

Takács István

Az Észak-magyarországi régió egészségügyi ellátórendszerének fejlődése a legutóbbi negyedszázadban a legfontosabb népegészségügyi mutatók tükrében

A tanulmány a hazai egészségügyi ellátórendszer finanszírozásának rövid áttekintését követően az Észak-magyarországi régió egészségügyi rendszerének fejlődését értékeli. Elemzi a kórházak eladósodásának okait, az adósságállomány újra termelődésének lehetőségeit. Vizsgálja a kórházi ágyak, a járóbeteg-gyógykezelési esetek számának alakulását, a régió egészségügyi ellátó rendszere hatékonyságnövelésének lehetőségeit.

Kulcsszavak: egészségügy finanszírozása, Észak-magyarországi régió, gazdaságilag aktív népesség, halálozási okok.

JEL-kód: I11, I18

<https://doi.org/10.32976/stratfuz.2020.11>

Történeti háttér

Az egészségügy finanszírozása tekintetében alapvetően három, a Bismarck, a Beveridge és az erős öngondoskodási modell alakult ki a fejlett országokban.

A szolidaritás elvű társadalombiztosítás alapjait Otto von Bismarck kancellár elképzelése alapján 1883-ban vezették be Németországban meghatározott iparágakban. Célja a megbetegedés kockázata miatt sérülékeny társadalmi rétegek, csoportok helyzetének stabilizálása. A finanszírozás alapját a társadalombiztosítási járulék képezi, amit a munkáltatók és a munkavállalók megosztva fizetnek. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés alapja a *biztosítási jogviszony*, ami ma már gyakorlatilag 100%-hoz közelít. A *szolgáltatói* oldalon jelentős számban találunk *magán-szolgáltatókat*. A rendszer fontos alapelve a *szolidaritás*, mely szerint a befizetések a jövedelemmel arányosak, ami azt jelenti, hogy a gazdagabbak többet fizetnek, a szolgáltatások igénybevétele azonban nem ettől, hanem a szükségletektől (betegségektől) függ. A bismarcki rendszereknél nehéz a kiadások korlátozása, az egyenlőség megvalósítása, de több, az igényeknek jobban megfelelő szolgáltatást nyújtanak (Simkó, 2006).

A Beveridge-féle társadalombiztosítás a Lord Beveridge által megfogalmazott alapelvek szerint működik, alapjait az Egyesült Királyságban az 1946-os *National Health Service* (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) törvény alapján, az Állami Egészségügyi Szolgálat megszervezése során rakták le (Borbás, 2013). Ez a rendszer abból indul ki, hogy a jóléti társadalom javainak elosztása minél igazságosabban történjen az állampolgárok között. Ezt erős állami irányítás keretében valósították meg. A rendszer forrását az adók alkotják, ezekből finanszírozzák az egészségügyi ellátásokat, amelyek állampolgári jogon járnak mindenkinek. Az ilyen típusú rendszerek jobban uralják a kiadásokat, de a választási lehetőségek korlátozottak és várakozásra kényszerítettek.

Fentiekén kívül megemlíthetjük az un. ”erős öngondoskodásra épülő rendszert”, amelynek mintapéldája az Egyesült Államok (Simkó, 2006). Ez sem tisztán magánbiztosítási rendszer, mivel az 1990-es évek végére már 45%-os volt a közpénzek aránya a finanszírozásban. Az Obama elnök által bevezetett biztosítási rendszer ezt az arányt tovább növelte (amit Trump elnök megszüntetett). Az egészségbiztosítási piacot sokáig a tradicionális vagy üzleti biztosítók uralták. Ennek a rendszernek az egyik gyenge pontja az, hogy a magas egészségügyi kiadásoknak alacsony hozzáadéka volt, másik pedig az, hogy több tízmillió aktív korú dolgozónak semmilyen egészségbiztosítása nem volt (Mihályi, 2017).

Magyarország a II. világháborúig a bismarcki modellt követte. 1891-ben fogadták el az első betegbiztosítási törvényt. A betegbiztosítás fokozatosan terjedt ki az egyes ágazatokra, de még 1940-ben is az aktív keresőknek csak a 21%-a volt biztosított.

A háború után jelentős változás állott be. Az egészségpolitika alapelve az lett, hogy mindenki, minden ellátáshoz térítés mentesen jusson hozzá. Mindezt államosítással, az állam, mint szerephalmozó dominanciájára építve érték el. Az állam tulajdonos, ellátásszervező, finanszírozó, irányító és jogalkotó is volt egyben. Ezt Szemasko-féle szocialista egészségügyi rendszernek nevezhetjük (Simkó, 2006), ami a Beveridge-féle rendszerhez hasonlít, mert a szolgáltatások igénybevétele itt is állampolgári jogon történt. Az 1950-es, 1960-as években a paraszolvencia vált az egészségügyi személyzet jövedelmének kiegészítő forrásává.

A kontingencia elmélet és a stratégiai választás kutatásainak középpontjában a külső környezet és a szervezet belső adottságai, valamint a szervezet strukturális és működési jellemzői közötti összefüggések vizsgálata áll. Az elmélet alapvető állítása, hogy csak azok a szervezetek teljesítenek jól, amelyek megfelelő környezetet választanak és ehhez adekvát szervezeti és működési modellt alakítanak ki (Kormai, 2014).

A környezet összetevőinek vizsgálata alapvetően arra irányul, hogy megállapítsa, hogy az intézmények mennyire változékony vagy éppen stabil környezetben fejtik ki tevékenységüket: hány meghatározó tényező van, és azok milyen mértékben és ütemben változnak.

A stratégiai változások elméletének alkalmazása a hazai közfinanszírozású kórházi szektorra számos ponton eltér az üzleti szférától, mert ezek közfeladatokat ellátó, központi szabályozási és finanszírozási kerettel szembesülő egészségügyi intézmények.

A kórházi menedzsmentek – és tulajdonosaik – stratégiai döntési lehetőségei korlátozottak, többnyire követő stratégiát fogalmaznak meg, ritkán készülnek proaktív, akár a szabályozást is jelentősen befolyásoló stratégiák.

Hazai modellváltások

1988-ban az MSZMP Politikai Bizottsága döntött a biztosítás alapú egészségügy bevezetéséről. 1989-ben a társadalombiztosítás levált az állami költségvetésről. Engedélyezték az egészségügyi vállalkozásokat, megjelent az Orvosi Kamara, mint új szereplő az érdekegyeztetés folyamatában. 1992-ben a Társadalombiztosítási Alap kettévált, járulékmegosztás történt. Az alapellátásban bevezették a szabad orvosválasztást. Megjelenik a TB kártya, nem állampolgári jogon jár az egészségügyi ellátás. A háziiorvosi teendőket vállalkozás formájában lehet ellátni. Megindul a magányógyszertárak finanszírozása, majd 1993-ban létrejön az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP). Az állam szerepe csökkent, jelentős lépések történtek tehát a Bismarck-típusú modell felé.

A Szabaddemokraták Szövetsége 2006-2008 között kísérletet tett a modellváltásra. Ennek érdekében öt új törvény született, 1992 óta először érvényt kívántak szerezni a biztosított jogviszony alapján járó egészségügy elvének. Kísérlet történt a több biztosítós modell kialakítására, amivel piaci viszonyokat kívántak teremteni az egészségügyben. A 2008. márciusi népszavazás megbuktatta ezt a kísérletet (Kincses, 2006).

Összevont minisztérium az egészségügyi irányítást (NEFMI, most EMMI) államtitkári rangra helyezte a korábbi miniszteri szint helyett (2011: GYEMSZI felállítása). Alatta nyolc Térségi Egészségügyi Központ felállítása, az alapellátásban minőségi indikátorokat vezettek be, finanszírozási ösztönzőket határoztak meg. Átalakították a munkáltatói TB járulékot szociális hozzájárulási adóvá, bevezették a népegészségügyi termékadót és baleseti adót.

Egészségügyi ellátási rendszerek

A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően hazánkban is négy (progresszív, megelőző, járóbeteg szakellátó és fekvőbeteg szakellátó) egészségügyi rendszer alakult ki.

A *progresszív egészségügyi ellátás* alapelve, hogy:

- Minden betegnek hozzá kell jutnia a megfelelő ellátáshoz.
- Minden ellátást az ellátási igénynek megfelelő szinten kell megkapnia a betegnek, kompetencia hiányában nem végezheti senki a beteg kezelését, de a magas erőforrás-

koncentrációjú, speciális felszereltségű és tudású szolgáltatók ugyanakkor ne kezeljenek a képességüknél alacsonyabb szinten is ellátható eseteket.

- Amennyiben a beteg egészségi állapota indokolt, az ellátást az egészségügyi szolgáltató nem tudja biztosítani, úgy a beteget – az esetleges sürgősségi ellátás után – tovább kell küldeni olyan szolgáltatóhoz, amely a szükséges ellátáshoz megfelelő feltételekkel rendelkezik.

A progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás egymásra épülő, feladatmegosztáson alapuló, kötelezően, piramisszerűen egymásra épülő kapcsolatrendszerét és ennek szabályrendszerét jelenti.

A *megelőző ellátások* a betegségek megelőzését, illetőleg azok korai felismerését, szolgáló ellátásokat foglalnak magukba. Ezen belül kapnak helyet a fertőző betegségek megelőzésére vonatkozó vizsgálatok, a szűrővizsgálatok, a környezet- és foglalkozás- egészségügyi tevékenységek, valamint a család- és nővédelmi gondozás.

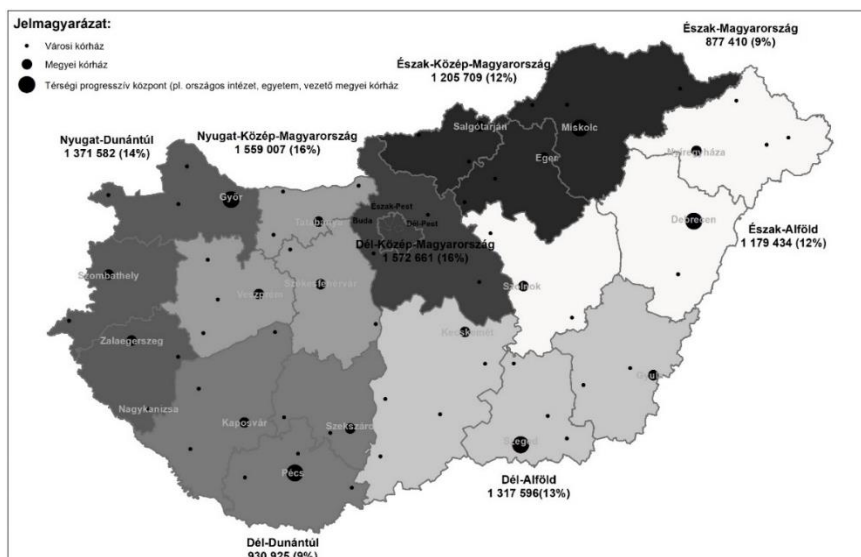
Az *alapellátás* (a magyar egészségügyi ellátórendszer első számú „védelmi vonala”), melynek keretében biztosítani kell azt, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegségétől függetlenül folyamatos ellátásban részesüljön.

Fontosabb intézményei a háziorvosi, házi-gyermekorvosi ellátás, fogorvosi alapellátás, alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, védőnői ellátás, iskola-egészségügyi ellátás.

Járóbeteg-szakellátás: a beteg folyamatos ellátását végző orvos beutalása vagy a páciens jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, vagy alkalmoszerű egészségügyi ellátás, valamint fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

Fekvőbeteg-szakellátás: a beteg lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Igénybevétele a külön jogszabályban leírtak szerint a beteg ellátását végző orvos, a kezelőorvos beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg-ellátás folyamatos benttartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás (ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is), vagy ilyen célokból meghatározott napszakokban történő ellátás, illetve, olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt –szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

2012-től létrejött az egészségszervezés új területi rendszere (1. ábra). Ennek során minőségi és méretgazdasági szempontok érvényesültek. Nyolc térséget hoztak létre, egyenként 1-1.5 Millió lakossal a szubszidiaritás elve mentén centralizáció és decentralizáció együttes alkalmazásával (Borbás/Fata/Babarczy, 2014).



1. ábra: A Térségi egészségszervezés területi beosztása

Forrás: Új Széchenyi Terv

Egészségbiztosítási piac Magyarországon

A hazai egészségbiztosítási piac több szereplős.

