
Simon Fiala Zsolt

A magyar egészségügy

Előzmények

Az egészségügy – és általában a humán szféra – a rendszerváltás idején nem volt felkészülve arra, hogy a piacgazdaság követelményeinek megfelelően a közgazdasági szabályzókat befogadja, és olyan fejlődési pályára álljon, mint a természetes termelési tevékenységet folytató vállalatok, ahol – elsősorban a privatizáció elindításával – látványos hatékonysági növekedési eredmények születtek. (Viszont a termelő vállalatok átalakulását kísérő negatív jelenségek – mint az intézmények megszűnése, munkanélküliség keletkezése stb. sem jelentkeztek a humán szférában.)

A politikai átalakulás idején

- Az ország hosszú távú fejlődését meghatározó stratégiai elképzelések a nemzetgazdaság területén még nem fogalmazódtak meg, amelyek mint „iránytű” az alapvető rendező elvekben eligazítást nyújthattak volna. Ez különösen problémát jelentett a humán szféra területén, ahol a folyamatok végeredményét sokkal több és bonyolultabb tényező alakítja, mint a természetes termelési folyamatok esetében, és a többi nemzetgazdasági ágra a tovagyrúzó hatásuk is mélyebb. Ehhez járul az is, hogy a „befektetés és annak megtérülése” között évtizedes, vagy annál nagyobb a távolság.
- A humán szférában ebben az időben még az előző rendszer mechanizmusai működtek, és nem alakult ki egy olyan mértékrendszer, amellyel az intézmények működésének eredményessége mérhető lett volna, továbbá a szervezeti felépítés, működési rendszer sem volt alkalmas arra, hogy a piacgazdaság követelményeinek megfeleljen.
- A humán szféra dolgozóinak szemléletéből teljesen hiányzott az eredményességre való törekvés, mivel ilyen igényt velük szemben a rendszer évtizedeken keresztül nem is támasztott. A dolgozók bé-

rezésébe pedig nem épült be semmiféle olyan elem, ami őket a jobb eredmények elérésére sarkallta volna. (Ez még ma is hiányzik.)

- „A gazdálkodási szemlélet” befogadásában komoly akadályt jelentett az is, hogy – a gazdálkodási gondolat elindításakor – az egyes intézmények igen eltérő adottságokkal rendelkeztek. Egységnyi eredmény elérésében többszörös ráfordítási különbségek mutatkoztak és a „közös nevező” kialakítása szinte lehetetlennek látszott ilyen körülmények között.
- A ráfordításokban és az eredményekben mutatkozó eltéréseket a regionális sajátosságok még tovább fokozták.

A gazdálkodási rendszerváltás az egészségügy területén

Az egészségügy területén csak 1992. második felében kezdődött el a gazdasági rendszerváltás; igen óvatos és kicsi lépések formájában, alapvetően nyugati tapasztalatok adaptációjával.

Az átalakulás a teljesítmények definiálásával és a mérési módszerek kialakításával, valamint az egységes díjazás alapjainak lerakásával kezdődött. Illúzió lett volna azt hinni, hogy egy ilyen nagy horderejű átalakulás rövid idő alatt zökkenőmentesen lebonyolódik, különösen akkor, amikor erre vonatkozóan semmilyen nemzeti hagyományokkal nem rendelkezünk, és a „közös nevezőre” hozandó intézmények adottságokat tekintve igen széles skálán szóródtak.

Az új rendszerre való átállást csak fokozatosan és a felszínre kerülő problémák lépésről lépésre való, korrekciójával lehetett elindítani, törekedve a szintkülönbségek közelítésére. (Lásd pl. a HBCS különböző verzióinak módosítását.)

Újabb mérföldkő az egészségügyi politikában

A közgazdasági és társadalmi összefüggések mélyebb megismerése időközben felszínre hozott több olyan korábban ismeretlen problémát, amelyek az addigi gyakorlatban – ismeretek hiányában – fel sem merültek:

- például, hogy mi mibe kerül;
- hogyan lehet a felmerülő költségeket lefaragni és a bevételeket növelni;

- melyek azok a területek vagy gyógyítási módok, amelyek „pénzt hoznak”, és melyek azok, amelyek „ráfizetések”.

