

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

AZ EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE
KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA

51. ÉVFOLYAM 1. SZÁM, 2013. ÁPRILIS

A VÁLSÁG HATÁSAI A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYRE



BESZÉLGETÉS
DR. ARI LAJOSSAL

Tartalom

SZAKCIKK

Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában (Orosz Éva).....	1
A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései (Kollányi Zsófia)	37

FÓKUSZ

Hogyan hat a gazdasági válság a magyar egészségügyre? (Tudományos Tanácsadó Testület)	12
Dr. Sinkó Eszter	13
Dr. Pusztai Zsófia, Szigeti Szabolcs	15
Dr. Rácz Jenő	17
Molnár Attila	19
Dr. Pásztélyi Zsolt.....	21
Dr. Éger István	22
Dr. Balogh Zoltán.....	26
Dr. Stankovics Éva	28
Kaszás Erika	30
Dr. Svébis Mihály	32

PORTRÉ

Az egészségügyben már csak hivatástudattal lehet dolgozni (Dr. Szepesi András, Bene Zsolt)	34
--	----

DOKUMENTUM

A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozat és Tanács állásfoglalásai (Dr. Jóna Gabriella és dr. Sinkó Eszter).....	45
--	----

KÜLFÖLD

A pénzügyi-gazdasági válság hatása az egészségügyi rendszerekre Válogatás a nemzetközi sajtóból	48
--	----

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

Alapító: az Emberi Erőforrások Minisztériuma
és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Megjelenik: kéthavonta
Kiadja: az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
megbízásából a Weborvos.hu 2009 Kft.
Cím: 1055 Budapest, Falk Miksa u. 8. • telefon: (1) 788-9212
fax: (1) 700-2998 • web: www.weborvos.hu
Felelős kiadó: a kiadó ügyvezető igazgatója
Szerkesztőség: 1051 Budapest, Arany János u. 4–6.
Telefon: (1) 795-1009
Főszerkesztő: Kövesi Ervin
Orvosigazgató: Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
A Szerkesztőbizottság elnöke: prof. dr. Orosz Éva
A tanácsadó testület tagjai: dr. Ari Lajos, Bodrogi József,
dr. Gaál Péter, dr. Rácz Jenő, Skultéty László

Nyomdai előállítás: MEGA Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
Az Egészségügyi Gazdasági Szemle
utcai terjesztésre nem kerül.
Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK), Hírlap Üzletág.
További információ: Belánszky Kata (1) 788-9212

HU ISSN: 0013-2276

Éves előfizetési díj: 6.930 Ft

Minden jog fenntartva!
A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez
a kiadó írásbeli engedélyre van szükség.
A hirdetések tartalmáért a hirdetők vállalják a felelősséget.

A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet
a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában¹

A tanulmány célja: a gazdasági válság által a fejlett országok egészségügyi rendszereire gyakorolt néhány alapvető folyamatnak a bemutatása, továbbá annak elemzése, hogyan hathatnak ezek a magyar egészségügyre – milyen scénáriók képzelhetők el az elkövetkező néhány évben. Mivel ezek a folyamatok napjainkban zajlanak, így nyilvánvalóan hiányzik a kellő elemzői távolság. Ezért óhatatlanul korlátozott a rendelkezésre álló információ, nagy a tévedés kockázata. Így a cikk sokkal inkább közös gondolkodást, vitát szeretne inspirálni, semmint teljes képet adni napjaink új jelenségeiről és kihívásairól.

■ Orosz Éva

A 2008 óta tartó pénzügyi és gazdasági válság radikális változásokat idézett elő a fejlett országokban az egészségügyi rendszerek működésének külső feltételeiben: a gazdaságban, a társadalmakban és a jóléti rendszerekben. Ezeknek a változásoknak, az új jelenségeknek az értelmezése – az egészségügyi rendszerek szempontjából – alapvető ahhoz, hogy jobban megértsük, milyen kihívások érik az egészségügyi rendszereket, és milyen mozgástere, lehetősége van az egészségpolitikáknak. A külső gazdasági és társadalmi feltételek egyrészt befolyásolják az egészségügyi ellátás iránti rövid és hosszabb távú szükségleteket, az egészségügyi rendszerrel szembeni elvárásokat; másrészt szűkítik az egészségügy rendelkezésére álló forrásokat, mind a közkiadásokat, mind a háztartások egészségügyre fordítható jövedelmét. Például már rövid távon is érzékelhető hatás, hogy a válság előidézte stressz, bizonytalanság növelheti a mentális megbetegedések előfordulását. Ugyanakkor hosszabb távon lesz csak elemezhető az, hogy a válság – az egészségre ható társadalmi és gazdasági tényezőkön keresztül (pl. szegénység növekedése, stb.) – tovább növeli-e az életesélyekben meglévő (már amúgy is jelentős) egyenlőtlenségeket a „társadalmi létra” mentén. A magyar egészségügyre – mint minden ország esetében – az általános trendek mellett számos sajátos, ország-specifikus folyamat, változás is jellemző.

A gazdaság és jóléti rendszer kapcsolata: hiedelmek és tények

A hatodik éve tartó gazdasági visszaesés, illetve stagnálás, a munkanélküliség elképzelhetetlen magasságokba szökött mértéke, számos országban a közeli kilábalásba, a politikai elitbe vetett bizalom megrendülése, a társadalmi feszültségek kiéleződése, a politikai szélsőségek megerősödése jelzi, hogy az 1929–33-as nagy gazdasági válság óta a legmélyebb és leghosszabb pénzügyi és gazdasági válságot élik meg a fejlett országok. De messze nemcsak pénzügyi és gazdasági válságról van szó, hanem arról is, hogy számos, a 80-as évtized-

ben elindult társadalmi folyamat következményét, gazdasági és politikai árát is most fizetjük meg. Ezek a folyamatok közül a legsúlyosabbak: a társadalmi, jövedelmi egyenlőtlenségek 80-as évek óta tartó növekedésének kiéleződése, számos országban a munkanélküliség és a szegénység egy évtizeddel korábban elképzelhetetlen mértékének a kialakulása; továbbá a költségvetésből, közpénzekből finanszírozott – a humán tőke újratermelése, a társadalmi integráció szempontjából alapvető – szektorok (oktatás, egészségügy, stb.) relatív helyzetének – mindenekelőtt a nemzetgazdaságok piaci szektoraihoz viszonyított kereseti lehetőségeknél – a folyamatos romlása. A társadalmi egyenlőtlenségek növekedésének egyik összetevője: az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek, azaz az életesélyek egyenlőtlenségeinek a növekedése (WHO, 2008; European Commission 2009). Ezek a folyamatok a 80-as évek elejétől indultak és – néhány kivétellel – a fejlett országok kormányzatai nem vettek róluk tudomást. A kormányzatoknak nemcsak a gazdasági válság, hanem a társadalmi és jóléti válság kezelésére is meg kell találniuk az adekvát eszközöket. Ez számos, a politikai és közgondolkodásban meggyökeresedett dogmától való megszabadulást is igényel: többek között a jóléti rendszer és a gazdasági fejlődés közötti összefüggések újraértelmezését.

A 80-as évtizedtől erőteljesen érvényesült a gazdasági és politikai elitek körében – a neoliberais közgazdasági és társadalomfilozófiai nézetek hatása következtében – az a hiedelem, hogy a gazdasági fejlődést/növekedést a jóléti kiadások magas szintje ab ovo visszafogja. Azaz a kormányzatok számára a fő teendő: a jóléti kiadások csökkentése. Ennek az első ránézésre logikusnak tűnő állításnak a tények azonban ellentmondani látszanak. Ha egymás mellé tesszük a gazdasági versenyképesség rangsorát (World Economic Forum, 2010) és a jóléti kiadások GDP-ből való részesedésének rangsorát (OECD, 2012b) meglepő – az előbb említett hiedelemnek ellentmondó – kép rajzolódik ki² (1. táblázat). A tények, adatok ugyanis azt mutatják, hogy a gazdasági versenyképességi rangsor elején álló számos országban magas a jóléti kiadások részesedése a GDP-ből – azaz számos ország mind a versenyképesség, mind a jóléti ki-

1. táblázat. Néhány európai ország helyzete a világ versenyképességi rangsora és az OECD jóléti kiadások rangsora alapján
(Forrás: (orld Economic Forum,2010; OECD,2012b))

	Rangsor: Globális Versenyképességi Index szerint (2010-11)	OECD rangsor: a szociális kiadások GDP-hez viszonyított aránya (2009)	OECD rangsor: az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya (2009)
Svédország	2	3	11-12
Németország	5	7	2
Finnország	7	5	17
Hollandia	8	17	8
Dánia	9	2	9
Egyesült Királyság	12	11	5-6
Franciaország	15	1	1
Ausztria	18	6	11-12
Csehország	36	23	19
Lengyelország	39	21	28
Spanyolország	42	9	16
Magyarország	52	12	30
Szlovákia	60	27	25-26
Görögország	83	13	21

adások szintje alapján a rangsor elején áll: például Svédország, Németország, Dánia. Azt biztosan állíthatjuk, hogy önmagában a jóléti kiadások magas szintje nem fogja szükségszerűen vissza a gazdasági növekedést. Ebből azonban nem következik, hogy ne lenne olyan ország, ahol a magas jóléti kiadások, párosulva az adott ország jóléti rendszerének diszfunkcionális működésével ne akadályozná a gazdasági növekedést. A jóléti kiadások GDP-hez viszonyított aránya nem elégséges a gazdaság és jóléti rendszer egymásra hatásának az értelmezéséhez, a meghatározóak a gazdaság és a jóléti rendszer strukturális, „minőségi” jellemzői.

E hiedelem mögött a gazdaság, a munkaerőpiac és a jóléti rendszerek bonyolult kapcsolatának meg nem értése áll. A jóléti szolgáltatások egy része – az egészségügy, a szociális gondozás stb. – hozzájárul a GDP termeléséhez. Ha a kormányzat kevesebbet költ egészségügyi szolgáltatásokra, az ugyanazzal a hatással jár, mint például amikor a fogyasztók kevesebbet költenek mobiltelefonra: csökken a GDP, mivel csökken az egészségügyi szektor hozzájárulása a GDP termeléséhez. A jóléti rendszernek csak azon elemei nem járulnak hozzá a GDP termeléséhez, amelyeknek funkciója a jövedelem pótlása (pl. nyugdíj, táppénz stb.). Még az utóbbi jövedelem-újraelosztásnak sem csak jóléti funkciója van, mert általa vásárlóerő teremődik a nemzetgazdaság számos szektora számára. Ha az állam drasztikusan mérsékli ezeket a jövedelmeket (a nyugdíjakat, a táppénzt, a munkanélküli segélyt), drasztikusan csökkenti a belső vásárlóerőt is – ami egy recesszióban lévő gazdaságban hozzájárulhat a válság további mélyüléséhez.

Az oktatási és egészségügyi rendszerek megfelelő működése – a magasan képzett, egészséges munkaerő biztosítása révén – kritikus tényezője a gazdasági növekedésnek. Ezt hangsúlyozza az Európai Bizottság 2013-ban vitára bocsátott „Befektetés az egészségbe” című dokumentuma is – amely a „Társadalmi befektetések a növekedés és kohézió érdekében” című előterjesztés kiegészítése (European Commission, 2013). „Az egészségügyi kiadások „növekedés-barát” kiadások... Az emberek egészségébe – mint humán tőkébe – való beruházás javítja a népesség egészségi állapotát és erősíti a foglalkoztathatóságot, ezáltal segít eredményesebbé tenni az aktív foglalkoztatáspolitikákat... és hozzájárul a gazdasági növekedéshez. Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését célzó befektetések hozzájárulnak a társa-

dalmi kohézióhoz, és annak az »ördögi körnek« a megszakításához, amelynek révén a rossz egészségi állapot a szegénységnek és társadalmi kirekesztésnek a következménye és ugyanakkor egyik okozója is.” (European Commission, 2013, p.2)

2. táblázat. A háztartások reáljövedelmének a trendje jövedelmi csoportok szerint, az 1980-as évek közepe és a 2000-es évek vége között
(Forrás: OECD, 2011, p.23)

	Teljes népesség	A népesség legalacsonyabb jövedelemmel rendelkező 10%-a	A népesség legmagasabb jövedelemmel rendelkező 10%-a
Australia	3,6	3,0	4,5
Austria	1,3	0,6	1,1
Belgium	1,1	1,7	1,2
Canada	1,1	0,9	1,6
Chile	1,7	2,4	1,2
Czech Rep.	2,7	1,8	3,0
Denmark	1,0	0,7	1,5
Finland	1,7	1,2	2,5
France	1,2	1,6	1,3
Germany	0,9	0,1	1,6
Greece	2,1	3,4	1,8
Hungary	0,6	0,4	0,6
Ireland	3,6	3,9	2,5
Israel	2,3	0,8	2,8
Italy	0,8	0,2	1,1
Japan	0,3	-0,5	0,3
Luxembourg	2,2	1,5	2,9
Mexico	1,4	0,8	1,7
Netherlands	1,4	0,5	1,6
New Zealand	1,5	1,1	2,5
Norway	2,3	1,4	2,7
Portugal	2,0	3,6	1,1
Spain	3,1	3,9	2,5
Sweden	1,8	0,4	2,4
Turkey	0,5	0,8	0,1
UK	2,1	0,9	2,5
USA	0,9	0,1	1,5
OECD27	1,7	1,3	1,9

A másik széles körben elfogadott hiedelem, hogy a jóléti kiadások növekedése „elszabadult”, fenntarthatatlan. Ugyanakkor a jóléti kiadások növekedésére vonatkozó adatok mást mutatnak: a kormányzatok többsége képes volt a jóléti kiadások korlátozására az elmúlt évtizedekben. Ez nem jelenti azt, hogy a részarányuk a GDP felhasználásából ne növekedett volna, hanem hogy az országok többsége ezt a növekedést – a gazdasági feltételeiket figyelembe vevő – korlátok között tudta tartani. Az OECD-országok átlagát tekintve: három évtized alatt – az 1980 és 2007 közötti időszakban – 15,6%-ról 19,2%-ra növekedett a jóléti kiadások részesedése a GDP-ből (Adema and Ladaïque, 2011). Adema és Ladaïque (2011) egy sajátos trendre hívják fel a figyelmet. A jóléti kiadások részesedése a GDP-ből a gazdasági visszaesések, válságok időszakában emelkedett jelentősen: a 80-as és a 90-es évek elején, valamint 2008-09-ben (1. ábra). Az emelkedés után enyhe visszaesés vagy stabilizáció következett. A gazdasági válságok időszakában az emelkedést két tényező magyarázhatja. Az egyik ok: ha a GDP csökkenése mellett a jóléti kiadások nagysága változatlan marad, akkor nyilvánvalóan növekszik a GDP-n belüli részaránya (a jóléti kiadások/GDP ráta). A válság hatásainak enyhítésére – elsősorban a munkanélküliség és szegénység növekedése miatt – a jóléti kiadások reálértéke is növekedhet. Az 1. ábra mutatja, hogy 2008-2009-ben a legtöbb országban jelentősen megemelkedett a jóléti kiadások GDP-hez viszonyított aránya. Ebben – a legtöbb országban – mind a két előbb említett tényező szerepet játszott. Az OECD átlagát jellemző, eddigiekben vázolt trend mögött azonban rendkívül nagyok az országok közötti különbségek (OECD, 2012b). Három OECD-országban – Magyarországon, Görögországban és Portugáliában – 2012-ben alacsonyabb volt a jóléti kiadások reálértéke, mint 2007-ben, míg az összes többi OECD-országban meghaladta azt³. Magyarországon 2012-ben a jóléti kiadások reálértéke az OECD becslése szerint 14%-kal alacsonyabb volt, mint 2007-ben, míg a GDP reálérté-

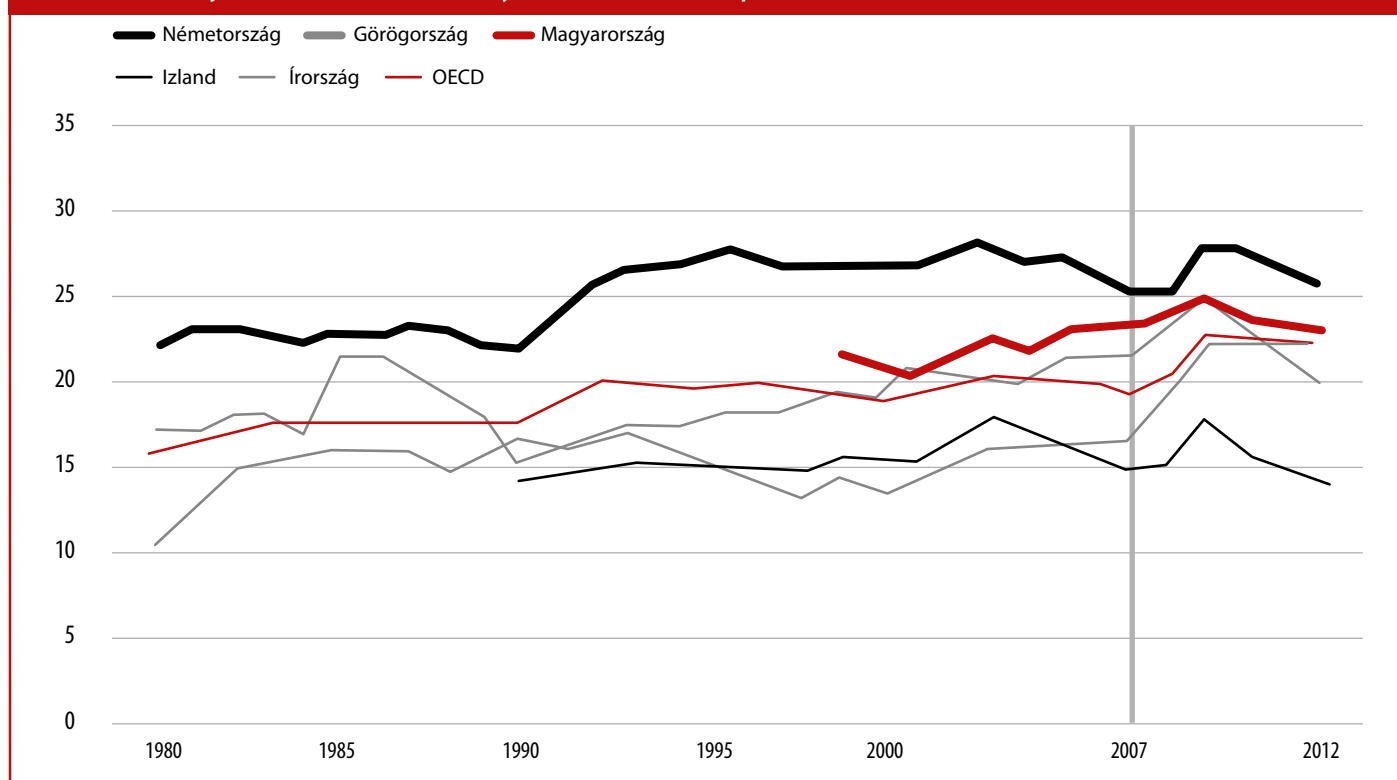
ke kb. 6%-kal maradt el a 2007. évi értéktől (www.oecd.org/els/social/expenditure). Mivel Görögországban és Portugáliában a GDP visszaesése nagyobb volt, mint a jóléti kiadások csökkenése, Magyarország az egyetlen OECD-ország, ahol – az OECD becslése szerint – a jóléti kiadások részaránya a GDP-ből 2012-ben alacsonyabb volt, mint 2007-ben. (A magyarországi jóléti kiadások részesedése a GDP-ből 23%-ról 21,1%-ra csökkent, és ez utóbbi alatta maradt mind az OECD átlagnak, mind az EU(21)⁴ országok átlagának is.)

A jóléti kiadások 1980 óta bekövetkezett növekedését elsősorban a nyugdíjkiadások és az egészségügyi kiadások növekedése eredményezte: az OECD országok átlagát tekintve, a nyugdíjkiadások a GDP 5,1%-áról a 7,8%-ára, az egészségügyi közkiadások pedig a GDP 4,5%-áról 6,6%-ára emelkedtek 1980 és 2009 között (Adema-Ladaïque, 2011; OECD, 2012b).

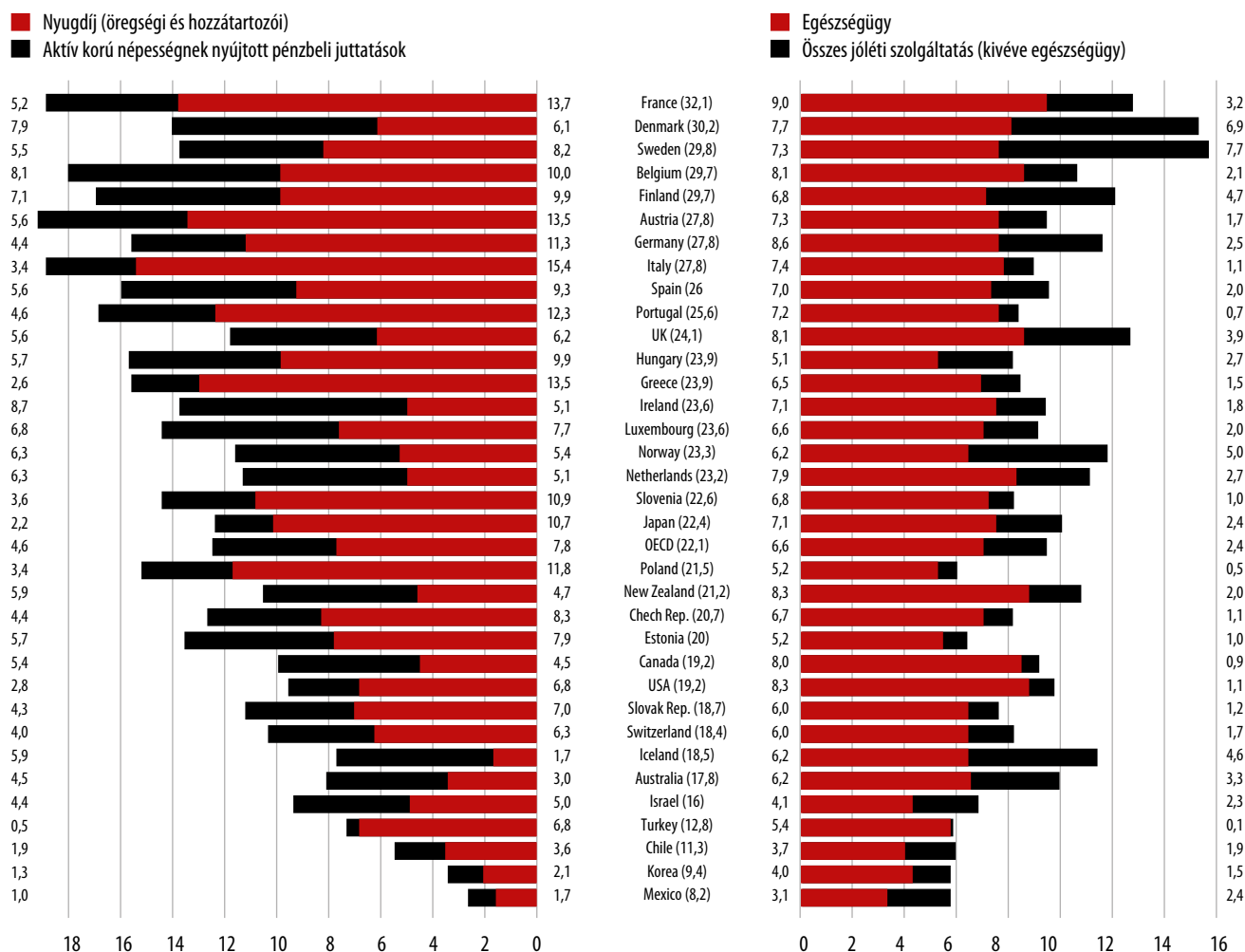
A jóléti kiadások elemzésekor alapvető a különböző alrendszer sajátos helyzetének a megkülönböztetése. Számos országban, ahol viszonylag magas az összes jóléti kiadás részesedése a GDP felhasználásából, ott az egyes jóléti alrendszerek, így az egészségügyi közkiadások szintje lehet nagyon alacsony (2. ábra). Ez a helyzet Magyarország esetében is: 2009-ben a nyugdíjkiadások a GDP 9,9%-át tették ki, ami 2 százalékponttal meghaladta az OECD átlagot; míg az egészségügyi közkiadások a GDP-nek csupán 5,1%-át tették ki, ami messze elmaradt az OECD átlagtól (amely 6,6% volt). Az 1. táblázat mutatja az OECD országok rangsorát nemcsak az összes jóléti kiadás, hanem az egészségügyi közkiadások alapján is. 2009-ben Magyarország a 12. helyen állt az összes jóléti kiadás GDP-részaránya alapján, ugyanakkor a 30. helyen az egészségügyi közkiadások GDP-n belüli részarányát tekintve. A 2. ábráról látható, hogy ezt a jelentős eltérést elsősorban a nyugdíjkiadások magas GDP-részaránya magyarázza.

A kormányzati kontroll alól valójában nem a jóléti kiadások növekedése, hanem a jövedelmek egyenlőtlenségének a növekedése „szabadult ki”. Továbbá a kormányzatok többsége

1. ábra⁵. A GDP-nek a jóléti kiadásokra fordított részaránya (Forrás: Adema and Ladaïque, 2011)



2. ábra. A jóléti kiadások fő összetevői a GDP százalékában, 2009 (Forrás: OECD, 2012b)



nem fordított figyelmet az egyenlőtlenségek növekedésére – egészen napjainkig, amikor már élesen manifesztálódnak az egyenlőtlenségek társadalmi, politikai és gazdasági költségei. A jövedelmi egyenlőtlenségek növekedése a 80-as évek elejétől megfigyelhető; ezeket a 2007/ 2008-ban kezdődő válság drasztikusan kiélezte. Az OECD-országokban a gazdagok és a szegények közötti szakadék 30 év óta jelenleg a legnagyobb mértékű. 2007-ben az OECD-átlagot tekintve, a lakosság leggazdagabb 10 százalékának az adózás előtti jövedelme 9-szerese volt a legszegényebb 10 százaléknak. (Azóta ezek a különbségek – többek között a munkanélküliség növekedése következtében – feltételezhetően tovább növekedtek.) Az egyes országok között jelentős volt a különbség. 2007-ben az USA-ban a lakosság legmagasabb keresetű 1 százaléka rendelkezett az adózás előtti jövedelmek, több mint 18 százalékaival, Nagy-Britanniában kb. 14%-ával, míg Svédországban 7%-ával (OECD, 2011p.39).

A 80-as évek közepe és a 2000-es évek vége közötti időszakban a legfelső jövedelmi tizedbe tartozó népesség jövedelmének éves átlagos növekedése az OECD országok többségében lényegesen nagyobb mértékű volt, mint a legalsó jövedelmi tizedbe tartozó népesség jövedelmének a növekedése. A 2. táblázatból az is látható, hogy a vizsgált kb. két évtizedben a lakossági jövedelmek összességének a növekedése Magyarországon volt az egyik legalacsonyabb (az adatot közlő 27 OECD-ország közül

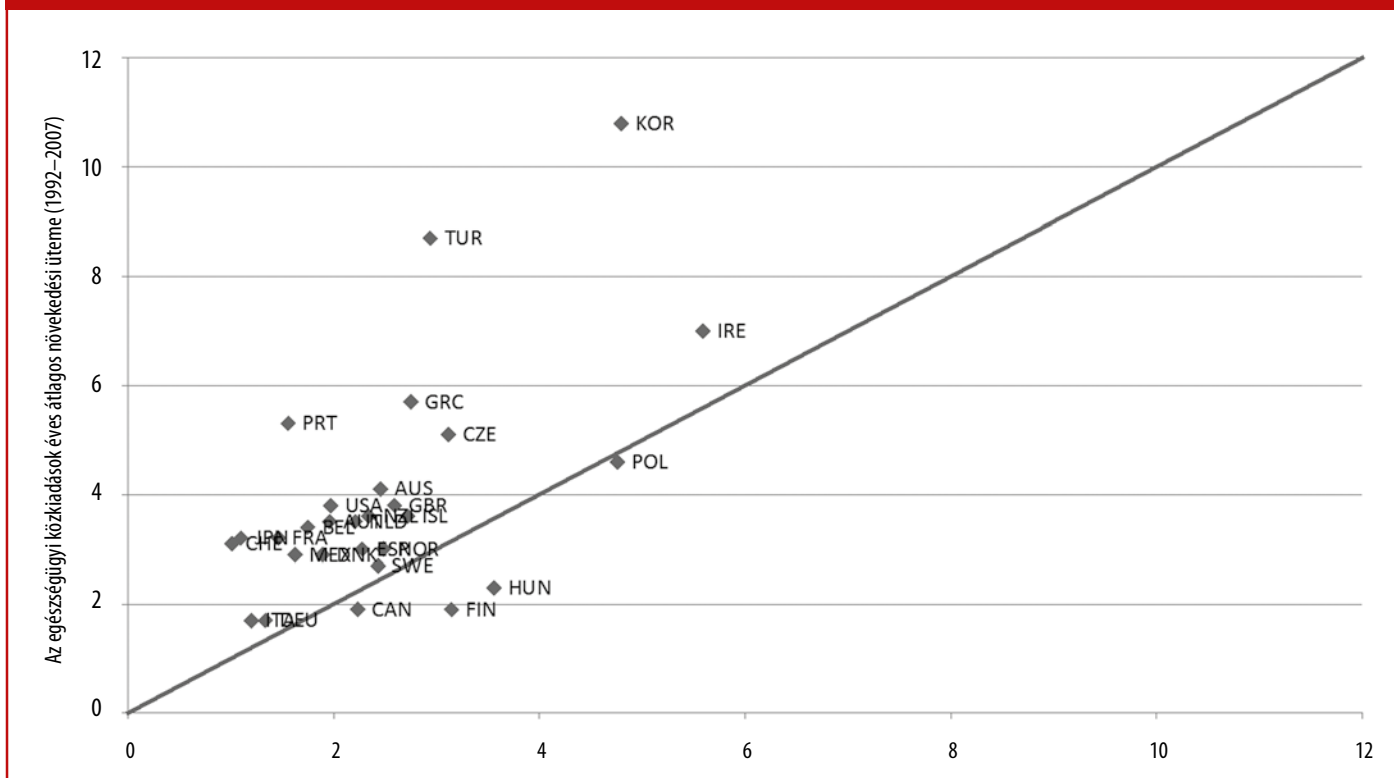
csak Japán és Törökország növekedési üteme volt alacsonyabb).

Az OECD elemzése hangsúlyozza: „A növekvő jövedelmi egyenlőtlenségek gazdasági, társadalmi és politikai kihívásokat idéznek elő. ...Az esélyek egyenlőtlensége elkerülhetetlenül hatást gyakorol a gazdasági teljesítmény egészére... Az egyenlőtlenségek... politikai instabilitást generálnak. Növelhetik a populista, protekcionista, globalizáció-ellenes hangulatot. ...Az emberek nem fogják a szabad kereskedelmet és szabad piaci viszonyokat támogatni, ha azt érzik, hogy folyamatosan veszítenek, miközben a nyertesek egy kis csoportja egyre gazdagabbá és gazdagabbá válik.” (OECD, 2011, p. 40)

A válság tovább élezte ezt a helyzetet, mivel a válság fő teherhivői: a szegények és az elszegényedés által veszélyeztetettek. Jelentős a kockázata, hogy „elvesztett generációk” alakulnak ki: a szegény családok gyermekeinek és a fiatal munkanélkülieknek a jövője számos országban kilátástalannak tűnik – 2011-ben a fiatalok között a munkanélküliek aránya az EU országaiban 21,4% volt (Eurostat, 2013). Ám még e mögött az átlag mögött is óriásiak az eltérések: a 15 és 24 év közötti munkát kereső fiataloknak Hollandiában 7,6%, míg Spanyolországban 46,4%-a nem talált állást (Magyarországon ez az arány 26,1% volt).