Üzleti biztosítók: elsősorban készpénz-ellátást adnak betegség esetére. Néhány biztosító finanszírozza magán-ellátást. A magán-egészségbiztosítás ma már kiterjedhet a következőkre:

- 24 órás egészségügyi tanácsadásra, ellátásszervezésre,
- korlátlan számú járóbeteg-ellátás az ország legjobban felszerelt magánklinikáin,
- éves prevenciók szűrővizsgálatra,
- diagnosztikai vizsgálatokra,
- teljeskörű diagnosztikai vizsgálatokra (pl.: MRI, CT, PET-CT),
- teljeskörű laborvizsgálatra,
- házivizit, magán-háziorvosi szolgáltatásra,
- terhesgondozásra,

VIP szintű kórházi fekvőbeteg ellátásra, betegszállításra, egynapos sebészetre.

Egy 2012-től életbe lépett törvénymódosítás értelmében a munkáltató által kötött egészségbiztosítások (betegségbiztosítások) díja adó- és járulégmentessé vált.

Kölcsönös egészségbiztosító pénztárak: főként a prevencióban, az egészséges életmód elősegítésében, wellness-szolgáltatások nyújtásában vesznek részt. Az önkéntes egészségpénztári befizetés olyan adóelőnyökkel jár, ami a legtöbb munkaviszonyban dolgozó számára elérhető. Ez a forma elsősorban azoknak előnyös, akiknek a családjában rendszeres gyógyszer vagy más egészségügyi kiadások vannak (pl.: kontaktlencse, tesztsík vércukorszintméréshez, stb.), illetve annak is, akinek hirtelen nagyobb összegű egészségügyi jellegű kiadása merül fel (pl.: gyógyszer, temetés, ágymatrac, szemüveg, MBT cipő, stb.). Emellett érdemes lehet elindítani egy egészségpénztári tagságot prevenciók céljával (betegségek megelőzése rendszeres szűrővizsgálatokkal), magán orvosi, magán kórházi illetve szülési költségekre elő-takarékosság jelleggel, vagy akár egyéb célokra látás-, halláskárosodás, mozgáskorlátozottság esetén.

Az egészségpénztárak lényege, hogy egy havi tagdíj (hozzájárulás) ellenében különféle egészségpénztári szolgáltatásokat nyújtanak szerződött szolgáltatóikon keresztül, sokszor jelentős – akár 25%-os - mértékű kedvezménnyel, illetve a megfelelő egészségügyi célra elköltött összeget számla ellenében megtérítik a befizetett összegből (Kertai, 1999). (A havi tagdíj összegét a

pénztárak maguk határozzák meg, mértéke általában 2-3000 Ft. A havi kötelezően befizetendő tagdíj felett további összegeket is befizethet a magánszemély attól függően, hogy mekkora egészségügyi kiadásokra számít.

Kiegészítő biztosítások: alapvetően új kockázatok lefedésére (pl.: veszélyes sportok, ápolásbiztosítás) szolgál, továbbá lehetővé teszi a beteg-hozzájárulás (co-payment) átvállalását (Boncz/Dózsa, 2002) (pl.: gyógyfürdők, stb.).

Területi ellátási kötelezettség: a lekötött kapacitással rendelkező egészségügyi szolgáltatóknak az a kötelezettsége, hogy a meghatározott ellátási területen élők, a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultak számára egészségügyi szakellátásokat nyújtsanak

Homogén betegcsoport (HBCS): az azonos teljesítményértékű kórházi esetek orvosi szempontból is összetartozó csoportja:

Szakmai homogenitás: a csoport orvosi szempontból pontosan meghatározható, összetartozó eseteket jelent.

Gazdasági homogenitás: az egyes csoportokhoz tartozó eseteknél a teljesítmény (szakmai igényesség, költség) nem túl nagy szórással azonos értékű.

Szolgáltatásvolumen: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítmény-értékeinek mennyisége.

Teljesítményvolumen: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége.

Kétfajta fizetési módszer működik:

Utólag kiállított számlákkal alapján (retrospective payment) történő finanszírozás, ami a költségek jelentős növekedéséhez vezethet.

PPS rendszer (prospective payment system), amely előre meghatározza a kórházak által nyújtható szolgáltatások körét és előre meghatározza a szolgáltatások díját. Ha lefelé vagy felfelé tér el az adott intézmény önköltsége, a kifizetés összege akkor sem változik, ezért takarékosagra ösztönöz (Sinkó, 2006).

Ennek megfelelően fix és teljesítményelvű finanszírozásról beszélhetünk (2. ábra):

Fix előirányzatú rendszerek a szolgáltatók számára előre meghatároznak egy alapirányzatot, melyből szabadon gazdálkodhatnak. Az alapirányzat meghatározásának két módszere a kapacitásfinanszírozás és a feladatfinanszírozás.

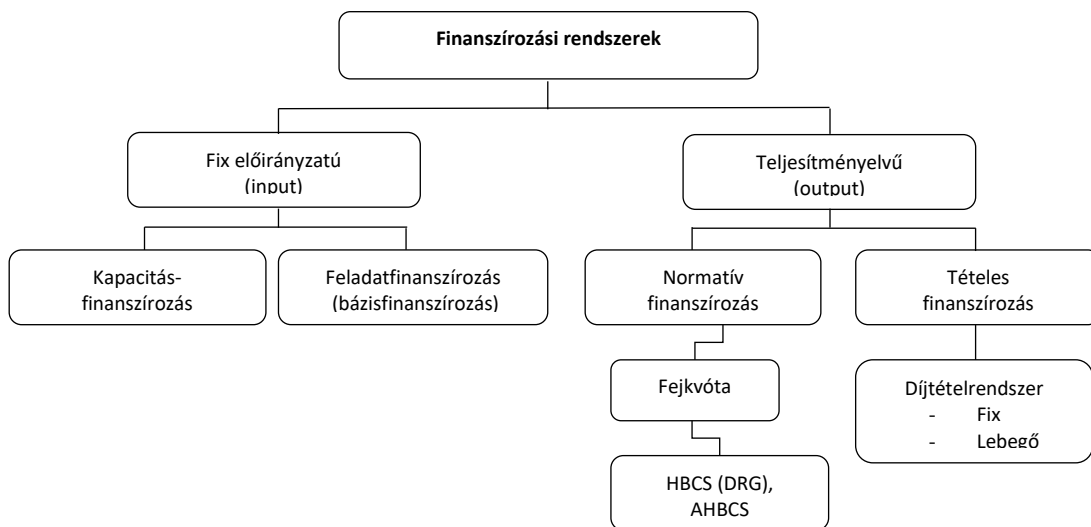
Kapacitásfinanszírozás esetében egy jellemző kapacitásmutató alapján (pl.: ágyszám) történik a költségvetés meghatározása. A finanszírozás független a tényleges teljesítménytől és annak minőségétől. A szolgáltató egyáltalán nem érdekelt a költséghatékony működésben, ellenben a rendszer egyszerű és olcsó, a bevételek nagy biztonsággal kalkulálhatóak, de ez a legkevésbé hatékony finanszírozási forma.

Feladatfinanszírozás esetében az adott időszakra kifizetendő fix bevétel meghatározása feladathoz kötődik. Itt részben már a teljesítményhez is kötődik a kifizetett pénz mennyisége.

Teljesítmény elvű finanszírozás

A ténylegesen elvégzett munkát, azaz a teljesítményt fizeti meg, azonban az egészségügyben a teljesítmény meghatározása számos problémát okoz.

A *szolgáltatások tételes elszámolása* esetében minden egyes, a beteggel kapcsolatban végzett vizsgálatot és beavatkozást rögzítenek, és ezeket tételesen.



2. ábra: Finanszírozási rendszerek
Forrás: saját szerkesztés

Egészségügy finanszírozása Magyarországon

Az alapellátásban a *fejkvóta* érvényesül. Ennek előnye, hogy alacsonyak az adminisztrációs költségek, így nagyobb figyelem irányul a megelőzésre, kisebb a kínálat gerjesztette kereslet, magasabb minőségű szolgáltatás a kötött fizetéshez képest. Hátránya, hogy az orvos a betegek számának növelésében érdekelt (ezt csökkenti a depresszió, azaz meghatározott pontszám felett a lejelentett pontokat lefelé módosítják). Így csökkenhet az egy praxisba tartozó betegre jutó szolgáltatások mennyisége, a betegeket szakorvosokhoz irányítják át, a kórházi ellátást kevésbé indokolt esetekben is igénybe veszik.

A házi orvosi ellátásban fix díjat, eseti ellátási díjat és ügyeleti díjat, valamint területi kiegészítő díjat számolnak el. 2001 óta támogatást igényelhetnek felhalmozási célú kiadásaira, ezek forrása a költségvetés és nem az Egészségbiztosítási Alap. A védőnői ellátás hasonlóan fejkvótára épülve történik.

A homogén betegcsoportok kialakítása során először definiálják a betegcsoportokat, besorolják a konkrét eseteket, a ráfordítási költségekből kialakítják a betegszámlát. Meghatározzák az átlagköltséget és az ápolási időparamétereket, megvizsgálják a költségek homogenitását. Időnként felülvizsgálatot végeznek és módosítják a besorolásokat.

A betegcsoportok főbb jellemzői: a *súlyszám*, az *alsó*, a *felső*, és a *normatív határnap*.

Az *aktív fekvőbeteg ellátás* előnye gazdaságossága és költségtudatossága. Hátránya, hogy a szolgáltató érdeke az esetszám növelése, csökken az egy esetre jutó szolgáltatások száma, fennáll az alulkezelés veszélye, kedvezőtlenül hat a komfortszintre, az erőforrás-fejlesztő beruházásokra, a kevésbé súlyos eseteket preferálja („továbbküldés”), volumenkorlát.

A teljesítményvolumen-korlát (TVK) lényege: az egyes szolgáltatók által finanszírozási korlátozás nélkül végezhető teljesítmény előzetes meghatározása. Alapja a bázisidőszaki teljesítmény, amely egyes jogszabályban meghatározott tényezőkkel korrigálandó.

A járóbeteg-*szakellátás* területén a *tételes elszámolás* (fee for service) érvényesül. Ennek előnye, hogy gazdaságos, költségtudatos, szabad orvosválasztás, biztosított az erőforrások igény szerinti elosztása, szektorsemmleges. Hátránya, hogy a szolgáltatások számának, komplexitásának növekedéséhez vezet, ami a kiadások emelkedését okozza; fennáll a túlkezelés veszélye, a szolgáltatónak nem érdeke a minőség javítása.

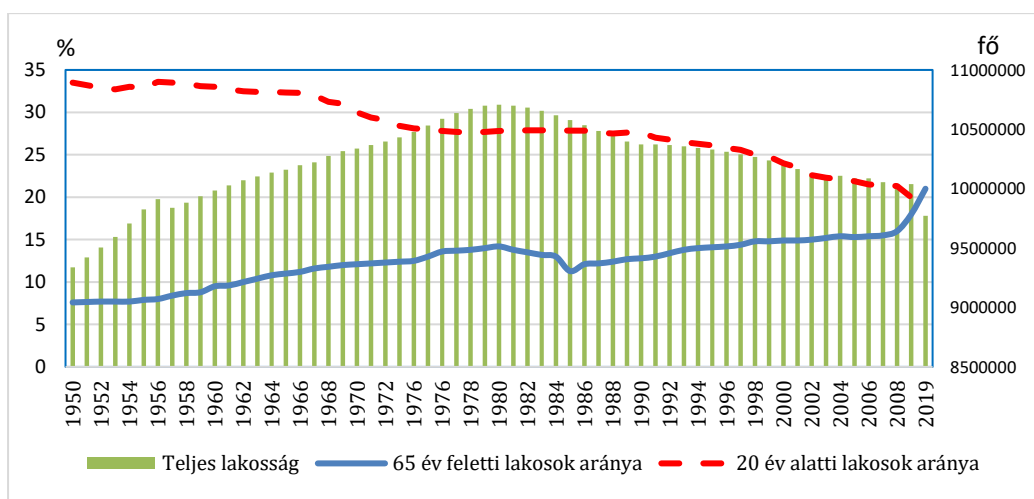
A *krónikus fekvőbeteg ellátás* a kórházban töltött napok száma alapján finanszírozott (Dózsa, 2010).

