

A spontán államosítás kockázatai és lehetőségei, avagy mi várható a rendszer átalakításától?

Dr. Dózsa Csaba, Miskolci Egyetem

Mottó: a magyar lónak két oldala van és nincs háta.

A Magyar Kormány javaslatára 2011 őszén a Parlament az Önkormányzati Törvény módosításával és több más törvény és kormányrendelet meghirdetésével 2012. január 1-től több lépésben ismét állami tulajdonba és közvetlen irányítás alá veszi a megyei és városi önkormányzatoktól az egészségügyi szakellátó intézményeket. A politikai döntést azonban nem előzte meg hatáselemzés, sem széles körű társadalmi, sem szakmai vita. Ebben a tanulmányban vázlatosan azt tárom fel, hogy milyen kockázatokkal és milyen lehetőségekkel járhat ez a fajta „államosítás” és centralizáció. Röviden arra is kitérek, hogy nemzetközi szintéren milyen trendek, elemzések és eredmények tapasztalhatók a köztulajdonú és magán intézmények működésével, hatékonyságával kapcsolatban.

According to a government proposal formulated in 2011 the Parliament has modified the Act on Local Self-Government and many parts of the legislation, while the Government issued several decrees – all aiming at the progressive centralization and total state control of health care institutions from the 1st of January 2012. Formerly these institutions were ownerships of county local governments or municipalities and under their supervision. The political decision about centralizing all health care institutions was not preceded by any form of impact analysis or social consultation. This study outlines the possible risks and opportunities of such centralization. It also highlights the international trends concerning the operation and efficiency of publicly and privately owned health care institutions.

BEVEZETÉS

Amikor volt kollégáimmal megjelentettük az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítéséről szóló átfogó tanulmányunkat, és javaslatcsomagot az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapjában [4,5], rá fél évre az akkori egészségpolitika éppen ennek ellenkezőjét, a versenyző több-biztosító rendszer bevezetését határozta el. Most egy más irányú kilengésnek lehetünk tanúi: az elmúlt évben sikeresen védtem meg a Kórházak stratégiai adaptációjáról választási lehetőségeiről szóló doktori értekezésemet [6]. Ennek fő üzenete, hogy a dinamikus, turbulens környezetben működő kórházaknak jelentős stratégiai döntési alternatívái vannak, amelyeket magas szintű, önálló, autonóm döntési jogosítványokkal tudnak legjobban kiaknázni. Paralell módon a mostani kormányzat ennek a dolgozatnak a megvédését köve-

tően két hónappal határozta el a kórházszektor teljes államosítását, szigorú központi irányítási rendszer felállítását és merev bürokratikus irányítási rendszer kialakítását.

Persze ezek a párhuzamosságok bizonyára csak a törénések véletlen egybeesései. Mindenesetre egy dolgot biztosan jelent: ha egyszer valaki kilengeti az ingát valamely szélső irányba, akkor az rövid úton az ellenkező oldalba csap át: gondolok itt az előző kormánykoalíció biztosítói rendszer privatizációs elképzelésére versus a szakellátási rendszer jelenlegi szinte teljes államosítására. A minap hallottam ezt a mondást: a magyar lónak két oldala van, de nincs háta. Itt úgy fest, hogy a nagypolitika csak szélsőségekben tud gondolkodni. Egyszer mindent eladni (privatizálni), aztán meg mindent államosítani.

SPONTANEITÁS, PRIVATIZÁCIÓ, ÁLLAMOSÍTÁS

Mit jelent a címben a spontán szó? Ez bizonyára meglepi az olvasót, és éppen ez volt velem a szándékom is. A spontán azt jelenti, hogy nem tudatos, hirtelen jövő, nincs megtervezve stb. Szakemberként nekem éppen ez az érzésem a teljes szakellátási rendszer folyamatban lévő „hirtelen” (túl gyors) államosításával kapcsolatban is. Nem láttunk hatáselemzést, és nem volt partnerségi alapú konszenzus konferencia.

Privatizáció: korábbi állami, közösségi tulajdon értékesítése, magánkézbe adása. Ez a fogalom a 90-es évek elején terjedt el, amikor a korábbi állami ipari és kereskedelmi vállalatok túlnyomó része néhány év alatt hazai vagy külföldi magánkézbe került. Miután a több ezer milliárd forint értékű közvagyon magánkézbe adása, mint folyamat nem lett alaposan megtervezve és néhány év alatt zajlott le, aggatták rá az elemzők és politikusok, hogy spontán privatizációról van szó.

Az államosítást egyszerűen így definiálhatjuk: egy gyár, földterület vagy intézmény elvétele eredeti tulajdonosától és állami tulajdonba vétele. Az egészségügyi szakellátó intézmények esetében ugyan önkormányzati tulajdonok állami kézbe vételéről van szó, de a magyar jogrend szerint az önkormányzati vagyon alapvetően magánvagyon jellegű jogosítványokkal rendelkezik, tehát nem jelent nagy torzítást, ha ebben a tanulmányban az államosítás szót használom a korábbi önkormányzati tulajdonok állami kezelésbe vonása kapcsán.

KIS NEMZETKÖZI KITEKINTÉS

Általánosan értékelve az ellátórendszer nagy részének mostani állami tulajdonba és állami felügyelet alá vonását, azt állapíthatjuk meg, hogy ez a centralizációs törekvések hullámába illeszkedik. Az European Observatory on Health

Systems and Policies egyik kiadványa [11] közel 300 oldalas terjedelemben elemzi a decentralizációs és centralizációs politikák, reformok európai gyakorlatát. Megállapításuk, hogy az egészségügy irányításában, és közvetlen szervezésében a 90-es évek elejétől az általános trend inkább a decentralizáció volt a tartományok, régiók, megyék, esetenként a városi önkormányzatok (municipalities) felé. Csak néhány országban következett be a korábban „túl”decentralizált egészségügyi rendszer centralizációja (például Dániában, Lengyelországban).