A felsorolt problémák, továbbá a külföldi gyakorlat és a már kezdeti tapasztalatok mélyebb megismerése egyre élesebben vetették fel a hazai gyógyítási gyakorlat revízióját, módosításának szükségességét.

- Hogyan lehet a nálunk kialakult gyakorlatnál olcsóbban és hatékonyabban gyógyítani úgy, hogy közben a páciensért kellemtelenségek egyre jobban minimalizálódjanak?
- Reálisan mennyi kórházi ágyra van szükség Magyarországon?
- Mivel függenek össze a magyarországi túl nagy számú megbetegedések?
- Irreálisan magas a gyógyszerfogyasztás, valójában mennyi a reális szükséglet?
- Hosszú a betegtartás a kórházakban.
- Rossz a kórházak területi eloszlása.
- Az alapvető kórházi teljesítménymutatók között nagy a szóródás, amely a tartalékok lehetőségeit és a pazarlást egyaránt jelzik.

A nagy aránytalanságok megszüntetésére elindult egy pénzügyi ki egyenlítés, amivel elfogadható mederbe kívánták terelni az egészségügy működését. A kezdeményezés azonban nem hozta a várt sikert, inkább egyre több kudarcot és problémát hozott felszínre. Több szakértő véleménye szerint az alapbaj abban keresendő, hogy a teljesítményrendszerben dolgozó egészségügy működését a teljesítmény növelésében teljesen érdektelen (vagy inkább ellenérdekel) dolgozókkal hajtattják végre, akik fix fizetést kapnak.

A teljesítményre alapozott gazdálkodás másik nagy ellentmondása, hogy a papíron kimutatott teljesítménynövelés nem jár együtt a bevételek emelkedésével, mivel az elosztható forrás nem illeszkedik a teljesítmények változásához. (A költségvetésben jóváhagyott pénzeket a teljesítmények alapján osztják el.)

Az egészségügyi intézmények korán felismerték az úgynevezett teljesítményelvekre épülő finanszírozás gyengéit, és a legkülönbözőbb „ügyeskedésekkel” igyekeztek azokat kijátszani. (Lásd a különböző csaló programokat.) Ennek a harcnak – mely napjainkban is dúl – van számos vesztese, akik vagy nem tudják, vagy nem merik a mások által szemrebbenés nélkül alkalmazott módszert követni. A bajba jutás

azonban nemcsak gyávaságból vagy hozzá nem értésből adódhat, gyakori előidézője lehet a rossz felszereltség vagy a másokkal szemben kedvezőtlen adottságok objektív ténye is.

Az egészségügy anyagi nehézségeibe nem kis mértékben az is bejátszik, hogy egészen az utóbbi időkig a gyógyító munka és az azt átfogó stratégia és finanszírozás nem azonos irányítási koncepció szerint működött. Pl. a gyógyításban azt a törekvést, hogy a betegek közül minél többet otthonukban gyógyítsanak meg, a finanszírozás nem támasztotta alá, a koncepció meghirdetése ellenére az alapellátás és a szakellátás aránya az összes egészségügyi részesedésből csökkent.

Az egészségügyi állapotot meghatározó tényezők előtérbe kerülnek napi gondokkal szemben

A közgazdasági és társadalmi tényezők hatásainak mélyebb megismerése egyre több olyan összefüggésre hívják fel a figyelmet, amelyek megoldását nem elsősorban az egészségügy területén kell keresni. A javítás határfoka megtöbbszörözhető, ha a bajt előidéző okok kivédésére, vagy csökkentésére koncentrálnak a szakma.

