

Nem csak az egészségügyi ellátások igénybevételében tapasztalhatók indokolatlan területi egyenlőtlenségek. A kapacitások és a finanszírozás eloszlása területileg és szolgáltatónként is kiegyensúlyozatlan, miközben az intézményi struktúra nem követ semmiféle szabályt. Egyebek mellett erre az eredményre jutott a Budapesti Teljesítmény-menedzsment Kutatóközpont egészségügyi teljesítménnyel foglalkozó kutatócsoportja. Véleményük szerint transzparens szabályozás nélkül csak további torzulások várhatók, az egységes szabályozást az állami tulajdonos kontrollja nem pótolhatja.

I. JÓ CÉLOK, ROSSZ ELŐÉRTÉK

A nagyon várt Semmelweis Terv első ránézésre hosszú évek óta az első stratégiai szemléletű egészségügyi program: rendszerszemléletű megközelítést alkalmaz, ráadásul világos, szerkesztett struktúrában tárja mondanivalóját az olvasók elé. Valószínűleg sokak számára volt fontos üzenet a Semmelweis Terv második, „A programalkotás koncepcionális keretrendszere” címmel közreadott fejezetében, hogy előkerül a „tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitika” fogalomköre. Ez azzal a reménnyel kecsegtet, hogy a jelenlegi kaotikus szabályozatlanságot vagy a lobbierők által hajtott túlszabályozottságot végre felválthatja a rend nyugalma.

A Semmelweis Terv a célok meghatározása után rövid helyzetértékelést, probléma-meghatározást tartalmaz, majd erre építve felvázol egy Ágazati Átalakítási Stratégiát. A megvalósítandó célok között ugyan nem szerepel a területi ellátási egyenlenségek felszámolása, de reményt keltő módon kifejezik azt a szándékot, hogy „minden erőforrás-allokációs döntés transzparens legyen, világosan meghatározott és mindenki számára megismerhető kritériumok alapján, normatív módon történjen”. Az is növeli a reményeket, hogy néhány oldallal később a helyzetértékelésben önálló alfejezetet kapott a területi és szakmai egyenlőtlenségek tárgyalása.

A terv fontos érdeme, hogy az átalakítások egyik legfontosabb elemének tartja a szükséglet alapú kapacitástervezést, valamint a szektorsemleges finanszírozást. Természetesen a témakörök tárgyalása

sokkal összetettebb és sokkal több kérdést boncolgat, de azt hisszük, nem tévedünk nagyot, ha azt állítjuk, hogy az ellátó intézmények szempontjából talán ezek a legfontosabb kijelentések, melyek ráadásul vita nélkül pozitív visszhangot kaptak a szakmai közéletben. Vagyis összességében a célok és azok tárgyalása igen pozitív megerősítést kapott.

Van amit senki sem vitat...

A tervet előkészítő szakértők fontos pontként határozták meg a kiszámíthatóságot és a hosszú távú tervezést is, a konkrét tervezett lépésekről azonban nem sokat lehet tudni, holott a tervhez mellékelte ütemezés szerint 2011 őszén már meg is kellene kezdeni az átalakításokat.

A tervezett átalakítások talán legnagyobb érdeklődésre számot tartó eleme az úgynevezett nagytárségi modell, amely arra az alapfeltevésre épít, hogy vannak olyan alapvetően bonyolult, speciális szaktudást és eszközöket igénylő, úgynevezett „progresszív” beavatkozások, melyeknél – elsősorban gazdasági és minőségi szempontok miatt – csak mintegy 1 millió lakosonként érdemes ellátást szervezni.

A fenti kijelentéssel valószínűleg senki sem vitatkozik. A kérdés az, hogy a nagytárségi modell milyen struktúrát jelent, és hová kerülnek a döntési kompetenciák. Az egyik sarkalatos problémaként felvetett „betegütszervezés hiánya” ugyanis csak akkor számolható fel, ha az új struktúrában megfelelő szintre telepítik a döntési kompetenciákat, és ehhez megfelelő forrás-allokáció társul. A Regionális Egészségügyi Tanácsok béklyóba kötött gyászos működésére és eszköztelenségére talán mindenki emlékszik...

Az új nagytárségi modellt az anyag úgy jellemzi, hogy „kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények menedzsment-koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézmény jön létre, országos központtal és területi egységekkel”. Ezek a szavak sokszorosan kiemelték: más színben és más háttérben szerepelnek, így érdemes komolyan venni őket. Csak a tisztán látás kedvéért: a menedzsment-koordináció részben vagy egészben tulajdonosi jogok gyakorlását jelenti, a betegütszervezés pedig a forrás elosztás feletti befolyást. Elsősorban ez a két „új” elem biztosítja a sokat hangoztatott erősebb állami jelenlétet. Azért csak idézőjelesen új, mert az utóbbi, azaz a források elosztása feletti befolyás jelenleg is állami kézben van, jelenleg is állami kompetencia, az más kérdés, hogy mindez milyen hatékonysággal szolgálja az ellátandók érdekeit.

A tervezett átalakítások konkrétumairól a szakma egyelőre vajmi keveset tud. Jelenleg az apparátus az Önkormányzati Törvény várható változásaira próbál felkészülni. Miután valószínűleg kikerül az önkormányzati feladatok közül az egészségügyi szakellátás, ki kell dolgozniuk az állami szerepvállalás hogyanját és mikéntjét.

A prioritások érzékeltetésére talán elég végigolvasni a terv végrehajtásához kapcsolódó – 1208/2011. számú – kormányhatározatot. A budapesti átszervezéshez a határidő azonnali, míg a nagytárségi modellhez kapcsolódó pontok (1.5. és 1.6.) újabb csúszást szenvednek. A jelenlegi határidő 2012. június 30., ami azért érdekes, mert év közepén változtatni finanszírozási szabályokon épp annyi feszültséget szülhet, mint az adójogszabályok változtatása az adóév közepén.

A helyzetértékelésben jó lett volna megismerni azokat az adatokat és tényeket is, melyek alapján az anyag megfogalmazza vaskos állításait. Ezek ismerete nélkül nehéz megalapozni bármilyen kritikát. Tovább fokozza a frusztrációt, hogy a hangoztatott célok és elvek ellenére a Semmelweis Terv által bemutatott egyetlen statisztika a kialakult ágyszám struktúra, melynek jogszabályi háttérét a Legfelsőbb

Bíróság már réges-rég hatályon kívül helyezte, tehát már nem kell senkinek sem megkérdőjeleznie az ágyszám struktúra legitimitását.

Életben maradni! Bármilyen áron?

A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában alapvetően kétféle megközelítés képzelhető el. A „kapacitás alapú tervezés”-nél az ellátás jelenlegi intézményeinek életben tartása a cél. Ehhez kell rendelni a forrásokat, majd ezután meg kell próbálni az így finanszírozott kapacitásokat a lehető legnagyobb hatékonysággal kihasználni. Az „igény alapú tervezés” logikája alapjaiban más. Ebben az esetben a kiindulási pont a területen élő lakosság egészségügyi szolgáltatás iránti igénye. Ezt a „keresletet” kell valamelyik szolgáltató felé irányítani (a feladatot hozzárendelni), és az ehhez szükséges forrásokat biztosítani.

Továbbra sem világos, hogy a jelenlegi politika melyik metodika mellett teszi le a voksát. A megnyilatkozások alapján az első – és véleményünk szerint hibás – elképzelést látjuk valósí-

núbbnek. Miután nem ismerjük azokat az adatokat, melyekre az átalakítás koncepciója épült, talán nem alaptalanul tételezzük fel, hogy a régi beidegződések mozzgatják a döntéseket.

A tanulmány célja

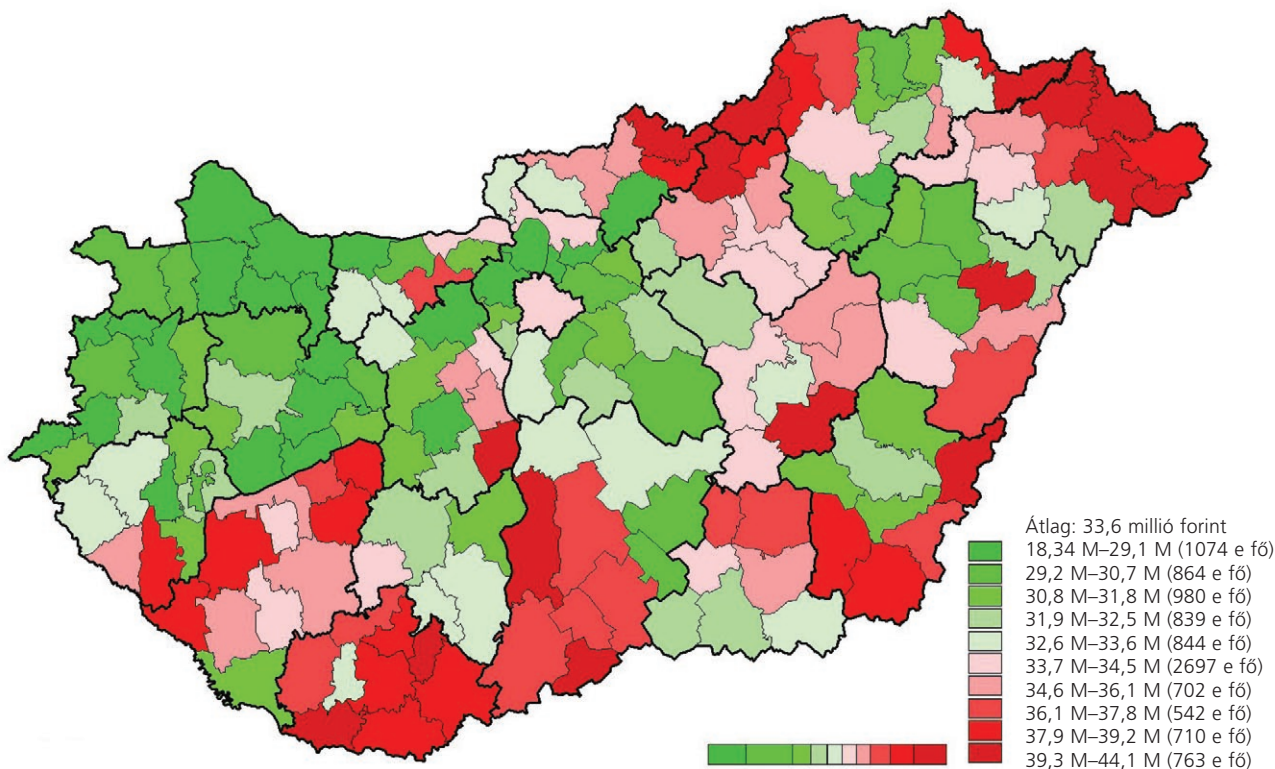
A Semmelweis Terv kifejezetten jó célokat fogalmaz meg. Tanulmányunk azért készült, hogy az olvasása közben kialakult rossz előérzeteinket eloszlatassuk. A következő oldalakon szeretnénk a fekvőbeteg ellátással kapcsolatban néhány olyan ténytet bemutatni, amely a szakma számára korábban nem volt ismert és számunkra is meglepetésként, majd ennek fényében olyan kérdéseket megfogalmazni, amelyekre véleményünk szerint a szakmapolitikának – már rövid távon is! – választ kell adnia.