A mostani magyar kormányzati intézkedéshez hasonlóan azonban 2007-ig csupán Norvégiában került sor (2002-ben). Ennek egyik közvetlen következménye az első években ugyanakkor a puha költségvetési korlát [9] erősödése és a kórházak gyors eladósodása lett [15]. A szerzők megállapítják, hogy a beigért hatékonyság-javulással éppen ellenkezőleg az átmenet jelentős bizonytalanságot okozott a kórházak vezetésében, a központi kormányzás eredménytelennek bizonyult a kemény költségvetési korlát érvényesítésében. A kórházak adósságának kezelése (eladósodott kórházak kimentése) felcsúszott egészen a Parlament szintjére, ahol ez a témakör a politikai pártok keresztjüébe került.

A kórházszektor állami tulajdonba és felügyelet alá vonásának az egyik racionális magyarázata az intézményi szektor hatékonyságának javítása lenne. Ebből a szempontból érdemes megvizsgálni, hogy a kórházszektorral foglalkozó nemzetközi szakirodalomban születtek-e olyan eredmények, amelyek egyértelmű bizonyítékkal szolgálnak a for-profit, non-profit és köztulajdonú (állami, vagy önkormányzati tulajdonú) intézmények működési hatékonyságának különbségeiről. Doktori disszertációmban egy alfejezetet szántam ennek a témakörnek [4], a Magyar Egészségügy című, Bodrogi József által szerkesztett könyvben pedig Dr. Boncz Imre írt egy fejezetet hasonló témakörben [1]. Az eredményeket az alábbiakban csak vázlatosan ismertetem.

A legátfogóbb szektorális szintű elemzésekre az Egyesült Államokban és Németországban került sor az elmúlt évtizedben. Ennek főbb okai a közfinanszírozásban részesülő intézmények nagy száma (USA 7000, Németország több mint 1000). A másik ok szektorsemleges finanszírozás ténye, amely értelmében szinte bármilyen tulajdonú és működtetési kórház bekerülhet a közfinanszírozásba. A 90-es évek eleje óta ez a magyar egészségügyi rendszer egyik fő jellemzője is, legalábbis az OEP finanszírozás tekintetében (a támogatások, a beruházási forrásokhoz való hozzájárulás, az egyedi bérkompenzációk, helyi adózás stb. tekintetében a magyar egészségügyi rendszer nem szektorsemlegesesen működik).

Más országok egészségügyi rendszereiben a tulajdonviszonyok és azok hatékonysági különbségeinek elemzése kiemelt célja a rendszer kutatóinak. A nemzetközi szakirodalomban számos elemzés készült, amely az egészségügyi intézmények hatékonyságát, eredményességét a tulajdonviszonyok eltéréseinek viszonylatában vizsgálja. A kórházak működésének hatékonysági elemzésében gyakorta különböztetik meg az eltérő tulajdonviszonyokkal vagy működési

formákkal rendelkező intézményeket és intézményi csoportokat. A tulajdonviszonyok szerinti elemzéseket különösen az erőteljesen piaci alapon működő, több-biztosítós egészségügyi rendszerekben végezték el, azokban az országokban, ahol jellemző a for-profit és non-profit formában működő kórházak nagy száma és magas aránya. Ezekre a kutatásokra és szektorális szintű elemzésekre a jellemző példák az elmúlt évek szakirodalmából az Egyesült Államokban Sloan [14], valamint Németországban Herr [7]. Ezekben a kutatásokban több száz, vagy az Egyesült Államokban esetenként több ezer kórházat is be tudtak vonni az elemzésekbe.

Sloan tanulmányában részletesen elemezte a non-profit kórházak működésének hatékonyságát a for-profit intézményekhez képest. Miután az elemzésben kiszűrték az input-árakból, a méretből, az esetösszetételből és az oktatói státuszából eredő különbségeket, nem találtak lényeges eltérést a for-profit és non-profit kórházak működési hatékonyságában.

Az Egyesült Államok kórházszektorát vizsgálta tanulmányában Guy David [3] az 1960 és 2000 közötti időszakban, amelynek középpontjában a for-profit és a non-profit kórházak méretének, kapacitásának konvergenciája áll. A méretnél a kórházak ágyszámát, esetszámait és ápolási napjaikat vette alapul. A tanulmányban koncentrációs görbék felrajzolásával és időbeli változásával szemlélteti a for-profit (FP) és non-profit (NP) kórházcsoportok összetételének alakulását a kórházak mérete szerint. A kórházak kapacitásainak változása többféle módon következhet be: fejlesztés, bezárás, egyesülés, beolvasztás, működési formaváltás. A kórházak méretének változását David négyéves periódusonként vizsgálta részletesen. Tipizálta a kórházakat a változások iránya szerint: 1. konstans státusz, 2. kilépők, 3. belépők, és 4. for-profitra átalakulók, 5. non-profitra átalakulók. Az elemzés függő változója a NP/FP méret rátája az ún. size ratio.

A tanulmány egyik megállapítása, hogy a kórházak méretének kiegyenlítődése, konvergenciája nagymértékben a növekvő kormányzati beavatkozásnak köszönhető, például a Medicare finanszírozásban az egységes DRGs-alapú finanszírozás bevezetése, a szükséglet-igazolás szabályozása (certificate of need), a managed care és a kórházak akkreditációjának országos elterjedése (David, 29. o.). A gazdasági környezet hatása szintén ösztönzi az intézményeket a tulajdoni struktúra megváltoztatására. Eredetileg a korábbi évtizedekben (1960-1980) a non-profit kórházakat a kisebb költségszint jellemezte az adókedvezmények és az adómentes kötvénykibocsátás következtében. Az alacsonyabb határkölség ($MC_{fp} > MC_{np}$) pedig versenyelőnyt biztosított számukra. Egyrésről a növekvő lakosság és a növekvő jövedelem, másrésről a kormányzati támogatások és közösségi alapok csökkenése felgyorsítja a FP és NP kórházak konvergenciáját.