A jóléti rendszerek alapvető funkciója, hogy a munkaerőpiacon kialakult jövedelmi egyenlőtlenségeket mérsékelje. A 90-es évek közepe óta az adó- és jóléti rendszerek eredményesség-

3. ábra. A GDP és az egészségügyi kiadások éves átlagos növekedési üteme az OECD országokban 1992 és 2007 között (Adatok forrása: OECD HealthData 2010)



ge – ebből a szempontból – jelentősen gyengült: a juttatások szintje csökkent, a jogosultak köre szűkült; a legszegényebbek által kapott transzferok növekedése elmaradt a jövedelmek növekedésétől. A magas jövedelmek adókulcsát csökkentették. A 90-es évek eleje óta a nyugdíjreformok átlagosan kb. 20 százalékkal csökkentették a jövőbeni nyugdíjak értékét (OECD, 2011).

Az eddigiekből következik, hogy a fejlett országok kormányai számára az egyik alapvető kihívást az jelenti, hogyan lehet egyidejűleg ösztönözni a gazdasági növekedést és csökkenteni a társadalmi, jövedelmi egyenlőtlenségeket (OECD, 2011; OECD, 2012a). Az egészségügy helyzetét, szerepét ebben a kontextusban kell értelmeznünk. Az egészség a társadalom és az egyének jólétének egyik alapvető összetevője – a jólét más tényezői és az egészségi állapot között kölcsönhatás áll fenn. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei alapvető összetevőjét jelentik a társadalmi egyenlőtlenségeknek: a jövedelmek, a foglalkoztatottság, az iskolázottság és az egészségi állapot egyenlőtlenségei között kölcsönhatások állnak fenn. Egyrészt a társadalmi egyenlőtlenségek a fő okát jelentik annak, hogy az alacsonyabb társadalmi státuszú csoportoknak a társadalmi létrán lefelé haladva egyre rövidebbek az életkilátásai, rosszabb az egészségi állapot. Másrészt a rossz egészségi állapot rontja az egyének munkaerőpiaci helyzetét, munkateljesítményét, aminek következménye az érintett egyének jólétének, társadalmi pozíciójának a romlása, továbbá az adott ország gazdasági teljesítőképességének a romlása is lehet. A másik irányból nézve: a gazdasági növekedés megtorpanása, visszaesése szűkíti azokat a forrásokat, amelyek a kormányzatok rendelkezésére állnak – többek között az oktatási és egészségügyi rendszerek fejlesztésére, a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésére. Az egészségügyi rendszerek – így a magyar egészségügy – szempontjából tehát kritikus kérdés, hogy sikerül-e olyan kormányzati stratégiát kialakítani, amely egy-

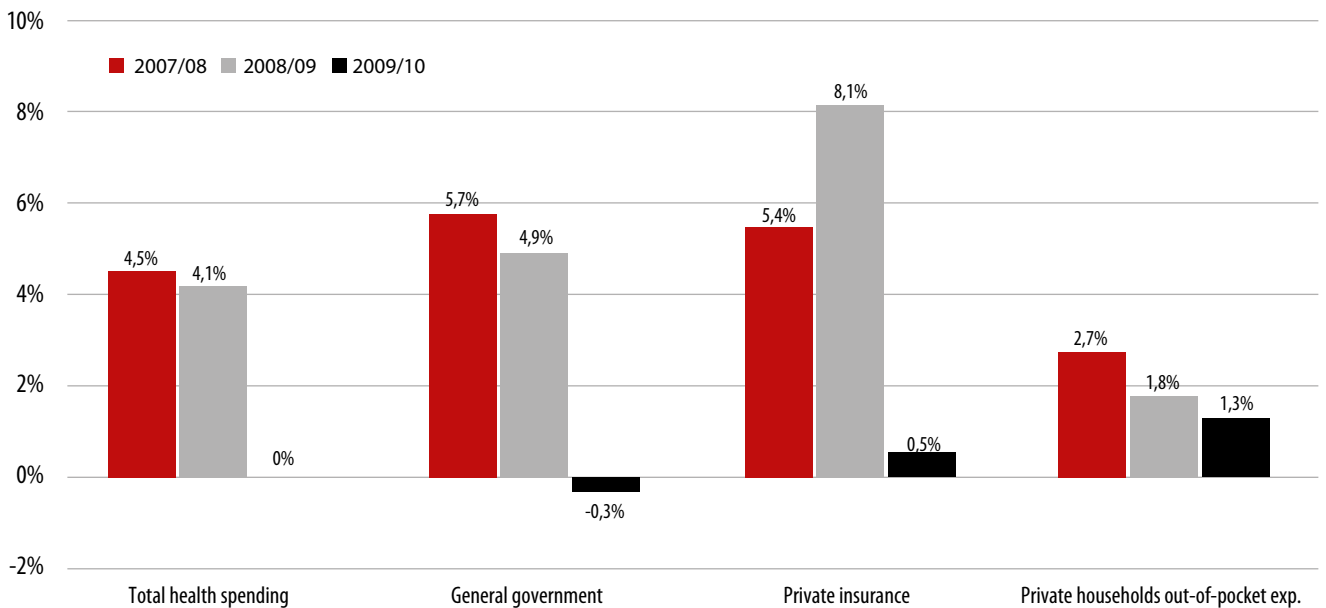
idejűleg ösztönözni a gazdasági növekedést és csökkenti a jövedelmi egyenlőtlenségeket.

A nemzetközi elemzések ugyanakkor azt is mutatják, hogy: „Az egyenlőtlenségek növekedése nem elkerülhetetlen. ...A gazdagok és szegények közötti különbség csökkentését szolgáló stratégiáknak három fő pilléren kell nyugodniuk: intenzívebb beruházás a humán erőforrásokba; a „befogadó” jellegű foglalkoztatás támogatása; az adók és szociális transzferok jóltervezett rendszere... Az adórendszereknek biztosítaniuk kell, hogy a gazdagok igazságos részét viselik az adóterheknek. Ez elérhető a gazdagokat terhelő marginális adókulcsok növelésével, az adófizetési fegyelem javításával, az adókedvezmények megszüntetésével...” (OECD, 2011, p.41)

A válság hatása az egészségügyi rendszerekre

Az egészségügyre vonatkozó nézetekre, az egészségpolitikák alakulására sokszor sokkal nagyobb mértékben hatnak az általános gazdasági és társadalmi folyamatok, mint magának az egészségügynek a tényei, illetve a társadalom szükségletei. Így nem meglepő (ám rendkívül káros), hogy az előzőekben tárgyalt folyamatokba illeszkedően az egészségüggyel kapcsolatban is rögzült a magyar politikai és gazdasági elit körében az a hiedelem, hogy az egészségügyi rendszerek fő problémáját a közkiadások „fenntarthatatlan” mértékű növekedése jelenti. Ezzel szemben a tények: a 2008-as válság előtt az EU-országok többségében a közkiadások kontrollált növekedése ment végbe. 1992 és 2007 között azokban EU-országokban, amelyek az OECD-nek is tagjai, a közkiadások éves átlagos növekedési üteme 3,6%, a GDP éves átlagos növekedési üteme pedig 2,6% volt. A GDP-nél magasabb növekedési ütem hatására a közkiadások részesedése 1992 és 2007 között a GDP 5,4%-áról 6,1%-ára növekedett a vizsgált EU országok átlagát tekintve (OECD Health Data 2012). Ez a növekedés nem tekinthető „fékezhetetlennek”.

4. ábra: Az egészségügyi kiadások alakulása 2008 és 2010 között az OECD-országokban (Forrás: Morgan-Astolfi, 2013)



Ezt illusztrálja a 3. ábra, amely együttesen szemlélteti az egyes országokban a GDP és az egészségügyi közkiadások éves átlagos növekedési ütemét – ezáltal azt, hogy milyen mértékben haladta meg az egészségügyi közkiadások növekedése a GDP növekedését. A magyar egészségügy fejlett országokétól nemcsak mennyiségi különbségekben, hanem alapvető jellemzőkben eltérő trendjét mutatja, hogy az OECD országok körében – a vizsgált 15 éves trendet tekintve – az egészségügyi közkiadások átlagos növekedési üteme csak Magyarországon és Finnországban volt számottevően alacsonyabb, mint a gazdasági növekedés.

Egyes országokban a közkiadások kiugróan magasnak tekinthető növekedési ütemének megfelelő interpretációjához figyelembe kell venni, hogy ezek többnyire azok az országok, ahol a 90-es évek elején nagyon alacsony volt a közkiadások szintje (Korea, Törökország, Portugália, Görögország).

A gazdasági válság hatására az egészségügyi kiadásokban a jóléti kiadások előzőekben vázolt trendjéhez részben hasonló, részben eltérő jellemzőket figyelhetünk meg. Hasonló vonás, hogy a válság kezdetén 2008-ban és 2009-ben az egészségügyi közkiadások növekedési üteme nem csökkent, sőt számos országban növekedett is. A jóléti kiadásokétól eltérő vonás a közkiadások 2010-ben történt drasztikus visszafogása. Ezt a magánkiadások sem ellensúlyozták – így 2010-ben 1960 óta először fordult elő, hogy az összes egészségügyi kiadás⁷ (reálértéke) az OECD-országok átlagát tekintve nem növekedett (Morgan-Astolfi, 2013). Az átlag mögött azonban jelentős eltérések vannak: a 29 OECD-országból, amelyből 2010-re vonatkozó adatok rendelkezésre állnak, tízben csökkent az egészségügyi közkiadások reálértéke, 9 országban 2 százalék alatti volt a növekedés, 10 országban pedig 2 százalékot meghaladó mértékben növekedtek az egészségügyi közkiadások (4. ábra).

Az előzőek alapján elmondható, hogy az egészségügyi rendszerek fő problémáját (néhány ország kivételével) nem a kiadások túlzott növekedése, hanem a források felhasználásának nem kielégítő hatékonysága jelenti. Mindenekelőtt az, hogy az intézményi, szabályozási és finanszírozási rendszerek nem ösztönöznek megfelelően az intézmények működése hatékonysá-

gának, a szolgáltatások minőségének a javítására. A gazdasági válság növelte a szükségleteket és csökkentette a forrásokat, ezáltal még sürgetőbbé tette, hogy a fejlett országokban az egészségpolitikák megfelelő válaszokat találjanak a következő kérdésekre:

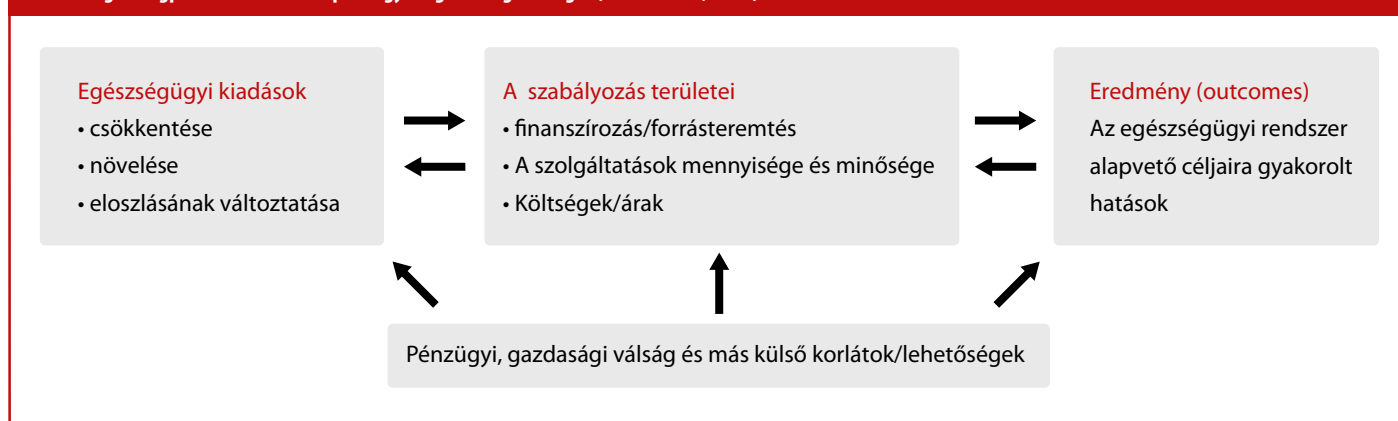
- Milyen stratégiák/eszközök képesek biztosítani az európai értékeknek a fenntartását a szűkös források és növekvő szükségletek feltételei között? (Mindenekelőtt az egyenlő hozzáférést a jó minőségű szolgáltatásoknak – az egészségi állapot szempontjából alapvető – köréhez.)
- Hogyan csökkenthetők az egészségügyi kiadások – makro-gazdasági, költségvetési kényszerek miatti – korlátozásának a negatív hatásai?
- Hogyan enyhíthető a számos ország egészségügyi rendszerében kialakult humánerőforrás-krisz?
- Milyen stratégiákkal/eszközökkel állítható meg, ill. fordítható vissza az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedése?

Ezek a kihívások az egyes EU országokban különböző mértékben és különböző kombinációkban jelentkeznek. A kutatók számára jelentős kihívás, hogy milyen nézőpontból elemezzék a gazdasági válságra adott egészségpolitikai válaszokat. Figyelembe véve, hogy az egészségügyi rendszer legfontosabb célja az egyének, a társadalom egészségi állapotának a javítása, a gazdasági válságra az egészségpolitika által adott válasz sikerét nem lehet azon lemérni, hogy sikerült-e visszafogni az egészségügyi közkiadások növekedését.

A WHO által nemrég megjelentetett elemzés (Mladovsky et al., 2012) megkísérelt elméleti keretet kidolgozni a gazdasági válságra adható egészségpolitikai válaszok, eszközök elemzésére (5. ábra).

Az 5. ábra (bal oldali panelje) szemlélteti, hogy a gazdasági válságra adott válasz nemcsak az egészségügyi kiadások csökkentése lehet, hanem azok szinten tartása, sőt növelése is (figyelembe véve, hogy az egészségügy megfelelő működése – a humánerőforrások jó állapotban tartásával – javíthatja a gazdaság teljesítőképességét). Az egészségügyi kiadások változtatása szükségszerűen maga után vonja a szabályozási rendszer

5. ábra. Egészségpolitikai válaszok a pénzügyi és gazdasági válságra (Forrás: WHO, 2012)



változtatását (lásd az ábra középső paneljét) – ami irányulhat a szolgáltatások mennyiségének, minőségének és árának, valamint a finanszírozás összetevőinek a változtatására. Mindezek a változtatások befolyásolják az egészségügyi rendszer működésének hatását a társadalom egészségi állapotára és az egészségpolitika más alapvető céljaira (lásd az ábra jobb oldali paneljét).

A hivatkozott WHO-tanulmány az egészségpolitikai stratégiák két alapvető típusát különbözteti meg: (1) a gazdasági válságra a kormányzat elsősorban az egészségügyi közkiadások visszafogásával reagál – kockáztatva az egészségügyi rendszer alapvető céljait, (2) a kormányzat elsősorban a hatékonyság növelésére, ennek érdekében strukturális reformok megvalósítására törekszik az egészségügyi rendszercélok figyelembe vételével.

Mladovsky et al. (2012) a csak az egészségügyi közkiadások visszafogására koncentrált stratégia lehetséges eszközeiként a következőket emeli ki:

- a szolgáltatási csomagnak az alapvető szolgáltatásokat is érintő szűkítése
- a jogosultak körének szűkítése
- alapvető ellátások esetében a betegek térítési díjainak növelése
- a várólisták növelése
- az egészségügyi dolgozók reálbérének csökkentése – más szektorokhoz viszonyított jövedelem-különbségek növekedése

A másik stratégia, azaz – az egészségügy alapvető céljainak a figyelembe vételével megvalósított – strukturális reformok esetében pedig a következőket emeli ki a hivatkozott tanulmány:

- a közfinanszírozás forrásainak bővítése
- a kockázatközösség méretének növelése
- „stratégiai” szolgáltatás-vásárlás (pl. minőségi indikátorok a finanszírozásban)
- technológia-értékelés
- gyógyszerárak csökkentése, költséghatékony gyógyszerfelírás ösztönzése
- az egynapos sebészet és járóbeteg-ellátás szerepének növelésére
- az ellátás koordinációja, menedzselése
- az adminisztratív kiadások csökkentése
- a szegények és a folyamatos ellátást igénylők fokozottabb védelme az egészségügy igénybevételének pénzügyi terhei ellen

Egy adott időszakban az egyes országokban nyilvánvalóan mind a két irányzat eszközeinek alkalmazása megfigyelhető. A kérdés a „mérték”: azaz melyik irányzat a domináns, és milyen mértékben uralhatja el az egészségpolitikát a közkiadások csökkentése, amely veszélyeztetheti az egészségügyi rendszer alapvető céljait.

A magyar egészségügyet érő kihívások

Magyarországon fokozottan érvényesek az előzőekben vázolt gazdasági és társadalmi válság folyamatai és az egészségügyre gyakorolt hatásai – mind a források szűkülését, mind a szükségletek növekedését tekintve. A gazdaságban „stagfláció” alakult ki. A foglalkoztatottság Görögország után a legalacsonyabb az EU-ban (Eurostat, 2013): 2011-ben a 20 és 64 év közötti népességnek csak 60,7% volt foglalkoztatott (az EU átlag 68,6% volt). 2009-ben a magyar lakosság 14%-a (a roma népességnek pedig 70 százaléka) élt jövedelmi szegénységben (Szívós, 2011). 2011-ben az EU-ban Románia, Lettország és Litvánia után Magyarországon volt a legmagasabb a szegénység vagy a társadalmi kirekesztés által veszélyeztetettek aránya⁸ (a népesség 31%-a) (Eurostat, 2012).

2009-ben a gyerekek 21%-a, mintegy 380 ezer gyermek élt szegénységben (KIM, 2011). Az adórendszer (az adókedvezményeket is beleértve) és a jóléti rendszer „inverz újraelosztást” valósít meg: kisebb mértékben támogatja a legjobban rászorulókat, szegényeket, mint a magasabb jövedelműeket. Megdőbbsen nagyok az egészségi állapot egyenlőtlenségei: a legjobb helyzetű megyében élő magasabb végzettségű férfiak például több mint 13 évvel hosszabb életre számíthatnak a 2000-es évek első felében, mint a legrosszabb helyzetű megyében élő alacsony végzettségűek (Habcsek, 2007). Az OECD-országokban az egészség dimenziójában a magyar gyerekek között tapasztalhatók a legnagyobb egyenlőtlenségek (UNICEF, 2010).

A magyar egészségügyi rendszer a 90-es évek közepe óta egy „ördögi körben” mozog (6. ábra) (Orosz, 2010). Ennek meghatározó – de nem egyedüli – oka, hogy a kormányzatok tevékenységében a társadalom hosszú távú érdekei alárendelődtek a rövid távú költségvetési szempontoknak, a „szavazatmaximalásnak” és a lobbicsoportok befolyásának. A politikai szempontok által vezérelt „stop-go” költségvetési politika „költekező” (választások előtti) időszakában az egészségügy nem, vagy alig részesült a pluszforrásokból, a (választások utáni) megszorítások időszakainak azonban egyik fő vesztese volt.

Az egészségügyi rendszerből jelentős forrásokat vontak ki: az egészségügyi közkiadások 1992 és 2010 között a GDP 6,6%-áról 5,0%-ára csökkentek. A közösségi források (egészségügyre fordított közkiadások) szűkülése/szűkítése akadályozta az egészségügy súlyos strukturális problémáinak enyhítését. A működés növekvő zavarai erodálták/erodálják a társadalombiztosítás (közfinanszírozású egészségügy) működőképességébe, az állam szerepébe vetett bizalmat. A bizalom és a szolidaritás értékének – részben az egészségügyön kívüli okok miatti – erodálódása pedig tovább gyengítette/gyengíti a politikai döntéshozók tényleges elkötelezettségét a közfinanszírozás szerepének erősítésére. Ez – a gazdasági okok mellett – hozzájárul a források további, abszolút vagy relatív szűkítéséhez⁹. A 2000-es évek közepe óta a válságjelenségek fokozódtak: a jelenségek egy része – például az orvosok elvándorlása, a nővérképzésbe jelentkezők hiánya, a háziorvosi utánpótlás hiánya, a várólisták növekedése – számszerűsíthető. A válságjelenségek másik csoportja nem számszerűsíthető, de érzékelhető: az orvos-beteg kapcsolat változása, a kiégés, a kilátástalanság növekedése az egészségügyi dolgozók körében, a korrupció, a bizalomhiány a rendszer minden lényeges pontján – nem utolsósorban pedig a hiteles, reális jövőkép hiánya.

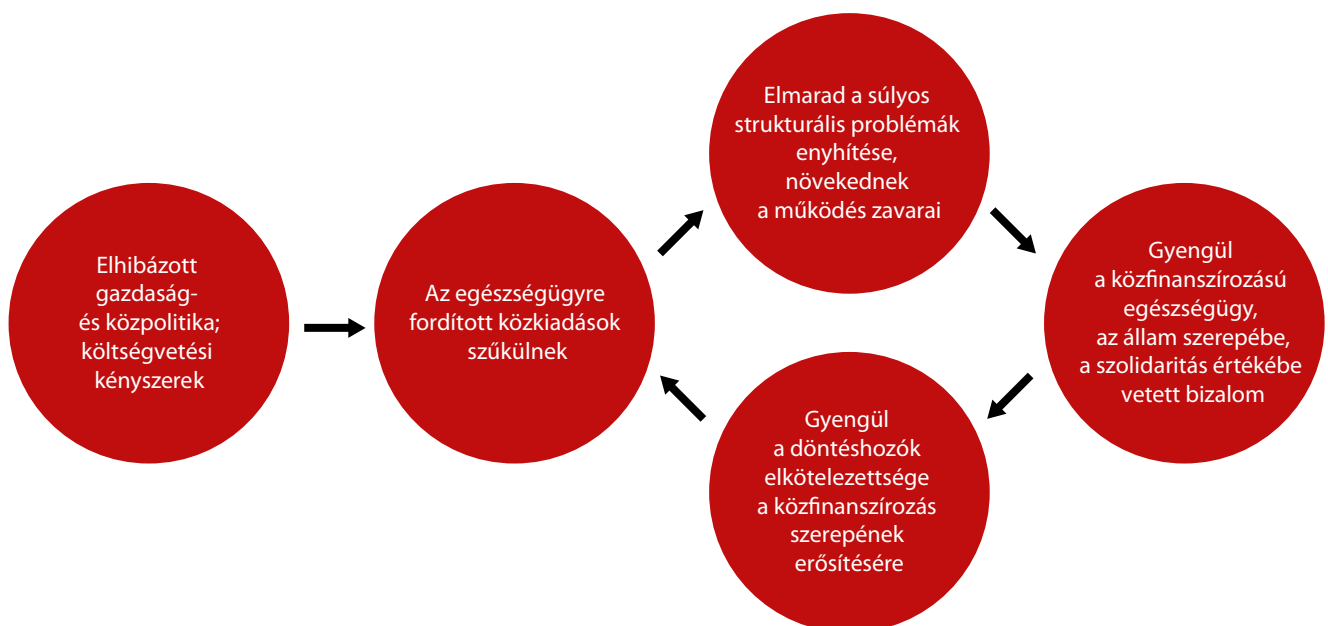
A politikai és gazdasági elit körében szilárdan él az a tévhit, hogy sokat költünk közpénzekből egészségügyre. Sokszor hallhatjuk, olvashatjuk, hogy a magyar egészségügy finanszírozása nem fenntartható. Ez az állítás azonban többféleképpen is interpretálható. Vannak, akik ezen azt értik, hogy gazdasági fejlettségünkhöz képest túl sokat költünk egészségügyre. A tények ennek épp az ellenkezőjét mutatják. Magyarországon – a domináns nemzetközi trendtől eltérően – az egészségügyi közkiadások éves átlagos növekedési üteme a rendszerváltás utáni időszak egészét tekintve alacsonyabb volt, mint a GDP növekedési üteme. Az 1992 és 2007 közötti időszakban a GDP éves átlagos növekedési üteme 3,3%, az egészségügyi közkiadásoké pedig 2,1% volt. Az egészségügyi közkiadásoknak ez a növekedési üteme az egyik legalacsonyabb volt az OECD-országokban. Az említett időszakban az OECD-országok átlagát tekintve

a GDP éves átlagos növekedési üteme 3,1%, az egészségügyi közkiadásoké pedig 4,6% volt. Ugyancsak téves nézet, hogy az állam és a társadalombiztosítás túlzottan nagy szerepet vállal. A valóság, hogy a közkiadások aránya Magyarországon az egyik legalacsonyabb az EU-tagállamok között (és alacsonyabb az OECD-átlagánál is). A magyar egészségügyi közkiadások 2010-ben az összes egészségügyi kiadás 64,8%-át tették ki (az OECD-átlag 72,2%, az EU(15) átlag pedig 76,5% volt).

Az „egészségügy finanszírozása nem fenntartható” állításnak van egy másik – a valóságot jobban tükröző – értelmezése is: az egészségügy jelenlegi struktúrája, különösen a jelenlegi kórházi ellátó hálózat működtetése és a társadalombiztosítás csomagjába tartozó szolgáltatási kör nem finanszírozható a jelenleg rendelkezésre álló (a gazdasági fejlettségünkhöz képest szűkös) forrásokból. Azaz egyrészt növekszik a diszkrepancia, a feszültség a társadalombiztosítás forrásai és „ígérvényei” között. Ezt tükrözik például egyes szolgáltatások esetében a hosszú várólisták. Másrészt növekszik a diszkrepancia, a feszültség a társadalombiztosítás forrásai és a jelenlegi – hatékonysági és minőségi szempontból is átalakítást igénylő – intézményhálózat forrásigénye között. Ezt tükrözi – többek között – a kórházak állandósult adósságállománya is. A finanszírozási feszültségek kiéleződéséhez egyaránt hozzájárultak a források – egészségügyön kívüli okok miatti – csökkentése és az egészségügy belső hatékonysági problémái. Az előzőekből következik, hogy egyaránt szükség lenne a közkiadások reálértékének növelésére, az ellátórendszer (mindenekelőtt a kórházi struktúra) átalakítására, és a társadalombiztosítás szolgáltatási csomagjának a felülvizsgálatára.

2006 óta különösen feltűnő, hogy az egészségügy mindig is vesztese volt a „stop-go” gazdaságpolitikának és a „rövidlátó” közpolitikának. A 2006–2011 közötti hat évet együttesen tekintve, durva becslés szerint az egészségügyből körülbelül annyi „forrást vontak ki”, mint amekkora az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi természetbeni kiadásainak 80%-a (7. ábra). A „forráskivonást” ahhoz a szinthez viszonyítottuk, mintha az Egészségbiztosítási Alap természetbeni kiadásainak a GDP-hez

6. ábra. A magyar egészségügy „ördögi köre”



viszonyított aránya a 2005-ös szinten maradt volna, azaz 2005 után nem romlott volna a pozíciója a GDP felhasználását tekintve. Ezek a kiadások 2005 és 2011 között ténylegesen a GDP 5%-ról 4,2%-ára csökkentek. Az egészségügyi közkiadások nemcsak a GDP-hez viszonyítva csökkentek, hanem reálértékük is csökkent. Magyarország azon – kivételt képező – OECD országok közé tartozott, ahol már a válságot megelőző években is csökkent az egészségügyi közkiadások reálértéke. A több éves csökkenés hatásaként az Egészségbiztosítási Alap természetbeni kiadásainak reálértéke 2011-ben a 2005-ös szintnek csupán 80%-át érte el.¹⁰ (Az összes – központi és helyi kormányzati kiadásokat is magában foglaló – egészségügyi közkiadás reálértéke pedig 2010-ben csupán 83,5%-át érte el a 2006-os szintnek¹¹).

Az előzőekben vázolt folyamatok egyik következménye, hogy az elmaradásunk a „rég” uniós tagállamokhoz – a bővítés előtti tizenöthöz (EU15) – képest az egészségügyi szolgáltatásokra fordított közkiadásokat és az egészségi állapot számos mutatóját tekintve az utóbbi másfél-két évtizedben is nőtt (3. táblázat). Magyarországon – az EU országok túlnyomó többségétől eltérően – az egészségügyi közkiadások részesedése a GDP-ből 1992 és 2010 között csökkent: ennek 6,6 százalékaról a GDP 5,0 százalékára. Az egészségügyre fordított erőforrásokat a szolgáltatások szempontjából az egy főre jutó egészségügyi kiadások jellemzik legjobban. A rendszerváltás óta a különbség tovább növekedett az egy főre jutó közkiadásokban Magyarország és az EU(15) átlaga között: 1992-ben az egy főre jutó hazai egészségügyi közkiadás az EU(15) átlag 50%-a volt, ez 2010-re 36,7%-ra csökkent. Ez nem volt jellemző minden rendszerváltó országra – Csehország például kismértékben csökkenteni tudta lemaradását az EU(15) országoktól. A cseh és a magyar egészségügy eltérő pályáját mutatja, hogy az egy főre jutó egészségügyi közkiadás 1992-ben a két országban közel azonos volt, 2010-ben pedig a magyar kiadások a csehországinak már csak a 66%-át érték el.

A magyar egészségügynek az EU-országok többségétől – domináns tendenciáitól – való leszakadásának okait első-

sorban a korábban vázolt „ördögi kört” fenntartó gazdasági, politikai és egészségügyön belüli folyamatok jelentik. A hosszú távú gazdasági trendek ugyanis nem indokolják azt, hogy az egy főre jutó egészségügyi közkiadást tekintve jelenleg nagyobb a lemaradásunk az EU(15) országoktól, mint a 90-es évek elején. Magyarország 2010-ben ugyanis az 1 főre jutó GDP-t tekintve valamivel közelebb volt az EU(15) átlagához, mint a 90-es évek elején (3. táblázat). A korábban vázolt gazdasági és politikai tényezők mellett, ill. azok részeként a jóléti kiadások belső szerkezetének átalakulása is hozzájárult ahhoz, hogy az egészségügyre csökkenő mértékben jutott a közkiadásokból. Miközben folyamatos volt a törekvés a jóléti kiadások visszafojtására, a nyugdíjkiadásoknak a GDP-hez viszonyított részaránya – részben demográfiai, részben politikai okok miatt – növekedett. 2000-ben a nyugdíjkiadások a GDP 7,4%-át tették ki, 2009-ben már a 9,9%-át (OECD, 2011b). Ennek a növekedésnek a fedezetét a jóléti rendszer más területeiről (így az egészségügytől) származó elvonások teremtették meg. Az egészségügy alacsony prioritásához minden bizonnyal hozzájárult az is, hogy domináns maradt a politikai és gazdasági elit körében a gazdaság és egészségügy viszonyára vonatkozó téves nézet: az egészségügyre fordított kiadásokat továbbra is csak költségvetési tehernek tekintették, és nem a gazdasági fejlődés egyik alapvető tényezőjének, a humán tőkébe való beruházásnak.

