyógyítja.

Háziorvosi szolgálatok település típusonkénti jellemzői

12. táblázat

Településtípus	A háziiorvosi szolgálat		
	Száma (fő)	átlag nagysága (eFt/év)	Átlagbevétel (eFt/év)
Főváros	1359	1227	4079
Megyeszékhelyek	1298	1347	4161
Városok	1882	1489	4542
Községek	2320	1501	4898
Összesen	6859	1414	4497

Forrás: OEP, háziiorvosi szolgálatok település típusonkénti jellemzői

Természetesen a fenti átlagok némileg összemoszák a praxisok közötti különbségeket. A háziiorvosi szolgálatok megoszlása a bejelentkezettek száma alapján 199. év végén a következő volt.

Háziorvosi szolgálatok megoszlása

13. táblázat

Bejelentkezettek száma	Praxisok megoszlása, %
-200	0,9
201-500	3,1
501-1000	20,0
1001-2000	61,5
2000-3000	14,1
3001-	0,4
Összesen	100,0

Forrás: OEP, háziiorvosi szolgálatok megoszlása

A bevételek szóródása elsősorban a bejelentkezettek számától függ. Szakmapolitikai megfontolásból éppen ezért tartalmaz degresszív szorzót a teljesítmény finanszírozása. Az 1999. évi bevételek szóródása azt jelzi, hogy az egészen kicsitől a nagyobb jövedelmekig széles a skála.

Háziorvosi szolgálatok megoszlása

14. táblázat

Bevétel kategória (eFt)	Felnőtt	Gyermek	Vegyes	Összesen
-100	13	-	1	14
101-300	26	2	-	28
301-500	34	1	1	36
501-1000	54	9	5	68
1001-2000	106	28	16	150
2001-3000	179	55	55	289
3001-4000	461	202	233	896
4001-5000	1922	802	447	3171
5001-7000	792	484	853	2129
7001-	6	6	66	78
Összesen	3593	1589	1677	6859

Forrás: OEP, háziiorvosi szolgálatok megoszlása.

A fenti tábla adatai szerint a legtipikusabb jövedelem – évi 4 és 5 millió forint közötti, ezt követi az 5 és 7 millió forint közötti bevétel.

A privatizált praxis értéke – elsősorban városi környezetben, ahol az elérhetőség lehetővé teszi a szabad orvosválasztás lehetőségét – a jövőben függhet az ellátás szakmai színvonalától – a minőségétől. Ennek egyik tényezője az orvos szakmai felkészültsége. A magyar lakosság 85%-át finanszírozás szempontjából a legmagasabb szakmai képzettségű háziorvosok látják el. (Donkáné Verebes Éva nyomán)

8. KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSBAN

8.1. A járóbeteg-ellátás teljesítményelvű finanszírozása

A reformtörekvésekben általános vágy a teljesítményarányos finanszírozás, de az egyetértés csak eddig a pontig teljes. Az elvi vitának alapvető oka az, hogy az egészségügyben – komplex és nem homogén rendszerről lévén szó – nehezen definiálható a teljesítmény fogalma. Két elterjedt felfogás uralkodik. Az egyik megközelítés (tételes elszámolás, tevékenység finanszírozás) a tevékenységgel, a nyújtott szolgáltatással azonosítja a teljesítményt, míg a másik alapelv szerint a tevékenységek eredménye jelenti a nyújtott teljesítményt (normatív rendszerek). A járóbeteg-szakellátásban előbbi szerint történik a finanszírozás.

A teljesítményt a tevékenységgel azonosítják és a teljesítmény mérésére az elemi egységekre bontott és kategorizált tevékenységi listákat használnak. Logikája az, hogy az orvosi gyógyítás jól definiálható diagnosztikus és terápiás modulokra bontható, és a finanszírozás ezeknek az egységeknek a számlaszerű (taxatív) elszámolásán alapul. Ha az egyes elszámolási tételekhez konkrét vagy szabad ár tartozik, akkor honoráriumrendszerrel beszélünk, mely általában piaci viszonyok között elterjedt. Ha ár helyett a tevékenységek egymáshoz viszonyított értékeit rögzítik, akkor pont vagy tarifarendszerről beszélünk, mely inkább a társadalombiztosítások jellemzője. A tevékenységfinanszírozás legismertebb példája a német finanszírozási rendszer, mely az ún. „német pontrendszer”-en alapul. A német pontrendszer egy egyszerűsített tevékenységi lista, melyhez pontok tartoznak, és a pont aktuális értékét az ellátók és a biztosító tárgyalása határozza meg. A német pontrendszer eklektikus, és több évtizedes érdekegyeztetés eredménye. Alapvetően csak a működési költségeket tartalmazza, de azokban az ellátásokban, ahol a privatizált működés a jellemző forma, ott tartalmaz bizonyos amortizációs hányadot is. Az angolszász irodalomban fee for service elnevezés az elterjedt.

Miután a biztosító – szektor-semlegesén, egységes áron – szolgáltatást vásárol, így teljesen mindegy, hogy azt saját intézményétől, más biztosító intézményétől, állami intézménytől, vállalkozástól, vagy magánszemélytől vásárolja meg.

Tételes elszámolási rendszerekben a rendeléseknek általában nincs alapjövödelme, tisztán a teljesítményük (forgalom) alapján részesülnek bevételben. Ugyanakkor meg kell állapítani, hogy ezek az előnyök a beteg oldaláról elsősorban a szolgáltatás hozzáférhetőségének szintjén jelentkeznek. Az orvosok az alapos kezelésen kívül a „túlkezelésben” is érdekeltek, ami már káros lehet a beteg számára.

A rendszernek vannak hátrányai is. A legfontosabb, hogy rendkívül drága. Bevezetésénél az alábbi problémákkal kell szembenézni:

- a tételes elszámolás közgazdasági üzenete a fogyasztás, a költségek növekedésére ösztönöz,
- a tételes elszámolás adminisztrációja megterhelő, költsége igen magas,
- forrásszegény időszakban bevezetve az addigi átalánydíjas rendszer költségeit az elemi tevékenységre vetítve olyan alacsony értékek adódnak, (pl. fél dollár alatti eseti vizsgálati díjak) melyeket az egészségügy joggal érez megalázónak,
- az egészségügyi költségvetés védelme és a jövedelemviszonyok kiegyenlítése miatt kompenzáló mechanizmusok szükségesek, ezt viszont az orvosok zöme igazságtalanságnak éli meg, ami rontja a reform fogadtatását. (Kincses)

A járóbeteg-szakellátás az egészségügyi ellátórendszer középső, az alapellátás és a fekvőbeteg-szakellátás közé eső szintje. Két formája az általános és a speciális járóbeteg-szakellátás. Az általános járóbeteg-szakellátás keretében a beteg a házi orvos (vagy más orvos amennyiben az a beteg folyamatos ellátását, gondozását végzi) beutalása vagy a beteg jelentkezése (ha a beteg állapota indokolja, vagy jogszabály lehetővé teszi) alapján szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátásban, fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén folyamatos szakorvosi ellátásban részesül. A speciális járóbeteg-szakellátás olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget (speciális diagnosztikai háttérrel) igényel. Ezek döntően a gondozóintézeti ellátások. Általános járóbeteg-szakellátást a betegnek lakóhelye közelében kell biztosítani, hogy egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, tömegközlekedés igénybevételével megközelíthesse.

Az egészségügyi reformfolyamat egyik legfőbb állandó célja, hogy részben az alapellátás, még inkább a járóbeteg-szakellátás a befejezett (definitív) ellátások nyújtásával a kórházak

felé irányuló betegáramlást mérsékelje. A járóbeteg-ellátás azonban egyre inkább összekapcsolódik a fekvőbeteg-szakellátással, a járóbeteg szakrendeléseket egyre inkább a kórházak működtetik. (A független intézetek súlya csökken, a kórházi ambulanciáké növekszik.) A járóbeteg-szakellátás teljesítményeinek növekedése nem csökkentette a fekvőbeteg-szakellátás igénybevételét, ami nem magyarázható a lakosság korösszetételének változásával, az ok a finanszírozási rendszer sajátosságaiban található. Nem csupán a kórházak működtetnek szakambulanciákat, járóbeteg intézményként besorolt intézmények is végez(het)nek fekvőbeteg-ellátást, vagy egynapos (sebészeti) beavatkozásokat. Mindennek ellenére a járóbeteg-szakellátás külön ellátási formaként való számbavétele indokolt, amit szakmai okok mellett többek között sajátos finanszírozási megoldásai és a magántőke viszonylag nagyobb szerepe is alátámaszt. (2002-ben vállalkozásokhoz került az OEP finanszírozás 89,0%-a művesekezelés, 82,3%-a az otthoni szakápolás esetén.)

A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények száma 1995. év vége és 2002. év vége között 269-ről 475-ra nőtt (76,6%), e növekedés azonban inkább szervezeti változásoknak tulajdonítható, mintsem új kapacitások létrejöttének. A kapacitások növekedését sokkal inkább a teljesített éves orvosi munkaórák számának alakulása mutatja, mely 1995 és 2002 között több mint negyedével, 13 056 millióról 16 505 millióra nőtt. A növekedés különbözőképpen érintette az egyes szakterületeket. Míg röntgen-vizsgálatok esetén megkétszereződés történt, a legnagyobb súllyal latba eső klinikai szakmák esetén (melyek az összes munkaóra több mint felét teszik ki) a növekedés átlag feletti (29,6%), addig a laboratóriumi vizsgálatok átlag alatt nőttek (22,5%), a fogászat visszaesett (4,1%). Mindezt a gyógykezelési (vizsgálati) esetek számának növekedése indokolja, melyek száma 1995 és 2002 között 60 millióról 64 millióra nőtt.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása két különböző módon történik. Az egyik mód a feladatfinanszírozás, melyet a gondozóintézeti tevékenységek esetén, és a teljesítményfinanszírozás, melyet az általános járóbeteg-szakellátás, képalkotó diagnosztika (CT, MRI), művese-kezelés és az otthonápolás esetén alkalmaznak. A gondozóintézeti tevékenységek feladatfinanszírozását a kapacitások fenntartásának közegészségügyi vonatkozásai indokolják.

A teljesítményfinanszírozás a német egészségügyi rendszerből adaptált pontrendszeren alapul, mely a beavatkozások egyes fajtáira állapít meg pontértékeket (ún. „német pontrendszer”), melyek az egyes beavatkozások közötti költség-arányokat tükrözik. (Zárt fee-for-service rendszer, melyben a finanszírozó rögzíti az egyes beavatkozások arányait és meghatározza a kifizethető összeget.) A szolgáltatók bevétele három tényező függvénye, melyből csak egyikre van befolyásuk, a saját – pontértékben kifejezett – teljesítményükre, a másik kettőre, a többi szolgáltató teljesítményére és a kasszában rendelkezésre álló összegre nem. Az ún. zárt kassza a kiadások korlátozására szolgál. 1993. július 1. és 1998 között a szolgáltatók a teljesítménydíj mellett fix összeget is kaptak, sőt a teljesítménydíj csak 1996-ban haladta meg a fix összeget. 1999-től már nincs fix összeg. 2000 áprilisáig a teljesítmény egy pontjára eső forintértéket havonta állapították meg, az az összteljesítménytől függően „lebegett”. 2000 áprilisától a kiszámíthatóság érdekében a pontértéket előre meghirdetik, a havi ingadozások kiegyenlítésére pedig tartalékalap szolgál. E rendszer akkor tartható fenn, ha a teljesítmények keretek között tartását hatékony adminisztratív eszközök is szolgálják.

Az egy finanszírozási eset több beavatkozás együttese. A teljesítményfinanszírozás negatív mellékhatásaként az egy esetre jutó átlagos beavatkozásszám 1994 és 1998 között 3,3-ról 5,3-ra nőtt. (Az esetszám növekedésének erősebb a korlátja, bár az is növekedett.) Ezt követően a növekedés ütemét sikerült lefékezni, 2002-ben 5,6 volt. Az egy esetre jutó beavatkozásszám-növekedésnek is vannak korlátai.

Jelentősek a teljesítmények közötti regionális különbségek: míg 2002-ben Közép-Magyarországon (Budapesten és Pest megyében) az országos átlagot jóval meghaladó volt az esetszám, 100 lakosra 805 (az országos átlag 670), az átlagos beavatkozásszám pedig 5,7 (országos átlag 5,6), Észak-Magyarországon 100 lakosra mindössze 541 esett – ez a legkisebb régiós érték –, az átlagos beavatkozásszám 5,7. Dél-Dunántúl 653 esetszámát 4,8 átlagos beavatkozásszám kíséri, mely az országban a legalacsonyabb.

A járóbeteg-szakellátás finanszírozása

15. táblázat

Megnevezés	1993. II. félév	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Finanszírozási összeg (millió Ft)	8105,1	19 116,3	25 409,6	31 820,4	37 390,6	42 720,1	47 478,6	53 069,3	64 009,2	74 428,2
Ebből:										
- teljesítménydíj	3166,7	6 755,1	10 506,0	19 047,7	32 021,6	38 425,1	47 478,6	53 069,3	64 009,2	74 428,2
- fix összeg	4938,4	12 361,2	14 903,6	12 772,7	5 361,9	4 295,0	Megszűnt			
- egy esetre jutó összeg (Ft)	na.	346	426	476	494	710	839	893	1 041	1 094
- egy beavatkozásra jutó összeg (Ft)	na.	106	117	122	125	135	144	164	193	194

Forrás: OEP Statisztikai évkönyvek, 1993-2002

A járóbeteg-szakellátásban az engedélyezett (tervezett) szakorvosi állások száma 2002-ben 6092,9 volt, a gondozóintézeti ellátásban 334,4, az üres állások aránya 8,6%, illetve 13,4%, az előbbi mutató az elmúlt néhány évben fokozatosan javul. A betöltött állások közül 4597, illetve 232 főállást jelent (82,6%, illetve 74,3%), a többi részállás. A vállalkozási formában dolgozó szakorvosok aránya 13,7%, illetve 8,6%. Legnagyobb arányban a járóbeteg-szakellátás részfoglalkozású szakorvosai között található vállalkozási formában dolgozók, közel kétötödük vállalkozó. A járóbeteg-szakellátást nagyobb orvoshiány jellemzi, mint a fekvőbeteg-szakellátást. A szakdolgozók száma két és félszerese az orvosokénak, 2002-ben 14 675,9 fő volt, az üres állások aránya 2,9%.

A járóbeteg-szakellátáson belül az önkormányzati szférában a szakmai tevékenységet ellátók száma (szakorvosok és szakdolgozók) az 1996. évi 17 000-ról 2002-re 13 958-ra csökkent, a kiszolgáló személyzet létszáma (intézményüzemeltetéshez kapcsolódó létszám) ugyanezen időszak alatt 4788-ról 3288-ra csökken. A szakmai tevékenységet ellátók esetén az üres álláshelyek száma 2001-ben meghaladta az 1200-at, ami 2002-ben 1600 fölé nőtt. A kiszolgáló személyzet 500 fős hiánya azonban 400 főre csökkent. Az önkormányzatok 1996-ban saját forrásból 9301,4 millió Ft-ot költöttek a járóbeteg-szakellátásra, 2002-ben 11 619,0 millió Ft-ot. A szerény nominális gyarapodás jelentős reálérték-vesztést takar.

OEP gyógyító-megelőző kasszájában önálló finanszírozási tételként 1996-ban jelentek meg a képalkotó diagnosztikai eljárások, a komputertomográf (CT) és a mágneses magrezonancia (MRI) vizsgálatok. 2002-ben 64 intézmény 69 gépén 408,1 ezer betegen 764,2 ezer CT-vizsgálatot végeztek, ami 4239,6 millió Ft-ba került (2000-ben 3569,7 millió Ft-ba). A betegek és a vizsgálatok száma dinamikusan növekszik (2000-ben 80 ezerrel kevesebb betegen 200 ezerrel kevesebb vizsgálatot végeztek), csekélyebb mértékben nő az egy betegre eső vizsgálatok száma (2000 és 2002 között 1,74-ről 1,87-re), az egy vizsgálatra, illetve betegre eső költség viszont nominálértéken is csökken (6290 Ft-ról 5548-ra, illetve 10 972 Ft-ról 10 387 Ft-ra).

