

## Visszaállamosítás nélkül nem megy: Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság Semmelweis Tervéről

Fendler Judit, Szummer Csaba, EFTE

Mondják, a jó bornak nem kell cégér. Nos, a november elején napvilágot látott Semmelweis Terv (Semmelweis Terv – „Újraélesztett egészségügy – gyógyuló Magyarország”, a továbbiakban ST), a hazai egészségügy legújabb reformkonceptiója egyelőre nem jó bor, van rá azonban esély, hogy kiforrja magát. Ami pedig a cégért illeti, vagyis a koncepció megszövegezését és az argumentációt, az ugyancsak hagy kívánnivalókat maga után. Ne legyünk ugyanakkor naivak, az ST sikere legfeljebb harmadsorban dől majd el a koncepció és a forma kimunkáltságán. A döntő szó a nagypolitikáé: vajon elszánja-e magát a második Orbán-kormány az egészségügyi ellátók visszaállamosítására? Az ST-ből ennek a kimondása hiányzik. Egyik lehetséges ok, hogy az ST készítői nincsenek tudatában ennek a sine qua nonnak; a másik, valószínűbb ok: noha tudatában vannak, azonban nem volt szabad *expressis verbis* megfogalmazniuk azt, esetleg bölcs taktikai érzékkel maguk döntöttek úgy, elkerülendő a Fidesz önkormányzati potentáival való összeütközést, hogy nem fogják addig kimondani, amíg a kormány el nem dönti a kérdést. Akárhogy is van, jelen állapotában, ha szabad némi frivolsággal fogalmaznunk, az ST-ben az a legfontosabb, ami kimaradt belőle: az ST által megálmodott területi alapú ellátás-szervezés és kapacitásgazdálkodás elképzelhetetlen önkormányzati tulajdonban maradó kórházakkal és szakrendelőkkel.

### A LÉNYEGRŐL: A KORMÁNYZATI DÖNTÉS ALAPFELTÉTEL

A kormány kezében kétharmados felhatalmazás van. Ha valóban változtatni akar az egészségügyben – és mást nem nagyon tehet –, akkor ehhez az önkormányzati törvényt kell módosítania; vissza kell helyeznie az egészségügyi ellátás felelősségét az önkormányzatoktól az államhoz. Orbán nyilvánvalóan érzékeli e lépés politikai kockázatát, hiszen nincs még olyan messze a fatális fiaskó, amit Gyurcsányék a döntően egészségügyi témájú népszavazással elszenvedtek. Látja-e azonban a kormány feje, hogy a visszaállamosítás elmaradása talán még nagyobb kockázatot jelent kormánya számára, tekintve, hogy a mai kórházi kapacitások jószerivel finanszírozhatatlanná váltak? Az ST egyetlen esélye arra, hogy változásokat tudjon előidézni, ha az új intézmények, elsősorban a nagytérségi (durván egymillió fő ellátását irányító) egészségügyi szervezési igazgatóságok olyan erős felhatalmazásokat kapnak, amivel a gyógyító-kapacitásokat és a betegutakat teljhatalommal képesek meghatározni. Ez

pedig csupán állami tulajdonban lévő kórházakkal és szakrendelőkkel lehetséges.

A 31. paragrafus egyetlen homályos megfogalmazását leszámítva az „állami szerepvállalás erősítéséről” az ST erről nem beszél. Ez arra utal, hogy készítői ezt nem látják ilyen világosan. A másik alternatíva: egyelőre a Fidesz-en belüli vélemények is megoszlanak, az egészségügyi adminisztráció pedig bölcsen kivár, hiszen olyan horderejű döntés szükségeltetik a kormány részéről, amely meghaladja a tárca kompetenciáját. Mindenesetre „betű szerint” értelmezve a szöveget az ST készítői spontán folyamatokra várnak, arra, hogy a megyei és városi önkormányzatok előbb vagy utóbb maguktól is belátják: kórházai és szakrendelőik anyagi támogatása meghaladja lehetőségeiket, így sorra visszaadják majd őket az államnak. Ebben a helyzetben fontos kimondanunk: talán valóban lesznek ilyen városok vagy megyék, hiú remény azonban arra várni, hogy az önkormányzatok tömegesen válnak majd meg kórházaitól, és még ha így is lenne, az elviselhetetlenül lassú és kínos folyamatot jelentene, tele pazarlással és bizonytalansággal. Az a fajta „szelíd reform”, amit az ST élénk vetít – életképtelen. Ha rántottát akarsz enni, ahhoz fel kell törnöd a tojásokat. Az egészségügy mai állapotában egy gigantikus garniszállóra emlékeztet, ahol a magántőke és a köz képviselői vidám légyottokat bonyolítanak egymással, a kellemetlen következményekkel azonban inkább az utóbbiak hozzátartozói kénytelenek szembesülni, vagyis a költségeket az adófizetők pénztárcája bánja.