A közegészségügyi *szolgáltatások, iskolaorvos* fix költségvetési keretből finanszírozott. Előnye: a megelőzésre fordított figyelmet fokozhatja, hátránya: a minőség javítására nem ösztönöz.

A kórházak szabályozási környezetének változásai

A kórházak működése szempontjából a demográfiai és epidemiológiai helyzet változása az egyik meghatározó tényezője a kereslet változásának. A demográfiai helyzet változása kapcsán 1990 és 2015 között a 20 év alatti lakosság számaránya jelentősen csökkent (28%-ról 21%-ra), a 65 év fölötti lakosság aránya pedig (13%-ról 18%-ra) nőtt (3.ábra).

A nemzetközi adatokkal összehasonlítva a halálozási és a várható élettartam hazai adatai igen kedvezőtlenek. A várható élettartam csaknem 7 évvel marad el az EU 15 tagország átlagától, a halálozási ráta magas (13,4 ezrelék) és komoly problémát jelent a korai halandóság. A daganatos halálozás miatti életév-veszteség tekintetében Európában sajnos az élen járunk (Kovács, 2015).



3. ábra: A 20 év alatti, valamint a 65 év feletti lakosság arányának, továbbá a teljes lakosság számának alakulása Magyarországon

Forrás: KSH Statisztikai Évkönyv

Magyarország lakossága szinte minden betegcsoportban és az életmódra káros viselkedési tényezőkben (pl.: dohányzás, alkoholizmus) az elsők között van, vagy az erős középmezőnyben helyezkedik el (pl.: diabétesz, magasvérnyomás, szívelégtelenség, stb.) (Kovács, 2015). A krónikus betegségek növekvő száma és aránya a hazai prevenció és egészségfejlesztési programok elégtelensége folytán növekvő keresletet okoz a hazai egészségügyi ellátórendszerrel és így a kórházakkal szemben.

Változás három területen következett be:

- az egészségbiztosítási és finanszírozási rendszer törvényi és kormányrendeleti szintű szabályai,
- az egészségügyi ellátórendszer kapacitákszabályozásában és
- a munkaügyi és általános adószabályokban.

A magyarországi kórházszektor méretét és jellemzőit jelentősen befolyásolta a rendszerváltásig érvényesített kórházépítési és kórházfejlesztési politika. Ennek egyik eredménye volt a hetvenes és nyolcvanas évek nagyméretű kórházi kapacitásbővítési programja. A modell másik jellemzője

az intézmények állami tulajdonba vétele, a közvetlen, bürokratikus minisztériumi és megyei tanácsi felügyelet volt.

A rendszerváltást követő első jelentős változást az 1990-es Önkormányzati törvénnyel kezdődően meghirdetett decentralizáció jelzi. A hazai kórházak közel 85% -a városi, megyei vagy fővárosi önkormányzati tulajdonba került. Az orvosegyetemi klinikák az egyetemi autonómia alapján kvázi önállóak lettek, csak 15% maradt ágazati minisztériumi felügyelet alatt. Ettől a kormányzat alapvetően azt várta, hogy az intézmények működését az önkormányzatok felelősségteljesen igazítják a helyi szükségletekhez, a helyi közösségek elvárásaihoz.

A kórházszektorra ható következő jelentős változást a biztosítói, szolgáltatás vásárlói és szolgáltatói szerepkörök különválasztása jelentette. A forráscsere következtében 1990. január 1.-től a TB Alap kezelésébe került az egészségügyi ellátás. Ezzel az Alap kezelője és az egészségügyi szolgáltató intézmények szerződéses kapcsolatba került.

Az igazi változást azonban az 1993. év hozott. Ekkor az egységes igazgatási szervből, az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF) létrehozták az országos Egészségbiztosítási Pénztárt (OEP) az Egészségügy Alap kezelésére (másik fele az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságba került). Az OEP esetében a változást az jelentette, hogy ki a felügyeleti (kormány, pénzügyminiszter, egészségügyi miniszter), ill., hogy annak megyei igazgatási szervei külön jogi státuszt élveztek, avagy sem (Karner, 2008).

A szerződéses kapcsolat azonban inkább adminisztratív eszközként működött és nem valódi szolgáltatás vásárlásként. A szabályozási és finanszírozási változások hatására végeredményben nem megfelelő ösztönzők jöttek létre a kórházak számára, ami input-orientált kapacitásszabályozást és output orientált finanszírozást jelentett. Holott az orvosok tevékenységét jelentősen befolyásolja a finanszírozás módja. A kockázatmegosztás elmélete szerint pedig a finanszírozási technikák módosításával változtatható a finanszírozási kockázat mértéke a vásárló és a szolgáltatók között.

A bizonyítékokon alapuló egészségpolitika és tudatos szolgáltatásvásárlás jellemző példájának tekinthetjük Magyarországon a hemodinamikai laborok elterjedését és finanszírozási befogadását a 2000-es évek elejétől. További példák a művese centrumok befogadása szigorú területi hozzáférési elvek alapján, részben a CT és MRI telepítések irányítása onkológiai és onkoradiológiai centrumok, sürgősségi osztályok telepítése és finanszírozása, egynapos sebészeti központok fejlesztése. Az egészségpolitika által meghirdetett tudatos fejlesztési irányok és a struktúraváltást előmozdító szabályozási és finanszírozási elemek *valódi változásokat* keltettek a kórházak szolgáltatási választékában.

Tipikus példa erre az onkológiai ellátás 2005 decemberétől életbe lépő koncentrációja (55-60 kórházból 25-27 nagyobb kórházi centrumba), onkológiai centrumok hálózatának létrehozása. További jelentős szerkezetváltást eredményező hosszú távú irány a sürgősségi ellátás fejlesztése, az elkülönült szakmai-osztályos felvétel helyett az egykapus (angol-amerikai) sürgősségi osztályon, vagy centrumon alapuló felvételi rendszer kialakítása. Az 1998-ban meglévő 5 sürgősségi osztály száma 2005-re 25-re, 2008-ra pedig közel 40-re emelkedett.

Az intézmények szakmai profilját és kapacitását befolyásoló, 2007 áprilisától életbe lépő törvényi intézkedések a korábbi átalakulási folyamatokat felgyorsították. Az aktív profilú intézmények száma 2006-ról 2007-re 136-ról 109-re csökkent, s hat kórház teljesen kikerült a kórházi szektorból, 12-ben megszűnt az aktív kórházi ellátás, 33 kórház esetében egy, vagy több aktív szakmacsoport közfinanszírozása szűnt meg. Az aktív ágyszám országosan 27%-kal csökkent (Universal Health Coverage, WHO statistics).

A 2004-től érvényesülő költség féken tartó és kiadáscsökkentő politikák

A 2003-as közalkalmazotti béremelés miatt kiáramló 500 milliárd forintos államháztartási kiadási növekményből 134 milliárd az Egészségbiztosítási Alapba került. Ez az év végére oly mértékben terhelte meg az államadósságot, hogy 2004-től kezdve a közszektorban jelentős megszorításokat, költség féken tartó intézkedéseket kellett bevezetni. 2004 januárjától bevezették a

teljesítményvolumen-finanszírozás (TVK) rendszerét. Ezeket a megszorító intézkedéseket a szocialista kormány a választások évére (2005-2006 fordulójára) némileg fellazította, de az új kormány első lépése volt 2006 júniusában a 2007-2010-es időszakra vonatkozó új konvergencia program kidolgozása, amit a Bizottság 2006 augusztusban hagyott jóvá. Ennek keretében a közszférában a legnagyobb áldozatot az egészségügynek kellett elviselnie. Az összes kiadáscsökkentésből mintegy 20%-ot vállalt az egészségügy. Ennek keretében 2006-tól 2009-ig a kiadáscsökkenés reálértéken meghaladta a 25%-ot, ami azt jelentette, hogy a GDP arányos egészségügyi közkiadások a 2003-as 6%-ról 2009-re 5%-ra csökkentek. 2009-ben az egészségügyi intézmények körében 15%-os reálérték-csökkenéssel kellett számolni.

A fenti kormányzati intézkedések 2008-2009-re gyakorlatilag leszűkítették az egészségügyi intézmények mozgásterét és a valódi, előreutató stratégiák kidolgozása helyett a kiadáscsökkentés, az ad hoc megszorító intézkedések és a nagymértékű elbocsátások váltották fel a stratégiai jellegű gondolkodást. 2007-2008-ban 12-15%-os elbocsátások voltak, ami a nagy megyei kórházakban, (pl.: Miskolcon is) 300-500 főt jelentett. Azaz ebben az időszakban a stratégiák főleg a túlélésre szűkültek be.

A kórházak napi működését jelentősen befolyásoló intézkedések a következők voltak:

- HBCS súlyszámok visszafelé normálása,
- 50%-os béremelés beépítése a teljesítmény-finanszírozásba,
- TVK rendszer bevezetése, majd többszöri szigorítása,
- HBCS rendszer módosításai,
- kórházi kapacitások, aktív kórházi kapacitások csökkentése.

Ezek a megszorítások felgyorsították a kórházfüziókat, egyes telephelyek és kis kórházak bezárását vagy teljes profilváltását. Az intézményi stratégiákban az alábbi irányok megerősödését látjuk. Így erősödött a versenyszemlélet, párhuzamosságok épültek le (Pécs, Szeged, Budapest), erősödött a kooperáció (pl.: Miskolc Városi Kórházak), felgyorsultak a füziók (Miskolc Városi Kórházak), vagy holdingok létrehozása (pl.: Hajdú-Bihar megyében), telephelyek, pavilonok szűntek meg vagy kiváltására irányuló fejlesztések voltak (pl.: egri kórház).

A társadalombiztosítás alapú közfinanszírozás rendszere, a HBCS rendszer bevezetése és alkalmazásának tapasztalatai

A pénzügyi-finanszírozási környezet elemzésekor a legmélyrehatóbb változást a Homogén Betegségcsoportokon alapuló (HBCS) rendszer 1993. július elsejétől történő bevezetése jelentette. A bázisév teljesítményeit elosztották az adott évben kapott finanszírozás összegével, amely meghatározta az intézményi bázis alapdíját

A magyarországi HBCS rendszer az USA-ban, a Medicare finanszírozásában 1983-ban bevezetett DRG rendszeren (Diagnosis Related Groups) alapul. A kórházak finanszírozásában beállott legnagyobb hatású változás közvetlen kiváltó oka a prospektív finanszírozáson alapuló kórházi költség-visszatérítések gyors növekedése volt (Lex, 2001).

A DRG rendszerek főbb jellemző adatai megegyeznek a fentebb, a HBCS-nél tárgyalt adatokkal. Az ellátási adatokból képezhető mutatószámok: ápolási idő, átlagos ápolási idő, esetösszetétel mutatója (case-mix index), ágy kihasználtság mutatója, havi/éves esetszám, ágyforgó. Ezek határozzák meg a HBCS rendszeren alapuló statisztikákat, elemzéseket. Ezen felül alapvető elszámolási szabályokat, ún. garanciális szabályokat alakítottak ki az elszámolások gyakoriságának korlátozására.

Az 1993-tól 2003-ig terjedő időszakban az intézményi alapdíjak eltérően alakultak és időről időre többször módosították a számítás szabályain. Ebben az időszakban az alapdíjak és a finanszírozás három korszakát láthatjuk:

- kórház specifikus alapdíjak alapján történő finanszírozás (1993-1994),
- szakmai és intézményi szorzókon alapuló finanszírozás (1995-1996),
- az alapdíjak kiegyenlítése és prospektív meghirdetése (1996-2001).

Gyakorlatilag az intézményeknek ilyen vagy olyan módon, de szembesülniük kellett valódi teljesítményükkel.

A HBCS finanszírozás alapdíja 1998. 2. félévére országosan egységes lett (55 ezer Ft). Ez azt jelenti, hogy ugyanazért az ellátásért az intézmény jellegétől függetlenül ugyanaz a térítési díj járt (egységes alapdíj x HBCS súlysám). Ennek pozitív hatása, hogy az ápolási idő csökken (1993:11.3 nap, 2008: 6.8 nap), ágykihasználtság nő. Negatív hatások: megjelentek a „kódolási trükkök”. Erre az OEP a normák csökkentésével reagált.

Ebben az időszakban tehát a finanszírozási környezet viszonylag meghatározott keretek és játékszabályok között működött. Az országosan egységes kasszáért az intézmények növekvő teljesítménnyel küzdöttek.