Az a felismerés, hogy a megelőzésre fordított eszközök többszörös hatékonyságot eredményeznek, mint ugyanazon összeg a gyógyításban, ma már egyre határozottabban érvényesül az egész egészségügyi politikában. A WHO kimutatása szerint az egészségi állapotot befolyásoló és meghatározó tényezők közül az egészségügyi ellátásnak mindössze

11% a súlya.

A legnagyobb befolyást ebben az életmód hatása jelenti,
mely

43%-ot,

a környezeti ártalom

27%-ot

és a genetikai ártalom

19%-ot képvisel.

Az egészségi állapotot tehát a felsorolt tényezők közül legkevésbé az egészségügyi ellátás határozza meg, mivel annak súlya mindössze 11%, a rajta kívülieké ennek a nyolcszorosa. Ez azt jelenti, ha az egészségügyi politika csak az egészségügyi intézményekre korlátozódik, akkor csak mintegy követő gyakorlatot alkalmaz, és erőfeszítéseinek ez esetben a többszörösét azok a hatások módosítják, amelyek az egészségügyön kívül keletkeznek.

Szükség volt-e az egészségügyi intézmények átalakítására

A laikus közvéleményben gyakran hallani, hogy miért kellett megváltoztatni az egészségügyi rendszert, amelyben korábban a mainál sokkal kevesebb problémával küszködtek. A válasz teljesen kézenfekvő, és sajnós a média ennek általában nem ad hangot. Az új teljesítményorientált világban nem illett bele egy olyan egészségügyi szervezet, amely kontrollálhatatlan módon költi az adófizetők pénzét, és olyan igazságtalan és aránytalan elosztási elvekre épült, amelyek egy demokratikus berendezkedésű országban nem fogadhatók el. Az igazságtalanság és az aránytalanság tényét nagyon jól dokumentálják azok az elemzések, amelyek a különböző kórházak felszereltségében és adottságaiban, valamint az egyes régiók egészségügyi intézményekkel való ellátottságában megmutatkoznak.

A laikus közvélemény által felvetett elégedetlenségtől nem áll távol az egészségügyiek hangulata sem. A korábbi tekintélyelvre (feudális sajátosságokra) alapozott működésbe az igazságosabb elosztás elvére alapozott rendszer komoly változtatásokat igényel, melyeket az érintettek nem szívesen fogadnak. Nagyon sok hatalmi pozícióban lévő egészségügyi vezető érdekével ellentétben az a törekvés, amely nyugaton bevált, sok sikert hozott, s bevezetésük elé személyes érintettség miatt akadályt gördítenek.

Természetesen tényként kell elfogadni, hogy az egészségügyi apparátus rossz hangulatát egyértelműen befolyásolja az a megalázóan igazságtalan bérezési rendszer, amelynek gyökerei az előző rendszerbe nyúlnak vissza, és amelynek megváltoztatására irányuló törekvések eddig – megfelelő anyagiak hiányában, illetve az egész rendszer kezelésének nemzetgazdasági kihatása miatt – eddig nem sok eredményt mutatnak.

Tényként kell elfogadni azt is, hogy az egészségügy technikai felszereltségében az elmúlt húsz évben érdemi előrelépés nem volt, és a műszerállomány olyan mértékben leromlott, hogy esetenként veszélyeztetik vagy nagymértékben hátráltatják az eredményes gyógyító munkát. Közismert, hogy a mai modern technikai eszközök az egészségügyben általában három-öt év alatt elavulnak, a hagyományos eszközök elavulása pedig mintegy tíz év. Ezzel szemben az egészségügyi technikai felszereltségek átlagos életkora jelenleg mintegy 15 évre te-

hető, ezen belül bizonyos hagyományos (pl. röntgen) felszerelések életkora nemritkán meghaladja a harminc évet. Technikai felszereltségünkben a lemaradás Nyugat-Európához képest egy negyedszázadra tehető, aminek költségvonzata több száz milliárd forint körüli összegre tehető. Ez az érték a bankkonszolidációval összehasonlítva nemzetgazdasági méretekben nem nevezhető megoldhatatlan problémának.