Chacravarty [2] és szerzőtársai az amerikai kórházszektor átalakulását vizsgálták 1984-2000 közötti időszakban abból a szempontból, hogy a tulajdonosi forma hogyan befolyásolja a belépési és kilépési döntéseket. Az általuk feldolgozott releváns közgazdasági irodalom alapján abból a feltetelezésből indultak ki, hogy a non-profit (NP) és a for-

profit (FP) kórházak különböznek a céljaikat illetően és a tőkeköltségek szerint. Hipotézisük az volt, hogy a FP kórházak gyorsabban lépnek be és lépnek ki a kórházi piacról a változó piaci körülményekre reagálva, mint a NP társaik. A vizsgálat ökonometriai módszere mind a belépések, mind a kilépések esetében az ordered probit modell volt. Eredményként azt találták, hogy a kereslet változásaira a for-profit magánkórházak gyorsabban reagálnak kilépéssel, megszűnéssel (exit) vagy belépéssel (entry).

Lindrooth és Weisbrod tanulmánya [10] a hospice-kórházak alkalmazkodóképességét vizsgálta a Medicare finanszírozás változásaira. A tanulmány legfőbb megállapítása az volt, hogy a privát kórházak jobban használják ki a finanszírozás jellemzőit (az ápolási napok szerinti finanszírozást), mint a nonprofit intézményi társaik.

Annika Herr 2008-as tanulmányában [7] a németországi kórházszektorban elsőként vizsgálja a teljes szövetségi államra kiterjedően a tulajdonviszonyok különbségének hatását a technikai – és a költséghatékonyságra. A vizsgálat 2000-2003-as időszak kórházszektorát veszi alapul. Németországot a változatos tulajdoni struktúra jellemzi. Az ottani szövetségi statisztikai hivatal három típust különböztet meg: közkórházak (public), non-profit (NP) és for-profit (FP) típusú kórházak, a NP kategória tartalmazza az egyházak és a bányatársaságok intézeteit. Németországban a trendek szerint csökkent a közkórházak aránya (1992-2003 között 45-ről 36%-ra), és növekedett a FP kórházaké (15-ről 25%-ra). Az elemzés módszere a Stochastic Frontier Analysis (SFA) volt. Az átlagos hatékonysági ráta kissé javult a vizsgált időszakban, a kezdeti évben 87 és 83%-os volt a hazai benchmark adatok alapján. Herr tanulmánya még azt az időszakot vizsgálta, amikor a kórházi finanszírozást alapvetően az ápolási nap alapú finanszírozás jellemezte. A magánkórházak környezeti adaptációját jellemzi, hogy ezekben az intézményekben kimutatható mértékben magasabb volt az átlagos ápolási idő, mint a NP típusú és a közkórházakban. A tanulmány a rossz vagy gyenge hatékonyságot a benchmark intézményi adatokból számolt termelési határfüggvényhez képest állapítja meg. Inputnak tekintik a kórházi ágyak számát és az árakat. Megvizsgálja, hogy az input értékek rögzítése mellett az egyes intézmények vajon elérik-e a lehetséges legmagasabb output-szintet. Az elemzésekben felhasználta a teljes intézményi költséget, a főállású dolgozók számát (full time equivalents – FTE), miközben a költségek közül kivette az ambuláns és kutatási költségeket. Eredményváltozónak a súlyozott ellátotti esetszámot tekintette (weighted cases).

Az Egyesült Államokban a közgazdasági szakirodalom nagy számban foglalkozik az állami tulajdonú, a non-profit és for-profit intézmények költségszintjének és hatékonyságának különbségével. Az elemzéseknek ezt a gazdagságát táplálják a működés gazdasági adataira és a teljesítményekre vonatkozó központosított rendelkezésre álló statisztikai adatbázisok, a szabályozási, finanszírozási környezet nagyobb stabilitása, továbbá a kórházak statisztikai értelemben nagy (7-8 ezres) száma.

Boncz tanulmányában [1] szakirodalmi áttekintést végez más országok magán for-profit és magán non-profit kórházainak működési hatékonyságáról és eredményességéről. A szerző összességében azt állítja, hogy a for-profit érdekelt-ségű kórházak nem rendelkeznek jobb hatékonysági és eredményességi mutatókkal, mint a non-profit intézmények.

Magyarországon a non-profit és for-profit kórházak működésének vizsgálatát számos tényező nehezíti meg. A disszertációban vizsgált időszak nagy részében, egészen 2005-2006-ig szinte alig jelent meg magánkórház a közfinanszírozásban (5-6 egyházi intézmény, és az egynapos sebészeti ellátás finanszírozásában további 3-4 intézmény került be a közfinanszírozásba). A non-profit intézményi formák (alapítványi és egyesületi kórházak) leginkább az aktív ellátást kiegészítő krónikus, ápolási és hospice területen terjedtek el. Emellett 100%-os önkormányzati tulajdonú intézmények alakultak át előbb közhasznú társasággá (kht), majd 2009-től nonprofit gazdasági társasággá (dombóvári, dunaújvárosi városi kórházak, Hévízi Állami Gyógyfürdő-kórház). A következő hullámot a funkcionális privatizáció jelentette, amely során több újonnan alapított cég került működtetői funkcióba a hazai kórházszektorban (2007-2009 időszakában már 10-12 intézményt működtetett for-profit magáncég). Ez az átalakulás ugyanakkor nagyobb lendületet csak 2006 után vett, amely nem tesz lehetővé a más országokhoz hasonló hosszabb idősoros elemzéseket, sőt 2009-2010 folyamán több intézmény visszakerült önkormányzati kezelésbe.