### A FORMÁRÓL

Az ST ambíciói szerint – szerzőinek vicces műfaji meghatározásával – „interaktív vitairat”, amely a szakmai közönséget szólítaná meg. Erre azonban jószerivel alkalmatlan. Egy ilyen szövegnek különös figyelmet kellene fordítania a világos megfogalmazásra, netán még az élvezetes stílusra is, kis túlzással olvastatnia kellene magát. Az ST-ben értékes meglátások, fontos tartalmi elemek vannak, ahhoz azonban, hogy ezt a tartalmat az olvasó kihámozza burkából, rendkívüli türelemre van szüksége; nem vagyok benne biztos, hogy erre az erőfeszítésre akár a politikai döntéshozók, akár a szakmai olvasóközönség hajlandóak lesznek. A stílus fárasztó, a „mi” túlburjánzó használata elkeserítően emlékeztet az 1985-ös XIII. pártkongresszus bikkfanyelvére. A szöveg hemzseg a helyesírási hibáktól, az olvasószerkesztő (ha volt), szemlátomást nem hallott arról, hogy a „mint” szócska elé nem mindig teszünk vesszőt, és nem nagyon zavartatja magát a szavak egybe- és különírásának, vagy az idézőjelek használatának a konvencióitól sem.

## A „JÖVŐKÉPRŐL”

Az ST két részből áll, az „Összefoglaló jövőképből” és a „Programtervekből”. Tartalmi és formai szempontból is csupán a „Jövőkép” bírálata szorítkozunk, azon belül is a koncepció magját alkotó új intézményrendszerre; ezen kívül az egyik program, a finanszírozási program példáján mutatom be a részprogramok legfontosabb hiányosságait:

- inkonzisztencia és inkoherencia a „Jövőkép” és a rendszermodell vonatkozásában;
- pontatlan, helyenként hibás fogalomhasználat;
- koncepcionális hiányosságok. Ezek a problémák kisebb vagy nagyobb mértékben mindegyik részprogramban felbukkannak.

Ami a „Jövőképet” illeti, azt világos, pontos elméleti alapvetés, szabatos és közérthető meghatározások sora jellemzi. 2006 és 2008 között jószerivel mást sem hallhattunk, mint ideológiai frázisokat. A liberális koncepció, mintha sohasem hallott volna a piaci kudarcok elméletéről és gyakorlatáról az egészségügyben, a „négy láb jó, két láb rossz” következetességével hajtogatta, hogy a piaci mechanizmusok minden gondunkat megoldják majd. A Fidesz erre „az egészségügy nem üzlet” nem túlságosan szofisztikált érveléssel válaszolt. Az ST túllép végre az üres ideológiai lözöngyökre, és pragmatikusan ötvözi a piaci és állami szabályozási mechanizmusokat, az elmúlt évek piaci fundamentalista kinyilatkoztatásai és a „karvalytökéző” állampártiság bornírt frázispuffogatása után ez kifejezetten üdítően hat az olvasóra. A rendszermodell tiszta és elegáns, nem „eszközvezérelt”, vagyis az elérendő célokhoz keres eszközöket, és nem fordítva. A „Jövőkép” felismeri: az ellátásszervezésben és a gyógyítási kapacitások struktúraátalakításában található az a tartalékok, amelyek a magyar egészségügy rendszerében még felszabadíthatók.

