

A magántőke tőkepozíciója és mozgásterének az egészségügy gazdaságában

Dr. Nagy László, Jahn Ferenc Kórház

Az egészségügy az államháztartás egyik legnagyobb elosztó rendszere, amely a közszféra ágazatai közül válságjelenségeivel vélhetően a legelőnytelenebbül befolyásolja a nemzeti köztudatot és közérzetet. A hazai egészségügy gazdaságának válsága – a jelenség és a lényeg összefüggéseinek oldaláról közelítve – olyan, a nemzetközi összefüggéseket (és tendenciákat) is magában hordozó komplex jelenség, amelynek legfőbb szeleiteit a finanszírozás, a struktúra, a szakmai és az etikai összetevők képezik. A rendszer kulmináló forráshiánya és az ellátórendszerben a „szűkösség” közgazdasági alapproblémájának közgazdasági kezelése a társadalom számára egyre nehezebben elviselhető drasztikus megoldásokat teremtenek. A működési és a felhalmozási alapokat egyaránt érintő súlyos (és számszerűsíthető) forráshiány természetesen nemcsak a tőkeforrások, hanem a gazdaság input oldalának szinte valamennyi erőforrását érintik. Az európai trendekhez való távlatos felzárkózás elkezdése alapvetően attól függ, hogy a rendszer konszolidációjában és modernizációjában, a köz és a magán szféra érdekegyeztetése nyomán új szinteként létrejön-e az átalakulás korrekt és szabályozott feladat- és kockázat megosztásán alapuló hatékony együttműködése.

BEVEZETÉS

A magántőke jelenléte és befektetői gyakorlata az egészségügy gazdaságában az egészségügy gazdaságtanának átfogóan kevésbé kutatott területei közé tartozik. Pedig e területről származó és meghatározott rendező elvek szerint elemzett, kellő szélességű és mélységű információk nélkülözhetetlenek lennének, egyrészt a magánbefektetői döntések, másrészt a magánbefektetéseket hatékonyan segítő állami és önkormányzati politikai döntések megalapozásához. Természetesen, amire igény van, az a keresleti oldalról megteremtési maga kínálatát és a piac szabályai szerint kialakítja a saját szolgáltatói életterét. Nagyon lényeges ugyanakkor, hogy e területet illetően létrehozhatóak legyenek azok a hiteles, naprakészen frissített, összehasonlításra és elemzésre lehetőséget biztosító adatbázisok és „tudásalapú műhelyek”, amelyek a magántőke tényleges egészségpiaci jelenlétének meghatározásán túl, a távlatos együttműködés egészségpiaci előrelépésében a befektetési döntések előkészítésében szakmailag megalapozott véleményeket alakíthatnak ki. A „globálisan gondolkodni és lokálisan cselekedni” alapelve e területen is annyit tesz, mint a „kutatni és nem matolni elve”,

amely egyet jelent az alapvetően szakmai értékalapú gondolkodással és gyakorlattal.

EGY LEHETSÉGES KIINDULÓPONT

Egy téma tárgyalása során igyekezni kell egy kiindulópontot meghatározni. Egy ilyen lehetséges kiindulópontnak ígérkezik az egészségügy „tőkefogyásának” rövid, vázlatos összefoglalása (1. ábra).

Az összetevők elég közismertek. Rövid összefoglalásuk mégis mindig indokolt, hiszen az egészségügy forráshiányának kiinduló pontján mindig célszerű a rendszerszemléletű megközelítések miatt az alapösszefüggések bemutatásához ragaszkodni. Az egészségügy gazdaságának rendszerváltást követő története ugyanis nemcsak a makro- és mikro-gazdasági szinten közgazdaságilag is jól értelmezhető alulfinanszírozottság, a maradék elven való finanszírozás és a totális hiánygazdálkodás, hanem a „félúton-tévéúton” megoldások rendszert torzító, személyi és tárgyi feltételeit a működő képzetlenség határára sodró története is. Ugyanakkor a rendszer makro-összefüggéseinek, a tőkefogyás okainak bemutatása indokolt abból a szempontból is, hogy a magántőke a rendszer modernizációjában mire fog vállalkozni és miben nem lesz – még „Teréz Anyai” befektetés szintjén sem – partner.

„OLDÁSOK ÉS KÖTÉSEK”, AZAZ FORRÁSTEREMTÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

2003. február 14-én hirdette meg a kormány a kormányprogramjának megfelelően az „Egészség évtizede” c. programját. Ebben meghatározta az elkövetkezendő 10 éves időhorizontban az egészségügy konszolidációjának és modernizációjának átfogó, több kormányzati cikluson átívelő célkitűzéseit, melynek tényleges forrásszükségletét a szakértők a 2003. évi folyó áron 1500 Mrd Ft-ra becsülik. A program egyik közvetlen stratégiai célkitűzése, hogy a magyar egészségügy finanszírozása – vásárlóerő paritáson – a 2006. évi zárkózson fel az Eu. átlagának legalább 2/3-át kitevő szintre. E távlatos programnak a jelen kormányzati ciklusban megvalósuló cselekvési programja az „Esély – Egészség – Európa” nevet viseli, amelynek végrehajtása az államháztartástól mintegy 600 Mrd Ft többletforrás investícióját igényli. A többletforrások megnyitása a gyakorlatban azt is jelentené, hogy a 2006. évi egészségügyi évente 150 Mrd Ft többletforrásban részesülve, évente 0,3%-al növelné a GDP-ből való részesedését. Az egészségügy a 2002. évben 150 Mrd Ft, a 2003. évben pedig 170 Mrd Ft többletforrásban részesült, amelynek következményeként a 2003. évi egészségügyi finanszírozás

