

*Fecske Mihály*

## **Az egészségügy néhány makroösszefüggése**

### **1. Az egészségügyi intézmények működését közvetlenül, vagy közvetett módon befolyásoló általános tendenciák**

A gazdasági rendszerváltás az egészségügyben 1992 második felében indult el. Az átalakulás a teljesítmények mérésének és az egységes finanszírozás alapjainak lerakásával kezdődött. A feladat végrehajtásának nehézségi fokát jelzi, hogy a teljesítményeket alapvetően befolyásoló személyi, szakmai, technikai, anyagi és egyéb tekintetben az intézmények igen széles skálán szóródtak és nagyon különböztek az egyes intézmények pénzügyi körülményei is.

Illúzió lett volna azt hinni, hogy egy ilyen nagy horderejű átalakulás rövid idő alatt zökkenőmentesen lebonyolódik különösen akkor, amikor erre vonatkozóan semmilyen hazai hagyománnyal nem rendelkezünk. Az új rendszerre való átállást tehát csak fokozatosan és az állandóan felszínre kerülő problémák korrekációjával lehetett elképzelni. Eleinte a finanszírozás zömmel még a régi rendszernek megfelelően bonyolódott, a teljesítmény szerinti mérés pedig csak a tevékenységnek kicsi hányadára vonatkozott. Az újra való áttérés így mindkét területen fokozatosan bővült.

Az egészségügyi intézményekben folyó teljesítménymérés bevezetése Magyarországon kétféle módszer szerint honosodott

meg. A fekvőbeteg intézményekben az USA-ban alkalmazott homogén betegcsoportok (HBCS) rendszerének adaptációja, a járó beteg intézményekben pedig a Németországban elterjedt, ún. pontozásos módszer bevezetésére került sor. Mindkét módszerben egyértelműen dominál a gyógyítással összefüggő speciális szakmai jelleg, ami az orvosi közreműködést fokozottan igényli.

A rendszer abban az értelemben is alapvetően megváltozott, hogy a gyógyító munka gazdasági-pénzügyi folyamatainak regisztrációjához sokkal inkább szükség lett a gyógyító apparátus szakembereinek közreműködésére, mint korábban.

A két szisztéma közötti különbség tömören abban foglalható össze, hogy 1992 előtt a gazdasági irodai apparátus „tartotta el” az egészségügyi intézményeket, a mai rendszerben a feladat az orvosokra és a gyógyító személyzetre helyeződött át. A gyógyító személyzet azonban a gazdálkodással összefüggő feladatokra (pénzügyi, gazdasági, informatikai, számítástechnikai stb.) nem volt kiképezve és nehézségei voltak az amerikai és a német módszer adaptációjával is. (Nagyon sok olyan magyar sajátosság jelentkezett, amely nehezen volt beilleszthető az átvett rendszerbe.)

Az előzőekből érzékelhető, hogy a változáshoz kapcsolódott egy olyan folyamat, amely a korábbihoz képest szintén lényeges eleme az új körülményeknek. 1992-től fokozódó takarékoság indult az egészségügyben, melynek eredményeként egyre kisebb hányad jutott egészségügyi célokra a bruttó hazai termékből (GDP), miközben az ellátásra szoruló köre bővült.

### **Az egészségbiztosítási kiadások aránya a GDP-ből (%-ban)**

A folyamatban az 1995-ös esztendő, a „Bokros-csomag” hatása különösen jól érzékelhető, bár a csökkenés mértéke – ha a korábbinál kisebb mértékben is – tovább folytatódott.

Év	%
1992	9,5
1993	9,4
1994	9,1
1995	7,9
1996	7,4
1997	6,5
1998	6,3
1999	6,1

*Forrás: OEP Évkönyv*

Az egészségügyi helyzetet a nagy átalakulásokkal járó nehézségek miatt tovább nehezítette, hogy a központi források visszafogásával rohamosan megnöttek az OEP kintlévőségei. Ezek nagyságára jellemző, hogy egyes években a kintlévőségek mértéke meghaladta az egészségügyre fordított pénzek összegét.