Vizsgálódásaink elején külön kívánunk foglalkozni az ellátás igénybevétele során megfigyelhető területi egyenlőtlenségekkel, az ellátási struktúrában kialakult anomáliákkal, és a meghatározatlan progresszivitási feladatok miatti pazarlással. Ezt

követően megmutatjuk a kapacitás alapú tervezés után kialakult, de már az intézmények szintjén tetten érhető finanszírozási anomáliákat, valamint megpróbáljuk ábrázolni ezeknek a folyamatoknak az időbeli változásait is. A jelenlegi kormány elmúlt egy évben hozott döntései abból a szempontból is érdekesek lehetnek, hogy a fent felvázolt torzulásokat javították, rontották vagy éppen előidéztek-e.

Már most be kell vallanunk, hogy tanulmányunkban nem merészkedünk odáig, hogy mi javasoljunk megoldásokat a feltárt súlyos problémákra. Talán még nem késő, hogy e vállalkozásunkkal egy új látószögű új megvilágításba helyezzük a gondokat, felhívjuk a jogszabályalkotók figyelmét a tényekre, azt remélve, hogy ezek a „makacs” dolgok eltáncosorítják a döntéshozókat azoktól az ösvényektől, melyek ebből a bizonyos látószögű járhatatlannak tűnnek. Az idő úgyis eldönti majd, hogy a „tudományos bizonyítékokon alapuló egészségpolitika” gyakorlattá válik majd, vagy csak jó szlogen marad.

1. ábra. Ezer lakosra jutó finanszírozás (Ft)



Arra sem vállalkoztunk, hogy a jelenleg legtöbbeket foglalkoztató kérdésben, az államosítás tárgykörében állást foglaljunk. Azt azonban szeretnénk hangsúlyozni, hogy az állami szerepvállalás nem lehet cél, csak eszköz, melynek segítségével a következő oldalakon feltárt problémákat orvosolni lehet. A bemutatott tények és bizonyítékok sokszorosán alátámasztják a Semmelweis Terv céljainak fontosságát és időszerűségét.

II. TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEK

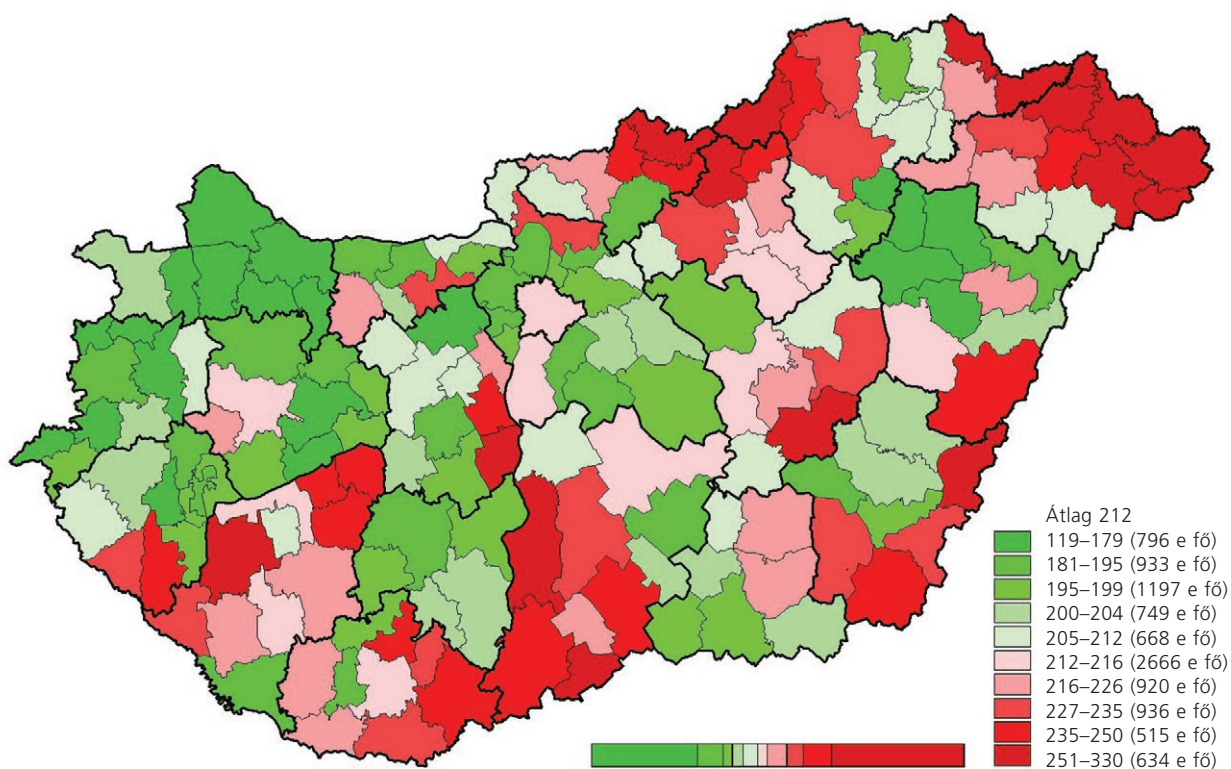
Az egészségügyi közgazdász nem sokban különbözik a többi szakembertől. A mi szakmánk sem tud elszakadni korábbi beidegződéseitől. Amikor egyenlőtlenségekről folyik a szakmai párbeszéd, akkor ez a kérdéskör alapvetően az intézményi oldalról kerül górcső alá. Intézmények ágy-számaiban és finanszírozásukban fellelhető egyenlőtlenségekről szokott szólni a vita. A lakossági „fogyasztás” vizsgálata ritkán kerül előtérbe, ezért is voltunk kíváncsiak: milyen viszony-

ban vannak egymással hiedelmeink és a valóság. Más szóval, nem azt szeretnénk tudni, hogy egy intézmény mekkora finanszírozott teljesítményt tudott biztosítani magának, illetve hogy üzemelése milyen költségekkel jár, hanem hogy egy területen – jelen esetben egy-egy kistérségben – élőknek milyenek a „fogyasztási” szokásai az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kasszáját illetően. Előzetesen azt gondoltuk, hogy lesznek a túlfogyasztást jelző „vörös foltok” a térképen, jellemzően a főváros és az egyetemi klinikák ellátási területén, és a vörösödés intenzitása 10 százalékos, vagy az alatti szórást fog mutatni. Azt feltételeztük, hogy az egy lakosra jutó aktív fekvő kassza felhasználásában a különbségek 10 százalékon belül maradnak, azt gondolván, hogy a kialakult intézményi kapacitásbeli különbségeket a betegek migrációja elfedi. Másképpen fogalmazva: azt gondoltuk, hogy a beteg addig fog vándorolni intézményről intézményre, amíg meg nem kapja a neki megfelelő ellátást, kiegyenlítve, illetve csökkentve ezzel az egyenlőtlenségeket.

A valóság azonban teljesen más. Mint a 1. számú ábrán látszik, a főváros lakossága nem tartozik a legintenzívebb fogyasztók közé. Ugyanakkor több kistérség is van, amely nem elsődleges klinikai terület és mégis óriási fogyasztást generál. Ám a leginkább meglepő adat az, hogy a két véglet között a különbség nem 10 százalék, hanem 140 százalék. Másképpen fogalmazva: az egyik kistérség lakossága közel két és félszer több pénzt használ fel fajlagosan, mint a másik kistérség lakói. (Fontos módszertani részlet, hogy az adatok nem standardizáltak, de ez nem okozhatja a kimutatott különbségeket.)

A lakossági igény leírható úgy is, hogy megnézzük, milyen gyakran veszik fel a betegeket kórházba. A fogyasztás vizsgálata során kapott meglepő eredmények után kíváncsiak voltunk, hogy a fenti, meglehetősen érdekes mintázat megfigyelhető-e a kórházi felvételek számában, az úgynevezett esetszámban is. Az esetszámok eloszlása megismétli-e a fenti mintázatot, vagy ebben az esetben már az előzetes feltételezésünk igazolódik be?

2. ábra. Ezer lakosra jutó esetszám



1. táblázat: Országos mutatószámok átlagos, valamint kistérségenkénti minimum és maximum értékei

A mutató neve	Országos átlag	Min. érték	A min. eltérése az átlagtól	Max. érték	A max. eltérése az átlagtól
Egy lakosra jutó finanszírozási összeg	33 640	18 387	45%	44 142	31%
Egy esetre jutó finanszírozási összeg	158 080	133 628	15%	188 129	19%
Ezer lakosra jutó esetszám	212	119	44%	330	56%

2. táblázat: Egy lakosra jutó finanszírozási összeg (Ft/lakos) szélső értékei kistérségenként

Kistérség	Megye	Legmagasabb értékek
Záhonyi	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	44 142
Pétervásárai	Heves megye	44 039
Kisvárdai	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	43 715
Mátészalkai	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	42 598
Dunaújvárosi	Fejér megye	42 117
Országos átlag		33 640
Kistérség	Megye	Legalacsonyabb értékek
Győri	Győr-Moson-Sopron megye	25 951
Csornai	Győr-Moson-Sopron megye	25 258
Pannonhalmi	Győr-Moson-Sopron megye	25 157
Téti	Győr-Moson-Sopron megye	22 593
Pacsai	Zala megye	18 387

A 2. ábrán jól látható, hogy a kapott eredmények sajnos mindkettőtől gyökeresen eltértek.

A két térkép hasonló mintázatot mutat, de a két véglet közötti különbség itt még nagyobb. A legintenzívebben fogyasztó kistérségben közel háromszor (2,76-szor) gyakrabban kerülnek kórházba, mint máshol. A két térkép szélsőértékeit az 1., 2., 3., 4., számú táblázatok tartalmazzák. Így a kapott eredmények ahelyett, hogy válaszokat adnának, kérdések özönét vetik fel:

- Hogyan alakulhat ki ekkora különbség kistérségek egészségügyi ellátási igénybevétele között?

- Indokolhatja-e a kialakult különbséget a lakosság eltérő összetétele? (Egy kontinens méretű országban és

a miénknél nagyságrenddel nagyobb lakosság esetén talán kialakulhatnak ekkora különbségek, azonban a mi esetünkben ez több mint furcsa.)

- Mi az oka, a hajtóereje a különbségek kialakulásának?

- Van-e szerepe ebben a házi orvosoknak, esetleg az ellátó intézményeknek?

- Milyen szabályozók hozták létre, segítették elő az egyenlőtlenségek kialakulását?

- Milyen jogszabályi változásokra van szükség a különbségek csökkentése érdekében?

- Lehet-e, érdemes-e ösztönözni a házi orvosokat a különbségek csökkentésére? (Két átlagos, 2000 főt számláló házi orvosi praxis között

a különbség akár 50 millió forint is lehet évente, s ez bőven fedezhetné az „öszöntést”.)

- Ki lehet-e mutatni valamilyen összefüggést a várólisták és források területi eloszlása között?