A hazai tulajdoni forma szerinti kis intézményi darabszámon túl nehezítő körülmény, hogy nem áll rendelkezésre az egész szektort jellemző, intézményi szintű éves költségadat, és az input-árakra vonatkozó szisztematikus adatgyűjtés, amelyek az Egyesült Államokbeli elemzésekben kiemelt változóként szerepelnek. További elemzési problémát támaszt, hogy a hazai magánkórházak túlnyomó többsége szűk ellátási spektrumban működik, mint a krónikus ellátások, vagy az egynapos és ambuláns ellátások (Kelen Kórház Kft. – egynapos sebészet, bőrgyógyászat; Magyar Máltai Szereztetszolgálat váci otthona – ápolás).

A magyarországi környezetben a köz- és magán-szolgáltató szervezetek működésének és teljesítményének hatékonysági különbségeit – magas arányuk miatt – a CT/MRI, labordiagnosztika, betegszállítás, művese-ellátások területén lehetne vizsgálni, valamint a járóbeteg-szakellátásban, ahol már a kilencvenes évek második felétől 15-20 városban vagy kerületben történt meg az önkormányzati rendelőintézetek funkcionális privatizációja, kft vagy rt formában működő magáncégeknek történő átadásuk. A szakrendelők esetében tehát az állami tulajdonba vonással együtt már komoly elemzéseket lehet majd elvégezni, hiszen a tulajdonosi struktúra, vagy a működtetők eltérő tulajdoni struktúrája lehetővé teszi az alcsoportok közötti összehasonlítást.

A külföldi tudományos munkákban azonban leginkább a for-profit és a non-profit, ritkább esetben még a tartományi, közösségi tulajdonú intézmények működési hatékonyságát hasonlítják össze, és nem a kevés számú állami tulajdonú

intézmények közötti hatékonysági különbségeket. Ebből a szempontból a nemzetközi elemzések nem sok hasznosítható tudományos bizonyítékkal rendelkeznek számunkra, hiszen Magyarországon a magántulajdonú és egyházi, alapítványi, egyesületi intézmények száma és súlya csekély, illetve leginkább szakkórházként működnek, tehát általános összehasonlításra nem alkalmasak, szemben a valódi vegyes tulajdoni struktúrájú német és amerikai kórházszektórral.

A közfinanszírozott kórházak új irányítási és menedzsment módszereivel foglalkozik az EU Observatory on Health Systems and Policies 25. számú tanulmánykötete [14]. Ebben részletesen feltárják, az intézmények irányítási, felügyeleti módszereit, bemutatják az egyes jogi működési formákat (pld közvállalat, alapítványi és konzorciális kórházak, kórházi koncessziók), amelyek az Európai Unió országaiban érvényesültek az elmúlt két évtizedben. A főbb megállapítások, hogy az elmúlt 10-15 évben a legtöbb országban (kiemelten például Angliában, Hollandiában, Spanyolországban) a reformok arra irányultak, hogy növeljék a menedzsmentek autonómiáját, döntési jogkörét, majd belső piaci mechanizmusok (quasi-market mechanism) felélesztésével, egyfajta versenyszemlélet erősítésével ún. ösztönzők (incentives) segítségével vegyék rá a hatékonyabb és jobb minőségű működésre az intézményi vezetéseket. Ez a nagyobb autonómia megnyilvánulhat a beruházási, fejlesztési döntések önállóságában, a humánerőforrás nem közalkalmazotti státuszában, szabad létszám és bérgazdálkodásban. Emellett mindegyik országban nagy hangsúlyt fektetnek az ellenőrzésre és a társadalmi kontrollra. Ezen reformok mozgatórugója pedig az a vélekedés, hogy az állami beavatkozás és szabályozás alapvetően alacsony színvonalú (poor governance), ellentétes érdekek érvényesülnek, nem hatékony az irányítás, gyenge az információáramlás, nem világosak a döntési szintek és jogosítványok (27. old.). Összességében az a megállapítás, hogy számos országban az a fő törekvés, hogy az Új Közszolgálati Menedzsment módszereit és a klasszikus magánvállalati menedzsment módszereket, feladat és felelősségi köröket, hogyan lehet a lehető legnagyobb mértékben érvényesíteni a közfinanszírozott egészségügyi intézmények vezetésében.

EGÉSZSÉGPOLITIKAI INTÉZKEDÉSCSOMAG – HATÁSELEMZÉS NÉLKÜL?

A 2002-ben létrehozott Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság fő célja, hogy az egészségügyben képviselje a költséghatékonyság elvét. Azaz a ráfordított erőforrásokból minél több egészségnyereség származzon a hazai lakosság számára. A Társaság havi rendszerességgel vitatja meg az egészség-gazdaságtan módszertani kérdéseit, vagy aktuális egészségpolitikai intézkedések, programok szakmaiságát, hatásait.

Idén már 6. éve fogjuk megrendezni éves konferenciánkat, amelyen közel 40 előadás és 30-40 poszter keretében mutatjuk be a Társaság tagjainak és más – szintén tudományos munkát végző – szakembereknek az eredményeit,

amelyek egy-egy részterület problematikáját és hatékonyságjavítási lehetőségeit tárják fel, vagy módszertani – elemzési újdonságokról számolnak be.

Ennek a megalapozó szakmai munkának a közepébe csapott be tavaly nyár végén a hír, hogy a kormányzat államosítani akarja az egészségügyi szakellátórendszert. Ez a program nem szerepelt a FIDESZ választási kampányában. Erről a kérdéskörrel nem volt sem társadalmi, sem szakmai vita. Még az SZDSZ által meghirdetett versenyző több-biztosítós rendszer bevezetését megelőzően is sor került szakmai vitára egy kétnapos konferencia keretén belül (2007. január végén). Természetesen az ott elhangzottak és az ott kialakult elutasító szakmai többségi ellenvélemény ellenére a korábbi kormányzat mégis nekifogott a több-biztosítós rendszer bevezető törvénykezésnek. Ezzel a kísérlettel közel két évet töltött el az akkori egészségpolitika más fontos szakmai programok támogatása, fejlesztése rovására, mint a népességügyi program, sürgősségi ellátás, rákellenes nemzeti programok továbbvitele, vagy az Európai Unió támogatású pályázatok időben történő kiírása és lebonyolítása.