MRI-vizsgálatot 2002-ben 25 intézmény végzett (előző évben még csak öt), a vizsgálatok száma két év alatt több mint negyedmillióval (570,2 ezerről 826,3 ezer főre), a vizsgált beteg száma közel 50 ezer fővel (136,5 ezerről 182,7 ezerre) nőtt. A finanszírozási összeg növekedése is dinamikus volt, két év alatt 3685,2 millió Ft-ról 4663,0 millió Ft-ra. A CT-vizsgálatokhoz hasonlóan az egy vizsgálatra, illetve betegre eső nominális költségek csökkentek (6464 Ft-ról 5643 Ft-ra, illetve 27 004 Ft-ról 25 523 Ft-ra).

A művese-kezelésben 2002-ben havi átlagban 5467 fő részesült, ami több mint ezer fős növekedés két év alatt. Ugyanezen időszak alatt a finanszírozási összeg 10 476,8 millió Ft-ról 13 313,6 millió Ft-ra nőtt. A növekedés oka a létszámnövekedés, az egy betegre, illetve kezelésre jutó összeg reálértékben csökkent.

Az otthoni szakápolást – amely a beteg otthonában illetve tartózkodási helyén orvosi rendelésre végzett szakápolói tevékenységet jelenti – 1996 óta finanszírozza az OEP, elterjedése 1998-99-től általános. Fejlesztésének egészségpolitikai célja a jóval költségesebb kórházi ellátás kiváltása. Otthonápolást háziorvos rendelhet el, illetve a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátás szakorvosa, de csak abban az esetben, ha szerződése van szakápolást nyújtó szolgáltatóval. 2002-ben 359 szolgálat működött az országban, többnyire társas vagy magánvállalkozási formában. Egy szakápoló egy nap legfeljebb 5, szakirányú terápiás szolgáltatás esetén napi 4 vizitet teljesíthet, a részmunkaidőben foglalkoztatottak időarányosan kevesebbet. 2003-ban a vizit alapdíja 2850 Ft. A tényleges díjat az alapdíj és szorzók alkalmazásával kell kiszámítani. A szorzószám függ a beteg állapotától (teljes vagy részleges ápolás szükséges, illetve

önellátásra képes a beteg) és a vizitek számától. A szolgáltató a szorzóval korrigált alapidj mellett bizonyos esetben területi pótlékra is jogosult, mely a vizitdíj 10%-a.

2002-ben közel negyvenezer fő részesült otthoni szakápolásban, 55,5%-uk szakirányú terápiás szolgáltatásban, melynek zöme gyógytorna volt. Az egy főre jutó vizitek száma 22,7. A vizitek kétharmadát 65 éven felülieknél teszik. (ESKI 2005)

A járóbeteg-szakellátásra jellemző a kis eszközigény, a vissza-visszatérő pacientúra.

Egy konkrét szakrendelő költséggazdálkodását az alábbiakban egy esettanulmány keretében mutatom be.

8.2. Egy szakrendelő költséggazdálkodásának fonákságai – esettanulmány

A következőkben egy esettanulmányként illusztrálnám munkahelyem, egy reumatológiai szakrendelés költséggazdálkodását a 2000-es évek elejétől 2004 végéig.

Bevételeink elszámolásának alapja az ún. német pontrendszer, mely az egyes esetekhez rendelt beavatkozásokat írja jóvá előzetesen megállapított, fix pontok alapján. Országosan a finanszírozás kerete az ún. járóbeteg kassza, mely első megközelítésben zárt, ez azt jelenti, hogy egy bizonyos összeg osztható szét, így minél több beavatkozást – pontot jelentenek le a szolgáltatók, annál kisebb lesz egy pont értéke. A rendelők ugyanakkor éppen abban érdekeltek, hogy minél több esetet jelentsenek, hiszen akkor kapnak magasabb finanszírozást. Aki ebben az örült hajzában nem tart lépést a többiekkel, könnyörtelenül lemarad és „veszteségessé” válik. Tehát annak ellenére, hogy a pontok értéke devalválódik, annak érdekében, hogy életben maradjon, fokoznia kell teljesítményét.

A havi statisztika a havonta 1-1 szakrendelő által ellátott betegeken finanszírozási értelemben különböző értékű beavatkozások fajtáit és mennyiségét jelenti.

Három kisebb csoport finanszírozását fogom elemezni:

- az egyik a 2 szakrendelés 1-1 orvossal és 1-1 asszisztenssel.
- A másik a fizioterápiás asszisztensek,
- a harmadik a gyógytornászok csoportja.

2001-ben a 12 hónap alatt a 2 szakrendelés, tehát a 2 orvos és 2 asszisztens elvégezte összesen a 10.824 beteg vizsgálatát, 66.300 beavatkozásként lekódolva az OEP-nek, és ezért 8.012.550 német pontot begyűjtve. A 2 rendelés közül az egyik megvizsgált 5030 beteget, jelentve 36.328 beavatkozást 3.936.660 pontért; a másik 5794 beteget, jelentve 29.972 beavatkozást 4.075.890 pontért.

Látható, hogy az a szakrendelő, amelyik 15,2%-kal több beteget vizsgált meg, ugyanakkor pusztán a kódolásból eredően 21,2%-kal kevesebb beavatkozást dokumentált. Az egy betegre jutó beavatkozások száma 7,2 illetve 5,2. Ugyanezek a mutatók egy év múlva /2002. I-XI. / 8,1 illetve 5,1.

A különbség már 3, azaz a szűkebb spektrumban kódolóhoz viszonyítva 58,8, kerekén 60%-kal több beavatkozást kódolt a másik, miután 1 év alatt 12,5%-kal növelte a beavatkozások számát.

Összességében 2002-ben 14%-kal nőtt a megvizsgált betegek száma, 20%-kal a beavatkozásoké és 18%-kal a pontok száma. Tehát 18%-os éves teljesítménynövekedés a betegek számának emelésével és a beavatkozások palettájának szélesítésével.

Ha ilyen nagy a szórás 2 azonos rendelés „teljesítménye” között, mekkora lehet országos méretekben. Minden a teljesítményarányos finanszírozás inadekvát statusát igazolja.

2005. elején a hozzáférhető adatok alapján a következőkkel egészítem ki a fentieket. Az utóbbi 1-2 évben az OEP a teljesítmény-felpörgetés miatt csökkenteni igyekezett a jelenthető beavatkozások számát, szűkíteni az elvégezhető terápiás kezeléseket. Erre válaszul a szakrendelők újabb trükkökhöz folyamodtak. 2001-2002-ben még egy egyszerű receptfelírás ismert betegnek elszámolható volt gondozási eseményként minimális pontért, maximális adminisztrációval. Például egy csontritkulásban szenvedő beteg esetében, a recept megírását és kiadását követően az eset részletes dokumentálása után 155 statisztikai jellegű kérdésre is válaszolni kell a finanszírozás érdekében. Így a rendelések ezeket az egyszerű eseteket is komplett vizsgálatoknak jelentették le, megegyezően egy új, kivizsgálatlan beteg valóban részletes vizsgálatával, bár a vizsgálatra már csak azért sem kerülhetett sor, mert a beteg esetleg személyesen meg sem jelent a rendelőben. Persze, az OEP-nek fel is tűnt a beavatkozásokra jutó átlagosan 2-3 perc közötti időtartam, ezért 2004 utolsó negyedében 4 megyei ellenőr személyében az előző év, tehát 2003 utolsó negyedének teljes beteganyagának dokumentációját átvizsgálta 4 ellenőrző főorvos. Egy év távlatából természetesen a betegek személyes jelenléte már nem rekonstruálható.

Mivel a hibás jelentések után a büntető kamatokkal terhet visszavonások jelentősen megrengették volna a pénzügyi egyensúlyt, az ellenőrök joviálisan kifejezték abbéli szándékukat, hogy nem törekszenek teljes retorzióra, mert az a kórház likviditását erősen sértette volna. Mindenesetre a menedzsment nagyon helyesen ezen időszakról még fokozottabban ellenőrizte a jelentések és a dokumentáció egyezőségét, azonban a rendelkezések saját csapdájukba esve vagy kénytelenek kevesebb beavatkozást könyvelni, vagy mindenkit még alaposabban vizsgálni és még részletesebben dokumentálni. Utóbbi a jelen keretek között fizikai képtelenség, mivel a beavatkozások tényleges időátlaga 2,5 illetve 2,3 perc a 2004-es év összes beavatkozását figyelembe véve, évi 11 x 20 munkanappal számolva. Az egy beavatkozásra jutó német pontok száma mindkét rendelő esetében egybevág az átlagukkal: 161,6 – 162 – 161,8 pont.

2004-ből a beavatkozások bontása állt rendelkezésemre, ebből kigyűjtve és összesítve a vizsgálatok, konzíliumok, kontrollok számát, 5272 eset adódott, szemben például 2002-vel, ahol ugyanezeket összeadva 12240 beteg ez irányú ellátása történt, illetve került dokumentálásra. Utóbbi adat igen jól megközelíti a megjelentként feltüntetett esetek számát: 12284, 2001-ben 10824. Utóbbi 2 év növekedésének elemzését lásd fentebb!

Más munkámban kifejtettem a konzílium nemes fogalmának fogadtatását a finanszírozás vonatkozásában, évtizedes próbálkozás után sem sikerült helyretenni, így az OEP végül száműzte a kontrollal egy sorban szerepeltetve, holott a szakellátás lényegét pontosan ez fejezné ki, mindenesetre a kontrolling vezetői leginkább hártják előhozatalát.

Korábban ugyancsak elemeztem egyéb beavatkozásaink értelmezésében megnyilvánuló káoszt, ami persze egyfelől országos, másrészt szakmai /protokolláris/ kérdés. Igen röviden a lényegét: a paravertebrális injekciók azért kaptak magas finanszírozást, mert eredetileg egy idegsebészeti jellejű gyakorlatot tételeztek fel, a beteg több órás megfigyelésével, s a betegjogok szempontjából magas kockázattal, azonban a mindennapokban egy primitívebb musculáris technikát jelent, azonban a csábítóan magasabb finanszírozás érdekében ekként jelentettünk 2004-ben 1669 esetet, míg musculáris technikát csak 466 esetben. Izülethez illetve izületbe adott az egyik szakrendelő 402 injekciót, 41 intravénás injekciót, a másik 1543 articulárist, illetve 14 punkciót. Utóbbi instrukciót kapott ezek paravertebrálisként történő dokumentálására, 2005-ben, de legalább annyi előrelépés történt a korrektség irányában, hogy az injekciók ragtapasszal történt fedését nem dokumentáljuk többé ezres nagyságrendben ideiglenes sebességként. Ideiglenes sebesség ellátás egyébiránt a definitív, sebészeti ellátás megérkezéséig végzett fertőzésektől, elvérzéstől való defenzíva.

A fizioterápia 2004-es munkájához az alábbiakat fűzném: 2004-ben az OEP egy beteg részére háromban maximalizálta az elrendelhető kezelések számát. A fenntartható fejlődés zászlaja alatt ezért azoknak a betegeknek, akiknek korábban 4-5-6 féle kezelést írtunk elő másnaponta történő felvételre, ezentúl jöhetnek naponta, vagy arányosan hosszabb ideig, ha 2 x 3-as blokkokban rendeljük el a kezeléseket.

2004 végén a 2003-as év ellenőrzésekor visszavonták az ún. keringésjavító fizioterápia könyvelését, szó szerint a könyvelését, ugyanis ilyen cím alatt valójában nem történt egy pernyi kezelés sem, mert ez egy fikció, olyan, mintha az ebéd fogásaihoz a Jó étvágy kívánása is önálló fogásként szerepelne. Tekintettek arra, hogy végignézve a 2004-es teljesítmény-listát, mi állna ott az első helyen, legnagyobb mennyiségben, ha nem a Keringésjavító fizioterápia, kb. 10 millió Ft-os tételként, ez a teljes finanszírozás 30 %-a! 10 éve megjelent 350 oldalas fizioterápiával foglalkozó tankönyvünkben mindössze 30 oldal szól arról a gyakorlatról, melyek folytatunk évtizedek óta, az 1998-ban kiadott, magyarul 2001-ben megjelent német Fizioterápia c. tankönyvben pedig egyetlen betű sem. /Bálint-Bender 1995. Reichel-Groza-Nolte 2001/

Jelen disszertáció egyik mondanivalóját akként fogalmaztam meg 3 éve, hogyha szűkösök az erőforrásaink, akkor azt optimálisan kell allokálni, mert ha indokolatlanul eltékozoljuk forrásainkat, nem jut az új szemléletnek megfelelő ellátásra. 2005-re minősítették az ország reumatológiai osztályait. Szakmánk legjelentősebb betegcsoportját áprilistól a győri kórház Reumatológiai Osztályára kell küldenünk az említett minőségi ellátás céljából. Ennek értékelésére nem érzem magamat kompetensnek, mindenesetre előrelépés, igaz, hogy a mozgáskorlátozott betegeknek ez fokozottabb igénybevételt fog jelenteni, de talán a progresszív betegellátás nevében nyerünk is a réven. !!

A gyógytornászoknál még 2002-ben 7500 körüli konzílium történt, azóta náluk is érvénybelépett a teljesítmény-korlátozás napi 3 beavatkozásra betegenként.

2002-ben 470 643 beavatkozást végeztek 64 552 478 pontért, 2004-ben 106 248-at 20 824 576 pontért. Az egy beavatkozásra jutó pontok száma átlagosan 137 pontról 196 pontra, 143 %-kal nőtt, ennek ellenére a volumenkorlátozás miatt 2 év alatt a finanszírozásuk 32 %-ra esett vissza, markánsan jelezve a privatizáció értelmetlenségét, hisz bizonytalan mind az input, mind az output oldal és a mortalitás is egy sztochasztikus rendszer.

A következőkben megpróbálom értelmezni a szakrendelések fedezetét elemző táblázatokat.

- I. Az M-453-as jelzésű 4 oldalon a 2 reumatológia és fizioterápia szakrendelések összesített árbevételét és kiadásait tartalmazza, 2001. 1-9.hó összehasonlítását 2002 hasonló időszakával.
- II. Az M-4215-ös jelű 2+2 oldalon ugyanebben az időszakban előbb a 2 reumatológia, majd a fizioterápia szakrendelések adatait hozza elkülönítve. Emlékeztetnék rá, hogy a teljesítmények részletező jelentése esetében 2002. I-XI. hónapot adtam meg, 2001 hasonló időszakához viszonyítva. Ez abból adódott, hogy 2002 decemberében kértem le az adatokat és értelemszerűen csak az év első 11 hónapja volt teljes. A finanszírozási tábláknál pedig az OEP utólagos finanszírozása miatt rendelkeztem ezen időszak I-III negyedévi adataival.
- III. Az M-4215-ös, 6 lapból álló táblázatok 2 teljes évet hasonlítanak össze, 2001-et 2000-rel, az első 3 oldalon a 2 reumatológiát, a 4-6-on pedig a fizioterápiát.

Az eddigiekben pontokról olvashattunk, a következőkben a pontokhoz rendelt aktuális árakkal folytatódik az elemzés.

Azt gondolhatnánk, hogy a pontok hivatottak a beavatkozás mindenkori értékét, a paritást szavatolni, indexálásuk Ft-értéke pedig ezen keresztül az értékállóságot. Azonban nincs így, hála az ún. kódkarbantartó bizottságoknak, akik rendszeresen változtatják a beavatkozásokhoz rendelt pontok számát.

Lássuk a költséghelyek költségei és egyéb táblákat! [VI. melléklet]

Az ún. endofinanszírozás során, talán azért, mert a reumatológia szakrendelésünk is igénybe veszi a radiológia és a laboratórium szolgáltatásait, ezért bevételükből megkapunk egy bizonyos hányadot. Hol megkapunk, hol nem. Pl. 2001-ben a labor még nem adott, 2002-ben már igen: összes bevételünkhöz ad I, 1.386.098 Ft-ot, a radiológia 2001-ben 10.408.435 Ft-ot, de 2002-ben már csak 6.084.851 Ft-ot.