reálértékben „elérte” az 1993. évi szintet, miközben a működő tőkebeérkezések (FDI) szempontjából alapvetően fontos nemzetgazdasági versenyképesség szintje visszaesett az 1995. évi szintre. A rendszert felhalmozási alapok (beruházások, fejlesztések) oldaláról stabilizáló, közvetlenül és „égetően” szükséges források nagysága folyó áron 300 Mrd Ft-ra, a magánbefektetők kör számára „címzett” teljes forrásszükséglet – a megjelölt közforrások felett, többletforrásként 900 Mrd Ft-ra becsülhető. A nagyságrendekből és a forrásteremtési összefüggésekből is világosan látható, hogy ez az igen jelentős – 900 milliárd Ft-os – többletforrás igény nem biztosítható kizárólag az adó és járulékos bevételekből, a programok teljesítéséhez nélkülözhetetlen a magántőke széleskörű és dinamikus bevonása, a szervezett és szabályozott közcélú magánbefektetések feltételeinek megteremtése az egészségügy gazdaságában. A 2002. évben az önkormányzatok pályázattal benyújtott és az egészségügyi ellátórendszert érintő „címzett” támogatási igénye 150 Mrd Ft volt, miközben az egészségügyi kormányzat a 300 Mrd Ft-os igényt is megalapozottnak ismerte el. Ténylegesen 12 kórház részesült mindössze 21,2 Mrd Ft-os nagyságrendű „címzett” támogatásban (ebből 19,1 Mrd Ft volt az állami és 2,1 Mrd Ft volt az önkormányzati fenntartói önrész). Ugyanakkor a továbbiakban részletezendő célként került megfogalmazásra a működési alapok feltöltésére irányuló 80-100 Mrd Ft-nyi lakossági egészségcélú megtakarítás bevonása az ellátás finanszírozásába. A nemzetgazdaság jelenlegi teljesítőképességét, versenyképességi és strukturális problémáit valamint az államháztartás deficitjét ismerve, a monetáris és fiskális politika helyzetét makrogazdasági mutatókkal jól leképezhető „gazdasági és gazdálkodási kényszerpálya” ívén az egészségügy jövőképeinek alapvető kérdése, hogy az állami többletforrás juttatás jogintézménye be tud-e épülni a 2004. évi állami költségvetésbe, folytatható-e a magántőke további behívásához nélkülözhetetlen állami forráskötelezettségek vállalása, vagy sem.

A MŰKÖDŐ TŐKE SZEREPE

Az adósságot nem generáló – az államháztartás folyó hiányát megfinanszírozó – működő tőke (FDI) beáramlása, valamint az egészségügy gazdaságába történő tőkebeáramlások összefüggései további részletező kutatómunkát igényelnek, ám a jelenlegi összefüggések alapján is jelezhető, hogy az 1995. évtől a 2000. év első feléig dinamikusan növekvő működő tőke beáramlás „rokolyájának” szegélyén érkezett a működő tőke az egészségügy gazdaságába. Az UNCTAD 2001. évi jelentése szerint a fenti időpontig mintegy 24,5 Mrd USD kumulatív FDI beáramlás történt a magyar reálgazdaságba, amelyből 1,3 Mrd USD-nak megfelelő működő – a nemzetgazdaságba áramló kumulatív FDI 4-5%-a – tőke érkezett az egészségügy gazdaságába. Ha abból az alapvetésből indulunk ki, hogy a dominánsan „bedolgozó-beszállító” versenyképesség alapú magyar nemzetgazdasági működő tőke beáramlási helyzete valamint az egészségügybe történő tőkebeáramlás nagysága és üteme közvetlen összefüggést mutat, akkor az egészségügybe irányuló jövőbeli tőkevárakozások számára nem felelhetőek a következők:

- 2000. év második felétől erőteljes a visszaesés a működő tőke beérkezésben,
- a nemzetgazdasági kumulatív FDI 4-5%-a érkezett az egészségügybe,
- a 2002. évben a működő tőke térségi beérkezésének 8. helyére „csúszott” vissza Mo.,
- a 24,5 Mrd USD érkezésével a kum. FDI-ben így is a térségi 2. helyet foglaljuk el,
- 2002. évben a térségi tőkeimport és a tőkeexport 3. helyét foglaltuk el,
- 2003. év első felében a „tőke megy és nem jön” állapot alakult ki.

Az összefüggés egy másik színtere a nemzetgazdasági versenyképesség javításának és az egészségügy gazdaságának ebben játszott prioritása lehet. Nyilvánvaló, hogy a beszállító-bedolgozó alapú nemzetgazdasági versenyképesség gazdaságtörténeti szerepe és jelentősége „elfelejtendő” lesz és a növelni kívánt – „szellemi-innovatív” – versenyképességnek mindenképpen meghatározó elemei lesznek az egészségügy, az oktatás és a kutatásfejlesztés piacai. Természetesen nagy kérdés, hogy az egészségügyi magánbefektetések elé „szőnyeget terítő” költségvetési források a 2004. évi költségvetésben miként kerülnek pozícióba és a nemzetgazdasági működő tőke pozíciók negatív tendenciája – „tőke megy és nem jön” helyzete – milyen kihatással lesz az egészségügyi működő tőke beáramlására.

A MAGÁNTŐKE JELENLÉTE AZ EGÉSZSÉGÜGY GAZDASÁGÁBAN – ALAPÖSSZEFÜGGÉSEK

Az egészségügy gazdaságába a magántőke alapvetően két oldalról, nevezetesen a szolgáltatói és a finanszírozási oldalról érkezik. Jelenlegi pozicionálását is ez alapján lehetséges elvégezni (2. ábra).

A 2002. évben az egészségügyi szolgáltató oldal ágazati – mérlegszerinti – vagyona 400-410 Mrd Ft volt, amelynek kb. 10%-át tette ki az ágazati magántőke saját tőke vagyona. A finanszírozási oldal tőkepozíciója ennél sokkal kedvezőlenebb volt. A finanszírozási oldalon forrástöbbletként lehet számba venni az üzleti biztosítók balesetbiztosítások és üzleti – kockázati alapú – egészségbiztosítások céljából kötött biztosítási szerződéseinek alapuló lakossági éves tagdíjbefizetések összegét, amelyek évi 1,2 millió kötetést figyelembe véve évi 10 Mrd Ft-ot jelentenek. Ezek a biztosítások természetesen kockázat alapú, káreseményekkel összefüggő biztosítások, amelyek jelenleg nem alkalmasak a természetbeni egészségügyi szolgáltatások vásárlására. A 2002. évben az önkéntes egészségpénztárak (ÖEP) éves tagdíjbevétele 151,2 (ezer Fő) kötésből 9,2 Mrd Ft volt, míg az önszegélyező egészségpénztárak (ÖSP) tagdíjbevétele 77,4 (ezer fő) kötésből 3,3 Mrd Ft volt. Összességében a finanszírozási oldalon mindössze 12,5 Mrd Ft-nak megfelelő lakossági többletforrás lehetséges a jelenlegi tőkepozíciók szerint. Alapvető – stratégiai – fontosságúnak látszik a hazai egészségbiztosítás 2004. évi továbbfejlesztése a „második pillér” vonatkozásá-

