

Konszolidáció: stabilizáció? II.

Dr. Ivády Vilmos, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ

A tanulmány első része érintette a reform és a konszolidáció tartalmi eltéréseit és kapcsolódási pontjait, az egészségügyben megjelenő folyamatokat, amelyek konszolidációs kényszerhez vezetnek, továbbá az állam és az egészségügyi intézmények felelősség- és munkamegosztásának főbb elemeit. A második rész a konszolidáció fenntarthatóságáról és a konszolidáció egy aktuális szeletének, az adósságkönnyítési programnak a dilemmáiról szól.

A KONSZOLIDÁCIÓ FENNTARTHATÓSÁGA

Az egészségügy konszolidációjának átfogó célja, hogy a folyamatosan újratermelő problémák illetve feszültségek tüneti kezelése helyett oki terápiát valósítson meg, az ágazatnak a piacgazdasági környezethez, a forráskorlátokhoz, valamint az egészség és más társadalmi értékeket kifejező szükségletekhez történő együttes, ezért kompromisszumot (közgazdász nyelven: az összhászson maximalizálását) jelentő illesztésével. A konszolidáció egyik sikerkritériuma a fenntarthatóság, ez legegyszerűbben az intézményi adósságkonszolidáció esetében vizsgálható: az állami forrásjuttatás valóban hozzájárul-e az adósságkezelés okainak megszüntetéséhez vagy ez utólag nem igazolható.

Amennyire elkülöníthetők a konszolidációs felelősségek és feladatok az állam-intézmények közötti munkamegosztásban, ugyanúgy szétválaszthatók a fenntarthatósággal kapcsolatos elvárások a két oldalon.

A konszolidáció fenntarthatósága az intézményi oldalon

A kórházaknak számos kihívással kell szembenéznük a konszolidáció folyamatában. Ezek közül az alábbiakat emeljük ki:

– A fekvőbeteg forgalom várható csökken(t)ése

A 2,3-2,5 milliárd finanszírozott esetet illetve (ennél mindig valamivel több) súlyszámot a kasszából nem lehet kielégítően finanszírozni, azaz ennyi lejelentett aktív fekvőbeteg ellátási esetet nem képes eltartani a közfinanszírozás. A jelenlegi érdekeltségi rendszer és a tradicionális szakmai beidegződések legalább 20-30%-kal több finanszírozott esetet eredményeznek a szükségesnél. A konszolidációs folyamat egyik kulcseleme az ellátási szintek közötti betegáramlás átstrukturálása, más szóval optimalizálása, ami a szakmai feltételek megteremtésén és a jelenlegi finanszírozási érde-

keltégi rendszer megváltoztatásán keresztül „kiszívja” a fekvőbetegek egy részét a kórházból, de a kevesebb beteg OEP díjtételét jelentősen emeli. A kórház árbevétele kisebb betegforgalom esetén is reálértékben legalább szinten marad, javítva a gyógyításhoz szükséges inputok finanszírozási lehetőségeit. Emellett megszűnne, vagy jelentősen csökkenne a dolgozók túlterheltsége, az egyébként általában relatív (az ellátott esetszámhoz képest) és csak ritkán abszolút (minimumfeltételekhez képest) nővér és orvoshiány. Ez különösen fontos szempont a tervezett 60 óra/hét/orsvos munkaidő maximum bevezetése, valamint az EU csatlakozás munkaerő elvándorlási hatása következtében. A kórház számára az ebből adódó kihívás úgy fogalmazható meg, hogy mennyire tud felkészülni a kevesebb beteg hatékony gyógyítására, a szükséges kórházméret, a minőségjavítás és a költségfekezés menedzselésére.

– A fekvőbeteg forgalom struktúrájának változása

Elkerülhetetlen konszolidációs lépés az aktív-krónikus-szociális ágyak arányának és mennyiségének átstrukturálása, bár az ehhez szükséges, áttörést eredményező érdekeltségi rendszer bevezetése, csakúgy mint az előző pontnál, még várat magára. Az erre való felkészülésnek azonban már most szerepelnie kell az intézményi stratégiákban, illetve az ötéves fejlesztési tervekben.