A reformjavaslatok mindegyike (pl.: 1996-os sárga könyv, 2006-os zöld könyv, stb.) kiemeli a kórházszektor túlzott nagyságát és jelentős kapacitáscsökkentést tart szükségesnek. Ezek során felmerül az indokolatlan kórházi ellátás más ellátási formákkal való kiváltásának halaszthatatlansága, a kórházi kapacitások jelentős csökkentésének szükségessége. A reformjavaslatok hibája volt, hogy hiányzott belőlük a komplex szemléletmód. Nem terjedtek ki az *egészség ellátórendszerre*, sokszor nem kezelték az alapellátás és a járó beteg-szakellátás szerkezeti és szakmai problémáit, hiányzott a megelőzés-szemlélet, továbbá nem tartalmaztak megoldásokat a népegészségügyi problémákra sem (Árvai/Giday/Mádi, 2017).

Az intézményi vezetések szempontjából meghatározó környezeti elemként kezelhetjük az 1990 óta létező folyamatos fenyegetettség: a szakértőktől és politikai erőktől független egybehangzó vélekedést a kórházi, különösen az aktív kórházi kapacitások túlzott mértékéről és a jelentős kapacitáscsökkentés halaszthatatlanságáról, ami intézménybezárást (is) jelent. A fekvőbeteg ellátásra fordított kifizetések 2008-ban az összes kifizetés 58%-át képviselték, ami igen jelentős túlsúly.

Központi kormányzati címzett beruházások és EU forrású fejlesztések, beruházások

A fent vizsgált időszak első felét – érthetően – a hazai (központi állami, miniszteriális, önkormányzati) fejlesztések határozták meg. A legjelentősebbek a címzett beruházások, amire alapvetően az önkormányzati tulajdonú egészségügyi intézmények pályázhattak. Ekkor évente jelentős fejlesztési források áramlottak be az egészségügyi szektorba, a fejlesztések közel fele azonban alapvetően a meglévő infrastruktúra rekonstrukcióját jelentette (pl.: a Miskolci Semmelweis Kórház Belgyógyászati Tömb rekonstrukciója). Számos kisvárosi kórház túlélését jelentette több évre egy ilyen rekonstrukció. Számos esetben ez a beruházás zsákutcát jelentett, mert 4-8 évi távlatában ezek a kapacitások kihasználatlanokká váltak (pl.: Szikszó, Mezőtúr, stb.).

Stratégiai szempontból azok a fejlesztések a mérvadóak, amelyek egy-egy intézményt más progresszív ellátási szintre helyeznek, illetve alapvetően hozzájárulnak az adott kórház megújulásához (pl.: Uzsoki Utcai Kórház, Bp.) és új ellátási, szolgáltatási profil kialakításához. (pl.: Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet épületállománya és gépműszer állománya megújítása).

Jelentősek az önkormányzatok egészségügyi beruházásai és maguknak a kórházaknak a felhalmozott bevételi többletből végrehajtott saját vásárlásaik és fejlesztéseik. A beruházások között ugyanakkor számos olyan, növekedést célzó beruházást találunk, amelyek a legújabb technológiák telepítését célozták meg. Ezekkel az intézményvezetők sok esetben az intézmény stratégiai versenyhelyzetének javítását kívánták elérni olyan nagy értékű (500 millió -1000 millió) beruházásokkal, amelyek nem rendelkeztek előzetes OEP befogadási engedéllyel. Ezek természetesen nagy kockázatot jelentettek, különösen a megtérülési idő tekintetében.

Az EU-hoz való csatlakozás (2004) a hazai egészségpolitika és egészségügyi ellátórendszer számára is komoly kihívást jelent. Az EU ugyanis a strukturális alapok forrásaihoz való hozzájutás érdekében középtávú stratégiai tervezést követel meg a kormányzattól. A pályázati dokumentációknak tartalmazniuk kell a stratégiai tervezés alapvető elemeit: környezeti elemzést,

belső erőforrások, képességek elemzését, összefoglaló SWOT elemzést, középtávú fejlesztési célok leírását, ezek elérését jellemző indikátorok megnevezését és értékeit célok elérését szolgáló tevékenységek, akciók leírását, stb. (Holahan (2001).

A tervezés fenti metodikája rákényszeríti az intézményi és ágazati elemzőket és vezetőket a szisztematikus stratégiai és projektszemléletű gondolkodásra. A forráshoz jutáshoz nem elegendő egy szép terv és egy politikai lobb, hanem eleget kell tenni a fenti követelményeknek.

A csatlakozást követő első két évben 25 milliárd Ft támogatást használtak fel az egészségügyi intézményeknél. Ezeket egyfajta mintaprogramnak lehet tekinteni.

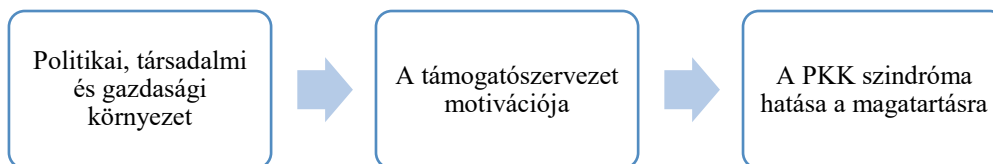
Az Új Magyarország Fejlesztési terv keretében 2007 és 2013 között a legnagyobb forrást igénybe vevő országok közül mind nominálisan, mind arányában Magyarország tervezte a legtöbb forrást az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügyi programok területén. Ezek összege eléri az 1.7 Milliárd EUR-t. A pályázatok irányultsága meghatározza azokat a hívószavakat, amelyek befolyásolják az intézményvezetők stratégiájának irányultságát.

A kórházak eladósodása

A sikeresen megvalósítható intézményi stratégiák egyik alapfeltétele a tudatos és stabil gazdálkodás. A puha költségvetési korlát, mint jelenség és a mögötte meghúzódó vezetői döntések (pl.: egyes szigorú, bevételt növelő, vagy kiadást féken tartó döntés halogatása) egy ezzel ellentétes vezetői magatartást fejtenek ki.

A puha költségvetési korlát (Kornai János) alap gondolata: ha a vállalatok vezetői számolnak az esetleges jövőbeli megmentés, kimentés tényével, akkor nem fordítanak megfelelő gondot a hatékony működésre azért, hogy a veszteségeket elkerüljék, és nem hoznak kemény költségcsökkentő intézkedéseket az adósság csökkentésére. A kemény költségvetési korlát esetében ezzel ellentétben a gyenge hatékonysággal és veszteségesen működő szervezeteknek be kell zárniuk, vagy meg kell szüntetniük a veszteséges tevékenységet (Ember/Kiss/Cseh, 2013).

A kimentésnek, vagy megmentésnek a legtöbb országban erőteljes politikai okai vannak. Ennek megértése érdekében meg kell vizsgálni a kórházak működtetésében érdekelt szereplők érdekeit és hatalmi kapcsolatait (4. ábra).



4. ábra: A PKK jelenség ok-okozati láncolata

Forrás: Kornai et al., 2003.

A kórházszektor esetében az, hogy a központi kormányzat hogyan határozza meg a költségvetést, illetve milyen árakat szab meg, befolyásolja az eladósodottság kialakulását, valamint mértékét.

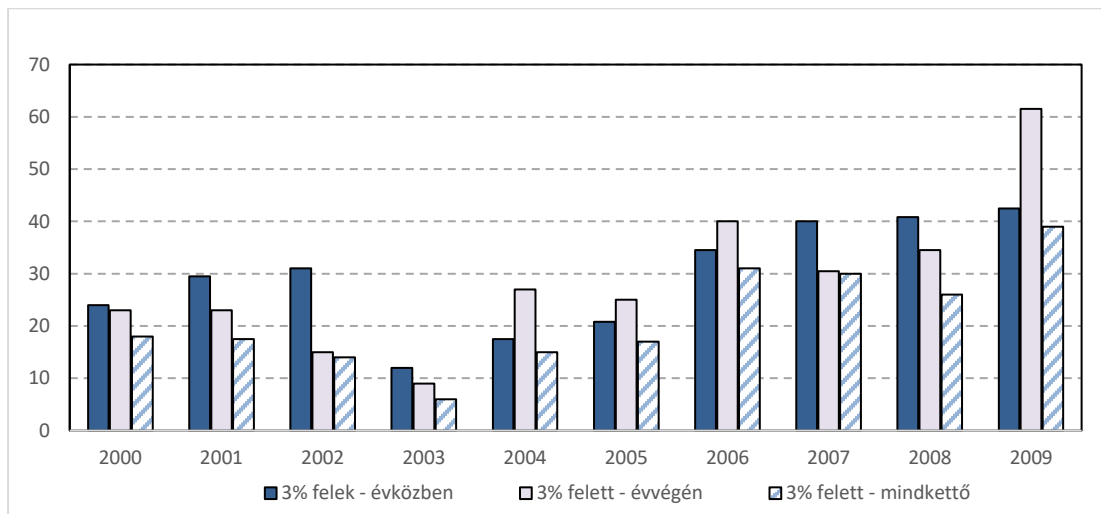
A másik meghatározó tényező a támogató szervezet motivációja és a PKK szindróma magatartásra való hatása. Azok az intézmények, amelyek esetében a vezetés számol a jövőbeli kimentés, megmentés lehetőségével, kevésbé hoznak költségcsökkentő vagy kiadásmérséklő intézkedéseket és nyilvánvalóan könnyebben adósodnak el.

A puha költségvetési korlát jelensége a magyar kórházszektorban

- A kórházszektor adósságállományának kialakulása jelentős részben a makrofinanszírozási helyzet alakulásától, valamint a menedzsment döntéseitől függ.
- Ugyanolyan jellemzőkkel rendelkező kórházak között is rendre vannak eladósodó és stabilan működő intézmények.

- A veszteséges és/vagy eladósodott kórházak (rendszeres) kimentése vagy megmentése hatékonyság veszteséget eredményez az ellátórendszerben.
- A kórházak adósságának kialakulása és kezelése túlnyomórészt menedzsment- és tulajdonos, illetve politikai akciók függvénye, szemben az objektív intézményi jellemzőkkel, tényezőkkel (vidék – főváros, kis-nagy kórház, általános-speciális kórház, versenyző környezet – helyi monopólium) (Universal Health Coverage, WHO statistics).

A legnehezebb időszakban is számos intézmény tudott stabilan, lejárt szállítói tartozás nélkül működni, és ennek mintegy ellentétéként még a legjobban finanszírozott évben (2003) is található olyan kórház, amely jelentős adósságállománnyal rendelkezett (5. ábra).



5. ábra: A 3% feletti 60 napos kifizetetlen szállítói állománnyal rendelkező kórházak aránya évközben és év végén

Forrás: EüM adósságfelmérő kérdőíve, Dózsa Csaba László feldolgozása

2009 év végén a kórházak több, mint 60%-a rendelkezett 3% feletti adósságállománnyal és ez 20%-kal magasabb a 2006-os értéknél. Amíg 2002-től 2006-ig a legrosszabb esetben is csak a kórházak 4%-a rendelkezett 10% feletti adósságállománnyal év közben (év végén pedig maximum 7%-kal), addig ez 2009-re év közben 23%-ra, év végén pedig 29%-ra emelkedett.

Az átlagos adósságállomány 2009-re meghaladta az 5.5%-ot. A pénzügyi helyzet egyértelmű romlását jelzi az is, hogy 2006 végétől kezdve a kórházszektorban 3% alatti átlagos eladósodottság nem volt. Az egy esetre jutó adósságállomány a csúcsát 2007. első félévében érte el, majd 2009 második félévéig csökkenő tendenciát mutatott. Az egy ágyra jutó adósságállomány jelentősen emelkedett 2007-re, mivel az összes ágyszám 27%-kal csökkent, míg az adósságállomány nominálértéke emelkedett.

A kórházak kimentésének öt típusa különböztethető meg:

- konszolidáció,
- fenntartói támogatás (beruházás nélkül),
- eladósodott és a későbbiekben bezárt kórházak címzett beruházása,
- célzott kórházkarbantartás,
- egyedi finanszírozói támogatás, év végi kifizetés.

A legegyszerűbb kimentési módszer a Parlament által jóváhagyott költségvetési keretektől történő konszolidáció. Erre kétszer, 1996-ban és 2002-ben került sor és 52 kórházat érintett.