Így a bevétel 17.106.253 illetve 22.537.614 Ft helyett 27.514.688 illetve 30.008.563 Ft lett, az évek első 9 hónapjában.

Ezt a „bevételt” a belső elszámolás megterhelte az ún. egyedi költségekkel és az ún. költséghelyi költségekkel.

Előbbiek nagyjából a tényleges költségei az osztálynak, utóbbiak az egyéb direkt bevételt nem hozó osztályok költségei leosztva. A tényleges bevétel körülbelül egyezik a 21 dolgozó közvetlen kiadásaival.

A munkaadó által fizetett járulékok nélkül bruttó $(8.806.878 + 2.339.816) : 9 : 21 = 48.395$ Ft az egy főre eső bér.

Az ötvenezer Ft-os minimálbér azért nem jön ki, mert többen 6 órában dolgoztak. Ha ez a csapat privatizálná magát, vagy valaki a vállalkozásán belül alkalmazná őket, nem tudna azon nyereszkedni, hogy papíron minimálbért adna nekik, hiszen már eleve a körülük a fizetések. Két lehetőség merül fel, ha minket valaki profitszerzés céljából kívánna alkalmazni: 1, létszámleépítés, de akkor számolni kell azzal, hogy a maradékat 8 órában csúcsra kell járatni. Itt jegyzem meg, hogy kb. ebben az időszakban szigorúan írniuk kellett az asszisztenseknek, hogy hány betegnek hány kezelést végeztek el, így rangsorok alakultak ki folyamatosan, rengeteg feszültséget gerjesztve.

Bizonyos létszám alatt az állandó költségek, mint a villamos energia, a hő és vízszolgáltatás, eszközök karbantartásának költsége, a takarítási- tisztítási anyagok, telefon, internet, gyógyszer, vegyszer, egyszer használatos anyagok, ez összesen 5.696.211 Ft, továbbra is fennállnak, ha ugyanezt a beteganyagot kívánjuk ellátni. Még húzósaabb a létszámleépítés kérdése, ha megismerjük azt a körülményt is, hogy a 21 dolgozó közül 3 adminisztrátor, aki az elvégzett teljesítményeket gépele be a számítógépbe, ilyen értelemben ők is az állandó költség részei.

Tekintve, hogy 7 órától 16 óráig fogadunk betegeket és a szabadságok, táppénz alatt is biztosítani kell a szolgáltatást, ezért számukat nem lehet csökkenteni, legalábbis, ha a szakdolgozókkal kizárólag terápiás munkát akarunk végeztetni.

További 3 dolgozó olyan munkát végzett, amelynek nem volt finanszírozása: 2 masszőr és 1 tangentoros. Eredetileg 1994-ben 2 tangentort terveztek, a német beszerzésű tangentorkádák egyben egy ún. galván kádat – stangerbad – is képeztek – amit egyetlen egyszer sem használtunk. Hasonló lett a sorsa egy teljes test szolariumnak, amit jelenleg folyamatosan csak néhány bőrgyógyászati beteg használ, pedig télen osteoporosisos betegeink használhatnák és finanszírozása is lenne, mint fényterápia.

A 2 rendelés 2 orvosa és 2 asszisztensét is levonva, marad 11 asszisztens, ők azok, akiknek munkája viszont szakmailag erősen megkérdőjelezhető.

Ne felejtkezzünk el arról, hogy részlegünk mellett gyógytornászok is dolgoznak – ezt ki kell hangsúlyozni, mellett és nem együtt, közös szakmai irányítás alatt, ahogy annak lennie kellene – viszont magyar képzési rendszerünk szerint jogosultak az ún. fizioterápiás (tehát gépekkel végzett) kezelésekre kivitelezésére, el is végeznek ilyen kezeléseket, a saját önálló döntésük szerint a hozzájuk küldött betegeken, az általuk használt gépekkel. A fizioterápiás asszisztensek gépei közül 10-12 fajta. 25-30 darab gép közül, mint említettem, egyedül a bénult, sorvadtt izmok kezelésére szolgáló gépek, az ún. szelektív

ingerárammal kontrakciót kiváltók hatása az, ami tudományosan igazolt. Itt cm-ekben mérhető az izomzat fejlődése néhány héten belül, feltéve, ha jól végzik el a kezelést.

Itt említem meg javaslatomat, aminek ötletét 1989-es svájci tanulmányutamon láttam, hogy az ottani Reumatológiai Klinika fizioterapeutái kizárólagosan, tehát a kezeléseket mással nem megosztva foglalkoznak a beteggel, egyszerre gyógytornászok, masszőrök, csontkovácsok (chiropraktika, manuálterápia) és esetleg gépeket is igénybe vesznek a foglalkozásokhoz, a vizes medencébe az egyéni tornához bemennek a beteggel. Használják a rokkantat vízbe emelő liftet.

Most lássuk, hogy mi után kapunk a labortól és a radiológiától 7.470.049 Ft-ot, ezt mire könyveli le a pénzügy (kontrolling) a belső finanszírozás leple alatt: a laborhoz mindjárt hozzá kell járulnunk közel 2 millióval, a radiológiához több, mint 1 millióval, a számítástechnikához anyagokkal 600 ezer Ft-tal, az energetikai csoport költségeihez 100 ezer Ft-tal, karbantartáshoz, épületfenntartáshoz 750 ezer Ft-tal, (mennyibe kerül akkor a 22 MRD Ft-os kórház rekonstrukció sorába illesztett épületnek, ahol mi is dolgozunk, a teljes fenntartása, ha 307 m²-é közel félmillió Ft? 30 millió számításaim szerint. Ilyen sokba talán nem, ebből az következik, hogy a költségleosztás nem arányos, ki ezt, ki azt kapja a nyakába.) Azt végképp nem értem, hogy a gyógytornászok miért kerülnek 2,5 millió forintjába a 9 hónapra a szakrendeléseinknek, ha ők egymagukban teljesítettek 11 hónap alatt 30 milliónál is több pontot, amennyit a fizioterápiás csapat és a 2 szakrendelés együtt. Talán a nagy tornaterem kapcsán rájuk terhelik az egész hőközpontot, és mi talán azért segítjük a szegény rokont (ti a gyógytornászokat), hogy ne akarják privatizálni veszteségre álcázott tevékenységüket.

Ne gondolja senki, hogy az előző költségcsoportban, tehát az asszisztensek által rendelt 150.000 Ft értékű tisztítószerrel megúsztuk volna a pancsolást.

Az csak a személyi higiéné biztosítását szolgálja, a leosztott költségek közül a kórház takarítószolgálatának igénybe vétele szőröstül-bőröstül közel 1 millió Ft-ba került 2002 harmadik negyedévére.

Az M-453-as lap 3.4-es táblája szerint a 2001-ben még némi eredménnyel (980 Ft-os fedezettel) zárult időszak így 2002-ben már enyhén veszteséges, amit hozna a radiológia és a labor, azt el is viszi a költséghelyi költség.

Az M-4215-ös táblázatok közül az első kettő a 2 reumatológia szakrendelést részletezi, a második kettő a fizioterápiát.

Az EHO-ból derül ki, hogy 4 személy osztozik havonta 414.456 Ft-on, 2 asszisztens és 2 orvos. A két asszisztens után marad 300.000 Ft a két orvos fizetésére. Ne feledjük, hogy

2002 szeptember 1-től emelkedtek 50%-kal a közalkalmazotti bérskála minimumszintjeinél fejtett bérek, így arra az évre ez bőven kellő fedezetet nyújtott.

A reumatológiák esetén az OEP-től kapott finanszírozás lazán fedezi a tényleges költséget: 6.670.477 Ft bevétel mellett 6.005.026 Ft kiadás. Utóbbiból a bér, bérjellegű juttatások és járulékok 5.164.871 Ft-ot tesznek ki, ami 86%-a az egyedi költségeknek. A maradék 14% rendkívül költségtakarékos rendelkezésekre utalhat, abszolút értékben 93.350 Ft havonta.

A labortól kapunk ugyan 1.386.098 Ft-ot, de adunk is 1.165.146 Ft-ot. Mint említettem korábban, az OEP 1 Ft-ját a labor felé 2 Ft-tal toldja meg a kórház, a sikeres privatizáció érdekében. A radiológiával más a helyzet. Tőle kapunk 6 milliót, visszaadunk 1-et, így a maradék 5 millió fogja a belső szolgáltatások címén könyvelt leosztásokat és még globális fedezetünk nagy részét, kb. 2/3-át is adni. Jelentősebb tételek: a labor refinanszírozása 500 ezerrel, a számítástechnikusoké 600 ezerrel, a gyógytornászoké 2,5 millióval.

Mint láttuk, egy új, tágas és korszerű infrastruktúrájú épületnek vannak előnyei és hátrányai. Előnye a relatív energiatakarékosság, legalábbis fűtés szempontjából, ugyanakkor e nagy méretek, légterek miatt egyben el is veszítjük a révén, amit megnyerünk a vámon. A havi 1600 Ft-os ÁFA-visszaigénylés nem bírt nagy jelentőséggel és most, hogy a gyógyszereken 5% ÁFA van, ez csak 500 Ft-ot jelent havonta rendelkezésként.

Viszont 2001-gyel szemben a felelősség biztosítások rovatban 0 áll, ami elgondolkodtató, a Generáli-Providencia biztosító képviselői csodálkoztak is ezen. Tudniillik a biztosítás felmondását. (Napjainkban újra rendezett ez a kérdés).

Újdonság a kórházban a 2004-ben megalakult mátrix osztály, melynek bevétele a HBCS-rendszerben realizálódik, ez azt jelenti, hogy a fizioterápia, mint ambulancia által elvégzett teljesítmény értéke csak teoretikusan számítható: a beavatkozások száma és pontértéke 2001-2002-2004 években sorra az ambuláns betegeknek nyújtott szolgáltatások arányában: 0,21 – 0,22 0,26 – 0,28 1,95 – 1,67%. A kismértékű arányeltolódás valószínűleg a kezdeti időszak mérőszámai, a 3. aránypár mindenesetre nem jelez fajsúlyosabb beavatkozásokat sem a fizioterápia részéről, sem a reumatológiai szakellátás részéről.

9. KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS A FEKVŐBETEG OSZTÁLYOKON

A másik nagy terület, ahol a normatív teljesítményfinanszírozást alkalmazzák, az a fekvőbeteg-ellátás. A legismertebb az amerikai DRGs (Diagnosis Related Groups – homogén betegcsoportok) szisztéma. Az aktív kórházi ágyakon történő ellátások finanszírozására alkalmas. Lényege: az ellátási igénynek megfelelően a diagnózis, beavatkozás, kor és ápolási igény alapján azonos eset-összetételű betegcsoportokat képeznek, és ezek egymáshoz viszonyított pontértéke alapján mérik a tevékenységet, végzik a finanszírozást.

A DRGs rendszert az USA-ban az egészségügy költségeinek robbanásszerű növekedése hívta életre.

A homogén betegcsoportok szerinti finanszírozás elve a következő: az ellátásokat algoritmus szerint a költség és ráfordítás szerint homogén és orvos-szakmai szempontból is elfogadható csoportokra osztják. Az így képzett betegcsoportokra jellemző átlagos költséget fizeti a finanszírozó, függetlenül a konkrét és eseti ráfordítástól. A besorolás alapvetően a diagnózis és a kiemelt beavatkozások, műtétek alapján és az ápolási igény szerint történik.

A betegcsoportokhoz az alábbi jellemző értékek tartoznak:

- súlyszám: a betegcsoportra jellemző átlagos költség mértéke. Értéke átlagos ráfordítás esetén 1.0 pont, az egyszerűbb vagy olcsóbb ápolási események értéke ennél kevesebb, a komplikáltabbaké vagy drágábbaké több.
- EsetÖsszetételi Index (EÖI – Case Mix Index): egy fekvőbetegellátási intézménynek (részlegnek) átlagos működési mutatója, mely a súlyszámoknak az esetösszetétellel (esetgyakoriságok) korrigált átlagának felel meg. A CMI-t megszorozva az elbocsátott esetek számával megkapjuk egy intézmény teljesítményét, azaz azt, hogy az általa nyújtott szolgáltatás hány „átlageset” ellátásával egyenértékű.
- jellemző ápolási idő: az adott betegcsoportra jellemző (tipikus) ápolási idő, mely nem a határnapok átlaga. Ez jelenti a súlyszámképzés alapját.

határnapok: minden ápolási eseményhez egy alsó és egy felső határnap tartozik, mely korábbi elemzések alapján a betegcsoportra jellemző legrövidebb és leghosszabb ápolási napnak felel meg. E két határérték között a biztosító azonos, a tényleges ápolási időtől független díjat folyósít az ellátónak. (Boncz, 2004)

A hazai HBCS-rendszer fejlesztésének főbb állomásai

16. táblázat

Verzió	Időszak [jogszály]	Érvényesség	Jellemzők
HBCS 1.0	1993.07.01-1994.06. 30. [9/1993.(IV.2.) NM]	13 hónap	A legelső hazai verzió. Még nem általános érvényű a műtét – BNO kód megfeleltetés.
HBCS 2.0	1994.07.01-1997.02. 28. [6/1994.(IV.1.) NM]	32 hónap	A diagnózisok-műtétek megfeleltetését már tartalmazza. 1996. Január 1-jétől ugyan változtak a besorolási táblázatok a BNO 10. Bevezetése miatt, azonban ez tartalmi változást nem jelentett, így nem lett önálló verzió.
HBCS 3.0	1997.03.01-1997.09. 30. [3/1997.(II.13.) NM]	7 hónap	Jelentős változások a csoportok számában, a besorolás tényezőiben és menetében, a szakmailag preferált ellátások kiemelésében.
HBCS 3.1	1997.10.01-1998.03. 31. [34/1997.(XI.7.) NM]	6 hónap	Felső határnapok módosítása a garanciális szabályok megfelelő alkalmazásához.
HBCS 3.2	1998.04.01- 1999.04. 30. [5/1998(III.11.) NM]	13 hónap	Új csoportok létrehozása a szívsebészet, haematológia, tüdőgyógyászat terén.
HBCS 4.0	1999.05.01-2000.05. 31. [7/1999.(IV.7.) EüM]	13 hónap	Alapjaiban új verzió. A besorolási szabályok alapját már nem külföldi DRG-rendszerek alkotják.
HBCS 4.1	2000.06.01-2001.03. 31. [13/2000.(V.12.) EüM]	10 hónap	Új csoportok a rövid időtartamú, sürgősségi esetekre.
HBCS 4.3	2001.04.01-2004.01.31 [7/2001.(III.2.) EüM]	34 hónap	Csökkenett a kisebb megbetegedések társult betegséggel jelzett csoportjainak száma. Életkor szerint új csoportok a nagyobb költségigényű gyermek és néhány felnőtt HBCS-csoportra.
HBCS 5.	2004. 02. 01-	Folyamatban	Kidolgozását a bérfejlesztési fedezet teljesítménydíjakba való beépítéséről hozott döntés, a gyógyszerárak áfa-tartalmának bevezetése, a vérkészítmények díjváltozása indokolta.

A HBCS értékelésének egyik kulcskérdése a HBCS költségtartalmának tisztázása. Az úgynevezett 64 elemű költségtábla szerinti költségbontás viszonylag jól mutatja az egyes költségelemeket.