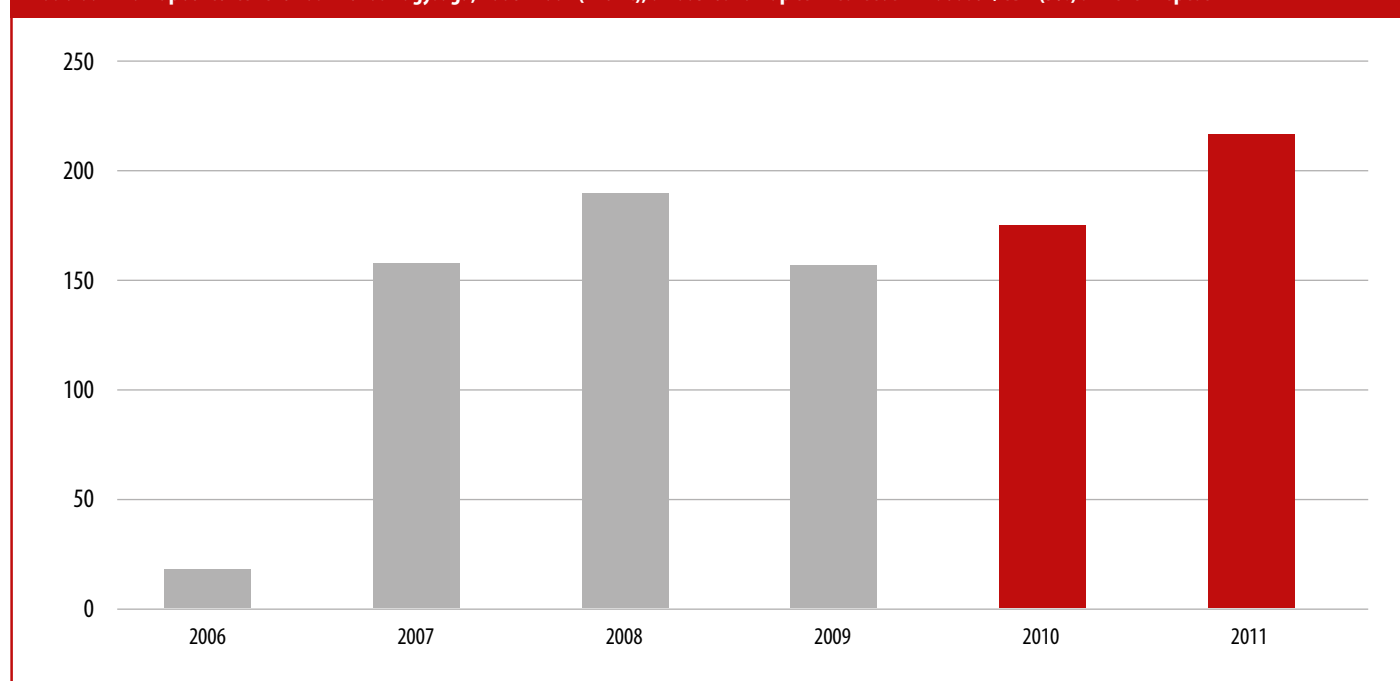
Lehetséges scenáriók

Mi várható a magyar egészségügyben az elkövetkező 4-5 évben? A kérdésre válaszként természetesen csak feltételezések, lehetséges irányok fogalmazhatók meg. A következőkben két „szélső” scenáriózt vázolok – hangsúlyozva, hogy a tényleges folyamatok valószínűleg a két scenárió jelentette szélső pontok között haladnak majd.

A pozitív scenárió: A válság enyhítése

A pozitív scenárió esetén az egyik kiinduló feltételezés, hogy alapvető szemléletváltás következik be a döntéshozók körében

7. ábra. Az E. Alapból történt forráskivonás nagysága, 2006–2001 (md Ft), a 2005-ös E. Alap természetbeni kiadások/GDP (5%) szinthez képest



3. táblázat. Magyar egészségügy: növekvő leszakadás a fejlett és a visegrádi országoktól (Forrás: OECD HealthData 2012)

	1992		2000		2010	
	HUN	CZE	HUN	CZE	HUN	CZE
Egy főre jutó GDP (PPP) EU(15)=100%)	46,1%	62,9%	45,4%	56,7%	52,5%	64,5%
Potenciális életév-veszteség/100 ezer fő (EU15=1)	2,09*	1,53*	2,19	1,33	2,13	1,33
1 főre jutó egészségügyi közkiadás (EU 13=100%)	49,9%	50%	38,2%	56,1%	36,7%	56%
Egészségügyi közkiadások a GDP%-ában (EU-13: 7,9%)	6,6%	4,9%	5%	5,9%	5%	6,3%
Közkidrás éves átlagos növekedési üteme 2000-2009 (EU-13: 3,4%)					1,9%	4,3%

* 1990

– nálunk is teret nyer az a nézet, hogy az egészségügyi kiadások befektetést jelentenek a hosszú távú gazdasági és társadalmi fejlődésbe. (Enélkül nem lehetséges a kitörés az előzőekben vázolt ördögi körből.) A kormányzat reálisan értékeli az egészségügy helyzetét, az egészségügy válságából való kilábalás feltételeit – és a helyzetértékelést világossá, érthetővé teszi a társadalom számára is. Ez szükséges ahhoz, hogy a társadalomban is szemléletváltozás induljon el: kialakuljon egy reális kép arról, hogy mi várható el a közfinanszírozású egészségügyi rendszertől; hogy egyaránt szükség van a közkiadások és magánkiadások átgondolt növelésére és olyan változtatásokra is az egészségügy intézményi rendszerében, amelynek rövidtávon vesztesei is lesznek.

Önmagában a források növelése (változatlan struktúra mellett) nem elégséges az egészségügy alapvető problémáinak az enyhítésére. Egyaránt szükséges a közkiadások növelése, a hatékonyság javítása (hatékony ellátásszervezés, finanszírozási ösztönzők és intézményrendszerbeli változtatások, stb. révén) és a társadalombiztosítás szolgáltatásai (egy részének) esetében a betegek által fizetett térítési díjak növelése, azaz a költségmegosztás arányainak a módosítása. Azaz szükség van „fájdalmas” intézkedések meghozatalára is: kórházbezárásra, a társadalombiztosítás szolgáltatási csomagjának átgondolt szűkítésére (beleértve a co-payment kiterjesztését) stb. Ugyanakkor a strukturális reformoknak – a hatékonyság növelésének – alapvető részét képezi a szelektív fejlesztés is: a (szervezeti és technológiai) innovációk terjedésének lehetővé tétele, ösztönzése. Az egészségpolitika számára a valóságos kérdést az jelenti, hogy az egészségügy egyes területein milyen kombinációban és milyen mértékben alkalmazza ezeket az eszközöket. Másképp fogalmazva, például – a népegészségügyi prioritásokat figyelembe véve – mely ellátási területekre kellene több forrást biztosítani, és mely területeken viselhető el jobban a beteg terheinek a növekedése.

A pozitív scenárió esetén a kormányzat növeli az egészségügyre fordított közkiadásokat, és az előbbi elvárásoknak megfelelő strukturális reformokat valósít meg. Végül, de nem utolsó sorban, a kormányzat reális stratégiát dolgoz ki az egészségi állapotra és egyenlőtlenségeire ható, egészségügyön kívüli tényezők befolyásolására – beleértve a foglalkoztatáspolitikát, adórendszer, mezőgazdaság, környezetvédelem, közoktatás területén megvalósítandó intézkedéseket, amelyek kedvezően hathatnak az egészségi állapotra, az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére.

A negatív scenárió: a válság mélyülése

Folytatódnak az elmúlt másfél évtizedre jellemző folyamatok, nem tudunk kitörési pontokat találni az egészségügy előzőekben vázolt „ördögi köréből”. Az egészségügy továbbra is teljesen alárendelődik a rövid távú gazdasági és politikai érdekek

nek. A politikai és gazdasági elit továbbra is csak költségvetési tehernek tekinti az egészségügyre fordított közkiadásokat. Az egészségügyi közkiadások (reálértéke) nem, vagy csak minimális mértékben növekszik, így tovább folytatódik a leszakadásunk a fejlettebb EU-országoktól. Nem hajtanak végre érdemi strukturális reformokat. A finanszírozási feszültségek és a strukturális problémák enyhítését akadályozza, hogy továbbra sem történik meg annak az átgondolása (széleskörű szakmai és társadalmi megvitatása), hogy ennek részeként mi lenne az államnak (a közsférának) és a magánszektornak – a közfinanszírozásnak és a magánfinanszírozásnak – az egészségügyön belüli kívánatos, optimális szerepe az előttünk álló évtizedben (a magyar gazdasági és társadalmi feltételeket is figyelembe véve). Folytatódik a „struccpolitika” a humán erőforrás egyre mélyülő válságának a (nem)kezelésében – ennek következtében tovább folytatódik az orvosok és egészségügyi szakemberek elvándorlása az országból. Az egészségi állapot egészségügyön kívüli társadalmi tényezőit tekintve: tovább folytatódik a jövedelmi egyenlőtlenségek növekedése, a társadalmi szolidaritás, kohézió gyengülése. Az egészségügy problémái tovább mélyülnek, újratermelődnak – tovább fokozva a bizonytalanság és bizalmatlanság légkörét az egészségügyben: részben az egészségügy szereplőinek egymás iránti bizalmatlanságát, részben a helyzet javíthatóságára és a javítására tett bármilyen javaslattal kapcsolatos bizalmatlanságot.

Végezetül ismételtelen hangsúlyozom, hogy a tényleges folyamatokban valószínűleg keveredni fognak az előzőekben vázolt két „szélső pontot” jelentő scenárió elemei. A fő kérdés a „mérték”: lesz-e szándéka és képessége a kormányzat(ok)nak arra, hogy egyre inkább kibontakozzanak a pozitív scenárió keretei közt vázolt folyamatok.

Irodalom

1. Adema, W., P. and. Ladaïque, M. (2011) *Is the European Welfare State Really More Expensive? Indicators on Social Spending, 1980–2012*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124, OECD Publishing
2. European Commission (2013) *Social investment package. Commission staff working document. Investing in health SWD(2013) 43 final*
3. European Commission (2009) *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (COM/2009/0567 final)*
4. Eurostat (2013) *Statistics: Employment rate* <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tsdec420&tableSelection=3&footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1>

5. Eurostat (2012) *At risk of poverty or social exclusion in the EU27* http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-03122012-AP/EN/3-03122012-AP-EN.PDF
6. Habcsek L. (2007) *Halandósági egyenlőtlenségek: a várható élettartam és az elhalálozási valószínűségek alakulása*. In: Habcsek László – Kovács Katalin: *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005. Kutatási Jelentések 84., Népesedéstudományi Intézet, Budapest*
7. KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság (2011) *Nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák (2011–2020)* Budapest, 2011. november
8. Mladovsky, P. et al. (2012) *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
9. Morgan, D. and Astolfi, R. (2013) *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?* OECD Health Working Paper No. 60, OECD, Paris
10. OECD (2012a) *Economic Policy Reforms. Going for Growth*. OECD Publishing, Paris
11. OECD (2012b) *Social Spending after the Crisis, Social Expenditure (SOCX) Data Update 2012*, www.oecd.org/els/social/expenditure
12. OECD (2011a) *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. OECD Publishing, Paris
13. OECD (2011b) *Pension at a Glance 2011*, OECD Publishing, Paris
14. Orosz E. (2010) *A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése*. In: Bodrogi J. (szerk): *A magyar egészségügy – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép*. Semmelweis Kiadó, 2010
15. Szívós P. (2011) *Társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek alakulása Magyarországon*. Népegészségügy, 2. 66–79.
16. World Economic Forum (2010) *The Global Competitiveness Report*, Geneva, Switzerland
17. WHO (2008) *Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report*. Geneva, World Health Organization

Jegyzetek

1. Az Önkormányzati Egészségügyi Napok XVII. Kongresszusán (2013. január 15.) tartott előadás bővített változata.
2. A versenyképességi rangsor a világ összes országára vonatkozik, míg a jóléti kiadások rangsora csak az OECD országokra.
3. Egyes országokban (pl. Németország, Olaszország, stb.) minimális volt a növekedés, és a 2012. évi reálérték csupán 3-4%-kal haladta meg a 2007. évi értéket míg számos országban 15-20%-kal nagyobb volt (pl. Lengyelország, Kanada, Norvégia, stb.)
4. EU(21): azoknak az EU országoknak az átlaga, amelyek az OECD-nek is a tagjai
5. *Public social spending aggregates based on detailed data for 1980-2007, national aggregates for 2008-2010 and estimates for 2011 and 2012, in percentage of GDP*
6. Olyan foglalkoztatáspolitikát, amely kiemelt figyelmet fordít a fiatalok, a nők és az alacsony képzettségűek munkaerőpiaci helyzetének javítására.
7. Magában foglalja az egészségügyi közkiadásokat és a magánkiadásokat is.
8. Az Eurostat ezt a mutatót három indikátor alapján képi: jövedelmi szegénység a szociális transzferek utáni jövedelem alapján; súlyos anyagi deprivációban élők aránya (lakáskörülmények, táplálkozási viszonyok és meghatározott anyagi javakkal való rendelkezés alapján képzett komplex mutató); azon háztartások aránya, amelyekre a foglalkoztatottság nagyon alacsony mértéke jellemző.
9. Ebből az általános trendből „kilógott”, de nem változtatott rajta a 2002-2003-ban megvalósított 50%-os közalkalmazotti béremelés.
10. Adatok forrása: ESKI: Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai
11. Adatok forrása: OECD HealthData 2012

A szerző Tanszékvezető egyetemi tanár, ELTE TáTK
Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

Hogyan hat a gazdasági válság a magyar egészségügyre?

Az Egészségügyi Gazdasági Szemle Fókusz rovatának célja, hogy „láttelepet” adjon, eszmecserét kezdeményezzen az egészségügy mindennapi működését érintő fontos kérdésekről. A jelen lapszám arra törekszik, hogy több nézőpontból mutassa be a gazdasági válságnak a magyar egészségügyre gyakorolt hatását, továbbá azt, hogyan törekednek az intézmények és az egészségügyben dolgozó szakemberek megbirkózni ezekkel a hatásokkal. Ezért egészségügyi intézmények vezetőit, az orvosok és szakdolgozók kamaráinak elnökeit, továbbá elemző szakembereket kértünk fel a következő írásokban szereplő – a szerkesztőség által megfogalmazott – kérdések megválaszolására.

■ Tudományos Tanácsadó Testület

Napjainkra már nyilvánvalóvá vált, hogy sokkal többről van szó, mint pusztán az egészségügynek jutó közkiadásoknak (mind a reálértékének, mind a GDP-ből való részesedésének) a csökkenéséről. A 2007/2008 óta tartó pénzügyi és gazdasági válság – a legtöbb fejlett országhoz hasonlóan – alapvető változásokat idézett elő a magyar egészségügyi rendszer működésének külső feltételeiben: a gazdaságban, a társadalomban és a jóléti rendszer egészében. A válság – még általánosabban tekintve – alapvető kérdéseket vetett fel az állam és a piac optimális szerepével kapcsolatban is. A válságban ugyanakkor lehetőségek is rejlenek a hosszú ideje halogatott döntések, változtatások meghozatalára. Joseph Stiglitz Nobel-díjas közgazdász szerint: „Közhelynek számít, hogy a válságra vonatkozó kínai írásjelek egyszerre jelentenek „veszélyt” és „lehetőséget”. A veszélyt már megtapasztaltuk. A kérdés: meg tudjuk-e ragadni a lehetőséget és helyreállítani az egyensúlyt a piac és állam között, az egyének és a közösség között, az ember és a természet között, a célok és eszközök között? ... Az igazi veszélyt most az jelenti, hogy nem tudjuk megragadni ezeket a lehetőségeket.” (296. old. Stiglitz, J.E. (2010) Freefall. America, Free Markets, and the Sinking of the World Economy. New York:WW Norton & Company Inc.)

A magyar egészségügyet tekintve is nyitott kérdés: elősegítheti-e a válság, hogy bekövetkezzenek az évtizedek óta halogatott strukturális átalakítások az egészségügy finanszírozásában és a szolgáltatói intézményhálózatban. Ebből a megközelítésből nemcsak a problémákról, hanem arról is kérdeztük a szakembereket, hogy véleményük szerint idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer. Több kérdésünk is vonatkozott a jövőbeli várakozásokra, a következő egy-két év legfontosabb kihívásaira; továbbá arra, hogy milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy megfelelően tudjunk alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz.

Az írások első csoportja makroszintű nézőpontból, az egészségügyi rendszer egészét, a kórházak és szakrendelők, az orvosok és a szakdolgozók általános helyzetét tekintve ad választ a szerkesztőség által feltett kérdésekre. Az írások második csoportja pedig egy-egy intézmény tapasztalatait mutatja be. Bízunk benne, hogy Olvasóink között lesznek olyanok, akik továbbgondolják a kérdéseinket vagy a szerzők válaszait, és bekapcsolódnak az eszmecserébe. Olvasóink hozzászólását szívesen közölnénk a következő lapszámokban.

Dr. Sinkó Eszter

Egészségügyi közgazdász, a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészséggazdaságtan tagozatának elnöke, az Egészségügyi Menedzserképző Központ programvezetője

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az egészségügyi rendszer működésének külső feltételeiben?

– Már 2006-ban az akkori kormány a konvergencia-program ürügyén az egészségügyön szándékozta elverni a port, pedig abban az időben még nem volt szó a „Nagy Gazdasági Válságról”, a mostanihoz képest csupán kiigazító jellegű program mégis súlyosan megcsapolta az egészségügy közpénzeket tartalmazó forrásait. (Ha emlékszik még rá a kedves olvasó, az akkori kormány elképzelései szerint három esztendőn át, évi 0,9 százalékponttal tervezték a kiadásokat csökkenteni.) A helyzet azóta sem javult, hiába lett új kormányunk, ám ennek nem csak az elhúzódó gazdasági válság az oka. Az egészségügy egész egyszerűen nem prioritás Magyarországon. Forrásoldalról tekintve a kiadásokra, az e célra fordítható összegek tovább zsugorodtak, az utóbbi három esztendőben reálértéken 7%-kal kisebb forrással gazdálkodhattak a fekvőbeteg-ellátó intézmények működésük során.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság az egészségügyi rendszer működésének belső feltételeit?

– Még szétesettebbé, még fragmentáltabbá vált a rendszer, a forrásszűke miatt reménytelen vállalkozásnak bizonyult az orvosok, nővérek „rendszeren belül” tartásának szándéka, így az itthon maradó egészségügyi személyzetre az eddiginél is több feladat hárul(t). (Gyanítható, hogy a növekvő teherterhelés több hibázási lehetőséget teremt.) A kórházi önkormányzati tulajdon felszámolása éves szinten újabb 70 milliárd forintnyi forrást vesz ki az intézmények zsebéből; s ez akkor is jelentős összeg, ha az Európai Unió kifutó pályázatait valamelyest ellensúlyozzák a kieszorított fejlesztési forrásokat.

– Milyen intézkedésekkel törekedett az egészségügyi intézmények menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– Nyilvánvalóan még szigorúbb intézkedésekkel próbálták működőképes állapotban tartani intézményeiket, részben a kapacitások jobb kihasználásával, elnyújtott műszakok bevezetésével, gyógyszerfelhasználások korlátozásával, az eszközparkok elmaradó felújításával. Ezen túlmenően megszabták az ellátandó betegek körét aszerint, hogy ellátandó területről (TEK) érkezett-e a beteg vagy sem, illetőleg korlátozták/korlátozzák a betegfelvételeket annak alapján, mennyire ígérkezik a beavatkozás költségesnek. (A paraszolvencia természetesen több helyütt felülírja ezen megállapítások érvényességét.) A szolgáltatók bevallottan csökkentik az ellátások nyújtása során a szakmai tartalmat, ami értelemszerűen a szolgáltatások kiüresítéséhez vezet.



– Milyen intézkedésekkel törekedett az egészségügyi kormányzat alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– Az államosítást a kormány jó válaszként értelmezte, bár az egészségügyi kormányzat tervei között legfeljebb a fővárost érintő tulajdonosi struktúra átalakítása szerepelt. (Ez utóbbi elképzelés, vagyis az a gondolat, miszerint csak a fővárosban hajtanak végre változtatást, de másutt nem nyúlnak a tulajdonviszonyokhoz, naiv elképzelésnek bizonyult.) Ezen felül a vitaanyagként is megjelentetett Semmelweis-tervvel rukkolt elő az államtitkárság, amely az állami ellátásszervezés, valamint a térségi menedzsment- és irányítási funkció rendszer-szintű megjelenítését szolgálta. Aktív fekvőbeteg-kapacitás átrendezést is végrehajtott, új progresszivitási szinteket intézményesített, bár nem minden esetben zárult sikerrel az átalakítás, a politika most is nyomot hagyott a döntésekben.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– Talán a közösen végrehajtott közbeszerzés(ek)e)t sorolhatjuk ide, némi jóindulattal, de e téren még nem találkozhatunk kiforrott rendszerrel. Ezen felül néhol összevontak intézményeket, kórházakat, és ez funkcióbővüléshez vezetett egy-egy kórház esetében (például a kalocsai kórház gyermekosztályán).

– Melyek a magyar egészségügy számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– Mindenképpen az erőforrás(ok) hiánya jelenti a legnagyobb kihívást. Különösen akkor, ha változatlan marad az ellátó szervezet és a nyújtandó szolgáltatások köre.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy az egészségügyi működési problémái enyhüljenek, azaz az egészségügy megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– Bővülő forrásokra lenne szükség, GDP-arányosan legalább egy százalékpontnyival több közkiadás enyhíthetné a bajokat. De persze az is lehet, hogy mindez már túl sokat nem számítana, miután a rendszer sok helyütt csak „alibi” mozgásokra képes, vagyis úgy „csinál”, mintha ellátást nyújtana. (A politikusok láthatóan nem veszik komolyan a szakértők abbeli figyelmeztetését, hogy a későn adott források nem eredményeznek elvárt mértékű helyzetjavulást az ágazatban. Így magam is tartok attól, hogy a rendszer már annyira szétesett, hogy egy

akár 100-150 milliárdos többletforrás sem hagyna nyomot a rendszer mindennapos működésén.) De ha már százmilliárdokat emlegettünk, jelezzük: legalább 150 milliárdra lenne szükség ahhoz, hogy a HBCS/németpontok forintértékét minimum 20%-kal megemelhessük. A kódkarbantartás elvégzése is megkerülhetetlen, mivel részben kódrendszerünk jelenlegi állapotának köszönhető, hogy a kórházak válogatnak a betegek között, vagyis emiatt vált mindennapos gyakorlattá a betegszelekció. (Hozzájárult persze ehhez a TVK jelenléte is.) A magánforrások kontrollált módon való becsatornázását is véghez kell vinni, mivel túl sok magánforrás jelenik meg a rendszerben „cash” formájában, ellenben a szervezett módon történő költségek aránya még mindig csak 10% körül mozog. Az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás fejlesztésével eddig nem foglalkozott érdemben a tárca, talán sor kerülhet ezekre a területekre is. Muszáj hozzányúlni a finanszírozási technikákhoz is, mindkét ellátástípus esetében új alapokra kell helyezni a teljesítmények elismerési módját, koncentrálni inkább az outcome-ra, és a minőségi komponensekre. Ha fejlett járóbeteg-ellátásunk lenne, a kórházakra is kisebb teher hárulna. Amennyire kiszámíthatatlan a rendszer, annyira lehet fontos a betegek edukálása, tájékoztatása, felkészítése annak érdekében, hogy a megbízhatatlan működést valamivel megpróbáljuk ellensúlyozni. Az állampolgárok sokat tudnának saját egészségük védelmében tenni, betegségük esetén pedig saját kezelésük eredményességét is fokozhatják. Az ebben rejlő erőket nem hasznosítottuk még igazán.

Dr. Pusztai Zsófia, Szigeti Szabolcs

A WHO Magyarországi Iroda vezető munkatársai



Fotó: Szász Marcell

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az egészségügyi rendszer működésének külső feltételeiben?

– Az egészség társadalmi meghatározóit alapvetően érintette a gazdasági válság. A növekvő munkanélküliség és jövedelmi egyenlőtlenségek nagyon fontos meghatározói az egészségi állapotnak. Gondoljuk továbbá arra a mentális teherre, amely a devizahitelek kapcsán a lakosság jelentős részénél megjelent. Ugyanakkor fontos látni, hogy ezek a tényezők nem feltétlenül rövid, hanem inkább középtávon befolyásolhatják az egészségi mutatókat. Az öngyilkossági ráta korábbi csökkenése a válság hatására például megállt 2008 és 2011 között.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság az egészségügyi rendszer működésének belső feltételeit?

– A válság legsúlyosabb hatása, hogy az egészségügyi rendszer számára rendelkezésre álló finanszírozási források a válság előt-

ti alacsony szinten konzerválódtak, és még nominálisan is alig emelkedtek. A pénzügyi megszorítások most már közel 17 éve alapvetően meghatározzák a magyar egészségügyi rendszer működését. Miközben egyes korábbi felmérések szerint a lakosság túlnyomó többsége hajlandónak mutatkozott a közterhek emelése árán is javítani az egészségügyi rendszer finanszírozásán, az államháztartási kiadásokon belül és GDP-arányosan is nagyon alacsonyak az egészségügyi ellátásokra fordított közforrások. Továbbra is alacsony a nem fertőző megbetegedések megelőzésére fordított finanszírozás. Ezekből következően is a humán erőforrás-kapacitások aggasztó mértékben és folyamatosan csökkennek, a nem fertőző megbetegedések prevenciójára nyújtott szolgáltatások pedig messze elmaradnak mind a lehetőségektől, mind a szükséges mértéktől is.

– Milyen intézkedésekkel törekedett az Államtitkárság elősegíteni az egészségügyi rendszer alkalmazkodását a változó feltételekhez?

– Az Egészségügyért felelős Szakállamtitkárság Semmelweis-tervében felvázolt intézkedések jó kiindulási alapot biztosítottak a szükséges intézkedések meghozatalára. Több innovatív és nemzetközi összehasonlításban is figyelmet keltő intézkedésre került sor. Itt mindenekelőtt gondoljunk a nemdohányzók védelme érdekében meghozott szigorításokra, a népegészségügyi termékadó bevezetésére, az árlicit bevezetésére a generikus gyógyszerek esetében. Az egyes egészségpolitikai eszközök – több esetben – az egészségügyi rendszer több funkciójának együttesére is jól építenek, továbbá együttesen képesek javítani az egészségi állapot javítását és az egészségügyi rendszer számára rendelkezésre álló forrásokat. Nagy áttörés, hogy sikerült elérni a jövedéki adók emelését is, és ebben az évben egy kis részüket átcsoportosítani az egészségügyi bérekre. Az allokációs hatékonyságot javító bátor lépés például a kötelező tüdőszűrés rendszerének jelenleg zajló átalakítása. Az egészségügyi szervezési modell is alapvetően jó irány, bár ennek megvalósítására még várni kell. Az irányítási rendszer javítására is történtek fontos kezdeményezések, mint például az átfogó teljesítményértékelési rendszer bevezetése a WHO Tallinni Kartájának szellemében, illetve a humán erőforrás-monitoring kiépítése. Mindezeket az intézkedéseket az Államtitkárság olyan kormányzati elvárások mellett valósította meg, amely a szolgáltatások nyújtásának államosítását és a szakigazgatás megyei szintjeinek teljes átszervezését helyezte középpontba. Ennek a helyzetnek a kezelése a szakpolitikai kapacitások jelentős részét lekötötte az Államtitkárság részéről. Az például kifejezetten rontja az innovatív forrásteremtési eszközök hatását az egészségügyi rendszer működési



feltételeinek biztosítása érdekében, hogy a nagyon jelentős mértékű új finanszírozási forrást tulajdonképpen a kormányzat egyfajta forráscserére használta fel, azaz az új forrásteremtési eszközök bevezetésével egyidejűleg csökkentette a központi költségvetés hozzájárulását 2012-ben az Egészségbiztosítási Alap működéséhez. Ezt persze úgy is értékelhetjük, hogy az egészségügyi rendszer még ebben a helyzetében is hozzá tudott járulni az államháztartási stabilitás céljainak a biztosításához és a gazdaság helyzetének a javításához – és nem csak a kiadások alacsony szintjével.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– Ezt önmagában nehéz megítélni, hiszen a gazdasági kényszer az egészségügy számára már jelentős volt a válság előtt is. Talán azt azért meg lehet állapítani, hogy az államháztartá-

si egyensúly biztosítása több innovatív forrásteremtési eszköz bevezetéséhez fontos ösztönzést adott: ilyen volt a népegészségügyi termékadó, baleseti adó, illetve jövedéki adók emelése, valamint az ilyen típusú bevételi források megnyitása az egészségügy előtt.

– Melyek az egészségügyi rendszer számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– A humán erőforrás helyzetén minden eszközzel javítani kell. Az intézményirányítási rendszert stabilizálni kell, és az egészségügyi szervezési modell kiépítését meg kell valósítani. Fontos lenne az új források jelentősebb részét megtartani az egészségügyi rendszer számára. Ezenkívül átfogó népegészségügyi program kidolgozására van szükség, amely középpontba állítja az egészség-egyenlőtlenségek csökkentését is, ehhez pedig az is nélkülözhetetlen, hogy egy hatékony ágazatközi együttműködési keretrendszer alakuljon ki.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy az egészségügyi rendszer megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– Alapvetően még több bizalomra lenne szükség a kormányzati munkában. A politikai döntéshozóknak még mélyebben kellene értenie az egészségügyi rendszer belső folyamatait és a rendszer tényleges teljesítményét. Szükséges lenne azoknak az intézményes folyamatoknak – ideértve az irányítási funkciót is – a fejlesztésére, amely minden kormányzati és politikai döntéshozó számára egyértelművé teszi, hogy az allokációs hatékonyság folyamatosan javul az egészségügyi rendszerben. A bizalom növekedése elvezethetne végre a források bővüléséhez is a rendszerben. Korábban a lakosság több felmérésben is egyértelműen kifejezte, hogy az egészségügyi ellátás az első számú prioritás számára a közpolitikai ágazatok között. Fontos lenne, hogy erre a bizalomra – és az egészségügyi rendszer eddigi teljesítményére alapozva – érje el a bizalom a szükséges mértéket a politikai döntéshozókban is az egészségügyi rendszer iránt.

– Milyen fő problémák várhatók a magyar egészségügyben a következő egy-két évben?

– A legfontosabb gondok továbbra is az orvos és szakszemélyzet elvándorlásából, és az alacsony fizetésekből származó motivációhiányból származnak majd. Az is fontos kihívás, hogy az intézmények irányítását mennyire sikerül stabilizálni a jelenlegi jelentős átalakítások után, valamint a növekvő egészség-egyenlőtlenségek leküzdésére irányuló erőfeszítéseket mennyire sikerül a kormányzati programokban megjeleníteni.

Dr. Rácz Jenő

A Magyar Kórhákszövetség elnöke

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság a kórházak működésének külső feltételeiben?

– A „fenntartható fejlődés” illúziója szertefoszlott, így minden országban a jóléti rendszerek működőképessége és fejlesztetősége is megkérdőjeleződött. A gazdasági megszorító csomagok sajnos első lépcsőben az egészségügyi és szociális rendszerek területén a GDP-arányos részesedés csökkenését is eredményezik. Nálunk sem történt másként. 2007 után hazánkban az egészségügyi közkiadások GDP-arányos részesedése tovább csökkent. Ez különösen akkor érinti érzékenyen az ellátórendszert, ha az arány amúgy is alacsonyabb az uniós átlagnál, ráadásul az ország alacsony GDP-je miatt ez nominálisan olyan alacsony összeget jelent, amely az ellátórendszer működőképességét az adott szolgáltatási csomaggal a szakmai eljárásrendeknek megfelelően lehetetlené teszi.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság a kórházak működésének belső feltételeit?