### **OEP kintlévőségek**

Év	Milliárd Ft	A gyógyításra fordított pénzek %-ban
1992	90,6	80,8
1993	141,7	107,7
1994	189,1	110,9
1995	222,9	115,9
1996	221,4	97,8
1997	230,0	85,3
1998	251,3	83,5
1999	285,2	83,6

*Forrás: OEP Évkönyv*

A különböző megszorítások eredményeként az egészségügy rendelkezésre álló összeg forrásértéke reáláron számolva napjainkban sem éri el az 1994 évi szintet, 1995-ben volt a legnagyobb visszaesés (Bokros-csomag), amely reáláron mintegy 12%-os csökkenést eredményezett, majd ezt követően már további csökkenés nem következett be és ezen a szinten stabilizálódtak az összegek.

**Az egészségbiztosítás által finanszírozott egészségügyi kiadások**  
(Milliárd Ft)

Év	Nominálértékben	Nominál-index	Fogyasztói árindex	Reál-index
1992	112,1	100,0	100,0	100,0
1993	131,6	117,4	122,5	95,8
1994	170,4	152,0	145,5	104,5
1995	192,4	171,6	186,5	92,0
1996	226,4	202,0	230,5	87,6
1997	269,7	240,6	272,7	88,2
1998	301,1	268,6	311,7	86,2
1999	341,3	304,5	332,2	91,7
2000*	360,0	326,1	365,4	87,9

\* Becslés

Az egészségügyi intézményeknél az elvonás mértéke közötti figyelemre méltó eltérések tapasztalhatók. A támogatás mértékéből kiindulva a legkisebb támogatás az ún. feladatfinanszírozásnak jutott. Itt öt év alatt nominális értékben 12%-kal nőtt a támogatás, ami reáláron számítva az 1998-as évben még a felét sem éri el az 1994. évinek. Ezen belül a mentésre, betegszállításra fordított OEP finanszírozási összeg az 1998-as évben még a harmada sem volt az 1994. évinek. Az átlagosnál kevesebb jutott a háziorvosi ellátásra is. Az

ilyen címen kifizetett összeg az 1998-as évben reáláron csak háromnegyede az 1994. évinek.

A teljesítményfinanszírozott járóbeteg-szakrendelés és a szakambulancia, valamint a teljesítményfinanszírozott fekvőbeteg-ellátásra fordított egészségbiztosítási összeg reálértékben számolva nagyjából azonos mértékű juttatásban részesült. A három terület 1998. évi támogatása mintegy 11–12%-kal maradt el az 1994. évi mögött. Érdemes megemlíteni azt az eltérést, ami a teljesítményfinanszírozó járóbeteg-szakellátáson belül tapasztalható. A szakrendelésnek juttatott 1998. évi OEP összeg – ahogy az előzőekből kiderül – nagyjából a szakambulanciával és a fekvőbeteg-ellátással azonos módon alakul, a művese kezelés viszont – amely gyakorlatilag külföldi érdekeltség – nominál áron csaknem háromszorosát kapta 1998-ban az 1994. évinek.

A fekvőbeteg-ellátáson belül az aktív részleg helyzete az átlagosnál valamivel jobb, a krónikusé viszont az átlagosnál némileg rosszabb (1998/1994. évi értékek reáláron 89, illetve 82%).

Az egészségbiztosítás finanszírozásának fél évtizedes elemzései azt mutatják, hogy a valós kifizetések és a hosszú távú stratégiai tervek nem mindenben esnek egybe. Az utóbbi években egyértelműen hangoztatott elhatározásnak mondható kórházi ágyak csökkentésére irányuló törekvések a betegek gyógyításában. Így az a törekvés, hogy az ún. „lábon gyógyítás” pénzmegtakarítást eredményez és a beteg számára kényelmesebb, mivel a kezelés otthoni környezetben történik, kevésbé tükröződik.