Az akkori társadalmi vitának megvolt az az eredménye, hogy legalább szisztematikusan összegyűjtésre kerültek az érvek és ellenérvek, alternatív biztosítási rendszerkoncepciók, melyek publikációk, előadásanyagok formájában a széles szakmai és lakossági közvélemény elé kerültek. A sok kritikai észrevétel és a koalíciót vezető MSZP számos (szak)politikusának vonakodása, az ellenzék határozott fellépése miatt végül nem valósult meg a biztosítási rendszer tervezett átalakítása. A mostani „államosítás”-ról szóló döntést ugyanakkor a kulisszák mögött hozta meg egy szűk pártpolitikai vezetés. A döntést nem előzte meg sem szakmai, sem széles körű társadalmi vita, vagy legalább kommunikáció arról, hogy ez miért jó, mit várhatunk tőle, mi fog javulni, milyen problémákat kíván a kormányzat ezzel kezelni.

AZ ALAPVETŐ KÉRDÉSEK AZ ÁLLAMOSÍTÁSSAL KAPCSOLATBAN

Az alábbiakban készítettem egy vázlatos felsorolást arról, hogy szerintem – szakpolitikai szempontból – mire kellett volna (hatás)elemzést készíteni az „államosítás”-ról szóló döntést megelőzően, milyen kérdésekre kellett volna minimálisan választ adni

- Mit kíván kezdeni a kormányzat az intézményi kapacitásokkal, ellátási területekkel, szakmai tartalmakkal (progresszivitási szintek)?
- Mi lesz a tulajdonnal? Mi kerül át az államhoz, mi marad az önkormányzatoknál?
- Hogyan lesz megosztva a vagyon-nyilvántartási, vagyonkezelési funkció a Magyar Nemzeti Vagyonkezelő Zrt. és a fenntartói jogokat gyakorló NEFMI háttérintézménye (GYEMSZI) között?
- Hogyan pótolja az új fenntartó a korábbi önkormányzati forrásokat, szolgáltatásokat? Beruházások önrészt, eszközbeszerzések fedezetét, jogi képviselést, közbeszerzési feladatok, műszaki tervezési feladatok ellátá-

sát. Mekkora lesz ennek az éves pénzügyi hatása, a központi költségvetés mely sora biztosít fedezetet ezekre a kiadásokra?

- Hogyan fogja biztosítani az új intézményi felügyelet az EU-s támogatású projektek zavartalan továbbvitelét, vagy netalán a felgyorsítását?
- Milyen hatáskörökkel és ki gyakorolja majd a konkrét felügyeleti, fenntartói jogosítványokat? A miniszter, az államtitkár, a GYEMSZI főigazgatója, igazgató helyettesei, a TESZK igazgatók? Vagy mindenki egy kicsit, megosztva a számos döntési jogkört?
- Kinevezésekben, beszerzésekben, pályázati részvételekben, szervezeti-strukturális kérdésekben ki hoz döntést? Milyen mértékben marad önálló döntési jogköre az intézményi főigazgatónak, gazdasági igazgatónak, és melyek mennek át a fenntartóhoz?
- Mi lesz gazdasági társaságokkal? Vissza kell alakulniuk költségvetési rend szerinti jogi-működési formára? Mi lesz a több mint 10 ezer MT alatt dolgozó munkatárssal? Általában hogyan alakul az egészségügy humán erőforrás szükséglete az intézkedést követően?
- Ki állja az egészségügyi intézmények vagyongarantálását, a helyi adókat? Hogyan alakul az önkormányzatok és az állam kapcsolata ezt követően?

További általános kérdéskör a puha költségvetési korlát jelenségének a várható alakulása: vagyis hogyan alakul a vezetők ösztönzési rendszere, bérezése (fix és teljesítménybérek aránya). Hogyan mérik az intézményvezetők munkájának eredményességét? Az intézményi felügyelet centralizációja milyen hatással lesz az intézményvezetők napi munkájára és stratégiai jellegű döntéseire?

Hogyan kívánja alkalmazni a kormányzat a centralizáció-decentralizáció szabályozási lehetőségét, hogyan él az Új Közszolgálati Menedzsment eszközzel?

Ezen elemzések és legalább néhány hónapos felkészülés hiányában ez a kormányzati döntés előkészítetlennek bizonyult, amit bizonyít az első hónapok, félév számos működési problémája, zavara (pl. a kórházi tulajdonok vontatott átvétele a Magyar Nemzeti Vagyonkezelő Zrt által, a közbeszerzések, alvállalkozói szerződések intézésének megkezdése, további sorsa, fejlesztési, beruházási döntések meghozatalának jogköre és forrásaik fedezete, humán erőforrás gazdálkodási, kinevezési döntések bizonytalansága).

A témakört tárgyalta a Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Szakmai Kollégiumi Tagozat és Tanács is. Egyetértés volt a Tanács tagjai között abban, hogy ez a kormányzati intézkedés túl gyors és nem lett megfelelően előkészítve. Az egészségügyi rendszerek reformjaitól általában a hatékonyság, a minőség és az esélyegyenlőség hármas célrendszerét szokták számon kérni. Kornai János [8] könyvében az egészségügyi reformokkal szemben megfogalmazott 9 alapelv közül itt idézhetjük a 3.-at és 4.-et: „3. (Verseny) Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma. Legyen verseny a különböző tulajdon-