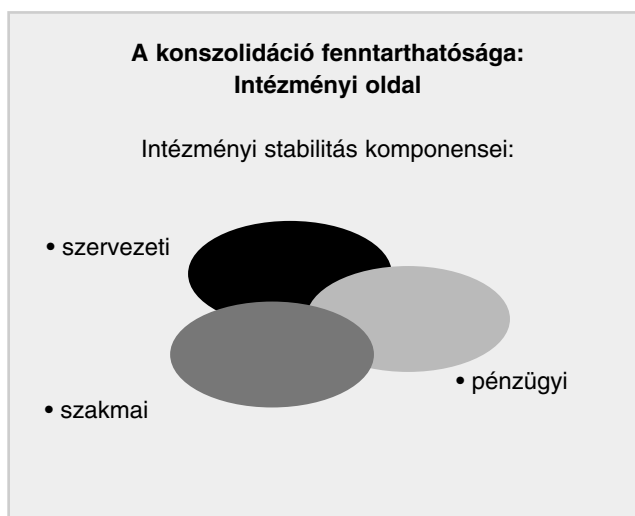
– Megfelelés a piackonform finanszírozásnak és gazdálkodási feltételeknek

Az előző pontokkal szemben ez a kihívás már tíz éve létezik, bár a szerepe csak a legutóbbi években erősödött fel. A költségvetési formában működő intézményeknek a hagyományos, bázisfinanszírozásra szabott szervezeti formájukkal kell illeszkedniük a teljesítményalapú árbevételhez és a nullszaldós gazdálkodási kritériumhoz. Úgy vélem, hogy az intézmények nagyobb része – kontrolling-alapú, fedezetcentrikus gazdálkodás követésével – a jelenlegi költségvetési formában elérkezett az illeszkedési képességének és teljesítményének a határához: a jelenlegi finanszírozási helyzetben is pénzügyi stabilitás, megfelelő likviditás jellemzi őket. Ezt mutatják az intézményi adósságok statisztikái is. A kórházak több mint 60%-ának egyáltalán nincs, vagy csak minimális az adóssága, minden kórház típusban található egyaránt adós és nem adós intézmények, valamint adósságkonszolidációs sikertörténetek. Vitathatlannak tűnik számomra, hogy önmagában a pénzügyi stabilitás menedzsment eszközökkel lényegében minden kórházban elérhető, a kérdés az, hogy milyen áron, milyen mellékhatások kíséretében, valamint, hogy elégséges-e célként kitűzni

önmagában a pénzügyi stabilitás elérését. Úgy gondolom, hogy két okból sem elegendő. Az egyik az, hogy a napi likviditás biztosításán túl a tartalékképzés és annak fejlesztésére vagy dolgozói ösztönzésre történő felhasználása számonkérhető ott, ahol ugyanezen tevékenységet vállalkozási formában saját eszközparkkal nyereségesen képesek működtetni. Ennek érdekében ezen intézmények esetében indokolt a szervezeti forma átalakítása az üzemgazdasági hatékonyság további javítása érdekében, valamint azért, hogy a képződő megtakarítások bankhitelek felvételén keresztül lökészerű, előrehozott (üzleti típusú) fejlesztéseket tegyenek lehetővé. A másik ok az, hogy az önmagában vett pénzügyi stabilitásnak párosulnia kell más intézményi stabilitási elemekkel is, hogy általános intézményi stabilitásról beszélhessünk.

– Az általános intézményi stabilitás biztosítása

A pénzügyi stabilitás, a likviditás megteremtése és fenntartása (ami nem egyenlő a nullszaldós gazdálkodással), nem veszélyeztetheti az intézmény általános stabilitását biztosító további komponensek stabilitását. A fenntarthatóság kritériuma ebben a tekintetben akkor érvényesül, ha a pénzügyi egyensúly megteremtésére fogantatott intézkedések nem veszélyeztetik az intézmény szervezeti, valamint szakmai stabilitását. Szervezeti stabilitásként értékelhető az a helyzet, amikor a válságmenedzselés keretében meghozott intézkedések közepette is működnek a fő szervezeti funkciók, van támogatottsága az intézkedéseknek és van kooperáció a szervezet tagjai között (pl. főorvosi kar – intézményi menedzsment) az új helyzethez történő alkalmazkodásban. Szakmai stabilitásról akkor beszélhetünk, ha a meghozott intézkedések legalább nem rontják az intézmény szakmai és laikus elfogadottságát, megmaradnak a jó orvosok, sőt ilyenkor kell további jókat vagy jobbakat szerződtetni, valamint továbbképzési és más minőségjavító intézkedést meghozni. Másként fogalmazva, a pénzügyi egyensúly helyreállítása és fenntartása nem veszélyeztetheti az árbevétel oldalon elvárt teljesítményt.