A rendszermodell lényege, hogy ezeket a tartalékokat egy új, területi alapon felálló intézményrendszer létrehozásával kívánja mobilizálni; a reformterv legfontosabb, egyben legnehezebben érthető mondata így hangzik:

„A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) felügyelete alá tartozó, három területi egység szintjén működő, az egészségügyi ellátókra építő kapacitás-átrendező, a területi ellátó-intézmények koordinációját végző, betegút-szervezést támogató intézményt hozunk létre (országos központtal és területi egységekkel), amely egyrészt támogatja a kistérségi (és 0. progresszivitási) szinten elhelyezkedő járóbeteg-szakellátó szolgáltatás-szervezőt, irányítja az 1-3. progresszivitási szinthez tartozó egészségügyi, valamint a területi egységhez tartozó szociális intézmények közötti kapacitásátrendezési és bizonyos esetekben a funkcionális integrációt.” (13. old.)

Ember legyen a talpán, aki ezt a mondatot első nekifutásra értelmezni tudja. (Továbbá, mintha egyszer nem lenne elég elviselni, a mondatszőrny a 38. oldalon újra elibénk toppan.) A zavaros megfogalmazás többnyire homályos gondolatokat takar, a jelen eset azonban – kivétel. Ha figyelmesen továbbolvassuk ugyanis az anyagot, a 38. (!) oldalon kide-

rül, hogy „a három területi egység szintje” a következő: (a) kistérségi ellátásszervező; (b) nagytérségi ellátásszervező (országosan 9 vagy 10 ilyen szervezet lenne, átlagosan 1-1,1 millió lakossal); (c) állami egészségsszervező központosított központtal. A betegút-szervezést és kapacitás-átrendezést három szinten bonyolító intézményrendszeren kívül az ST felállítana még öt nagy módszertani központot (menedzsmentfejlesztés, kutatás, oktatás, az ellátás támogatása, egészségkommunikáció) az ellátórendszer országos szintű menedzselésére, valamint egy betegjogi központot. (az utóbbi lemaradt az ábráról.)

Az intézményrendszer országos és regionális elemei tehát szabatosan vannak meghatározva, a 15. oldal ábrája logikus és jól áttekinthető. Az egyes intézmények jogosultsága azonban egyszerűen nincsenek kifejtve, az ST elfelejt jogosultságokat is hozzárendelni az általa felvázolt új intézményrendszerhez. Mindössze homályos utalásokat olvashatunk, nagyjából annyit tudunk meg, hogy ezek az intézmények „koordinálják”, „támogatják”, „irányítják” az ellátásszervezést és a kapacitások ésszerű újraelosztását. Olyan ez, mint Borges híres Uqbarja, ahol a kitalált ország határait saját folyói és hegyláncok adják meg, így azonban természetesen hiába keressük a térképen. Ennél pontosabb meghatározások híján azonban lehetetlen elképzelni az új intézmények működését és felbecsülni várható hatékonyságukat. Nagy kár, hogy a betegutak szervezésénél az ST nem utal sem az 1999 és 2006 közötti IBR-tapasztalatokra, sem pedig a 2007-es Orosz-bizottság anyagára [1], noha mindkettő megkerülhetetlen, ha Magyarországon valaki nekifut egy területi alapú egészségsszervezési koncepció megfogalmazásának. A szerzők tájékozatlanságára, szakmai amnéziájára nem gondolhatunk; így csupán egyetlen lehetőség marad: a két kísérlet jelenleg tabu nagypolitikai oldalról, és nem említhető meg még egy szakmai dokumentumban sem. Ezt azonban nehezen lehetne másként minősíteni, mint bornírt-ság. Ha 2011 Magyarországon nem egy szakmai anyag minősége számít, hanem az, hogy ki írta, az elkeserítő, egyben dühítő ostobaság, nincsen rá enyhébb kifejezés.

Az ST-ből nem csupán az ellátásszervező intézmények felhatalmazásai, beavatkozási lehetőségei hiányoznak, de az sem derül ki, hogy milyen pénzügyi ösztönzőket rendelne az ST az új egészségsszervezési modellhez. Területi alapú ellátásszervezés nemigen képzelhető el a területre rendelt fejkvóták nélkül. Az adott régió (az ST terminológiájával nagytérség) számára a régió epidemiológiai mutatói által meghatározott fejkvóta és a régió lélekszáma alapján leosztott OEP-finanszírozás teremti meg a régió gazdálkodási önállóságát. Csakhogy az ST a „fejkvóta” szót nem is említi. Mindössze azt deklarálja, hogy a jelenlegi finanszírozási technikákat érvényben hagyja, javítja transzparenciájukat és normativitásukat, vagyis megtisztítja az elmúlt évek politikai beavatkozásaitól. Ezen felül azonban csupán annyit tudunk meg, hogy az ST a jelenlegi finanszírozási mechanizmusokra épít rá valamiféle ösztönzőket, azt azonban nem árulja el nekünk, hogy miket. Ha sem erős felhatalmazások, sem pénzügyi ösztönzők nem állnak az egészségsszervező