– Folyamatos válsággóc alakul ki a kórházakban: az egyik az intézmények likviditási problémái, a másik a visszatérő HR-kriszisek. A kórházi adósság 1996 óta visszatérő probléma, mára olyan nagyságrendet jelent évente, hogy az már nemcsak intézményi szinten kezelhetetlen, hanem ágazati szinten is. Ennek megfelelően a 2012. év végén már csak a felhalmozódott adósság mintegy felét volt képes a „kasszasöprés” kezelni, így 2013-ban már az első negyedév végén szembe kell néznünk a máskor csak az év végén jelentkező problémákkal. A HR-kriszis vonatkozásában 2011 végén sikerült a rezidensek mozgalmát lecsillapítani, de az elvándorlás azóta is megoldatlan probléma. A 2012-es és a várható, 2013-as béremelés abszolút pozitív lépés, de ennek pozitív hatását sajnos kioltja a nyugdíjasok kettős juttatásának tilalma. Ráadásul a HR-kriszis érezhetően tolódik a szakdolgozói réteg felé, így már nemcsak az orvosok, hanem a szakdolgozók esetében is folyamatos válságmenedzselésre kényszerülünk.

– Milyen intézkedésekkel igyekezett a kórházak menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– Két fő vonulata volt a válságmenedzselésnek. Az egyik a központi intézkedések végrehajtása, amely az előírt struk-



túraátalakításból, a kapacitások átrendezéséből, vagy akár a tulajdonosváltásból, vagy legutóbb 28 intézmény esetében a működési forma változásából álltak. Rendkívül nagy energiát befektetve ezek a változások a pillanatnyi

Fókusz

túlélést tették lehetővé. Ezen kívül az egyes intézmények vezetői megpróbálták egyéni túlélési stratégiákat is kidolgozni, mely általában a kiadások folyamatos csökkentéséből állt, mert a bevétel növelése a TVK-keretek miatt csak mérsékelten volt lehetséges.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– A rendszerből kiprélte az utolsó utáni tartalékokat is, amelynek igazán kézzel fogható pozitívuma, hogy nehézségek árán ugyan, de még működnek a kórházak.

– Melyek a kórházak menedzsmentje számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– Életben maradni.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy a kórházak menedzsmentje megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– Tiszta jövőkép, őszintén szembenézni a problémákkal, és erről az érintetteket is korrektül tájékoztatni.

– Milyen fő problémák várhatók a kórházi szektorban a következő egy-két évben?

– Jelentősen több forrás rövid időn belül aligha várható, ugyanakkor a lakossági szükségletek és az igények tovább nőnek, eközben sajnos az ellátók folyamatosan fogynak. Szóval ez még nem lesz a Kánaán.

Molnár Attila

Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság a kórházak működésének külső feltételeiben?

– A magyar kórházak a működésükhöz szükséges szakmai anyagokat, eszközöket, gépeket és egyéb berendezéseket nagyobb arányban európai, és kisebb mértékben hazai gyártóktól szerzik be. Ebből eredően a gazdasági válság következtében jelentős áremeléseket kellett elszenvedniük. A magasabb beszerzési árak egyrészt az inflációra, másrészt pedig a forint árfolyamának emelkedésére vezethetők vissza. Az ágazat ki-fejezetten érzékeny a statikus árfolyamváltozásra, ugyanakkor nincs lehetőség a közbeszerzési szabályokból eredően arra, hogy az átmeneti forinterősödési periódusokat az egészségügyi szolgáltatók bármilyen módon kihasználják. Az ágazat anyag- és eszközszükséglete döntően olyan termékeket tartalmaz, amelyek egy szűk szakmai piacon érhetőek el. Így az egészségügyre jellemző infláció mértéke rendre magasabb a publikus KSH-adatoknál. Fontos megemlíteni, hogy a meghatározó egészségügyi gép- és műszerbeszállítók a válság hatására „előre menekültek” és felgyorsították technológiai fejlesztési tevékenységüket. Ennek eredményeként az elérhető új orvosi technológia a kórházak, illetve a betegek részéről a forrás hiányában kielégíthetetlen igényként jelent meg, nem kis feszültséget indukálva. A fejlesztési periódusok rövidülésével jelentősen növekedett azon jellemzően kórházi gépek, berendezések és műszerek aránya, amelyekre – tekintettel arra, hogy 3-4 generációval korábbi technológiai színvonalat képviselnek – megszűnt, illetve megszűnik a gyártói támogatás és alkatrészellátás. A műszercsere és -pótlás forrás hiányában nem lehetséges, így azok működőképességének megtartása elsősorban a kórházi szakemberek leleményességén, kreativitásán és szakmai ismeretein alapul. A folyamatosan növekvő költségekkel szemben azonban érdemi bevételi pozíció változására nem került sor. A kórházak finanszírozását jellemző díjtételek nem változtak meg érzékelhető módon. Egy súlyszám forint értéke 2008-ban 146 ezer forint volt. Ez az érték 2010 novemberében 2,7 százalékkal (!) növekedett 150 ezer forintra, amely, figyelemmel a gazdasági válság által generált költségnövekedésre, csak a szimbolikus jelzővel illelhető. 2008-ban kísérlet történt az ellátó kapacitások szűkítésére. Az eredeti tervekhez képest ugyan érzékelhetően nem csökkent a szolgáltatók száma (politikai befolyásolás), de jelentős aktív fekvőbeteg-ágyszámcsökkentés valósult meg. Sajnálatos módon azonban ez az intézkedés összességében negatív hatásúnak bizonyult, és a kórházak működési feltételeit tovább rontotta. Az ágyszámcsökkentés ugyanis jelentős, azzal arányos forráskivonással járt, javítandó a nemzetgazdaság pénzügyi egyensúlyát. Így az a helyzet állt elő, hogy az addig kihasználatlan – tehát finanszírozást korábban nem igénylő – kapacitások megszüntetésével a maradék ellátások



számára rendelkezésre álló források csökkentek. Ugyanakkor jelentősen bővültek a rehabilitációs ellátásokra rendelkezésre álló kapacitások, amelyek nem állnak összhangban a valós ellátási igényekkel és a rendelkezésre álló humán erőforrással. Összességében a válság időszakában háromhavi finanszírozásnak megfelelő összeg került különféle formákban és jogcímen elvonásra a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokra rendelkezésre álló E. Alapból.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság a kórházak működésének belső feltételeit?

– A háromhavi finanszírozásnak megfelelő forráskivonást szolgáltatói szinten kell menedzselni. Ugyanis a működést és az ellátást meghatározó szabályozási környezetben nem jelentek meg olyan elemek, amelyek segítették volna az ellátás gazdaságosabbá tételét (pl. ellátási csomagok meghatározása), így a kórházak a probléma kezelésében magukra maradtak. A működés

belső feltételei a válság időszakában jelentősen romlottak. Elsősorban a betegellátás feltételrendszere, a betegek elhelyezése terén érzékelhető a válság hatása. Folyamatosan öregszi a gyógyításhoz szükséges orvosi eszközök és berendezések átlagos életkora. A betegellátást szolgáló épületeken és épületgépeszeti elemeken csak a legszükségesebb, balesetveszélyt elhárító karbantartások valósulnak meg. Jelentős mértékű várólisták keletkeztek, bár itt azt is meg kell említeni, hogy a várólisták növekedésére nem kizárólag a gazdasági kényszer hat.

– Milyen intézkedésekkel törekedett a kórházak menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– Hozzávetőlegesen egy havi finanszírozást a szolgáltatók belső takarékosági intézkedésekkel, szolgáltatás-optimalizálással eredményesen kompenzáltak. A második havi finanszírozásnak megfelelő elvonás kezelésére azonban már csak a belső adósság növelésével volt lehetőségük. Ez elsősorban a bérek és bérjellegű juttatások elmaradásával, valamint az időszerű karbantartások, felújítások és eszközpótlások elmaradásával volt kezelhető. A bérek 2008-as szinten tartásának egyenes következménye a kialakult humán erőforrás-válság. Egyre kevesebb intézmény tudja fenntartani a béren kívüli juttatások rendszerét. Mindezek elvándorláshoz és súlyos létszámihiányhoz vezetnek mind a betegellátásban, mind pedig a gazdasági- műszaki ellátás területén. A harmadik havi finanszírozásnak megfelelő forráskivonást az egészségügyi intézmények már nem tudják kezelni. Ez a forráshiány az adósságállomány évenkénti ismételt növekedésében jelentkezik. A kórházak év végi adósságállománya rendre az egy-egy havi OEP-finanszírozás mértékével azonos. Az adósságállomány kezelésére a kormányzat az év végi konszolidációs támogatások (kasszasöprés) módszerét alkalmazza. Ez a megoldás csak tüneti kezelés, és nem jelent konszolidációt. Az érintett szolgáltatók számláin ezek az év végi támogatások az esetek döntő többségében még 24 órát sem töltenek, hanem azonnal továbbításra kerülnek a beszállítók felé. Ha a konszolidáció fogalmát annak jelentése alapján közelítjük meg, akkor látható, hogy ezekben az esetekben csak adósságtörlesztési támogatásról beszélhetünk, és nem a kialakult helyzet konszolidációjáról, azaz a probléma szakszerű és a jövőre vonatkozó tartós rendezéséről. Az év végi adósságrendezési támogatás felosztásának alapelve az adósságállomány nagysága, és az adott szolgáltató éves teljesítménye. Az első alapelv arra ösztönzi a szolgáltatókat, hogy év végére jelentős adósságállományt mutassanak ki, hiszen így nagyobb arányú a részesedésük a rendelkezésre álló forrásból. Ebből is érzékelhető, hogy ez az alkalmazott gyakorlat kontraproduktív, és egyáltalán nem hat az adósság válság kezelésének irányába. Ma egy aktív fekvőbeteg-ellátásért járó súlyszámért a szolgáltatók 150 ezer forintot kapnak (a járóbeteg-ellátásban 1,5 Ft/pont). Ezzel szemben, szakmánként és intézményenként változóan egy súlyszám önköltsége 160 és 190 ezer forint között mozog. Évente ismétlődő kérdés a TVK megállapítása kapcsán, hogy a rendelkezésre álló forrásból TVK-bővítés, vagy alapidíjemelés legyen. A válság időszakában rendre a TVK-bővítés került előtérbe. Figyelemmel azonban arra, hogy egy súlyszám csak veszteséggel állítható elő, a TVK-többlet direkt módon hat az adósságállomány növelésére.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– Nagyon nehéz ilyen pozitív folyamatot találni. Talán pozitív folyamatnak tekinthető az, hogy az ellátórendszer legsúlyosabb problémái a politika számára is érzékelhetővé váltak. Az első időszakban gyakran merült föl a politika részéről az a vád, hogy a kórházak felelőtlenül gazdálkodnak. Az egyre nehezező gazdasági körülmények mellett is működőképes állapotban tartott intézmények bizonyára erre az általánosító téves megállapításra is megfelelő választ adtak.

– Melyek a kórházak menedzsmentje számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– Az elkövetkezendő években a kórházi menedzsmenteknek alkalmazkodniuk kell az új működési struktúrához és a megváltozott ellátási feladatokhoz. A legfontosabb kihívás nyilvánvalóan a humán erőforrás-krízis kezelése lesz. Megvalósulnak a folyamatban lévő EU-projektek, amelyek következtében korszerű körülmények közé kerül egyes kórházakban a fejlesztéssel érintett betegellátási kör. Ugyanakkor az intézmények többségében a régi infrastruktúra is megmaradt, tehát e fejlesztésektől a működési költségek csökkenése, racionalizálása összességében nem várható. Fontos, hogy a kórházi menedzsmentek jó munkakapcsolatot alakítsanak ki az új fenntartóval. Az eddigi tapasztalatok alapján azonban ennek igénye a fenntartó részéről még nem érzékelhető. A fenntartói szerepbe került Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet adat-szolgáltatási igényei egyelőre csak jelentős többletfeladatokat jelentenek, és a közös fenntartótól várt előnyök még nem érzékelhetőek. Az új fenntartónál kialakult új egészségügyi „establishment” nem tekinti partnerének a sokéves, évtizedes gyakorlati szakmai tapasztalatokkal rendelkező kórházi menedzsmenteket. Pedig azok készek a konstruktív együttműködésre, és az elmúlt évtizedekben bizonyították alkalmasságukat, hozzáértésüket ebben a speciális szakismeretet és tárgyi tudást igénylő önálló szakmában. A magyar politikai megítélés ezt az önálló szakterületet nem ismeri, fogadja el. Szöges ellentétben az Európai Unió országaival, a magyar gyakorlat és megítélés az, hogy egy komplex egészségügyi üzem vezetésére bárki alkalmas, aki közgazdasági vagy orvosi végzettséggel rendelkezik és politikai értelemben megbízhatónak minősül. Ez súlyos és komoly jövőbeni kockázatot hordozó, téves szemlélet.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy a kórházak menedzsmentje megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– Az első és alapvető kérdés az, hogy az egy teljesítményegységért járó díjazásnak a valós önköltségen kell alapulnia. Az átlamosítást követően egy korábban soha nem elérhető eszköz áll az ágazati irányítás rendelkezésére. Nevezetesen az, hogy az egészségügyi ellátások valós önköltségének megállapításához egy korábban soha nem elérhető információs bázis áll rendelkezésére. Amennyiben a kórházak adatszolgáltatási kötelezettsége a jelenlegi ad hoc adatszolgáltatásokon túl célzottan az önköltségi adatok gyűjtésére koncentrálna, egy olyan ráfordításadat-gyűjtés lenne megvalósítható, amely pontosan bemutathatná az ágazat vezetése és a szélesebb értelemben vett politikai döntéshozók számára azt, hogy mi az egyes természetbeni egészségügyi ellátások valós és indokolt önköltsége. Ugyanakkor láttatná azt is, hogy mely egészségügyi gazdálkodó szervezetek működésében vannak zavarok, azaz hol gyakorlat az,

hogyan az elvárható önköltségtől jelentősen eltérő forrásigényt mutatnak ki. Véleményem szerint nem halasztható az egészségügyi ellátással kapcsolatos díjtételek valós értéken történő meghatározása, és ezzel párhuzamosan akár az egyes szolgáltatók számára rendelkezésre álló TVK-keretek felülvizsgálata. Ne dugjuk a fejünket a homokba! A rendszeres TVK-emeléssel nem garantálható az ellátás biztonsága. A szolgáltatók ugyanis a nem megfelelő díjtétel kompenzálására az írói munkásság részét képező teljesítmény-jelentéseket alkalmazzák. Ebből eredően a szakmapolitikának nem lehet valós képe a tényleges ellátási igényekről. A járóbeteg-ellátás keretében teljesíthető alacsonyabb önköltségű definitív ellátások rendre a fekvőbeteg-szakellátásban jelennek meg, mert a kórházaknak bevétel-optimalizálás szempontjából ez az elemi érdekük. A járóbeteg-ellátás keretében ezek a definitív ellátások alulfinanszírozottak, az aktív fekvő ellátásban pedig igen jelentős extraprofitot eredményeznek, amely lehetőséget nyújt arra, hogy az alacsony díjtételeket kompenzálják. A probléma megoldása viszonylag egyszerű. A hatályos díjtételeket legalább 180 ezer forintra, illetve 1,8 forintra kell emelni, ugyanakkor megfelelő szabályozással (szakmai, illetve finanszírozási protokollok eszközével) határozottan el kell különíteni a csak járóbeteg-ellátás keretében finanszírozható ellátások körét.

– Milyen fő problémák várhatók a kórházi szektorban a következő egy-két évben?

– A kórházi szektornak az elkövetkezendő években – amennyiben a javasolt változások elmaradnának – két súlyos problémával kell szembesülnie. Egyik az adósságválság, a másik pedig a humánerőforrás-válság. Egyik válsághelyzet sem

kezelhető intézményi menedzsment-szinten. Az adósságválság csak a finanszírozás értékarányos és tervszerű éves szintű valorizációjával kezelhető. Mindenképpen újr szabályozást igényel az egészségügyi intézmények működési feltételrendszere. Be kell látni, hogy egy egészségügyi ellátást nyújtó komplex üzem biztonságos működtetése nem képzelhető el a jelenleg alkalmazott költségvetési intézményi keretek között. Az egészségügyi intézmények olyan jelentős mértékben különböznek az államigazgatás rendszerétől, hogy e keretek között hosszú távon nem működtethetők. El kell ismerni a specialitásokat, az ellátási igények tervezhetetlenségét – ezért sajátos, az állami feladatok megfelelő ellátását biztosító önálló működési formát kell kialakítani. A humánerőforrás-válság nem kezelhető csupán bérezési kérdésként. Figyelembe kell venni, hogy az ágazat szakember-utánpótlásánál az orvosi területen, figyelembe véve az alapképzést és a szakvizsgarendszert, legalább nyolc-tíz éves ciklussal kell számolni. A szakdolgozói utánpótlás is középfokú képzés esetén négy éves ciklust, felsőfokú képzés esetén pedig további három-négy éves ciklust igényel. A gazdasági- műszaki területen pedig jelenleg semmiféle szakirányú képzés nincsen, így a munkaerőpiacról történő felvételeket követően minimálisan két-három éves, kórházon belüli képzés szükséges. Az órá viszont könyörtelenül jár. Az elkövetkezendő öt évben az ötvenes években született munkavállalók (Ratkó-korszak) elérik az öregségi nyugdíjkorhatárt. E munkavállalók jelentik a mai egészségügyi ellátás bázisát mind létszámban, mind szakmai ismeretekben. Pótlásuk, figyelemmel a képzési ciklusokra és a közép- és felsőfokú képzésben résztvevők létszámára, nem megoldható...

Dr. Pásztélyi Zsolt

A Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg-szakellátási Szövetség elnöke

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság a szakrendelők működésének külső feltételeiben?

– A kérdésre csak összefoglaló, általánosító választ lehet adni. Egyértelmű, hogy a finanszírozás reálértéken való csökkenése a járóbeteg-szakellátási szektort is érintette, hiszen 2008. óta nem növekedett az alapdíj értéke, tehát azonos teljesítményért a 2008-as finanszírozást téríti a finanszírozó. Igaz ez akkor is, ha az adócsökkentésekkel és a központi béremeléssel talán sikerült szinten tartani a bérek vásárlóértékét. Emellett a gazdasági válság az egyébként is alacsonyabb paraszolvenciát hozó járóbeteg-szakellátásban tevékenykedő dolgozók jövedelmének reálértékét is rontotta. Azzal, hogy a bevételek nem növekednek, a szakrendelők menedzsmentjének mozgástere szűkült, hogy differenciáltan tudja elismerni a munkatársak tevékenységét. Így a szektorban tapasztalható jelentős mértékű, és 2006 óta tartó elvándorlás nyomán főként az orvosok, de egyre inkább a szakdolgozók megtartása, illetve újak bevonása egyre nehezebb. A gazdasági válság kihatása, hogy a beszállítók és a kiszervezett szolgáltatások (mosoda, takarítás stb.), valamint az energiaszolgáltatások árai is folyamatosan növekednek. Az, hogy a járóbeteg-ellátásban mégsem érzékelhető olyan mértékű eladósodás, mint a fekvőbeteg-ellátásban, az köszönhető részben a tulajdonos részéről nyújtott működési célú támogatásoknak, részben a fekvőbeteg-ellátáshoz képest alacsonyabb és jobban kontrollálható szakmaianyag- és gyógyszer felhasználásnak.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság a szakrendelők működésének belső feltételeit?

– Az a folyamat, amely a járóbeteg-szakrendelések keretében egyre inkább a definitív ellátásokat preferálta, megszakadt a finanszírozási megkorlátozások miatt. Nem maradt forrás olyan fejlesztésekre, amelyekkel olyan diagnosztikus és terápiás eszközparkot lehetett volna telepíteni rendelőkbe, amely támogatná a járóbeteg-ellátást. Itt főképp a gasztroenterológia, a kardiológia, a radiológia, a sebészeti szakmák körében akadt el a fejlődés. Az uniós fejlesztések a szolgáltatók egy részének hoztak jelentős fejlesztéseket, a lelkes, és a polgárok egészségéért aggódó önkormányzatok sok helyütt a nehézségek ellenére is képesek voltak továbbra is támogatni az intézményeiket, ami viszont pozitív volt. Viszont elmaradtak a szolgáltatókat általánosan érintő eszközfejlesztések, illetve az új fejlesztések fenntarthatósága vált nehezebbé az adott gazdasági környezetben. A kép tehát felemás.

– Milyen intézkedésekkel törekedett a szakrendelők menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?



– A szakrendelők a szakellátási órák racionalizálásával, rugalmas foglalkoztatási formák bevezetésével reagáltak a kihívásokra, amely döntően részmunkaidős, megbízásos vagy vállalkozási foglalkoztatást jelent. A szakrendelők azonban így egyre inkább függenek a közeli kórházakból részmunkaidőben kiérkező orvosoktól, egyre ritkább a teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok jelenléte.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– A válság mindenképpen elősegíti a fegyelmezettebb erőforrás gazdálkodás kialakítását, beleértve a humán erőforrást is. Fő erénynek tartjuk, hogy az elmúlt években a reálértékben történt forráskivonás ellenére nagyobb adósságot nem halmozott fel ez a járóbeteg-szakellátói szegmens. Bizonyára voltak belső tartalékok, de mára inkább a belső adósságok felhalmozásával kompenzál a rendszer.

– Melyek a szakrendelők menedzsmentje számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– Az egyik legfontosabb kihívás a járóbeteg-szakellátás súlyának, szerepének erősítése és az alapellátással, illetve a fekvőbeteg-szakellátással való koordinált, szakszerű és korszerű együttműködésének fejlesztése. A humánerőforrás megtartása és a definitív ellátások feltételeinek kialakítása ugyancsak a fontos kihívások között szerepel. Eközben szükség van az általános jellegű szakmák számának csökkentésére (pl. belgyógyászat, amit átvesznek a háziorvosok), a szubspecialitások preferenciájával (kardiológia, endokrinológia, gasztroenterológia). A nem odavaló betegeket „vissza kell juttatni” a háziorvosi ellátásba, az odavalókat pedig megtartani a szakrendelőkben, ahelyett, hogy kórházba küldenénk. Fontos lenne teljes kivizsgálások, kisebb sebészeti ellátások, egynapos beavatkozások, kúraszerű ellátások lebonyolítása a járóbeteg-szakellátásban, hogy tehermentesíteni lehessen a kórházakat. Át kell alakítani azt a (szakmai szinten is tetten érhető) közfelfogást, amely szerint a szakrendelők csak a kórházak „betegfelhajtójaként” és „műtéti előkészítőjeként” működjenek.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy a szakrendelők menedzsmentje megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

Az OEP vásárlói funkciójának megerősítése, a definitív ellátások kiemelt támogatása a járóbeteg-szakellátásban (akár kórházhoz csatolt, akár önálló szakrendelésről legyen szó).

Az ambuláns ellátás fejlesztését célzó, akár ágazati szinten menedzselt eszközfejlesztési projektek. Ahhoz, hogy az OEP erősíteni tudja vásárlói szerepét, tudnia kell, hogy mennyibe kerül az ellátás. Ahhoz, hogy értéken lehessen finanszírozni az egészségügyi szolgáltatásokat, 13 év után fel kellene végre újból mérni – megfelelően kidolgozott módszertan segítségével – az ellátások ráfordításait, ennek alapján megállapítva a beavatkozások díját.

– Milyen fő problémák várhatók a járóbeteg-szakellátásban a következő egy-két évben?

– A finanszírozó 2013-tól jelentősen csökkentette a depressziós finanszírozást a járóbeteg-szakellátásban. Ez mind a kórházak járóbeteg-szakrendeléseit, mind az önálló szakrendelések éves finanszírozásának 3,4%-át kitevő veszteséget is jelenthet a depressziós sávot ez idáig kitöltő szolgáltatók számára. Amennyiben a depresszív finanszírozás csökkentése miatt – a költségeik féken tartása végett – a menedzsmentek szűkítik az ellátásokat, az a várólisták növekedéséhez vezethet. A növekvő várólisták pedig a lakosság körében elégedetlenséget hozhatnak, amely mindenképpen elkerülendő. Ugyancsak komoly problémákat okozhat a humánerőforrás krízishelyzete is, amely megoldása a szűk gazdasági mozgástérrel rendelkező szakrendelők számára önállóan nem kezelhető. A betegutak szervezetlensége, a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás közötti „átmenetek” szabályozatlanságai ugyancsak már rövidtávon növelhetik a problémákat.

Dr. Éger István

A Magyar Orvosi Kamara elnöke

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az orvosok helyzetében?

– Véleményem szerint a 2008-ban kitört gazdasági válság nem okozott specifikus változásokat az orvosok helyzetében. Természetesen mindazon általános – a pénzromlást, a hitelpiac bedőlését, az egyes emberek anyagi lehetőségeinek beszűkülését okozó – következmények ugyanúgy sújtották és sújtják őket a saját szintjükön, mint bárki mást. Köztudott, hogy az ágazatban dolgozók jövedelmi helyzete évtizedes múltra visszatekintően rossz, s mondhatni a döntéshozónak „kapóra jött” a válság, úgymond van mire hivatkozni, amikor az egészségügyet továbbra is anyagi szempontból mellőzöten kezelik.

– Milyen mértékben növekedett az orvoshiány az egészségügyi intézményekben? Milyen eltérések figyelhetők meg az ország különböző térségeiben?

– Az orvoshiány növekedése folyamatos, és függetlennek tűnik a gazdasági válság közvetlen hatásaitól. Köztudott, hogy az előző pontban jelzettek miatt az EU-hoz történő csatlakozásunk napjától az orvos-emigráció folyamatosan nő, s már nemhogy eléri, de 4. éve közel másfélszeresen meghaladja a távozni szándékozók száma az ugyanazon évben frissen orvosi diplomát elnyerők számát. Ez pedig – figyelemmel a demográfiai változásokra, arra, hogy a napjainkban nyugdíjkorba lépő orvosok száma az ugyanazon évben frissen orvosi diplomát elnyerők számát. Ez pedig – figyelemmel a demográfiai változásokra, arra, hogy a napjainkban nyugdíjkorba lépő orvosok száma az ugyanazon évben frissen orvosi diplomát elnyerők számát. Ez pedig – figyelemmel a demográfiai változásokra, arra, hogy a napjainkban nyugdíjkorba lépő orvosok száma az ugyanazon évben frissen orvosi diplomát elnyerők számát.

– Milyen intézkedésekkel törekedtek az egészségügyi intézmények csökkenteni az orvoshiányból eredő problémákat?

– Ezt a kérdést szerintem elsősorban az intézmények menedzsmentjének, illetve az őket képviselő szövetségeknek kellene feltenni. Tagadhatatlan, hogy sporadikusan történtek jó lokális kezdeményezések, ám összegezve mégiscsak az a fájdalmas tény, hogy az egészségügyi intézmények – megfelelő eszközeik híján – nem lehettek képesek érdemben csökkenteni az orvoshiányt.

– Milyen feltételekre/intézkedésekre lenne szükség ahhoz, hogy az orvoshiányt enyhíteni lehessen? Figyelembe véve az ország gazdasági helyzetét is, milyen mértékű béremelés tudná javítani az orvosok helyzetét?



– Az orvoshiány enyhítésének kérdésénél mindenekelőtt nem feledhető, hogy egy kialakult súlyos hiányállapot közepeztette vagyunk, minek következtében egyes jó szándékú intézkedések – melyek egy jóval konszolidáltabb helyzetben hatékonyak lehetnének – önmagukban már hatástalannak. Vonatkozik ez elsősorban a béremelésre, melynek ütemezett, ám lassabb, fokozatos kivitelezése is eredményes lehetett volna, ha idejében, eltökélt módon, (a törvényben garantáltan) életpálya-szerűen fognak hozzá, de nem a jelen helyzetben. Most már, amikor „az egész ház lángokban áll”, minden eszközt be kellene vetni, sürgős, több lépcsőben történő jelentős béremeléssel, a munkakörülmények komoly javításával. Az ország gazdasági helyzetét szem előtt tartva sajnos ez valóban erőn felüli feladatnak tűnik, ám nem szabadna késlekedni, deklarálni kellene az egész-

ségügy stratégiai jelentőségét, és akkor mindjárt máshogy állnának hozzá a pénzügyek is. Látható, hogy egyébként tényleg nagyon fontos ügyekre (rezsicsökkentés, energiafüggetlenség irányába tett lépések, önkormányzati adóssághozzáterhelés) sok százmilliárdot fordítanak. Megfelelő politikai döntés, kellő prioritásképzés mentén, e célok teljesülését sem veszélyeztetve azért juthatott volna/juthatna lényegesen több forrás az egészségügyre. A 2012-ben realizált béremeléssel azonos mértékű, idénre, illetve 2014-re érvényes további két lépcső lenne a minimális minimum, már amennyiben a továbbiakra az életpályatervet törvénybe iktatnák. (Azaz összesen még kétszer 70 000 Ft, de mindenkinek és legalább az adott évre visszamenőleges hatállyal, ami végül is gyakorlatilag a középmezőnyben a bérek megduplázását eredményezhetné, és természetesen mindezt a mozgóbérek befagyasztásának azonnali feloldása kísérje.)

– A béremelésen kívül milyen intézkedésekre lenne szükség ahhoz, hogy az egészségügyi rendszerben hosszabb távon is elegendő orvos álljon rendelkezésre?

– Béremelésre! Nem elviccelve a kérdést, ám kerülve az ügyet folyamatosan körülengő álszerű ködösítést, igenis ki kell mondani, hogy a gyógyítók számára a megfelelő egzisztenciát garantáló bérszínvonal a perdöntő. Ez akkor is igaz, ha nyilván a munkakörülmények, a túlterhelés számos nehézséget okoz, és a külföldi munkavállalásban a vonzó külhoni munkafeltételek, a gyógyítás becsületének megléte is fontos. Azonban a megfelelő alapszínvonal és az ebből következően lényegesen jobban javadalmazott ügyeletek, magasabb mozgóbér-elemek a pályát vonzóbbá téve növelhetnék a belépők számát, és ezzel nemcsak a már-már bírhatatlan túlmunkateher csökkenhetne, hanem következményesen több energia és figyelem fordíthatna a minőségre, az egyéb feltételek megteremtésének kiharcolására is.

Dr. Balogh Zoltán

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnöke

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az egészségügyi szakdolgozók helyzetében?