A kérdések megválaszolása további vizsgálatokat igényel. Azonban mélyreható vizsgálatok nélkül is szemet szúr az a tény, hogy a kistérségek között a fenti paramétereket vizsgálva az összes lehetséges variáció előfordul. Az talán „természetesnek” tűnő összefüggés, hogy kis esetszámhoz kis felhasználás, nagy esetszámhoz nagy felhasználás társul. De találunk szép számmal olyan kistérségeket, amelyekben kicsi esetszámhoz nagy költés társul (a Sásdi, Csong-

3. táblázat: Ezer lakosra jutó esetszám szélső értékei kistérségenként

Kistérség	Megye	Legmagasabb értékek
Záhonyi	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	330
Kisvárdai	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	325
Mátészalkai	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	302
Bodroghközi	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	295
Dunaújvárosi	Fejér megye	282
Országos átlag		212
Kistérség	Megye	Legalacsonyabb értékek
Mosonmagyaróvári	Győr-Moson-Sopron megye	160
Győri	Győr-Moson-Sopron megye	146
Pannonhalmi	Győr-Moson-Sopron megye	142
Téti	Győr-Moson-Sopron megye	135
Pacsai	Zala megye	119

4. táblázat: Egy esetre jutó finanszírozási összeg (Ft/eset) szélső értékei kistérségenként

Kistérség	Megye	Legmagasabb értékek
Sásdi	Baranya megye	188 129
Debreceni	Hajdú-Bihar megye	186 595
Polgári	Hajdú-Bihar megye	182 345
Pécsi	Baranya megye	180 700
Balmazújvárosi	Hajdú-Bihar megye	179 887
Országos átlag		158 080
Kistérség	Megye	Legalacsonyabb értékek
Mezőtúri	Jász-Nagykun-Szolnok megye	143 625
Bodroghközi	Borsod-Abaúj-Zemplén megye	141 145
Mátészalkai	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	140 855
Kisvárdai	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	134 644
Záhonyi	Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	133 628

rádi, Derecske-Létavértesi, Dombóvári, Tokaji, Lengyeltóti, Kisteleki, Gárdonyi, Tiszafüredi, Kunszentmártoni, Esztergomi kistérségekben átlagon felüli a fogyasztás átlag alatti esetszámmal), és vannak olyanok, ahol nagy esetszámhoz kevés költség kapcsolódik (a Sümegi, Sárospataki,

Törökszentmiklósi, Ajkai, Kisbéri kistérségekben átlag alatti a fogyasztás átlag feletti esetszámmal).

A mi feltételezésünk az, hogy maga az ellátórendszer kialakult struktúrája és finanszírozási környezete hozza létre ezeket az óriási különbségeket.

III. STRUKTURÁLIS EGYENETLENSÉGEK

Kutatásunk következő szakaszában azt is megvizsgáltuk, hogy a legnagyobb felhasználók esetén fel lehet-e fedezni valamilyen szabályszerűséget, valamilyen össze-

függést, amely magyarázhatná, hogy miért éppen ezekben a kistérségekben alakultak ki a túlzott fogyasztási szokások. Azt próbáltuk ábrázolni, hogy ezekben a bizonyos túlfogyasztó kistérségekben mely intézménytípus adja az OEP-nek lejelentett teljesítmények zömét.

A mi típusbesorolásunk a következő volt:

- országos intézmények és klinikák,
- megyei kórházak,
- városi kórházak.

Az egyes kistérségeket annak az intézménytípusnak a színével ábrázoltuk, amely az illető területen a legtöbb fogyasztásért felelős (az 1. számú ábra vörössel jelzett területei).

Az eredményt a 3. számú ábrán szemléltetjük. Az eddigi eredményeinkhez hasonlóan, sajnos itt sem lehet semmilyen szabályszerűséget felfedezni. Ezek alapján nem lehet kijelenteni, hogy az ellátási struktúra egyik vagy másik szintje hozza létre az anomáliákat, tehát egyik típus sem okolható a torzulásokért.

Az egyetlen említésre méltó jellegzetesség, hogy az érintett kistérségek túlnyomó többsége az országhatár mellett, illetve annak közelében található. A 47 érintett kistérségből 23 közvetlenül érintkezik a határokkal, és csak 5 olyan térséget szűrtünk ki, amely nem a közelükben van. Talán nem érdemes figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy a határok közül csak az osztrák az, amely nem mutatja ezt a jellegzetességet!

Rizikó: világhódítók játéka?

Az újabb megfoghatatlan „szabálytalanság” tálcán kínálta a következő vizsgálat célpontját: fel lehet-e fedezni egyáltalán bármilyen strukturáltságot az ellátásban? Hogyan oszlanak meg az ellátás szintjei az ország különböző területein? Ha vannak szabályok, akkor az azonos intézménytípusba tartozó egységeknek a különböző területeken azonos szerepet kellene betölteniük. A 4. számú ábrán minden kistérségben oszlopdiagrammal ábrázoltuk az egyes intézménytípusok ellátásban betöltött súlyát.

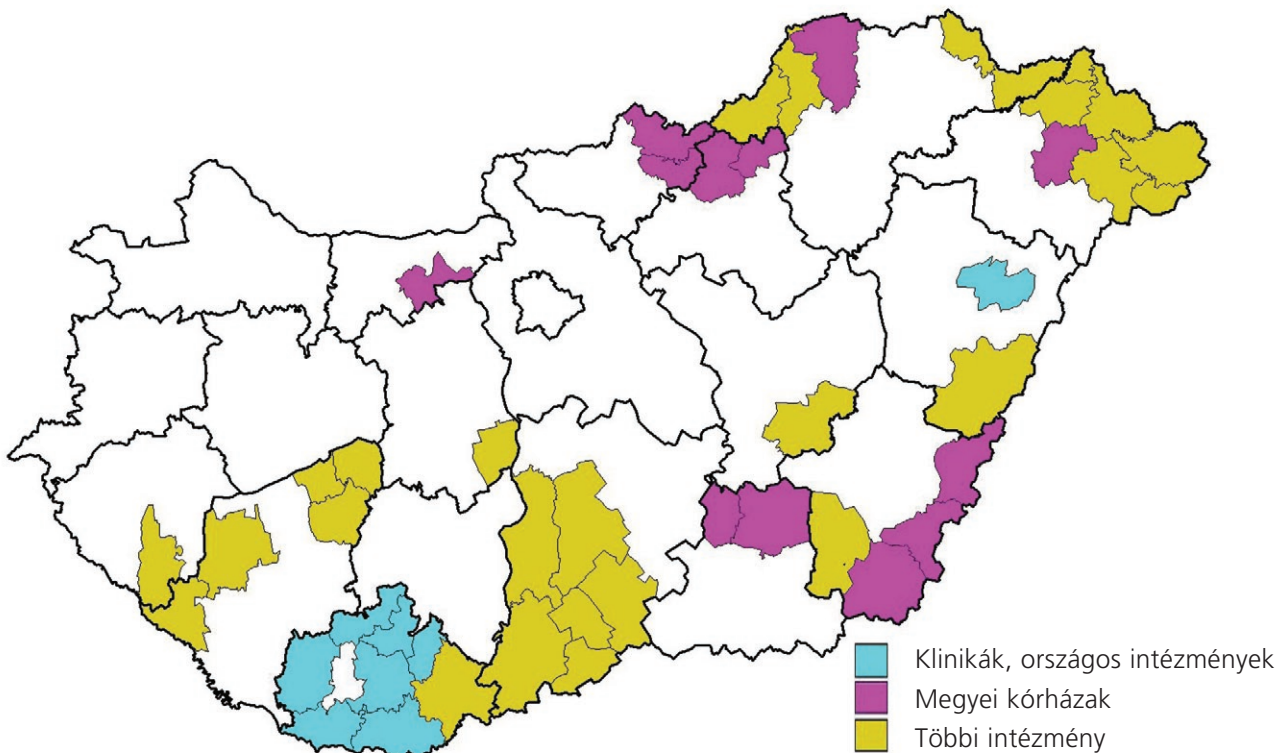
Feltűnő, hogy a különböző régiókban eltérő mintázatban osztozkodnak a „tortán” a szereplők. Mindenféle sorrend és arány előfordul, így nagyon nehéz lenne belemagyarázni valamilyen szabályt az ellátórendszer szakmai strukturálatlanságába.

Élénk fantáziára van szüksége az olvasónak, ha szabályokat akar felfedezni, az azonban jól látszik, hogy a kistérségek más csoportokba szerveződnek aszerint, hogy ki a domináns ellátó. Ha csak az elsők színe alapján töltjük meg a térképet (5. ábra), akkor egy társasjátéknak megfelelő mintázatot kapunk, olyan társasjátékát, ahol a cél az ellenfél kiszorítása.

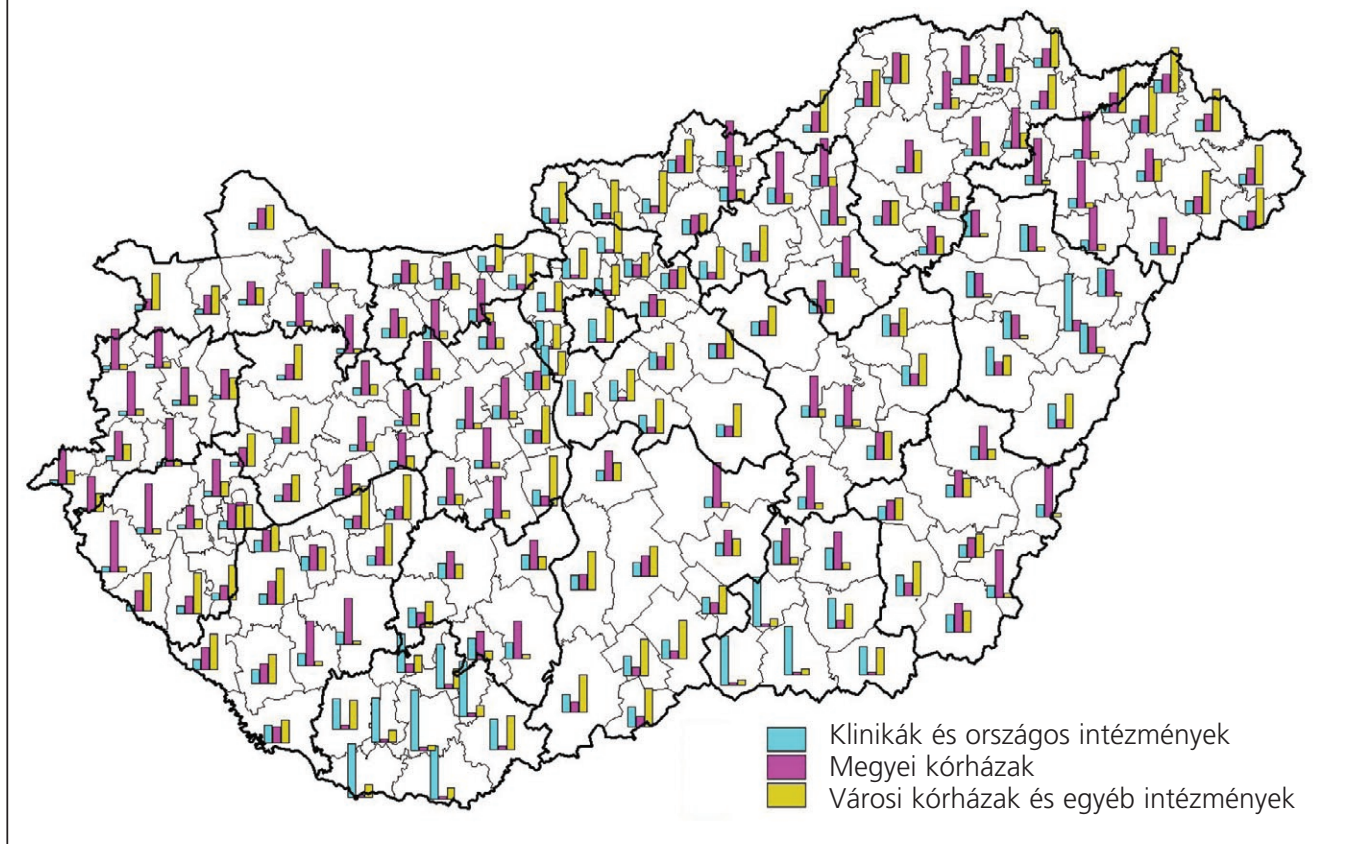
Adódik a kérdés: felfedezhető-e bármilyen egységes rendező elv az ellátási mintázatban Magyarországon?