ban, a kiegészítő biztosítások keretében a lakossági egészségcélú megtakarítások szervezett, szabályozott formájában – felhasználási és adózási preferenciákkal – történő szélesebb körű bevonása a rendszer finanszírozásába. További megoldásra váró lényeges és feszítő probléma az 1997. évi LXXXIII. tv.-ben definiált „széles alapú” közfinanszírozású szolgáltatói csomag, valamint a közfinanszírozásban rendelkezésre álló források nagysága közötti növekvő „szakadék” áthidalása. Ezt enyhítendően kerül sor a munkavállalói egészségbiztosítási járulék 1%-os emelésére a 2004. évi költségvetési évben. Ennek a problémának azonban az átfogó kezelése egyre inkább nélkülözhetetlenné teszi a közfinanszírozású egészségbiztosítási csomag szolgáltatási kompetencia határainak újragondolását és törvényi szintű kodifikálását, megnyitva a lehetőséget a kiegészítő és üzleti biztosítások számára a természetbeni egészségügyi szolgáltatási csomagok vásárlását illetően. A forrástöbblet finanszírozási oldalon történő további pozícionálását jelentheti a közfinanszírozású ápolási biztosítási (ilyen jogcímen legalább évi 50 Mrd Ft forrástöbblet) és a balesetbiztosítási üzletág – egyre sürgetőbb- bevezetése. (Az előbbi bevezetése a 2005. évre tolódot, az utóbbi még bizonytalan, bár bevezetését az ILO már 1992-óta minden kormányzati ciklusban próbálja elérni). A finanszírozói oldalon tehát a lakossági háztartási megtakarítások szervezett és fokozódó súlyú bevonása mellett a magántőke jelentősebb szerepvállalása csak akkor biztosítható, ha következetes és jogilag definiált döntéshozói lépések és intézkedések történnek az üzleti biztosítók valódi egészségügyi ellátási szolgáltatásvásárlói szerepének növekedése, a finanszírozás „hárompilléres” rendszerének kialakítására.

A PRIVÁT SZFÉRA RÉSZESEDÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÖSSZKIADÁSOKBÓL

A 2002. évben az egészségügyre fordított 1500 Mrd Ft összkiadásból, kb. 1200 Mrd Ft-ot a közkiadások, kb. 300 Mrd Ft-ot az egészségügyi – magánkiadások – lakossági hozzájárulások tettek ki (a KSH adata szerint 2001-ben ez 303 Mrd Ft volt, 20%-al magasabb, mint 2000-ben). A közkiadások 2001-től történő és a 2002-2003-tól folytatódó növekedése az összkiadásokon belül átrendezte a köz és a magánkiadások korábban igen kedvezőtlen arányát. Míg 1999-2000-ben az összkiadásokon belül a közkiadások és a magánkiadások aránya 69,5%:30,5% volt, addig a közki-

adásoknak a összkiadásokon belüli gyorsabb növekedése ezt az arányt 2002-re már 73%:27% arányra alakította át. A 2002. évben az egészségügyre fordított összkiadások egyenes, vagy közvetlen kifizetéseinek 60%-a a közszférába, 40-42%-a a privátszférába irányult. Ez utóbbinak meghatározó elemei voltak:

- az E. Alap egyenes, közvetlen kifizetéseinek 16%-a a magánszolgáltatók felé,
- gyógyszer és gyógyászati segédeszközök tb. támogatásai,
- címzett és céltámogatások, ingatlan és nagy értékű tárgyi eszközre (beruházás, fejlesztés címén).

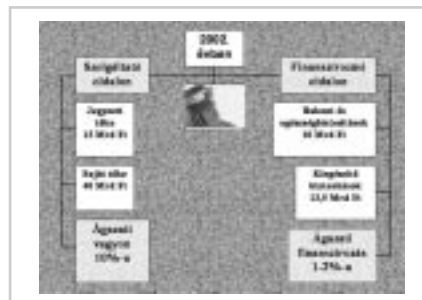
Az alapösszefüggéseket az alábbi ábrán kísérhetjük figyelemmel (3. ábra).

A PRIVÁTSZOLGÁLTATÓK RÉSZESEDÉSE AZ E. ALAP KIFIZETÉSEIBŐL

A 2002. évben az E. Alap kifizetéseinek 16%-a a magánszolgáltatókhoz, 84%-a a közszféra szolgáltatóihoz került közvetlen, vagy egyenes kifizetésekkel. A jogilag szabályozott és az ÁSZ által is ellenőrzött „elsődleges” elosztás mellett a „másodlagos” elosztás területén lényegében átláthatatlan, követhetetlen „keresztfinanszírozás” alakult ki a közszféra és a magánszféra szolgáltatói között. Emiatt e területen a magánszféra „másodlagos” elosztáson alapuló refinanszírozása a közszféra szolgáltatói felől ténylegesen nem áttekinthető, legfeljebb becsülhető. Nagyon sajátos a E. Alapból történő OEP finanszírozás „kettős rázorultsági” elven történő alkalmazása, amely reálisan azzal számol, hogy a közszféra szolgáltatói számára az E. Alap kifizetéseinek 84%-ára való kandidálása aligha képzelhető el a közszolgáltatóknak a magánszolgáltatók felé történő dinamikusan növekvő – a keresztfinanszírozással összefüggő kötelezettség vállalásokra épülő- szolgáltatásvásárlása nélkül (tartós bérlet, lízing, kiszervezések, alternatív tőkebefektetések stb.). Ha a mindennapi gyakorlatban azt mondjuk, hogy a paraszolvenca a magyar egészségügy „szürke-fekete” gazdasága, akkor az egészségügy gazdaságának ez a másodlagos elosztási területe az egészségügyi finanszírozás valódi „dzsungel”. A magántőke befektetések számára is hosszú távú stratégia érdek e terület áttekinthetősége, szabályosságának, szabályozottságának biztosítása. Határozott közérdek kapcsolódik ahhoz, hogy a közpénzek közszolgáltatókon túli mozgásai is jól és biztonságosan követhetőek legyenek. („Üvegzséb” program – az ÁSZ szerepe!) (4. sz. ábra)



