

## Az úton végig kell menni

Molnár Attila, Zala Megyei Kórház

**Az egészségügyi ellátó rendszer meghatározó elemeinek állami tulajdonba vételét követően új helyzet jött létre, ami egyúttal új lehetőségeket is teremt. Ezekkel a lehetőségekkel élni kell. Fontos, hogy az átalakulás teljes egészében megvalósuljon, ne álljon meg félúton. A szerző elemzi az átalakulás folyamatát rendszerelméleti és változás menedzsmenti megközelítésben. Felhívja a figyelmet az érdekegyeztetés és a finanszírozás kiemelt jelentőségére, amelyet az átalakulási folyamat sarokkövének tart.**

*In Hungary recently the main elements of the health care system has been taken over by the state from local governments, creating a new status quo with new possibilities. One has to use this possibilities. Author emphasises that it is important to not to stop in the midway, and one have to complete this process. In this paper analyses the philosophy of the changes from the point of view of system thinking and change management. Author stresses the importance of negotiation with stakeholders and the role of the financing technique, being the cornerstones of the change process.*

### BEVEZETÉS

Ebben az évben a magyar egészségügyi ellátó rendszer közel 90 százaléka állami irányítás alá került, ami egyrészt nagy lehetőség, de ugyanakkor jelentős többlet feladatot is jelent. Nagy lehetőség azért, mert az egységes és központi irányítás valódi esélyt ad arra, hogy az egészségügyi intézményrendszert oly régóta nyomasztó strukturális, finanszírozási és humán erőforrás válságra megnyugtató megoldás szülessen. Megtörténtek az első lépések. Bekövetkezett az oly régóta várt egészségügyi béremelés, amely elsősorban a pályakezdő orvosok számára volt érdemes, és a szakdolgozói kör egy része számára is valamelyest könnyített a mindennapi egzisztenciális gondokon. Ahogyan azt dr. Szócska Miklós Államtitkár Úr is többször kifejtette, ez az első lépés, és megalapozottan reménykedik a folytatásban. Szükség is van erre, mert a szakdolgozók egy jelentős hányada, az orvosok egy része és a kórházak működéséhez elengedhetetlenül szükséges gazdasági- műszaki területen dolgozók is indokoltnak számítanak helyzetük javítására. Várjuk a folytatást.

### A MEGTETT LÉPÉSEK

A fekvőbeteg intézmények működési biztonsága és stabil gazdálkodása régóta igényelte azt, hogy váljanak egyértelművé az ellátás progresszivitási szintjei és az egyes intézmények által ellátandó feladatok köre. Mindkét területen tör-

tént előrelépés. Kialakításra kerültek a progresszivitási szintek és ezekhez igazodva ma már minden fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltató ismeri az ellátási területét. Nyilván finomhangolások még lesznek a rendszerben, de a működés körülményei és annak finanszírozási szükségletei egyre tisztábbak lesznek, lehetnek. Igaz, az első lépésben július 1.-től a feladat változásokkal nem sikerült arányosítani a finanszírozási forrásokat (TVK), ami az adósság állomány ismételt növekedéséhez vezet. A tiszta és átlátható helyzet azonban fontos előfeltétele annak, hogy a 2013. évi TVK felosztásnál már a feladataik mennyiségével és minőségével arányos finanszírozási bevételhez jussanak a szolgáltatók.

Teljesen indokolt és támogatandó a szakpolitika azon döntése, hogy a járóbeteg szakellátás önálló intézményeit érintő államosítás csak a jövő évben valósul meg. Öröndetes ez a döntés azért, mert így több idő jut a felkészülésre és megalapozottan alkalmazhatóak majd azok a tapasztalatok és tanulságok, amelyeket a fekvőbeteg intézmények első- és második körös államosítása során felhalmozódtak. Őszintén remélem, hogy a halasztás oka a praktikum és nem az, hogy ezúttal is elmaradnak a járóbeteg szakellátást érintő átalakítások, ahogy az a megelőző időszakban több alkalommal is előfordult. Fontos ez a kérdés a kórházak számára is, tekintettel arra, hogy mindegyikük rendelkezik jelentős járó kapacitással és nem szerencsés az, ha a forgalmuknak és bevételüknek számottevő részét kitevő járóbeteg szakellátási tevékenység működési körülményei, feladatai, progresszivitása és ellátási területe nem rendezett.