– A szakdolgozók helyzetét kettős nézőpontból vizsgálhatjuk e kérdés kapcsán: az egyik a személyes, magánéleti hatások, a másik pedig a munkahelyen történt változások alapján. Mindkettő szempont szerinti számvetés azt mutatja, hogy a gazdasági világválság igen jelentős mértékben érintette az egészségügyi szakdolgozókat. A magánéleti analízis egyik kiindulópontja, hogy hogyan változtak a megélhetés körülményei az elmúlt években. Elmondható, hogy a szakdolgozók jelentős része csak többletmunkával, több álláshelyen történő munkavállalással tudta és tudja fenntartani magát és családját. Azok, akik ezt kevésbé, vagy egyáltalán nem tudták felvállalni, azok egyre inkább a hitelek felvételével tudták élet-színvonalukat biztosítani. E tendencia már a válság előtti időszakban kezdődött. A hitelfelvétel további oka, hogy a lakáshoz való hozzájutás egyetlen módja szintén csak e lehetőség volt. Az egészségügyi és szociális ágazatban dolgozó szakdolgozók 2005–2011 közötti fizetése oly mértékben elmaradt a nemzetgazdasági átlagtól, a közsférában alkalmazott más dolgozók átlagától, hogy a korábbi kormányzatok által kezdeményezett köztisztviselői, majd közalkalmazotti lakástámogatási kölcsönsomagok nem terjedtek el szakdolgozóink körében, pedig kamaránk erőteljes kampányt folytatott a pénzintézeteknél. A bankok számára oly nagyfokú kockázatot jelentett e célcsoport – első sorban a havi rendszeres jövedelem alacsony volta miatt –, hogy az így kialakított feltételekkel már alig vett fel forint alapú, lakáscélú kölcsönt egészségügyi szakdolgozó, azaz a többségnek maradt a deviza alapú megoldás. A válság e helyzeten erőteljesen rontott, számos devizahiteles szakdolgozó anyagi helyzete megrendült azzal, hogy a havi törlesztőrészlet növekedni kezdett. A fizetések növekedésének elmaradása, a többletmunka-vállalás maximalizálása, valamint a fizikai teljesítőképesség határa gátat szabtak a helyzet kezelésének. Az elmúlt években köztisztütnkhöz számos társunk fordult elkeseredésében, kilátástalan helyzetében anyagi támogatást remélve. Ha direktben pénzt nem is, de jó szót és lehetőségeket számos alkalommal kínáltunk. Olyan népegészségügyi programokra vontuk be kollégáinkat, amelyből legalísan olyan pénzösszeghez jutottak, amivel a krízist át tudták vészelní. A másik vizsgálati szempont kiindulópontja a kórházak, az egészségügyi intézmények, vagy azok fenntartóinak pénzügyi helyzete, például adósság-állományuk alakulása. A szolgáltatások, a termékek árainak európai szintűvé válásával egyetlenegy területen tudtak az intézmények már rövidtávon is pénzösszegeket megtakarítani: az alkalmazottak számának átgondolásával, csökkentésével, valamint a bérköltségek, illetve a bérjellegű kiadások növe-

kedésének lassításával, csökkentésével, vagy az alacsonyabb képzettségű (ezáltal alacsonyabb illetményű) szakemberek alkalmazásával. E tendenciák az ágazatban foglalkoztatott szakdolgozók helyzetét tovább rontották. Mind nehezebb munkahelyi körülmények között, csökkenő létszám mellett, átalakuló szakmai összetételű szakdolgozói kollektívák vitték és viszik vállukon az egészségügyet. A munkahelyi terhelés fokozódása miatt jellemző – melyet számos helyi és országos felmérés is igazolt –, hogy a szakdolgozói társadalom fizikailag és mentálisan is egy elhasználdó, a kiegészítés egyre rosszabb stádiumába tartó állapotba kerül.

– Milyen mértékben növekedett a szakdolgozóhiány az egészségügyi intézményekben? Milyen eltérések figyelhetők meg az ország különböző térségeiben?

– A GYEMSZI az elmúlt hetekben, az emberi erőforrással foglalkozó országos rendezvényeken, konferenciákon olyan adatokat kommunikál, mely szerint 6-7000 egészségügyi szakdolgozó hiányzik az ágazatból. Ez az adat nem meglepő, hiszen köztisztületünk is évek óta hasonló adatot, egyre fokozódó létszámhiányt jelez, egyszer a pályakezdő fiatal szakdolgozói munkavállalók elmaradása, másodsorban pedig a növekvő migrációs tendenciák, a pályaelhagyó és idősödő rétegek okán. Állításainkat a KSH adatbázisa is alátámasztja, mely szerint az egészségügyben, ha területi különbségek vannak is, de növekszik a szakdolgozói üres álláshelyek száma a kórházakban. Legkritikusabb a helyzet a nagyobb megyei, nyugat-magyarországi városokban és a fővárosban, Pest megyei intézményekben. Számos helyen a 10%-hoz közelít, sőt van olyan hely, ahol ezt meg is haladja. Mindazonáltal itt nagyon nehezen szervezhető meg a folyamatos, megszakítás nélküli munkarendben a biztonságos betegellátás, a minőségi betegápolás.

– Milyen intézkedésekkel törekedtek az egészségügyi intézmények csökkenteni a szakdolgozó-hiányból eredő problémákat?

– Az elmúlt évek gazdasági körülményei egyre inkább szűkítették azon intézkedések tárházát, mellyel a kórházak korábban éltek az egészségügyben dolgozók megtartására, elismerésére. Sajnos a vezetők számos helyen csak „darabban” gondolkodtak, azaz, hogy egy adott osztály, műszak kiállításához egy szakdolgozót kell alkalmazni. Ki lehet sajnos jelenteni, hogy a szakmai végzettség, a szakképesítés szerepe átértékelődött. Számos intézményben csak az vált fontossá, hogy egy adott műszakra, osztályra megfelelő darabszámú „fehér köpenyes” legyen, az, hogy ők milyen végzettséggel, milyen szakmai gyakorlattal állnak az ágyak mellett már egyre kevésbé került előtérbe. Az ágazatban zajló strukturális átala-



kítások, modellek e folyamatokat még ideológiával is kellő módon alátámasztották. A mátrix-rendszerben átalakuló intézményekben nem történt előzetes felmérés, felkészítés, folyamatos támogatás annak érdekében, hogy az ott dolgozó szakdolgozók is naprakész tudással, megfelelő létszámban álljanak a különböző estekhez. Az átalakuló járóbeteg-ellátási központokban dolgozókkal szembeni elvárások hasonlóan alakultak. Az orvosi ellátás széles, számos esetben túlspecializálódása mellett olyan univerzális asszisztens és szakasszisztenszt várnak el, akik 4-6, vagy ennél is több különböző szakrendelésen tud önállóan, az orvossal együttműködve, vagy elrendelése alapján önállóan dolgozni. Ugyanakkor e kollégák képzése, továbbképzése jelentős mértékben elmarad az elvárásoktól, szinte már visszalépés mutatkozik a múlt évszázadra.

– Milyen feltételre/intézkedésre lenne szükség ahhoz, hogy a szakdolgozói hiányt enyhíteni lehessen? Figyelembe véve az ország gazdasági helyzetét is, milyen mértékű béremelés tudná javítani a szakdolgozók helyzetét?

– Százezer szakdolgozó helyzetének egységes javítása szinte lehetetlen vállalkozásnak tűnik éppen a szakképesítési szintek igen változatos, valamint az alkalmazás feltételeinek különböző volta miatt. Ugyanakkor kiemelendő, hogy a szakdolgozók életkörülményeit gyorsan és közvetlenül befolyásoló intézkedések meghozatalával lehetne, kellene a kialakult helyzetet megoldani. Ennek egyik sarkalatos eleme a béremelés, ami az elmúlt évben – hosszú évek után – olyan érezhető változást hozott több tízezer szakdolgozónak, ami a havi, napi megélhetés nehézségeit enyhítette. E megkez-

dett folyamatot kell folytatni, legalizálni, azaz ágazati bértáblában rögzíteni (alapbéresíteni), a változó munkabéreket hozzá igazítani, valamint az illetménypótlékok rendszerét felülvizsgálni és kedvezőbb irányba változtatni, elismerve a folyamatos munkarendben, nehezebb munkaterületeken való foglalkoztatást. Ugyancsak fontos, hogy az ágazat azon területei nagyobb hangsúlyt kapjanak, ahol a tavalyi évi intézkedések nem hoztak látványos változást, pl. körzeti ápolók, védőnők, vagy egyáltalán nem is jelent meg semmi ebből, pl. otthoni szakápolás területén.

– A béremelésen kívül milyen intézkedésre lenne szükség ahhoz, hogy az egészségügyi rendszerben hosszabb távon is elegendő szakdolgozó álljon rendelkezésre?

– Szinte már elcsépelet gondolatnak hangzik, hogy ágazati szintű életpályamodell kellene kialakítani ahhoz, hogy az ágazatban egyre súlyosabban jelentkező emberierőforráskriszist megoldják. Ennek gondolata – legalábbis szakdolgozói vonalon – egyidős a köztisztület megalakulásával. 2004 óta közvetítjük azokat a modell-elemeket, összerakásával ágazati és társadalmi szinten lehetne kiszámítható jövőképet felvázolni mind az orvosok, mind a szakdolgozók számára. A modell elmeit, fő irányait a 2006-ban megjelent Zöld Könyv, majd a 2011-ben megjelent, sőt a Parlament által elfogadott Semmelweis-terv is részletesen tartalmazza. Az ágazat vezetői, a szakmai szervezetek, szövetségek markáns vezetői évek óta egyetértenek azzal, hogy kell egy modell, de ennek bevezetése, megvalósítása várat még magára. Az idő múlásával viszont az ágazat működtetésének kiszámíthatósága oly mértékben romlik, hogy a modell bevezethetősége helyett mindinkább a krízishelyzetek kezeléséről kell beszélnünk. Az egészségügyi szakképzés szétzilálásában a korábbi kormányzatok felelőssége vitathatatlan. Az elmúlt három esztendőben megkezdett, ugyanakkor elhúzódó rendbetétel oly mértékben nyitja azt az ollót, ami a pályakezdők és a pályafutásokat befejezők között mutatkozik, hogy az egészségügyi szolgáltatások, szolgáltatók megbízhatósága egyre tovább romlik. A képzőhelyek végeleges eltűnésével az újrakezdés is megkérdőjeleződik; hol lesznek azok a módszertani központok, iskolák, ahol kellő számban, a munkaerő-piaci igényekhez is igazodva folyik majd szakképzés? Ugyanakkor elvitathatatlan az is, hogy olyan folyamatok megkezdését látjuk ágazati szinten, melynek eredményeként esély van arra, hogy újra korszerű, a munkaerő-piaci elvárásoknak megfelelő szakképzési rendszer alakul ki. A közös siker reményében vesz részt köztisztületünk minden olyan egyeztetésen, ahol szakértői csapatainkkal támogatjuk a fejlesztéseket. Nyitni kell a társadalom felé, sok olyan „üzenetet” kell küldeni, amiben elsősorban a fiatalokat és szüleiket célozzuk meg pályaválasztásuk, jövőbeni szakmájuk választása idején. Nekünk szakdolgozói köztisztületeknek is fontos feladtunk van: ugyancsak helyesen kell kommunikálnunk azért, hogy az egészségügyi szakmát választókból mihamarabb olyan tudatos, hivatást gyakorló, kiművelt emberfő váljék, aki meg tud felelni a XXI. századi orvos- és egészségügy tudomány kihívásainak, s az orvos mellett, vele együtt, vagy éppen önállóan, illetve teamben tudja feladatát ellátni. Az egészségügyben működő köztisztületek további fontos szerepe a pályán lévő ápolók, szakdolgozók megtartása, motiválása, informálása, például a köztisztületek szolgáltató jellegének megerősítésével, bővítésével.

Dr. Stankovics Éva

A hatvani Albert Schweitzer Kórház főigazgatója

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az Ön kórháza működésének külső feltételeiben?

– A gazdasági válság természetesen az érintett országokban – az állami jövedelem-kiesések miatt – költségvetési csökkentést vont maga után, amely valamennyi ágazat mellett befolyásolta az egészségügyi ráfordítások alakulását is. Az Európai Unió által megkövetelt hiánycél szinten tartása is szigorú gazdaságpolitikát követel. A kiadások csökkentése miatt elkerülhetetlen volt az egészségügyi ellátás költségeinek visszafogása is. A válság hatásának számos olyan következménye volt, amely kórházunk működését is érintette. Emellett a Heves megyei egészségügyi ellátórendszer működését – így a hatvani kórházét is – előnytelenül befolyásolta a HospInvest Zrt. által fémjelzett időszak is, melynek vége egybeesett a gazdasági válság kezdetével. Természetesen a szigorodó vagy stagnáló finanszírozás melletti folyamatos működési költségnövekedés intézményünk gazdálkodását is jellemezte, mely közvetlenül az egészségügyi ellátásra fordítható kiadásokat csökkentette. Emellett a válság járulékos hatásai is érezhetőek a napi működés során, így különösen: a születésszámok folyamatos csökkenése, mely talán a tavalyi évben lelassult, illetve, köszönhetően a kormány családpolitikájának, már kismértékű növekedést mutat. A háztartások növekvő kiadásai miatt a prevencióra, egészségmegőrzésre egyre kevesebb forrás jutott, jut. Így az ellátórendszerben egyre több az elhanyagolt, rendkívül rossz egészségi állapotú beteg, akiknek a kezelése az egészségbiztosítónak, így a kórháznak is jóval többbe kerül. Nem segít ezen a helyzeten a társadalom korösszetétele sem. Az uniós csatlakozás után, illetve a válság miatt befagyasztott bérek hatására egyre nagyobb lett a humánerőforrás-elvándorlás, mely a jelenlegi egészségpolitikának az egyik legnagyobb megoldandó feladatát adja. A munkaerő itthon tartása küzdelmes és költséges folyamat, mely jelentős forrásokat von el az egészségügy egyéb területeitől, és erősen megköti azok felhasználásának lehetőségeit is. Ennek hatásait nap mint nap érezzük a működésünk során.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság az Ön kórháza működésének belső feltételeit?

– A válság kezelése miatt szükséges megszorító intézkedések erőteljes befolyást gyakoroltak az intézményi stratégiákra, fejlesztési tervekre. A költségek szigorú féken tartásának szükségessége felgyorsította az amúgy is tervezett (Simmelweis-terv) tulajdonosi struktúrában történő váltást (állami tulajdonlás), módosította a legtöbb kórház kapacitását, ellátási profilját és területét, több helyen integrációk végrehajtását indukálta. A 2012. év első félévében az egész országot érin-



tő fekvőbetegstruktúra-átalakítás meghatározó szereppel bírt a hatvani kórház fekvőbeteg-ellátásának működésére is. Az átalakítás kórházunkat több szempontból is kedvezően érintette: a kórház aktív fekvőbeteg-ágylétszáma változatlan maradt, de az osztálystruktúra némileg változott, amely magasabb szintű ellátást tesz lehetővé. 2012. első félévében sorozatos egyeztetéseket követően meghatározásra került az új Területi Ellátási Kötelezettség (TEK). A kórház minden szakmában „régit új” területeket kapott „vissza”. Természetesen a gazdasági válság miatti büdzsékarcsúsítás is hatással van egy egészségügyi intézmény működésére. Emellett ugyanakkor megítélésem szerint intézményünk nehézkes gazdálkodása főleg abból adódik, hogy az indokoltnál jóval alacsonyabb TVK-súlyszámmal gazdálkodunk, mely két korábbi körülménynek köszönhető. A HospInvest fenntartása alatt jelentős TVK-kapacitás átcsoportosítása történt más Heves megyei intézményekbe, mely azóta sem került vissza a hatvani kór-

házhoz. A 2007-es átalakítások következtében az aszói kistérség fekvőbeteg-ellátása a hozzá tartozó TVK-val együtt részben a kistarcsai, részben a Péterfy Sándor utcai kórházhoz került. Utóbbi ellátási terület 2012. július 1-jén visszakerült a kórházhoz, ugyanakkor a finanszírozás nem igazodott ehhez. Ez a tény már inkább köszönhető a válság következményének, ugyanis az OEP a szűkös források miatt az átalakulás által megkívánt mértékű többletfinanszírozást nem tudja biztosítani az intézmények részére.

– Milyen intézkedésekkel törekedett az Ön kórházának a menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– Joggal gondolhatnánk, hogy egy intézményvezetőnek a válságmenedzselés széles eszköztára áll rendelkezésére, melyektől egy szervezeten belül jelentős költségracionalizálást várhatunk. Ez részben így van. Ugyanakkor az eszköztár nagy részét az egészségügyi intézmények többsége a lehetőségek keretein belül már kimerítette. Ezek többségét intézményünk is eredménnyel alkalmazta. Legyen az pénzügyi kezelés (szállítói tartozások átütemezése, raktárkészlet-minimalizálás, fizetési határidő növelése, bár ez utóbbin a közgazdászok többsége vitatkozik, közbeszerzések lebonyolítása). Számos intézkedést vezettünk be az eredményjavítás érdekében (keretgazdálkodás, kódolási eljárások fokozott felügyelete, központi igazgatás racionalizálása, különböző méretű kapacitáscsökkentés). Nagyon sok változást sikerült elérnünk az orvos- és ápolószakma segítségével, melyeknél azonban a szakmai protokollok mindig szabnak egy határt (diagnosztikus, terápiás gyakorlatváltás stb.). Természetesen mindig van olyan apró kis lyuk, amit sikerül betömni, ugyanakkor lassan az intézményi kereteken belül felhasználható eszköztár végére érkezünk. Elkerülhetetlenné válik a finanszírozási rendszer átalakítása.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– Régi mondás: „a kényszer nagy úr.” Többen megtapasztalhattuk már, hogy egy utazás során, ha elkeveredik a poggyásznak, hosszú napokig egész kevés szükségleti tárggyal, ruhadarabbal jól érezhetjük magunkat. Sokszor egy-egy válsághelyzetre sikerülhet olyan hosszú távon alkalmazható válaszokat találni, amelyek normál működés esetén fel sem merültek volna. Mi is így próbáltunk, próbálunk gondolkodni. Egy cél lebeg minden esetben a szemünk előtt: a kórháznak működni kell, a betegellátásnak folyamatosnak kell lennie. Mindenképp pozitív folyamatként értékelem, hogy a kórházban 2011-ben ismételtelen bevezetésre került a kontrolling-tevékenység, mely azóta megerősítésre került, mégpedig úgy, hogy hozzáillesztettük a KVIK-KON kórházi kontrolling programot. Ezáltal helyben történik az adatfeldolgozás, így a vezetésnek lehetősége van naprakész, osztályszintű adatszolgáltatásra, megvalósítva a kontrolling alapvető feladatát, hogy a kitűzött céltól való eltérések mielőbb kimutatásra kerüljenek, és ezekre az azonnali beavatkozás érdekében döntési javaslattétel történjen. A beavatkozások megalapozottságát és végrehajtását projekt- és intézkedési tervek segítik.

– Melyek az Ön kórháza menedzsmentje számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– A hatvani kórház a következő években jelentős kihívások előtt áll, melyet uniós forrásokból szeretnénk megvalósítani:

- a) Sürgősségi ellátás fejlesztése – TIOP 2.2.6/12/1/B (beadás előtt)
- b) Központi műtőblokk kialakítása – TIOP 2.2.6/12/1/B (beadás előtt)
- c) Homlokzati szigetelés és rekonstrukció – KEOP (beadásra került)
- d) Járóbeteg-rehabilitációs központ kialakítása ÉMOP-4.1.2/A (elnyert támogatás, 2013 áprilisában indul a kivitelezés.)
- e) Integrációs lehetőségek: Az aszói szakrendelő integrálása (2013. április 1-től valósul meg).

Az uniós forráselosztásnál mindenképpen pozitív változást hozott az a fenntartó által bevezetett új gyakorlat, mely szerint az egészségügyi ellátórendszerbe irányított forrásallokáció történik. Így elkerülhető az a sajnálatos, korábban követett gyakorlat, amikor is a forráselosztásnál nem vették figyelembe a kórház egészségügyi ellátórendszeren belül betöltendő jövőbeni helyét, szerepét.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy az Önök kórháza megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– Gazdasági válságtól függetlenül is mindenképpen szükség lenne olyan jogszabályra, amely egységesen határozná meg az egészségügyi intézményrendszer valamennyi szintjének működési kereteit és státuszát. Az ellátórendszer gazdasági társaságként működő kórházai e hetekben alakulnak vissza költségvetési intézménnyé. Ez a társasági működési forma sok vitára adott okot. Egy dolgot azonban biztosan kijelenthetünk: az intézmények OEP-forráson kívüli bevételszerző képességét javította. A válság okozta hatásokra a rugalmas működésnek köszönhetően gyorsan tudott reagálni. Félő, hogy a létrejövő költségvetési szerv működési keretei az egészségügyi ellátórendszer még fennálló gazdálkodási nehézségeire vagy a válság által indukált rendkívüli helyzetekre nagyon szűk mozgásteret engednek majd. Az egészségügyi intézményrendszernek olyan működési formára van szüksége, amely képes a XXI. századi kihívásokra megfelelő időben és módon reagálni.

– Milyen fő problémák várhatók az Ön kórháza működésében a következő egy-két évben?

– Leszögezhetjük, hogy napjainkban bármilyen közfeladatot ellátó intézmény vezetője – a gazdasági környezet hatásai miatt – kinevezése elfogadásakor válságmenedzselésre vállalkozik. Egyrészt az uniós támogatásoknak köszönhetően több fejlesztés is várható intézményünkben. Ezek hosszú időre meghatározzák egy egészségügyi intézmény jövőjét. Ugyanakkor a finanszírozásból adódó nehézségek folyamatos küzdelmet jelentenek úgy az intézménynek, mint a fenntartónak. Éppen ezért ezen a területen jelentős változásra lenne szükség. Az egészségügy átalakítása, reformja, struktúraváltása több cikluson átívelő, politikailag nagyon érzékeny program. Ezért is mondható el az, hogy a rendszerváltás utáni kormányok ez idáig oly „kímélt üzem módban” közeledtek felé. Ugyanakkor az elmúlt évek igen nagy ívű átalakítása után a lassan letisztuló ellátási struktúra, a definiált ellátási kötelezettségek, az egységes tulajdonosi és fenntartói struktúra véleményem szerint lehetővé tennék a finanszírozási rendszer átalakítását is. A gazdasági környezet kedvezőtlen hatása is gyengülni látszik. Az intézményrendszer pedig várja a struktúraváltás befejezését.

Kaszás Erika

A salgótarjáni Szent Lázár Kórház gazdasági igazgatója



– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az Ön kórháza működésének külső feltételeiben?

– A 2008 óta tartó gazdasági válság éreztette hatását az egészségügyi szektorban. A kórházak külső működési feltételei nehezebbek lettek, két okot mindenképp a válságnak tudhatunk be. Az egyik ok, amely megdrágította a működésünket, az euro-árfolyam emelkedése. Az egészségügyben felhasznált eszközök, anyagok között magas az importtermékek aránya, a beszállítók – amikor azt egyébként megkötött szerződés nem tette lehetetlenné – természetes módon érvényesítették és hártották át az árfolyamnövekedés terheit. Egyetlen példát hadd említsek: a kórházak által nagy tételben felhasznált, európai cég által forgalmazott, nagyon régóta központosított beszerzésű termék esetében a válság előtt 2007-ben 4,69 forint volt a központosított beszerzési egységár, amely 2012-re 8,54 forintra emelkedett. Mindenképp külső

nehezítő körülménynek kell tekintenünk a bankrendszerben bekövetkező kedvezőtlen folyamatokat is. A kórházi beszállítók már 2008 előtt is együtt éltek azzal a ténnyel, hogy a kórházak egy része tartozást halmoz föl, melyet rendszerint év végén, a kasszamaradványok kifizetését követően rendez. Mindezt a beszállítók, különösen a magyar tulajdonú, méreteiben kis- vagy középvállalkozások banki közreműködéssel kezelték, amelynek lehetőségei az óvatosabb, visszafogottabb banki magatartás miatt jelentősen szűkültek. Itt is szeretnék egy példát megemlíteni: a válság előtt az úgynevezett banki közvetítő cégek szinte „üldözték” az adós kórházakat a szállítói számlák faktorálásáért. Napjainkban szinte nincs bank, amelyik felvállalná bármely beszállító, illetve bármely kórház ilyen jellegű kérését.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság az Ön kórháza működésének belső feltételeit?

– Természetesen belső hatásai is érezhetőek a gazdasági válságnak. Én magam – tekintettel arra, hogy kórházunk az ország egyik legrosszabb szociális és egészségügyi mutatókkal rendelkező területén működik – elsősorban azt a vetületét emelném ki, amely a dolgozók jövedelmi viszonyainak romlását mutatja. A munkalehetőségek beszűkülése, a havi fizetésből kigazdálkodhatatlanra ugró hiteltörlesztések miatt megindult egyfajta munkaerő-elvándorlás. Sok nővér egyedüli keresővé vált a családban, ezért a legkisebb többletjövedelem reményében is eltávozott, vagy egyenesen külföldre, de legalábbis Budapestre, ahol még ezekben az években is magasabbak voltak a szakdolgozói bérek, volt cafetéria, stb. Kórházunk ezt a versenyt nem tudta, s nem tudja ma sem tartani, így megnehezedett a humán erőforrás tekintetében a szakmai minimumfeltételek teljesítése.

– Milyen intézkedésekkel törekedett az Ön kórházának a menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– A viszonylagos gazdasági egyensúly fenntartása egyértelműen megnehezedett az elmúlt években. Azon kórházak, akik a válság hatásai nélkül is küzdöttek az adóssággal, jelentősen rosszabb helyzetbe kerültek. Ők a válságkezelésnek és a takarékosági intézkedéseknek minden formáját már évek óta alkalmazták. A rendszerben több tartalék nem lévén eljutottak abba a fázisba, amikor is a bérfizetés kerül veszélybe, mert a betegellátás nem kerülhet. Az előző pontokban vázoltak miatt is a beszállítók jelentős része áttért az azonnali, de legalábbis rövid fizetési határidejű utalásra, részletfizetési megállapodásokat nem kötnek. Már nem számít az adott kórházzal a korrekt kapcsolat fenntartása, jutalékos rendszerben dolgozó „adósságbehajtó” munka-

társakat alkalmaznak. Nincs, vagy egyre szűkebb tehát azon módszerek lehetőségei száma, amely megkönnyíti a napról-napra élést, a betegellátás feltételeinek biztosítását. Azok a kórházak, akik kielégítő likviditással rendelkeztek a válság évei előtt, most kezdik alkalmazni azokat a technikákat, amelyekkel takarékoskodni lehet. Bevezették az osztályos keretgazdálkodást, az üzemgazdasági szemléletű könyvelést, a Kollektív Szerződésben visszatérnek a jogszabályokban rögzített minimumra.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– Amennyiben ez utóbbiak pozitív folyamatoknak nevezhetőek, akkor kétségtávol a válság előidézte „eredménynek” tekinthető, hogy általánossá vált a takarékos gazdálkodás.

– Melyek az Ön kórházi menedzsmentje számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– Az elkövetkezendő egy-két év legfontosabb kihívása a kórházak menedzsmentje számára az, hogy biztosítani tudják a működőképességet mindaddig, amíg az államosításból, a közös fenntartásból, a közös beszerzésekből eredő megtaka-

rításokból, a betegellátás esetleges centralizációjából eredő megtakarítás teljesen ellensúlyozni tudja a válság negatív pénzügyi hatásait. Én magam az állami költségvetés teherbírását figyelembe véve nem látok esélyt jelentős növekedésre az egészségügyi közkiadások területén.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy az Önök kórháza megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– A kórházak menedzsmentje véleményem szerint alapvetően jól alkalmazkodott a jelenlegi feltételekhez. A GYEMSZI lehetővé tudja tenni a tapasztalatok cseréjét, bizonyos válságkezelési technikák általánossá tételét.

– Milyen fő problémák várhatók az Ön kórháza működésében a következő egy-két évben?

– A kórházi szektorban a válságkezelésen túl általános problémát jelent majd a humán erőforrás hiánya, már nem csupán a szakorvos, szakdolgozó, de az egyéb diplomások, például a gyógyszerészek, gyógytornászok is hiányoznak a rendszerből. Előre nem látható még a hatása annak, hogy év közepén az uniós direktíva kötelező betartása miatt a határokat meg kell nyitni a betegek előtt.

Dr. Svébis Mihály

A Bács-Kiskun Megyei Kórház főigazgatója

– Milyen változásokat idézett elő a 2008 óta tartó gazdasági válság az Ön kórháza működésének külső feltételeiben?

– Több éve megszűnt a költségvetési szerveknél az a bázis-szemléletű költségvetési tervezési metodika, mely alapján az előző évek költségvetési adatait megemelték az infláció mértékével. Az új gyakorlat az egészségügyi intézmények finanszírozását az elmúlt 15 évben reálértékben mintegy 50%-ára csökkentette. Ez nyilvánvalóan összefügg a gazdasági válsággal is, valamint az országon belüli erőforrások, illetve prioritási rendek is megjelennek e finanszírozási technikában.

– Hogyan érintette a 2008 óta tartó gazdasági válság az Ön kórháza működésének belső feltételeit?

– A folyamatos, reálértékben mért forráscsökkenés hatására rendkívül szigorú bér- és létszámgazdálkodást, valamint a dologi előirányzatoknál keretgazdálkodást kellett bevezetnünk. Ennek hatására tudtuk évről évre egyensúlyban tartani gazdálkodásunkat (szolid nyereséget elérni).

– Milyen intézkedésekkel törekedett az Ön kórházának a menedzsmentje alkalmazkodni a változó feltételekhez?

– Sajnálatos módon a szigorú, takarékos gazdálkodás évről évre erősödő formában érintette a bér-, felújítási- és beruházási kereteket. Csökkentenünk kellett a cafetéria-juttatásokat, amelyek ma már szinte teljesen megszűntek. Néhány területen tudtuk csak fenntartani a szociális jellegű támogatásainkat, így az étkezési, az utazási, valamint a továbbképzésekhez kapcsolódó támogatásokat tudtuk csak megmenteni. A beruházások és felújítások területén is folyamatosan csökkentek az előirányzott összegek, mára már a „havária-jellegű” beruházásokra maradt forrás. 2012-ben a GYEMSZI belépésével módosult lehetőségeink rendszere, és csak a célzott jellegű fejlesztésekre kaptunk forrást:

– szűk keretben vis maior eseményekre, valamint
– a struktúraátalakítási és integrációhoz kapcsolódó fejlesztésekre nyílt lehetőségünk.

A Megyei Kórház működésének egyensúlyát nagymértékben segítette a 2010/2011. és 2012. évben kapott, év végi kassza-sóprésekből származó támogatás-kiegészítés.

– Idézett-e elő pozitív folyamatokat is a válságból eredő gazdasági kényszer?

– Természetesen a gazdasági kényszer is hozott pozitív folyamatokat, ugyanis beruházásaink, felújításaink nagy részét saját munkatársainkkal végeztetjük el, az ő leleményességüket, tudását felhasználva tudjuk csak a felmerülő problémákat megoldani.



– Melyek az Ön kórháza menedzsmentje számára a legfontosabb kihívások a következő egy-két évben?

– A kalocsai és a kiskunfélegyházi kórházak integrációjának megvalósítása,
– Orvosok, szakdolgozók és a gazdasági-műszaki dolgozók megtartása,
– Beruházási, felújítási pénzeszközök megszerzése, annak érdekében, hogy a kórház műszaki állaga ne romoljon,
– Az infláció és az árfolyammozgás hatásainak kivédése.

– Milyen feltételekre lenne szükség ahhoz, hogy az Önök kórháza megfelelően tudjon alkalmazkodni ezekhez a kihívásokhoz?

– Mindenekelőtt a legfontosabb – az élőkommunka-szükséglet biztosítása érdekében – valamennyi dolgozó bérének rendezése, természetesen kiemelve az orvosi munkakört, de

a szakdolgozók és az igazgatás, gazdasági-műszaki ellátás dolgozóit sem szabad figyelmen kívül hagyni, annak érdekében, hogy intézményünk meg tudja őrizni működőképességét a munkatársak egymásra épülő feladatellátásával (megfelelő szakemberek nélkül nem lehet teljesíteni),

- Indokolt a teljesítményvolumen-korlát (TVK) díjtételének emelése,
- Szükséges lenne a Megyei Kórház járóbeteg- és laborpont-számának legalább 30%-os emelése, mivel teljesítményeink a lehetőségeket drasztikusan meghaladják,
- Semmiképpen sem halasztható az amortizáció forrásának megteremtése, a kórházak épületeinek és gép-műszer rendszereik színvonalának megőrzése érdekében (a Semmelweis-terv is támogatja e kérdéskör rendezését).