formák és koordinációs mechanizmusok között. 4. (Ösztönzés) Olyan tulajdon – és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek”. Ezeknek az alapelveknek az átfogó vizsgálata tehát kulcsfontosságú az egészségügyi rendszerek elemzése szempontjából. Orosz Éva Az egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése című tanulmányában [13] pedig azt emeli ki, hogy az egyik leg-sarkalatosabb kérdéskör a hazai egészségügyben az intézményi szint hatékonyságának és minőségének javítása. Az 1. táblázat sorra veszi, hogy az általános egészségpolitikai célkitűzések megvalósítása szempontjából vajon hogyan ítelhetjük meg a szakellátórendszer államosítását.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az 1. táblázat tanulságait összefoglalva elmondható, hogy az egészségpolitika nemzetközileg is elfogadott [12] kiemelt célkitűzéseinek megvalósításában a mostani kormányzati intézkedési csomag, a szakellátó intézmények állami tulajdonba és fenntartásba vonása, részlegesen biztosíthat előnyt és új lehetőségeket. A célok megvalósítása a korábbi években és most is leginkább attól függ, hogy vannak-e az egészségpolitikának deklarált célkitűzései, mérhető-e ezek eredménycélokkal, mennyire következetes ezek végrehajtása az évek során, működik-e a mérések és visszacsatolások rendszere, a kontrollmechanizmus. Általában gyenge és következtelen kormányzat és azon belül céltalan egészségpolitika mellett az állami tulajdonlás és irányítás sem jelent előrelépést a kiemelt egészségpolitikai célok megvalósításában. Míg a következetes stratégiai szolgáltatásvásárlás intézményrendszerében a korábbi szabályozási és tulajdonlasi viszonyok között is lehetett eredményeket elérni, például a kapacitások kiegyenlítésében, új ellátások, terápiás megoldások fejlesztésében. Tehát az államosítás valódi értelme és eredményessége a következő években fog kiderülni: sikerül-e kiaknázni a hatékonysági és szervezési tartalékokat a korábbi decentralizált – önkormányzati – tulajdoni struktúrához képest.

JAVASLATOK

A fentiekben inkább kritikai észrevételeket tettem a szakellátó intézmények állami tulajdonlása és felügyelete vonatkozásában. Habitusomhoz és szakmai hitvallásomhoz azonban nem ez a műfaj illik, hanem a pozitív és előremutató gondolkodás. Az alábbiakban, pontokba szedtem néhány javaslatot, amelyek arra vonatkoznak, hogy milyen tevékenységekkel, intézkedésekkel lehetne mégis tartalmasabbá tenni ezt a kormányzati intézkedést és az így kialakult fenntartói és tulajdonosi struktúrát.

- Az Intézményi Felügyeleti Igazgatóság leválasztása a GYEMSZI-ről. Ez az éves szinten 500 milliárd forint OEP támogatású intézményi portfólió megérdemel egy elkülönített, csak az intézményfelügyeletért és irányításért felelős önálló felügyeleti szervet (továbbiakban Felügyelet).

| Szakmapolitikai cél | Érv az „államosítás” mellett | Ellenérvek az „államosítás”-sal szemben |
|--------------------------------------|---|--|
| Hatékonyság javítása | Ez egy lehetőség Előrelépés lehet egy jobb hatékonysági monitoring, benchmarking kialakítása felé, majd ennek elterjesztése az intézmények között. Az erőforrások koncentráltabb kihasználása, a méret-gazdaságosság javítása, a beszerzések árainak leSORÍTÁSA. A közös tulajdonlás és fenntartás intézményrendszerében ezek a folyamatok és intézkedések elméletileg felgyorsíthatók. | A kórházak összevonása, integrációja, vagy holdingba szervezése révén a hatékonysági tartalékok (méretgazdaságosság javítása, kihasználtság növelése) egy részét már kihasználta az egészségügyi ellátórendszer, illetve ennek létrejöhetett a szervezeti keretei a korábbi tulajdonosi és fenntartói viszonyok között is (*). További tulajdonosi és fenntartói döntések voltak előkészítés alatt az ország több pontján (pl. Veszprém és B-A-Z megyékben). Hatékonysági tartalékok még továbbra is fennálltak, amelyekről a korábbi tulajdonosi viszonyok között is dönthettek volna az intézmények. |
| Kiadás-féktartás (kasszák betartása) | A kórházak adósságának kialakulása elvileg előbb detektálható, és direktbb módon kontrollálható, ha számos pénzügyi és likviditást jellemző mutatót szinte napi szinten gyűjt és elemez a Felügyelet. | A szakellátó intézmények állami tulajdonba és felügyelet alá vonása gyakorlatilag nem jelent előrelépést a gyógyító-megelőző ellátás kiadási tételeinek betartásában, hiszen az ezt megelőző 15-17 évben kidolgozott finanszírozási technikákkal (TVK, fejkvóta, lebegtetett díjtételek) gyakorlatilag biztosítható a kasszánkénti előirányzatok betartása. |
| Minőség javítása | Az állami tulajdonba vonás a minőségfejlesztés területén elvileg lehetővé teszi a direkt utasítások és intézkedések megvalósítását. Országosan egységes minőségfejlesztési programok megvalósítását. | A minőség mérésére, minimum feltételek meghatározására a korábbi szabályozási eszközrendszer is tág lehetőséget biztosított. A korábbi években is gyakorlatilag az egyes egészségügyi kormányzatok tudatosságától, határozott fellépésétől függött, hogy milyen minőségi követelményeket támaszt a gyógyító intézménnyel szemben (minimum feltételek, folyamatba épített standardok érvényesítése, képzési feltételek meghatározása, speciális beavatkozások feltételrendszerének részletekbe menő meghatározása). Más részről ugyanakkor a minőség monitorozása, problémák feltárása az egy kézről való intézményi irányítás és felügyelet révén nehezen lesz megvalósítható, hiszen, ha nincs pénz a minőségfejlesztésre, akkor az egyik „ügyosztály” nem fogja „felfnyomni” a másik ügyosztályt. Hiányzik a demokratikus intézményrendszert jelentő több pólusú döntési és kontrollmechanizmusok rendszere. |
| Esélyegyenlőség biztosítása | A kapacitások direkt átszervezésével, közös tulajdonba kerülésével az államnak, a kormányzatnak és intézményrendszerének direkt befolyása, döntési jogosítványává vált, hogy az egészségügyi szakellátás intézményi kapacitásait az ellátási szükségletekhez igazítsa. Az esélyegyenlőséget szolgáló kapacitás-lekötés és finanszírozás (TVK) hozzárendelése direkt kormányzati döntésekkel, elvileg gyorsabban, átfogóbban megvalósítható. | A kapacitások arányosabb – az esélyegyenlőséget szolgáló – leosztására, új, hiányzó, szükségletekkel alátámasztható kapacitások fejlesztésére a korábbi tulajdonosi viszonyok között is lehetőség volt a kapacitásokat meghatározó törvények módosításával, pályázatok kiírásával, és a finanszírozási – ösztönző rendszer illesztésével. Ez ugyanakkor korábban is igényelte a tudatos egészségpolitikai tervek és intézkedéseket. Ezekkel az eszközökkel nem direkt, hanem indirekt módon lehetett befolyásolni az önkormányzati dön- |