További kimentéshez hasonló, speciálisan magyar megoldás volt a címzett beruházások nyújtása, amelynek keretében a veszteségesen működő, egyes szakmapolitikai elképzelésekben bezárásra ítélt kórházakat kompenzálták túl rekonstrukcióval, bővítéssel.

A különböző típusú kórházak kimentésének gyakorisága az évtized második felére, végére lecsökkent, egyre inkább érvényesül a kemény költségvetési korlát. Tipikus példája ennek a Diósgyőri Kórház esete. A kórház mind a két konszolidációs programban részt vett, miközben több éven át került az eladósodott kórházak körébe. Végül 2007-2008-ban beolvasztották a másik városi kórházba, aktív ellátási profiljait pedig jelentősen csökkentették.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a kórházszektor tekintetében a Kornai féle puha költségvetési korlát a gyakorlatban Érvényes volt. Szerepet játszott egyrészt a kórházak folyamatos eladósodásában, másrészt magyarázza, hogy ugyanolyan jellemzőkkel rendelkező kórházak között is rendre vannak eladósodó és stabilan működő intézmények. A kórházak adósságának kialakulása és kezelése tehát alapvetően jellemezhető a puha költségvetési korlát elméletével.

Az egészségügy gazdasági szerepe

Az egészségesség vonatkozásában 2016-ban a világon az 54. helyen állt Magyarország. Az Európai Unióban a következő országok voltak mögöttünk: Észtország, Románia, Bulgária, Lettország, Litvánia. A születéskor várható élettartam Magyarországon ugyan folyamatosan nő, de még így is elmarad a 2004-ben az EU-hoz csatlakozott országokétól.

A megbetegedések területén a „klasszikus” fertőző betegségek (TBC, járványok, stb.) gyakorlatilag megszűntek, vagy minimális szintre estek vissza, ezek helyett a halálos, nem fertőző krónikus megbetegedések tarolnak (pl.: daganatos megbetegedések, szív- és érrendszeri megbetegedések, noha ez utóbbiak terén némi javulás már tapasztalható). A fejlett országokra jellemző problémák viszont még előttünk vannak, például a mentális megbetegedések, viszont a mozgásszervi megbetegedések területén már beköszöntött a „fejlettség” állapota. (gerincsérv, reuma, stb.) (Kovács, 2015).

Noha a beteg ember számára természetesen az egészségügyi ellátás fejlettsége és hozzáférhetősége a meghatározó, korábbi felmérések szerint azonban az egészségért csak 10-15%-ban az egészségügy a felelős. Ezzel szemben az egészséget meghatározó tényezők:

- a genetika,
- az életmód és az azt meghatározó tényezők (gazdasági fejlettség, környezeti káros hatások mértéke, társadalmi egyenlőtlenség szintje, stb.),
- társadalmi minták és szokások,
- az egészségügyi ellátás,
- az egyén problémakezelő képessége, informáltsága.

Az egészségipar a világon egy gyorsan fejlődő, innováció-igényes, húzóágazat. Előnye:

- a biztos, konjunktúra-rezisztens (attól független) piac, nem szezonális, mint pl. a divatcikkek, kozmetikumok, stb. piaca,
- a magas foglalkoztatási lehetőség,
- a hagyományos a piaci jelenléte, ismertsége (pl.: gyógyfürdők, Richter Gedeon, stb.),
- a hazai adottságai jók, alacsony anyag és energiaszükséglete, nemzetközi hírű tudósok, magas ÁFA,
- egészségügyi túrizmus fejlődésének lehetőségei.

Az egészségügy tehát a társadalmi infrastruktúra meghatározó eleme. Egy munka alapú társadalomban az élő munkaerő karbantartása gazdasági tényező.

A 20. század közepén sokan azt hitték, hogy a technológiai fejlődés majd megoldja az egészségügy problémáit, mára ez a nézet módosult, és a fenntarthatóság vált a 20. század utolsó negyedének az egészségügyi rendszereket érintő egyik legfontosabb problémájává, egyben pedig ez a probléma elsősorban pénzügyi problémaként jelentkezett, noha a humán erőforrások biztosításának kérdése

is egyre jelentősebb. Napjainkban egyre kevesebb aktív dolgozó egyre több ember egyre drágább ellátását kénytelen fizetni. Az esélyegyenlőség alapelve ugyanis megköveteli az egyenlő hozzáférést. A gazdaság növekedése ugyanis nem tart lépést az egészségügy területén jelentkező folyamatos költségnövekedéssel, amit az új technológiák megjelenése okoz, amelyek szükségszerűen drágábbak (pl.: nanotechnológia). Az egészségügy fenntartható fejlődésének alapfeltétele, hogy összhangba kell hozni az egészségüggyel kapcsolatos elvárásokat és az ezért vállalt egyéni és közösségi áldozatokat (Mihályi, 2017).

Az egészségügyi rendszerek fejlődése valójában a kockázatközösségek és a szolidaritás fejlődéstörténete.

Miért szükséges a szolidaritás elve?

- A személyes jövedelmi helyzet és az egészségügyi szükséglet fordított arányban van. (akkor tudnánk megfizetni, amikor még nem szorulunk rá).
- A gyógyítási költségek különbségei ma már olyan mértékűek, hogy csak társadalmi méretű szolidaritás elvű kockázat-közösség képes ennek átlagolására.
- Az egészségi állapot változása előre nem tervezhető, az egyén választása által csak részben befolyásolható.
- A társadalmi béke miatt.

A magánszolgáltatások ma már egyre inkább hiánypótló, mint választékbővítő szerepet töltenek be. De:

- A jelentős magánforrásokat információ hiányában bizonytalan hatékonysággal, kevesebb egészség-nyereséggel használják fel.
- Alacsony a szférában a közösségi kockázatkezelés szintje.
- Nincs megfelelő szakmai kontroll a szféra felett.
- A magánegészségügy kiveheti a pénzt és az ellátó személyzetet a „hivatalos” egészségügyi rendszerből, ezáltal gyengíti a közellátást.
- Jelentős a fekete, vagy a szürkegazdaság szerepe a szférában.
- A beteg sokszor magára hagyott, sem hivatalos „segítője”, sem megfelelő információja, sem fogyasztóvédelme nincs.

Elvileg mind a köz, mind pedig a magánellátás egyaránt alkalmas és jó, mindkettő biztosíthatja a társadalmi igazságosságot. Elvi szinten a szétválasztás nagyobb igazságosságot, tisztább viszonyokat eredményez. A szeparált modell egyetlen hátránya, hogy ehhez tisztán állami forrásokból fenntartott, jól működő egészségügyi rendszer kell.

Az egészségügyi rendszer „feltőkésítéséhez”, a benne levő magánszolgáltatások kiváltásához vagy kivásárlásához, a munkaerő helyzet stabilizálásához szükséges béremelés forrásának megteremtésére a költségvetés nem ad reális alapot.

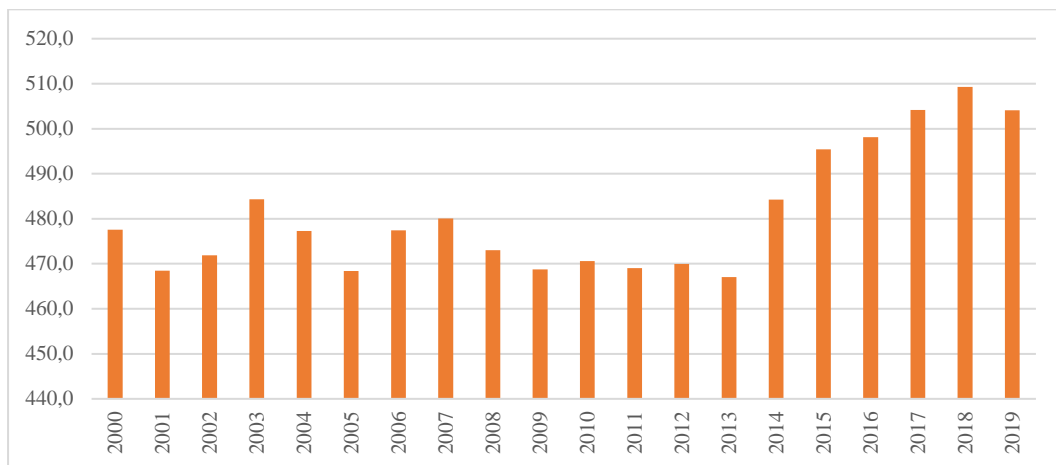
Ahhoz, hogy az egészségügy fenntartható, működőképes és lakossági elégedettséget kiváltó szféra legyen, a köz és magán *szembeállítás*a helyett a szervezett és ellenőrzött *együttélést* kellene megvalósítani. Ugyanakkor fennáll a veszélye annak, hogy beavatkozás és jelentős állami forrásbevitel nélkül az egészségügy kettészakadhat. „szegények” és „gazdagok” egészségügyére. *Nincs két egészségügyre való orvosunk!* Egy komplett, mindent megoldó „második” egészségügy fenntartásához nem elég gazdag az elit. A növekvő magánfinanszírozást pl. kiegészítő biztosítással kell alakítani.

Észak-magyarországi régió egészségügyi helyzete

Adott ország, ill. adott régió egészségügyi ellátásának színvonalát döntően befolyásolja a GDP, illetve az abból százalékos arányban eszközölt ráfordítások nagysága, de nem elhanyagolható léptékű a társadalmi hagyományok szerepe, illetve a szervezettség sem. Az egészségügyre

fordított GDP százalékos aránya tekintetében Magyarország Európában a felső-közép mezőnyben foglal helyet.

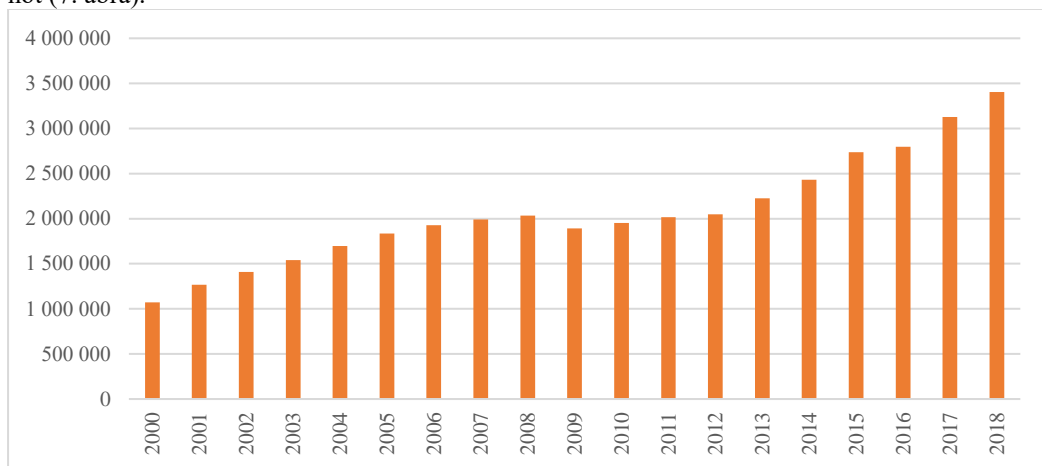
Pozitív, hogy a gazdaságilag aktív népesség száma az Észak-magyarországi régióban, a 2009-2010-es mélypont után nőtt (6. ábra).



6. ábra: A gazdaságilag aktív népesség száma Észak-Magyarországon [ezer fő]

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

Hasonlóan kedvező, hogy a régió GDP-je az elmúlt közel 20 év alatt több mint háromszorosára nőtt (7. ábra).



7. ábra: Bruttó hazai termék (GDP) Észak-Magyarországon [piaci beszerzési áron, millió Ft]

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

A rendszerváltás után átalakult az Észak-magyarországi kórházak szerkezete és igazgatási rendszere.

Ezzel párhuzamosan az európai trendeknek megfelelően, megkezdődött az aktív kórházi ágyak számának csökkentése és az alapellátás, valamint a járóbeteg ellátás erősítése. Nógrád és Heves megyében a megyeszékhelyeken található központi intézmények minden diszciplínát működtetve gyakorlatilag lefedték az illetékes megyei ellátás teljes spektrumát.