A válasz nyilvánvalóan nemleges. Ez azonban még nem feltétlenül jelenti azt, hogy maga az ellátás nem egységes. Ettől még a beteg a gondjára ugyanazt az ellátást kaphatja, ha az ellátó struktúra különböző szintjei ugyanazt a szakmai protokollt használják. A probléma az, hogy szakmai

3. ábra. A legnagyobb fogyasztást generáló kistérségek vezető intézménytípusai



4. ábra. Vezető intézménytípusok a kistérségek ellátásában



5. ábra. Kistérségek domináns ellátóintézmény típusai



ajánlások ugyan léteznek, de szigorúan vett biztosítási (finanszírozási) protokollok nem, így nem is várható el, hogy a rendszerben a forrásokat „igazságosan”, a szolidaritási elvnek megfelelően használják fel. Ezt fényesen visszaigazolja az esetszámokat és fogyasztási intenzitást mutató ábrák. Az egységes protokoll hiánya a progresszivitással foglalkozó fejezetben még újra terítékre kerül, az emiatt kialakuló pazarlás igazolásaként (5. ábra).

IV. PROGRESSZIVITÁS

Az eddigiek alapján kijelenthetjük, hogy óriási különbségek alakultak ki abban a tekintetben, hogy a lakosság milyen intenzitással veszi igénybe a fekvőbeteg szolgáltatásokat. Továbbá arra is rájöttünk, hogy minimum háromféle ellátási struktúra alakult abból a szempontból, hogy milyen intézményekben jutnak a betegek az ellátáshoz. Az talán mindezek után bizonyítottnak

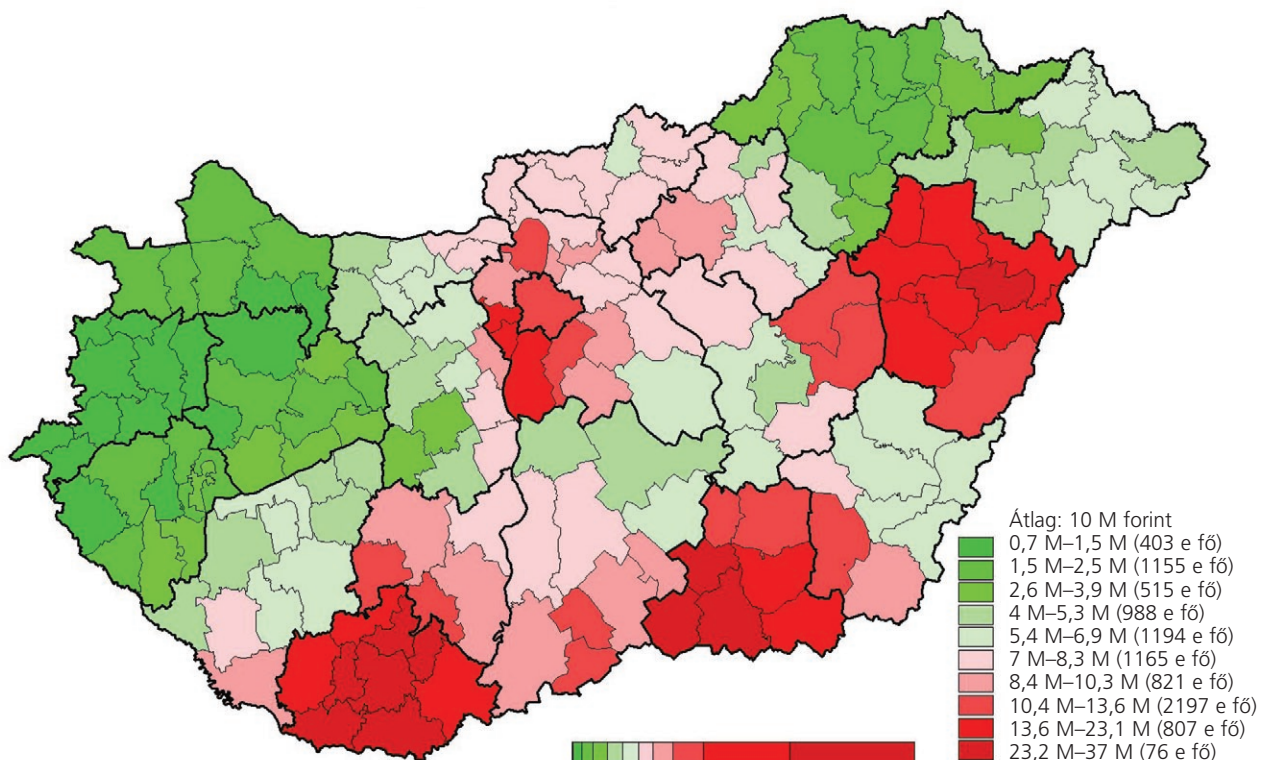
tekinthető, hogy az alapelvek ellenére – szolidaritás alapú egységes egészségbiztosítás – a működő ellátórendszer és annak igénybevétele egyáltalán nem egységes.

Ha ilyen vegyes képet mutat az ellátórendszer, akkor talán érdemes megvizsgálni a nyújtott teljesítményeken keresztül a progresszivitás kérdéskörét is. (Ha nagyon röviden kellene megadni a kérdéskör meghatározását, akkor progresszív eseteknek nevezük azokat az ellátási eseményeket, melyek viszonylag ritkán fordulnak elő, általában speciális szaktudást és felszereltséget igényelnek és – ennek megfelelően – finanszírozásuk is átlagon felüli.) A köztudatban a magas szakmai szinteket jelentő szolgáltatók az országos intézmények és az egyetemi klinikák, melyek természetesen bonyolultabb esetekre szakosodtak. A 6. ábra azt mutatja, hogy az országos intézmények és klinikák szolgáltatásait a lakosság milyen intenzitással veszi igénybe az ország különböző pontjain.

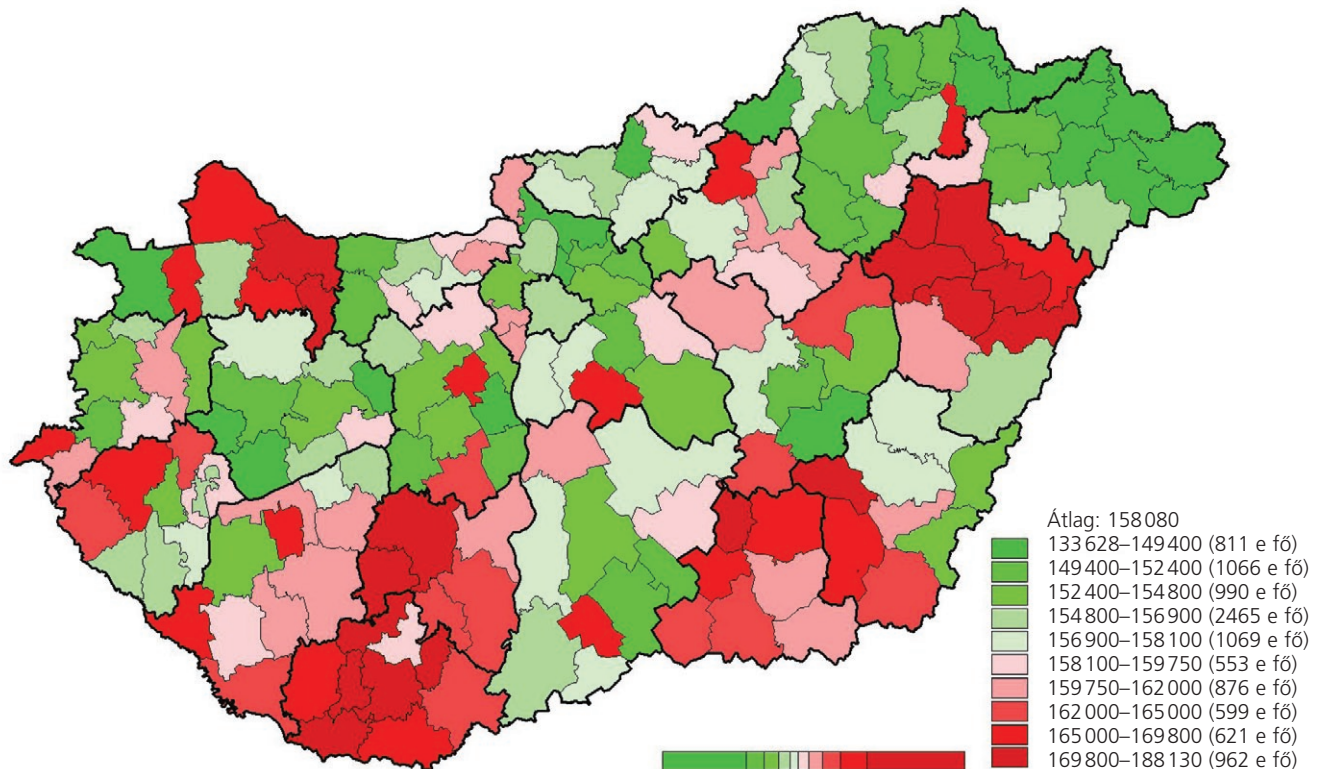
Talán ez tanulmányunk első ábrája, amely kapcsán könnyű felfedezni szabályokat. Jól kivehető az országos intézmények és klinikák területi befolyása, valamint az is, hogy ez a befolyás hogyan csökken a távolsággal. Megdöbbentő a végletek közötti különbség: 30-szoros (nem elírás: 3000 százalékos)!