1. táblázat

Az egészségpolitika fő célkitűzései és megvalósításuk az államosítás révén

(*) – Korábbi évek integrációs intézkedései (példák): pl. a MISEK létrehozása Miskolcon a Semmelweis és Diósgyőri Kórházakból, gyermekkórházak összevonása Budapesten, gyermekkórházak beintegrálása megyei kórházba (Pécs) vagy egyetemi klinikák közé (Szeged); B-A-Z Megyei Önkormányzat kórházainak összevonása egy integrált egészségügyi szolgáltatóvá; pszichiátriai szakkórházak beolvadása a Veszprém Megyei Kórházba.

- Mielőbb pótolni kell az előzetesen elmaradt hatáselemzéseket, hogy tisztán lehessen látni: mit veszített a szektor az önkormányzati tulajdonból való átkerüléssel, és mit nyerhet makroszinten (a támogatások és források elmaradásával viszont új lehetőségek megnyílásával).
- Mielőbb ki kell dolgozni az egészségügyi intézmények jogállásának, pénzügyi, gazdálkodási státuszának (autonómiájának) speciális szabályrendszerét, akár külön intézményi (kórház) törvény keretében.
- Támogatni kell az egészségügyi intézmények vezetését a korszerű menedzsment technikák elsajátításában (kiemelten: stratégiai-, projekt-, információ-, humán erőforrás-, minőség-menedzsment, kontrolling ismeretek).
- Ki kell dolgozni a technológia monitorozás intézményét, a nagytértékű technológiák finanszírozásának és telepí-

tésének középtávú stratégiai tervét, a Felügyelet ezzel kapcsolatos szakpolitikáját, az egészségügyi technológia-értékelés (HTA) módszertanán alapulva.

- Lehetővé kellene tenni, hogy az állami intézmények is szabályozott módon, de kiterjedt mértékben tudjanak magánforrásokat bevonni kiegészítő szolgáltatások nyújtásával, hogy működésük több forrásból táplálkozzon.
- A humán erőforrás megtartás és optimális kihasználás központi tervezése és értékelése a térségi szintű optimalizálás és fenntartható működőképesség érdekében.
- Az egészségügyi intézmények központi gazdálkodás-irányítási modelljének kidolgozása (beruházások, fejlesztések forrásának központi tervezése és allokációja,

beszerzések szervezése, koordinálása, esetleges központi szolgáltatások szervezése, nyújtása; központi pénzügyi, gazdálkodási monitoring rendszer és üzemgazdasági kontrolling rendszer).

- Közbeszerzések szisztematikus feltérképezése: a támogató és alap szolgáltatási területeken hol van, hol lehet valós, reális esélye az akár országos szinten összevont beszerzésnek, és hol kell meghagyni az intézményi szintű beszerzése lehetőségét, vagy kisebb intézményi csoportok esetében összevonni a beszerzéseket. Menedzsment feladatok: Intézményi összevonások egészségügyi és orvos-szakmai támogatása, hatáselemzések készítése; változás-menedzselés; átalakuló, integrálásra kerülő intézmények szervezeteinek, irányítási döntési struktúrájának kialakítása;
- Intézményi infokommunikációs standardok kidolgozása és rendszerek egységesítése. Országos telemedicina rendszer mielőbbi kiépítése. Nem egy beszállító kiválasztása a feladat, hanem a követelményrendszer egységesítése és a fejlesztések irányának és tartalmának összehangolása.
- Betegút-menedzsment rendszer mielőbbi kialakítása, térségi egészség-szervezési feladatok részletes módszertanának és szabályrendszerének kidolgozása. (Erre a TÁMOP 6.2.5 program keretében várhatóan már idén lehetőség nyílik.)
- Nemzeti szakmai programok menedzselése – irányítása. E programok konkrét akcióinak, feladatainak lebontása az egyes intézmények szintjére: konkrét feladatok, fejlesztések kidolgozása és megvalósítása. Kiemelten a sürgősségi ellátási, onkológiai ellátási, szív-érrendszeri ellátási és prevenció programokban (stroke program), nemzeti veseprogram, diabétesz program. Ezek esetében a programok konkrét szakmai tartalmát és menedzselését rá lehet bízni szakmai grémiumokra és kutató műhelyekre, de a háttérrel, logisztikát és a követelményrendszert javasolt a Felügyeletnek biztosítani.

- Kiemelt figyelmet kell fordítani, a minőségbiztosítás és egyéb kontroll-mechanismusok szervezeti függetlenségének biztosítására, vagy legalábbis viszonylagos önállóságának kialakítására az állami intézményrendszeren belül.

ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK

A kocka el lett vetve, megfelelő megalapozó elemzések és felkészülés nélkül. Ha már a Kormány, majd azt követően a Parlament is elfogadta az állami tulajdonba vonást, akkor a jelenlegi helyzetben már arra kell törekedni, hogy a lehető legtöbb eredményt, hatékonyságjavulást lehessen elérni az intézményi felügyelet és fenntartói jogosítványok koncentrációjával. Javasolt szisztematikusán áttekinteni, hogy nemzetközileg milyen jó gyakorlatok terjedtek el, milyen vezetési – irányítási – menedzsment technikákat lehetne adaptálni a hazai egészségügyi intézmények esetében. Továbbá áttekinteni, hogy milyen erősségekkel bírnak a hazai kórházaink, amelyek egyfajta best practice-ként kiterjeszthetők más intézményekre (pl. sürgősségi osztályok szervezése, onkoteamek működése, diagnosztikai eszközpark és gyakorlat magas szintje, prevenció-gondozási programok működtetése (kardiovaszkuláris betegségekben, cukorbetegség gondozásában), jó gyógyszerbeszerzési és gyógyszerellátási gyakorlat, stratégiai menedzsment, kontrolling rendszerek, minőségbiztosítás).