1. ábra



2. ábra



3. ábra

A MAGÁNSZOLGÁLTATÓK RÉSZESEDÉSÉNEK ALAKULÁSA AZ E. ALAP KIFIZETÉSEIBŐL

1995-ben 12,5 Mrd Ft-al a magánszolgáltatók részesedése az E. Alapból 6,9%-os nagyságrendű, míg 2002-ben 78,5 Mrd Ft-al 16%-os nagyságrendű volt. 1995-2002 között a magántőke részesedése az E. Alap közvetlen, vagy egyenes kifizetéseiből mintegy 2-2,1 szeresére nőtt (5. ábra).

Jól látható, hogy 1995-től a magánszolgáltatók E. Alapból való részesedése dinamikusan növekedett – főleg az 1995. és 1998. évek között – holott ebben az időszakban a „Bokros csomag” és késői tektonikus finanszírozási utóregzései miatt legalább – kormányzati szinten is elismerten – 600-700 Mrd Ft tőkekivonására került sor az egészségügy gazdaságából. Már vannak adatok- de további bizonyítás szükséges – arra vonatkozóan, hogy a magánbefektetők kör kasszarészesedésének dinamizmusa a közszféra szolgáltatói kasszarészesedésének dinamizmusát meghaladó mértékben növekedett, különösen igaz ez az 5 legdrágább egészségügyi szolgáltatás területén. Ezekben a területeken az OEP finanszírozás a vásárolt szolgáltatás árába, a díjtételekbe építette be – nyilvánvaló preferenciákat teremtve – azt a profit elemet, amely a magántőke beruházói, fejlesztői beérkeztetése szempontjából „nélkülözhetetlen” volt.

EGYES MAGÁNSZOLGÁLTATÁSOK ARÁNYA AZ ÖSSZES NYÚJTOTT EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSON BELÜL

A magántőke és a magánszolgáltatói kör pozícionálása nem nélkülözheti azoknak a területeknek a pontos „feltérképezését”, ahol a magánszolgáltatók egészségügyi szolgáltatói „honosodása”, törvényi háttér nélküli meggyökeresedése – hídfőállásainak kiépítése – markánsan megjelenik (6. ábra).

A 2002. évben az igénybevett, vásárolt szolgáltatások 20%-át már a privátszféra szolgáltatói nyújtották (2002. évi cégbírósági bejegyzés szerint összesen 10 078 szolgáltató.) Az igénybevett szolgáltatásokból való magánszolgáltatói részesedés a tőkebefektetők érdekeknek és a tőke „logikájának” megfelelően természetesen nem egyenletes. Ezeknek az arányoknak az ismeretében jól követhető, hogy a finanszírozás a szolgáltatási díjtételek alakításával és a zárt kasszákból elosztható források befektetői tervezhetőségével hol „ágyazott meg” a magántőke befektetéseinek. Ugyanakkor az is látható, hogy az „átlagosan” finanszírozott, vagy „alul” finan-

szírozott szolgáltatási területekre a magántőke és a magánszolgáltatások még átmeneti taktikai megfontolásokból sem települtek be. Az eddigi áttekintésből is jó megítélhető, hogy a 90-as évektől napjainkig az egészségügyben a privát vállalkozások csak korlátozott számban és csak meghatározott – „mazsola”- területeken, alapos mérlegelés után jöttek létre. Az egészségügyi privát szféra helyzetének hiteles megítélése szempontjából ugyanakkor nem nélkülözhetjük a magánszolgáltatók és a magánbefektetők gyakran fogalmilag is „összemosódott” pozícionálását. A WHO Európai Regionális Bizottsága számára a 2002-ik évben készült tanulmány szerint vitatható a háziorvosi szolgáltatóknak a magánszolgáltatók közé való sorolása. Az 1992-ben elinduló – és 2002. évre 82,4%-os szintet elérő – funkcionális privatizáció az alapellátásban tényleges működő tőkebevonással nem járt – a rendelő, az orvostechika, az informatika az önkormányzatok tulajdonában maradt –, a 2000. évi II. tv. alapján pedig a jogosultaknak az állam az „első körben” ingyen adományozta forgalomképes vagyoni értékű jogként a praxist. Így, ha abból indulunk ki, hogy a magánszolgáltató egyben magánbefektető is – aki a szolgáltatás tárgyi feltételeit magántőke befektetésével biztosítja –, akkor az egészségügy magánszolgáltatói körét már sokkal árnyaltabbnak láthatjuk. Ez azt is jelenti, hogyha nem számítjuk a háziorvosi szolgáltatásokat, akkor már 8,3%-ra – lényegében a felére – szűkül a magánszolgáltatóknak az OEP kasszából való részesedése.

A TŐKEIMPORT ALAPÚ MAGÁNSZOLGÁLTATÁS EGY SAJÁTOS „HÍDFŐÁLLÁSA” A VESE-DIALÍZIS „PIAC” PRIVATIZÁCIÓJA

A magyar egészségügy első társas vállalkozásba szervezett magánvállalkozása 1989-ben az EuroCare volt. A művese kezelések piacosodása a tőkeimport alapú, „zöldmezős beruházások” sajátos területét képezi az egészségügy gazdaságában. A több tucatnyi kezdeti szereplőjű vállalkozó kör a piaci verseny erősödése, a területet érő tőkekoncentráció és tőkecentralizáció miatt jelentősen – mondhatjuk drasztikusan – leszűkült. A piaci versenyben csak azok a szolgáltatók tudtak megmaradni, amelyek gyártó és forgalmazói (Fresenius, Gambro), vagy legalább részben gyártói háttérrel (EuroCare) rendelkeztek.