### A VÁLTOZTATÁS MENEZSMENTJE

Az elmúlt másfél évtizedben nagy lendülettel indultak úgynevezett reform folyamatok, amelyek a kezdeti lendület után lassan feloldódtak a szakmai lobbis és a politika egyre hatékonyabbnak bizonyuló oldószerében. Jó lenne ezt az oldószeret egy rövid időre semlegesíteni, mert az ellátó rendszernek nagy szüksége van a változásra. Ismét elindultunk egy úton, amin fontos lenne végigmenni, még akkor is, ha járattan utakat is meg kell ismernünk. Az sem elhanyagolandó szempont, hogy az eddigi csonka reform kezdemények összességükben – éppen talán a befejezetlenségük miatt, – végeredményüket tekintve inkább ártottak azzal, hogy generáltak néhány visszafordíthatatlan változást a rendszer bizonyos elemeiben, míg más elemek érintetlenül maradtak. Ezzel a kezdeti részsikerek fényét felváltotta a még nagyobb inkoherencia.

A Semmelweis Terv legnagyobb értéke az én szememben az, hogy kísérletet tesz az ellátó rendszer rendszerszemléletű kezelésére. Számba veszi annak egyes elemei közötti összefüggéseket, azok kölcsönhatásait. Azonban az elméletet a gyakorlat aprópénzére kell váltani és ez a sokkal nehezebb feladat. Az elképzelt ellátási folyamatot is működőképesen

határozza meg, azonban olyan energiákat és ösztönző hatásokat tételez fel, amelyek segítségével az elképzelt folyamat rövid időtávon belül megvalósulhat. Persze nyilvánvaló, hogy a politika négy éves ciklusokban gondolkodik, de az átalakulás csak több cikluson átívelő következetes munkával valósítható meg. Elegendő időt kell szánni a változtatások megalapozására, előkészítésére és azok bevezetését követően az új struktúra és feladatrendszer stabilizálására is. A valóságban az ilyen tempójú változásnak a nagy tehetetlenségi tömegű ellátó rendszer, illetve annak meghatározó belső és külső szereplői nehezen tudnak megfelelni.

Az elhatározott folyamat nyilvánvalóan végig vihető, de figyelemmel kell lenni arra, hogy a változás egy működő rendszerben az első fázisban bizonytalanságot eredményez, hiszen új szereplők, új kapcsolatrendszerek és érdekviszonyok jönnek létre. A második fázisban következik be az, hogy a változtatás szervesen beépül a rendszerbe, azaz stabilizálódik. Egy hasonlattal élve: csak akkor lépünk a következő lépcsőfokra, ha az előzőn már biztonsággal állunk. Amennyiben a rendszert olyan ütemben érik a változások, hogy a megelőző változás még nem stabilizálódott, a módosított rendszertől elvárt működési és funkcionális előnyök csak a tervezettnél jóval lassabban és alacsonyabb intenzitással jelentkeznek. Az egymást túl gyorsan követő változások miatt a bizonytalansági fázisok halmozódnak, egymás hatását erősítik. Ez a halmozott bizonytalanság viszont kockázatot jelent abban a tekintetben, hogy túlságosan sok teret, lehetőséget és municiót ad a változások – mindig létező – ellenzőinek, akadályozóinak és nem utolsósorban a bizonytalan helyzetekben a partikuláris érdekeiket professzionálisan érvényesíteni képeseknek.