A 2009-2010 során készített doktori disszertációm egyik tanulsága éppen az volt, hogy a korábbi tulajdonosi és intézményi működési struktúrában számos helyi innovációra került sor. Ezeket az innovációkat vétek lenne bedarálni egy merev, bürokratikus intézményi felügyeleti rendszerbe. Ezek támogatására, felkarolására lenne inkább szükség, hogy a nehéz gazdasági és bonyolult szabályozási környezetben a szűkös erőforrásokból az egészségügyi intézményeink mégis talpon tudjanak maradni az ellátás színvonalának további leépülése nélkül.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Boncz, I. (2010). Az állam és a magánoldal szerepválalása az egészségügyi szektorban: privatizáció és/vagy vissza(államosítás). In Bodrogi József (szerk.) A magyar egészségÜGY – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis, Budapest.
- [2] Chacravarty, S., Gaynor, M., Klepper, S., Vogt, W. (2005): Does the profit motive make Jack nimble? Ownership form and the evolution of the US. hospital industry. Working Paper 11 705. National Bureau of Economic Research.
- [3] David, G. (2005): The Convergence between for-Profit and Nonprofit Hospitals in the United States. Wharton School of Business.
- [4] Dózsa, Cs., Dérer, I., Takács E., Bodnár V. (2006): Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése I. rész. A működés korszerűsítésének lehetőségei. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja V. évf. 4. szám 5. old
- [5] Dózsa, Cs., Dérer, I., Takács E., Bodnár V.(2006): Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése mint a magyar egészségügyi rendszer reformjának egyik fontos eszköze II. rész. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja V. évf. 8. szám 5. old
- [6] Dózsa, Cs. (2010). Kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre Magyarországon a 2000-es évek elején. www.medecon.hu.

- [7] Dózsa, Cs. (2011). Struktúra-váltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgásterét a 2000-es években. IME X. évf. 3. szám 2011. április.
- [8] Egleston, K. (2008). Soft Budget Constraints and the Property Rights Theory of Ownership. *Economics Letters*, 100, 425-427.
- [9] Herr, A. (2008). Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 17(9), 1057-1070.
- [10] Kornai, J. (1998) Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- [11] Kornai, J., Maskin, E., Gerard, R. (2003). Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature*, 61, 1095-1136.
- [12] Lindrooth, R. C., Weisbrod, B. A. (2007). Do Religious Nonprofit and for-Profit Organizations Respond Differently to Financial Incentives? *The Hospice Industry. Journal of Health Economics*, 26, 342-357.
- [13] Saltman, R. B., Bankauskaite, V., Vrangbaek, K. (2007). Decentralization in health care. *Strategies and Out-*
- come. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press.
- [14] Saltman, R. B., Durán A., Dubois, H. FW. (2010) *Governing Public Hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series 25*. Open University Press.
- [15] Orosz, É. (2010). A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In Bodrogi József (szerk.) *A magyar egészségügy – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleménynyitékép*. Semmelweis, Budapest.
- [16] Sloan, F. A. (2000). Not-for-profit ownership and hospital behaviour. In Culyer, A. J., Newhouse, J. P. (eds). *Handbook of Health Economics*. Chapter 21. Elsevier, Amsterdam, 1141-1174.
- [17] Tjerbo, T., Hagen, T. P. (2009). Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting After the Norwegian Hospital Reform. *Scandinavian Political Studies*, 32, 337-358.
- [18] Az állami szerepvállalás tovább erősödik. IME 1012. XI. évf. 2. szám, 12-13. old.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint főigazgató-helyettes. 2005. május és 2006. június között az Egész-

ségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, részállásban az ELTE egészségpolitika MSc képzés külső oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Covinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében. 2011-2012-ben a META elnöke. 2006-tól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.

Keresztelő Visegrádon

A 2012-ig fővárosi kórházként működő Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház és Gyógyfürdő a tulajdonosváltással párhuzamban új nevet kapott. Az intézmény vezetése Dr. Erdő Péter bíboros érsek urat kérte fel a névválasztásra, közös egyeztetéssel végül Szent Kozmát és Damjánt választották névadóul. A kórház keresztelőjére 2012. április 21-én került sor, mely napon a bíboros úr hálaadó istentisztelet keretében szentelte fel a szakkórházat.

A Szent Kozma és Damján név hívebben tükrözi a rehabilitáció lényegét, amely mindig a fogyatékkal élő ember teljes lényére irányul. A teamben dolgozó szakemberek munkája akkor lehet eredményes, ha a pácienseik funkcióvesztésén kívül (járás, kézfunkciók, beszéd, mindennapi élettevékenység stb.) a beteg pszichéjét, lelkét is gyógyítják. A Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház másfél évtizede szolgálja a rehabilitáció ügyét.

A 2012-ben bekövetkezett tulajdonos váltásig – amikor a kórház Fővárosi Önkormányzat Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház és Gyógyfürdő néven még a fővárosi önkormányzathoz tartozott – alakította ki a jelenleg is működő struktúráját. Négy osztályon (két mozgásszervi – közülük az egyik Európai Unió Akkreditációval rendelkezik a csontritkulásos betegek törés utáni rehabilitációjára vonatkozóan – gastroenterológiai és geriatríai) 230 ágygal szolgálja a fogyatékkal élő embereket, hogy azoknak életminősége a lehetséges legnagyobb mértékig javuljon.

TÉ