Cselekvési program

Az eddigi hazai tapasztalatok szerint a nemzetközi gyakorlatban kialakult példák azt mutatják, hogy az ország egészségi állapotának javítására irányuló kezdeményezéseit alapvetően két ágon kell elindítani. Az egyik az egészségi állapotot meghatározó olyan körülmények, amelyek az egészségügyi tárca körét meghaladják, a másik pedig konkrétan a tárca hatáskörébe tartozó intézkedések.

Ebben a nagyobb feladat a szaktárca hatáskörén kívül jelentkezik, amely az életmód javítására és a környezeti ártalmak csökkentésére vonatkozik. Mivel az itt jelentkező feladatok a nemzetgazdaság legtöbb területét érintik, ezért ezt a feladatot kormány szintű szervezetnek kell összefogni. Az azonos rangú tárcákat érintő feladat megoldásában nem engedhető meg az egyes részérdekek érvényesítése, és ezzel olyan aránytalanságok keletkezését kell megakadályozni, amely a kitűzött cél megvalósításának sikerét veszélyeztetné. Ez csak kormány-szervezet közreműködése esetén biztosított, amely mint semleges szerv képes az igazi érdekeket képviselni az érintett szervek figyelembevételével is.

A kormány-szervezet által átfogott terület a jövedelem- és szociálpolitikai kérdések, a foglalkoztatáspolitikai alakítása, a kultúrpolitika, oktatás, sport, ifjúságnévelés, regionális egyenlőtlenség mérséklése, egyházakkal való együttműködés és olyan civil szerveződések és érdekképviselések működésének összefogása, amelyek a lakossági problémák megoldásában hasznos segítséget tudnak nyújtani.

Mivel ez a feladat igen széles skálát fog át, s hatása is igen különböző, rangsorolni kell az egyes tényezők fontosságát. A rangsorolásban meghatározó szempont lehet a ráfordítási igény, a várható hatás és az időtényező, valamint azoknak az eszközöknek a mérlegelése, amelyekkel a várt hatás elérhető.

Szakértői vélemények szerint az életmódhatások közül a táplálkozási szokások javítására, a mozgásszegény életmód megváltoztatására, az exponenciálisan növekvő alkohol- és drogfogyasztás visszaszorítására érdemes elsősorban koncentrálni. Az ezeken a területeken keletkezett egészségkárosítás gyógyítása hatalmas pénzeket emészt fel, ezekkel összefüggő betegségekből származó elvesztett életevek száma magas, és a kezdeményezésekben itt várható a legtöbb eredmény.

A kivitelezésben a célra orientált egészségnevelést médiakampánnyal, megfelelő árpolitikával összekötve – a külföldi példák szerint – a legnagyobb hatás érhető el.

Az életmódtényezők között az általános életszínvonal emelése, a foglalkoztatáspolitikai javítása, a stresszmentes életkörülmények megteremtése szintén igen fontos tényezőnek számítanak, de ezeknek a befolyásolásánál már kevésbé lehet olyan sikereket elérni, mint az előbbieknél, ezért ezt a rangsorolásnál is figyelembe kell venni.

Az életmód, az életminőség alakításában bekövetkezett kedvezőtlen jelenségek zöme pusztán gazdasági megközelítésből természetesen nem vezethető le. E jelenség mögött olyan társadalmi változások húzódnak meg, amelyek hatásait a jelenkor szakértői még nem dolgozták fel minden vonatkozásban. Az elmúlt fél évszázad alatt történt átalakulások során több olyan társadalmi funkció tűnt el, amelyek helyén vákuum keletkezett. A vákuum által „beszippantott” funkciók megszüntetésének komoly egészségkárosító hatásai alakultak ki. Pl. az ifjúság szabadidejét lekötő civil vagy társadalmi szervezetek hiánya, vagy a felnőtt lakosság összefogásával foglalkozó népművelő, kulturális, vallási, sportközösségek szakmai együttműködésben való tömörítésének hiánya rendkívül sok területen rombolóan hatott az egészség állapotára.