1. ábra

A konszolidáció fenntarthatósága az állami oldalon

Az intézményi oldalon a kihívások bemutatása több ponton kapcsolódott az állami oldal szerepvállalásához. A finanszírozási rendszer illesztése a konszolidációs célokhoz, a struktúraváltás ösztönzésének egyéb direkt és indirekt állami eszközei előfeltételei egy konszolidált állapot elérésének és fenntartásának. Ezért a konszolidáció keretében az egészségügynek juttatott többletforrással kapcsolatosan az alábbi fenntarthatósági kritériumokat emelném ki:

– Nem konzerválhatja a jelenlegi ellátási struktúrát

A már említett struktúraváltási ösztönző rendszerrel összekötve indokolt a forrásbővítést megvalósítani. A 2002. őszén végrehajtott, és önmagában vitathatatlanul szükséges bérkonszolidációs forrásbővítés nem tudta teljesíteni ezt a feltételt, konzerválta az akkor kialakult eltérő élőlétszámok hatékonyági viszonyokat. Azokat az intézményeket, ahol az egy orvosra illetve egy egészségügyi dolgozóra jutó gyógyítási teljesítmény (WHO pont, HBCS súlyszám, ápolási nap) az átlagnál magasabb volt, a bérkonszolidáció, ami intézményi szintű OEP térítési díj korrekciónak is felfogható, „aluldíjazta”, az átlagosnál alacsonyabb teljesítményt nyújtó helyeket pedig „túldíjazta”. Ezen a helyzeten némileg javított az a lehetőség, hogy intézményen belül az egyedi bérbeállítás függvényében differenciálhatott a menedzsment.

– Visszterhesség a belső konszolidációra biztosított állami források esetében

Ez a kritérium az I. részben tárgyaltaknak megfelelően csak a menedzsment felelősségi körébe tartozó belső konszolidációra biztosított állami forrásjuttatásra vonatkozik, az állam felelősségi körébe tartozó külső konszolidációra, így a bérkonszolidációra vagy a fejlesztések állami finanszírozására nem alkalmazható. Ennek a kritériumnak az alapja az, hogy a menedzsment felel az OEP díjtételekből reálisan finanszírozható szolgáltatási költségintézetek tartásáért. A visszterhesség (visszatérítési kötelezettség) elvének eleve feladása azt jelentené, hogy az állam automatikusan átvállalja a tulajdonos és a menedzsment felelősségét. Ugyanakkor helyes annak a lehetőségnek az alkalmazása, hogy a visszterhességről bizonyos feltételek teljesülése esetén az állam utólagosan lemondhat. (Például akkor, ha a támogatás felhasználását követően nem állnak fenn az adósság újratermelődéssel kapcsolatos belső okai.)

– Állami feladat nem finanszírozható direkt adósságrendezési forrásból

Adósságrendezési forrásból elsődlegesen szállítói tartozás finanszírozható, amennyiben a támogatott intézmény rendelkezik az adósság újratermelődéssel megakadályozó üzleti tervvel. Amennyiben az adósság keletkezés oka a korszerűtlen épület és gépészet, az elavult eszközpark, akkor ez az adósság nem szüntethető meg a szállítói tartozások kiegyenlítésével, hanem csak beruházási források biztosításával. Az adósságrendezési forrásból kizárólag a menedzs-

ment hatáskörébe tartozó problémák kezelését lehet és kell elvárni.

A konszolidáció fenntarthatósága: szinergia a két oldal együttműködésében

Az állami és az intézményi oldal együttműködésében az egyidejűség, a komplementaritás és a belátás a legfontosabb elemek. A konszolidáció sikeréhez mindkét oldal egyidejű feladatvállalása és annak végrehajtása szükséges. A komplementaritás a kompetenciák szerinti feladatmegosztást jelenti, mindegyik fél arra koncentrálja a figyelmét és erőforrásait, ahol hatékonyabb a másíknál. Az ellenkező oldalon történő feladatvállalás rossz hatékonyságát bizonyítja például a máig ható 1996. évi LXIII. törvény a szakellátások kapacitásszabályozásáról, ugyanis az állam feladata a kapacitásminimumok területi meghatározása és biztosítása lenne, az intézeti ágykapacitásoknak ezen minimum felett történő meghatározása menedzsment feladat kell, hogy legyen. Jelenleg a tőkefinanszírozás rendezetlensége miatt az intézetek is fejlesztenek saját forrásból, bár ez tulajdonosi illetve állami feladat. A tartalékok képezni tudók így fejleszhetnek azokkal szemben, akik erre jelenleg nem képesek, bár az ellátás iránti igény a fejlesztéseket itt jobban indokolná. Ugyanúgy indokolatlannak tekinthető az állami szerepvállalás mértéke a 2000. évi II. törvény, az ún. praxis-törvény esetében is, ahol az állam mesterségesen próbált keletkeztetni olyan piaci értéket (a praxisjogot) amely egyrészt nélküle is kialakul és adható-vehető (a praxis üzleti értéke), másrészt amely érték maradéktalan érvényre jutását a törvényalkalmazás jogi környezete (önkormányzati törvény) és a háziiorvosi piaci környezet (kiüresedő illetve betöltetlen körzetek) korlátozza.