## A VÁLTOZTATÁS ELEMEI, ÉRDEKÉRVÉNYESÍTÉS

A változásokat követő bizonytalanság mértéke és hossza is csökkenthető. Erre vannak jól bevált eszközök. Itt első sorban nem a kommunikációra, az előkészítés körülményeire és megalapozott voltára kell koncentrálni, hanem inkább a rendszer egyes elemeinek érdekeire és azok megfelelő érvényesülésére. A magyar egészségügyi ellátó rendszerben a rendszer egyes elemei a szolgáltatók. A jelenlegi struktúrában a rendszerben dolgozó orvosok, szakdolgozók, gazdasági-műszaki szakemberek a saját érdekeiket természetes úton a munkáltatón, megbízón keresztül áttételesen kell érvényesíteniük, és nem direkt módon a szakpolitika szintjén. Ugyanakkor ezeknek a munkáltatóknak, megbízóknak, azaz a szolgáltatóknak rendelkezniük kell azokkal az anyagi-, erkölcsi és szakmai erőforrásokkal, amelyek segítségével az individuális érdekek házon belül kezelhetőek.

A szolgáltatói érdekérvényesítés és érdek harmonizáció (hiszen az egész rendszerről beszélünk) megvalósulására soha nem volt még ilyen komoly és reális esély. Ennek alapja elsősorban az azonos tulajdonos és az ellátási térségek kialakítása. A közös tulajdonos egy tulajdonosi érdeket képvisel, tiszta és világos, az ország egész területére azonos elveket, szabályokat és elvárásokat közvetít. Ezek az elvek, szabályok és elvárások harmonizálnak a szakpolitikai célkitűzésekkel,

stratégiával. Ez korábban, lássuk be, nem így volt. Az egészségügyi szolgáltatóknak egyszerre kellett (volna) megfelelniük a tulajdonos önkormányzatok helyi- és a szakpolitika országos elvárásainak, ami nem sikerült, nem sikerülhetett. Az ellátási térségek meghatározása (a fogalmat itt nem feltétlenül földrajzi, hanem inkább csoportképző értelemben használom) egyértelműen determinálja, hogy mely intézményeknek, mely szakterületeknek kell együttműködniük. Tehát nem érzelmi-, politikai vagy üzleti alapon alakul ki az együttműködés, hanem világos, értelmezhető célok mentén valósul meg, amely egységes irányítás alatt áll.

Visszatérve a rendszerelméleti megközelítésre, tehát adott a komplex rendszer egésze (egészségügyi ellátó rendszer), amelyek meghatározott rész rendszerekből (ellátási térségek), azon belül pedig alrendszerekből (szolgáltatók) állnak. Nem szabad megfeledkezni arról, hogy az alapellátás is a rendszer szerves része, azok is egészségügyi szolgáltatóként definiáltak. Az alrendszerek is tovább bonthatók szolgáltatási és funkcionális elemekre. Minden rendszert, legyen az komplex-rész- vagy alrendszer, önmagában a saját érdekrendszere irányítja. Legfontosabb céljai (rendszerfunkciói) a fennmaradás, a fejlődés és a stabilitás. A magasabb szintű rendszer elem saját specifikus célrendszerét csak akkor tudja megvalósítani, ha a hierarchiában alacsonyabb szintű rendszer elemeinek érdekeit elismeri és törekszik azok lehetőség szerinti kielégítésére, hiszen egy rendszer elem instabilitása saját instabilitásait is eredményezi, így saját célrendszere sem valósul meg.

## A RENDSZER MOZGATÓRUGÓJA A FINANSZÍROZÁSI TECHNIKA

Az egészségügyi ellátó (komplex) rendszerben annak hierarchikus elemei között a célkitűzések (feladatok) és az érdekek érvényesítésének egyik alapvető közvetítő eszköze a finanszírozás. Ezért fontos, hogy a strukturális változások alatt a „kommunikációs” eszköz is mindig működőképes maradjon és sajátos cél-determináló illetve érdekérvényesítő funkcióival mindenkor segítse az átalakulást, a fenntartható, stabil, összehangolt és fejlődő működést a rendszer egyes elemeiben.