Privatizációs sikertörténet:

- Főszereplők: Fresenius Medical Care, EuroCare, Gabro
- Ellátási kör: a művese kezelésre szorulók 88-90%-a



4. ábra



5. ábra



6. ábra

- Befektetett tőke: 1990-től 12 milliárd Ft!
- Piacképesek: csak a „gyártói” háttérrel is rendelkezők
- Ellátottak száma: évi 4000 krónikus vesebeteg!
- Az ellátott 4000 krónikus vesebeteg kezelésének 48%-át a Fresenius biztosítja
- Várható igény: évi 8%-os nagyságrendű szolgáltatási növekmény
- A hazai díjtétel(!) Európában csak a Törökországi díjtételnél magasabb
- A profit újra-befektetési szint csak 10-15%-os díjtételbővítéssel biztosítható
- Eredmény: Eu. középszinthez való minőségi felzárkózás!

A szolgáltatás területén a magánbefektetői kör beruházási, fejlesztési „kedve” továbbra is erőteljes és dinamikus növekvő. 2003. júniusában átadásra került (Fresenius) a hatvani kórház (300 millió Ft befektetés), 2003. szeptemberében a szolnoki Hetényi kórház (Gambro) új művese állomása. Az EuroCare művese állomásonként 300-300 millió Ft tőkebefektetéssel építi a siófoki, az ajkai, a mátészalkai kórház területén az új művese állomásokat. Várhatóan az új művese állomások beüzemelésével – ha az OEP befogadások is követik a szolgáltatásbővülést – akkor a magánszolgáltatói kör részesedése a művese kezelések piacán eléri majd a 92-94%-os szintet is.

MAGÁNSZOLGÁLTATÓK „PIACI” ELHELYEZÉSE „PORTFOLIÓ” SZEMLELETBEN

A magánszolgáltatói kör piaci elhelyezése jól mutatja azokat a „súlyozott” célterületeket, amely a magántőke befektetések valódi terepét képezik. A pozícionálás alapját a cégek koncentrációja és a szolgáltatással összefüggő éves árbevételből való részesedésük képezheti. Az elsődleges célterületnek a járó-beteg ellátás tekinthető, ahol a finanszírozásból való részesedése az 5,8%-ot, de az OEP-el kötött szerződésállományból való részesedésük már eléri a 27,6%-ot. A ténylegesen legfontosabb második befektetői területet jelentik az ún. „egyéb egészségügyi ellátások” (betegszállítás, otthoni ápolás, szakápolás stb..) A fekvőbeteg ellátásban működő vállalkozások (magánkórház, ápolás, kórházi ügyeltet ellátó vállalkozások stb.) súlya és jelentősége ma még mérsékeltnak tekinthető.

Az alapellátás és a járó-beteg ellátás területén:

- a cégek 2/3-a ide koncentrálnak
- a saját tőke 2/3-a itt kerül befektetésre
- itt realizálódik az árbevétel 59%-a

„Egyéb humán eü. szolgáltatások” területén:

- az árbevétel 1/4-ét realizálják
- Fekvőbeteg ellátás területén:
- az árbevétel 1/10-ét realizálják

A MAGÁNTŐKE SAJÁTTŐKE ÖSSZETÉTELE ÉS TŐKEJÖVEDELMEZŐSÉGE

A magántőke sajáttőke összetételének és tőkejövedelmezőségének értékelése nélkülözhetetlen az egészségügyi

magántőke várható befektetői „lépéseinek” megítélése, valamint a tőkemegtérülés nemzetgazdasági szintű összehasonlítása érdekében (7. ábra).

Jól látható, hogy míg a 2000. évben a sajáttőke-jegyzett tőke különbözete – a „tőkerés” 11,8 Mrd Ft volt, addig ez a 2002. évben már 28 Mrd Ft volt. Nagyon lényeges ebben a változásban, hogy amíg a jegyzett tőke növekedése mérsékeltebb volt, addig a sajáttőke nagysága 2 év alatt lényegében kétszeresére nőtt. Ez alapvetően azt jelenti, hogy az egészségügy gazdaságába befektető magántőke tartalékol – de mint a jegyzett tőke szintje mutatja, „ki is vár” –, a szolgáltatások árába beépített profitját újra befekteti, beruházási, fejlesztési szándékai változatlanul jelentősek. Ugyanakkor az is látható, hogy ebben a sajáttőke bővülésben meghatározó szerepet játszott, hogy a vállalkozások a 2000. évtől kezdődően a fokozódó állami kötelezettségvállalások alapján növekvő éves árbevételhez jutottak. Ez a növekvő árbevételi szint először 2003. első felében mutatott visszaesést, amikor a 2002. szeptember 1-el hatályos – átlagosan 50%-os – központi béremelés bérhányad részét a magánvállalkozások számára előnytelenül építették be a finanszírozásba. A GKI-EK kutatásai a magánvállalkozások ez év első felében bekövetkező finanszírozási visszaesését felméréseiben is rögzítette. Az egészségügyi magántőke befektetések tőkejövedelmezőségéről sokat elárulnak a tőkearányos – adózás előtti eredmény/saját tőke – és árbevételarányos – adózás előtti eredmény/éves nettó árbevétel – tőkemegtérülést reprezentáló mutatók. 2002. évben a magyar nemzetgazdaság reálgazdasági árbevétel arányos megtérülési mutatójának átlaga 4-4,5% volt. Ugyanebben az évben a hazai egészségügyi magántőke sajáttőke arányos megtérülési mutatója 16,2%, az árbevétel-arányos megtérülési mutatója 6-7%-os nagyságrendű volt. Jól látható, hogy a hozamok nagyságai magasabbak voltak a nemzetgazdasági átlagnál és közelítettek a legjobb feldolgozó szakágazatokban elért hozameredményekhez (gépkocsi ipar, mikroelektronika). A fentiek összegzéseként elmondható, hogy az egészségügy gazdaságának meghatározott szegmenseiben „honosodott” magántőke hozadékkal történő 12-15 éves időtávú megtérülésének esélyei (mindenképpen pozitív nettó jelenérték mutatói alapján) lényegesen jobbak, mint a nemzetgazdaság különböző szektoraiba beérkezett magántőke megtérülési esélyei.