Az ország gazdasági növekedésének megindulásával bízhatunk a pénzügyi források további növekedésében.

– Milyen fő problémák várhatók az Ön kórháza működésében a következő egy-két évben?

- Orvoshiány, legerősebben Kalocsán és Kiskunfélegyházán, de ma már Kecskeméten is. Az orvoskollégák megszerzése egy-egy állásra ma már sokszázezer forintos bért igényel, amire a jelenlegi finanszírozás nem nyújt fedezetet.
- Az elhúzódó gazdasági válság miatt a szükségleteinkhez képest csak kisebb pénzügyi forrás fog rendelkezésre állni az ország gazdaságának fellendüléséig, emiatt szigorú, következetes gazdálkodásunkat tovább kell folytatni.
- Mindenképpen forrást kell szereznünk a Pólus projekt (TIOP-2.2.7) befejezéséhez, mely beruházás során az Izsáki úti telephelyünk megszüntetésével számottevő költségcsökkenés tudunk elérni.

Az egészségügyben már csak hivatástudattal lehet dolgozni

Harminc év vezetői tapasztalatát nehéz egy-két oldalban összefoglalni, még ha azt a magyar egészségügyi ágazatba begyűrűző válságra szűkítjük is. Ari Lajost mégis arra kértük, fogalmazza meg, hogy pályája során miként élte meg a válsághelyzeteket, mely okokhoz köti elsősorban ezeket, és milyen intézkedések, gyakorlati megoldások jelenthetik a kiutat.

■ Dr. Szepesi András, Bene Zsolt

– *Az Egészségügyi Gazdasági Szemle aktuális számát a gazdasági válság elemzésének szántuk: a magyar egészségügyre gyakorolt hatását igyekszünk több nézőpontból is bemutatni.*

– Nagyon örülök, hogy a lap a Magyar Kórházzövetség kongresszusán megjelenő száma ezzel a problematikával foglalkozik, és elismert elméleti szakemberek, illetve a szakmát, menedzsmentet gyakorló emberek is nyilatkoznak, és ezzel az interjúval magam is közéjük tartozhatom. Miután már nyugdíjba vonultam, más kontextusba – az elmúlt három évtized történelmi folyamatába – helyezném a tárgyalt problémát, mint azon kollégák, akik jelenleg még aktív részesei a válságkezelésnek. Az az érzésem, hogy a magyar egészségügy, amióta vezetőként dolgozom, gyakorlatilag szinte folyamatosan az átalakulás és a válság hullámaival kellett megbirkózzon. Igaz ez még akkor is, amikor voltak jobb időszakok – ilyen volt például a forráscsere éve, amikor a társadalombiztosítás megalakult, és bizonyos források átkerültek az egészségüghöz, más kifizetések viszont kikerültek onnan (a GYES, GYED, családi pótlék, illetve a fenntartáshoz szükséges pénzek cserélődtek ki).

– *Milyen válságtényezőket nevezne meg, melyeket gazdasági igazgatóként élt meg pályája során?*

– Éppen a napokban, egy előadásra készülve áttekintettem, hány kormány és miniszter fordult meg az ágazatban a pályafutásom ideje alatt. Az eredmény megdöbbentő: kilenc kormány működött, ami ennyi átalakítást, struktúraváltást, új vezetőket, új feladatokat, terveket és szemléletet jelentett. Miniszterből tizenkilencet számoltam, a kicsivel több mint húszéves társadalombiztosításnak pedig tizenegy főigazgatója volt. Az egészségügyi forrásokat korábban a szakszervezetek, majd egy választott önkormányzati testület, később a Pénzügyminisztérium felügyelte – most pedig az Egészségügyi Minisztérium. Mindez azt mutatja, hogy állandóan ideoda rángatták ezt a szerencsétlen ágazatot. 2000-ben megjelent egy könyv az akkori Miniszterelnöki Hivatal kiadásában, Az egészségügy a leghatékonyabb ágazat címmel. Sajnos nem sok ember ismeri, pedig nagyon komoly elemzések találhatók ebben. Olyan szerzők működtek közre, akik később

miniszterek lettek – például dr. Mikola István – és olyan kollégák dolgoztak benne, akik jó része még ma is aktív kórházigazgató, vagy nyugdíjazásuk folytán éppen most váltak ki a rendszerből. A szerzők ugyanazokat, az ágazatot sújtó gondokat taglalják, amelyeket nyertlen kétévesként, egy kissé felindult olvasói levélben írtam a Népszabadságnak, még 1984-ben. Ugyanezen problémák egy évtizeddel később, 1994-ben egy EGVE-felmérésben is megjelentek. Néhányat kiragadnék közülük: értékarányos finanszírozás, a lakosság szükségleteihez igazodó, teljesítmény-orientált, progresszív, fenntartható betegellátás, az amortizáció kérdése, életpályamodell, a dolgozók tisztességes bérezése, az ágazat műszaki-strukturális állapota, a túlzott adminisztráció, paraszolvencia. A legutóbbi évek folyamatos jogalkotását képtelenség tisztességesen nyomon követni.

– *Az említett, régen fennálló, valamint újabb és újabb nehézségek ellenére – ha időnként meg is rogyan – mindmáig talpon maradt az ellátórendszer.*

– Ennek az ágazatnak folyamatosan bizonyítania kell a teherbíró-képességét. Olyan feladatokat végeztünk el, és a jelenleg is végeznek a kollégák, amit a fejünkre olvasnak. Az egészségügy tette lehetővé a rendszerváltás vértelenségét – ezt egy akkor regnáló politikus mondta –, mert a megszűnő nagyiparból és a bányászatból kikerülő tömeget rokkant-nyugdíjba küldték. Ma számon kérik az ágazattól, hogy ezt miért tette? Biztosan voltak visszaélések is, nem vonom kétségbe, hogy néhány alkalommal csalárd módon történt a leszállékolás, de azt is tudomásul kell venni, hogy az emberek nagy része nem volt átképezhető, vagy a koruk miatt az akkori munkahelyzetben már nem lehetett őket alkalmazni, és ez a helyzet ma is. Most folyik a rokkantak felülvizsgálata, munkába szeretnék őket állítani, csak éppen a nagyfokú, tíz százalék feletti a munkanélküliségről feledkeznek meg. A fiataloknál lényegesen nagyobb ez az arány. Tessék megnézni, hogy mindenütt megoldott-e akadálymentesítés? Hogyan tudnak eljutni a mozgásukban korlátozottak a munkahelyre? Van-e elegendő távmunka? Működik-e a részmunka? Úgy kellene reorganizálni az egészségügyet, hogy azt is szemünk előtt



kell tartani: nem „békeidőket”, hanem problémákkal terhes, világméretre kiterjedő – hol mélyülő, hol pedig laposodó – gazdasági válságot élünk, melyhez sajnos egy nagyon komoly erkölcsi-morális válság is hozzátartozik.

– Mikor kezdődtek a gondok az intézmények gazdálkodásában... talán a finanszírozás megváltoztatásával?

– A teljesítményarányos finanszírozással – amit 1993-ban vezettek be – önmagában nincs baj. Azzal már inkább, hogy az utóbbi években folyamatosan változik a valuta értéke. Az Európai Unió tagjai vagyunk, és – tudomásom szerint – szeretnénk bekerülni az euróövezetbe is, amely ugyan egyfajta pénzügyi biztonságot nyújt, de emellett komoly házi feladatot is ró a kormányzatra. Gyakorlatilag mindent a világpiacra vásárolunk meg, ami az egészségügynek szükséges – legyen az az energia, a diagnosztika és az egyéb gépek-műszerek-berendezések, vagy az eszközök, a szerszámok és a gyógyszerek. Ezzel azonban nem tart lépést a finanszírozás. Az, hogy egy állam miként viszonyul a jóléti szolgáltatásokhoz – melyekbe beletartozik például a nyugdíj, a táppénz és az egészségügyi ellátás –, abból is kiderül, hogy GDP-arányosan mennyit költ ezekre. Amennyiben megnézzük az OECD összehasonlító adatait, azt látjuk, hogy Magyarország rosszul teljesít, mert ezen a téren gyenge a mutatónk. A Visegrádi Négyek adatait tekintve is az utolsó helyen kullogunk. A problémát még egy dolog árnyalja: nemcsak az a fontos, hogy összességében mennyit fordítunk az ágazatra, hanem hogy az állam, a társadalom mennyit fordít rá, mekkora a közfinanszírozott rész. Sajnos itt még kétségbetűzőbb a helyzet. Emellett Ma-

gyarországon nemzeti sportnak számít az adó- és tb-járadék-elkerülő módszerek alkalmazása. Mindig mérgeződik, amikor például a tisztességes bérek helyett a cafetériáról esik szó. Azt az álláspontot képviselem, hogy a cafetéria csak jutalmazás lehet, egyedi esetekben. A cafetéria igénybevétele akkor üt majd vissza – 15, 30 vagy 40 év múlva –, amikor a dolgozó nyugdíját számolják. Ez az összeg természetesen hiányozni fog – persze nemcsak a nyugdíjából, az ellátókasszából is. Még akkor is, ha ma már másképpen adózik a cafetéria. Ezen körülmények azt eredményezik, hogy nem jó az egészségügyben dolgozni: a bérek alacsonyok, nincsen életpályamodell. Sírva fakadhatunk, ha ránézünk a közalkalmazotti bértáblára, hiszen a minimálbérből kiindulva összetolódnak a kategóriák. Alig van különbség a legalacsonyabban képzett pályakezdő és az életpályája legvégén lévő, legmagasabban képzett munkavállaló között.

– Hogyan lehet így megtartani és motiválni a kollégákat?

– Roppant nehéz! Mondok egy példát. Az egészségügyi ellátásban a háziorvosnak van a legfontosabb feladata, hiszen ő a „kapuőr”, az egészségünk gondozója, családorvos – az orvos-beteg kapcsolat itt lehet a legszemélyesebb. Jelenleg kétszáz körül van az üres háziorvosi praxisok száma. Ha megnézzük az életkori eloszlást, a háziorvosok több mint hatvan százaléka ötven és a kilencven év közötti. Nem tévedés, 90 éves háziorvos is dolgozik! Az 59 év feletti, alapellátásban dolgozó orvosok harminc százalékban képviseltetik magukat. Az információt az Állami Számvevőszék (ÁSZ) jelentéséből vettem. A publikus adat az ÁSZ honlapján megtekinthető. Ha ez így megy tovább, kiürül ez a szakma. Ki lesz az egészségünk őre?

– Folyik a számháború az orvismigrációs adatokon. Az Ön vezetői időszakában a jól képzett szakemberek közül sokan kerestek más országban állást?

– Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben jó néhány orvos, gyógytornász és ápoló választott külföldi munkahelyet. Minden kolléga távozása veszteség, de számomra a legfájóbb a magasan kvalifikált, nagy munkabírású – és nem utolsó sorban jó humorú – dr. Jeszenszky Dezsőnek és gyógytornász feleségének külföldre távozása volt. Ők még akkor mentek el, amikor a pályám első harmadában dolgoztam. Gazdasági igazgatóként már ráláttam a szakmára, de nem tudtam érdemben befolyásolni a döntésüket. Jeszenszky Dezső ma egyike Európa legkeresettebb gerincsebészeinek. Nagyon sok magyar gyereket operált szkoliózissal és egyéb súlyos gerincsérülési problémával. Dezső tanulni ment ki, és haza akart jönni. Szeretett volna egy húszágyas osztályon egy gerincsebészeti központot létrehozni. Ezt azonban nem sikerült elérnie. Egy évben egyszer hazajön, számos gyermeket kezel, ellenőrzi a korábban ellátott betegeit, követi életútjukat. A korábbi generáció nehezebben mozgott, mert az átlagnál jobban képzett, lelkes, szorgalmas orvos sem feltétlenül beszélt idegen nyelveket, hiszen régebben a diplomához nem volt feltétel a nyelvvizsga. A mi generációnk a beatzenéből tanulta az angol nyelvet, megpróbáltuk lefordítani a rádióban hallott dalok szövegét. A mai diplomás fiatalok viszont akár több nyelven is beszélnek, mert a diploma alapvető feltétele a nyelvtudás. Óriási a különbség, kint tárt karokkal várják őket. Az idősebb generációt is szívesen fogadják, gondoljunk csak a skandináv országokra. Elképesztő, hogy a tisztán az agyukkal dolgozó magyar pszichiátereket is nagy számban alkalmazzák

például Svédországban. Ha a jelentkező orvost alkalmasnak találják gyógyítani, irány a spanyol tengerpart egy intenzív nyelviskolával – ezt követően állítják munkába. Mi pedig orvosgenerációkat veszítünk el, iskolák szűnhetnek meg.

– Tavalý, nyugdíjba vonulása évében az EGVE elnökségében is megváltozott a pozíciója, jelenleg a szervezet előző elnöki tisztjét látja el. Mit jelentett Önnek pályája során az Egészségügyi Gazdasági Szemle folyóirat?

– Pályakezdő kórházigazgatóként már ismertem Kövesi Ervint, az Egészségügyi Gazdasági Szemle (EGSZ) főszerkesztőjét. Akkoriban az EGSZ jelentette a hozzáférhető egészségügyi szakmai irodalmat. Ervin nyolcvanéves korát meghazudtolva ma is elképesztő munkabírással rendelkezik, éjjel-nappal, szombaton, vasárnap és ünnepnapokon is dolgozik. Az EGSZ a minisztérium és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete közös lapja – bölcs döntés volt, hogy a tárca bevonta az EGVE-t is a folyóirat szerkesztésébe. Ezért tizenhárom éven keresztül EGVE-elnökként felelős kiadója voltam a lapnak. Az utóbbi években az EGSZ számos változáson ment át tartalmában és külső megjelenésében is. Úgy gondolom, hogy most nagyon jó kezek gondozzák. A most kiadásra kerülő tematikus számok valóban hasznos segítői az elméleti felkészülésnek. A lap struktúrája kitűnő, megfontolandó, hogy a gyakorlati munkát ismeretető kol-

légák szakcikkei is helyet kapjanak. Ahol még kompromisszumot kell keresni, és megoldást kell találni: az egészségügyi termékek túlzottan szigorú reklámtilalma visszaveti az egészségügyi lapok kiadását. Egészségügyben dolgozókat szaklap támogatásával korrumpálni nem lehet, sőt éppen ellenkezőleg. Ennek felülvizsgálatát több alkalommal jeleztük a jogszabály-módosítások alkalmával.

– Mit üzen a kollégák és az egészségpolitika felelős irányítói számára?

– Az elmúlt harminc esztendő – és különösképpen az elmúlt néhány év – tapasztalatai alapján úgy ítélem meg, hogy a portástól a főigazgatóig, a főigazgató-helyettestől a konyhalányig valamennyien erejükön felül teljesítenek. Az elhivatottság elsősorban az orvosoknál és a nővéreknél tetten érhető, de ugyanilyen hivatástudattal dolgozik a legtöbb gazdasági igazgató és gazdasági-műszaki szolgálatot teljesítő kolléga is – mert egyébként ilyen körülmények között nem dolgoznának ezen a területen. Ez ugyanis nemcsak egy munkahely, hanem hivatás is. Nem szabad ezzel visszaélni, hanem jobban meg kellene becsülni munkatársainkat. A betegellátás viszonylagos zavartalansága, a betegek, ápoltak nyugalmának biztosítása kollégáink vállán nyugszik. Ezt életpályamoddellel, díjazással, kitüntetéssel el kell ismerni, és nemcsak az ünnepnapokon, hanem az év minden napján.

A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései¹

Az egészségi állapot és a gazdasági helyzet kölcsönösen és meglehetősen összetett módon hatnak egymásra, ráadásul ennek a kölcsönhatásnak a nagysága és iránya is függ a két tényező kiinduló szintjétől. Az, hogy a jobb egészségi állapot jobb gazdasági teljesítményt, a nagyobb jólét pedig jobb egészséget tesz lehetővé, bőségesen kutatott és sokszorosan igazolt összefüggések, ahogy az ellentétes irányú kapcsolat is ismert: a rossz egészség rontja a gazdasági teljesítményt, a szegénység pedig betegít. Mégsem ilyen egyértelmű a kép: a gazdasági helyzet hatása az egészségre bizonyos körülmények között épp ellentétes is lehet, vagyis a jólét ronthatja, és ellenkezőleg, a jólét csökkenése javíthatja az egészséget – ami ellentmondás csak azt példázza, hogy korántsem ismerjük még tökéletesen a két tényező közötti összefüggést. Pedig a kérdés jelentősége több mint pusztán elméleti: fontos közpolitikai döntések alapulhatnak rajta.

■ Kollányi Zsófia

Az egészségi állapot és a gazdasági körülmények kölcsönösen hatással vannak egymásra úgy egyéni, mint társadalmi szinten: nem csupán napi tapasztalataink és a józan ész, de tudományos vizsgálatok széles köre is ezt támasztja alá. Ha semmi mást nem veszünk is figyelembe, a magasabb jövedelem mindenképpen bővíti az egyének számára elérhető, elfogyasztható jóságok körét, beleértve ebbe olyan, nem feltétlenül piaci javakat is, mint az egészségügyi ellátás vagy az oktatás (Preston 2007). Ezek között egyaránt vannak az egészségre káros és az egészségre pozitív hatással levő jóságok. Emellett a magasabb (makrogazdasági) jövedelemszint általában együtt jár egy csokornyí, akár kevésbé kézzelfogható tényező javulásával is: a közegészségügyi viszonyokéval, az ismert és alkalmazott egészségügyi technológiáéval, és a lakosság tájékozottságának növekedésével vagy éppen a társadalom nyitottabbá, elfogadóbbá, demokratikusabbá, egyúttal individualistábbá válásával is (Veenhoven 1999). Ezek többnyire az általános egészségi állapot javulásának feltételei. És fordítva: a jobb egészségi állapotú emberek termelékenysége bizonyosan magasabb, mint a megromlott egészségűeké, vagyis a munkaerő egészségi állapota pozitív kapcsolatban áll a gazdaság kibocsátásával.

Az ezen kapcsolatot grafikusan megjelenítő, Samuel H. Preston amerikai demográfusról elnevezett görbe ma már széles körben ismert, egyes látványos grafikai megoldásoknak köszönhetően² mondhatni népszerűvé vált (1. ábra).

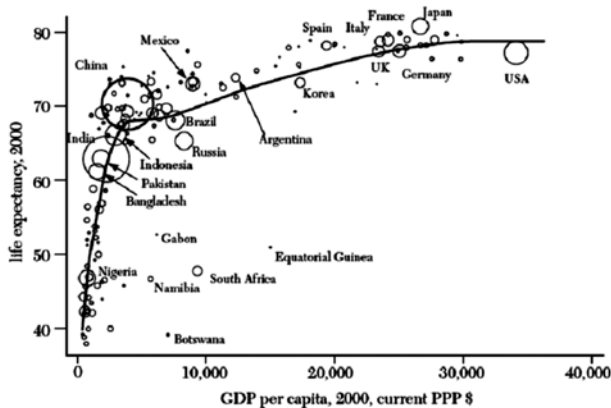
Mint az ábrán jól látható, a keresztmetszeti adatok egyértelmű, ám a jövedelem illetve a várható élettartam emelkedésével egyre csökkenő erősségű összefüggést mutatnak. Ez azt az egyszerű, ám téves üzenetet közvetítheti a közpolitikaformálók számára, hogy az alacsony fejlettségű országokban

a makrogazdasági kibocsátás növekedése automatikusan javítja majd a népesség egészségi állapotát, emeli a várható élettartamot, míg a fejlett országokban a lakosság egészségi állapota már elérte a lehetséges maximumot, és nincs lényeges kapcsolatban a GDP-vel, vagyis nem érdemes vele gazdaságpolitikai tényezőként foglalkozni. A valóságban ezzel szemben azt látjuk, hogy a fejlődő országok egy igen népes csoportja tartósan benne rekedt a legmélyebb szegénységben, és a jelek szerint lakosaik egészségi állapota az egyik legfontosabb oka ennek a helyzetnek (Sala-i-Martin 2005). A fejlett országokban pedig elkerülhető betegségek szedik áldozataikat a középkorúak között, tömegek élnek állandó fájdalom és képességeik elvesztése közepette, és úgy tűnik, hogy a haladás egyetlen szinonimájaként ismert gazdasági növekedés ezen a helyzeten néha még csak ront.

A gazdaság hatása az egészségi állapotra

Az egyéni egészségi állapotra egyaránt hatnak a társadalmi viszonyoktól független, és azokkal szorosan összefüggő tényezők. A társadalmi környezettől független tényezők a kor, a nem és a genetikai adottságok köre. Környezeti hatás például a levegő vagy az ivóvíz minősége, a lakó- és a munkakörnyezet állapota, az adott élőhelyen jellemző járványügyi és köztisztasági viszonyok, a zaj, a por, a fény, vagy épp a radioaktív sugárzás mértéke, és a sor folytatható még. Az egészségre az egyik legerőteljesebb hatást gyakorló életmód pedig hiába egyéni döntések sorozata, mégis társadalmilag meghatározott: szorosan összefügg a családban és a szűkebb környezetben gyermekkortól megtapasztalt mintákkal, az egyén anyagi lehetőségeivel, a rendelkezésére álló tudással, információkkal és egyéb, nem anyagi jellegű erőforrásaival, az egyéni moti-

1. ábra. A gazdaság és az egészség közötti összefüggés (Preston-görbe)
 Forrás: Cutler et al 2006



vációkkal – amelyek természetesen mind nem függetlenek az illető egyének társadalmi és gazdasági pozíciójától. A táplálkozáshoz, testmozgáshoz, a személyes higiéniéhez, az egészségkárosító szokásokhoz hasonlóan az életmód részét alkotja az is, hogy például mennyire képes az egyén a mentális egészségének megőrzésére irányuló technikák alkalmazására: képes-e kezelni az őt érő stresszt, van-e életében tere a rekreációnak, részese-e megtartó erejű emberi, közösségi kapcsolatoknak. További, az egészségi állapotra jelentős hatást gyakorló tényező az egészségügyi és népegészségügyi rendszer léte, színvonala, hozzáférhetősége. Mindezen tényezők az idők folyamán, illetve különböző fejlettségű társadalmakban más és más súllyal esnek latba.

A növekedés hatása alacsony jövedelemszintek mellett

A gazdasági körülmények, legyen szó a makrogazdasági növekedésről vagy egy család havi jövedelméről, nem önmagukban hatnak az érintettek egészségi állapotára. A leginkább evidens köztes lépés, ami a gazdaság dimenziójából átvezet az egészségi állapothoz, a fogyasztás már említett aktusa. A gazdasági fejlődés, illetve a magasabb jövedelem például – többek között – a rendelkezésre álló táplálék mennyiségének növekedésével, illetve minőségi javulásával is egyet jelent³, ami a fejlettség bizonyos szintjein kulcsfontosságú. A társadalom népes, alacsony jövedelmű, korábban alultáplált és legyengült immunrendszerű rétegeinek egészségi állapota a táplálkozási viszonyok javulásának hatására ugrásszerűen javul: nő az erőnlétük, a betegségeknek való ellenállóképességük, ami az egészségi állapot mutatóinak gyors javulását eredményezi. Robert W. Fogel gazdaságtörténész a táplálkozás hatását tartja döntőnek az általános egészségi állapot 18. század második felétől tapasztalható folyamatos javulásában (Fogel 1984, 1994, 1999). Mérései és számításai szerint a mai fejlett országokban a halálozásban 1800-tól bekövetkezett csökkenés kétötöd részben a táplálkozási viszonyok javulásának köszönhető, és ennek a javulásnak a java a csecsemők és gyermekek halandóságának csökkenésében öltött testet (Fogel 1984).

Egybecseng ezzel az, hogy az egészségi állapot egyenlőtlenségei ma a fejlett országokban a társadalmi egyenlőtlenségek jelentős részét képezik: a javakkal jobban ellátott, képzettebb rétegek egészségi állapota ma sokkal jobb, mint az alacsonyabb státuszúaké. A mai fejlett társadalmak ala-

csonyabb státuszú tagjai jellemzően ugyan nem éheznek, sőt: körükben éppenséggel a túlzott és rossz összetételű kalóriabevitel gyakoribb, mint a magasabb státuszúak esetében. Ez, és az életmódjukra szintén gyakrabban jellemző más egészségkárosító szokásaik, valamint az őket érő krónikus stressz magas szintje a mai fejlett országok leggyakoribb halálókainak – szív- és érrendszeri betegségeknek, daganatos betegségeknek – a közvetlen okozói, az „okok okai” azonban a társadalom szerkezetében rejlenek.

Az ugyanakkor, hogy egyes kutatások bizonyossága szerint a jobb anyagi körülmények között élők egészségi állapota vagy életkilátásai egészen a 19. század második feléig nem haladtak meg lényegesen a szegényekéit (Georgiadis et al 2010), ellentmond a feltételezésnek, mely szerint önmagában a magasabb jólét/társadalmi státusz javítaná az életkilátásokat.

A sűrűn lakott középkori városokban, de még a 19. század első felében is az alacsony gazdasági fejlettségű társadalmakban a halálozásnak nagyon nagy aránya különböző fertőző betegségek miatt következett be. Ennek fényében érthető, hogy a kórokozók és az általuk terjesztett betegségek elleni hatékony védekezés felfedezése előtt a vagyonosság – még ha a kielégítőbb táplálkozás a gazdagabbaknak jobb erőnlétet és erősebb immunrendszert biztosított is – önmagában nem védte meg tulajdonosát a fertőzésektől. Kifejezetten a fertőző betegségek esetében tehát megkerülhetetlen tényező a közegészségügyi és járványügyi intézkedések kiterjedtsége, színvonala, a lakosság mindennapi higiéniai gyakorlata, szélesebb értelemben véve pedig a rendelkezésre álló orvostudományi ismeretek, az egészségügyi technológia. Ezen tényezők kiemelt jelentősége Preston korábban már bemutatott görbéjének azon jellemzőjében mutatkozik meg, hogy az adaptált egészségügyi technológia, orvostudományi ismeretek fejlődésének hatására a teljes görbe felfelé tolódik (2. ábra). Ahelyett tehát, hogy a GDP emelkedésével az egyes országok, időtől és helytől függetlenül, végigjárnak a várható élettartam alakulásának ugyanazt az útját, a technikai fejlődés azonos jövedelmi szintek mellett egyre magasabb és magasabb várható élettartam-értékeket tesz elérhetővé.

Az alul futó görbe a 2. ábrán a vizsgált (fejlett és fejlődő országokat egyaránt tartalmazó) országcsoport 1930-as, a fent futó görbe pedig ugyanezen csoport 1960-as pozícióját mutatja. Eszerint a követendő közpolitika a gazdasági növekedés, de elsősorban⁴ az orvostudományi kutatások támogatása egy időben, és ezek majd szerte a világon meghozzák a maguk életevéiben mérhető gyümölcseit is. Preston, aki a technológiai fejlődést a gazdasági növekedéstől független folyamatnak tekinti, maga is utal ebbéli álláspontja támadhatóságára, de végül mégis kitart mellette, mondván: itt mégsem közvetlenül a GDP növekedése idézi elő a várható élettartam növekedését. Nem: bár véleményem szerint egyetlen más esetben sem; ugyanakkor az egészségügyi technológia fejlődését nyilvánvalóan a GDP (korábbi időszakokban vagy akár más országokban bekövetkezett) növekedése segíti elő.

Tovább színezi a képet, hogy ma a fejlődő országokban továbbra is sokszor akár könnyűszerrel, szerény források igénybevitelével kivédhető fertőző betegségek okozzák a halálozások egy igen tetemes hányadát⁵. Ezekben az országokban az egészségügy, közegészségügy és járványügy színvonala egyszerűen annyira elmarad a technikailag lehetségestől, mintha a betegségek terjedésére, hordozóira, az ellenük alkalmazandó hatékony védekezésre vonatkozó, biztos

tudásunk nem is létezne. A Preston-görbe optimista receptjét legalábbis részben kétségbe vonó szerzőcsoport (Georgiadis et al 2010) szerint a modell alapvető problémája, hogy két, egymással valójában összevethetetlen országcsoportot von közös elemzés alá. Számításaik szerint ha a fejlett és a fejlődő országok csoportjára külön-külön illesztünk egy-egy görbét, akkor a fejlődő országok esetében nagyon halvány összefüggés tapasztalható csak GDP és várható élettartam között. Georgiadis és szerzőtársai szerint ennek az az oka, hogy míg a fejlett országokban az egészségügyi technológia adaptálása többé-kevésbé azonnali, és valóban leginkább a gazdasági lehetőségektől függ, addig a fejlődő országok közül sokban vagy meg sem történik, vagy csak nagy késéssel, és pedig elsősorban a demokrácia hiányosságai, az országok vezetőinek elszámoltathatatlansága miatt.

A gazdasági fejlődés hatása a fejlettség magasabb fokán

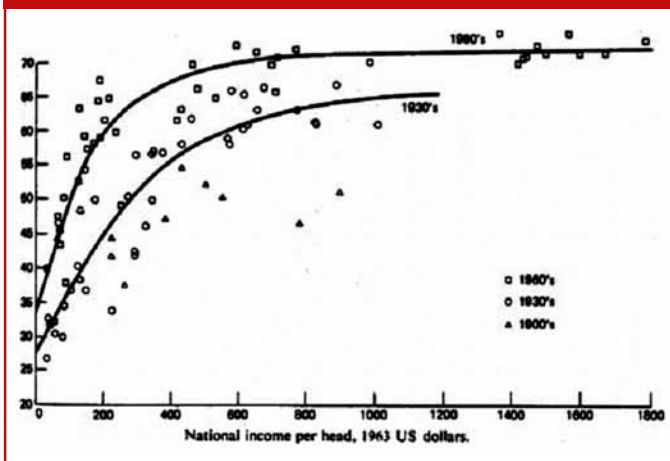
Eddig elsősorban a fejlettség alacsony fokán tapasztalható hatásokat mutattam be. A Preston-görbe azt sugallja, hogy a várható élettartam egy bizonyos szintjét elérve az egészségi állapot stagnálása áll be, és további javulás csak az orvostudományi felfedezések hatására várható. A várható élettartammal mért egészségi állapot esetében ez kétségtelen: amíg birtokába nem jutottunk a fertőző betegségek megfékezéséhez lehetővé tevő ismereteinknek, 45–50 év körül stagnált a várható élettartam, most a 80–85 év tűnik meghaladhatatlannak, és ki tudja, egy váratlan felfedezéssel talán eljutunk egy újabb, magasabb életkori plafonnal és egyelőre ismeretlen halálokokkal jellemezhető korszakba. Más változókkal: okspecifikus mortalitási, morbiditási adatokkal, önbecslésen alapuló egészségi állapot-változókkal is mérhetjük az egészségi állapotot: ezek elemzésével egészen más eredményekre juthatunk.