Egyik alapvető célkitűzés, azaz szakpolitikai elvárás, hogy az egyes egészségügyi ellátásokra azon a szinten kerüljön sor, ahol azok megfelelő hatékonysággal és indokolt költség ráfordítással elláthatóak. Ugyanakkor a finanszírozás mai gyakorlata szerint az ellátások jelentős hányada alternálható a járó- és fekvőbeteg szakellátások között. Tekintve, hogy az elérhető szolgáltatói bevétel a fekvőbeteg szakellátásban magasabb, így szolgáltatói érdek, hogy ott történjen meg az ellátás. A korábbi díjharmonizációs törekvések, mely szerint érjen ugyan annyit a beavatkozás, ha ambuláns formában látjuk el a beteget, nem volt eredményes. Nem is lehetett, mert ezen a ponton egy még erősebb partikuláris egyéni érdek írta fölül a kitűzött célt, mégpedig a fekvőbetegektől remélhető magasabb paraszolvencia reménye. Ez az érdek pedig direkt módon és nem a rendszeren belül tud érvényesülni. Amennyiben a finanszírozás e szakpolitikai érdeket érvényesíteni kívánja, szükséges, hogy az érintett ellátások ne le-

gyenek elszámolhatóak a fekvőbeteg szakellátás keretein belül, a járóbeteg ellátásban viszont legyen elérhető a jelenleginél magasabb, de a fekvő ellátásban alkalmazotthoz képest csökkentett díjazás. A két díjtétel közötti különbség az E. Alap szintjén viszont ne megtakarítás, hanem szabad forrás legyen!

Ennek és az e példához hasonló racionális módosításokból származó szabad forrásnak, természetesen kiegészülve az E. Alap növekményével, lehetővé kell tennie azt, hogy a finanszírozási díjtételek mindinkább közelítsék a tényleges, valós és indokolt ráfordításokat. A korábban – nem rendszeresen – alkalmazott ráfordítás adatgyűjtés nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Nem is tehette, mert a túlságosan bonyolult, indokolatlanul magas munkaerő és munkaidő ráfordítást igénylő felmérések eredményei a mintavételt követő második évben készültek el, amikor azok már aktualitásukat veszítették, így az eredmények érvényesítése elmaradhatott. Ma a GYEMSZI tulajdonosi feladatainak ellátása keretében igényt tart arra, hogy a felügyelete alá tartozó intézmények gazdálkodási adatairól folyamatosan pontos képet kapjon. Ettől egy lépés az, hogy a szolgáltatók évente egy alkalommal az általuk a fekvőbeteg szakellátás keretében teljesített ellátásairól egy ellátási eseménnyre vetített utókalkulációt készítsenek és nyújtsanak be. A beküldött adatok validitása a már rendelkezésre álló gazdálkodási adatok alapján ellenőrizhető. Túl azon, hogy az indokolt ráfordítások változása jól követhetővé válik, addicionális ellátás szervezési információt is jelent, hiszen értékelhető, hogy mely ellátások, a progresszivitás mely szintjén láthatóak el költséghatékonyan, természetesen létező szakmai- és finanszírozási protokollok mentén.

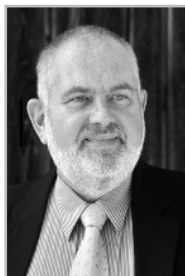
A finanszírozás rendszerében ma érvényes díjtételek 2009 áprilisában kerültek kihirdetésre. Az elmúlt több mint három évben pozitív irányú súlyszám vagy pontszám korrekcióra nem került sor. Ebből eredően az egészségügyi szolgáltatók ugyanazért az ellátási teljesítményért a három évvel ezelőtt megállapított díjazásra jogosultak. Ugyanakkor a ráfordítások oldalán érvényesülnek a makrogazdasági folyamatok hatásai, így változatlan fedezet mellett az ellátások költségei növekednek (például a minimálbér 87 500 forintról 93 000 illetve 108 000 forintra emelkedett). Ennek nyilvánvaló következménye az, hogy az egészségügyi szolgáltatók adósság állománya évről évre újra képződik. Érdemes megfigyelni, hogy az év végi – rendszeres konszolidáció előtti – kórházi adósság állomány minden évben jól közelíti az egy havi OEP finanszírozás mér-