MI VÁRHATÓ A BEFEKTETŐKTŐL?

Nagyon lényeges ezek után bemutatni, hogy mi várható a befektetői köröktől (8. ábra).

A szakmai befektetői kör tekinthető a stratégiai befektetői körnek, amely 6-7%-os árbevétel-arányos tőkemegtérülés mellett elsősorban piacot kíván vásárolni. A markáns profitérdekeltségű pénzügyi befektetői kör elsősorban a finanszírozás területén fog megjelenni, ha a szolgáltatás privatizációja után mutat érdeklődést, akkor várhatóan a szakmai befektetői kör mögött fog jelentkezni, biztosítva a szak-

mai befektetői kör befektetési portfóliójának megfinanszírozását. Sajátos – és sokat vitatott – helyzetet foglal el az ún. szakmai kisbefektetői kör – a bennfentesek –, amely lényegében a munkahelyet vásárló egészségügyi dolgozói befektetői kört jelenti. Ez a vélhető befektetői kör a tapasztalatlansága, a sajáttőke hiánya és szervezetlensége miatt valószínűleg nem lesz képes jelentős és mélyreható „munkavállalói típusú” privatizációra. E befektetői kör tőkesszükséglet oldaláról történő „helyzetbehozása” nem nélkülözheti az állami kamattámogatású és pályázati úton elérhető állami hitelalap létesítését (az eddigi kormányzati szándékok szerint 2004. évtől 15 Mrd Ft hitelalap kialakítására kerülne sor).

A MAGÁNTŐKE BEFEKTETŐI POLITIKÁJA

Az egészségügyi befektető tőke taktikai és stratégiai céljait és az ágazat sajátosságait is figyelembe véve a következőképpen jellemezhetők:

- célterülete: a járó-beteg ellátás,
- kis egészségkockázattal járó szolgáltatások,
- kiszámítható tőkekockázat, az elvárt és a teljesült hozamok közelsége,
- köz és magánzféra kockázat megosztásának lehetősége,
- körülhatárolható költségek, közben tartható költségelszámolás,
- az OEP zárt és külön kasszás finanszírozása,
- a profit finanszírozásba épített,
- átlagos vagy alulfinanszírozott szolgáltatási területek kerülése,
- háttérszolgáltatások, gyártó-karbantartó kapacitások a szolgáltatás mögött,
- óvatos, mérlegelt, tanulmányokon alapuló befektetések,
- az információs erőforrások rutinos, kiterjedt és hatékony alkalmazása,
- célszerű, tudatos PR és marketing tevékenység.

Az egészségügy gazdasága területén „kockázati” tőkebefektetések történnek, így az „infiltratív” jellegű magántőke befektetések alapvetően – és majdnem kizárólag – azon területek felé irányulnak, ahol a befektetés megtérülésének számított nettó jelenérték mutatója mindenképpen 1-es érték felett van, tehát ahol a tőkebefektetés kockázata jól belátható, felmérhető és kiszámítható.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI MAGÁNSZEKTOR FEJLŐDÉSÉNEK AKADÁLYAI

Nagyon lényeges, hogy lehetőleg teljes körűen áttekintsük e területet érintő igazi problémákat:

- A lakossági fizető és vásárlóképes kereslet viszonylag kis volumenű.
- Lényeges magánsektorú kapacitások eddig nem tudtak kiépülni.
- Paraszolvencia, mint társadalmi értékrendbe épült norma komoly akadály.
- A hazai betegkör „érzékenysége” nagy.
- A magánbiztosítások rendszere fejletlen, kialakulatlan.

Alapvető fontosságúnak tűnik a magánfinanszírozás legális és erős kiegészítő piaccá szervezése. Az egészségpiac kínálati oldalán az önkéntes kiegészítő díjak valamint a fakultatív co-payment bevezetése, míg a keresleti oldalon az egészségcélú megtakarítási számlarendszer bevezetése jelenthet egy vállalható megoldást. Ami a jövőre nézve nélkülözhetetlennek tűnik, avagy a lakossági források szervezett beemelése az egészségügy finanszírozásában az alábbi alapelvek mentén lehetséges:

- Saját egészségért-saját zsebből fizetni hajlandók tényleges előnyökhöz való juttatása.
- Kiegészítő biztosításokon keresztül bevont lakossági megtakarításokhoz kapcsolódó kedvezmények (felhasználhatóság, adókedvezmények, örökölhetőség stb.).
- Preferált önkéntes pénztár tagság (ÖEP és ÖSP).
- „Kockázat alapú” egészségügyi szolgáltatási csomagok vásárlásának lehetősége (üzleti biztosítás).
- Ápolási biztosítás és balesetbiztosítás intézményesítése.
- Egészségtudatos érdekeltségi alapú magánbiztosítások terjedése.

Az egészségbiztosítás „kétpillérű” átalakítása 2004. évi preferenciáinak megtervezésénél nélkülözhetetlennek tűnik a hazai kiegészítő egészségbiztosítások tényleges pozícióinak megítélése. Ha abból indulunk ki, hogy a lakossági hozzájárulás évi kb. 300 Mrd Ft-os mértékéhez képest az ÖEP és az ÖSP forrásgyűjtése az egészségcélú tagdíjbefizetések alapján évi 12,5 Mrd Ft, akkor azt kell mondanunk, hogy ez szinte töredéke a tényleges lakossági kiadásoknak, ebben jelentős tartalékok vannak, amelyek a megfelelő állami preferenciák mellett lehetővé tennék a lakosság egészségcélú megtakarításainak jóval szélesebb körű bevonását a finanszírozásba (9. ábra).

