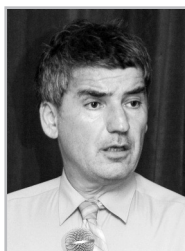


Olvasói hozzászólás:

## Régi és új tapasztalatok a közpénzből finanszírozott, ingyen beruházások megvalósulásáról

(Kiegészítő és magyarázó megjegyzések Dr. Tóth Árpád, Juhász Ildikó, Varsányi Attila cikkéhez [1])

Mihályi Péter, Pannon Egyetem Pénzügytan Tanszék



**Fontos és meggyőző elemzést tett közé a három szerző arról a beruházási programról, melynek keretében 2009-től 41 Mrd forintnyi közpénzből (java részt EU-pénzből) 71 fejlesztési projekt indult be Magyarországon a járóbeteg szakellátás koncentrált fejlesztése érdekében. Pontosabban szólva, a szerzők egy folyóirat cikk terjedelmére összefoglaló esettanulmány keretei között próbálnak meg általános következtetéseket levonni erről a részben már megvalósult, részben még folyamatban lévő szerkezet-átalakítási kísérletről.**

Hozzászólásom két részből áll: (1) Megmutatom, hogy az Európai Unió segélyprogramjainál használt standard értékelési módszer [2] szerint milyen osztályzatokat kapna az esettanulmányban részletesen bemutatott, Zirc városában 800 millió forintból megvalósított komplex járóbeteg szakellátó központ projektje. (2) Miután a program születésének időszakában viszonylag közel voltam a szakmapolitikai döntéshozatalhoz, kötelességemnek érzem a körülményekről utólag számot adni.

Ex-post értékelés. Vita és fenntartás nélkül elfogadva a szerzők által bemutatott konkrétumokat, a következő eredmény adódik.

Az esettanulmány őszintén bemutatja, hogy helyi szinten miképpen születtek azok a tervezési adatok, amelyek a pályázattal kapcsolatban lehetővé tették a támogatás elnyerését, ám a valóságban hamar megalapozatlannak bizonyultak. Amiről a szerzők beszámolnak, az nem más, mint amit a szocialista tervgazdaság működésének kiemelkedő hazai kutatói – például Bauer [3] – a tervbe akaszkodás módszerének neveztek. A lényeg az, hogy a beruházás bekerüljön a tervbe, majd elinduljon – azután már úgysem lehet leállítani. „Amelyik projekt a tervszálon sem áll meg a lábán a fenntartási időszakban, az alacsonyabb eséllyel indul a pályázati versenyben – ezért a tervezéskor olyan szituációt modelleznek és feltételeznek a projektgazdák, amellyel a fenntarthatóság alátámasztható.” – írják a cikk szerzői, akik (feltételezem) részben személy szerint is maguk voltak a projektgazdák.

Persze az idők változnak, napjainkban másképpen születnek a tervek (pályázatok), mint fél évszázaddal ezelőtt. Az EU pályázatok során igen gyakran – feltételezem, hogy a zirci példa esetében is – a pályázók külső, fizetett szakértők-

	Értékelési szempont	Számszerű értékelés	Verbális minősítés	Indoklás
1	Relevancia (relevance)	+1	Kielégítő	A fejlesztés jó a zirci betegeknek, a remélt keresztfinanszírozási hatás javítani fogja a városi kórház pénzügyi helyzetét. Ugyanakkor a kapacitásnövekmény nem jelentős.
2	Eredményesség (effectiveness)	+1	Kielégítő	A projekt lényegében megvalósult, de a tervezett 12 ágyas nappali kórház nem került kialakításra, mert a remélt finanszírozási szabályváltozás nem következett be.
3	Hatékonyág (efficiency)	0	Megfelelő	A beruházás elfogadható időn és (vélemezhetően) a költségterven belül valósult meg.
4	Hatás (impact)	-1	Nem kielégítő	A projekt pénzügyi szempontból veszélybe sodorta a kórházat is.
5	Fenntarthatóság (sustainability)	-1	Nem kielégítő	Az intézmény működik, de részben orvos-hiány, részben az elégtelen finanszírozás miatt a jövőben is veszteséges lesz.

1. táblázat

A zirci járóbeteg szakellátó központ kialakítására szolgáló projekt értékelése

Megjegyzés: A számszerű értékelés skálája -2 és +2 között lehetséges.

kel végeztetik el az érdemi tervező munkát. Ettől azonban a tervek nem lesznek megalapozottabbak – éppen ellenkezőleg. A külső szakértők közvetve, vagy közvetlenül anyagilag is abban érdekeltek, hogy a pályázat sikeres legyen, és nem abban, hogy a legvalószínűbb költség és haszon kombinációkat dokumentálják. Közérthetőbben szólva: ők is csinálnak.

### A járóbeteg szakrendelők építése, mint politikai kampány

A szerzők helyesen – a tényeknek megfelelően – mutatják be, hogy a 2008-2009-ben megkezdett járóbeteg szakellátási program a 2006-2007-es kórházbezárások, illetve az ezen kívül is elrendelt ágyszám-csökkentés kompenzációjaként született. Csak emlékeztetőül: 2007 tavaszán 6 kórház zárt be és további 12 helyen megszűnt az aktív ellátás. A zirci kórház egyike volt ennek a 12-nek. A finanszírozott ágyszám országosan összesen 11%-kal csökkent, ami úgy állt elő, hogy az aktív ágyak 26%-a szűnt meg, miközben a krónikus ágyak száma 35%-kal nőtt. Miután a finanszírozás összességében nem változott, így az 1 ágyra jutó pénz összege emelkedett. [6]. A szocialista tervezés másikkal szemben azt mondhatjuk, hogy az ágazati politika (sőt az országos nagypolitika) irányítói ezúttal is a kampány eszközeivel éltek. Megfogalmaztak egy új célt, jelentős pénzeszközöket rendeltek hozzá, és olyan légkört teremtettek, amely elnyomta a kritikusok, a „szkeptikus szakértők” tiltakozását.