tékét a gyógyító megelőző ellátásokra vonatkoztatva. Az egyes intézmények adósság helyzete nyilvánvalóan eltérő. Vannak adósság nélküli, de vannak több havi finanszírozásnak megfelelő mértékben eladósodott szolgáltatók is. Ez arra utal, hogy az adósság állomány önmagában nem releváns indikátor az ellátó rendszer gazdálkodásának megítéléséhez. Tartalmazza ugyanis a forráshiányból, a rendszer strukturális hibáiból, a helytelen TVK allokációból eredő zavarok hatásait és tartalmazza ugyanakkor a nem megfelelő és körütekintő gazdálkodásból eredő adósságok összegét is. Nem szerencsés az, amikor ez utóbbi hibák elrejtethetők az általános és objektív adósság válság tömegében. Ezen a területen tiszta és átlátható helyzetet kell teremteni. A rendszeres év végi adósság konszolidáció forrását szükséges lenne már az év elején, díjtételelemelés formájában, allokálni a rendszerben. Ennek megvalósulása esetén az objektív okokra visszavezethető adósság állomány már nem keletkezne újra, tisztulna a rendszer és láthatóvá válnának a valódi problémák és lehetőség nyílna azok megfelelő kezelésére. Tisztán és világosan elkülöníthetőek lesznek az ellátás szervezési- illetve TVK allokációs problémák és a valódi gazdálkodási zavarok.

## A RENDSZER MAKROGAZDASÁGI BEÁGYAZÓDOTTÁGA ÉS HATÁSA

Az ország jelenlegi gazdasági helyzetében tudjuk, hogy az ehhez szükséges többletforrás csak korlátozottan áll rendelkezésre. De ha az egészségügyi ellátó rendszerre fordított forrásokat nem improduktív költségként értelmezzük, hanem „befektetésként” határozzuk meg, akkor a nemzetgazdasági szintű hatásszámításokban más tényezőket is figyelembe kell venni. Az egészségügyi ellátó rendszer működtetésére fordított források közel 70%-a munkabér, amelynek közterhei visszakerülnek a költségvetésbe. Azokon a településeken, ahol kórházak és szakrendelők működnek, az egészségügyi szolgáltatók a legnagyobb foglalkoztatottak közé tartoznak. A források másik jelentős hányada, elsősorban termékek és szolgáltatások vásárlása révén, szintén állami bevételeket indukál. Ami azonban még fontosabb, hogy adófizető és GDP termelő munkaképes emberek visszatérését teszi lehetővé a munka világába. Az egészségügyre fordítandó többlet kiadások tervezése kapcsán indokolt lenne az abból keletkező költségvetési bevételeket is számba venni.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Molnár Attila** Jogi szakokleveles közgazdász, rendszerszervező, egészségügyi menedzser. Több mint 20 éve dolgozik az egészségügyben. Gazdasági igazgatója volt a Magyar Vöröskeresztnek, a XV. kerületi Szakrendelőnek, a Csepeli Weiss Manfréd Kórháznak és az Országos Baleseti Intézetnek. Nyolc éven keresztül dolgozott az

Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályán, ahol főosztályvezető helyettesként a fekvő- és járóbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók finanszírozását irányította. E munkakörében fontos feladata volt a finanszírozás rendszerének átalakításában való közreműködés. Részt vett többek között a TVK rendszer kialakításában és bevezetésében, a labor finanszírozás átalakításában. Jelenleg a Zala Megyei Kórház gazdasági igazgatója és ez év októberétől az EGVE elnöke.