Év	Jegyzett tőke	Saját tőke	Tőkeösszesítés
2000	9,2 milliárd Ft	21 milliárd Ft	11,8 milliárd Ft
2002	12 milliárd Ft	48 milliárd Ft	39,8 milliárd Ft

Tőke-arányos megtérülés: 16,1%
Nettó átlagos megtérülés: 6,7%

Év	Átlagos megtérülés	1 Ft-ra jutó éves megtérülés
1998-2000	4,5-4,8%	3,80 Ft
2000-2002	5,9-6,3%	3,88 Ft

7. ábra

Kategória	Várható tevékenységek
Szakmai befektetők	Piacot választanak, Tartsák befektetésüket, 16-15 éves befektetési idő, 6-7 %-os megtérülési ráta
Pénzügyi befektetők	Markáns profitorientáció, Révvideg távú befektetés, Líkváltozások, rugalmasabbak.
Investíciós befektetők	Munkahelyi vásárlások, Távols befektetés, Állami preferenciákra bízhatók.

8. ábra

Tagdíjak (LH Ft)	1999	2000	2001	2002
ÖEP	49,5	71,4	108,5	151,2
ÖSP	46,1	60,5	88,7	117,8

Tagdíj (MH Ft)	1999	2000	2001	2002
ÖEP	2,0	3,9	6,0	8,8
ÖSP	1,9	2,5	2,4	2,8

Kassza (MH Ft)	1999	2000	2001	2002
ÖEP	0,8	1,7	3,3	5,5
ÖSP	0,7	2,9	2,9	3,7

9. ábra

A PRIVATIZÁCIÓS HAJLANDÓSÁG KÜLSŐ ÉS BELSŐ FELTÉTELEI

Ezek után célszerű áttekinteni a privatizációs hajlandóság külső, majd belső feltételeit.

Nézzük a külső feltételeket:

- A finanszírozás alapvető javítása, a szolgáltatási díjtételek árkarbantartása.
- Átlátható, követhető, kiszámítható finanszírozás.
- Hosszú távú egészségpolitikai és finanszírozási alapelvek elfogadása.
- Vállalkozásbarát jogszabályi környezet kialakítása.
- Társadalmi konszenzus a tehervállalásokról, a kockázatmegosztásról.

Milyen belső feltételekkel kell számolnunk?

- Amortizáció elszámolhatósága, megjelenése a szolgáltatás árában.
- A kórházi adósságok rendezése, konszolidáció-privatizáció.
- Az egészségügyi bérek alapvető javítása, a bérfelzárkóztatás biztosítása.
- Az egészségügyi szolgáltatás ÁFA-körbe kerülése.

Világosan látni kell, hogy az egészségügy gazdaságába beérkező működő tőkeforrásokat hoz a jelentős és növekvő méretű beruházási és fejlesztési szükségletek felhalmozási alapjainak feltöltésére, de nem fogja rendezni a rendszer kumulálódott külső és belső adósságait. Ennek feladata továbbra is a fenntartók kötelezettsége marad.

A MAGÁNTŐKE BEFEKTETŐI JELENLÉTÉRŐL

Az egészségügyi magántőke története nem előtörténet nélküli. Sajátos „serdülőkora” az eddigi tapasztalatok alapján életciklusában is szakaszolható (10. ábra).

Annak ellenére, hogy Magyarországon mindig is engedélyezett volt az orvosi és fogorvosi magánpraxis, a magánrendelők jelentősége az 1990-es elejéig egy-két szakterület-től eltekintve (fogászat, nőgyógyászat) régegyényeket kiszolgáló, hiánypótló jellegű volt. Az egészségügyi és a szociális szféra magánvállalkozásai előtt a 113/1989. (XI. 15.) MT rendelet nyitotta meg az egészségügyi szektort egészen 2002. április 15-ig, amikor is a 2001. évi CVII. tv. felhatalmazása alapján született 69/2002. (IV. 12.) Korm. rendelet 29. § (5) b).-ja ezt a „hosszú életű” szabályozást hatályon kívül helyezte. Az egészségügyi szolgáltatói magánosítás jogszabályi környezetének alapjait – egészen a „lex Mikoláig” – lényegében ez a meglehetősen liberális jogszabály teremtette meg. A kialakuló jogszabályi környezet a vállalkozási és társasági törvényekkel koherens módon adott lehetőséget a különböző egészségügyi vállalkozásokra, felkeltve a külföldi tőke érdeklődését is az egészségügy iránt. Az egészségügyi tőke „érdeklődésének” időszaka sajátosan egybeesett a nemzetgazdaság eredeti tőkefelhalmozó típusú spontán privatizációs időszakával. A „Bokros csomag” meghirdetése és gyakorlati végrehajtása igen súlyosan érintette a közszféra, köztük az

egészségügy forráslehetőségeit, az igen súlyos mértékű 600-700 Mrd Ft-os forráskivonás ellenére, erre az időszakra esik a magántőke „betelepülésének” időszaka. A 2001-től megnyíló állami forrástöbbletek időszakára esik a „tőkeprofitálás” időszaka, amelynek során gyors ütemben nőtt a magántőke sajáttőke nagysága, dinamikus növekedett az éves nettó árbevétele, jelentősen emelkedtek és a nemzetgazdasági átlagot jóval meghaladóvá váltak a tőke megtérülési mutatók. Pontosán látható, hogy a tőke megtérülési közgazdasági szabályait illetően az egészségügy gazdasága sem lehet a „gyevi bíró”, ha a tőke kiszámítható kockázattal befektethető, az elvárt és a tényleges megtérülés közötti rés nem jelentős, ha a szolgáltatás árában, a díjtételekben megjelenített a tőke hozadékkal való megtérülése, ez mindig jelentős befektető aktivitást vált ki a befektetői körökből. A 2001. év decemberében elfogadott, végrehajtásában felfüggesztett, majd 2003. július 1-el hatályon kívül helyezett 2001. évi CVII. tv. valamint a 2003. évi XLIII. tv. törvény jogalkotóinak nem titkolt célja, – ha eltérő alapállásból is –, hogy további forrásokat vonjonak be az egészségügy gazdaságába. A folytatás kulcsa természetesen a 2004. évi költségvetési törvényben adódik, nevezetesen folytatható-e a működő tőke további behívása, az állami forrástöbbletek bevonása – és főleg ennek mértéke milyen lesz – elérhető lesz-e a lakossági megtakarítások szervezett és szabályozott egészségcélú forrásgyűjtése, megnyitható-e az út az üzleti biztosítás piaci szolgáltatásvásárlásai irányában. Magyarán és egyszerűbben – biztosítható-e a magántőke valódi egészségpiaci szereplővé való válásának hazai feltételrendszere.