Elgondolkodtató ugyanakkor, hogy egy svéd adatokat elemző szerzőpáros (Tapia Granados – Ionides 2008) eredményei szerint, míg a 20. század második feléig szignifikánsan, bár egyre gyengülő mértékben pozitívan hatott a gazdasági növekedés a várható élettartam változására, addig a múlt század második felében negatívvá válik a kapcsolat: a gazdaság bővülése az életkilátások romlását idézi elő. A szerzők szerint a fokozódó üzleti és ipari jelenlét éppen azokat a tényezőket erősíti fel (a munka, a fogyasztás, a környezet patológikus dimenzióit), amelyek a ma leggyakoribb halálokok háttérben meghúzódnak. Szintén ők hivatkoznak azokra a „természetes kísérletekre” (a második világháborúban a skandináv országokban, illetve Kubában az 1990-es években), amelyek során valamilyen külső hatásra jelentősen lecsökkent a rendelkezésre álló élelem mennyisége – és ez idővel érzékelhető egészségjavulást okozott.

További kérdések

Baker (2009) idéz több olyan tanulmányt is, amelyek néhány nyilvánvalóan tendenciózusan kiválasztott, ám nagyon tanulságos jellemzőkkel bíró országot mutatnak be: országokat, ahol a gazdaság rossz, vagy épp a szegénység relatíve jó általános egészségi állapottal párosul. Utóbbiakat megvizsgálva azt láthatjuk, hogy ezekben az országokban (amelyek nyilvánvalóan szerencsésebb jellemzőkkel bírnak, mint Fekete-Afrika kitörésre képtelen társadalmi) sikerült egy széles körben elérhető és kielégítő alapszintű ellátást nyújtó, nagyon munkaintenzív egészségügyi ellátást bevezetni.

2. ábra. A Preston-görbe eltolódása az orvostudományi haladás hatására
(Forrás: Preston 2007)



A növekedés egészségi állapotra gyakorolt hatásának további vizsgálható – és nyilvánvalóan vizsgálandó – dimenziója az is, milyen hatást gyakorol ennek a növekedésnek a társadalmon belüli eloszlása. Szintén Baker (2009) számol be azokról a vizsgálati eredményekről, amelyek szerint a jövedelememelkedés önmagában jobban csökkenti az öt éves kor alatti halálozást a gazdagabbak, mint a szegényebbek körében; míg a közösségi egészségügyi ráfordítások növekedése éppen a szegényebbek körében ért el nagyobb mértékű javulást. Ez azt jelenti, hogy az ebben az értelemben véve „optimális” gazdasági növekedésnek – ami az általános egészségi állapotot az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növelése nélkül javítja, – két feltételnek kell megfelelnie. Egyrészt: a növekménynek úgy kell eloszlania a társadalmon belül, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségeket a lehető legnagyobb mértékben csökkentse, ugyanakkor a növekmény lehető legnagyobb hányadát kell az egészségügyi közkiadások növelésére fordítani.

Az egészségi állapot hatása a gazdaságra

A gazdaság növekedési lehetőségeit értelemszerűen nem csak a fizikai, de a humán tőke is meghatározza. Jánossy Ferenc rendkívül elegáns (és igazát újra és újra bizonyító) elmélete szerint a gazdaság fejlődési lehetőségeinek határát az emberek, a munkaerő jelentik: az ő tudásuk, készségeik, rátermettségük, erőnlétük szabja meg, mi az elérhető maximum (Jánossy 1975). A humán tőkét hosszú ideje figyelembe veszik már a közgazdászok, amikor a gazdasági növekedés forrásait kutatják, de sokáig kizárólag az oktatás, képzés révén megszerezhető tudással, skillekkel azonosították azt, és csak a közelmúltban kezdték az egészségi állapot szerepét is megvizsgálni.

A fentiekben kiderült, hogy korántsem olyan egyértelműen van a gazdasági növekedés pozitív hatással az egészségi állapotra, mint korábban gondoltuk. Azt, hogy az egészségi állapot jelentős mértékben hozzájárulna a gazdaság teljesítőképességéhez, pedig még ennél is kevésbé szokás evidenciának tekinteni, különösen ami a fejlett országokat illeti, pedig elméleti úton az ellenkező irányú összefüggést sem nehezebb belátni, mint a gazdaság szférájától az egészség felé mutatót.

Az egészségi állapot javulását gazdasági növekedéssé transzformáló folyamatok közül a két legegyszerűbb egyé-

ni szinten ragadható meg leginkább. Ezek a munkaerő mennyisége és minősége, vagyis a munkakínálat és a munkaerő termelékenysége. A rossz egészségű emberek vagy egyáltalán nem képesek dolgozni, vagy ha dolgoznak, végzett munkájuk kevésbé hatékony, termelékenységük alacsonyabb, mint ha egészségesek lennének. Utóbbi jelenséget a betegségek költségeivel foglalkozó szakirodalom „presenteeism”-nek nevezi, az „absenteeism”-mel, (munkahelyi) hiányzással állítva párhuzamba azt, amikor valaki jelen van (present) ugyan, de munkája nem teljes értékű (Nicholson et al 2005). A „presenteeism” költsége többszöröse (az idézett tanulmány szerint iparágtól függően 7-13-szorosa) a betegségek miatti hiányzásokénak.

Az egészségi állapot és a termelékenység közötti összefüggést számos kutató vizsgálta a két változót nem egyszer nagyon egyszerűen mérhető fizikai, fiziológiai terminusokban „fogalmazva meg”. Elemezték a testmagasság és a munkabér kapcsolatát (Schultz 2002), vagy a megfelelő táplálkozás hatását az egy munkás által előállított termékmennyiségre (Thomas - Frankenberg 2002), és más, kevésbé fizikai-fiziológiai módokon is közelítették a kérdést (bőséges felsorolást az ehhez hasonló kutatásokból lásd: Suhrcke et al 2005). Ezek a vizsgálatok igazolták a jobb egészségi állapot pozitív termelékenységbeli hatását.

Visszatérve az egészségi állapot és a munkakínálat kapcsolatára, Magyarországon, mint Európa legtöbb országában, ez megkerülhetetlenül nagy problémát jelent. 2008-ban a betegszabadságon és a táppénzen töltött napok száma összesen meghaladta a 40 millió napot, ebből valamivel több mint 8 millió volt a betegszabadságon töltött napok száma. Ez munkavállalónként több mint évi 11 betegszabadságon illetve táppénzen töltött napot, és 4,6 százalékos betegség miatti hiányzási rátát jelent, ami Európában nem kiugró – jöllehet, az elmúlt években jelentősen csökkent, 2003-ban még 6,1 százalék volt a megfelelő arány. Ausztriában 2006-ban az összes munkanapok 3,2%, Belgiumban 2008-ban 5,3%, Csehországban 2008-ban 5,2%, Hollandiában 2008-ban 4,14, Romániában 2009 első felében 4,4% esett ki valamilyen egészségügyi ok miatt (EWCO 2010). Összehasonlításképpen: az Egyesült Államokban egy több mint 300 cég képviselőit megkérdezett felmérés szerint 2007-ben mindössze 2,3 százalékos volt az egészségügyi okok miatt kiesett munkanapok rátája (CCH 2007). Ugyanakkor ki kell emelni, hogy az elmúlt években a táppénzes esetek és emberek száma és aránya drasztikusan csökkent Magyarországon: az esetek száma 2000-hez képest 1,4 millióról kevesebb mint 900 ezerre, a táppénzesek napi átlagos száma 112 ezer főről 62 ezerre (OEP 2011). Ez összefüggésben lehet az ellenőrzés szigorodásával, a táppénz összegének jelentős csökkentésével, de azzal is, hogy a válság következtében a korábbinál bizonytalanabbá vált munkaerőpiacon kevésbé mernek beteget jelenteni a munkavállalók, mert jobban félnek állásuk elvesztésétől. A két utóbbi tényező azonban hiába eredményezi rövid távon a táppénzstatisztikák látványos „javulását”, hosszabb távon kétségtelenül egészségromboló hatású.

Ismert probléma a rokkantnyugdíjasok nagy aránya is: több mint 400 ezer fő a korhatár alatti rokkantak száma, ami a foglalkoztatottak közel hetedét teszi ki. Meg kell jegyezni, hogy a rendszerváltáskor a szinte pillanatok alatt összeomlott munkaerőpiacon a rokkantnyugdíjassá válás a munkanélküliség előli egyik menekülőutat jelentette, vagyis a rokkantnyugdíjas státusz akkoriban, és bár egyre kevésbé, de valamelyest

mindmáig, nem feltétlenül „jár együtt” az egészség megromlásával. Az itt kiemelték mellett ugyanakkor bizonyos a különösebb „jogcím” nélküli inaktívak között is sokan vannak olyanok, akiket egészségi állapotuk gátol meg abban, hogy munkát találjanak, vagy egyáltalán keressenek.

Az egészségi állapot hatását a gazdasági teljesítőképesség felé továbbító csatornák közé tartozik az oktatás is – az oktatás, amit hosszú ideig egynek tekintettek a humán tőkével magával. A gyermekkor jó egészségi állapot pozitívan befolyásolja a gyermek kognitív fejlődését, iskolai teljesítményét, mind pedig az oktatási rendszerben eltöltött időt. Az egészségesebb gyerekekből jobban képzett, biztosabb tudású felnőttek, hatékonyabb, termelékenyebb munkavállalók lesznek. Elsősorban a fejlődő országokkal foglalkozó kutatások ugyanakkor egy másik összefüggésre is felhívták a figyelmet. Ha az általános egészségi állapot javulása a várható élettartam növekedésében, illetve a gyerekkori halandóság csökkenésében is testet ölt, az ösztönzést jelent az egyéneknek a saját, illetve gyerekeik humántőke-értékének növelésében, vagyis elsősorban az oktatásban, képzésében való részvételben – hiszen a várható élettartam növekedésével ennek a befektetésnek inkább lesz ideje megtérülni (Sala-i-Martin 2005). De nemcsak az egyes egyén, hanem az állam vagy a vállalatok ösztönzése is nagyobb a munkavállalók képzésére, ha arra számíthatnak, hogy azok hosszú időn keresztül fognak (nekik) dolgozni. Xavier Sala-i-Martin szerint ez nem

1. táblázat. A betegségek közvetlen költségei Magyarországon (2011)

Költség típusa	Milliárd Ft
Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	83,50
Fogászati ellátás	23,47
Műveskezelés	22,94
Mentés	25,34
Laboratóriumi ellátás	22,28
Járobeteg-szakellátás	101,21
CT, MRI	15,17
Aktív fekvőbeteg-szakellátás	347,98
Speciális finanszírozású fekvőbeteg-szakellátás	34,57
Krónikus fekvőbeteg-szakellátás	62,83
Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátás támogatása	3,92
Gyógyszertámogatás	376,85
Gyógyászati segédeszköz támogatás	50,83
Egyéb	60,09
Kormányzati egészségügyi kiadások*	260,14
Táppénz és ahhoz kapcsolódó közkiadások	91,94
Korhatár alatti rokkantsági ellátás	289,51
Közkidadások összesen	1872,58
Háztartások kiadásai**	527,72
Betegszabadság kiadásai	62,97
Egyéb magánkiadások (biztosító, nonprofit)***	111,49
Magánkiadások összesen	702,18
Közvetlen költségek összesen	2574,76

Adatok forrása: OEP, ONYF, KSH

* OEP-költségvetés (1486534,727675) 17,5%-a, becslés a KSH (2010) 2006-2008 közötti adatai alapján

** OEP-költségvetés (1486534,727675) 35,5%-a, becslés a KSH (2010) 2006-2008 közötti adatai alapján

*** OEP-költségvetés (1486534,727675) 7,5%-a, becslés a KSH (2010) 2006-2008 közötti adatai alapján

2. táblázat. A betegségek egy évre jutó közvetett költségei Magyarországon, millió Ft
(Adatok forrásai: KSH, ONYF, OEP, European Commission (2007), Goetzel et al 2004, Nicholson et al 2005)

Költség típusa	Milliárd Ft	Megjegyzések
Táppénz miatt kiesett termelés	182,71	A becslés alapja a táppénz összege alapján visszaszámolt átlagos bér
Betegszabadság miatt kiesett termelés	37,42	Alsó becslést alkalmaztunk: a betegszabadság mértéke összesen minden táppénzes eset előtt 15 munkanap.
Rokkantság miatt kiesett termelés	46,66	Az egy évben rokkantnyugdíjassá váltak havonként kumulált számának és a bruttó átlagbér szorzata, illetve ezek összege. (2009-re vonatkozó nyugdíj adatok)
Korai halálozás miatt kiesett termelés	38,01	Az egy évben 60 éves koruk előtt elhunytak felének (a halálozás időben egyenletes eloszlását feltételezve) éves bruttó átlagbére. (A halálozási adatok 1999–2002 közöttiek)
Betegállomány és betegszabadság miatti többletköltségek	61,63	Nicholson et al (2005) alapján 0,28-as medián szorzóval kalkulált összeg
„Presenteeism” költségei	409,96	Goetzel et al (2004) alapján, European Commission (2007) morbiditási adatait használva
„Presenteeism” többletköltségei	114,79	Nicholson et al (2005) alapján 0,28-as medián szorzóval kalkulált összeg
Közvetett költségek összesen	891,18	

egyszerűen némi addicionális gazdasági növekedést jelenthetne a fejlődő országok számára. Ellenkezőleg: azt állítja, hogy a szélsőségesen szegény afrikai országok többségét a lakosság rossz, és egészen kilátástalan egészségi állapota ejti a szegénység csapdájába. Szegénységük legfőbb oka ugyanis a humán tőke rendkívül alacsony színvonala – szélsőségesen rossz egészségi állapota és képzetlensége –, viszont éppen a rossz egészségi állapot miatt senkinek nem is érdemes ebbe a humán tőkébe investálnia, miközben az országok csak egyre mélyebbre süllyednek a szegénységbe.

A negyedik közvetítő csatorna az egészségi állapot és a gazdaság növekedési lehetőségei között a megtakarításoké. A várhatóan hosszabb élettartam nemcsak arra nézve jelent ösztönzést, hogy aktív éveinkbe befektessünk, hanem arra nézve is, hogy gondoskodjunk idős korunk kényelméről, vagyis hogy takarékoskodjunk. A megtakarítások volumenének növekedése növeli a beruházások volumenét, ami pedig várhatóan gazdasági növekedést generál. Ennél kézzelfoghatóbban is hatással lehet ugyanakkor a rossz egészségi állapot a megtakarítások szintjére: akinek megromlik az egészsége és emiatt hosszabb-rövidebb időre kiszorul a munkaerőpiacról, az valószínűleg feléli, de legalábbis megcsappantja tartalékait, ez pedig makroszinten a beruházások, következésképp a növekedés visszaesését idézi elő (Malmberg – Andersson 2006).

A betegségek okozta költségek Magyarországon

A következőkben bemutatok egy becslést arra, hogy mekkora gazdasági költséget okoz a rossz egészségi állapot Magyarországon. Ehhez a betegségek közvetlen és közvetett költségeit fogom figyelembe venni. A betegségek közvetlen költségei között azokat a közvetlen pénzkifizetéssel járó költségeket veszem figyelembe, amelyekre a miatt kerül sor, hogy emberek megbetegszenek. Ilyenek elsősorban az egészségügyi ellátás költségei, a táppénzkifizetések, rokkantnyugdíjak, illetve a magánszféra (lakosság, vállalatok, nonprofit szervezetek) egészségügyi kiadásai⁶. (1. táblázat)

A kiadások megfelelő interpretációja érdekében hangsúlyozzuk, hogy közgazdasági értelemben meg kell különböztetnünk két megközelítést. Az egészségügyi kiadások számításakor a GDP felhasználása szemszögéből tekintjük az egészségügyi kiadásokat: azaz a háztartások végső fogyasztásának és a kormányzat végső fogyasztásának a részét képezi az egészségügyi szolgáltatásokra és termékekre fordított kiadások. Ugyanezek a szolgáltatások és termékek számba

vehetők a GDP termelése oldaláról is: ekkor azt határozzuk meg, hogy a bruttó hazai termék előállításához mennyivel járul hozzá az egészségügyi szektorba sorolt intézmények által előállított szolgáltatások és termékek értéke. Továbbá azt is figyelembe kell venni, hogy az egészségügyi szolgáltatások és termékek előállítása keresletet jelent más gazdasági szektorok számára: nemcsak a gyógyszerek és egészségügyi berendezések gyártói számára, hanem pl. élelmiszerek termelői számára stb. Azaz, az egészségügyi ellátás fejlesztése, az egészségügyi munkaerő jövedelmének a növekedése egyben a GDP bővülését is jelenti. Paradox módon ez egyben azt is jelenti, hogy rosszabbodó egészségi állapot miatt növekvő egészségügyi ellátás növekvő GDP-t eredményez. De hasonló paradox jelenségek találhatók a gazdaság sok területén: amikor a GDP növekedése valamilyen területen növekvő károk kezeléséből ered (pl. a növekvő környezetszennyezés miatt nő a környezeti károk helyreállítására fordított kiadás.) Ezek miatt a jelenségek miatt is került előtérbe, hogy az egy főre jutó GDP egyre kevésbé alkalmas a társadalmi fejlettség mérésére; és jelentek meg a társadalmi fejlődés mérésének új megközelítését szolgáló javaslatok (lásd például a Stiglitz – Sen – Fitoussi jelentést (Stiglitz – Sen – Fitoussi 2009)). Csak a jövedelempótló juttatásokra (táppénz, rokkantsági ellátás) igaz, hogy nem járulnak hozzá a GDP növekedéséhez, hanem a költségvetés által centralizált elsődleges jövedelmek újraelosztását jelentik.

A betegségek költségeinek másik köre a közvetett költségeké. Ezek a betegségek miatt kiesett termelés költségei: aki beteg, nincs a munkahelyén, vagy egészségi állapota miatt már nincs is munkahelye, az nem vesz részt a nemzetgazdaság értékteremtő folyamatában. A táppénzen levők mellett azoknak a kiesett termelését is figyelembe kell vennünk, akik egészségi állapotuk megromlása miatt már nincsenek jelen a munkaerőpiacon. Ennek a csoportnak a létszámát a korhatár alatti rokkantnyugdíjasok és az idő előtt elhunytak számával tudjuk becsülni. A számítást úgy végeztük, hogy minden más feltétel változtatlan-ságát feltételeztük – azaz nem vettük figyelembe, hogy jelentős munkanélküliség esetén a munkából kiesett személyt rövidtávon pótolni tudják. Azaz: ebben az esetben pontosabb lenne a gazdaság növekedési potenciáljának a csökkenéséről beszélni, ami akkor realizálódik ténylegesen termelés-kiesésként, amikor a munkanélküliség „természetes szintje” helyreáll.

A kiesett termelés becslésénél figyelembe kell venni azt is, hogy az emberek összességében munkaidejük egy igen jelentős részét úgy töltik a munkahelyükön, hogy nincsenek tökéletes egészségi állapotban, és ezért termelékenységük, munkavégzésük hatékonysága elmarad a lehetségestől – ez a korábban már említ-

tett „presenteeism” jelensége. A „presenteeism” oka lehet a munka elvesztésétől való félelem, ami különösen a külső gazdasági körülmények romlásával egyre nagyobb jelentőségre tehet szert, és valószínűsíthető, hogy az elmúlt években Magyarországon is növekedett ennek a jelenségnek a súlya – mint arra a táppénz problémájának bemutatásánál már szoltunk. De nem csak azok az akut megbetegedések okoznak hatékonysági veszteséget, amikor a munkavállalónak objektív és kétségtelen módon betegszabadságra vagy táppénzre kéne mennie. Sokkal gyakoribb, hogy különféle, betegségnek akár nem is tekintett krónikus állapotok – izületi és mozgásszervi bántalmak, fejfájások, leginkább pedig különféle mentális és pszichés problémák, szorongásos tünetek, stressz, depresszió, alvászavarok – jellemzik a munkavállalót, és befolyásolják negatívan teherbírását, termelékenységét. A különféle tünetek okozta veszteség nagysága nagyban függ a végzett munka jellegétől – ugyanaz a probléma az egyik munkakörben esetleg semmilyen veszteséget nem okoz, egy másikban ellenben jelentőset.

A közvetett költségek számításánál nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az emberek ritkán dolgoznak munkahelyükön izoláltan: munkájuk általában összefügg mások munkájával. A betegségek okozta termeléskiesésnek ezért van egy „tovaterjedő” hatása. Ugyanilyen hatással jár például a határidők lekésése.

A közvetett költségek becslésének eredményeit a 2. táblázat: A betegségek egy évre jutó közvetett költségei Magyarországon (millió Ft) tartalmazza. A közvetlen és a közvetett költségek

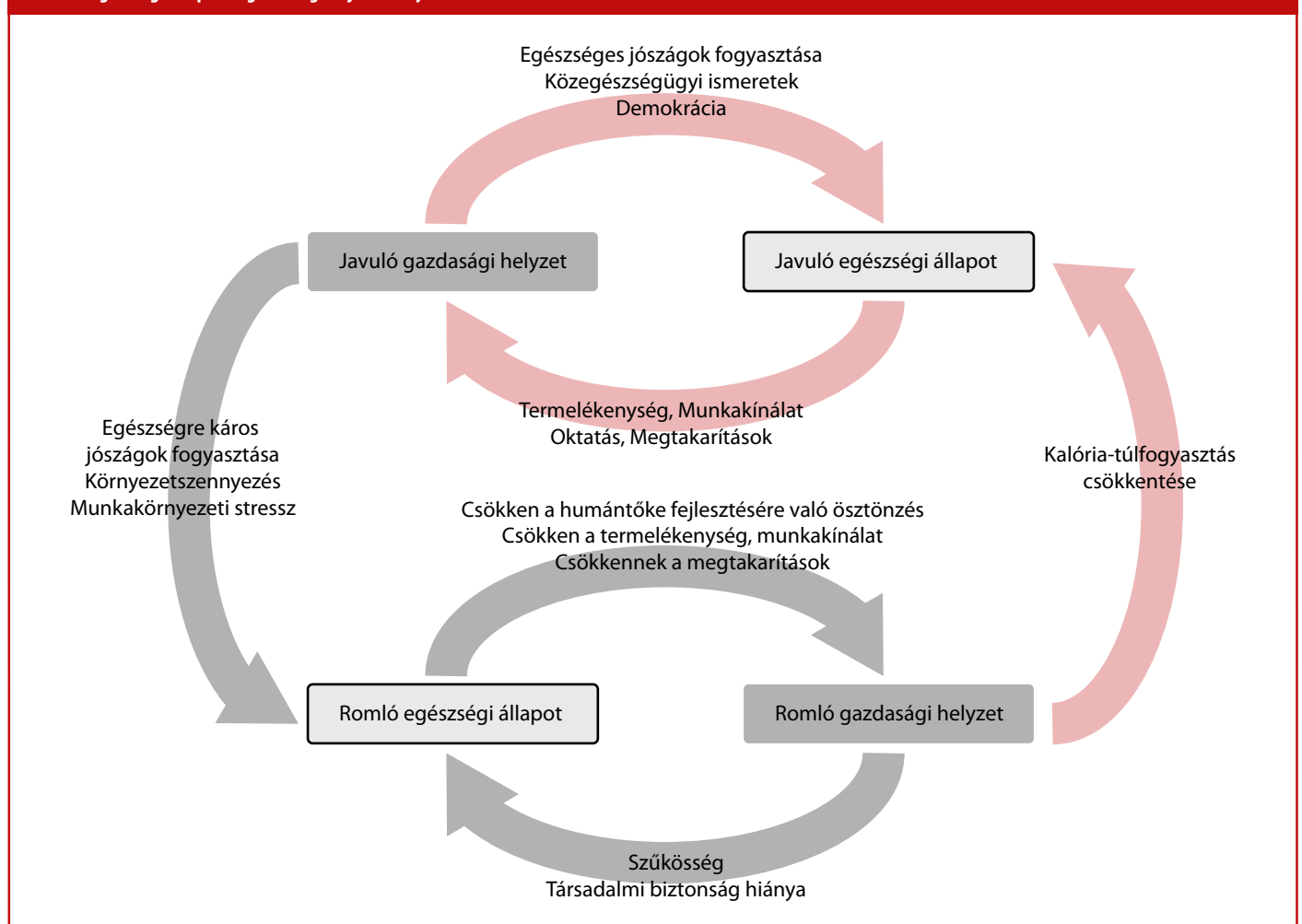
összesen a 2011-es magyar GDP 12 százalékát teszik ki; a közvetett költségek is meghaladják annak 3 százalékát. Azaz a rossz egészségi állapot miatti potenciális gazdasági veszteség a GDP 3 százalékára becsülhető, a 2. táblázat utolsó oszlopában bemutatott feltételezéseken alapulva. Ez a jelenlegi magas munkanélküliség miatt rövid távon csak részben realizálódik tényleges termeléskiesésként. Ugyanakkor azt jelzi, hogy a magyar népesség rossz egészségi állapota a hosszú távú gazdasági fejlődés egyik jelentős akadályává válhat.

Zárszó

Az egészség és a gazdaság közötti összefüggést nem könnyű megmérni: a két változó kölcsönösen befolyásolja egymást, és statisztikailag (legalábbis megfelelő adatok híján) szinte lehetetlen a két irányt elkülöníteni (3. ábra).

A hatások sokszor csak hosszú késleltetéssel jelentkeznek, ezért az sem mindig bizonyos, hogy valóban azt mértük meg, amit akartunk. Nehézséget okoz ugyanakkor a különböző vizsgálatok összevetése is, mert mindkét változó nagyon sokféleképp operacionalizálható: ahány kutatás, annyiféle „egészség” és „gazdaság”. Mindezen nehézségek ellenére mind tudományos, mind közpolitikai szempontból nagyon fontos, hogy az egészségi állapot és a gazdasági teljesítmény, gazdasági növekedés közti kapcsolatot mélységeiben megértsük. Bár ebben a cikkben Magyarország helyzetére nem tértem ki, az még ezen belül is különleges: a lakosság egyes csoportjainak

3. ábra. Egészségi állapot és gazdasági teljesítmény kölcsönhatása



egészségi állapota egy fejlett ország képét mutatja, más csoportok egészsége ugyanakkor nem okvetlenül jobb egy előnyösebb helyzetű fejlődő országénál. Mindkét pozíciónak van előnye és a hátránya is.

A „fejllettség” legfontosabb előnye önmaga, vagyis az, amit már sikerült elérni: a magas várható élettartamok, jó általános egészségi állapot; hátránya ugyanakkor, hogy ezen a szinten az egészségi állapot javítására tett erőfeszítések már csak meglehetősen késleltetett, kevésbé látványos eredményeket hoznak, és az egészségi állapot javulása által előidézett gazdasági előnyök is könnyen észrevétlenek maradnak. Az egészségjavulás okozta makroszintű, a hagyományos eszközökkel mért gazdasági hatások ugyanis, mint korábban bővebben kitértem rá, akár negatívak is lehetnek; vállalati, vagy akár egyéni szinten ugyanakkor, illetve új mutatókat alkalmazva jelentős és akár azonnali pozitív összefüggéseket találhatunk.

A „fejlődő” szegmensben, épp fordítva, az biztosítja az előnyt, hogy viszonylag könnyen viszonylag látványos eredményeket, egészségjavulást lehet elérni. A hatékony védőnői, háziorvosi jelenlét például jelentősen javíthat a várandósság alatti és a kora gyermekkori egészségi állapotot, ami ráadásul nagymértékben befolyásolja a felnőttkori egészségi állapotot is. Ez már viszonylag rövid idő alatt mérhető javulást eredményezhet. De a higiéniai, közegészségügyi viszonyok javítása, alapvető táplálkozási és az életmóddal kapcsolatos ismeretek bővítése mind viszonylag olcsó, már meglevő struktúrákat (az oktatási rendszert, a védőnői hálózatot, vagy a köztisztasági intézményrendszert) használó olyan beavatkozások, amelyek akár azonnali eredményeket is hozhatnak az egészség terén.

Magában ebben a kettősségben rejlik a legveszélyesebb csapda, és pedig az, ha nem vesszük észre a kettősséget: ami az egyik szegmens esetében látványos javulást eredményezhet, például a várandósság alatti fokozott odafigyelés a „fejlődő” csoportban, az szinte semmi eredménnyel nem jár a másik, jobb egészségi állapotú csoportban, ezért ha rossz „helyen” alkalmazzuk, úgy ítéltethetjük, nem érdemes erre az eszközre energiát fordítani. Pontosan látnunk kell a szegmentálódás tényét és felderíteni annak struktúráját, hogy a fent említett relatív előnyöket okosan használhassuk, és hogy a növekedés egészséggé, az egészség pedig végül növekedéssé konvertálódhasson.

Hivatkozások

1. A cikk a *Népegészségügy* 89. évf. 2. számában megjelent cikk bővített változata
2. Ilyen például a www.gapminder.org oldalon található, a GDP-t, várható élettartamot, a népesség nagyságát és az idő múlását egyszerre megjelenítő, a világ változását sajátos nézőpontból láttató alkalmazás. Érdemes a „haladást” az oldalon megtalálható más, nem feltétlenül az egészségi állapottal összefüggő dimenziók alakulásán keresztül is „megvizsgálni”.
3. Még ha az ok-okozati összefüggés itt még kevésbé egyértelmű is. Ha egy technológiai újítás következtében hirtelen, minden más tényező változatlansága mellett, megnő a mezőgazdaság által előállított élelmiszer mennyisége, az egyszerre idézi elő az általános jólét, a gazdaság növekedését, és javítja a táplálkozási viszonyokat, következésképp az egészségi állapotot. Ez esetben egészségi állapot és gazdasági helyzet együttmozgása tehát egy harmadik, akár független

tényező következménye.

4. Elsősorban, mert Preston (Preston 2007) számításai szerint a várható élettartam növekedése körülbelül 85 százalékkal a görbék eltolódásának, vagyis a technológiai fejlődésnek köszönhető.
5. A HIV/AIDS fertőzöttség volumenében ma a legnagyobb a fejlődő országok fertőző halálalokai között, és természetesen nem tekinthető könnyedén kezelhetőnek. A megelőzés terén ugyanakkor itt is vannak lehetőségek, bár ezekhez egy egyszerű szűnyogháló helyett a helyi vezetés elkötelezettségére, a közösségek megerősítésére, a nők diszkriminációjának csökkentésére, mindehhez pedig nemzetközi összefogásra van szükség. <http://www.avert.org/hiv-aids-africa.htm>
6. Ezen költségek egy része prevencióra fordítódik: a háziiorvosi ellátásnak például alapvető feladata az egészségügyi prevenció, tanácsadás, és a lakosság is egészségvédő szerekre fordítja közvetlen egészségügyi kiadásainak egy jelentős részét. Mivel azonban ezek az arányok nem ismertek pontosan, csak becsülhetők, itt nem különböztetjük meg őket.

Irodalom

1. Baker, P.: On the relationship between economic growth and health improvement: Some lessons for health-conscious developing countries. *Radical Statistics Issue* 98. 2009 <http://www.radstats.org.uk/no098/Baker98.pdf>
2. CCH Inc. *Unscheduled Absence Survey*, 2007. <http://www.cch.com/absenteeism2007/>
3. Cutler, D. – Deaton, A. – Lleras-Muney, A.: The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives* 20(3): 97–120, 2006
4. European Commission (2007): *Special Eurobarometer - Health in the EU*.
5. EWCO (European Working Conditions Observatory): *Absence from work*. (Az összefoglaló tanulmány szerzői: Edwards, P. és Greasley, K.), 2010 <http://eurofound.europa.eu/ewco/studies/tm0911039s/index.htm>
6. Fogel, R. W.: *Nutrition and the Decline in Mortality Since 1700: Some Preliminary Findings*. NBER Working Paper No. 1402., 1984
7. Fogel, R. W.: *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy*. NBER Working Paper 4638., 1994
8. Fogel, R. W.: *Catching up with economy*. *The American Economic Review*, 1999. március
9. Georgiadis, G. – Pineda, J. – Rodríguez, F.: *Has the Preston Curve Broken Down?* United Nations Development Programme, *Human Development Reports, Research Paper* 2010/32., 2010
10. Goetzel, Ron Z. – Long, Stacey R. – Ozminkowski, Ronald J. – Hawkins, Kevin – Wang, Shaohung – Lynch, Wendy (2004): *Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers*. *Journal of occupational and environmental medicine* 46/4. http://crywolfproject.org/sites/default/files/Presenteeism_Cornell_Study.pdf
11. Jánossy, F.: A gazdasági fejlődés trendvonaláról.