## Egészségbiztosítási finanszírozás feladatonként

Megnevezés	1994	1998	1998 az 1994-es év %-ában	
	MillióFt		Nominál áron	Reál áron
I. Háziiorvosi ellátás	18 274	29 400	160,9	75,1
II. Feladatfinanszírozás	25 007	28 027	112,1	52,3
III. Járóbeteg-szakellátás finansz.	27 404	56 656	206,7	96,5
Ebből: Szakrendelés	17 344	32 876	189,6	88,4
Szakambulancia	4 473	9 093	190,5	88,9
Művesekezelés	2 559	7 482	294,4	136,4
IV. Fekvőbeteg-szakellátás	96 769	184 095	190,2	88,8
Ebből: Aktív ellátás	83 470	159 464	191,0	89,0
Krónikus ellátás	10 690	18 766	175,5	82,0
V. Egyéb	1 972	914	50,7	23,7
<b>Összesen</b>	<b>1 609 426</b>	<b>299 092</b>	<b>176,5</b>	<b>82,4</b>

*Forrás: OEP Évkönyv*

A pénzek elosztásának hosszú távú stratégiai elképzelésekkel ellentétes elosztási rendje azt eredményezte, hogy zömmel azoknak az egészségügyi feladatoknak az aránya csökkent, vagy éppen stagnált, amelyeknél a növelés volna kívánatos.

A háziiorvosi ellátás finanszírozására fordított összeg aránya öt év alatt csökkent, a járóbeteg-szakellátáson belül a szakrendelések aránya gyakorlatilag nem változott, a szakambulancia aránya érthetően megnőtt, ugyancsak nőtt a fekvőbeteg intézmények aránya is úgy, hogy közben a krónikus arány némileg csökkent. Ezek a tények mindenesetre nagyon elgondolkodtatóak még akkor is, ha a változások méretei nem olyan meglepően nagyok. Ha ehhez még azt is figyelembe vesszük, hogy a háziiorvosok

ellátásában és a szakrendelőkben nő a betegforgalom, a kórházi ágyszám és a kórházi ápolási napok száma pedig csökken, a jelenségre elfogadható magyarázatot találni még nehezebb.

**Az egészségbiztosítási finanszírozás strukturális megoszlása feladatonként %-ban**

<b>Megnevezés</b>	<b>1994</b>	<b>1998</b>
I. Háziorvosi ellátás	10,92	9,83
II. Feladatfinanszírozás	14,76	9,37
Ebből: Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	0,35	0,30
Ideggyógyászati gondozás	0,47	0,48
Onkológiai gondozás	0,25	0,24
Alkohológiai és drogellátás	0,17	0,16
Mentés és betegszállítás	2,89	0,96
III. Teljesítményfinanszírozás, járóbeteg-szakellátás	16,17	18,94
Ebből: Járóbeteg-szakrendelés	10,24	10,99
Szakambulancia	2,82	3,04
Művesekezelés	1,51	2,50
IV. Teljesítményfinanszírozás, fekvőbeteg-szakellátás	57,12	61,55
Ebből: Aktív	49,27	53,32
Krónikus	6,31	6,27
V. Egyéb	1,16	0,31
<b>Összesen</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**2. Az egészségügyi intézmények reagálása a folyamatos pénzsűkítő intézkedésekre**

A minden oldalról szorongató és romló anyagi helyzet arra készítette az egészségügyi intézményeket, hogy a forrásokcsökkenéseiket különböző módon ellensúlyozzák. Ennek egyik formája az

el nem végzett műveletek kiszámlázása, a különböző „csaló” programok (sámán program stb.) alkalmazását, a teljesítmények állandó „művi” növelését eredményezték. A teljesítmény művi növelésére tett erőfeszítések azonban csak részeredményeket hoztak. A források ugyanis nem a teljesítményekkel azonos módon növekedtek (ismeretes a felülről behatárolt elosztható végösszeg, melyet a mindenkori összteljesítmények szerint osztottak szét.)

A forráshiány miatt az egészségügyi intézményekben a feszültség egyre jobban éleződött. Az új helyzetben az egyes osztályok közötti értékesítési problémák is mind jobban előtérbe kerültek, a „ki végez magasabb szintű munkát” és „kinek a munkája hoz többet az adott intézmény számára” téma fokozatosan erősödött. A probléma rendezésére előtérbe került az egyes részlegek közötti teljesítménymérés pénzbeli kifejezése a bevételek, a kiadások és ennek különbözeteként az eredmények vizsgálata.