A belátás első lépése a megértés. Az intézmények és tulajdonosaik még mindig az államtól várják problémáik megoldását. Az állami gondoskodás pontatlan értelmezéséből adódóan nem differenciálnak aszerint, hogy a fennálló problémák közül melyek azok, amelyeket saját maguknak kell megoldaniuk és mi az, ami valóban állami feladat. Az állam pedig az intézményekről és tulajdonosaikról gondolja azt, hogy nagyobb odafigyeléssel és erőfeszítéssel problémáikat maguk is meg tudnák oldani. Az egészségügy konszolidációjának sikere érdekében világosan meg kell fogalmazni a jogszabályok által túl általánosan és homályosan megfogalmazott felelősség és feladatmegosztásokat. Képletesen szólva egy társadalmi szerződésben kellene rögzíteni a partnerek vállalásait, és a közöttük lévő felelősség- illetve munkamegosztást. Az állam minden ciklusban több-kevesebb relevanciával megfogalmazza a saját elképzeléseit különböző elnevezések alatt szereplő programok keretében, de a másik oldal képviselői a Magyar Kórházzövetség, az EGVE, a MOK, és a szakszervezetek nem tették meg eddig belső konszolidációs javaslataikat, legfeljebb az állami elképzeléseket véleményezték. Ez a szinergia hiányára utal, ami megfelelő kommunikációval és partnerségi kapcsolattal orvosolható.

AZ ADÓSSÁGKÖNNYÍTÉSI PROGRAM DILEMMÁI

Az előző kormányzati ciklus végén elindított konszolidációs program ebben a ciklusban az alábbi területekre összpontosít:

- Egészségügyi intézmények adósságkönnyítési programja
- Intézményi átalakulás és privatizáció szabályozása, a 2001. évi CVII. törvény lecserélésével
- Bérfelzárkóztatási program több lépcsőben
- Fejlesztés és kapacitáspolitikai újrafogalmazása regionális aspektusban
- Magántőke szerepvállalásának növelése PPP (Public Private Partnership Program) keretei között

Jelen cikk keretei között az első területtel kapcsolatosan szeretném megfogalmazni a felmerülő dilemmákat, kizárólag szakmai megfontolások alapján. A valóban szükséges adósságkönnyítési program az egyik látványos és kézzelfogható eleme a konszolidációs folyamatnak. A tavalyi év végén „Az egészség évtizede” programiroda 2,8 Mrd Ft visszerhes támogatást ítélt oda 30 kórháznak, ezen belül 3 egyetemnek. Ez az összeg, kiegészítve a tulajdonosok 20 %-os hozzájárulásával, megközelíti az intézmények akkori 30 napon túli szállítói tartozásainak az összegét, ami lehetőséget adott ezen intézményeknek, hogy szállítói tartozásaikat kiegyenlítsék. Az ESZCSM előzetes adataiból az a következtetés vonható le, hogy az adósságkönnyítési programban résztvevő intézmények valóban a szállítói tartozások kiegyenlítésére fordították a támogatási összeget. A támogatási szerződés lehetővé teszi a visszerhes támogatás vissza nem térítendővé alakítását abban az esetben, ha a források felhasználása igazolhatóan a konszolidációs célok megvalósítását szolgálja.

Az adósságkönnyítési program a visszerhesség-vissza nem térítés ösztönző eszközrendszer alkalmazza a megfogalmazott célok elérésére. A kormányzat számára más hatékony eszköz nem áll rendelkezésre, hacsak nem akarja a piacra bízni a konszolidációt. A dilemmák az adósságkönnyítési programban alkalmazott eljárással kapcsolatban az alábbiakban foglalhatók össze:

Ki dönti el, hogy egy támogatott intézmény mikor jogosult a visszerhesség elengedésére?