- Magvető Könyvkiadó, Budapest, 1975
12. KSH (2010): Statisztikai Tükör IV. évfolyam 121. szám
 13. Malmberg, B. – Andersson, E.: *Health as a factor in regional economic development*. Arbetsrapport, Institutet för Framtidsstudier - Institute for Futures Studies No. 2006:4, 2006 [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20060428\\$104817\\$fil\\$7vf0kHdEx63nlUDTD3MG.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20060428$104817$fil$7vf0kHdEx63nlUDTD3MG.pdf)
 14. Nicholson, Sean – Pauly, Mark V. – Polsky, Daniel – Baase, Catherine M. – Billotti, Gary M. – Ozminkowski, Ronald J. – Berger, Marc L. – Sharda, Claire E. (2005): *How to Present the Business Case for Healthcare Quality to Employers*. <http://knowledge.wharton.upenn.edu/papers/1303.pdf>
 15. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP): *Statisztikai Évkönyv 2011*.
 16. Sala-i-Martin, X.: *On the health-poverty trap*. In: Lopez-Casasnovas, G. – Rivera, B. – Currais, L. (szerk.): *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. MIT Press, Cambridge, 2005
 17. Preston, S. H.: *The changing relation between mortality and level of economic development*. *Int. J. Epidemiology*, 36:484–490, 2007
 18. Schultz, P. T.: *Wage gains associated with height as a form of health human capital*. Yale University Economic Growth Center, Center Discussion Paper No. 841. 2002
 19. Stiglitz, Joseph E. – Sen, Amartya – Fitoussi, Jean-Paul (2009): *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*
 20. Suhrcke, M. – McKee, M. – Sauto Arce, R. – Tsovala, S. – Mortensen, J.: *The contribution of health to the economy in the European Union*. European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxembourg, 2005
 21. Tapia Granados, J. A. – Ionides, E. L.: *The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries*. *Journal of Health Economics* 27:544–563, 2008
 22. Thomas, D. – Frankenberg, E.: *Health, nutrition, and economic prosperity: A microeconomic perspective*. *Bulletin of the World Health Organization*. 80: 106–113. 2002
 23. Veenhoven, R.: *Quality-of-life in individualistic society. A comparison of 43 nations in the early 1990's*. *Social Indicators Research*, 1999 vol. 48, pp157–186.

A szerző doktorandusz, ELTE TáTK Szociálpolitika doktori program

A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozat és Tanács állásfoglalásai

A lapszám témája – azaz a válság hatásaihoz, az egészségügy jelenlegi kihívásaihoz való alkalmazkodás – szempontjából releváns dokumentumokat adunk közre az alábbiakban: a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata és Tanácsa (METT) két állásfoglalását. Ezek tulajdonképpen „hozzászólásként” is értelmezhetők a Fókusz rovatban feltett kérdések egy részére.

■ Dr. Jóna Gabriella* és dr. Sinkó Eszter**

METT-2011/3. SZ. EGYÜTTES ÁLLÁSFOGLALÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN TERVEZETT KORMÁNYZATI BEAVATKOZÁSOKRÓL

1. A tanácskozás időpontja

A Tagozat és a Tanács 2011. december 5-i együttes ülésén tárgyalta az egészségügyi ellátórendszerben tervezett kormányzati beavatkozásokat.

2. Az állásfoglalást szükségessé tevő fejlemények

Az elmúlt egy hónapban számos olyan változtatási terv látott napvilágot, amelyet nem az Egészségügyért Felelős Államtitkárság kezdeményezett, ám együttes megvalósulásuk esetén alapvetően írnák át az elmúlt húsz év során kialakított, és egyes megvalósításaiban (HBCS, betegút-szervezési modellek, egyéni betegazonosítóra épülő teljesítmény-finanszírozási jelentési rendszer és adatbázis) nemzetközi elismerést kiváltott egészségügyi rendszermodellt. A változások sorából kiemelkedik (1) a társadalombiztosítási alapok korábbi kormány által megszüntetett önálló államháztartási alrendszerének végleges kiiktatása az új Államháztartási törvény (Áht) tervezetében, (2) a munkáltatói tb járulék átminősítése adóvá, (3) az egészségügyi intézmények állami tulajdonba való visszavétele. A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata, illetve Tanácsa ezért szükségesnek látja, hogy felhívja a kormányzat figyelmét arra, veszélyeket rejt magában a tervezett intézkedések együttes megvalósítása.

3. Fontosabb megállapításaink

3.1. A Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozat és Tanács (együtt METT) a Semmelweis-tervben megfogalmazott stratégiai átalakítási irányokkal, a 2011/2. számú állásfoglalását megerősítve, változatlanul egyetért, és támogatja a terv maradéktalan megvalósítását.

3.2. A METT úgy látja, hogy a kormány a Semmelweis-tervnek ellentmondó és/vagy attól független változtatások

sorára készül, amelyek együttes megvalósítása alapvetően felülírná az eddig működtetett egészségügyi rendszermodellt. Teszi ezt anélkül, hogy a modellváltás nyilvánosság előtt megvallott kormányzati cél lenne. A METT nem tudja támogatni e modellváltást, mivel annak megvalósulása további teljesítményromlást eredményezhet egy társadalmi szempontból kiemelkedő jelentőségű, ám kritikus állapotban lévő ágazatban.

3.3. Az egészségügy rendszer hatékony működéséhez, működtetéséhez nélkülözhetetlen:

(1) az ellátáshoz való állampolgári hozzáférés méltányos alapon történő biztosítása,

(2) az ellátórendszer fragmentáltságából fakadó negatív hatások ellátásszervezés útján történő ellensúlyozása,

(3) a szolgáltatói és a finanszírozói (szolgáltatásvásárlói) szerepek egymástól szervezetileg és funkcionálisan is megvalósuló elkülönítése,

(4) a fenti két szereplő között a teljesítményeket számba vevő, szerződésekben rögzített módon végrehajtott elszámolás intézményesítése,

(5) az ellátórendszer szereplői közötti pontos munkamegosztás, hatáskör tisztázása és

(6) ehhez igazodó érdekeltség megteremtése.

3.4. A Semmelweis-terv ebből a feltételrendszerből több elemet felkarolt, és nekilátott azok következetes megvalósításához.

3.5. Az egészségpolitikai, közgazdasági elemzői társadalmat meglepte az az új törvénytervezet, ami a hazai ellátórendszer egyik alappilléreként készül véglegesen kiiktatni az államháztartási törvény megújításával. E javaslat szerint az államháztartáson belül 2010-ig¹ önálló alrendszerként értelmezett társadalombiztosítási pénzügyi alapokat (bent a nyugdíj- és az egészségbiztosítási alapot) a központi költségvetés fejezeteként értelmezi a jövőben, és az OEP-et központi költségvetési szervvé minősítené át. Ez a javaslat mindenképpen ellentmond a Semmelweis-terv azon

passzusainak, amelyek az egészségbiztosítás forrásteremtésében – a megjelölt adókat segítségül hívva – a kiszámíthatóságot szolgálták, egyúttal csökkentették volna az állami közvetlen beavatkozás gyakorlatát, és az OEP szolgáltatásvásárlói szerepét erősítették volna.

3.6. Közgazdaságilag is aggályosnak tekinthető, hogy a jelentősen nagyobb gazdasági súlyú TB-alapok fejezetként, míg az önkormányzatok alrendszerként szerepelnek a törvénytervezetben.

3.7. Ugyanebbe a sorba illeszkedik az az egyéni képviselői módosító indítvány, amely a munkáltatói tb-járulékot szociális hozzájárulási adóvá változtatta át az elmúlt hetekben.

3.8. A kormány bevezette ugyan a Semmelweis-tervben beígért népegészségügyi termékadót, de a jövő évi költségvetésben javarészt saját hozzájárulásának csökkentésére használja fel, eredeti céljával ellentétesen.

3.9. A szolgáltatói szektor az önkormányzatok kezeléséből az állami tulajdon irányába tart, elvéve annak a lehetőségét, hogy a lakosság – helyi képviselői útján – minél teljesebb társadalmi kontrollt tudjon gyakorolni saját ellátása felett. A helyzet azért nyugtalanító, mert az átállásra megszabott idő kevés, így a sikeres átállás feltételei nincsenek biztosítva. Az államnak hiányoznak a begyakorolt készségei az ellátórendszer napi működtetésére, mivel az elmúlt húsz esztendőben erről a feladatról lemondott. Ilyen helyzetben hosszabb idő megadása méltányosabb lenne a zökkenőmentes ellátás megtartása érdekében.

3.10. Korábbi (METT-2011/2. számú) állásfoglalásunkban is aggályosnak találtuk, hogy a „vázolt koncepció az „egypólusú” rendszer irányába mozdítja el az egészségügyet; az új felállásban lényegében az állam kíván mindent egy kézben tartani, márpedig egy jól működő és innovatív – a környezeti kihívásokra rugalmasan reagálni képes – rendszer sajátja a több szereplő konszenzusán alapuló döntéshozatal.” A helyzet a tervezett változtatásokkal most még aggályosabbá vált, mivel a rendszer monolit irányba tart, komoly ellensúlyok, fékek nélkül.

3.11. Az egészségügy mai működési zavaraiért elsősorban nem a társadalombiztosítás szervei és az önkormányzati tulajdonosok felelnek, sokkal inkább a közfinanszírozás forrásainak szisztematikus megkurtítása. Nemzetközi összehasonlításban az egészségügyi közkiadások GDP arányos hányada egyedülálló mértékben mutat csökkenő tendenciát az elmúlt 5 évben.

3.12. A kormány egyeduralkodóvá válása, az átalakítás kapkodó üteme, valamint a befagyasztott költségvetés kedvezőtlen hatást gyakorol az egészségügy közfinanszírozott ellátószektorára, amely ezáltal csak csökkenő funkcionalitásra lesz képes. A jómódú, tehetős állampolgárok számára a megerősödő magán-ellátórendszer megoldást nyújthat, ez azonban súlyos megosztottsághoz, kettészakítottsághoz vezet a társadalomban, lefelé tartó spirálba taszítva a közfinanszírozott ellátásokat.

3.13. Összefoglalóan megállapíthatjuk: amennyiben a társadalmi egészség-biztosítási rendszer egyes elemeit valóban felszámolja a kormány, és teret enged a szerződés-kötéseken alapuló teljesítményfinanszírozási rendszer meg-

szüntetését célzó ötletelésnek, lényegében lenullázza az elmúlt közel 25 év egészségügyi átalakításának legfontosabb eredményeit, ezzel visszatér az államszocialista rendszer régóta magunk mögött hagyott, és legtöbb elemében diszfunkcionális rendszeréhez. Éppen ezért azt tanácsoljuk a kormánynak, hogy az egészségügyben ne engedjen teret a Semmelweis-tervvel ellentétes törekvéseknek, így többek között:

- (1) őrizze meg a munkáltatói egészségbiztosítási járulékot;
- (2) tegye lehetővé az Áht. tervezetének módosítását, visszaállítva az Egészségbiztosítási Alap előző kormány által eltörölt önálló alrendszerét;
- (3) az egészségügyi intézmények állami tulajdonba vételével párhuzamosan dolgozzon ki és fogadjon el egy olyan, az egészségügyi intézmények és egészségügyi dolgozók jogállásáról rendelkező „kórház-törvényt”, amely lehetővé teszi, hogy egyszerre küszöböljük ki az önkormányzati tulajdonlás által kitermelt anomáliákat és a túlközpontosított irányítás veszélyeit;
- (4) kötelezze el magát a teljesítményfinanszírozási rendszer megőrzése mellett, és használja ki országunk nemzetközi megítélésének javítására az egészségügyi rendszer átalakítása során felhalmozódott szellemi tőke, innovációs készség és szakértelem exportját, amelyre széleskörű nemzetközi érdeklődés mutatkozik;
- (5) tegye lehetővé az Egészségügyért Felelős Államtitkárság számára, hogy az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében mutatózó „relatív szufficitet” teljes egészében az egészségügyi emberi erőforrások kialakult, és súlyos következményekkel fenyegető válsághelyzetének a kezelésére használja (ajánlásunk a frontvonalban dolgozó egyes orvoscsoportok számára átlagosan havi 100 ezer forint, valamint az egészségügyi szakdolgozók számára havi 50 ezer forint mértékű emelés);
- (6) bízta meg az Egészségügyért Felelős Államtitkárságot, hogy az NGM vezetésével egy hosszú távú, paradigma-váltó forrásteremtési stratégiát dolgozzon ki, amely 2013-tól megteremti az egészségügyi dolgozók hosszú távú bérrendezésének feltételeit és a hálapénz rendszerének megszüntetését célzó stratégia kidolgozását;
- (7) tegye lehetővé az egészségügy számára, hogy a Széll Kálmán tervben megfogalmazott egyes kiadáscsökkentési intézkedések helyett az egészségügyi felsőoktatásba és az egészségügyi technológiai innovációba történő befektetéssel, valamint egészségipari beruházások Magyarországra hozásával, azaz a gazdasági növekedés beindításával járuljon hozzá az adósságválság megoldásához.

Hivatkozások

1. A 2008-as LXXV. Törvény már 2010. január elsejétől elrendelte, hogy az államháztartásnak két önálló alrendszere maradjon, így a tb alapok már tavaly óta a központi költségvetés részeként vállalnak szerepet az egészségügy finanszírozásában. Nyilvánosan nem felvállalt változtatás volt ez, amit a mostani kormány az új államháztartási törvényjavaslattal megerősített.

A METT-2012/6. SZ. EGYÜTTES ÁLLÁSFOGLALÁSA A JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÓ RENDSZER TULAJDONOSI FELADATAINAK ÁLLAMI KÖRBE VONÁSÁRÓL

1. A tanácskozás időpontja

A Tagozat és a Tanács 2012. szeptember 26-i együttes ülésén tárgyalta a témát.

2. Az állásfoglalást szükségessé tevő fejlemények

A megyei, majd az önkormányzati tulajdonú városi kórházak tulajdonosi és fenntartói jogainak átvétele után 2013. január 1-től a teljes járóbeteg-szakellátás állami kézbe vételét is kötelezővé teszi az egészségügyi törvény módosítása. Bár néhány tulajdonos jelezte, hogy kívánatosnak tartja az átvételt, a szolgáltatók tulajdonosainak nagyobb része e szándékkal kapcsolatban kétségeit fogalmazta meg.

A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata (továbbiakban METT) áttekintette az egészségügyi ellátók állami átvételének eddigi tapasztalatait valamint az államosításnak az egészségügyi ellátórendszer működésére gyakorolt hatását, és ennek fényében megvizsgálta a járóbeteg-szakellátó szolgáltatók államosításának prognosztizálható előnyeit és hátrányait.

3. Fontosabb megállapításaink

A METT megállapította, hogy az idei esztendő átalakításai a járóbeteg-szakellátók helyzetét – szervezeti hovatartozástól függően – több pontban alapvetően megváltoztatták.

- A járóbeteg-szakellátási intézmények közül:
- a kórházi ambulanciákat már az év első felében az állam irányítása alá vették,
 - az integrált járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó intézmények ugyancsak állami kézbe kerültek,
 - egyedül a kórházfüggetlen járóbeteg-szakellátók maradtak meg – többé-kevésbé intakt formában.

A Menedzsment és Egészséggazdaságtan Tagozat és Tanács álláspontja szerint a járóbeteg-szakellátás államosításának mértéke – köszönhetően a kórházi szektorban bekövetkező változásoknak – már az idei esztendőben meghaladta a dominanciához szükséges kritikus mértéket, ezért a METT a kórházfüggetlen járóbeteg-szakellátó szolgáltatók jövőbeni állami tulajdonba vételét nem támogatja.

Indoklás

(1.1) Az egyik legfontosabb európai alapelv a szubszidiaritás elve, amely szerint a feladatokat nem szabad magasabb, centralizáltabb szintre emelni, ha azok alacsonyabb, közösségi szinten is elláthatók. Így valósulhat meg egy szorosabb állampolgári kontroll, és a helyi igényekre, valamint azok változására gyorsan és rugalmasan reagáló, hatékonyan működtethető ellátórendszer.

(1.2) A szakrendelők függetlensége biztosíthatja, hogy ne csak a fekvőbeteg szakellátás „előszobájaként” működjének,

hanem definitív ellátások, szoros gondozás nyújtásával megelőzzék, kiváltásák a szükségtelen kórházi bennfekvéseket. Szabályozókkal, ösztönzőkkel – a Semmelweis-tervben is megfogalmazottan – ezt a funkciójukat erősíteni szükséges.

(1.3) Ezen intézmények államosításának elmaradása nem veszélyezteti és nem akadályozza a Semmelweis-tervben megfogalmazott átalakítások, az egészségügyi ellátórendszer működésének, működtetésének tervezett (és kívánatos) átszervezését. A járóbeteg-szakellátási kapacitások (nyújtott szolgáltatási órák) 72%-a és a finanszírozott járóbeteg-szakellátási teljesítmény 71%-a már jelenleg is a központi fenntartású, államosított intézményekben (megyei és városi kórházakban) érhető el, azaz döntő és meghatározó súlyú az állami szerepvállalás. Ezzel az állam már most is meghatározó szereppel bír a járóbeteg-szakellátások terén, ezért a továbbiakban pusztán szabályozó eszközök használata elegendő a kívánt állami szándékok átvitelére, a jelenleg nem állami tulajdonú szolgáltatók igazodásának biztosítására. E szabályzók vonatkozhatnak kapacitási, igénybevételi, finanszírozási szempontokra egyaránt, elősegítve a funkcionális integrációt, a betegutak szervezését, az ellátás minőségének javítását.

(1.4) A kórházfüggetlen (így nem állami tulajdonú) 270 járóbeteg-szakellátó összesített finanszírozási súlya alig éri el a szakellátási kassza 5 százalékát, melyek között 90 nagyobb rendelőintézet található. A 170 egyéb, kisebb szolgáltató közül 148 pedig csak egy- vagy kétszakmás ellátást végez, több a magántulajdonú szolgáltató, gyakorlatilag praxisméretű ellátó. 150 járóbeteg-szolgáltató finanszírozása nem haladja meg a havi 1,5 millió forintot. Ezek központi tulajdonlásba és irányításba vonása rendkívül körülményes, bürokratikus és forrásigényes, továbbá rugalmatlan ügymenetet biztosít, ezzel nagyobb zavarokat okozhat az ellátás folyamatosságában, mint amekkora hozadékkal bírna a közvetlen állami tulajdonlás.

(1.5) Fontos rámutatni arra, hogy a járóbeteg-szakellátás a Semmelweis-tervben rögzített feladatait és szerepét, a fekvőbeteg-ellátások kiváltását, ezzel az ellátások hatékonyságának, hozzáférhetőségének és biztonságának növelését nem töltheti be az évek óta húzódó, égető szükségességű kódkarbantartás, kódrevízió, szükségletalapú normatívák kidolgozása, a járó ellátási formában történő gondozás-kivizsgálás ösztönzése nélkül. E feladatok elvégzésére kiemelt prioritással a következő 12 hónapban feltétlenül sort kell keríteni.

(1.6) A jövőben a figyelmet az egyébként is szűkös erőforrásokat felemésztő, de csekély eredményességgel kecsegtető további állami részarány növelése helyett a szabályozás átalakítására, az ellátási folyamatok monitorizálására szükséges fordítani – jelen helyzetben ezzel hatékonyabban teljesíthetők a Semmelweis-tervben rögzített célkitűzések.

* A tanács elnöke

**A tagozat elnöke

A pénzügyi-gazdasági válság hatása az egészségügyi rendszerekre

Válogatás a nemzetközi sajtóból

A következő válogatás szempontjaként a WHO által nemrég megjelentetett elemzés (Mladovsky et al., 2012) koncepcionális kerete szolgált. A szerzők a gazdasági válságra adható egészségpolitikai válaszok két alapvető típusát különböztetik meg: (1) a gazdasági válságra a kormányzat elsősorban az egészségügyi kiadások visszafogásával reagál – kockáztatva az egészségügyi rendszer alapvető céljait, (2) a kormányzat elsősorban a hatékonyság növelésére, ennek érdekében strukturális reformok megvalósítására törekszik az egészségügyi rendszercélok figyelembe vételével. Ebből a megközelítésből kiindulva a szakirodalmi válogatás három részből áll: a válság hatása az egészségügyi rendszerekre; a kiadások csökkentésére irányuló politikák. A szemelvényeket a HealthOnLine-ban (<http://www.eski.hu/hol/cikkek.cgi>) korábban megjelent írásokból válogattuk – a kihagyott szövegrészeket a (...) jel jelöli.

A VÁLSÁG HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKRE

Az egészségügyi kiadások Európa-szerte csökkentek 2010-ben

2010-ben az európai országokban csökkentek az egészségügyre fordított kiadások; a kormányok elsősorban a prevencióra és népegészségügyre fordított összegeken igyekeztek spórolni.

2010-ben Európa-szerte csökkentek az egy főre jutó, valamint a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások – ez az egyik legfőbb eredménye az OECD és az Európai Bizottság által közösen készített Health at a Glance: Europe 2012 tanulmánynak. (...) 2000 és 2009 között az egy főre jutó egészségügyi kiadások éves növekedési rátája 4,6 százalék volt (24 EU-tagország átlaga), 2010-ben azonban 0,6 százalékos csökkenés volt tapasztalható. Ez az első eset, hogy az egészségügyi kiadások csökkentek Európában 1975 óta. Írországban az egészségügyi kiadások 2010-ben 7,9 százalékkal csökkentek, miközben 2000 és 2009 között 6,5 százalékos növekedés volt tapasztalható. Észtországban az egy főre jutó egészségügyi kiadások 7,3 százalékkal estek vissza 2010-ben (mind az állami, mind a magánkiadások terén csökkenés mutatkozott), miközben az előző évtizedet a 7 százalék fölötti növekedés jellemezte. Görögországban becslések szerint 2010-ben 6,7 százalékkal csökkentek az egy főre jutó egészségügyi kiadások, miközben a megelőző tíz évben 5,7 százalékos éves növekedés volt tapasztalható. (...)

A kormányok az akut ellátás finanszírozásának megóvása érdekében az egészségügy más területein csökkentették a költségeket, így pl. a népegészségügy és a prevenció programok terén. 2010-ben az EU-tagországok a zsugorodó egészségügyi költségvetésnek átlagosan csak mintegy 3 százalékát fordították prevencióra és népegészségügyi programokra. (...)

Forrás: *Health spending in Europe in 2010 fell for the first time in decades, says a joint Commission/OECD Report.*

http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-1217_en.htm
(HealthOnLine: 2012.11.28.)

Csehország: 2011-ben rekordszámú frissdiplomás orvos emigrált

2011-ben 172 cseh frissdiplomás orvos vállalt munkát külföldön, a legtöbben Németországban.

A Cseh Orvosi Kamara (CLK) szerint 2011-ben összesen 172 frissen végzett orvos vállalt munkát külföldön, ami a legmagasabb számú elvándorlás volt 1989 óta a frissdiplomás orvosok körében. A legtöbben Németországba emigráltak. A tapasztalt orvosok körében viszont kisebb volumenű elvándorlás volt tapasztalható múlt évben, mint az azt megelőző évben: 2011-ben 501 tapasztalt orvos vállalt külföldön munkát, miközben 2010-ben 557-en emigráltak a tapasztalt orvosok közül (a frissdiplomások közül pedig 135-en) (...)

Számos fiatal orvos döntött úgy, hogy külföldön vállal munkát annak ellenére, hogy a tavalyi évben az orvos-

szakszervezetek „Köszönjük, Távozunk” kampánya sikerrel járt, és a kormánnyal többlépcsős fizetésemelésekben sikerült megállapodni. 2011 márciusában mintegy 5000–8000 kornálal növelték az orvosok kereseteit, és további emeléseket is ígértek. (AZS)

Forrás: ČT: Record number of young doctors leave ČR in 2011.

*<http://praguemonitor.com/2012/01/16/%C4%8Dt-record-number-young-doctors-leave-%C4%8Dr-2011>
HealthOnLine*

Románia: az egészségügyi dolgozók elvándorlásának növekvő kihívásai

Becslések azt mutatják, hogy számos romániai orvos és nővér vállal munkát az EU-15 országokban a 2007-es EU-csatlakozás óta; az egészségügyi dolgozók beáramlása azonban nagyon kismértékű, főként a szomszédos Moldovai Köztársaságból történik.

Romániában az egészségügyi szakemberek elvándorlása egyre növekvő kihívások elé állítja a politikai döntéshozókat. A 2007-es EU-csatlakozás, a demográfiai tendenciák, valamint a munkaerő-tervezés és menedzsment alacsony szintje együttesen eredményezték ezt a kedvezőtlen helyzetet. A migráció mértéke már 2007-ben is magas volt, de 2009 vége óta a gazdasági válság is erőteljesen sújtja a román társadalmat, valamint az egészségügyi rendszert.

Románia nem rendelkezik pontos információval az egészségügyi dolgozók be- és kiáramlására vonatkozóan, különösen a nővérek esetében. Az adatok elsősorban becsléseken és közelítéseken alapulnak. (...) A jóhírnév-tanúsítványok alapján 2007-ben az összes praktizáló orvos 3 százaléka (1421 fő) hagyta el az országot, és a kérvényezett tanúsítványok több mint 90 százalékát EU-tagállamok számára adták ki. A jóhírnév-tanúsítványt igénylő orvosok többsége az ország gazdaságilag legelmaradottabb régiójából (Iasi/Jászvásár térsége) származik. Szakterületeket illetően a jelentkezők közül legtöbben a családorvoslás, intenzív ellátás és pszichiátria területén dolgoznak.

A nővérek emigrációjának mértékét a meglévő adatforrások alulbecsülik. A csatlakozás után a hivatalos adatok azt mutatták, hogy 2896 nővér és szülésznő kérvényezte a diplomaigazolást 2007-ben (a nővérek 3,4 százaléka), és a következő években csökkent a kérvényezők száma. A célországokból származó adatok sokkal nagyobb számú újonnan regisztrált román nővért mutatnak, vagyis a tényleges kiáramlás magasabb, mint a diplomaigazolások sugallják.

A román egészségügyi dolgozók fő célországai Olaszország, Németország, az Egyesült Királyság és Franciaország. Az elvándorlás motivációs tényezői az alacsony fizetések, a nem kielégítő társadalmi helyzet, a nehéz munkakörülmények és a korlátozott karrierlehetőségek. 2010-ben ráadásul 25 százalékkal csökkentették az egészségügyi dolgozók fizetését, és leépítésekre került sor az egészségügyi intézményekben.

Az egészségügyi rendszerre kifejtett hatások

Az egészségügyi dolgozók migrációja önmagában is egy fontos probléma, mivel a totális veszteség a munkaerő 10–30 százalékára becsülhető. Habár kevés bizonyíték van az elvándorlás egészségügyi rendszerre gyakorolt közvetlen hatásaira, az alapellátáshoz való hozzáférés általános problémát jelent. Mivel a háziorvos

az egyik legkeresettebb szakterület néhány EU-tagországban (pl. Franciaországban), valószínű, hogy a hozzáférési gondok a jövőben tovább súlyosbodnak, ha a háziorvosok kiáramlása folytatódik vagy növekszik. A migráció további lehetséges hatása egyes szakterületek tartós hiánya a kórházakban.

Az orvosok és nővérek 2010-es megnövekedett emigrációja veszélybe sodorja számos intézmény megfelelő működését, különösen a kicsi, önkormányzati kórházak esetében. A nagyobb, körzeti kórházak szintén személyzeti gondokkal küzdenek, számos betöltetlen pozíciójuk van. A helyzetet súlyosbítja, hogy a kormány 2010 januárjától befagyasztotta a toborzást az állami egészségügyi intézmények esetében.

Politikai válaszok

Jelenleg nincs Romániában átfogó munkaerő-tervezési politika. Az országos stratégia tervezete nagyon sokat késett, és nem kezelték prioritásként. Más EU-tagállamokból származó bizonyítékok azt mutatják, hogy romániai orvosok és nővérek ezrei emigráltak. Épp ezért Romániában létfontosságú lenne egy jó monitoring- és ellenőrzési rendszert bevezetni a külföldre irányuló mobilitásra vonatkozóan, és az egészségügyi munkaerő-áramlás jobb menedzselésére lenne szükség. (AZS)

Forrás: Galan, A., Olsayszky, V., Vladescu, C.: Emerging challenges after EU accession: Romania. In: Euro Observer, 13. évfolyam, 2. szám, 2011. nyár.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/145158/EuroObserver-Summer-2011_web.pdf

A KÖZKIADÁSOK KORLÁTOZÁSÁRA KONCENTRÁLÓ KORMÁNYZATI INTÉZKEDÉSEK ÉS KÖVETKEZMÉNYEIK

Költségmegtartások Spanyolország egészségügyében

2012 áprilisa óta a spanyol kormány és az ország régiói az egészségügy területén drasztikus költségmegtartásokat hoztak az Európai Unió elvárásai szerint.

Spanyolország adóalapú egészségügyi ellátása, mely a teljes lakosság számára ingyenes szolgáltatásokat biztosít, komoly válságban van. A kormány és a régiók 2012 áprilisában az állami egészségügyi kiadások 7 milliárd eurós visszafogására kötelezték el magukat az Európai Unió követelményeinek megfelelően. Mindez ágyszám-csökkentésre vezet, és megszorításokat jelent az orvosi fizetések viszonylatában is.

A nyugdíjasok, akiknek a gyógyszerelése az ország gyógyszerkiadásainak mintegy 70 százalékát teszi ki, mind ez ideig mentesültek a gyógyszerek után fizetendő térítési díjak alól, viszont jelenleg a gyógyszerári számla 10 százalékát (járandóságuktól függően maximum 8–18 eurót) kell állniuk. Az aktív dolgozók számára, akiknél a térítési díj nem haladta meg a gyógyszerköltség 40 százalékát, a továbbiakban ez az arány 60 százalékos is lehet.

A megszorító intézkedések miatt az országban már hónapok óta tartanak az egészségügyi ellátás térítésmentességének megőrzéséért folytatott megmozdulások. (ZLL)

Forrás: THOMAZEAU, A.-M.: Espagne: 7 milliards d'économies sur la santé. Viva Presse, 2012.10.26.

*http://www.viva.presse.fr/Espagne-7-milliards-d-economies_17433.html
(HealthOnLine: 2012. 11. 12.)*

EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE

A NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI
GAZDASÁGI VEZETŐK EGYESÜLETE KÖZGAZDASÁGI FOLYÓIRATA



BÍZUNK BENNE, HOGY 2013-BAN IS
HASZONNAL FORGATJA SZAKLAPUNKAT

AZ EGSZ-T ELEKTRONIKUS FORMÁBAN KERESSE
A WWW.WEBORVOS.HU PORTÁLON!