A normativitás megkérdőjelezi, hogy mennyire lehet egy intézményen belül tovább lebontani a költségvetést, hogyan lehet értelmezni a különböző költséghelyeket, önálló gazdálkodási egységeket. Hiszen ha az országos HBCS-rendszer úgy került kialakításra,

hogyan az adott HBCS-verzióban egy szakma finanszírozása jobb az átlagnál, akkor egy kórházon belüli endofinanszírozási rendszerben ez a szakma nem azért „nyereséges”, mert abban a kórházban ezt a szakmát kiváló módon művelik – ami természetesen lehetséges –, hanem azért, mert az országos rendszer ezt a szakmát preferálja. Fordítva is igaz, vagyis ha egy adott HBCS-verzió egy szakmát „alulfinanszíroz”, azt nem lehet számon kérni egy kórházi osztálytól. A kórházi endofinanszírozási rendszerek esetében tehát nem elégséges mechanikusan meghatározni, hogy melyik a nyereséges, illetve veszteséges osztály, hanem ezt viszonyítani kell az adott HBCS-verzió által megszabott finanszírozási preferenciákhoz.

Költségvetési oldalról pedig hangsúlyozni kell, hogy nem lehet összekapcsolni az egészségügy általános alulfinanszírozottságát a HBCS-rendszerrel, vagyis amennyiben holnaptól az egészségügyre fordítható források megduplázódnak, a HBCS nem lesz semmivel sem jobb, mint ma, ugyanakkor mégis kétszer annyit lehet kifizetni egy-egy esetre vagy súlyszámra. Vagyis az 1990-es évek közepén zajló kedvezőtlen folyamatok, az egészségügyi források értékvesztése, reálértéken mért jelentős csökkenése nem kérhető számon a HBCS-rendszeren.

Számos olyan kritika fogalmazódik meg, mely szerint a HBCS-rendszer tönkretette a morbiditási adatokat, a finanszírozási ösztönzők torzítják ezen információkat. (Boncz, 2003)

Nincsenek igazán hiteles megbetegedési és halálozási – mortalitási, morbiditási – adataink, még inkább elemzéseink. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) rendelkezik ilyen jellegű statisztikákkal, azonban ezeket nem kis mértékben torzítja a jelenlegi – teljesítményelvű – finanszírozás. A teljesítményjelentések bizonyíthatóan a finanszírozás szempontjából optimalizált információkat hordoznak. Egyes vélemények szerint ma már alig van olyan intézet, amely ne élne az informatika e lehetőségével.

A teljesítmények felpörgetése, fiktív jelentések leadása lehet, hogy a közigazgató, a kontroller, a kórházi statisztikus és a pénzügy számára csak könyvelési anomáliát jelent első ránézésre, azonban gondoljunk csak bele, hogy itt beteg emberek sorsáról van szó, akiken bizonyos beavatkozásokat végzünk el, gyógyszerek szedését javasoljuk, esetleg munkaképességüket érintő döntéseket hozunk, ezáltal nemcsak háztartásaik

költségvetésére leszünk hatással, de mindenekelőtt testük-lelkük legbensőbb, legintimebb zugaival foglalkozunk, arról dokumentációkat, statisztikát készítünk Utóbbiak ismét hallatlan erőforrásokat kötnek le, hardverek és szoftverek, számítástechnikusok hada eleméz évente 160 millió ambuláns esetet, 2,7 millió kórházi fekvő esetet. Például, ha egy csontritkulásban szenvedő egyén hozzátartozója egy rendelésen receptet kér a következő hónap gyógyszeradagjának kiváltásához, miután a receptet átadtuk és ezt a tényt a számítógépben rögzítettük, az OEP felé további 155 kérdésre kell válaszolni a finanszírozási pontok megszerzéséért. Ezeket minden beteg után rögzíteni kell, továbbítani és archiválni. Hát még, ha vizsgálatokra is sor kerül! Nem is beszélve arról, ha az eset a kórházi betegágyon, fekvőbeteg részére történik. Az OEP korábbi főigazgatója szerint a 2 percnél rövidebb ellátási esetek száma az összes jelentett eset 30%-a. Ez nem képzelhető el másként, csak az informatika hamis célok szolgálatába állításával, jellemzően így is hívják a módszert: sáman programok.

Hatalmas forrástömeg gazdaságtalan, ésszerűtlen és csaláson alapuló felhasználása jogi kategóriaként a betegjogok megsértése, magán- és közokirat hamisítás, közpénzek jogtalan igénylése és elsikkasztása, hamis PR kiállítása közintézményekről, országunkról. A hamis PR azt jelenti, hogy egy szülészeti vagy sebészeti osztályra, annak vezetőjére egyrészt egyrészt rossz fényt vet, másrészt konfliktust kell, hogy okozzon, ha a valóságosnál több szövődményes esetet prezentál, több császármetszést végez el a szokásos, elvárt mértéknél.

Számtalan osztályvezetőt ismerek, akik karrierje éppen ezért tört meg, a teljesítménykényszer okozta stressz miatt betegek lettek és idő előtt meghaltak.

„A magyar HBCS illetve német pontrendszer adatbázisa nem hiteles. Leegyszerűsítve: például egy-egy ellátás HBCS-értékéről senki sem tudná megmondani, hogy az miért is éppen annyi, amennyi, és azt sem, hogy az hogyan viszonyul a ténylegesen felmerülő betegköltségekhez.” –fogalmaz Donkáné Verebes Éva, aki szerint megoldás lehetne a finanszírozási visszasságok megszüntetésére az, hogy az intézmények költségvetésük 60-70 százalékát fix egyszeri kifizetés formájában kapják, mint kvázi rendelkezésre állási díjat, és a fennmaradó 30-40 százaléknyi részt adná a teljesítményük függvényében történő finanszírozás. Kevésbé lenne releváns a betegforgalom indokolatlan növelése, és mérséklődne a teljesítményadatok meghamisításának mértéke is. Persze a fix összeg

meghatározása is komoly szakmai kimunkálást igényel. A jelenlegi volumenkorlátokat szabó finanszírozás pedig már évekkel ezelőtt vérezni kezdett, amikor meghatározták és igazából azóta sem korrigálták a tízezer lakosként leosztott kapacitásokat, állítja a szakértő. A jelenlegi szabályozás kapcsán az történt ugyanis, hogy az intézmények elkezdtek házon belül előre kikalkulálni a jövedelmezőségi optimumokat. Ez, akár közvetve a betegek ellátásához fűződő esélyegyenlőségének jogát is kikezdheti, hiszen fennáll a lehetősége annak, hogy egyes – nem kifizetődő – ellátásokat s beavatkozásokat a korábbanál vagy a szükségesnél kevesebbszer rendelhetnek az orvosok. Véleményem szerint ez csak tovább kuszálná az amúgy is kaotikus helyzetet. Megoldásként a szükséges költségek teljes körű megfinanszírozását látom a közgazdaságtan alapvető elvei szerint. Javaslatomat a következő fejezetben részletesen kifejtem egyelőre nézzük tovább a HBCS dzsungelét! (Nagy Miklós Donkáné Verebes Évával készített beszélgetése nyomán)

Teljesen világos, hogy a progresszív betegellátás nemes szerepét – tehát az egyre komplikáltabb és több szaktudást, nagyobb költséget, fejlettebb, esetleg egyedi infrastruktúrát igénylő esetek egy megfelelően magasabb hierarchikus szinten kerüljenek ellátásra és finanszírozásra – meg kell őrizni és kizárólag szakmai elvek alapján az akkreditációnak megfelelően kell a betegeket ellátni.

„Az intézmények egy része (néha a saját intézmények fenntartása és magasabb szintű finanszírozása érdekében egy-egy szakmai kollégiumon keresztül) időről időre más kitorési pontokat kerestek, kihasználva a fentiekben ismertetett optimális feltételrendszer hiányosságait. Ezek a kódrendszer torzulásai, vagy tudatos torzításai, valamint a különböző sáman programok alkalmazása, az esetszámok és a beavatkozásszámok mesterséges pumpolása sokszor az indikációs körök szakmai elveket sértő felhígításával.

Tíz éves HBCS működés után azonban a helyzet a magyar egészségügyben alig változott ez utóbbi kettő szempontjából. Sőt, az a szomorú tapasztalatunk, hogy egészen a legutóbbi konszolidációs intézkedésig, vagyis közel tíz éves HBCS-s múlt után is még voltak az országban olyan kórházak, vagy egyetemi klinikák, ahol nem értették, hogy miért fontos a betegdokumentációk és a zárójelentések adattartalmának pontos rögzítése az adatlapon, vagyis még a legalapvetőbb pozitív hatást sem sikerült mindenhol elérni a tételes teljesítményfinanszírozás alkalmazásával.”(Nagy Miklós)

Dózsa Csaba szerint hogy egy rémregény az, ami zajlott és, ami zajlik a kódrendszer aránytalanságai, a kódolási trükkök alkalmazása következtében. Milliárd számra fizetett ki az OEP olyan pénzeket, melyek vagy szakmailag teljesen indokolatlanok, vagy nem valós eseményeken, megtörtént beavatkozásokon alapulnak (ennek utólagos igazolása, ellenőrzése az eseteknek csak egy részét tudja feltárni, és akkor is csak az igazolt összeg visszavonása és annak kamata a szankcionális lehetősége. Intézményi szintű szerződésbontással az OEP ez idáig nem élt, pedig vannak olyan intézmények, akik már visszaesőknek minősülnek a csalások tekintetében).

A HBCS rendszer sok esetben – az egyes szakmai lobbik erőteljes befolyásolása révén – olyan torzulásokat tartalmaz, amelyek jelentősen rombolták és rombolják a finanszírozás arányosságát, a szakmákat egyenlőtlen és sok esetben igazságtalan versenyhelyzetbe hajszolják. Pl. a jól fizető és programozható ellátásokat nyújtó szakmákat szembeállítják a sürgősségi ellátás miatti folyamatos rendelkezésre állást biztosítani szükséges szakmákkal, a manuális szakmákat a belgyógyászatiakkal stb. (Dózsa)

A végképp kezelhetetlen pénzügyi anomáliák, diszkrepanciák, például a szokatlanul nagy, nem várt költségek, vagy esetlegesen fellépő költségek okozta feszültségek tompítására kényszerítette ki az élet az extrafinanszírozás intézményét.

Az extrafinanszírozás

A kórházi finanszírozás alapja a homogén betegcsoport (HBCS) rendszer, mely a kórházi teljesítmények értékelésére kifejlesztett osztályozási rendszer. Kialakításakor országos vagy szakmai átlagokat vettek figyelembe, természetesen az egyedi esetek ettől eltérnek. Előfordulhatnak olyan esetek is, melyek az átlagot messze meghaladó költségeket igényelnek különböző okokból, és ezen esetek többletköltségei nem kompenzálhatók a kevésbé költséges esetek pozitív fedezetével. Ezekre a negatív fedezetű esetekre (a jogszabályban meghatározott körben) külön finanszírozási igény (cikkünkben extrafinanszírozási igénynek nevezzük) nyújtható be.

A finanszírozásról szóló 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet 45. § (1) szerint: „Az előre nem tervezhető, rendkívüli, illetve egyedi eset az OEP főigazgatójának döntése alapján bármely, az ellátásra szakmailag alkalmas szolgáltatónak – az esetre vonatkozó külön szerződés nélkül – finanszírozható.”

Az OEP főigazgatójának 2002. április 29-én kiadott 15/2002 (Eb.K) számú OEP utasítása értelmében a következő esetekben van lehetőség külön finanszírozási kérelem benyújtására:

- Előre nem tervezhető esetek: olyan általános finanszírozással nem kezelhető ellátás, amely a beteg helyzetéből adódó, a szokásos gyógykezelésre nem reagáló betegség ellátására irányul, illetve az ellátás során váratlan szövődmények léptek fel, amelyek kezelésekor kiemelkedően költséges speciális eszköz, implantátum vagy gyógyszer felhasználására volt szükség.
- Rendkívüli eset: az olyan még be nem fogadott, vagy befogadási eljárás alatt levő új diagnosztikus, illetve terápiás beavatkozás, továbbá kizárólag a fekvőbeteg ellátás keretében alkalmazható – kiemelten magas költségigényű – beavatkozás, gyógyszeres kezelés, amelynek igénybevételére a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján a biztosított térítésmentesen jogosult.
- Egyedi eset: olyan meghatározott intézményi körben finanszírozott szolgáltatás, amit rendkívüli körülmények miatt (pl.: a beteg az állapota miatt nem szállítható) olyan egészségügyi intézményben végeznek, amelynek az adott tevékenységre nincs az OEP-pel finanszírozási szerződése.

Az extrafinanszírozási kérelmek elfogadását az alábbi – önkényesen felállított, de objektív – feltételekhez köti még az említett OEP főigazgatói utasítás:

- A megelőző egy év alatt jelentett azonos HBCS besorolású esetek nagy számát figyelembe véve az egy esetre jutó egyedi költség nagyobb, mint a kérelmezett esetre kifizetett összeg 5%-a, figyelembe véve az azonos HBCS-ben egy éven belül már benyújtott finanszírozási esetek számát is, és
- a HBCS besorolás szerint kapott forintösszeg nem éri el az igazolt egyedi költség 20%-át, vagy
- 10,0 súlyszám feletti HBCS esetén az eredeti HBCS súlyszám legalább kétszerese az egyedi költség, és
- az ellenőrzés által nem igazolt költség a mindenkori HBCS súlyszám forintösszegének értékét nem haladja meg.

Az extrafinanszírozási kérelmekről az OEP főigazgatója dönt 5 milliós összeghatárig. A GYÓGYINFÓK – az OEP-pel kötött egyezség alapján – előkészítő munkát végez.

A költségek kiszámítása az ún. osztályos ráfordítás felmérés módszertana szerint történik. A cél az, hogy a szolgáltató kimutassa, hogy milyen mértékű többlet jelentkezett a közvetlen költségek területén az adott esetnél a HBCS számlában szereplő átlagköltségekhez viszonyítva. E közvetlen költségek között vér, gyógyszer, diagnosztikus vizsgálatok, műtéti és egyéb terápiákat tartalmaznak a számlák, a vetítési alap szerint felosztott közvetett költségek egységesen szerepelnek az adott homogén betegcsoportokban, ezen a területen extra költség nem számolható. Az egyedi költségek, mint az ápolás során közvetlenül felmerült ráfordítások a HBCS számításában használatos ún. 50 elemű HBCS számlán szerepelnek. Nem tartalmazza az elkészült egyedi számla sem az osztályos nővér költséget, sem az általános osztályos orvosi tevékenységet.

A közvetett költségek korábban szerepeltek a betegszámlákon, azonban a 2002. 02. 22-én tartott EÜM-OEP-GYÓGYINFÓK munkaértekezlet nyomán a finanszírozó áttért a tisztán közvetlen költségek számítására.

A fent vázolt szempontok alapján a kórházi finanszírozást ismerők számára 3 problémás kérdéskör válik nyilvánvalóvá az extrafinanszírozási döntések meghozatalakor:

- Az első probléma a költségek gyűjtése körül tehát az, hogy az OEP főigazgatói utasítás a teljes HBCS súlyszámot hasonlítja a közvetlen költségekhez, ezek alapján sérül a „körtét a körtével, dinnyét a dinnyével hasonlítsuk össze” elve.
- A második probléma, hogy az összehasonlítás nem képes kezelni a hosszú nap és az intenzív hosszú naphoz tartozó járulékos bevétel kérdését. Az ilyen címen kapott napi átalánydíj a közvetlen, vagy közvetett költségek fedezésére szolgál?
- Hogyan kezelje a költségszámítás a progresszivitás csúcsán elhelyezkedő intézmények számára egyedileg, „case-mix”-eik alapján megállapított, és átalány formájában folyósított ún. progresszivitási díjat? Ez jelenleg a teljes fekvőbeteg kassza 2% körüli részét teszi ki.(Zakariás)

Zakariás – Pásztélyi az alábbiak szerint mutatja be osztályuk gyakorlatát:

Az extrafinanszírozási kérelmek összeállításához az egyes ismert feltételek, az egyes beavatkozási kódok használati lehetőségének megfelelően folyamatosan változó útmutatót adnak ki az osztályoknak. A kérelmek összeállítását, a feltételek változásait és az adatszolgáltatást a Kontrolling Osztály figyeli és tartja kézben.