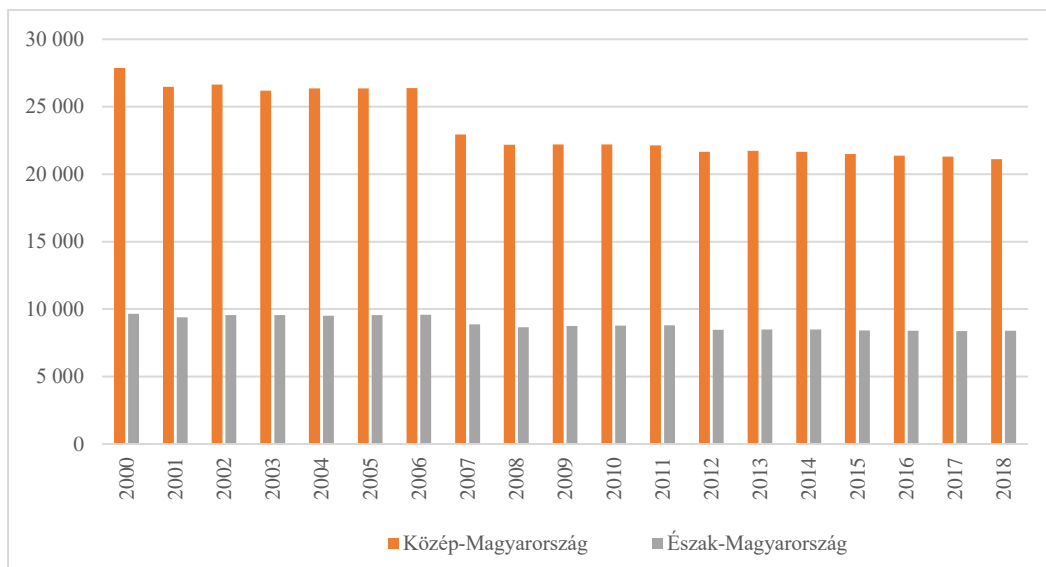
Miskolc speciális helyzetben volt, mert a megyeszékhelyen kiépült két városi kórház is (a Diósgyőri és a Semmelweis Kórház), melyek elsősorban a megyeszékhely lakosságát látták el területi illetékesség alapján. A Semmelweis Kórházban ugyanakkor kialakultak regionális ellátási

profilú (pl.: a haematológiai, mellkassebészeti, infektológiai, bőrgyógyászati) osztályok is. Borsod-Abaúj-Zemplén megye egyéb területein élő lakosságát a B-A-Z megyei Kórház és a területi kórházak látták el (Edelény, Mezőkövesd, Sátoraljaújhely, Kazincbarcika, Ózd). Az integráció keretében a Diósgyőri és a Semmelweis Kórház fuzionált, a párhuzamos szakmai tevékenységeket megszüntették, az országos tendenciáknak megfelelően az ágyszám csökkentés is folytatódott, így jött létre a MISEK (Miskolc Semmelweis Egyetemi Oktató Kórház). A Kazincbarcikai Kórház 2019-ben a DOTE (Debreceni Orvostudományi Egyetem)-hoz integrálódott.

Az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak, illetve fekvőbeteg intézmények átkerültek az Állami Egészségügyi Ellátó Központ tulajdonába. Ezzel egyidőben a Magyar Állam a felhalmozódott kórházi adósságállományt az egész országban konszolidálta.

2018-ban a kórházi integráció tovább folytatódott, így jött létre, a MISEK és a B-A-Z-megyei kórház integrációjából a Borsodi Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház (BKEOK), mely az ország jelenleg legnagyobb ágyszámú intézménye, (3600 ágy), közel 4600 dolgozónak ad munkát. Mint Egyetemi Oktató Kórház lehetőséget ad az orvostanhallgatóknak és a Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar hallgatóinak gyakorlati képzésére, így fontos szerepe van az egészségügyben, a humán erőforrás pótlásában.

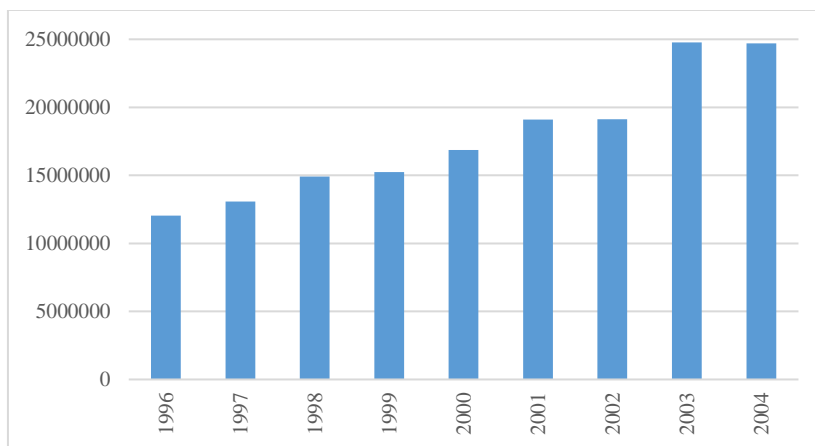
A 10000 főre jutó kórházi ágyak száma az európai tendenciákkal összhangban hazánkban is csökkent (Németországban 400,2/10000 fő, Franciaországban 598/10000 fő, Magyarországon 731,1/10000 fő). A Közép-magyarországi régióban a finanszírozott kórházi ágyak száma kétszeres az Észak-magyarországi régióhoz viszonyítva (8. ábra).



8. ábra: Működő kórházi ágyak száma Észak- és Közép-Magyarországon

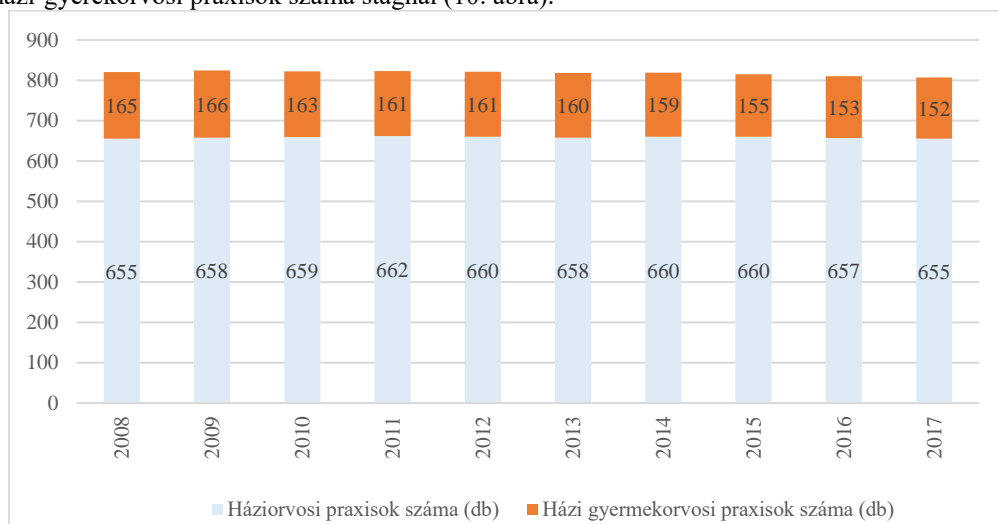
Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

Ezzel összhangban, a kitűzött kontinentális céloknak megfelelően a komplex járóbeteg ellátás kapacitása folyamatosan nő, mert költséghatékonyabb és a beteg számára is praktikusabb (9. ábra).



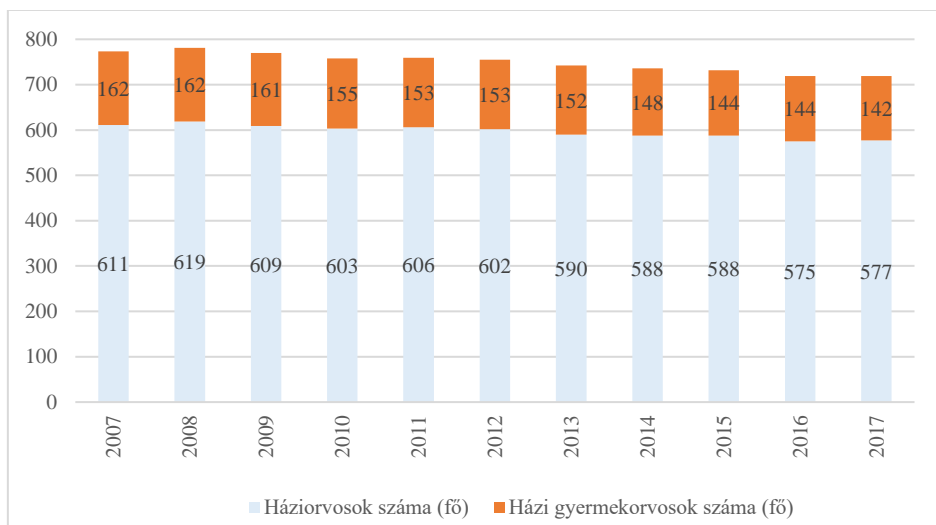
9. ábra: Járóbeteg-gyógykezelti esetek száma Észak-Magyarországon (eset)
 Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

Az alapellátás a háziorvosi rendszer kiépítésével szerkezetileg megerősödött, de a háziorvosi és házi-gyermekorvosi praxisok száma stagnál (10. ábra).



10. ábra: Házi orvosi és házi gyermekorvosi praxisok száma Észak-Magyarország
 Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

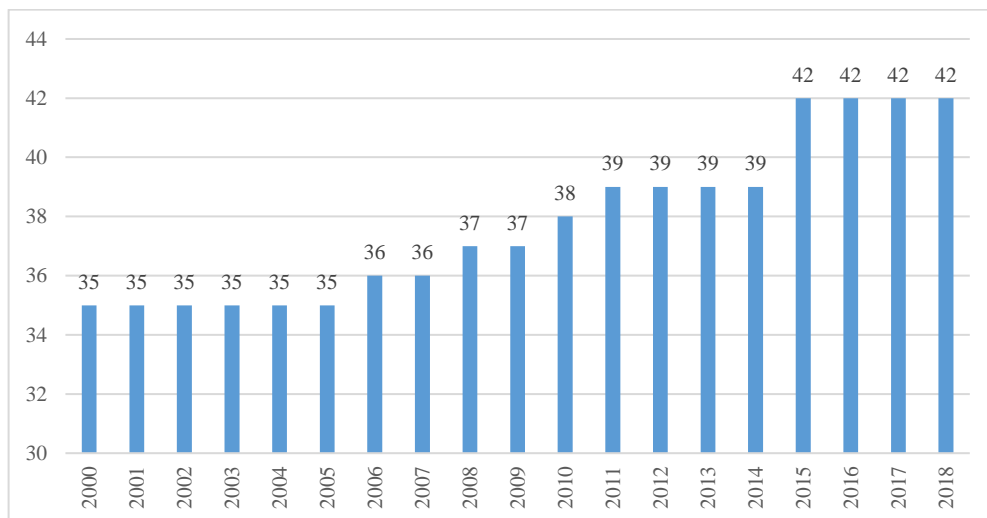
Az aktívan dolgozó háziorvosok száma azonban folyamatosan csökken a szakemberek nyugdíjba vonulása miatt (11. ábra). Közülük sokan nyugdíj mellett dolgoznak, kevés frissen diplomázott rezidens kerül a rendszerbe. Országos tendencia, hogy a nagyobb városokban a praxisok betöltöttek, de a kisebb településeken számos hely betöltetlen.



11. ábra: Háziorvosok és házi gyermekorvosok száma Észak-Magyarországon (fő)

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

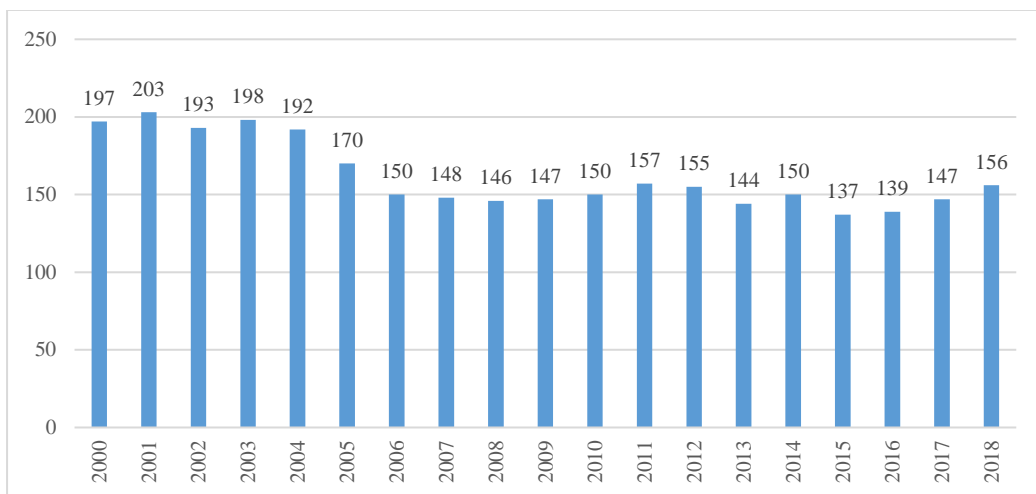
A Magyar Országos Mentőszolgálat szervezettsége, személyi és technikai ellátottsága világszínvonalú, a mentőtiszti rendszer pedig egyedülálló Európában. Régióinkban a mentőállomások száma folyamatosan emelkedik (12. ábra).