Az anyagi forrásokért folytatott harc eredménye elindította a központi szervek és az egészségügyi munkát végző intézmények közötti versenyfutást. A „feltupírozott” teljesítmények visszakorrigálását a felülről behatárolt pénzforrásokkal korlátozták. A teljesítmény „művi növelése” így nem érte el azt a hatást, hogy a teljesítményekkel fokozódott volna a pénzkirámlás, de ezzel sikerült az egészségügyi intézmények közötti mezőnyt „széthúzni”.

Amelyik intézményeknek sikerült mindenféle trükkel a teljesítményüket feltornáznai, azok az intézmények a közösből a kimutatott teljesítmény alapján többet tudtak kivenni, mint azok, amelyek nem csaltak (vagy mert nem tudtak csalni, mivel nem ismerték a rendszert).

Így az igazságtalanságból adódóan voltak nyertesek és vesztesek ebben a küzdelemben. (Többek között ilyen aránytalanságokból születtek azok a helyzetek, amelyeket csak ún. kórház-konzolidációval sikerült valamennyire rendezni.)

Az igazságtalanságnak természetesen más formája is megtalálható a rendszerben, amely az egyes teljesítmények mérésének tökéletlenségéből adódik. A különböző külföldi példák adaptációja (HBCS rendszer stb.) során folyamatosan derülnek ki olyan hibák, amelyek korrekciója központilag szükségessé vált (lásd HBCS többszöri korrekcióját, amely mutatja, hogy az irányító szervek felismerték a teljesítmények állandó „karbantartását”, amelyet a technikai eszközök folyamatos tökéletesedése és a bővülő és fejlődő gyógyszergyártás egyaránt indokoltak, de figyelembe lehet venni azokat az eredményeket is, amelyek az egészségügyi intézmények működése során akár a betegkövetésben, vagy ennek javításában az egész nyilvántartási rendszer átalakításában, folyamatos korrigálásával elérni tudtak (párhuzamosságok kiszűrése, ágykihasználás javítása, ápolási idő csökkentése stb.)

A forráselosztás körül folyó harcban egyre élesebben vetődik fel az intézményeken belüli igazságos elosztás követelményei. Mindinkább előtérbe került az egyéni teljesítmények, illetve az egyes osztályok, részlegek, csoportok teljesítményének mérése, gazdaságossága. Ez jelenleg a bevételek és a kiadások összevetésében nyilvánul meg. Ennek a logikának a folytatása váltotta ki az a körüli vitát, hogy melyik részleget érdemes fejleszteni, vagy privatizálni, azaz a „miből lehet jobban megélni” kérdés komoly mérlegelése.

Az intézményen belül a teljesítményeknek a minősítése, a tartalékok feltárása kiemelte a kontrolling, a minőségbiztosítás és az osztályok eredményekben való gondolkodásának koncepcióját. A „ki ér többet” elv megvalósításának azonban nem teremtődtek meg a pénzügyi elosztási rendszerbeli feltételei és az egészségügyi teljesítményt kifejező mutatók pontosságában is jelentős különbségek vannak.

A szakmán belül a fekvőbeteg részlegnek magasabb rendű teljesítményt nyújtó elfogadása a járóbeteg-gyógyítással (szakrendelés, háziorvosi ellátás) szemben elég egyértelmű. Jól mutatja ezt az a tény, hogy ahol a kórház mellett szakrendelés is működik, ott a szakrendelésen a magasabb beosztású kórházi orvos (pl. osztályvezető főorvos) csak ritkán vesz részt.

Már önmagában az a tény is alapvető különbséget eredményez, hogy a fekvőbeteg teljesítmény HBCS, a járóbeteg-ellátás teljesítménye a német pontrendszer alapján történik, és a két rendszer között nincs meg az „átjárás”.