**9540-es leadott eseteik, melyekről egyedi költség információval rendelkeznek
különbsége a mátrix szerinti egyedi költséghez képest**

17. táblázat

Megnevezés	Árbevétel	Számla (egyedi ktg)	Különbség, közvetlen költség	Kül. (árbev-GYÓGYINFÓK számla)
Eset 1.	1 379 183	4 335 790	-3 725 328	-2 956 607
Eset 2.	1 376 533	3 632 421	-3 021 959	-2 255 888
Eset 5.	1 850 933	3 583 459	-2 972 997	-1 732 526
Eset 6.	1 616 604	3 296 614	-2 686 152	-1 680 010
Eset 11.	1 376 532	2 248 665	-1 638 203	-872 133
Eset 12.	1 555 487	3 077 625	-2 467 163	-1 522 138
Eset 13.	1 322 551	1 740 933	-1 130 471	-418 382
Eset 14.	1 409 569	1 937 122	-1 326 660	-527 553
Eset 15.	1 376 532	1 785 525	-1 175 063	-408 993
Eset 16.	1 376 533	1 530 219	-919 757	-153 686
Eset 17.	1 322 813	1 514 690	-904 228	-191 877
Eset 20.	1 502 532	1 606 842	-996 380	-104 310
Eset 22.	1 474 532	1 982 080	-1 371 618	-507 548
Eset 23.	1 417 828	1 379 546	-769 084	38 282
Eset 25.	1 399 732	1 786 863	-1 176 401	-387 131
Összesen	21 757 894	35 438 394	-26 281 464	-13 680 500
Átlag	1 450 526	2 362 560	-1 752 098	-912 033

Forrás: Zakariás 2003.

A ráfordítási adatgyűjtés jelentős intézeti erőforrásokat köt le, és egyáltalán nem mindegy, hogy ezeket valóban megéri-e gyűjteni. A legtöbbször az intenzíves órás lapok böngészésével járó adatgyűjtési munka aprólékos, nem egyszerű, és lelkiismeretes munkát kíván a résztvevőktől. Amennyiben hibáznak az intézet javára, a csalás vádja nehezedik a menedzsmentre (minden kórház lop, csal, hazudik), amennyiben a kórház kárára történik a tévedés, az OEP – mivel a megszabott 30 munkanapos határidő lejárt-, a javítást nem

fogadja el. A szerzők megoldásnak tartják, ha minden GYÓGYINFÓK beavatkozásnak megfelelő adat online elérhető lenne minden betegről. Azonban egyrészt jelenleg az intézetek munkaerő híján ezt nem tudják szolgáltatni, más részről az intézeti menedzsmentek számára ezen adatgyűjtés nem is releváns, hiszen a képződő adatok nem fedik a valós költségeket, csak országos normatívákra utalnak.

9540-es HBCS-be kerülő betegek kerülhetnek az extrafinanszírozási kérelmek körébe. E csoport súlyszáma 13,76, amely országos átlagot jelent. Osztályaik számára a gyűjtés elkezdésének alapelve az volt, hogy a beteg egyedi gyógyszer és vérköltsége haladja meg a 800 ezer forintot, amely jelentősen meghaladja a HBCS képzésében az átlagköltségek összesítésére szolgáló 64, később (a 4.3-as HBCS verzió bevezetésétől) az 50 elemű HBCS számlában meghatározott 427 932 Ft-ot. Az 1. Táblázat GYÓGYINFÓK számla oszlopban az algoritmusokkal számolt közvetlen költség látható (kiemelve az a sor látható, amelyre extrafinanszírozást kaptak). Átlagosan 912 eFt költség túllépés jelentkezett ezeken az eseteken, anélkül, hogy a közvetett költséget, kapacitás lekötöttséget figyelembe vették volna.

Fenti adatok további statisztikai elemzését végeztem el, a számításokat l. a melléletek sorában! Az extrafinanszírozás is megerősíti a finanszírozás reformjának égető igényét.

9.1. A matrix-osztály és a progresszív betegellátás – a struktúraváltás lehetőségei?

Az egészség-gazdaságtan egyik, döntően mikroökonómiai fejezete a kórházgazdálkodás. A költségrobbanás miatt a kórházak Magyarországon is állandó forráshiánnyal küszködnek.

A struktúraváltás egyik lehetősége a mátrixosztályok és –kórházak kialakítása.

A mátrixkórház fogalma a kórházi betegellátás evolúciójába illesztve érthető meg.

Az első lépés a kórházak struktúrájának kialakulásakor valószínűleg az ún. invazív, tehát operatív, műtéti tevékenységek, illetve a hagyományos belgyógyászati jellegű ún. non-invazív tevékenységek elkülönülése lehetett. A specializáció, a koncentrált tapasztalat, illetve a költséghatékonyság készítette a progresszív betegellátás hierarchiájának

kialakulását. Ez azt jelenti, hogy ahogy gyarapodott a fővárosi – nagyvárosi kórházak mellett a kisvárosi kórházak száma, egyidejűleg zajlott a belgyógyászati és sebészeti jellegű osztályok szakosodása: a belgyógyászatból így vált ki a pulmonológia, a kardiológia, a gasztroenterológia, etc; a sebészetből pedig az általános sebészet mellett az idegsebészet, a mellkasi sebészet, az érsebészet, a plasztikai sebészet. Ez a specializáció annál kifejezettebb, minél több behatárolt diszciplínába illeszthető beteget lát el egy adott intézmény, ugyanakkor csak akkor lehet gazdaságos működésű, ha optimális betegszámmal dolgozik (állandó illetve változó költségek), így alakultak ki a szakklinikák: Pulmonológiai Klinika, Érsebészeti Klinika stb.

A klinikákra általában a ritkább és költségesebb esetek kerülnek, de földrajzi vonzaskörzetük teljes területéről. A bonyolult és drága megoldások infrastruktúráját, személyi feltétel-rendszerét tehát a piramis –csúcsán álló klinikák biztosítják, a különleges esetek koncentráltabb előfordulása ugyanakkor igazi nagy tudást, tapasztalatot biztosít ezen intézményeknek. A kisebb kórházaknak maradnak az egyszerűbb, rutin esetek, kisebb területről, nagyobb számban, itt a specializáció szintje a legkisebb, adott esetben működik egy belgyógyászati, egy sebészeti, esetleg egy szülészeti-nőgyógyászati vagy gyermekgyógyászati osztály. A közepes megyei kórházakban utóbbi főszakok, tehát a belgyógyászat már diszciplínákra oszlik: diabetológia-, mellkasgyógyászati osztály a belgyógyászaton belül, a klinikák pedig mint már említettem, már csak egy-egy diszciplínát képviselnek.

A probléma a kisvárosi kórházak szintjén a következő: specializálódnának, mert ez lenne az elvárása a lakosságnak, az orvosoknak, a szakmának. Azonban a ritka és bonyolult, tehát költségesebb esetek eleve a progresszív betegellátás magasabb szintjére kerülnek (megyei-regionális kórházak, klinikák), ahol fejlettebb infrastruktúra, műszerek találhatóak. Ugyanakkor korábban sok kórházi eset ma már ambuláner, vagy a házi orvos szintjén is ellátható, így az osztályok kihasználtsága alacsony, költségeik magasak.

Ne felejtsünk el egy etikai szempontot: egy gazdaságtalanul fenntartott intézmény másoktól veszi el a forrásokat. Engedve a politikai – lakossági nyomásnak, a kiskórházak fennmaradásuk érdekében inkább fejlődésük alacsonyabb szintjére regrediálnak, úgy, hogy feladják a specializáció igényét és adott esetben egy-két ún. mátrix-osztállyá szervezik magukat, ahol minden eset mindkét ágon előfordulhat. A specializációt az egyes

szakorvosok jelentik, azonban előbb-utóbb mindenkinek mindenhez kell értenie, anélkül azonban, hogy mindennapi gyakorlatot egy speciális intézményben, (klinikán) sajátítanának el, lépést tartva a technikai fejlődéssel.

Egy mátrixkórház kialakításakor az egyes osztályok hierarchikus rendszere lebomlik, a korábbi vezetők elvesztik addigi pozíciójukat, orvostársaikkal egyenlő szakorvosi funkciót látnak el, felelősséggel is elsősorban a beteg, illetve önmaguk felé tartoznak nappal, ugyanakkor felelősségük, szaktudásszükségletük megnő az éjszakai ügyeletben, hiszen pl. egy addig gyermekgyógyászati gyakorlattal rendelkezőnek kell ellátnia, pl. egy vakbélgyulladás gyanús esetet. Operálni nyilván nem fogja, ezért telefonon behívja a városból sebész kollégáját.

A szervezet csúcsán lesz ugyan vezető, a mátrixigazgató, de az ő munkája elsősorban menedzseri feladatkörre módosul, szakmaira alig. A mátrixon belül az egyes részlegvezetők is inkább elsősorban szervezők, több szakmai kompetenciával, mint a mátrixigazgató, de esetleg kevesebb, mint a beteget közvetlenül beutaló illetve felvevő és kezelő orvos. És ez így természetes is; gondoljuk meg: ha egy szakorvostól elvárjuk, hogy éjszaka, ügyeletben akár egyedül döntsön az általa esetleg nem is ismert betegről, a nappalinál lényegesen nehezebb feltételek közt, akkor logikus, hogy a normál műszakban, napközben ezt még nagyobb biztonsággal teszi.

Látjuk tehát, hogy sok az ellentmondás.

- Az emberek igénylik a specializációt, a specialistát.
- Amerikában a specializáció már ott tart, hogy pl. a vastagbél egyes szakaszainak betegségeire specializálódott klinikák alakultak, kongresszusokkal és társaságokkal!

Az orvosok számának növekedésével együtt nő a specializáció foka, a szubdiszciplínák száma; ugyanakkor egy beteg sem lesz olyan könnyelmű, hogy azzal a sebésszel operáltassa magát, aki évente négy műtétet hajt végre, hanem azzal, aki ezret.

Nézzük a minőségbiztosítás kapcsán a nyelőcsőrák operálásának példáját: ezen esetek száma viszonylag kevés, műteni pedig lehet kis kórházban is, klinikákon is, és könnyű belátni, hogy a műtéti eredmények, tehát a túlélések egyértelműen jobbak a centrumokban, a progresszív betegellátás piramisának csúcsán lévő intézetekben, hisz

egy-egy opusokra kiképzett teamekkel, speciális eszközökkel, módszerekkel és nem utolsósorban tapasztalatokkal rendelkeznek. Persze az ő munkaidejüket sem csak egyféle beavatkozás tölti ki, hanem sokféle, mindegyikhez speciális csoportokkal. Kongresszusokon, tanulmányutakon nemcsak hogy a koncentrált eseteket látják, tanulják meg, hanem ott saját előmenetelüket prezentálják, már csak ilyen progresszív szempontból is illik kiváló eredményekkel kirukkolni.

A mátrixstruktúrában javulhat az ágykihasználtság, kisebb kubatúra mellett csökkenthető az egyes osztályok fix ágyszáma, hiszen ugyanazon az ágyon az igényeknek megfelelően feket az egyik héten asthmás, majd követheti öt egy ulcusos beteg.

A kórház infrastruktúráját, eszközparkját egyenlően használhatják a betegeiket kezelő orvosok, a különféle raktárakból az anyagok igénylése a konkrét betegek részére történik és így könnyen nyilvántartható, a gyógyszerek esetében a „unit dose” alkalmazható. Mindez fejlett számítógépes informatikát igényel, de ugyanakkor a betegszámlák, tehát a betegre vetített tényleges költségfelhasználás is gyorsan kalkulálható. A nővérek, asszisztensek munkája is túlnő a korábban megszokottnál, ugyanis tapasztalattal és gyakorlattal kell rendelkezniük több szakmában, és valószínűleg nem lesznek már üres kórtermeik, tehát mennyiségileg is megnő leterheltségük.

A humán erőforrás gazdálkodásnak éppen ezért fokozottan kell ügyelni a kiégés-szindróma megelőzésére. Mindenesetre a nővérhiányt elméletileg képes kezelni a rendszer. A szakorvosi munkaidők kötetlenebbé válnak, elképzelhető, hogy egy-egy specialista csak néhány órában kerül foglalkoztatásra, elsősorban konzulensi minőségben. A konzulensek dolgozhatnak a mátrix osztály felett, tehát a már bent fekvők részére adhatnak konzíliumot, pl. a mozgásszervi részleg betegeinek az ortopédus, de a mátrixhoz tartozó szakambulanciákon is, ahonnan direkt utalhatják, illetve vihetik be és kezelhetik tovább felvételt igénylő betegeiket.

E betegmenedzsment feltételezi a minőségbiztosítással rendelkező protokollokat, standardokat alkalmazó gyakorlatot.

A szakirodalom foglalkozik a nosocomialis infekciók megnövekedésének lehetőségével, mindenesetre ha a mamut kórtermeket felváltják az 1-2 ágyas, külön fürdőszobával rendelkezők, az nem csak a higiéniét, komfortot szolgálja, hanem magának a mátrix

struktúrának is jobban megfelel. Mindezt elsősorban új kórházak építésénél, kórház-rekonstrukciónál lehet figyelembe venni.

A mátrix-elveknek a nagyobb általános kórházak esetében van létfontosságuk: a költséggazdálkodás racionalizálásában így kaphat teret a közgazdasági gondolkodás, mint működési elv, de semmiképpen nem szabad célként deklarálni: 2 fél osztályból vagy 4 negyed osztályból sosem lesz egy egész.

Minél kisebb kórház próbál meg mátrix-szá szerveződni, annál inkább fennáll a veszélye, hogy csak az elnevezés változik, az addigi gyakorlat kevésbé, hiszen mindenképpen el kell különíteni a gyerekeket a felnőttektől, a nőket a férfiaktól, az enyhébb eseteket a terminálisaktól vagy életveszélyesektől. Nem is beszélve az intenzív ellátásról, és döntően külső szakemberekre tartósan építeni nem lehet, az állandó vázat biztosító szakorvosi gárda alulfoglalkoztatása pedig már éppen hogy a költséghatékonyság ellen hat.

Tehát a mátrixstruktúrát nem finanszírozási célként, hanem a hatékony költséggazdálkodás eszközének kell tekinteni.

10. FORRÁSALLOKÁCIÓ ÉS KÖLTSÉGGAZDÁLKODÁS: ÖSSZEFOGLALÁS

Az államháztartások deficitjének egyik fő tényezője a globalizáció egyik megnyilvánulásaként értelmezhető egészségügyi költségrobbanás, melynek főbb közvetlen okai a korfüggőségi hányados kedvezőtlen tendenciája, tehát a demográfiai olló nyílása, a tudomány és technika haladása, tehát 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, másrészt nem utolsósorban a tényleges morbiditási-mortalitási mutatók alakulása.

Véleményem szerint a forráshiány és a sajátos finanszírozási struktúra a két legfontosabb tényező a magyar egészségügyben, amelyek létezésének, illetve működésének felismerése rendkívül gyorsan segíthet az egészségügyet akár kívülről szemlélő laikusnak, akár berkei résztvevőinek megérteni két másik, egymásnak feszülő szempont, a maguk térnyerését követelő szemléletrendszer érdekeltégi viszonyának konfliktusát: a mikroökonómiailag értelmezett kórházgazdálkodását és a makroökonómiai jellegű egészséggazdaságtanét. Nem külön-külön a kettőt, hanem szinergizmusban hatva együttesüket. A szűkös forrásoknál is nagyobb probléma, hogy a rendelkezésre álló keretből rablógazdálkodás folyik a másik rovására. Az E. Alap az államháztartás alrendszereként az OEP-en keresztül finanszírozza az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó intézmények működését, míg az önkormányzatok biztosítják az infrastruktúrát, az eszközvisszapótlást: ez a kettős finanszírozás. 1993-tól 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 koncentrálnak: 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 életévben leélt magas átlagéletkor prezentálja, nem pedig a mind több betegség dokumentálása, az egészségipar virágztatása.

10.1. Forrásallokáció és költséggazdálkodás az egészségügyben: következtetések

Munkámban arra kerestem választ, hogy milyen kapcsolat van forrásallokáció és költséggazdálkodás között, lehet-e összhangot találni köztük?