12. ábra: Mentőállomások száma Észak-Magyarországon (db)

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

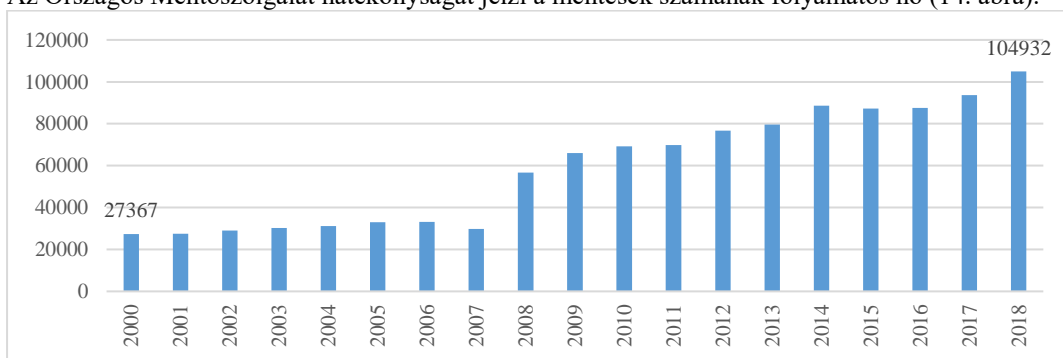
Az összes mentőgépkocsi száma az átmeneti csökkenés után ismét emelkedik és egyre korszerűbb típusra cserélik (13. ábra).



13. ábra: Összes mentőgépkocsi (db) Észak-Magyarország

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

Az Országos Mentőszolgálat hatékonyságát jelzi a mentések számának folyamatos növekedése (14. ábra).



14. ábra: Mentőfeladat: mentés (fő=esetszám) Észak-Magyarország

Forrás: s KSH adatok alapján saját szerkesztés

A születéskor várható élettartam régiókban -az országos tendenciáknak megfelelően- a férfiaknál négy évvel, a nőknél pedig 2,5 évvel emelkedett a vizsgált időszakban, de mindkét nemben még így is kb. két évvel alacsonyabb, mint a Közép-magyarországi régióban (1. táblázat), az európai átlagtól való lemaradásunk mindkét nemben már csak kb. 4-5 év.

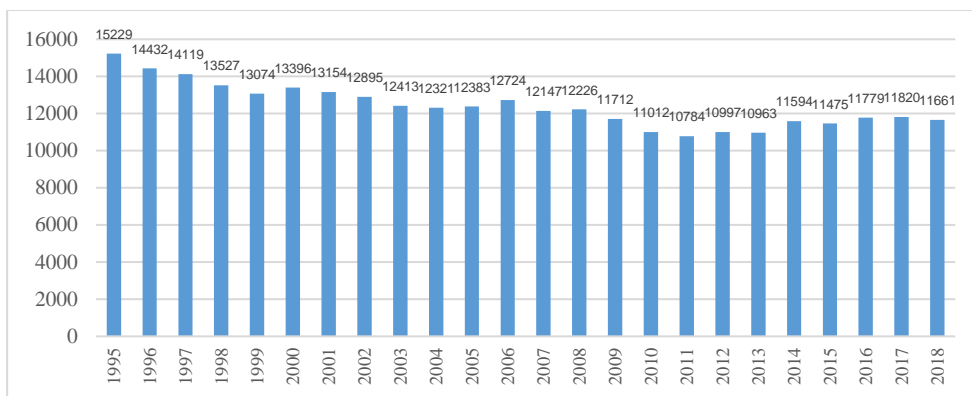
1.táblázat Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor (év)

Területi egység		Születéskor várható átlagos élettartam						Átlagéletkor					
		férfi			nő			férfi			nő		
neve	sintje	2001	2012	2018	2001	2012	2018	2001	2012	2019	2001	2012	2019
Budapest	főváros, régió	69,28	73,58	74,48	76,52	79,23	80,12	39,2	40,3	40,8	43,9	44,8	45,2
Pest	megye, régió	68,68	71,94	73,03	76,54	78,22	79,20	36,2	37,9	39,0	39,8	41,6	42,6
Közép-Magyarország	nagyrégió	69,10	72,92	73,86	76,53	78,85	79,76	38,0	39,3	40,0	42,4	43,5	44,1
Fejér	megye	68,54	71,47	71,78	76,41	78,36	78,98	36,3	39,1	40,5	39,8	43,0	44,5

Területi egység		Születéskor várható átlagos élettartam						Átlagéletkor					
		férfi			nő			férfi			nő		
neve	szintje	2001	2012	2018	2001	2012	2018	2001	2012	2019	2001	2012	2019
január 1.													
Komárom-Esztergom	megye	67,95	70,27	72,02	76,25	77,57	78,11	36,7	39,1	40,2	40,3	43,2	44,4
Veszprém	megye	69,01	71,70	73,03	76,08	79,11	80,01	37,0	40,0	41,6	40,5	43,8	45,5
Közép-Dunántúl	régió	68,53	71,22	72,27	76,24	78,39	79,07	36,6	39,4	40,8	40,2	43,3	44,8
Győr-Moson-Sopron	megye	69,48	71,95	73,21	78,04	78,71	80,08	37,1	39,3	39,9	40,6	42,9	43,6
Vas	megye	68,84	70,66	72,87	77,12	78,25	79,61	37,6	40,4	41,7	41,3	44,3	45,5
Zala	megye	68,24	71,84	72,86	76,83	78,96	79,57	37,6	40,9	42,7	41,9	45,3	47,2
Nyugat-Dunántúl	régió	68,93	71,57	73,04	77,44	78,67	79,82	37,4	40,0	41,1	41,2	44,0	45,0
Baranya	megye	68,20	70,99	72,80	75,63	78,12	79,23	37,2	39,9	41,3	40,9	44,0	45,6
Somogy	megye	67,28	70,29	71,77	75,39	78,07	77,95	37,3	40,2	42,0	41,3	44,4	46,2
Tolna	megye	67,96	71,88	72,22	76,57	78,85	79,10	37,2	40,0	41,7	41,3	44,5	46,1
Dél-Dunántúl	régió	67,83	70,97	72,29	75,79	78,27	78,77	37,2	40,0	41,6	41,1	44,3	45,9
Dunántúl	nagyrégió	68,43	71,26	72,54	76,48	78,45	79,22	37,1	39,8	41,2	40,8	43,8	45,2
Borsod-Abaúj-Zemplén	megye	66,59	68,95	70,01	76,10	76,76	77,70	35,9	38,1	39,3	40,0	42,8	44,1
Heves	megye	66,77	70,78	71,01	76,78	78,03	78,98	37,7	39,6	40,9	42,1	44,5	45,8
Nógrád	megye	67,14	70,47	71,66	75,97	77,71	77,47	37,6	39,9	41,4	41,8	44,5	46,1
Észak-Magyarország	régió	66,73	69,68	70,56	76,26	77,25	77,99	36,6	38,8	40,1	40,8	43,5	44,8
Hajdú-Bihar	megye	68,04	71,83	72,97	76,63	79,23	79,19	35,8	38,2	39,7	39,2	42,1	43,7
Jász-Nagykun-Szolnok	megye	67,43	70,55	71,60	76,25	77,62	78,63	37,2	39,6	40,8	40,9	43,8	45,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	megye	65,78	70,05	71,00	75,74	78,26	78,34	34,5	37,0	38,7	38,2	41,1	42,7
Észak-Alföld	régió	67,03	70,83	71,86	76,17	78,44	78,74	35,7	38,1	39,6	39,3	42,1	43,7
Bács-Kiskun	megye	67,41	70,96	72,20	76,73	78,22	79,45	37,1	39,6	40,9	41,1	44,0	45,3
Békés	megye	68,84	71,06	72,27	76,60	77,54	79,13	38,3	40,8	42,4	41,7	44,8	46,7
Csongrád	megye	68,68	71,50	73,13	76,56	78,78	79,73	37,6	39,8	41,2	41,4	44,0	45,4
Dél-Alföld	régió	68,21	71,13	72,51	76,64	78,20	79,42	37,6	40,0	41,4	41,4	44,2	45,7
Alföld és Észak	nagyrégió	67,32	70,57	71,68	76,36	77,99	78,73	36,6	38,9	40,3	40,4	43,2	44,7
Ország összesen	ország	68,15	71,45	72,56	76,46	78,38	79,19	37,1	39,3	40,5	41,1	43,5	44,7

Forrás: KSH.

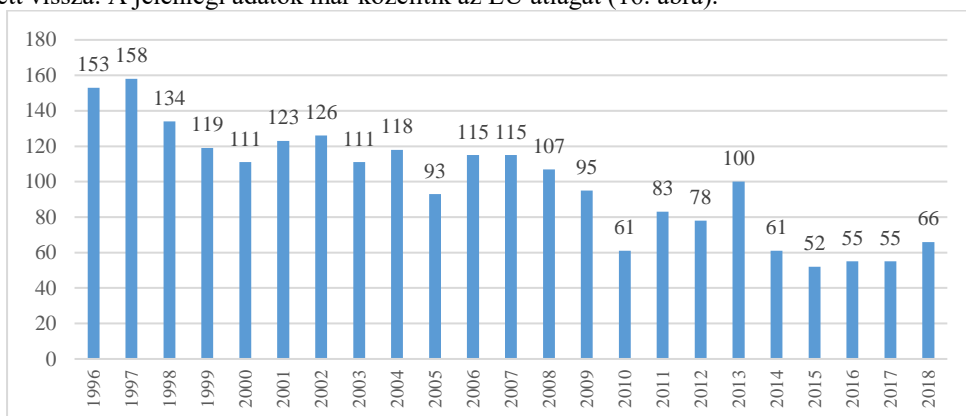
Az élve születések száma sajnos mind hazánkban, mind az Észak-magyarországi régióban csökkent (15. ábra).



15. ábra: Élveszületések száma Észak-Magyarország (fő)

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

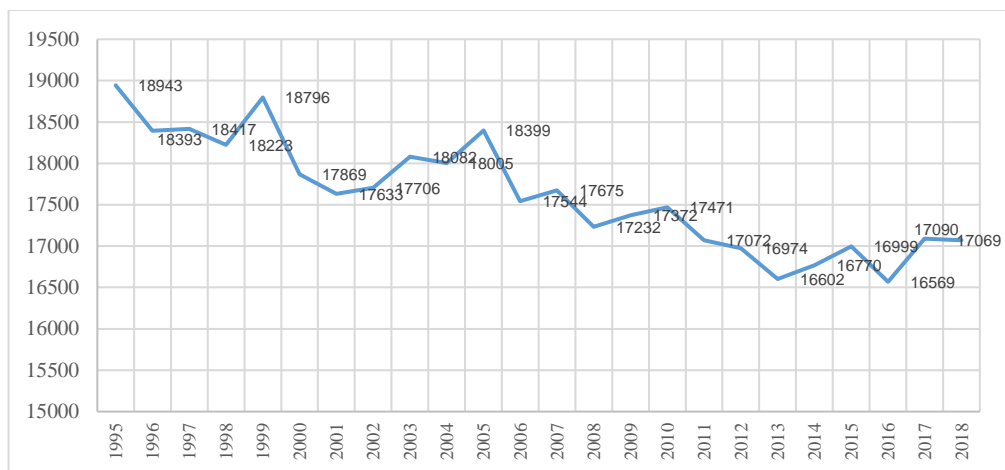
Örvedetes viszont a csecsemőhalálozás folyamatos csökkenése, 20 év alatt több, mint a felére esett vissza. A jelenlegi adatok már közelítik az EU átlagát (16. ábra).