igazgatóságok rendelkezésére, adódik a kérdés: a pusztá óhajon kívül mivel is tudnák befolyásolni az egészségügyi szolgáltatók magatartását, a betegutakat és a régió kapacitáselosztását? A válasz, mint utaltunk rá, egyetlen ronda szó: visszaállamosítás.

„Visszaállamosítás” – a szó kétségtelenül furcsán cseng, negatív konnotációkat ébreszt a „létező szocializmus” traumáján átesett Kelet-Közép-Európa országaiban. Nos, ízelgessük kicsit, barátkozzunk vele legalább az egészségügy, és azon belül a kórházak és szakrendelők vonatkozásában! A magyar egészségügy kórházi kapacitásai már régóta nem finanszírozhatóak normális módon, és csupán azért tudnak még működni, mert egyrészt az alacsony munkaerő-piaci mobilitás miatt az orvosok és nővérek többsége egyelőre még hajlandó itthon maradni és éhbérért dolgozni, másrészt ideig-óráig elmaradhat a tőkeköltségek pótlása is azon az áron, hogy az épületek egyre jobban lepusztulnak, a műszerek, gyógyító eszközök elavulnak, harmadrészt pedig az egyre hosszabb fizetési határidőkkel a szállítók kénytelen-kelletlen megfinanszírozzák a működési költségek egy részét. A szocializmustól átvett és gyakorlatilag a mai napig konzerválódott kórházszervezet 2011-ben már nem csupán globálisan nem finanszírozható tovább, hanem strukturálisan sem illeszkedik a lakossági igényekhez, főváros-túlsúlya például az egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés elvének nyílt tagadása. Az uniós forrásokból épülő szakrendelők pedig, ez már most látszik, túlnyomó részben megint csak fenntarthatatlan beruházások lesznek. Változtatni kell tehát mind a kapacitások nagyságán, mind eloszlásán, legfőképpen pedig racionalizálni kell a pazarló betegút-szervezést, amely nem tartott lépést az elmúlt 2-3 évtized orvostechológiai fejlődésével, ezért túlzott mértékben a kórházak felé irányítja a betegforgalmat. Látja ezt az ST is, ahogyan azt is, hogy ezek a változtatások nem érhetők el a jelenlegi, jellemzően önkormányzati tulajdonú intézményrendszerrel.

A pénzügyi ösztönzők és az intézményi jogosultságok hiánya mellett az ST harmadik fogyatékosága az argumentálás hiánya: a rendszermodell nincsen sem hatásszámításokkal, sem adatokkal, de még csak érvekkel sem alátámasztva. Ezekre pedig égető szüksége volna, ugyanis az ST által meghatározott új intézményrendszer nyílt hadüzenet az egészségügy jelenlegi, – elsősorban az egyetemek, a megyei és városi politika erőterében működő – érdekcsoportjainak és alkalmi szövetségeiknek. (A várható reakciókból ízelítőt kínált a Vas megyei önkormányzat elutasító válasza arra a lehetőségre, hogy a nyugat-dunántúli nagytérségi központ Zalaegerszeg lenne.) Annak, aki ki akarja iktatni ezt az érdekmezőt a magyar egészségügyből, egyértelmű kormánytámogatást és lakossági-szakmai támogatást kell szereznie, ezt pedig megkönnyítenék a meggyőző érvek.

## SZAKELLÁTÓK (FEKVŐ- ÉS JÁRÓBETEG SZOLGÁLTATÓK) FINANSZÍROZÁSA

A kilenc programterv közül pars pro toto csupán a finanszírozási programmal (33-38. old.) foglalkozunk. Ez az al-

program összességében elfogadható színvonalú, a felsorolt célokkal és teendőkkel egyet lehet érteni, a fogalomhasználat azonban néhol pontatlan, a programterv egy helyen elmentmondásba keveredik a Jövőképpel. A legnagyobb problémája mégsem ez, hanem a Jövőkép és az alprogram közötti szembeötlő inkoherencia. Lássuk egyenként!