Hiányoznak azok az átlátható kritériumok, amelyek alkalmazásával eldönthető, hogy az adott intézmény a konszolidációs program céljaival összhangban teljesített vagy sem.

Érvényesül-e a konszolidációs felelősség- és feladatmegosztás alapelve az állam és az intézmények között?

El kell végezni azokat az alapvető vizsgálatokat, amelyek feltárják, hogy az adott intézmény esetében az adósságkezelés külső és/vagy belső konszolidációt igényel. Véleményem szerint az adósságrendezési forrás felhasználására kizárólag belső konszolidáció esetében indokolt.

Szállítói tartozás kiegyenlítés vagy reorganizáció?

Az adósságrendezési forrás felhasználási célja lehet direkt szállítói tartozás kiegyenlítés vagy reorganizáció, akkor is, ha az intézmény rendelkezik lejárt szállítói tartozással. A döntést annak függvényében indokolt meghozni, hogy stabil tartozás állományról van szó, vagy pedig dinamikusan növekvő tartozásállományról beszélünk. Az előző esetben a szállítók lényegében a vevők által kikényszerített forgóeszköz hitelezési funkciót töltenek be, míg az utóbbi esetben akut válságszituáció kialakulása valószínűsíthető. A kezelhetetlenül növekvő adósságállomány esetén az időnyerés céljából a tartozáskiegyenlítés az egyetlen járható út. Stabil tartozásállomány esetén az állami támogatás direkt reorganizációs célú felhasználása tekinthető célszerűnek.

Forrásbővítés vagy forráscsere?

Az előző pontban felvetett forrás felhasználási dilemma egy újabb dimenzióban is értelmet nyer. Amennyiben a stabil, kezelhető mértékű eladósodás szállítói forgóeszközhitelként értelmezhető, ennek kiegyenlítése a konszolidációs forrásból nem jelent mást, minthogy kicseréljük állami pénzre a szállítók pénzét. Ezzel elveszítjük az állami támogatást mint forrásbővülést, és csak forráscserének lehetünk tanúi.

Ha viszont az adósságrendezési forrás nagyságától elmaradó a szállítói állomány csökkenése, akkor az egészségügyi szektorban nettó forrásbővülés történik. Az előzetes adósság felmérési adatok alapján az a kép rajzolódik ki, hogy az állami forrásjuttatással nagyjából egyező mértékben csökkentek a szállítói tartozások, ami paradox módon nem értékelhető pozitívnak az egészségügy forráshelyzete szempontjából. Ezért fontos, hogy az állami támogatás csak a valóban kezelhetetlen esetekben szolgálja a direkt adósságcsökkentést. Minden más esetben célszerű a reorganizációs tervek megvalósítását direkt módon finanszírozni.

Összegzőképpen úgy vélem, hogy az átfogó konszolidációs program hatékony elindítása és fokozatos megvalósítása szükségessé teszi az állami-intézményi felelősség és feladatok tisztázását, világos elkülönítését. Ez a kiinduló feltétele a szinergia és a fenntarthatóság érvényesülésének a konszolidáció folyamatában. A konszolidációs program eddigi konkrét lépéseinek további mélyreható elemzése, a kritikai észrevételek, vitapontok megfogalmazása és kifejtése hozzájárulhat ahhoz, hogy a magyar egészségügy ciklusokon átnyúló folyamatos megújítása mindenki számára minél előbb érzékelhető javulást eredményezzen.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Ivády Vilmos 1982-ben közgazdaságtanból diplomát, majd 1984-ben doktori fokozatot szerzett Pécsen a Janus Pannonius Tudományegyetemen. Később elvégezte az ELTE szociológia szakát és részt vett Hollandiában az egészségügyi rendszerek menedzsmentje posztgraduális képzésben. Vendégoktatóként dolgozott a Denveri Egyetemen (USA). A Népjóléti Minisztériumban 1995-97 kö-

zött Phare és Világbank projekt vezetőként dolgozott. 1998-tól az Egészségügyi Minisztérium vezető tanácsadója, 2001-2002-ben közgazdasági helyettes államtitkár, az egészségügy konszolidációs programjának kidolgozását vezette. Jelenleg senior munkatárs a SOTE Egészségügyi Menedzserképző Központban (kurzusvezető, oktató, tanácsadó és tréner), melynek munkájában megalakulásától részt vesz. Emellett önálló tanácsadói tevékenységet folytat többek között a Magyar Külkereskedelmi Bankban, az egészségügy konszolidációs programjában.