Erre a jelentős különbségre sokan azonnal rávágják: ezek az intézmények a területi ellátási kötelezettségükből fakadóan nem csak progresszív eseteket látnak el. Az első ellenvetésünk, hogy a „vörös” területek és a területi ellátási kötelezettségek messze nem esnek egybe. Talán az is nagy merészség nélkül kijelenthető a „zöld” területek alapján, hogy azok az ellátási formák, melyek régiós, illetve országos szintű ellátásszervezést és összefogást igényelnek, vagyis a progresszív esetek, nem tehetnek ki többet a teljes volumen 10 százalékánál. (Ezek a „zöld” területek nagyon jól megvannak a nagyobb befolyás nélkül is. Nincs tudomásunk arról, hogy

6. ábra. Klinikák és országos intézmények aktív fekvőbeteg teljesítménye kistérségeenként (Ezer lakosra jutó finanszírozás)



7. ábra. Egy esetre jutó finanszírozás (Ft)



Ennek az ábrának az értelmezéséhez szükséges egy kis magyarázat is. Induljunk ki abból, hogy az egyes kistérségek esetén az adatok elemzésekor hasonló számban kellene egyszerűbb, bonyolultabb és szövődményes eseteknek előfordulniuk. Ekkora statisztikai minta esetén az átlagnak mindenképpen az országos átlag körül kellene mozognia. Ezzel szemben azt látjuk, hogy az olyan ellátási területen, ahol a progresszív intézmények adják a finanszírozott kapacitások döntő hányadát, az ott élők átlagos kórházi kezelése 20–25 százalékkal drágább, mint az országos átlag. Ez lehet annak a következménye, hogy az érintett lakosság több szövődménnyel gyógyul, bár ez „érdekes” lenne, főleg a magasabb színvonalú ellátás tükrében, ezért számunkra elfogadhatóbb magyarázat az, hogy a viszonylagos finanszírozási bőség miatt az egyes esetek könnyebben válnak „progresszív” kategóriába sorolható eseménnyé. Ezért ezekben a térségekben a volumenkorlát miatt kevesebb beteget látnak el a szolgáltatók, ami egyben hosszabb várólistát is eredményez. De görgessük tovább ezt a gondolatmenetet: emiatt országos szinten évente több tízmilliárd forintnyi felesleges kiadást könyvelhetünk el.

Fontos felhívni a figyelmet arra, hogy Budapest és környéke nem mutatja ezt a torzulást, aminek az lehet az oka, hogy az ellátási struktúrában nincsenek olyan mértékben túlsúlyban a progresszív intézmények kapacitásai, mint Pécsen és Debrecenben. A főváros tulajdonában lévő kórházak kapacitásai többszörösen ellensúlyozzák a progresszív intézményekét. Az említett két helyen sajnos ennek pont az ellenkezője igaz, tovább torzítva ezzel az amúgy is kusza viszonyokat. A szegedi klinikák esetében az átlagtól való eltérésre a magyarázatot az egy ágyra jutó finanszírozás mértékéből adódó különbség adhatja, és ezzel elérkeztünk a finanszírozási kérdések egyik Achilles-sarkához. De erre még kitérünk a későbbiekben.

ezek a kistérségek a vélt vagy valós problémáikat valaha is a progresszív befolyás hiányával magyarázták volna, miként az sem bizonyítható, hogy az ezeken a területen élők egészségi állapota lényegesen eltérne a többiekétől.)

Az egy-egy eset után járó finanszírozás többek között részben az eset bonyolultságától (szövődmények), részben a választott eljárásoktól függ, ezért megvizsgáltuk, hogy a betegek kórházi kezelése milyen átlagos költségekkel járnak (7. ábra).

Okok és miértek

A magas progresszivitási szinten ellátó intézmények befolyását mutató ábrát szemlélve adódik a kérdés: mi okozhatja a mutatott mintázatot? A befolyás távolsággal arányos csökkenése azt jelenti-e, hogy a szövődményes esetek nem jutnak el a megfelelő „progresszív” ellátóhelyre? Mi ezt nem hisszük, nincs tudomásunk mentőkben tömegesen meghaló betegekről. Sokkal jobban magyarázható a kép egy természetes folyamattal: egy jó szolgáltatás bármilyen piacon idővel teret nyer a rosszakkal szemben. Ebben az esetben is lehetne ez a magyarázat, ha az egészségügy piaci viszonyok között működne, de a jelenlegi szabályozás szerint nem ez a helyzet. A szolgáltatók csak addig nyújtózhatnak, ameddig a takarójuk ér. Az OEP-pel kötött szerződésük tartalmazza azt az ellátási korlátot is, amely felett már a nyújtott szolgáltatásaikért nem kapnak térítést. Így mindenki kénytelen betartani ezeket a fiskális megszorításokat, ami egyúttal azt is jelenti, hogy a progresszív intézmények nem folytathatnák jótékony tevékenységüket, ha az OEP szerződésük bőségesebb volta erre nem adna lehetőséget.

Jó-e, hasznos-e, ha ilyen a progresszív intézmények ellátási mintája? (Láthattuk, hogy a valódi progresszív ellátást igénylő esetek nem jelenthetnek többet az ellátás 10 százalékánál, így bizonyosan nem csak progresszív eseteket látnak el a területi kötelezettségükön kívül.) A kérdésre reflexből érkező válasz az, hogy természetesen

igen, hiszen így a betegek magasabb szintű ellátást kaphatnak. Érdekes azonban mélyebben megvizsgálni, hogy a magasabb szintű ellátás mit jelent: jelenleg csak arra vannak bizonyítékok, hogy a magasabb drágábbat jelent, a lakosság egészségi állapotának javítása tekintetében nincs semmilyen adatunk erre nézve.

A megfigyelt mechanizmus újabb következménye, hogy amellet, hogy drágábban látják el a saját területükön élőket (a finanszírozási szabályoknak köszönhetően), a környezetükben hatékonyabban működő intézményektől veszik el az ellátás lehetőségét. Talán érdemes lenne kimutatni, hogy hány műtétet, illetve kezelést lehetne elvégezni az így adódó „pazarlás”-ból.

Fejezetünk legfőbb kérdése, hogy szabad-e olyan struktúrákat kialakítani, melyben a progresszív ellátások keveredhetnek a „hétköznapiakkal”?

A jelenlegi finanszírozási helyzetben egyáltalán lehetséges-e (a jelenlegi elképzeléseknek megfelelően) az ellátórendszer struktúrájának átalakítása a progresszív intézmények súlyának növelése irányába, tudván, hogy ez növelni fogja a költségeket?

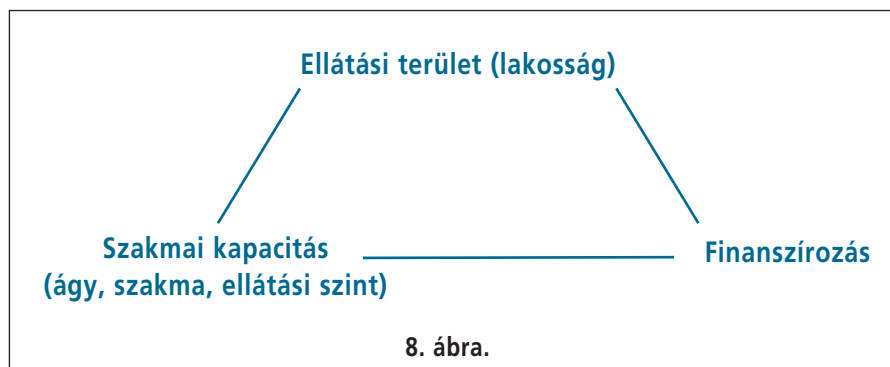
V. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY „BERMUDA HÁROMSZÖGE”

A bevezetésben már röviden szót ejtettünk a finanszírozott kapacitások megtervezésének lehetséges – kapacitás kontra igény alapú – módozatairól. A közigazgatási reform egyik fontos mondata a „feladathoz rendelt forrás” volt. Az egészségügy finanszírozásának is valami hasonló utat kellene bejárnia. A mi olvasatunkban

a képlet tulajdonképpen egyszerű: az ország egy-egy területén élő lakosság számára – a kortól és a nemi összetételétől, az életkörülményektől függő – ellátási volument, azaz szakmai kapacitást kell biztosítani egy-egy intézményen keresztül, melyhez az adott intézménynek – a volumenkorlát által – finanszírozást, pontosabban finanszírozott ellátási kapacitást kell kapnia. Ha ezeket a fogalmakat összekötjük, akkor azt a háromszöget kapjuk meg, mely magában foglalja az ellátórendszer majd’ összes gondját (8. ábra).

A kérdés az, hogy a három tényező közötti egyensúly biztosított-e. Az intézmények feladataikhoz mérten kapnak-e finanszírozást, vagy valami eltérő erő vagy folyamat állítja be a paramétereket? A teljesítmény-volumenkorlát (a továbbiakban TVK) elosztásában – amely felülről korlátozza az intézmények szolgáltatásainak finanszírozását – kimutatható-e valamilyen összefüggés?

Olyan szabályrendszert, amely a területi ellátási kötelezettséghez kötné a finanszírozási kapacitásokat, jelenleg nem ismerünk, viszont korábban az ágyszám-kapacitások kialakításánál voltak ehhez hasonló irányelvek. Ha megnézzük a kialakult finanszírozást, akkor meg kell állapítanunk, hogy azt nem az igényeknek megfelelően alakították ki, hanem ellenkezőleg: a történelmileg kialakult ágyszámok határozták meg a finanszírozási paramétereket. De ha már így van, akkor legalább azt érdemes lenne megvizsgálni, hogy az intézmények szintjén az ágykapacitások finanszírozásában találunk-e végre szabályokat, vagy ugyanaz az



5. táblázat: Klinikák mutatószámai

Intézet	TVK-2011	TVK/ágy	mFt/ágy	CMI-2010	Arány (TVK/ágy/CMI)
Debrecen Tudomány Egyetem	119515	75,0	11,25	1,51	7,43
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ	103276	65,3	9,80	1,42	6,90
Semmelweis Egyetem, Budapest	134131	64,2	9,63	1,29	7,45
Szegedi Tudományegyetem	87414	61,0	9,15	1,34	6,83

egyenetlenség fogad minket, mint az előző fejezetekben. Az ágyszám-kapacitás és az ezekhez rendelt finanszírozás közötti összefüggés könnyen ábrázolható (hangsúlyozzuk, hogy nem a betegek igényeiről, hanem csak a konkrét intézmények finanszírozási helyzetéről beszélünk).

Előzetes sejtésünk az volt, hogy nem lesznek olyan mutatók, amelyek a fenti összefüggés létezését alátámasztanák. Az egyszerűsítés kedvéért megvizsgáltuk az intézmények méretéhez viszonyított jelenlegi finanszírozásukat (esetünkben az egy ágyra jutó teljesítményt vagy finanszírozási kapacitást, nem foglalkozva a területi kötelezettséggel, hiszen az abban kimutatható káoszt már az előző fejezetekben igazoltuk).