A források mindig lehetőségeket jelentenek, allokálásuk már megszabja az irányt, a szolgáltatások feltételeinek kialakítását és végrehajtását. Ez voltaképpen a finanszírozás, mely biztosítja a konkrét gazdasági vetülettel is rendelkező tevékenységek költségeit.

„Minden egészségügyi ellátás célrendszere a ráfordítások minimalizálása, az ellátó tevékenység optimalizálása és az eredmény maximalizálása. Az egyes rendszerekben kialakított finanszírozási elvnek e hasznos célkitűzést kell szolgálnia.” (Gidai 1998)

„Kiemelkedő jelentőségű kérdés az erőforrások alakulása és felhasználása. Napjainkban bármely országban – a fejlettebbekben is – az erőforrások korlátozottak.

Igen lényeges tehát, hogy ezeket hogyan hasznosítja az adott, mennyire képes takarékosan felhasználni, mennyire képes az újra nem termelhető természeti erőforrásokat helyettesíteni anélkül, hogy károsítaná vele a környezetet vagy a még meglévő erőforrásokat.

Azokban az országokban, amelyekben az erőforrások pazarló felhasználásmódja volt a jellemző, többszörös károk érték a nemzetgazdaságot. Ilyenek voltak a kelet – európai szocialista országok, ahol sem az érdekeltségi rendszerbe, sem a döntéshozatalba nem volt beépítve a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználása. Ebből mérhetetlenül káros pazarlás következett be, s ez különösen érvényes a legértékesebb erőforrásra, az emberi munkaerőre.

Így alakult ki az a rendszer, hogy az egészségügy a gazdaság mostohagyyermeke maradt, s hátrányos helyzetűvé vált a többi ágazattal szemben. Az alternatívák közül azt kell választani, amelyik az adott időszakban a legracionálisabb módon hasznosítja az erőforrásokat, ellenkező esetben súlyos károk keletkezhetnek.” (Gidai 1991)

A 9/1993.(IV.2) NM rendelettel vezették be hazánkban az ún. teljesítményfinanszírozást. Maga a kifejezés rendkívül jól hangzik, ezért kritikusat látszólag könnyű sarokba szorítani, globalizálódó világunkban ugyan mi képezné alapját bármiféle gazdasági tevékenységnek, ha nem a teljesítmény. Ez így is lenne, azonban még az adott kórházban dolgozó kontroller sem veszi egykönnyen észre, amikor a tényleges orvosi teljesítményt összetévesztik a céltalan ténykedéssel. Ebben a rendszerben a teljesítményértékelés és finanszírozás mellett ott kellene, hogy álljon a minőségbiztosítás, saját értelmezésében az ún. standard alapú minőségbiztosítás, ami azt jelenti, hogy egy adott embert betegségéből vagy meggyógyítok, vagy egy minőségileg értékelhető magasabb egészségi szintre emelem. Ha ez történik, semmi kifogásom e teljesítmény finanszírozása ellen, azonban a rendszer számos esetben nem az eredményt, hanem az egészségügyi szolgáltatás kivitelezési folyamatát díjazza, a nélkül azonban, hogy az eredmény garantált lenne. A Magyar Nemzet egyik 2002 elején megjelent számában Oberfrank Ferenc, az OEP akkori főigazgatója egy teljes oldalon foglalkozott a kérdéssel, megállapítva, hogy az egészségügyi szolgáltatók elvégzik a látókörukbe került betegen, amihez értenek, amire lehetőségük adódik, függetlenül attól, hogy indokolt-e a beavatkozás.

Hogyan vélekedik a teljesítményarányos finanszírozásról a Soproni Erzsébet Kórház 5 éves Fejlesztési Programja?

„Az egészségügyben teljesítmény orientált finanszírozás létezik, amely összeegyeztethetetlen az intézmények non-profit jellegével. ... Mivel központosított finanszírozás zajlik, igazságosság elve nem érvényesül, az egészségügy szerepe a minél több beteg ellátására korlátozódik. ...a teljesítményorientáltság összeegyeztethetetlen egy humanitárius tevékenységgel, ahol emberekről van szó és nem egy termékről, másrészt a finanszírozás csökkenése miatt önmagába fordul vissza a költségtakarékosság. (Baranyai 2003)

„Az ún. teljesítményfinanszírozás bevezetése a legidőállóbb tévedés (kártett?) volt. A komputertechnikába beleszerelmesedett dilettantizmus - óriási bürokráciát gerjesztve - meg akart (akar) "mérni" mindent (millió ellenőrizetlen, mert ellenőrizhetetlen "adattal"), csak a minőséget hagyta, hagyja figyelmen kívül. Azt, ami az egészségügyi teljesítménynél mind orvos-szakmai, mind közgazdasági, szociológiai nézőpontból egyaránt a legfontosabb.

Ebben az agyonnormásított "falanszter-finanszírozás"-ban nem járt jobban az ökonómia sem. Joggal vethető fel: hogyan képes gazdálkodni az a szervezet, amely soha nem tudja, hogy mai költségeire milyen összegben kap majd - több hónapos késéssel - fedezetet. Mert nem ismeri (ismerheti), hogy az egyre gyakrabban változó és egyre komplikáltabb képletek, pontszámok, szorzók dzsungelében hogyan csálnak más szervezetek (is), és miként honorálja ezt az igyekezetet az állandóan lebegtetett "értékek" alapján - az oly távoli biztosító. Revizor legyen a talpán, aki ki tudja deríteni, hogy egy-egy intézmény likviditási gondját (csődjét, csődközelségét) mi okozza: a finanszírozási rend használhatatlansága, az igazodni képtelen menedzsment alkalmatlansága, netán a túlfeszített kapacitáshoz való makacs ragaszkodás?

Ez a velejéig anti-humánus és anti-ökonómikus finanszírozási rend kriminálisan rossz. A jelző tudatos választás. Ez a "rend" ugyanis gyakran sodorja --- a nemtelenség, az adatokkal való manipuláció és a csalás, a megvesztegetés, vagy a megvesztegetettség, végül is a kriminalitás körébe tartozó cselekvések határáig, vagy azon is túl." (Lengyel J.)

A bázisfinanszírozás két formáját, a kapacitásfinanszírozást és a feladatfinanszírozást lényegében felváltotta tehát a teljesítményelvű finanszírozás: a tételes teljesítményelvű elszámolási rendszer, a német pontrendszer a járóbeteg ellátásban, a normatív finanszírozás hagyományos formája, a fejkvóta alapú elszámolás az alapellátásban és a modern változat, a HBCS szerinti finanszírozás az aktív fekvőbeteg ellátásban.

Meglátásom szerint azonban ez a felbontás és gyakorlat minden szándéka és elnevezésük megtévesztő volta ellenére globálisan tekintve valójában ugyanúgy bázisfinanszírozást jelent, mint amikor a tanácsrendszer idején a költségvetési törvényekben meghatározták, hogy mennyi jut az egyes kasszákra, illetve összességében az egyes fő szolgáltatási csoportokra, intézményekre. A kórházak, házi orvosok, járóbeteg-ellátók szintjén a jelen finanszírozási gyakorlat valójában nem korrekt finanszírozást, hanem forrásallokációt jelent: tehát a meglévő keretek elosztását, szétosztását.

A finanszírozás maga a forrás átutalása. Az, hogy a járóbeteg kasszában, a HBCS-kért való tülekedésben, a házi orvosi kártyák begyűjtésében ki mennyire élenjáró, az voltaképpen szintén forrásallokáció, vagy passzívban forrásallokálódást jelent, csak egy szinttel lejjebb.

Most csak jelezném, hogy az ún. „teljesítményelvű” finanszírozás kritikájára más munkámban is részletesen kitértem, összefoglalva ismét kihangsúlyoznám, hogy véleményem szerint az egészségügy teljesítménye olyan mutatókban mérhető, mint a születéskor várható élettartam, csecsemőhalandóság, egészségben eltöltött életevek száma, tehát az ún. népegészségügyi mutatók, nem pedig abban, hogy hány beavatkozást könyvelünk. A mai forrásallokációs gyakorlat globalizálódó világunk egyik téveszméje; minél több beteget megjeleníteni és minél több gyógyszert és más kezelést elrendelni, esetleg ugyanannyi pénzből. Ez az érdeke a beszállítóknak, a jelen rendszert sikeresen működtetni kívánó kórházi-, rendelőintézeti menedzsmentnek, a csaló betegnek, de nem az ország egészségének.

Az egészségügyi intézményvezetők a mai napig a fekvőbeteg-ellátást prezentálják a járóval szemben, többek között a HBCS-k koncentráltabb forrásteremtő képessége miatt, bevétel szempontjából az ambuláns pontok másodlagosak. Vizsgáljuk meg, hogy mit takar a kevesebb hasznot hozó járóbeteg ellátás!

A bevételek elszámolásának alapja a pontrendszer, mely az egyes esetekhez rendelt beavatkozásokat, HBCS matrixokat írja jóvá előzetesen megállapított, fix pontok alapján. Országosan a finanszírozás keretei, a kasszák, első megközelítésben zártak, ez azt jelenti, hogy egy bizonyos összeg osztható szét, így minél több pontot jelentenek le a szolgáltatók, annál kisebb lesz egy pont értéke. A szolgáltatók ugyanakkor éppen abban érdekeltek, hogy minél több esetet jelentsenek, hiszen akkor kapnak magasabb finanszírozást. Aki ebben az örült hajzában nem tart lépést a többiekkel, könnyörtelenül lemarad és „veszteségessé” válik. Tehát annak ellenére, hogy a pontok értéke devalválódik, annak érdekében, hogy életben maradjon, fokoznia kell teljesítményét. Ugyanakkor a teljesítmények, bizonyos beavatkozások felpörgésekor pl. a német pontoknál az OEP törí, esetleg felezi, harmadolja a pontértéket, csakúgy, mint a soknullás bankjegyeknél magas inflációs ráta esetében pl. 3 nulla elhagyásával a Nemzeti Bank, de míg ez a pénzügyi manőver a gazdaság egészére nézve adott pillanatban egyetemleges, addig a különböző szakmák különféle beavatkozásainál rapszodikus, esetleges. Hasonlóan a HBCS-hez, melyre fizethető értékek parlament alkuk tárgya. Éppen ez az egyik közgazdaságilag értelmezhetetlen, finanszírozási oldalról nonszensz körülmény szól a privatizáció ellen: nem tervezhető a bevétel, még csak rövidtávra sem. A másik természetesen az input oldal:

időről időre változnak maguk a jelenthető beavatkozások, esetek is, továbbá a finanszírozási szerződések megkötése évente történik, így ez gátja lehet mindenféle beruházás biztonságos megtérülésének.

A közgazdaságban racionálisnak nevezik azt a tevékenységet, amelynek a költségei megtérülnek, tehát a bevétel nagyobb a kiadásnál, de legalábbis nem kisebb, vagyis fedezete maximum nulla, de lehetőleg pozitív. Igaz ez a reálszférában, azonban az egészség, az egészségügyi szolgáltatás egy különleges áru – a harmadik fél fizet, létezik az információs aszimmetria, az orvos monopolisztikus helyzetben van, nagy az igények szórása, az eredmény nehezen megítélhető – még ha a ráfordítás úgy-ahogy kalkulálható is. (Gidai 1998) Kérdés azonban, mi a társadalom célja: egészséges populáció vagy az egészségipar virágzása. Az egészséges emberek – mivel nem igényelnek szolgáltatást – veszélyeztetnék a gyógyszergyárakat, teljesítményfinanszírozásra épülő kórházakat?

Az ún. ISO rendszerek elsősorban a kivitelezés folyamatára figyelnek, az eredmény már kevésbé fontos, azt eleve vitathatlannak állítják be. Ebből adódik az a lehetőség, mivel a finanszírozás mértéke látszólag egyenes arányban áll a jelentett beavatkozásszámmal, egy-egy szolgáltatónak, de nem a betegnek az a gazdasági érdeke, hogy minél több beavatkozást kódoljon minél többször. A teljesítmények évről évre történő felpörgetését jól mutatják a betegforgalmi statisztikák a járóbeteg-ellátásban is.

Az 1970. évi betegforgalmi adatokat 100%-nak véve, 2001-ben a teljesített évi szakorvosi munkaórák száma

- a klinikai szakmák esetében 223%-ra,
- a röntgen vizsgálatok esetében 289%-ra,
- a laboratóriumi vizsgálatok esetében 132%-ra nőtt.

A 100 lakosra jutó teljesített évi orvosi munkaórák száma ugyanekkor az előbbi területeken rendre 226, 293, illetve 134%-ra emelkedett. A gyógykezelési (vizsgálati) esetek száma az 1970-es kiindulási adatokhoz viszonyítva:

- a klinikai szakmák esetében 126%-ra
- a radiológiai vizsgálatok esetében 146%-ra
- a laboratóriumi vizsgálatok esetében 760 (!) %-ra növekedett.

Ez abszolút értékben 164.958.676 vizsgálatot jelentett!

A 100 lakosra jutó gyógykezelési (vizsgálati) esetek száma pedig összesen 283%-kal abszolút értékben 1619,2-re nőtt, ez azt jelenti, hogy minden egyes állampolgár, beleértve a csecsemőket és az aggastyánokat is, évente átlagosan 16,2 megjelenést produkált.()

Hogyan is fogalmaz Nagy Pongrác a pénzügyi globalizáció kapcsán?Globális játékkaszinóvá alakul a pénzügyi rendszer.....aminek nincs köze a valós gazdasági tevékenységhez.....(Nagy P.)

A HBCS bevezetésekor, 1993-ban az OEP statáriális gyorsasággal költségszámításokat kért a magyar kórházaktól. Ekkor derült ki, hogy hazánkban a zirci a legolcsóbb, a soproni kórház pedig a legdrágább kórház. Ugyanazt a szolgáltatást ugyanis utóbbi többszöröséért állította elő.

Így számolták ki az egyes betegségek gyógyításának átlagköltségét, a HBCS-t, amit aztán az inflációnak megfelelően korrigálnak évről évre. Ebből adódóan egy előnye mindenképpen lett a HBCS bevezetésének: ha egy fix összegben nevezi meg a kórház várt HBCS értékét, akkor érdemes lesz takarékoskodnia. Ez a költségtakarékossági elv működik is és pozitívum.

Azonban a kórházak arra is rájöttek, hogy ha magasabb vagy több HBCS-t könyvelnek, akkor is nő a finanszírozásuk. Így motivált lett a beteggyártók igénye. A több beteg valóban magasabb változó, egy bizonyos szint fölött már nagyobb állandó költségeket is igényel.

Az egyes eset szintjén költségtakarékosság, összességében költségrobbanás. Amikor a betegszámlákat elkészítik a kórházak, azoknak 2 sarokpontjuk van: az egyik az adott betegségre az OEP által fizetett finanszírozás, a másik az a számított ráfordítás, amit a kórház kikalkulál. Ezt a kettőt lehet még cifrázni, azonban a közgazdasági értelemben a valósághoz nincs sok közük. Egy magán szolgáltató költséggazdálkodásán keresztül beszerzi termelési eszközeit és megállapít egy árat, amit a piac törvényeinek megfelelően korrigálhat, azonban az OEP által finanszírozott intézmények zömében mégsem privát társulások, akik maguk szabhatják meg áraikat.

Az OEP a végső szolgáltatásért fizet egy árat, amit a kórházak saját gazdálkodásuk racionalitásuktól függően eredményesen vagy veszteségesen állítanak elő. Az input oldal tehát viszonylag szélesebb keresztmetszetű.

Szűkítheti a közalkalmazotti bérskála, a minőségbiztosításból eredő követelmények, etc. Miután az OEP sem jelenleg, sem a múltban nem a tételes költségelszámolásra alapozta a finanszírozást, találó kifejezéssel azt mondhatjuk, hogy a társadalombiztosítási rendszerek mindig is egyfajta „gebinként” működtek, ahol az OEP, mint vendég az étteremben fizetett a főúrnak, ti. a kórházak számlájára.