Az egészségüggyel összefüggő problémák széles körű kitekintését azért tartjuk célravezetőnek megismerni, mert ezek szinte mindegyike hatással van egy adott egészségügyi intézményben felmerült konkrét kérdés kezelésében, és megoldásában nem lehet eltekinteni a környezeti befolyástól. Különösen indokoltnak tartjuk olyan körülmények között, amikor az intézmény jelentős átalakulás előtt áll, esetleg privatizációs folyamatokat kívánnak beindítani az intézményen belül.

Figyelembe kell venni továbbá azokat a körülményeket is, amelyek korábban nem működtek a rendszerben és még ma sincs több olyan fontos tényezőről információnk, amelyek megoldásra várnak. Például visszatérő problémája a kormánynak, hogy a jelenlegi rendszer nem tudja megmondani, hogy az egészségügyben melyik művelet mibe kerül. Egy adott betegség mennyi idő alatt gyógyítható, és mekkora a ráfordításigénye, továbbá a különböző gyógyítási folyamatokon belül az egyes fázisok mennyiben terhelhetők és mennyiben felelősek a folyamatért. Nem véletlen, hogy a gyógyítást finanszírozó cég (OEP) folyósításában is számtalan a bizonytalanság. Ennyi probléma mellett az operatív döntésekkel igen óvatosan kell bánni, nem lehet olyan körülményt vállalni, hogy előre nem látott, vagy pontatlan számítások, információ hiánya miatt egy egészségügyi intézmény csődbe kerüljön. Ezen a területen a működésképtelenséget nem lehet úgy megítélni, mint a nemzetgazdaság más területén, ahol a gazdasági okokból csőd esetén a tevékenység megszűnése is bekövetkezhet. Az egészségügyi intézmény megszűnése, vagy működtetésének zavara emberéleteket követelhet. Ugyancsak komoly veszély forrása lehet egy sikertelen átalakítási kísérlet, amely a gyógyító munkában zavart, kiesést, és a lakosság számára sok kellemetlenséget, a tulajdonos önkormányzatnak pedig jelentős anyagi veszteséget okoz.

A mai egészségügyi gyakorlatban a bemutatott átalakítási, fejlesztési folyamatok és azok pénzügyi megoldásai – mint látható – több területen összehangolatlanok. Az ebből adódó problémák káros hatásai gyakran érzékelhetők a gyógyító munkában is. A gazdasági hatékonyságot és a közhangulatot pedig minden esetben negatívan érintik. A szervezettség javítása, a különböző stra-

tégiai törekvések összehangolása e téren nagyon nagy eredményjavulást ígér.

### **3. Érdekeltség – hatékonyság**

Egy ország életében a lakosság egészségügyi állapota, mint a közjavak része, komoly értéket képvisel még akkor is, ha az egészség, mint egyedülálló, mással nem helyettesíthető gazdaságilag nem számszerűsíthető. Az egészség fenntartása és javítása azonban közismerten pénzbe kerül, ilyen értelemben, mint költségtenyező, a nemzetgazdasági értékfolyamatoknak fontos alkotóelemét képezi.

Napjainkban, amikor az egészségügyi ellátás egyre inkább a piac szabályainak megfelelően viselkedik (mint speciális szolgáltatás iránti igény jelenik meg) és kielégítésére üzleti vállalkozások alakulnak, a folyamatok egyre mélyebb gazdasági, társadalmi összefüggéseinek megismerésére van szükség, egyre jobban indokolt mérni azoknak a részfolyamatoknak a hatásait, amelyek előnyösen, vagy hátrányosan befolyásolják a végeredmény alakulását.