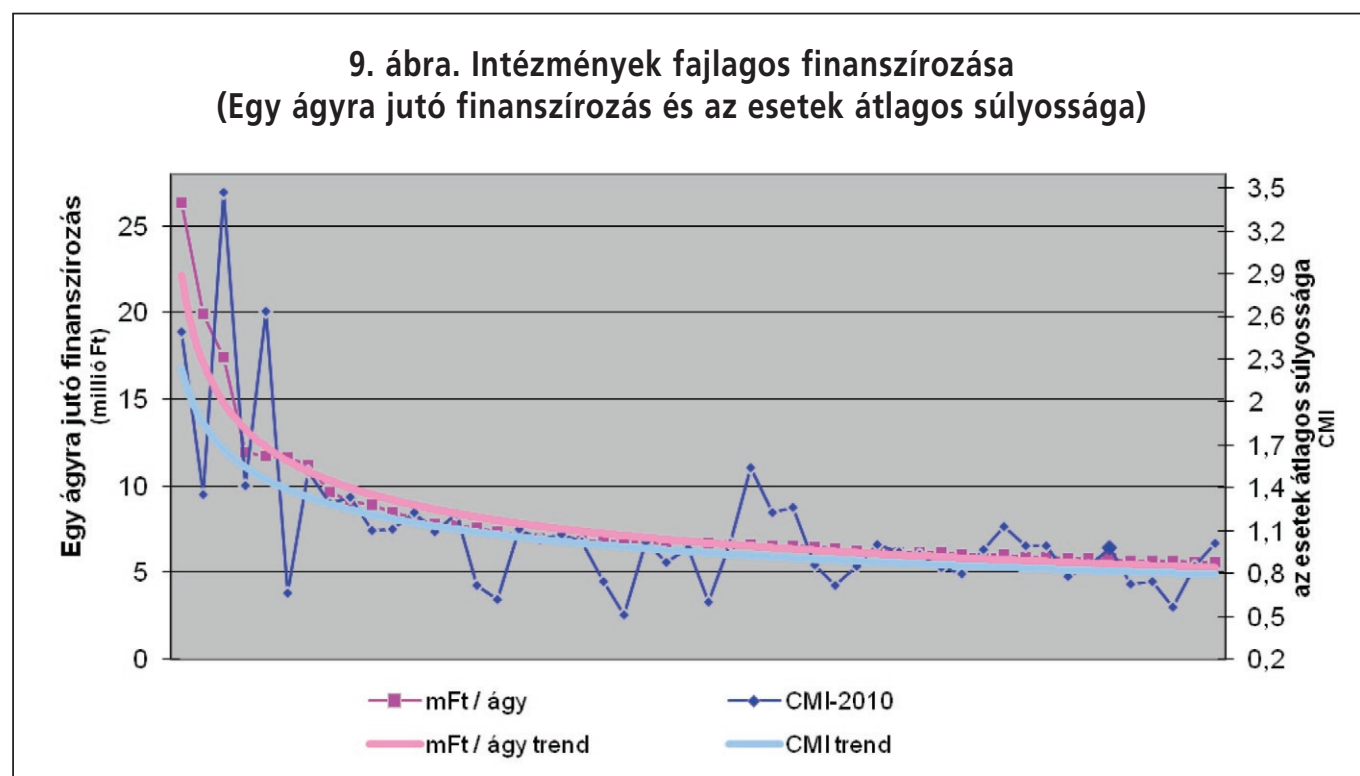
A következő ábrán azt mutatjuk be, hogy ugyan a két trendvonal, tehát az intézmény egy ágyra jutó finanszírozása és az intézmény eseteinek (a kezelt betegségeknek) átlagos súlyossága (bonyolultsága, költsége) között lennie kellene valamilyen összefüggésnek, mégis sok intézmény kívül esik ezen a sávon. Azt reméltük, hogy minél súlyosabb eseteket lát el egy intézmény átlagosan, annál több finanszírozáshoz jut. Természetesen, a konkrét mutatók nagy szóródást mutathatnak az illető intézmény szakmai összetétele, a működtetett osztályok alapján (9. ábra)..

Ha ki akarjuk szűrni az eltérő szakmai tevékenységből származó torzító hatásokat is, akkor érdemes ismét

az intézménycsoportokhoz fordulni, melyek hasonló progresszivitással és szakmai tartalommal működnek. Érdemes tovább kutakodni azokon a helyeken, ahol hasonló szakmai összetétel mellett eltérő mutatókat kapunk. Első csoportként nézzük meg az egyetemi klinikákat:

A fajlagos finanszírozás alapján a lista két szélsőértéke között 23% az eltérés, ugyanakkor ha a CMI-vel (a case mix index-szel, azaz az intézmény által kezelt betegségek átlagos súlyosságával) korrigáljuk ezt az indikátort, akkor is marad 10% nem indokolható eltérés. A fenti adatok birtokában nehezen magyarázható a pécsi klinika jelenlegi gazdasági helyzete, ugyanis a táblázat

9. ábra. Intézmények fajlagos finanszírozása
(Egy ágyra jutó finanszírozás és az esetek átlagos súlyossága)



alapján úgy tűnik, hogy fajlagosan az egyik legjobban finanszírozott intézmény.

Egy másik csoportban, a megyei kórházaknál, ugyanezen mutató tekintetében a különbségek sokkal nagyobbak: a két végpont között az eltérés 70%, CMI-vel korrigáltan 30%. A következő diagramon ezt az összefüggést ábrázoltuk, szürkével jelezve azt a sávot, ahová az intézményeknek esniük kellene, ha lenne valamilyen szabályozott összefüggés az ágykapacitás és a finanszírozási kapacitás között. Jól látszik, hogy szép számmal vannak olyan intézmények, amelyekre ez a szabály nem vonatkozik (10. ábra).

A sáv feletti intézmények fajlagosan kedvező finanszírozási pozícióban vannak, míg a sáv alattiak fajlagosan alulfinszírozottak. További vizsgálatra szorul annak megállapítása, hogy a TVK/ágy mutatónak volt-e bármilyen köze az intézmények anyagi helyzetének tényleges alakulásához. Ennek érdekében érdemes lenne összevetni a kapott adatokat a 2010. évi konszolidációban részt vett intézmények adósságaival. Ez ügyben sajnos nincsenek pontos

információink, azonban azt tudjuk, hogy a konszolidációban kiosztott források elosztásánál a kormányzat ezt az összefüggést biztosan nem vette figyelembe.

Utalva fejezetünk első bekezdésére, ahol az önkormányzatok egyéb közszolgálati feladataival vontunk párhuzamot, fontos megemlítenünk, hogy az önkormányzatok konszolidációjakor a másik fontos fogalom, amely szerepet kapott, az „önhibáján kívüliség” volt. Az egészségügy esetében, habár ez is csak egy közszolgáltatás, sajnos a konszolidáció ismét csak a maga útját járta, függetlenül az ilyen szempontoktól.

Ez persze nem véletlen, hiszen először hivatalosan be kellene ismerünk, hogy az intézményeket nem egyformán finanszírozzák. *Attól még, hogy a HBCS rendszer azonos díjteleket garantál, az intézményeket az OEP-szerződéseik (melyek az ágyszám és finanszírozási kapacitásukat rögzítik) teljesen eltérő, gyakran érthetetlen és méltánytalan helyzetbe kényszerítik.*

Összességében elmondható, hogy a területenként lekötött kapacitások és az illető terület lakossága között

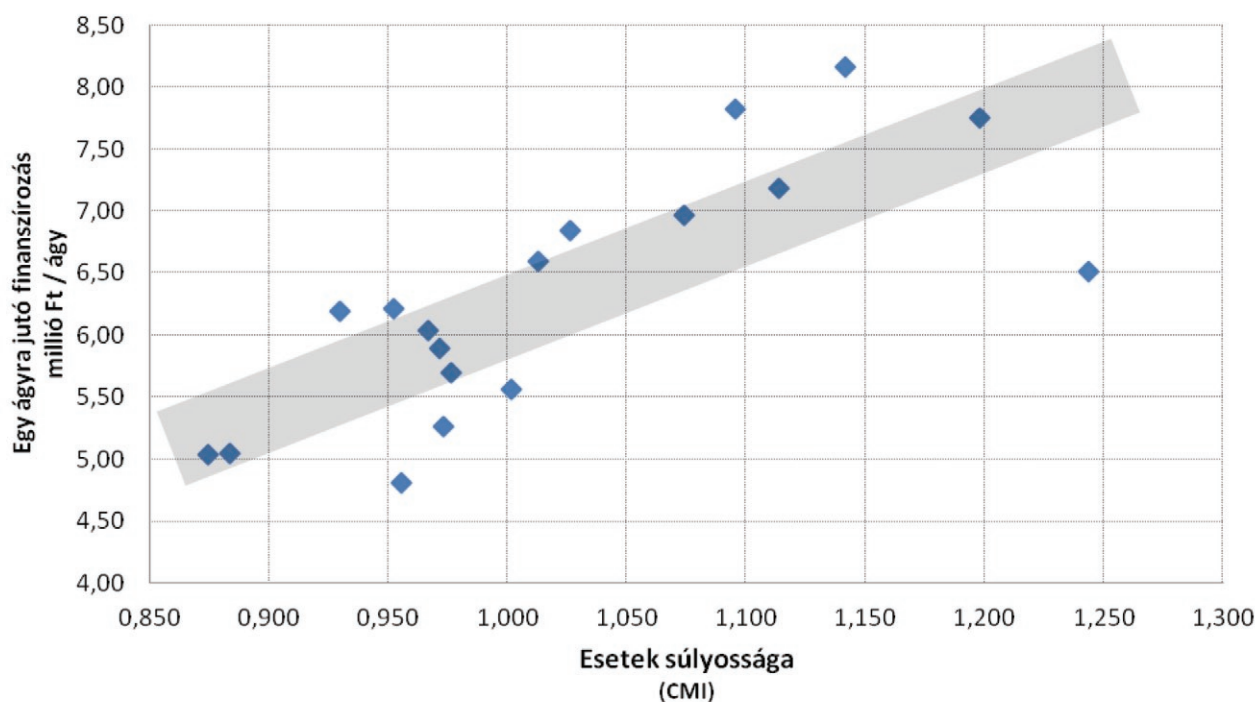
ugyan még volt valaha kapcsolat, azonban a kapacitások és a finanszírozás között mára már semmilyen összefüggés nem mutatható ki.

Talán nem vakmerőség azt állítani, hogy így a források eltűnnek a terület, az ágykapacitás és a finanszírozás „Bermuda háromszög”-ében.

VI. A STRUKTURÁLATLANSÁG DINAMIKÁJA, AVAGY A VÁLTOZÁSOK IDŐBELISÉGE

Azt gondoljuk, hogy az előző fejezetekben elegendő példát vonultatunk fel annak bizonyítására, hogy a jelenlegi fekvőbeteg finanszírozási kassza felosztása – mely már ma is állami hatáskör – semmilyen szabályt nem követ. Nem igazolható sem a betegigény alapú, sem a kapacitás alapú rendezési elv. A jelenség jobb megértéséhez érdemes megvizsgálni, hogy a kialakult rendetlenség milyen dinamikával jött létre. Sajnos az időbeli távolsággal arányosan nő adataink pontatlansága is. A pontos adatok hiánya miatt nem vizsgálhattuk, hogy a kiindulási helyzet is ugyanolyan kaotikus volt-e, mint a jelenleg megfigyelhető

10. ábra. Megyei kórházak fajlagos finanszírozása



állapotok. A változásokat azonban lehet és érdemes bizonyos határok között követni.

Elöljáróban érdemes megjegyezni, hogy a szakma, a gyógyítás tudománya világszerte nagyon gyors változásokon megy keresztül, amit a gyógyszer-, az orvostechnikai eszköz- és a diagnosztikai berendezés-fejlesztők még tovább hajtanak. Szinte nap mint nap jelennek meg új eljárások és avulnak el régi, bevett metodikák. Ami az egészségügyi ellátórendszer szabályozását illeti, egyrészt megfigyelhető a jogszabályok dömpingje (volt olyan év, hogy 50 olyan módosítás jött ki, mely a finanszírozást érintette), ugyanakkor a struktúra az elmúlt évtizedben – a 2007. évi jelentős aktív ágyszám csökkentést és rehabilitációs ágyszám növelést leszámítva – semmit sem változott. Az intézmények, feladataikat tekintve, érdemi átstrukturálódáson nem mentek keresztül. Jórészt ugyanazokat a feladatokat kell ellátniuk ugyanazon a területen, mint tíz évvel ezelőtt. A Regionális Egészségügyi Tanácsok, amelyek többek között egy-egy régió egészségügyi ellátásának megszervezésére lettek létrehozva, nem tudták betölteni küldetésüket, hiszen nem vonhattak el

hatáskört a fenntartó közgyűlésektől az Önkormányzati Törvény megkötése miatt. Ennek ellenére a finanszírozási viszonyok (melyek szabályozása állami és nem önkormányzati hatáskör) a már említett béklyók mellett, szépen csendben ugyan, de átalakultak. Kik voltak a vesztesei és a nyertesei ennek az átalakulásnak? A szakma minden szereplője magát jelöli meg vesztésként, amiből felületesen arra lehetne következtetni, hogy mindenki egységesen rosszul járt. A mi vizsgálati eredményeink azonban mást mutatnak.