A szerteágazó és az életmód alakulását befolyásoló tényezők körül a több szakmát érintő esetekben, valószínű komoly érdekütközések is előfordulnak. Különösen várható ez olyan esetekben, amikor olyan termelői érdekek sérülnek, amelyek mögött jelentős költségvetési befizetések húzódnak. Vagy erős multinacionális szervezet áll az ügy mögött. Pl. a dohány, az élvezeti cikkek, az ital, az élelmiszergyártás és a szórakoztató ipar kapcsolataira gondolunk. Vagy a környezeti ártalommal összefüggő akció, amelyek mögött komoly anyagi érdekeket érintő esetek húzódnak meg. (Lásd cementgyártás, vegyi üzemek működése stb.)

Az oktatás terén az egészségnevelésben az iskola időigényével, a regionális kérdésekben az önkormányzatokkal, illetve a Belügyminisztériummal és a reális pénzügyi igények elfogadtatásában a Pénzügyminisztériummal lehetnek ütközések. A kritikus témák reális elrendezésére csak a tényekre alapozott és a pro és kontra érveket bemutató háttérstudmányok adhatnak döntési alapot.

A kritikus és kényes ügyekben bizton lehet támaszkodni ezenkívül a nyilvánosságra, amely a döntéshozók számára megnyugtató bátorságot adhat.

Az egészségkárosító hatások között elsősorban a leggyakoribb halállokokat kiváltó két betegségcsoportra érdemes koncentrálni. Ilyen a keringési megbetegedéseket és a daganatos betegségeket kiváltó okok. Mindkét területen a magyarországi helyzet nagyon tragikus és külföldön is csak visszaszorításukban születtek sikerek olyan, amelyek tapasztalatainknak megfelelő alkalmazásával nálunk is megvan a remény a komoly javulásra. (Itt érdemes lenne Finnországban a keringési betegségek visszaszorításában elért példát követni.)

Milyen rendezőelv követése célszerű az egészségügyi intézmények problémáinak megoldásában?

A szakmát mélyebben ismerők körében eltúlzottnak tűnik az a megítélés, amely ma a szakma körül kialakult. Szinte csak a negatívumok emlegetése, amit az egészségüggyel kapcsolatban hallani lehet; hogy mi nincs, és mi az, amit nem tudnak megoldani. A negatívumok valószínűleg megtevesztően növeli, hogy a kifogások szinte mindig megtörtént eseményt idéznek. Ezekkel kapcsolatban a legnagyobb baj az, hogy a példászerűen felhozott eseményekről nem ismert, hogy a valós átlagot mennyiben reprezentálják. A legtöbb esetben ugyanis az átlag valós értéke ismeretlen, vagy a negatívumnak minősülő jelenség mellett nem érzékelhető, hogy az adott esemény a hasonló intézményekben mennyire általános.

A magyar egészségügy működéséről rengeteg statisztika felmérés készül. Ma már minden szakmai mozzanat több irányból is értékelhető, ha veszi valaki a fáradságot, hogy a jelenségről összeszedje a szükséges adatokat, és olyan mértékrendszert alakítson ki, amelynek alapján biztonsággal minősítheti a vizsgált jelenséget. Több kórházi

anyag áttanulmányozása során szerzett tapasztalat alapján állíthatom, hogy a kórházi „vezérkar” (igazgatók és főorvosok) jelentős része nem ismeri az irányítása alá tartozó területének működésével kapcsolatos legfontosabb közgazdasági összefüggéseket. Több mint egy évtized telt el azóta, hogy bevezetésre került a teljesítményfinanszírozás rendszere az egészségügyben, de ritka vezetőnek számít az, aki ezen alapvető kérdések után érdeklődik, és még kevesebb, aki ért is hozzá.