Az egészségügyi piacgazdaság sokrétű és számos konfliktussal terhelt terület, melynek minden összefüggése még nem is teljesen feltárt. Azt is figyelembe kell venni, hogy az egészségügyi piacon az ellátás iránti keresletnek nem meghatározó eleme a beteg fizetőképessége, tehát nem szabályos piacról van szó. Viszont, ha rossz a lakosság egészségi állapota, sok pénz hatástalanul, vagy rossz hatásfokkal megy veszendőbe és ez akadálya a gazdasági fejlődésnek. David Corten szerint az egészséges ember okos gondolata, a gazdasági fejlődésnek egyetlen olyan forrása, amely

kimeríthetetlen (szemben minden természeti kincssel) és korlátlanul bővíthető. Ezért részelemeinek minél mélyebb vizsgálata és kedvező alakulásuk befolyásolása a legszélesebb nemzeti stratégia meghatározó elemévé kell, hogy váljon. Az ilyen értelmű elismertség körülményeinkre azonban még nem egyértelműen jellemzőek, mint ahogyan az sem mondható, hogy sok irányú összefüggései minden vonatkozásban feltártak lennének.

Az egészségügy világméretű válságának, anyagi igényességeinek növekedése arra utal, hogy a növekvő igény anyagilag nem követhető. Ha ez az út nem járható, akkor legalább a legolcsóbb megoldást, a romlás megelőzését, illetve a bajok időbeni felderítését, illetve a baj felismerése esetén a gyors beavatkozást, a sürgősségi megoldásokat alkalmazzuk. Az is az eredményességet javítja, ha a sok anyagi ráfordítással meggyógyított pácienseket mielőbb rehabilitáljuk és visszaadjuk a produktív élet számára.

A megoldás a gyógyítás (orvosi, ápolási, gyógyszerelési) mechanizmusát és azokkal összefüggő anyagi, gazdasági előnyök maximalizálását, az egészségügyi folyamatok költségeinek minimalizálása mellett kell elősegíteni. Ahhoz, hogy ilyen kezdeményezés működhessen, széleskörű egészségnevelésre, a magyar lakosság általános felvilágosítására van szükség, mely oktatási, média és más köznevelési társadalmi funkciók átalakítását, módosítását igényli. Ezek végeredménye az életminőség javulása.

Hogy mindezen tényező harmonikusan működjön, nélkülözhetetlen egy olyan érdekeltségi rendszer megteremtése, amely képes egyensúlyban tartani a sokszor egymással ellentétes hatásokat. Ez az, ami nagyon hiányzik jelen körülményeink között.

Az érdekeltségi hatásvizsgálatok során elsősorban azt kell figyelembe venni, hogy az egyes intézmények érdekei milyen irányban és milyen mértékben deformálják a meghatározó tényezőket és külön azt, hogy az intézmények dolgozóinak az érdeke ezt mennyiben támasztja alá, vagy ettől milyen mértékben tér el.

Az első nagy probléma, ami a fenti témák kapcsán felvetődik, hogy ma már az egészségügyi intézmények mindegyikében az egészségpénztárak az elvégzett teljesítmények alapján fizetnek, miközben dolgozóik fix fizetést kapnak. Alig kimutatható, hogy a mai érdekelttség az orvost, vagy az ápolót hogyan befolyásolja a teljesítmények fokozására, a hatékonyság növelésére, a költségek csökkentésére. Látható tehát, hogy már az intézmény egészének és az intézmények dolgozóinak érdeke sem összehangolt, sőt inkább ellentétes. Az intézmény ugyanis abban érdekelt, hogy minél több teljesítményt (súlyszámot, vagy teljesítménypontot) érjen el, az egészségügyi dolgozónak viszont az az érdeke, hogy fix fizetéséért minél kevesebbet kelljen dolgoznia.

Lehet itt beszélni természetesen a hivatástudatról, az egészségügyiek eskütételéről, amit nem szabad szó nélkül félresöpörni. Azzal azonban tisztában kell lenni, hogy ezek rövidtávú kategóriák, amivel lehet ugyan mérsékelni az anyagiak hiányából keletkezett problémákat, de tartósan megoldani nem. (Lásd a pályát tömegesen elhagyó ápolók eseteit és a fiatal orvosok gyógyszerügnökké válását.)

Józan ésszel nem is lehet elvárni egy egészségügyi dolgozótól, hogy tartósan olyan alacsony anyagi szolgáltatásért végezze munkáját – zömmel három műszakban és folyamatos üzemmód-

ban, amelyben akár ünnep, akár egyéb szabadnap nem biztosított fix pihenőnap –, melynél a minden képzettség nélkül is többet fizetnek máshol. Megállapításomat a következő táblázat egyértelműen bizonyítja.