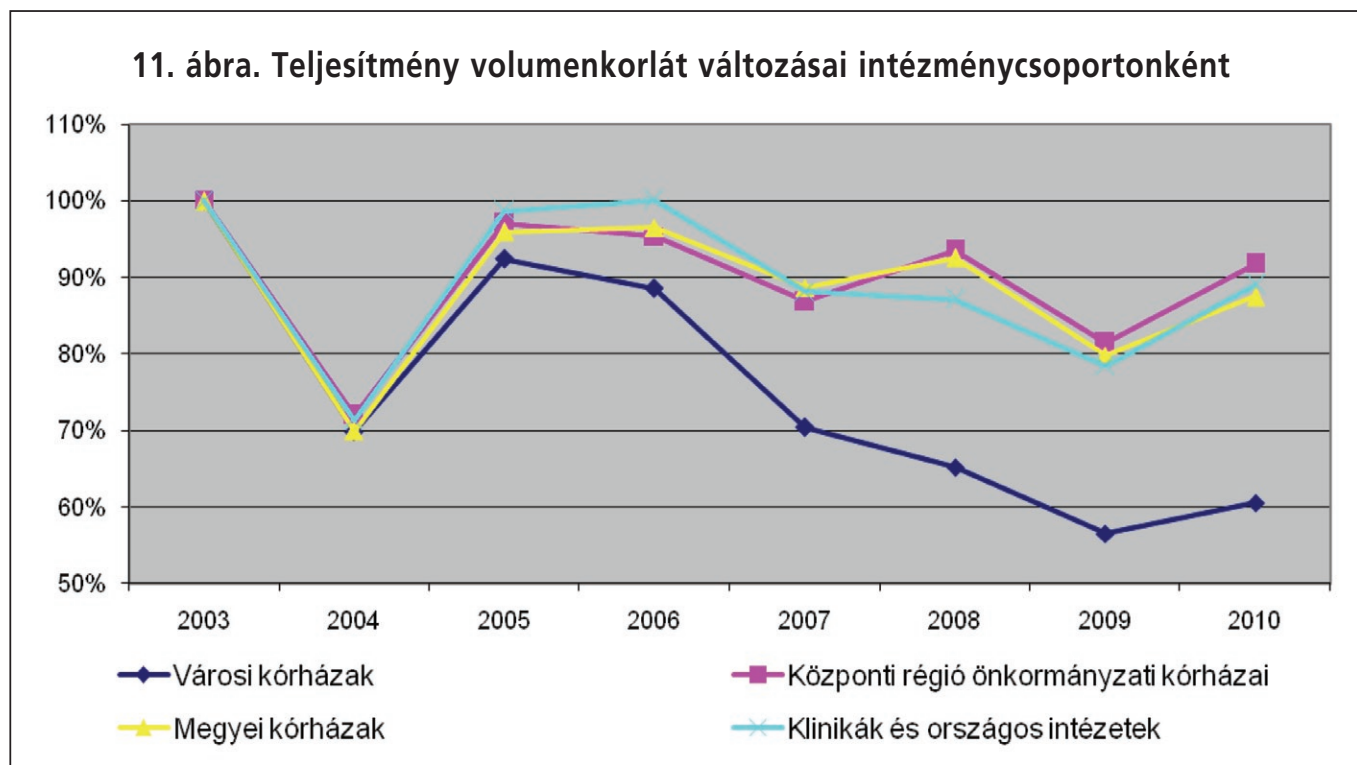
Az előző fejezetekhez hasonló intézményi csoportbeosztást próbáltunk meg alkalmazni, azzal a különbséggel, hogy a központi régió önkormányzati intézményei külön csoportba kerültek. A kapott diagram alapján jól látszik, hogy 2003 és 2010 között az intézmények teljesítmény volumenkorlátja (finanszírozási kapacitása) általánosságban csökken, azonban a mértékek között ismét jelentős eltéréseket lehet megfigyelni (11. ábra).

Megpróbáltuk kiszűrni az országos csökkenést, és csak az adott években az egymáshoz képest történt TVK-átcsoportosulásokat megmutatni (12. ábra).

Az ábra 2003 és 2010 között mutatja meg, hogy az egyes intézménytípusok milyen volumenű fekvőbeteg-ellátásra kaptak finanszírozást. Jól látszik, hogy az egyértelmű vesztesek a városi kórházak. A többi csoport a városi kórházak kárára tudott javítani pozícióján. A változások abszolút nyertese a központi régió, illetve annak önkormányzati intézményei, hiszen ezek az intézmények tudták méreteikhez képest a legnagyobb szelvet megszerezni a finanszírozásból.

Amennyiben folytatódnak az eddigi tendenciák, akkor gyakorlatilag minden városi kórházat bezárhatnak, a nem is oly távoli jövőben. Ahogyan eddig is, a városi intézmények finanszírozási kapacitáit lehetne újraosztani a többi szereplő között, ami a jelenlegi inflációt tekintve néhány évnnyi haladékos jelenthet a lényeges strukturális változásokig. Ez egy viszonylag könnyű menekülőpálya lehetne a jelenlegi egészségpolitika számára, ugyanakkor nem szabad elfelejteni azt a tényt sem, hogy Magyarország lakosságának több mint fele 25 000 főnél kisebb településen él. Ha ez a forgatókönyv valósul meg, akkor számukra az egészségügyi szolgálta-

11. ábra. Teljesítmény volumenkorlát változásai intézménycsoportonként



tásokhoz való hozzáférés jelentősen megnehezedik. Azt a járulékos tényezőt is érdemes körbejárni, hogy a rendszer átstrukturálása állások megszűnését jelentheti, ami a vidék további elszegényedéséhez vezet. Mindezt úgy, hogy az ellátás centralizálása – mint azt az V. fejezetben bemutattuk – nem jár az ellátás bizonyítható javulásával, csak a fajlagos költségek bizonyítható növekedésével. Ha a megfigyelhető változás tovább folytatódik, az előző kormányok által elkezdett „lopakodó reform” nagyon hangosat fog szólni néhány év múlva. Már ma is elmondható, hogy a központi régió önkormányzati kórházai annyi finanszírozást kapnak, mint az összes városi önkormányzati kórház együttesen.

A változások kapcsán érdemes megnézni, hogy jellemzően csak csoportok közötti mozgások vannak, vagy vannak csoportokon belüliek is. Az eddigi eredményeknek megfelelően itt is csak rendetlenséget találtunk. Ez azért is nehezen magyarázható, mivel ha nem változtak a feladatok, nem

változott az ellátandó lakosság, nem változott az ellátási struktúra, akkor hogyan értelmezhető az évről-évre megfigyelhető változás? A szakmai és politikai lobbik jelentős meghatározó tényezőként való figyelembevétele nélkül nem lehet magyarázni az adatokat. Példaként megmutatjuk a megyei kórházak TVK változásait (13. ábra).

Valószínűnek tartjuk, hogy az egyes változások mögött megtalálható lenne az ok, amit az érintettek bizonyosan el tudnának mondani megfelelő érvrendszert mellékelve.

A kérdés csak az, hogy voltak-e egyáltalán szabályok évi sok százmilliárd forint felosztásánál, vagy a kivételek írták-e a szabályokat?

VII. ÖSSZEFOGLALÁS

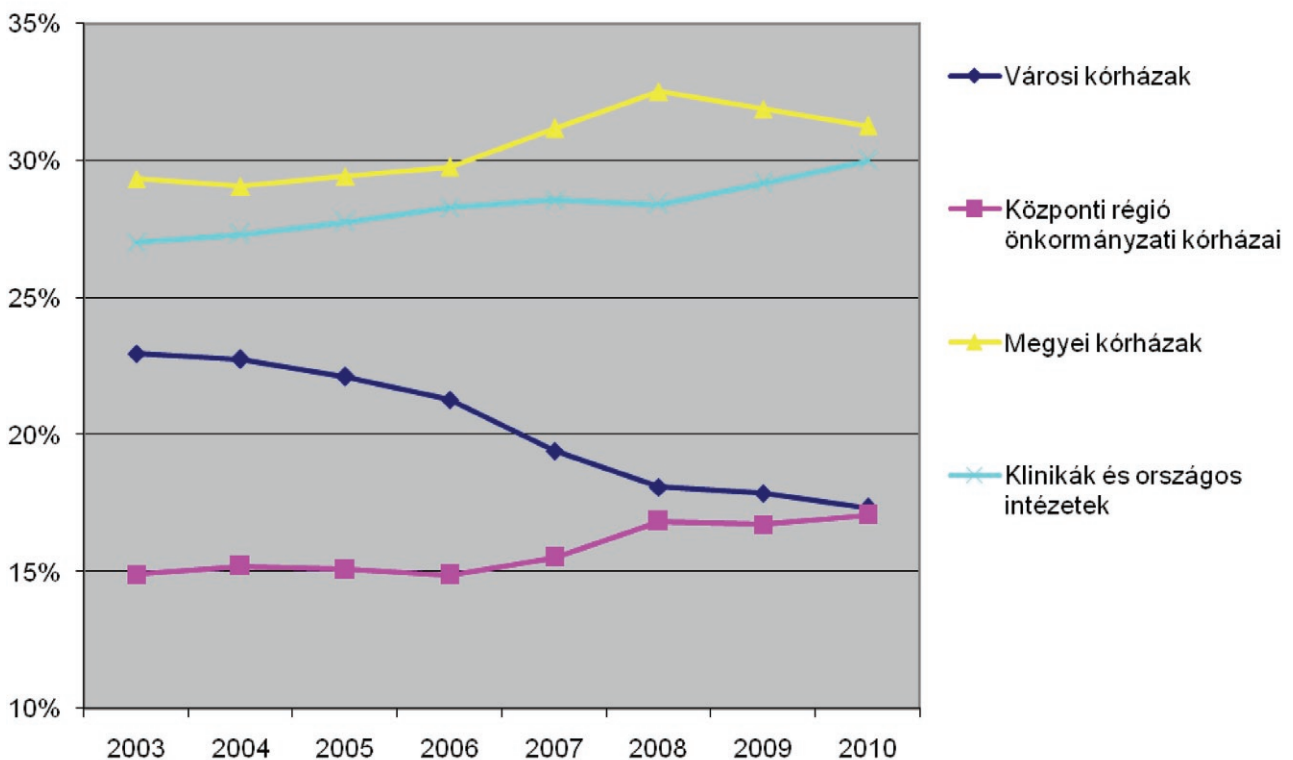
Amikor vizsgálódásainkba belekezdünk, határozott feltételezéseink voltak a fekvőbeteg ellátó rendszer jelenlegi struktúrájának visszásságairól. Azt gondoltuk, hogy mi, akik hosszú évek, évtizedek óta ebben a környe-

zetben élünk és dolgozunk, elég, ha az ösztönös megérzéseinket egy-két statisztikával alátámasztjuk, hogy felkeltsük a szakma érdeklődését. Újfajta nézőpontot kerestünk, hogy ne másokat ismétlegessünk, és vártuk a valós adatok elemzésének eredményeit. Talán nem kell megjegyeznünk, hogy a kapott adatok bennünket is megdöbentettek.