16. ábra: Csecsemőhalálozások száma Észak-Magyarországon (eset)

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

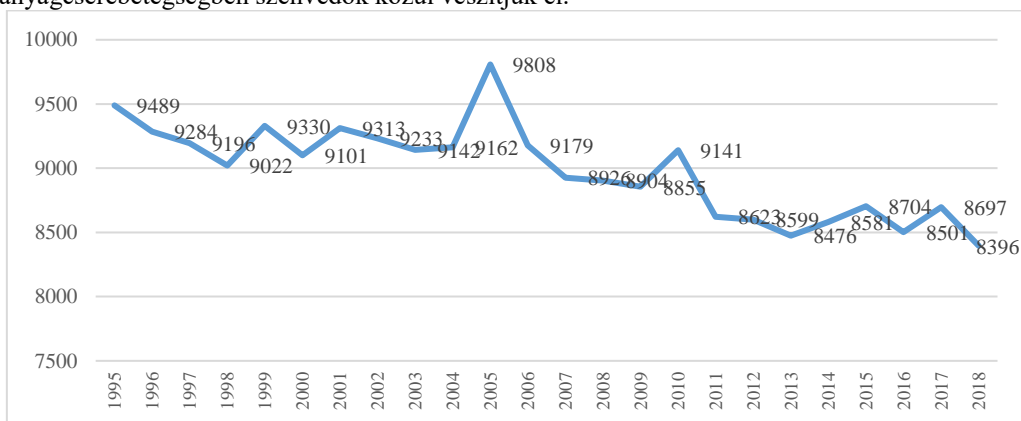
Ebben a folyamatban a jól szervezett terhesgondozásnak és védőnői hálózatnak van elsősorban szerepe. Kiváló védőnők általában a Miskolc Egyetem Egészségügyi Karán szereznek diplomát. Kisfokú csökkenés mutatkozik a halálozási rátában is a vizsgált időszak elejéhez képest (17. ábra).



17. ábra: Halálozások száma Észak-Magyarországon (eset)

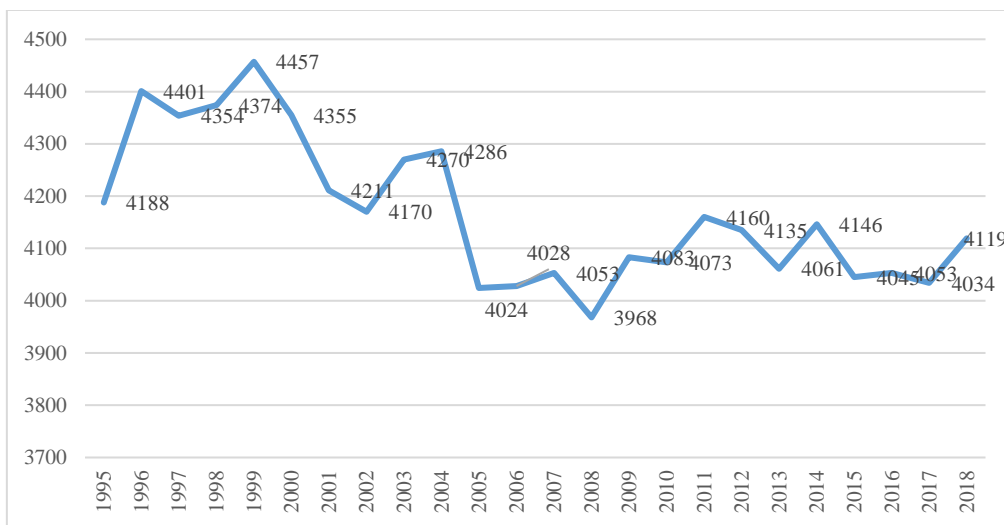
Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

A halálozás okainak elemzése azt mutatja, hogy a legnagyobb populációt a kardiovaszkuláris betegségben (18. ábra), daganatos betegségben (19. ábra), endokrin, táplálkozási és anyagcserebetegségben szenvedők közül veszítjük el.



18. ábra: Keringési rendszer betegségei (I00-I99 miatti halálozások száma (eset) Észak-Magyarországon

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

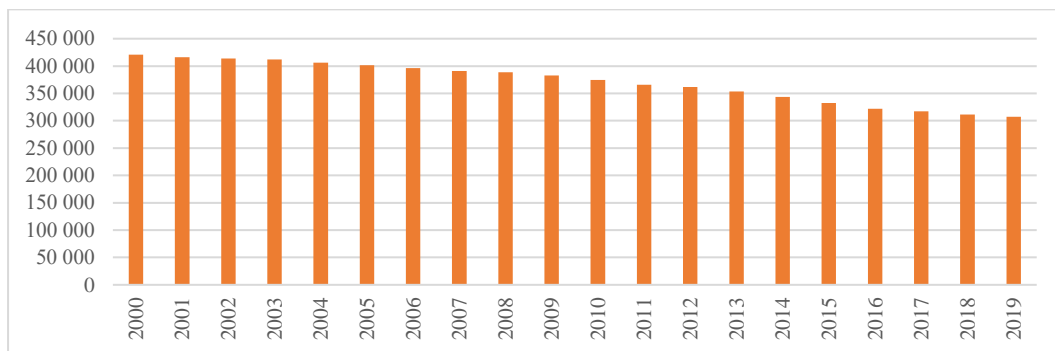


19. ábra: Daganatos (C00-D48) halálozások száma Észak-Magyarországon (eset)

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

Utóbbiból kiemelkedik a cukorbetegség, mely a népesség 7 %-át érinti. Mindezek egyre inkább felhívják a figyelmet a prevencióra, a szűrővizsgálatok jelentőségére, továbbá az öngondoskodásra és az egészséges életmód propagálására.

A központi költségvetésre nagy terhet ró a nyugdíjak, ellátások és járadékok kifizetése. Az Észak-magyarországi régióban az ellátásban részesülők száma kissé csökkent ugyan (20. ábra), de a lakónépességhez viszonyított aránya magasabb, mint a Közép-magyarországi régióban (21. ábra).

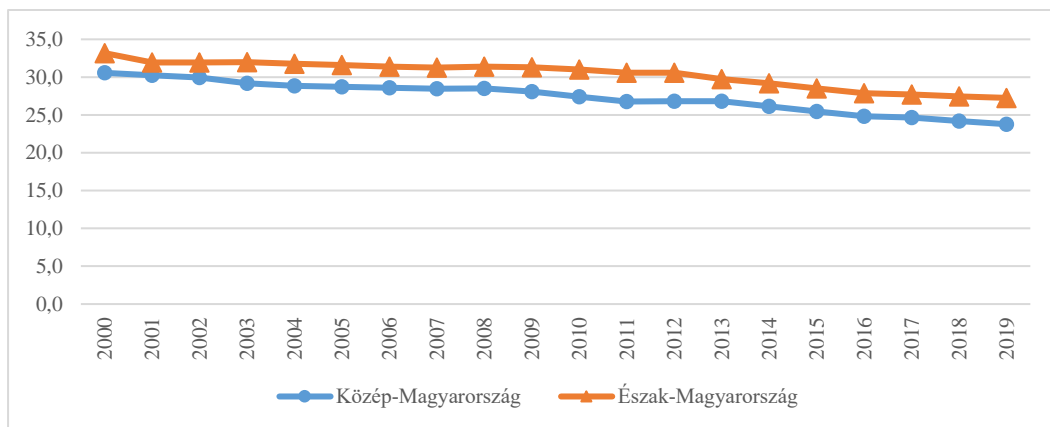


20. ábra: Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők (fő), Észak-Magyarország

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

A technológiai fejlődésből, a növekvő élettartamból és kultúráváltásból következően már nem lehet mindenki számára egyenlő eséllyel közpénzből biztosítani azt, ami technológiailag lehetséges. Különösen érvényes ez a jövőben, amikor előtérbe kerül a személyre szabott orvoslás. A magánfinanszírozás szükségességének egyik fontos oka a kórházak eladósodása. Az egészségügyi rendszer legsúlyosabb gondja a szakképzettek hiánya. A technika és a tudomány által biztosított új terápiás lehetőségek egyre drágábbak, nő az átlagos életkor, egyre több ember szorul rendszeres egészségügyi ellátásra. A jóléti társadalommal egyidejűleg megjelennek a

mentális és mozgásszervi betegségek. Egyre fontosabb tehát a megelőzés, a szűrővizsgálatok rendszeresebbé tétele, és az egészséges életmód.



21. ábra: Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők, Ellátásban részesültek aránya a lakónépességből

Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

A nanotechnológia és a krónikus betegségek számának növekedése újabb forrásokat igényel. Az egészség vonatkozásában hazánk 2016-ban a világon az 54. helyen áll, utánunk következtek az EU-ban a Balti államok, Bulgária, Románia. A klasszikus fertőző betegségek, mint elsősorban a TBC megszűntek, de a halálos nem fertőző krónikus betegségek tarolnak, (szív-, és érrendszer, daganatok) de már csökken az infarktus által okozott halálozás. A fejlett országokra jellemző mentális betegségek még előttünk vannak, a mozgásszervi betegségeknel azonban már beköszöntött a fejlettség állapota. (gerincsérv, reuma) Az egészséget meghatározó tényezők: genetika, életmód, gazdasági fejlettség, társadalmi egyenlőtlenség, egészségügyi ellátás. A 20. században azt hitték, hogy a technológiai fejlődés megoldja az egészségügy problémáit, ma már azonban a fenntarthatóság a legnagyobb kihívás, ami elsősorban pénzügyi, illetve a humán erőforrások biztosításának problémája. Egyre kevesebb aktív dolgozó, egyre több ember egyre drágább ellátását kénytelen finanszírozni. Sajnos a gazdasági növekedés nem tart lépést az egészségügy területén jelentkező folyamatos költség növekedéssel, amit az új, drága technológiák megjelenése okoz (nanotechnológia).

Irodalomjegyzék

- ÁRVA, L., GIDAY, A., MÁDI, L. (2017): Az egészségügy fiskalizációja: kérdőjelek és válaszok. Vitaindító az élők munkaterhek csökkenéséről és az egészségügy finanszírozásáról. Valóság, (60.) Nr. 6. pp. 28-43.
- BONCZ, I., DÓZSA, CS. (2002): Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. Motesz Magazin (6), pp. 52-55.
- BORBÁS, F., FATA, D., BABARCZY, B. (2014): Krónikus betegek ellátása Európában: Igények és lehetőségek, II.rész – Krónikus betegek ellátására fejlesztett modellek és finanszírozási megoldások. Egészségügyi Gazdasági Szemle, március pp. 37- 41.
- BORBÁS, F., IMRE, L. (2013): Térségi rendszer az egészségügyben. Med. Et Jur. pp.4-7.
- DÓZSA, CS. (2010): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es években. Ph.D. értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest.

- EMBER, I., KISS, I., CSEH, K. szerk. (2013): Népegészségügyi orvostan. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar, Pécs.
- HOLAHAN, J. (2001): Health status and the costs of expanding insurance coverage. *Health Affairs* 20 (6). pp.279-286.
- KARNER, C. (2008): Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* (2). pp. 3-12.
- KERTAI, P. (1999): Megelőző orvostan. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- KINCSES, Gy. (2006): A co-payment alkalmazási lehetősége a korszerű egészségpolitikában, *IME* 5. pp. 14-21.
- KORNAI, J. (2014): A puha költségvetési korlát. Kalligram Kiadó, Budapest.
- KOVÁCS, Á. (2015): Az egészségügy finanszírozása – láttelep és gyógymód – előadás.
- LEX, D. (2001): *The contingency theory of organizations*. Sage. Publication Series, London.
- MARK, V. P. (2011): *Insurance and the Demand for Medical Care*. Oxford Handbook.
- MIHÁLYI, P. (2017): Az egészségügy finanszírozási alternatívái (adók, járulékok, háztartási jövedelmek) – nemzetközi és hazai tapasztalatok. *Magyar Tudomány* (178.), 7. pp. 781-787.
- SINKÓ, E. (2006): Értékrend váltás az egészségügyben, avagy az átalakuló félben lévő egészségügy, *Esély*, p. 28.
- Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. London HMSO, 1942.
- TÖLGYESI, A. (2009): A HBSC-n alapuló kórház-finanszírozás áttekintése és az innovációk beépülésének lehetősége. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Nr.6, pp. 34-44.
- Universal Health Coverage, WHO statistics, [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1_\(letöltve: 2020.05.30.\)](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1_(letöltve: 2020.05.30.))