**A teljes munkaidőben foglalkoztatottak munkajövedelme 2000  
január - március**

Megnevezés	Ft/fő	A nemzetgazdasági átlag %-ában
1. Textil, textiláru, bőrtermék, lábbeli gyártás	52 883	64,4
2. Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás	53 178	63,6
3. Mezőgazdaság, erdőgazdaság, halászat	54 278	64,9
4. Építőipar	57 986	69,3
<b>5. Egészségügyi-szociális ellátás</b>	<b>63 357</b>	<b>75,6</b>
6. Kereskedelem, javítás	75 845	40,7
7. Fafeldolgozás, papírgyártás, kiadói, nyomdai tev.	76 042	90,9
8. Oktatás	77 984	93,2
9. Élelmiszer, ital dohánytermék gyártása	79 622	95,2
10. Fémalapanyag, fémfeldolgozó termékek gyártása	83 466	99,8
11. Szállítás, raktározás, posta, távközlés	94 519	113,0
12. Ingatlanügyletek, gazdasági szolgáltatás	94 618	113,1
13. Gépipar	95 776	114,5
14. Közigazgatás, védelem, társadalombiztosítás	101 158	121,0
15. Bányászat	102 937	123,1
16. Vegyipar	118 714	141,9
17. Pénzügyi tevékenység	186 019	222,4
<b>Nemzetgazdaság összesen</b>	<b>83 634</b>	<b>100,0</b>

A bemutatott példák minden gyógyító fázis gyakorlatában nagyon jól lemérhető, de radikális megváltoztatására a többszöri ígérek ellenére reális lehetőség sem mutatkozik.

További néhány olyan érdekeltségi hatás, amely az egészségügyi intézmények munkájában nem az optimumot produkálja, akár a pénzek elköltésének hatékonyságát, akár a beteg közérzetét és gyógyulását vesszük figyelembe.

Közismert a múltrendszer kórház centrikus beteggyógyítása, amely szükségszerűen kórházaink túlméretezettségét eredményezte. A kórházban való gyógyítás pedig a legdrágább megoldás. Az 1999. évi adatok szerint egy osztályos ápolási esetre jutó összeg 78 500 Ft, amely az aktív ellátás esetén 81 900 és egy osztályos ápolási napra jutó összeg pedig 8 500 Ft, ebből a krónikus 3 800, az aktív ellátás kereken 10 000 Ft. (OEP adat)

Jelenleg a kórházak a kapacitás maximális kihasználásában minél több beteg elhelyezésében érdekeltek és ezért hajlandóak a már beutaló orvosokkal is valamilyen szövetséget kötni. A beutaló orvosoknak pedig nincs érdeke ellen a betegtől való megszabadulás, hiszen akkor sem kapnak többet munkájukért, ha egy beteget minden nap kezelnek, megvizsgálják, vagy csak kétévenként egyszer találkoznak a beteggel. (Újabban történtek olyan intézkedések, hogy a házi orvosoknak legalább évente egyszer szükséges találkozni a beteggel, ennek a végrehajtási gyakorlata azonban még nincs egészen megoldva.)

Az érdekeltség torz formájának eredménye, hogy jelenleg kb. dupla annyi beteg van kórházainkban, mint amennyi indokolt len-

ne. Ezen belül 15–25% a szociális beteg és további 25–30% az, aki „lábon” gyógyítható lenne, ha egy normális érdekeltségi rendszer működne. (GYOGYINFOK felmérés)

De miért nem működik hatékonyan a rendszer? Mert a mechanizmus nem úgy épült ki, hogy a piacgazdaságba illő módon hatékonyan működni tudjon. A mai betegellátás a kommunista rendszerből maradt ránk. Ennek lényege, hogy minden központi kézben legyen, az orvosi garnitúrának pedig a nyomorba tartása volt a cél. (A mindkét megállapításnak politikai indíttatására most nem kívánok kitérni. Csak utalásszerűen néhány szempont: mindenkiről, minden információ kézben tartás, az egészségügyi területen így volt legkönnyebben megvalósítható. Vagy a nyomorban tartott és a magánpraxisban megakadályozott orvossal így lehetett legkönnyebben elbánni.) Ez a deformált szemlélet megszülte a paraszolvenciát, ami valamelyest korrigálta az orvosi társadalom egy részének a kieső pénzét, amit nem az orvosok, hanem a piac korrekciója hozott létre.