A megoldást éppen annak következetes megvalósításában látom, amit korábban is csak deklaráltak. Ha a szolgáltatók a finanszírozón keresztül, tételesen közvetítenék a beszállítók felé a megrendeléseket és utóbbi feljükk számlázva térítenék a kórházak költségeit, e kereskedelmi csatorna mindkét oldalát, tehát a nagybani beszerzést és a kiskereskedelmi értékesítést is monopolisztikus verseny részeként egy kézben tarthatná, hallatlan megtakarításokra tehetne szert, mely felszabaduló forrásokat jelenthet.

A helytelenül választott általános költség-felosztási módszerek együttesen okozzák a nagyon szűkös források célszerűtlen érdekeltséget közvetítő felhasználását. Így alakultak ki a „veszteséges” és „nyereséges” szakmák.

„A kórházak célszerű és hatékony munkáját elősegítő controlling módszerek kiválasztása az intézeti vezetés felelőssége, az intézeti controlling szakemberek feladata, de nem szabad figyelmen kívül hagyni a tanácsadó vállalkozásokat és a kórházi menedzsmentmódszereket oktató szervezeteket sem.” (Bordás)

A HBCs kódolása is felfelé irányuló pörgetést mutat az elmúlt 2-3 éves időszakban. E mögött is sejthető, hogy nem áll szakmai indok, illetve a morbiditás változása sem okozhat ilyen gyorsan valós betegforgalmi változást. Tehát itt is teljesítményrendszer kilengéséről van szó. Az intézményi toplista sem tár elénk semmiféle progresszivitást, amely indokot adna az intézmények besorolási szokásaira.

A lakosság szám aránya szerint a teljesítményeknek arányosságot kellene mutatniuk, de sajnos itt inkább arról van szó, hogy néhány megye, néhány kórház észrevette ezeket a

kikapukat, amelyeket próbálnak kihasználni, amíg az OEP a kódkarbantartás rendszerén keresztül el nem éri ezek megszüntetését.

Az egész szakellátási finanszírozási rendszerben az OEP energiájának jelentős részét ez az egyfajta „rabló-pandúr játék” köti le. Ebből eredően jóval kevesebb idő és energia marad a rendszer érdemi minőségi és hatékonysági alapú monitorozására.

„Ha az OEP komolyan venné azt, hogy az intézmények mit jelentenek és e mögött áll-e valós betegforgalom, akkor ilyen kilengésnek nem szabadna lennie a rendszerben. Ismét ki kell hangsúlyozni, hogy itt közpénzek igényléséről van szó!

A járóbeteg szakellátásban ugyanúgy fel lehet állítani a különböző toplistákat. Egy esetre jutó pontszám fajlagos mutatójának toplistáját mutatják azok az intézmények, akik a legtöbbet tudták „kihúzni” egy esetből. Egy-egy esetre átlagosan a legtöbb és legkevesebb pontot kasszírozó szolgáltatók: 8242 pont kontra 3750 pont.” (Dózsa)

A valószínűség-számítás matematikai elmélete az utóbbi három évtized folyamán rendkívüli mértékben növekedett. Ma már számos szakterület alapszik ezen az elméleten, mint pl. a játékelmélet, a döntéselmélet, az idősorok és a Markov-láncok elmélete stb.

A NYME Gazdasági folyamatok elmélete és gyakorlata Doktori Iskolájában gazdaság-matematikai tanulmányaim során ismerkedhettem meg a játékelmélettel.

Az alábbiakban- erre a területre kalandoznék el:

„Az élet tele van bizonytalansággal és stratégiai viselkedéssel. E bizonytalanságok mellett számos politikai kockázati tényező is létezik. E kérdéskör tanulmányozását a bizonytalanság közgazdaságtanának nevezzük. A másik bonyodalom azzal függ össze, hogy a gazdasági tevékenységben gyakorta szerephez jut az alkudozás, huzakodás és a stratégiai magatartás. Tökéletes verseny feltételei között minden fél adottnak tekinti az árakat, s nem kell törődnie azzal, hogy mások miként reagálnak a döntéseire. Rengeteg olyan helyzet adódik azonban, amikor stratégiai megfontolások kulcsszerepet játszanak. A személyek, vállalatok és országok gazdasági játszmáinak vizsgálatát a játékelmélet végzi el. A gazdasági élet realitásainak egyetlen elemzése sem lehet teljes a bizonytalanság és stratégia érdekesítő kölcsönhatásainak alapos tanulmányozása nélkül.” (Samuelson)

Sok jel mutat arra, hogy az emberi gondolkodás alapvetően nem racionális; még olyan feladatok megoldásában sem, amelyek megoldására a szintiszta logika eszközei optimálisan alkalmazhatóak – állítja Mérő László, akinek könyvéből idézek az alábbiakban:

„A moralitás játéka

1. Árverés és pózolás

Martin Shubik játékában eladó egy dollár. Kikiáltási ára egy cent. Aki ennyit ajánl érte, már viheti is, hacsak valaki más nem ajánl többet. A játék az árverések szokásos szabályai szerint folyik, egyetlenegy kivétellel. Ez a kivételes szabály az, hogy nemcsak annak kell megfizetnie azt a pénzt, amennyit ajánlott a dollárért, aki a legmagasabb árat mondta, hanem annak is, aki az utolsó előtti ajánlatot tette. Aki az utolsó, legmagasabb árat ajánlotta, az fizet, amennyit mondott, és viheti a dollárt, aki viszont az utolsó előttit, az is fizet, de nem kap semmit.

Shubik 1971-ben tette először közzé ezt a játékot, és leírta, hogy társasági tapasztalatai szerint átlagosan 340 centért kelt el az egydolláros bankjegy. Shubik persze még ennél is jobban járt, hiszen ő nemcsak a dollár licitben kialakult árat kapta meg, hanem az utolsó előtti licitáló ajánlatát is, így összesen közel 7 dollárt kasszírozott. Azóta jó néhány precízen megtervezett, tudományos igényű pszichológiai kísérletben is alkalmazták ezt a játékot, nagyon hasonló eredménnyel.

E játék szabályai roppant mesterkéltnek tűnhetnek: látszólag nem sok értelme van annak, hogy az is fizessen, akit túlicitáltak, aki tehát végül nem vásárol semmit. Mégis, érett és intelligens, felnőtt emberek belementek a játékba, és szabad akaratukból, tudatos elhatározásuk alapján hajlandóak voltak 3-4 dollárt fizetni egy dollárért. Nem egy konkrét, 1 dollár értékű tárgyért, aminek a szubjektív értéke akármennyi lehet, hanem egy közönséges egydolláros bankjegyért.” (Mérő)

Vegyük észre a hasonlóságot a teljesítményarányos finanszírozások és a fenti példa között! A teljesítményarányos finanszírozás teoretikusai sem számítottak arra, hogy ilyen torzulások fognak kisülni belőle!

Itt ismét meg kívánom jegyezni, hogy véleményem szerint az orvosi teljesítmény nem az elvégzett beavatkozások alapján mérhető, hanem a társadalom egészségi állapotán, melyet morbiditási és olyan mortalitási mutatók jeleznek, mint a csecsemőhalandóság, a születéskor várható átlagos élettartam. Tehát jól teljesít egy ország, ha hosszú életű, egészséges, munkaképes lakosai vannak.

10.2. Forrásallokáció és költséggazdálkodás megoldási lehetőség: paradigmaváltás és intézményi stratégia

10.2.1. Paradigmaváltás az egészségügyben

Az egészség kérdése az utóbbi évtizedben Magyarországon is a közérdeklődés előterébe került, az embereket intenzíven foglalkoztatja a téma. Ha ilyen nagy horderejű ügyről van szó nézzük csak meg, mit értenek első megközelítésben rajta képviselőjelöltek, szakpolitikusok kamarai, érdekképviselői vezetők!

Természetesen az argumentumok csomópontjában a források biztosítása, illetve növelése áll, másodsorban olyan közhelyek, melyek az ágyszám-leépítést, kórházbezárásokat, gyógyszerár-emelkedést, a lakossági terhek növekedését, várólisták kialakulását hátrítanák, az ágazati dolgozók alacsony fizetését az elvándorlásokat hangsúlyozzák. Mind a mai napig hiányzik azonban egy elfogadott stratégia megvalósítása, véghezvitele.

Nem kellene feltétlenül az abszolút tökéletesre törekedni, de ha már egyszer felállításra kerül egy prioritási sorrend, azt egy új miniszternek és kormányváltásnak nem célszerű minduntalan felülírni, túl nagyot ügysem lehet tévedni a teendő rangsorolásában. Innen indulhatna a paradigmaváltások sora: be kellene látni a politikusoknak és állampolgároknak, hogy az egészségügy a legkevésbé sem pártállás kérdése és kezelhető elkülönítetten egyéb tárcák feladataitól – l. a népegészségügyi programok sorsát!

Szakítani kellene azzal a közelmúltból örökölt tévhittel, hogy a gyógyítás a non-profit szféra tevékenysége; a humán erőforrás értékének jelentősége megfogalmazódik mind a szakképzett munkaerő, legyen az iparos vagy értelmiségi képzési költségeiben, effektív

munkavégzésében, hiszen a dolgozó, szemben a munkanélküivel vagy beteggel GDP-t termel, járulékot fizet, az orvosi munka pedig egyenesen a munkaerő ezen képességét állítja helyre, tehát a termelés változó költségeinek része.

A társadalomnak sokkal hangsúlyozottabban kellene elítélnie a munkanélküliséget, a munkanélküli járulék megszerzésére utazást, a táppénzcsalást, a jogtalan rokkantosítást.

Az egészségügyi szolgáltatások igénylése helyett az egészségnek, mint egy meglévő állapotnak a kellő értékelése, s megőrzése céljából az azt szolgáló életmódbeli beállítódásra hangolódás kellene, hogy uralja nemcsak a lakosság, hanem a szakemberek gondolkodását is. A felelősségvállalást markánsabban megfogalmazva: nem elegendő elismerni a megelőzést, a gyógyulás elősegítését, hanem egyenesen el kellene ítélni, egészen a jogi-pénzügyi konzekvenciáig az egészséget károsító magatartást, a gyógyulás érdekében megtehető változások elmulasztását, ad absurdum a differenciált járulékfizetésig vagy co-paymentek bevezetéséig.

A paradigmaváltás a szemlélet átalakulását fejezi ki, ezt követően a stratégia a megvalósítás állomásait, eszközeit, technikáját. Ahogy a globális beteggyártás célját a teljesítményarányos finanszírozás motiválja, úgy alakulhatna át egy öntudatos, saját felelősségét is felvállaló, egészségcentrikus populáció a kórházak és rendelések szolgáltatásait szufficiten finanszírozó biztosító intézménnyé.

A múlt értékei, mint az egységes társadalombiztosítás, a progresszív betegellátás, egyenlő hozzáférés, teljeskörűség mellett a minőségbiztosítás, az Evidence Based Medicine-nek megfelelés, az orvostudomány legújabb eredményeinek bevezetése mentén egy már sokszor deklarált népegészségügyi program megvalósítása lehet csak jövőképünk, küldetésünk. Nem az Európai Uniótól kell várnunk a megoldást, épp ellenkezőleg, az EU várja tőlünk egy életképes nemzet csatlakozását.

A hazai egészségügyi ellátás fő problémájának a teljesítményelvűnek deklarált finanszírozási rendszerünknek az adott forrásszinthez rendelését tartom. Úgy gondolom, hogy pl. egy autókereskedésben vagy szervízben valóban a teljesítményt mutatja az eladott autók száma vagy a megjavított műszakilag hibásaké, addig a messze humán szolgáltatást nyújtó egészségügyben olyan mutatók jelzik a teljesítményt, mint a csecsemőhalandóság, a népszaporulat, a születéskor várható élettartam, a morbiditási és

mortalitási statisztikák. Éppen ezért az ún. ISO minőségbiztosítási rendszerek szabályozzák ugyan az egészségügyi szolgáltatások folyamatát, azonban az elért eredmény szempontjából sokkal inkább hasznosak a standard alapú megközelítések, mérve a beavatkozás hasznát, értelmét, célját protokollokra, algoritmusokra építve.

Miután pedig az elvégzett és lejelentett szolgáltatásokért fizet a biztosító, ezért a szolgáltatók abban érdekeltek, hogy minél több német pontot és HBCS-t teljesítsenek, sokszor indokolatlanul, vagy a kérdéses szolgáltatást el sem végezve.

Ez hatalmas adminisztrációt mozgat, az évi 160 millió ambuláner vizsgálatot és 2,5 millió kórházi befekvést pedig ellenőrizni lehetetlenség. Így a teljesítményarányos finanszírozás valójában forrásallokációt jelent, melyet maguk a szolgáltatók generálnak.

Megoldási javaslatom első lépcsője egy etikai rendező elv: minden beteg részére biztosítani kell az egyenlő ellátást, ugyanakkor súlyos és szankcionálandó bárkit csak a teljesítménypontokért, a kórház likviditásáért kezelni, vagy mert az illető táppénzcsaló és magát rokkantosítani kívánja.

Paradigmaváltás alatt az állásfoglaló én kifejlődését értem a tudatosodás útján, különösen a szolgáltatók gondolat – értékrendjében annak tisztán látását, hogy a fiktív vagy indokolatlan vizsgálatok, felesleges kezelések túl a közgazdasági – pénzügyi – statisztikai értelemben vett fegyelemsértésen magán- és közokirat hamisítást, a betegjogok megsértését, közpénzek elsikkasztását, torz kép kialakítását jelentik intézményekről, országunkról, ezzel veszélyeztetve minden további tervező munka sikerét.

10.2.2. Új stratégia az egészségügyben

Ha sikerül fenti kérdésben a közmegegyezés minimális fokát elérni, jöhet a stratégia soron következő lépéseinek megtétele.

Eszerint a biztosító a tényleges /bér és anyag-, stb./ költségeit térítené a kórházaknak úgy, hogy a szolgáltatók által a beszállítók felé leadott és teljesített rendeléseket direkt a beszállítók felé ellentételezné, akár előzetes közbeszerzéses pályáztatás útján. A HBCS számítása továbbra is megtörténne, de arra használnánk, amire kitalálták: költséggazdálkodásra. A forrás-megtakarítás abból eredne, hogy megszűnnének az indokolatlan vizsgálatok és a beszerzések során a legalacsonyabb ár válna elérhetővé. A

pályáztatás piac-konform, az egységes eszközökből profitálhatna orvos, beteg, a szakmai szempontok, gondoljunk csak a CT-k, MR-ek használatának elsajátítására, az eredmények összevetésére, akár adott beteg viszi magával, akár az orvos prezentálja egy tudományos konferencián vagy egyszerűen statisztikai összevetés készül finanszírozás vagy tervezés céljából. Így értelmet nyerne a sokat vitatott globalizáció, amennyiben a tervezés, az átfogó informatika szerephez jutna és valóban a legalacsonyabb áron a lehető legnagyobb tömegek számára válnának elérhetővé az egészségügyi szolgáltatások a lehető legnagyobb jogi, gazdasági és politikai ellenérveknek is ellenállva.

A valószínűség-számítás dinamikus része olyan véletlen jelenségeket vizsgál, amelyek az időtől vagy valamilyen más valós paramétertől függnnek. A szakirodalomban ezt a tárgykört az idősorok, matematikai terminológiával a sztochasztikus folyamatok vizsgálatának nevezik.

A sztochasztikus folyamatokra a következő szemléletes meghatározás adható: Egy sztochasztikus folyamat olyan véletlen folyamat, amelynek kimenetelei végtelen sorozatok vagy függvények – ellentétben az egyszerű valószínűségi változóval amelynek kimenetelei számok vagy (véges dimenziójú) vektorok. (Závoti)

Ilyenek az ember egészségügyi paraméterei, a megbetegedések, de a különböző terápiák, továbbá nemcsak az egyén, de makro-szinten a morbiditási-mortalitási mutatók is. (Csernyák)

A sztochasztikus folyamatok tanulmányozása nagyban segítségemre volt az alábbiak kidolgozásában.