A TŐKE ÉS A KÖZSFÉRA EGYÜTTMŰKÖDÉSÉRŐL

A modern jogkultúrájú államszervezetek számára a ma létező legnagyobb kihívások egyike a közszféra és a magánszféra kapcsolati és együttműködési rendszerének újragondolása. Az állami és önkormányzati közfeladatok hatékony ellátása tartósan már nem építhet a közjavak és közszolgáltatások kizárólag adó és járulékalapról finanszírozott „elhalasztott fogyasztásaira”. A köz és a magánérdek állami és önkormányzati szintű, szabályozási és finanszírozási alapú, hatékony és gyakorlatias érdekegyeztetésen alapuló munkamegosztása egyre inkább alapfeltétele a közszolgáltatások színvonalas, minőségileg is garantált ellátásának. A „tőkefőlönsleg” globalizált világában, a felhalmozási alapjaikban „tőkehiányos” államszervezetek a közszolgáltatások



10. ábra

„mai” fogyasztásra koncentráló korszerűsítése, fejlesztése terén aligha nélkülözhetik a magánszféra befektetői „tőkefeleslegének” és szolgáltatásainak jelenlétét. A közösségi célok és alapértékek társadalmi közjó szintjén való teljesítése ma már korántsem jelenti azt, hogy az értékteremtő közszolgáltatások garanciálisan kizárólag közösségi eszközökkel és intézményekkel érhetőek el. A közösségi célok eszköztárában, a korszerű, minőségbiztosított szolgáltatások palettáján egyre jelentősebb és növekvőbb szerepe van – és lesz a jövőben is – a privátszféra szolgáltatói és tőkebefektetői jelenlétének. A magyar egészségügy rendszerének „rendszer szemléletű” átalakítása – céltartományaiban és időhorizontjában is – aligha nélkülözheti ezeket a tényeket és tendenciákat.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügy egyik legnagyobb és legközismertebb problémája az erőforráshiány, szűkebb és gyakorlatiasabb értelemben a felhalmozási és a működési alapokat eltérő mértékben, de egyaránt érintő tőkehiány. A magyar egészségügy rendszerváltást követő 13 évének pénz és vagyongazdálkodását a „maradék elven” alapuló és reálérték alatti finanszírozás, a vagyonesztés, a rendszert fenntartási és működési oldalról egyaránt ellehetetlenítő, tartós és jelentős lepusztulást eredményező hiánygazdálkodás jellemezte. Az új évezred előterében és az EU-s csatlakozás erőterében az ellátó rendszer erőforrásainak valamennyi tartalékát felélte, külső és belső eladósodása, exkalálódó tőkehiánya igen súlyos

teherként nehezedik az ellátásért felelős államra és önkormányzatokra. A magánvállalkozások befektetői jelenléte és eddigi hatása az egészségügyre mind a mai napig nincs szisztematikusan felmérve és kielemezve, pedig erre a jelenlegi helyzetben a jó döntésekhez feltétlen szükség lenne. Ez nélkülözhetetlen lenne a privatizációról és annak mikéntjéről szóló nagyon sokszor parttalan és szakszerűtlen, nemritkán laikusán érzelmi alapú viták ésszerű „mederbe” tereléséhez is. Az egészségügy gazdaságába irányuló magánbefektetések eddigi története is azt bizonyítja, hogy az egészségügy szolgáltató piaca voltaképpen egy lényeges körülményben, nevezetesen a finanszírozásban tér el a versenypiacról. A befektetések ösztönzésének valódi kulcsszava a szolgáltatások árában, a díjtételekben van. Miután ezek kialakítása nem önköltség alapú, hanem „költségvetési elosztási” alapú, világosan látható, hogy a díjtételek nagyságának és elosztásának alapján lehet elérni a magántőke számára a talajt előkészítő profit beépítéseket. Ezeket a preferenciákat keresztül biztosítható – közgazdasági eszközökkel – a kapacitásában túlméretezett, torz szerkezetű és hatékonyságában megkérdőjelezhető ellátó rendszeri struktúra átalakítása, a rendszer strukturális oldalról feltétlenül és elkerülhetetlenül szükséges átalakítása. Ebben és nem másban lesz – lehet – kiszámítható partner az egészségügy gazdaságában már „honosodott”, vagy betelepülni kívánó magántőke, amely a minőség, a kiszámíthatóság, a hatékonyság és a tiszta viszonyok iránti érdekeltséggel, a fenntartókkal „új egyezsége” lépve vehet részt az egészségügyi közfeladatok hatékony és kooperatív ellátásában.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Nagy László 1974-ben a Debreceni Orvostudományi Egyetemen szerzett általános orvosi diplomát. 1997-ig a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Önkormányzat Hetényi Géza Kórházának általános sebészeti osztályán dolgozott, 1981-től főorvosi. 1999-ig az OEP OOSZI orvos-szakértő főorvosa. 2000-ig a Hatvani Önkormányzat Albert Schweitzer Kórházának igazgató főorvosa, 2002-ig az OEP OOSZI vezető főtanácsosa. 2002. óta a Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza orvos-igazgatója. 2000. decemberében a BKÁE Továbbképző Központjában

egészségügyi menedzseri, 2001. januárjában az ELTE Jogi Továbbképző Intézetében jogi szakokleveles orvosi II. diplomát szerzett. 2001. decemberében államháztartási és vállalkozási szakon felsőfokú pénzügyi tanácsadó oklevelet szerzett, 2002-ben ECDL felsőszintű vizsgát tett. A 2004. évi tanévtől a Nyugat-Magyarországi Egyetem II. diplomás MBA képzésének I. éves hallgatója. 1998-óta Magyar Közgazdasági Társaság Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Elnökségének tagja, a Társaság Egészség-gazdaságtani Szakosztályának Elnöke, tagja az EGVE-nek a MKSZ-nek, az Egészségügyi Menedzser Klubnak valamint a Magyar Közgazdasági Társaságnak. 2000-től az „Egészségügyi Kisakadémia” programvezetője.