Inkonzisztencia – A hatékonysági veszteségekről szólva a „Jövőkép” szerint a „A kórházi esetek száma a TVK bevezetéséig látványosan és folyamatosan emelkedett”, (10. o.), a finanszírozási program ezzel szemben úgy véli, hogy „TVK-mentes időszakban sem kell arra számítani, hogy az esetszámok folyamatosan, lényegesen nőnek”, (35. old.). (Megfelelő ellenőrzési rendszer hiányában egyébként az esetszám TVK nélkül természetesen nő.)

Inkoherencia – a 18. pont utolsó mondata a 2.5.-ös alfejezetre utal, ilyen alfejezet azonban az ST-ben – nincs. Ennél nagyobb probléma, hogy miközben az általános intézkedési tervben központi szerepet játszik az új intézményrendszer, a finanszírozási program erre egy árva mukkot sem veszteget. Másképpen: miközben a rendszermodell regionális dinamikájú, a rendszermodell finanszírozási alprogramja erről mit sem tud.

Hibás fogalomhasználat: a programterv nincsen tisztában azzal, hogy a „határhaszon” és a „változó költség” fogalma nem azonos. (36. old.) (A „Jövőképben”, 18. old., tehát még az első részben, hasonlóan keveredik az „amortizáció”, a „tőkeköltség” és a „tőke megtérülés” fogalma.)

Az alprogram koncepcionális hibája, hogy a finanszírozási terv alig említi a teljesítményarányos finanszírozás egyik legfontosabb diszfunkcióját: a teljesítményarányos finanszírozás hatalmas nyomást gyakorol a szolgáltatókra nem csupán magasabb teljesítmények kifejtésére, hanem fiktív teljesítmények elszámoltatására is. Korábban a rendszermodellben (tehát az első részben) olvashatjuk: „a csökkenő kórházi esetszámok lehetőséget teremtenek a díjtételek növelésére; így a kórházak nem járnak rosszul a volumencsökkenéssel, megszűnik a teljesítménykényszer” (19. old.) – ez alapvető tévedés, a „teljesítménykényszer” teljesítményarányos elszámolás mellett soha nem szűnik meg, lévén ennek a lényege. Minél világosabban látjuk ezt, annál jobban tudjuk kezelni, mégpedig elsősorban az ellenőrzési rendszer erősítésével. Nézzük meg, miről is van szó!

Mind a „Jövőkép”, mind pedig a finanszírozás program helyesen mutat rá a három ellátási forma – családorvos, szakrendelő, kórházak – finanszírozási technikájának eltérő logikájára, ösztönzési rendszerére, és az ebből fakadó nehézségekre. Azt is könnyű belátni, hogy a három technika nem helyettesíthető eggyel. A családorvos nem jutalmazható azért, hogy ne küldje tovább az egyébként ellátásra szoruló beteget. A szakrendelők finanszírozásánál a HBCS technikának korlátozottak a lehetőségei, a tételes finanszírozás mellett pedig a szolgáltató nyilván arra törekszik, hogy legális és illegális módokon is minél több szolgáltatást számoljon el egy adott betegnél. Végül, ami a kórházakat illeti, tudvalevő, hogy itt részben igenis a túlkódoláson keresztül próbálják elérni a szolgáltatók, hogy minél nagyobb finanszí-

rozáshoz jussanak. A csábítás tehát nagyon erős, jámbor óhajokkal nem lehet neki ellenállni, csupán masszív, és jelenleg szinte teljesen hiányzó ellenőrzési rendszerrel (amelynek azonban a szakellátó kassza méretéhez képest mégis csupán marginálisak a költségei.) Tudják ezt az egész világon, és ennek megfelelően erős, hatékony és kellően elrettentő szankciókkal rendelkező ellenőrző rendszereket állítanak fel szinte minden olyan országban, ahol teljesítményarányos finanszírozás van. Ezt kiegészítő lehetőség az Angliában használatos DRG-alapú, kórház- és osztály-szintű tervezés, ami ugyancsak fékezni képes a szolgáltatók teljesítménynövekedését. A magyar rendszer ez idő szerint egyik megoldást sem ismeri, ehelyett idestova már 6 éve egy fattyúmegoldással, a TVK-val kísérletezik. A TVK álmegoldás, fából vaskarika: olyan „teljesítményarányos” finanszírozás, amely egy ponton túl már nem teljesítményarányos. Olyan ez, mintha az egyre nagyobb teljesítményű autókat nem a fékrendszer és a karosszéria fejlesztésével tennék biztonságosabbá, hanem bizonyos sebességen túl a motor teljesítményének a lefojtásával.