Kétségtelen, hogy az orvos nem közgazdasági munkára vállalkozott a kórházban, de azt, hogy osztályának alapvető pénzmozgását és a változások okait kiváltó tényezőket ne ismerje legalább nagyságrendekben egy főorvos, azt nehezen lehet elfogadni. Privát praxisában ugyanakkor munkájának minden költségvonzatát ismeri. Hasonló paradox helyzet tapasztalható a hivatalos és a privát praxis asszisztenciáját illetően. A magánrendelőben nehezen lehet felesleges munkaerővel találkozni, míg a hivatalos gyógyító szerveknél ez még ma is előfordul. Hogy mennyi a szükséges, mennyi az elég, a kevés vagy a sok, bizonyos esetekben ezt ma nagyon nehéz definiálni, mert az ehhez alkalmazott mércét rendszert nem találják meg az érdekeltek.

Az egészségügyi szakma területén ma már szinte minden lényeges mozzanat dokumentált, és az adatok az érdekeltek számára rendelkezésre állnak (a pénzügyi vonzatok kivételével, amit az OEP még az irányító szakhatóságoknak is nehezen bocsát rendelkezésre). Az utóbbi hiányosság az egyik akadálya annak, hogy ambiciózus egészségügyi szakértők precíz mértékrendszert állítsanak fel, amelyekkel a legtöbb egészségügyi mozzanat pénzügyi kihatásai is megfelelően mérhetők és minősíthetők lennének.

Ha a nyilvános egészségügyi szakadatok mellett azok pénzügyi hatásai is ismeretessé válnak, akkor minden egészségügyi intézmény, szakma, csoport össze tudja hasonlítani a saját tevékenységének minden mozzanatát minden hasonlóval, amelyek alapján reális értékítéletet tud kialakítani a saját tevékenységéről. Ha csak a legegyszerűbb statisztikai módszerekkel még azt is megvizsgálja, hogy egy-egy témában mennyire tér el a szakmai átlagtól az adott intézmény, netán a teljes mezőnyben hányadik helyen áll, szinte minden fontos ismeret birtokába kerül. Ha egy intézmény az előbbi eltéréseknek még az okát

is felderíti, minden fontos döntésben megalapozott háttérrel biztosít magának.

Az előbbi kérdésekben nemcsak az egészségügyi intézmények nem kellően tájékozottak, hanem ez az állapot igaz az irányításra is. Ha egy állapotfelmérés alapján mindenféle értékelést elvégeztek volna, és közkinccsé vált volna a legjobbak eredményének forrása és a legrosszabbak kudarcainak oka, olyan lendítő erőt adott volna ez a szakmának, amely mindenféle adományok kipróbálásánál kedvezőbb eredményt hozott volna.

Ha a felesleges vagy életképtelen szervezetek felszámolásra kerülnének és az ezáltal felszabaduló forrásokat a legjobbak kapnák meg, akkor a rossz hatékonyságú helyről átcsoportosított források „hozádka” megtöbbszörözhetővé válna. Egy ilyen kezdeményezésben nemcsak az anyagi források mozgatása, hanem a versenyszellemnek az a hatása is értéket alkotna, amelyet becsvágynak, sikerélménynek vagy a megszegyenítéstől való félelemnek is nevezhetünk.

Ha a hazai egészségügyi mezőnyben elfogadható eredményt elértek mellé odarakjuk a lemaradókat, és az eltérésből adódó okokat is feltárjuk, máris igen sokat tudunk előrelépni. Egy ilyen feladat legnagyobb munkaigénye a mai számítástechnikai felszereltség mellett igazán nem irreális követelmény, és ezzel minden sanda szándék is kivédhető. Különösen áll ez akkor, ha az előbbi statisztikához a nemzetközi adatokat is mellérendeljük.

Az egészségügyi vezetés jelenleg az irányított betegellátási rendszer bevezetésén dolgozik. Ezt a szisztémát Amerikában használják. Az ottani betegellátási és biztosítási rendszer a magyarországitól jelentősen különbözik, más pénzügyi alapokon áll, így ennek a hazai viszonyok közé történő átvétele komoly körültekintést és megfontolást igényel.