A felsorolást lehetne folytatni a műszerek beszerzésének mai gyakorlatával, mely oda vezetett, hogy az alapvető gépekből annyiféle típus van forgalomban, amit a leggazdagabb országok sem engedhetnének meg maguknak.

A sokféle típus sokféle szervizt és nagymértékű pazarlást eredményez. Itt is érdemes a mögöttes meghúzó érdekeltséget megvizsgálni. A nagy értékű eszközök beszerzésében döntő dolgozók akkora kísértésnek vannak kitéve (a szánalmasan alacsony fizetésük mellett), hogy kivételnek számít, aki a felkínált előnyök-

ből nem fogad el semmit (ami esetenként több havi, vagy évi jövedelmét is meghaladja).

A legújabb és legfeltűnőbb „gyanút” napjainkban a kórházi informatikai, mikroelektronikai rendszerek telepítései támasztanak e téren. Ma már a műszaki ismeretekben való jártassággal kevés helyen lehet megmagyarázni egyes kirívó jelenségeket. Sokkal inkább az egyéni érdekeltségnek a kórházi előnyöknél erősebb jellege a meghatározó.

A kórházak helyzetét tükröző példákhoz további adalék a kórházak gép- és műszerállományának technikai állapota. Mint ismeretes, a mai kórházi gyakorlatban alkalmazott technikának az elavulási ideje 5–6 év, az egészen modernké kb. 3 év. Kórházaink gép- és műszerállományának és hagyományos röntgen felszereléseinek minden kórházi kategóriában több mint fele öt évnél idősebb, ezen belül legrosszabb a helyzet az egyetemi klinikákon, ahol a gép- és műszerállomány egyharmada 10 évnél is idősebb.

A kórházgazdálkodásban rejlő lehetőségek körül nagyon sok tartalékot tártak fel a több kórházban végzett átvilágításaim. A kórházak zöménél a létszámnak mintegy a fele nem a gyógyító apparátusban dolgozik. E területen kivétel nélkül túlméretezett létszám tapasztalható.

A kórházak mai állapotának megismeréséhez további információ: munkaerőtesztek igazolják, hogy a kórházakban a vezető orvosoknak (osztályvezető főorvos) és a szakorvosoknak a gyógyító munkában eltöltött ideje még a felét sem éri el a hivatalos munkaidőnek.

A felsorolt példák csak egy részét képezik azoknak az érdekeltségi problémáknak, amelyek megoldásra várnak. A közös és a magánérdek összehangolása tehát igen sok teendőt kíván, mint ahogyan az is, hogy a jól és szorgalmasan dolgozó orvos, vagy kórház nagyobb jövedelemhez jusson, mint az, amelyik rosszul dolgozik. Ennek feltétele az egyéni és a közösségi teljesítmények megközelítően objektív mérése és a javadalmaknak e szerinti elosztása. Ennek megoldása a jó informatikai rendszer megteremtése, amely nem egészségügyi feladat, hanem a műszaki, a közgazdasági és a társ szakmák feladata.

1. Dr. Víz E. Szilveszter, egyetemi tanár, a MTA alelnöke által szervezett Életminőség javítására irányuló kutatások
2. OEP Statisztikai Évkönyvek 1997–1999.
3. Egészségügyi és Szociális Statisztikai Évkönyvek 1996–1998 K.S.H.
4. Statisztikai Évkönyvek K.S.H.
5. Dr. Nagy Júlia, a GYOGYINFOK főigazgató-helyettesének különböző tanulmányai