## KONKLÚZIÓK

Amellett érveltünk, hogy az ST-ben felrajzolt területalapú betegút-szervezési és kapacitásgazdálkodási modell csak és kizárólag megfelelő kormányzati döntés (visszaállamosí-

tás) esetén lehet életképes. Az ST sorsa ezért elsősorban nem készítői szakmai munkáján áll vagy bukik, hanem a kormány egyelőre még hiányzó eltökéltségén, ki nem nyilvánított szándékán az egészségügyi intézmények visszaállamosítására. A visszaállamosítás nélkül az ST-ben oly elegánsan felvázolt, azonban felhatalmazásnak szinte teljesen híján lévő egészségsszervezők (mind kistérségi, mind nagytárségi, mind pedig országos szinten) „béna kacsák” maradnak, az ST-ben felsorolt szép célok pedig elérhetetlenek lesznek.

Végül meg kell még jegyezni: az ST nem csupán intézményeinek eszközeit tekintve „puha”, hanem az ágazat finanszírozása szempontjából tekintve is az, nem mondja ki ugyanis kényszerítő meggyőzőerővel, hogy a helyzet a közfinanszírozás nagyságát tekintve is válságos: ha néhány év alatt nem érjük el ismét legalább a V4-ek átlagát, akkor ezzel nehezen korrigálható pusztítást viszünk végbe a magyar humán tőkében. A régióhoz mérten 2010-ben már 33%-os volt az elmaradásunk, tehát a csehek, lengyelek, szlovákok hozzánk képest egyharmaddal költenek többet egészségügyi közfinanszírozásra. Az idő vészesen fogy, a belföldi és külföldi gazdasági elemzők mind türelmetlenebbül várják a kormány régóta beígért reformterveit; másrészt azt is tudjuk: ahogyan este nyolc után nem lehet gyereket nevelni, úgy a kormányzati ciklus második éve után nem lehet reformokat elindítani.

## IRODALOMJEGYZÉK

[1] Az Orosz-bizottság tanulmánya eredeti formájában nehezen hozzáférhető, részletesen ismerteti azonban egyik szerzője. Lásd Sinkó Eszter: Az egészségbiztosí-

tási rendszer átalakításának menete. In: Magyarország politikai évkönyve 2007-ről, I-II. Budapest: Demokrácia Kutatások Magyar Központja

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. Fendler Judit** 1989-ben végzett a Marx Károly Közgazdasági Egyetem nemzetközi kapcsolatok és pénzügy szakán. 1992-ig az Arthur Andersen könyvvizsgáló cégnél dolgozik, majd másfél évtizeden keresztül a pénzügyi szolgáltató szektorban. 1996 és 2002 között a Budapest Banknál töltött be

vezető pozíciókat, 2004 és 2006 között a Magyar Posta Biztosító Rt. értékesítési vezetője. 1995 és 1996 között a Budapesti Közgazdasági Egyetemen tanít vállalati pénzügyeket. 2003 óta végez átvilágításokat egészségügyi szolgáltatóknál, 2004-ben elvégzi a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképzőjét. Jelenleg a HBCS Audit ügyvezetője.



**Dr. Szummer Csaba** PhD közgazdász és pszichológus. Az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Szakmai Egyesületének (EFTE) elnökségi tagja. Korábban az MTA Pszichológiai Intézetének tudományos munkatársa.

Kutatási területe: tudományelmélet és ismeretelmélet. Tudományos fokozatok: szociológia – egyetemi doktorátus, pszichológia – kandidátus. Jelenlegi érdeklődési területe: egészségpolitika, egészségügyi makro- és mikrofinanszírozás.