A továbbiakban folytatom javaslatomat a magyar egészségügyi ellátórendszer optimalizációjáról. Az alábbi szempontok maximális érvényesülését vettem figyelembe:

- Ne sérüljenek a betegek érdekei!
- Ne sérüljenek az egészségügyi szakdolgozók érdekei!
- Ne sérüljenek a szakma érdekei!
- A jelenlegi struktúrán, statusquon a legkisebb változtatással a legkedvezőbb nyereséget érjük el!
- Ne okozzon költségvetési hiányt!

Az egészségügyi szolgáltatóknak tehát kizárólag szakmailag indokolt tevékenységük tételes költségelszámolását, valamint a humánerőforrás szolgáltatás díjazását végezhetné direkt az OEP, egy központi elszámolási körben, saját, illetve a beszállítók logisztikai rendszerére építve. A szakmailag indokolt ellátás szervezését az Egészségügyi Minisztérium irányítaná, protokollok és standardok segítségével, míg az országszerte egységes beszerzések természetesen közbeszerzéssel történének értékhatártól függetlenül egyetemlegesen az összes tételre vonatkozóan, az OEP szervezésében.

Az ÁNTSZ feladata az infrastruktúra, a kórházak, rendelőintézetek, praxisok berendezéseinek, tehát eszközeinek, műszereinek felügyelete, a humánerőforrás biztosítása, tehát a minimumfeltételek ellenőrzése lenne továbbra is. A Magyar Orvosi Kamara tarthatná kézben az ellátások etikai oldalát, a műhiba pereket. A Pénzügyminisztérium jelölné ki továbbra is az államháztartási rendszer részeként azt a keretet, amelyet az Egészségbiztosítás felhasználhat.

Ezen öt intézmény, tehát a PM, az ÁNTSZ, az OEP, a MOK, végül az EM egészségpolitikusai végezhetnék 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 végeznék ellenőrző és finanszírozó tevékenységét, folyamatos, dinamikus visszacsatolásokkal. Ezen visszajelzések nyomán természetesen kellő indok mentén az Egészségbiztosítás költségvetésére is hatással lehetne a következő év tervezésénél.

PM

Források nagysága

OEP

Finanszírozás allokációja

Ellenőrzés

EM

Koordináció

Standardok, protokollok

ÁNTSZ

Infrastruktúra

Humán erőforrás gazdálkodás

Szakfelületi ellenőrzés

MOK

Etika

Műhibaperek

Álláspályázatok

Jelenleg a beavatkozások pontértéke köszönő viszonyban sincs a ráfordítás idejével, anyagszükségletével, kockázatával, a végzéséhez szükséges képzettséggel és gyakorlattal, továbbá ki-kí úgy értelmezheti, ahogy akarja.

Minden decentralizálás /pl. több biztosító/ az állandó költségeket, így az össz- és egységköltségeket növelheti. Azon összeg, amit az OEP egy német pontért vagy HBCS-ért fizet, messze több, mintha az adott beteg rendelőbe vagy kórházba érkezését követően összeadnánk ellátásuk anyagszükségletét, eszközmortizációját, a dolgozók időarányos munkabérét.

Az optimális méretnagyság jelentőségét, előnyét a költséggazdálkodás racionalizálása tudja kihasználni, nálunk ez pont fordítva történik: az OEP ad egy keretet, ha úgy tetszik bázist, amiből ki kell jönni!

Azonban mielőtt kiderülne, hogy ki lehet belőle jönni, gyorsan létrejön a ráfordítások mesterséges inflációja (itt kiterjesztés, felduzzasztás értelemben használom az inflációt): ez azt jelenti, hogy az adott konkrét beteg ellátására rátelepszik hagyományosan nem csak a pénzügy, munkaügy, gyógyszerár, az igazgatás költsége, amennyiben nem a régi „bázisfinanszírozásból” gazdálkodik a kórház, mivel nem csak a gyógyító munka tényleges HBCS értékét finanszírozza az OEP. Mellettük olyan új cápák jelennek meg,

mint a pontgyártó csapat (kft. sáman-programmal), élükön esetleg egy OEP-es tapasztalatait magával hozó finanszírozási szakember, az informatikusok hada, a statisztikusok, a dokumentáció, a kontrolling, a minőségbiztosítás, a jogászok, a különböző igazgatók ki tudja hány asszisztensükkel, valamint a gyakorló orvosok által elvégzett munka kódolására specializálódott kollégák, a fiktív szerződések soha el nem végzett munkákra, aztán az átvilágítók, önkormányzati biztosok. Az informatikára természetesen szükség van, csak nem az inadequat adatok feldolgozására.

Értelmezhetetlen stratégiát építeni arra, hogy adott betegségért holnaptól jobban vagy kevésbé bőkezűen finanszíroz az OEP. Értelmezhetetlen ennek alapján a privatizáció, hibás azon álláspont, hogy az élet bizonyította, miszerint eddig sikeres privatizációk történtek a művese-kezelések, a radiológia és a laboratóriumok esetében, akkor csak folytatni kell a sort és jönnek a befektetők és sikeres lesz a többi is. Igen ám, de amíg a kórház 100 egységnyi finanszírozásából egy privatizált osztály esetleg elvisz 20 egységet, miközben 10 egységet kap, a többi 15 osztálynak pedig csak a maradék 40 jut. Ahogy továbblépnék az osztályok privatizálásával, máris insufficiens lenne az elmélet.

Visszatérve a kórházi teljesítmények finanszírozására: a gyakorlat lehetővé teszi az indokolatlan teljesítmények elvégzését, amit végül is valahol nem csak papíron végeznek el, ez az egyik költségnövelő tényező, ennek lesz folyománya a táppénz, a meg nem termelt GDP, a talán felesleges utókezelések és hosszantartó gyógyszeres terápia, kontrollok. Ugyanakkor a gazdasági vezetők kézzel-lábbal tiltakoznak a közbeszerzések ellen; itt az a másik csatorna, ahol talán elfolyik a pénz, hiszen a beszállítónak az az érdeke, hogy minél magasabb legyen a számla: kötszerekből, eszközökből, filmekből. Tehát jelenleg mind mennyiségben, mind az adott eset minőségi ellátása esetében indokolatlan költségtényezők jelennek meg, a bázis és teljesítményfinanszírozás közgazdaságilag értelmetlen módszere mellett.

Kincses Gyula a tételes költségelemzés alatt helytelenül a beavatkozások tételes finanszírozását érti. (Kincses 1994.) A szó szabatos értelmezésével megvalósíthatónak látom, hogy az OEP az egyes költséghelyek költségeit finanszírozza, ne pedig az ott előállított szolgáltatást. Hogy nézne ki ez a gyakorlatban? Képzeljünk el egy kórházat, az egyes osztályokat, rendelőket, valamint az anyagraktárt. A jelenlegi keretgazdálkodási gyakorlat az, hogy a tárgyhó előtt néhány nappal az osztályok megrendelik az igénylő

füzetben a következő hónap várható fogyó eszközeit. Néhány napon belül pedig megkapják az igénylést a raktárról. Képzelnék el, hogy nem az adott kórház gazdasági osztálya végezné a beszerzéseket a raktárra, hanem maga az OEP. Továbbra is a raktáros venné megrendeléseket havonta, azonban ezt leadná az OEP adott logisztikai központjához és onnan történne a kiszállítás irányítása. A szállítást szervezhetné az OEP is, de akár magát a beszállítót is megbízhatná, hiszen saját termékeinek szállítási feltételeit ő ismeri a legjobban. Számítógépekkel mindez gyerekjáték.

Jelenleg különböző gépek működnek, például oszteoporózis diagnosztikához legalább hatféle /Toshiba, Lunar, Hologic, GE, Norland /. A soproni gép szervize Bécsben van, a debrecenié esetleg Sopronban. Ezeknek az OEP finanszírozása szempontjából 10 év az amortizációjuk, ami egyébként azt jelenti, hogy 10 éves géppel elvégzett CT vizsgálatot nem ellentételez. Így néhány év alatt a régieket felválthatnák a győztes cég már azonos készülékei. Minden eddigénél összehasonlíthatóbbak lennének az eszköz és anyag igények. Pl. ha az egy rendelés 300 injekciót ad be havonta, akkor utána nézhetne a finanszírozó, hogy miért rendel 25%-kal többet egy következő hónapban. Az azonos költség helyek egységköltségei is pillanatok alatt összehasonlíthatóakká válnának és a Gauss-görbének megfelelő szélső értékek könnyen ellenőrizhetőek lennének. A munkabérek átutalása a Kincstár-Tákisz útvonalon már úgyis kikerült a kórházak látóköréből, így fény derülne a fiktív kifizetésekre, a közalkalmazotti fizetések feletti számla ellenében végzett megbízási szerződések kórházak és alvállalkozók közötti létezésére, amire ma igen sok példa adódik és a kincstári biztosok jelentéseiben rendszeren kritika tárgya. Tehát átlátható költséggazdálkodás: mind a személyi jellegű kifizetések, mind a dologi-anyagi beszerzések esetén gyors és olcsó beszállítás naprakész leltárral. Az OEP által finanszírozott szolgáltatók úgy működnének, mint egy monstre HBCS: a finanszírozó a kontrolling eszközével továbbra monitorozná a költségeket, mind intra muros, mind az intézmények között, a szolgáltatók és a beszállítók közti pénzmozgás kikapcsolódna, a beszállítók a nagy megrendelés miatt a legkedvezőbb árat ajánlhatnák meg. Megszűnne a teljesítménykényszer, az intézményeknek már nem az lenne az érdekük, hogy minél nagyobb forgalmat lássanak el, hanem érvényre juthatna az az etikai alapelvek, hogy ha valaki beteg, azt el kell látni, aki pedig nem beteg, azt feleslegesen nem szabad, sőt erkölcstelen kezelni. Nem lehetne vitatkozni az áron, ha valami annyiba kerül, amennyibe kerül, de ez minden eddigi árnál alacsonyabb jelentene! Az indokolatlan betegellátás helyett a valóban betegek minőségibb ellátást kapnának és a munkaerő is

jóval magasabb díjazásban részesülhetne. A HBCS-t továbbra is lehetne alkalmazni, de arra, amire való: költséggazdálkodásra, és nem finanszírozási tényezőként.

A költségek térítése tehát nem a HBCS-n keresztül történne, hanem a tételes, majd aggregált anyag és eszközgazdálkodáson át. A jelenlegi gyakorlathoz képest nem jelentene többlet-adminisztrációt, hisz jelenleg is számolni és strigulázni kell például egy adott HBCS-hez felhasznált injekciós tűket /adott esetben 7-félét/, csak hogy ezt, továbbá a leosztott /vetített/ költségeket a betegszámlákhoz használják fel tehetetlenségükben ezek kiállítói, ami persze non-kompatibilis a tételes finanszírozással. Ez olyan, mintha a fodrász a hajvágáshoz – ami a HBCS-nek felelne meg, felszámolná még a sampont, a hajszeszt, aztán nem tudna mit kezdeni az olló amortizációjával, a hajdani fodrász szövetkezet kasszírője pedig a borralaló zsebbe csúsztatása láttán magyarázná a vendégnek ezt az egész zagyvaságot.

Jelentős költségmegtakarítás lenne elérhető a létszámgazdálkodásban: az egész kórházi bürokráciát felválthatná egy országos központ. Vegyük észre, a tendenciák erre mutatnak: a kincstár, tehát a transzparencia, a logisztika, a számítógépes hálózatok, a sokat támadott globalizációnak előnyét látnánk. A megoldás egyben EU – konform is, hiszen a szubszidiaritás doktrínája értelmében az egyes országok joga, hogy miként oldják meg szociális és egészségügyi problémáikat, nem kell megfelelni annyi brüsszeli direktívának, mint például az adópolitikában, ipari – mezőgazdasági – területeken, vagy a kereskedelemben.

Így az OEP valóban a kezében tartaná mind az input, mind az output oldalt. Ismét rávilágítanék: a jelenlegi rendszerben, legyen az bázis vagy ún. teljesítményfinanszírozás, valójában az input oldalt a kórházak tartották a kezükben, quasi privatizált formában, találóan „gebinben” – eddig.

A vita és a működési elégtelenségek ebből adódtak. Tehát ha fejlődést valóban a privatizáció irányában szeretnénk, akkor a kórházakra kell bízni mind a beszerzést, mind az ár megszabását, ha pedig központi, ún. társadalombiztosítási rendszerben gondolkodunk, akkor bizony a kórházak kezéből ki kellene venni a költségtorzítások lehetőségét. Kikapcsolódhatna a gyógyszercegek orvosok felé irányuló nyomuló marketing tevékenysége. A gyógyszer-tájékoztatót újra átvehetné a kórház

gyógyszerésze. Intézményi privatizációk esetében mind a for profit és mind a non-profit szervezet vastagon kiviheti a profitot, ha leköltségeli, pl. gépjármű, iroda, utazás, napidíj formájában, a különbség köztük, illetve a fő ismérv a PR szempontjából van: a non-profitnak nevesíteni kell költségeit szigorú számadású nyomtatványok, számlák alakjában a pénzmozgások követhetősége érdekében, így kifizetései, vásárlásai szem előtt lehetnek, mindenesetre véleményem szerint is ez a szalonképesebb és EU-konform gazdálkodási társasági forma. Amennyiben a társadalombiztosítási rendszer megreformálása mellett törnék lándzsát, a működési formát illetően egy holding-szerű intézményt javasolnék.

Felmerül a kérdés, hogy a vázolt tételes költségelszámolás rendszerében hol helyezkedik el például az orvos munkaejeje?

Az orvosi munkát természetesen szolgáltatásként képzelném el, élesen megkülönböztetve, az anyagok és eszközök költségelszámolása mellett. A meglévő közalkalmazotti előmeneteli skála kiváló, az életkor és az előmenetel kiegészíthető az egyes szakok közt szorzókkal differenciálva, éppen ez a hármas koordináta rendszer biztosíthatná az álláthatóságot, kiszámíthatóságot.

Egy orvos képzése, az állam, a család költségeit, a kiesett termelés és bértömeg mennyiségét összeadva 20-25 millió Forint adódik.

Ha egy orvos ezután 40 évig dolgozik, (az 1999-es évre számolva) kb. 1 évi munkájának amortizációja, illetve hozzájárulása a vállalatának, kórházának értékéhez így minimum 500.000 Ft.

Ezt kellene figyelembe venni, amikor pályaelhagyásról, létszámleépítésről, privatizációról illetve külföldi munkavállalásról beszélünk, nevezetesen ennyit kellene amortizációjukként fizetniük a külföldi fogadó országok intézményeinek, amelyből arányosan részesedhetne a munkavállaló szülei költségeinek megfelelően, valamint a Magyar Állam. Persze fizetesként a piaci viszonyok közt ennek többszörösét kapja fizetesként, a korrekt elszámolást tehát az egyenleg jelentené: a munkavállaló jövedelméből befizethetné képzésének időarányos részét, ez számításaim szerint húsz-harmincezer Ft lehetne havonta, mely az adóktól és járulékoktól független. Hasonlóan, a gyógyszercégeknek is ennyi járandóságot kellene fizetniük alkalmazott orvosaik után, vagy direkt az államháztartás felé, vagy az orvosok fizetésébe építve.

Érthető, hogy ennek hiányában egy külföldi intézmény örömmel fogadja orvosainkat, ugyanakkor az orvos által Magyarországon meg nem termelt érték, a munkába visszaállított egészséges emberek GDP-t termelő-járulékot fizető tömege többszörös hátránya az említett munkaerő-exportunk „előnyének”. Így nyerhet magyarázatot az Egészségügyi Világszervezet ún. Sachs-jelentése, mely arra a sokatmondó következtetésre jutott, hogy az egészségügybe való beruházások nemcsak emberéletek millióit mentik meg, hanem hatalmas gazdasági bevételeket eredményeznek. A tanulmány közelebbről azzal számol, hogy 2015-ig az egészségügyi szektorba fektetett évi 66 milliárd dollár többletkiadás évente 360 milliárd dollár nyereséget hoz a nemzetgazdaságok számára. Ez is alátámasztja a finanszírozás reformjának égető szükségét, mely jelen dolgozatnak is egyik üzenete.