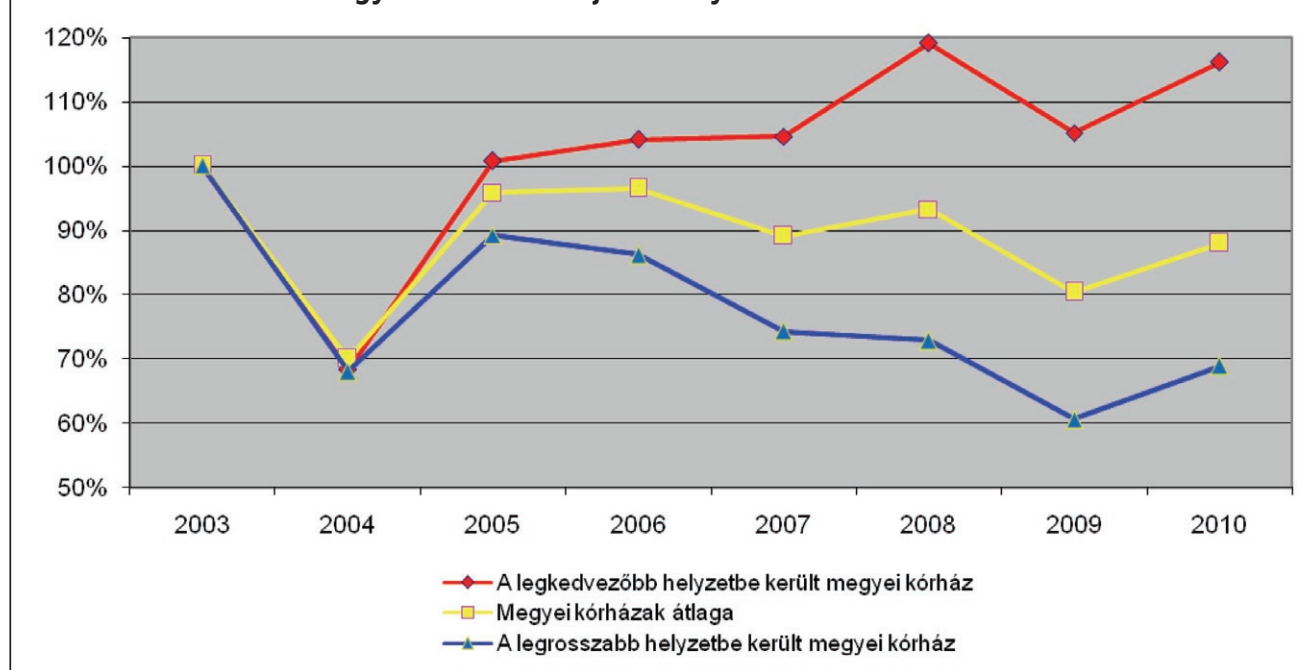
Feltételezéseink immár nem szakmai megérzéseinkből erednek, hanem a tények elemzéséből:

- A lakosság egészségügyi ellátásra irányuló fogyasztásában nem indokolható területi egyenlőtlenségek vannak.
- Az ellátó intézményi struktúra kialakítása és alakulása semmilyen szabályt nem követ.
- A progresszív ellátás gyakorlati tartalma teljesen tisztázatlan.
- A szolgáltatói kapacitások és az ehhez rendelt finanszírozás között nincs semmilyen összefüggés.
- A rendszer erőforrás-elosztásának időbeli változásai szakmai szempontok alapján igazolhatatlanok.

12. ábra. Teljesítmény volumenkorlát megoszlási arányainak változásai intézménycsoportonként



13. ábra. Megyei kórházak teljesítmény volumenkorlátainak változásai



De miért is tartjuk fontosnak, hogy ezekkel a visszásságokkal foglalkozjunk?

Az ország jelenlegi gazdasági helyzete nem teszi lehetővé, hogy újabb forrásokat irányítsanak az ellátórendszer finanszírozásába, ráadásul minden szabad forrást valószínűleg a méltatlan bérek körüli feszültségek oldására fognak fordítani. A Semmelweis Terv egyik legfontosabb üzenete, hogy fel kell tárnunk azokat a tartalékokat, amelyek a jelenlegi ellátórendszer nem hatékony, pazarló működéséből adódnak. Azonban amíg ilyen egyenlőtlenségek vannak a források felhasználásában, addig lehetetlen annak megítélése, hogy melyik intézményben, és milyen területen folyik a pazarlás.

Más szemszögből is meg lehet vizsgálni ezt a kérdést. A szakmai közbeszéd az általános alulfinanszírozottságról szól. A kapott eredmények alapján fel kell tennünk a kérdést, hogy melyik kistérségre gondoljunk: az van alulfinanszírozva, amely két és félszer több forrást használ el? Az az intézmény van alulfinanszírozva, amelynek ágyszámarányosan 50–100%-kal több forrás jut? Véleményünk szerint az alulfinanszírozottság egyáltalán nem általános.

Mit vetíthet előre ez a helyzetkép a Semmelweis Terv kapcsán? Hogyan

lehet ezeket a folyamatokat visszafordítani? Alkalmas lehet-e a nagytérségi betegútszervezés a jogszabályi akadályok elhárítása után a kusza struktúra újragondolására? Lehet-e a progresszivitást nagytérségenként kialakítani?

A mi véleményünk az, hogy egységes és transzparens szabályozás nélkül a majdan kialakuló térségeken belül csak további torzulások várhatók. Nem kerülhető meg, hogy az igény alapú finanszírozási kapacitás-tervezés végre gyakorlattá váljon, bármekkora is legyenek az ezzel szembenálló érdekek. Ellenkező esetben a térségekben majdan működő ellátó struktúra egységes mintázatot csak a véletlen szerencse okán mutat, nem beszélve az egységes szolgáltatásokhoz fűződő elvárásokról. Az is határozott álláspontunk, hogy a tulajdonosi kontroll sem pótolhatja az egységes szabályozást. Az egységes állami tulajdon önmagában nem garantálja az egységes szolgáltatást, de az bizonyos, hogy a Regionális Egészségügyi Tanácsok eszköztelenségével szemben keretet teremthet a struktúra átalakításához. Ugyanakkor az ellenzők szerint gyökerestül kiirthatja azokat a helyi kezdeményezéseket, melyek az ellátást javíthatják, valamint a kételkedők hiányolják azokat a jogi garanciákat is,

amelyekre a rendcsinálás során oly elemi szükség lenne. Arra pedig talán már ki sem kell térnünk, hogy a biztosítási rendszerünk alapelvei is megkövetelnék végre a kusza viszonyok rendbetételét.

Az előnyöket és hátrányokat mérlegelve egy új forráselosztási rendszer gyors és hatékony bevezetésére az egységes állami tulajdonosi kontroll lehet az egyik eszköz. Nemcsak a döntések operatív végrehajtásában nyújthat segítséget, de a folyamatok szorosabb követésében és az esetlegesen szükséges korrekciók gyors megvalósításában is. De mint mindig, itt is a lényeg a részletekben rejlik: fel tud-e állni, és ha igen, mikorra az az ütőképes apparátus, amelyik képes megbirkózni a fenti feladatokkal?

Reméljük, hogy a történelem nem fogja megismételni önmagát. Számos közlemény jelent meg 2006. őszén* a kapacitásokat átrendező 2007. évi „reform” előtt (2004. évi adatokat elemezve), melyek taglalták a területi egyenlőtlenségeket. A szerzők akkor egyöntetűen felhívták a döntéshozók figyelmét, hogy a kapacitások újraelosztása esetén kezelni kell a kiala-

*Dr. Boncz Imre, Takács Erika, Szaszko Dóra, Dr. Belicza Éva: Területi Egyenlőtlenségek I-II./ Kórház 2006/7-8-9

6. táblázat. Mutatók változásai (2004-2010)

Mutató	2004			2010			Az „olló” nyílásának változása
	Min	Max	Eltérés	Min	Max	Eltérés	
Egy lakosra jutó finanszírozási összeg (Ft)	24 254	41 136	69,6%	18 387	44 142	140,1%	201%
Ezer lakosra jutó esetszám:	192	340	77,1%	119	330	177,3%	230%
Egy esetre jutó finanszírozási összeg (Ft)	111 488	126 994	13,9%	133 628	188 129	40,8%	293%

kult különbségeket. Az azóta eltelt évek alatt számos változtatás történt a források elosztásában, de mi nem tudunk egyről sem ezek közül, amely az egyenlőtlenségek csökkentése céljából történt volna. A jelenlegi helyzetben azzal kell szembesülnünk, hogy hat év alatt az egyenlőtlenségek mértéke mutatóktól függően 2–3 szorosára növekedett, tehát az olló tovább

*A finanszírozási és az inflációs adatok kiértékelése önmagában is megérne egy tanulmányt

nyílt a végletek között, pedig a változtatások mögött bizonyosan nem ez a szándék állt.*

A forráselosztás valós szabályozásának hiányában a szakmai lob-bik fokozatosan torzítják el a finanszírozási viszonyokat. Ha az átfogó változás előtt újra figyelmen kívül hagyjuk a tényeket, akkor a változások csak újabb torzulásokat eredményezhetnek a problémák orvoslása és a pazarlások megszüntetése helyett!

Tény, hogy a kapacitás alapú finanszírozási viszonyok ideje lejárt. Csak

akkor lehet hihető „bizonyítékokon alapuló egészségpolitikát” meghirdetni, ha a pazarló gyakorlatot végre felváltja a szükséglet alapú tervezés, melyhez egy egységes szabályozásnak kell biztosítania a garanciákat. Hosszú, keserves és sikertelen évek után az egészségpolitika az állami szerepvállalás révén végre megkapta azt az eszközt, mellyel a célok érdekében a szükséges struktúramódosítások végrehajthatók.

Az utolsó kérdés csak az, hogy ezt az eszközt, mire fogják használni.

MEGHÍVÓ

A Magyar Egészségkommunikációs Egyesület 2011. október 12-én beszélgetést szervez a Semmelweis Tervről.



Vitaindító előadás: **A Semmelweis Terv margójára**

– Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán, Budapesti Teljesítménymenedzsment Kutatóközpont.

A beszélgetésre meghívott egészségpolitikusok, szakértők:

Beneda Attila, Gál Péter, Sinkó Eszter, Török Krisztina, Velkey György

Helyszín: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ,
1125 Budapest Kútvölgyi út. 2.; 18.00 óra.

Kérjük, hogy részvételi szándékát jelezze az info@egeszsegkommunikacio.hu email címen.

Bővebb információ: (06) 30 740 4438

Reméljük, hogy vendégeink között üdvözölhetjük.

Tinnyei Mária

MEKE – Szakújságírói Szekció és Szakbizottság