Személyes tapasztalataim szerint a következő történt. Miután a Dr. Molnár Lajos (SZDSZ) által irányított Egészségügyi Minisztérium, valamint a Gyurcsány Ferenc (MSZP) miniszterelnök által elnökölt Államháztartási Reform Bizottság radikális ágyszám-csökkentést határozott el, az ehhez szükséges országgyűlési támogatás megszerzésének feltétele volt az MSZP befolyásos orvos-politikusainak, és ezen túlmenően a zömében területi érdekeket képviselő, vidéki MSZP-s parlamenti képviselők meggyőzése. Minden szereplő számára nyilvánvalóan itt egy alku kötött, amely három gondolati pilléren épült:

- Évtizedek óta sulykolta minden egészségügyi miniszter, hogy a fekvőbeteg ellátás mind nagyobb részét járóbeteg-ellátással kell kiváltani. Ez rendben is volt.
- Volt egy csábító, rövid távú pénzügyi megfontolás is. Az EU forrás ingyen pénz, mindenképpen el kell költeni. Ez már csak fél-igazság.
- Volt egy – véleményem szerint – téves egészségpolitikai jelszó, amely így hangzott, illetve napjainkban is így hangzik: az ellátórendszert úgy kell fejleszteni, hogy a betegek az ország minden pontján egyenlő eséllyel férjenek hozzá az ellátásokhoz.

Ebből a harmadik megfontolásból azután már egyenesen következett az a döntés, hogy az új járóbeteg-kapacitásokat elsősorban azokon a településeken kellett létrehozni, ahol még járóbeteg szakellátás nem működött, vagy megszűnt az aktív ellátás (mint Zircen), vagy a meglévő kapacitások az országos átlaghoz képest kisebbek, rosszabbul felszereltek, alacsonyabb óraszámúak voltak. Ez a logika tudományosan

megalapozottnak (lásd különösen Orosz elemzéseit [9,10], ahol ez a prioritás igen markánsan jelenik meg, mint az egészségpolitika egyik legfőbb célja) etikailag helyesnek és a laikusok számára is könnyen érthetőnek tűnt, így a politikusok kapva kaptak rajta. Annál is inkább, mert az elmúlt 20 évben, sőt az elmúlt 50 évben ehhez hasonló megfogalmazások ezerszer elhangzottak, papírra kerültek, beépültek különböző kormányzati és pártpolitikai dokumentumokba.

Ehelyütt nyilván nincs mód saját érveim részletes kifejtésére (azokat részletesen lásd [4,5] hivatkozásokban), de szerencsére erre itt és most nincs is szükség. Maguk a szerzők utalnak arra, hogy a pályázatok kiírásának pillanatában is vélelmezhető volt, hogy a „HR kérdések” és a „várható betegforgalom” miatt az új kapacitások működésképtelenek, illetve súlyosan ráfizetések lesznek. Magyarán szólva, az ellátó rendszer mai fejlettségi szintjén a további területi ki-egyenlítésre törekvő egészség-politika azért elhibázott, mert nem vette számba a fennálló egyenlőtlenségek okait, a mögöttük meghúzódó, és belátható időn belül nem is megváltoztatható tényeket.

- A tanulmány szerzői, mint projekt-gazdák egy döntő fontosságú kérdésben felmentik önmagukat a rossz tervezés miatti felelősség alól. Szerintük 2007-2008-ban nem volt előre látható a 2008-at követő pénzügyi válság, illetve az egészségügyi ágazatból történő forráskivonás. Én másképpen emlékszem a körülményekre. 2006-tól kezdve dr. Molnár Lajos miniszter is, jómagam is számos zárt és nyilvános fórumon elmondtuk, hogy belátható időn belül az egészségügyre nem lesz több pénz. Az államháztartás olyan súlyos helyzetben van, hogy a forráskivonás folytatódni fog. Az viszont már a politikai kampány része, hogy ezt az üzenetet az egészségügyi ágazat számos alsóbb szintű vezetője, ide értve a fentebb említett MSZP-s országgyűlési képviselőket is, nem akarta, nem tudta elhinni. Már csak azért sem, mert az ellenzéki politikai erők azt ígérték, hogy egy jövőbeni kormányváltás után az ágazat elvett forrásait majd vissza fogják pótolni.
- Való igaz, hogy az országban számos olyan kistérség található, ahol sohasem volt, vagy most már évek óta nincs járóbeteg szakorvosi rendelés. Ennek végső soron az az oka, hogy az adott körzetben az egyes szakmákra jutó esetszám túlságosan alacsony. Vagy azért, mert a népesség is kicsi, vagy azért, mert a betegek már megszokták, hogy egy távolabbi településre járnak, vagy pedig azért, mert az emberek – bár egészségi állapotuk ezt indokolná – anyagi helyzetük, iskolázottsági szintjük és még sok más ok miatt elhanyagolják betegségüket. Nagymértékben fokozza a problémát, hogy a szegénység szintje szoros korrelációban van a hálapénz nagyságával is. Egy ilyen munkahelyre orvost is, nővért is nagyon nehéz találni.
- Nem csak az egészségügyben, de az oktatásban, sőt a hétköznapi kisvállalkozásokban dolgozók megtelepülése is nehézkes a szegény, közlekedési szempontból hátrányos helyzetű kistérségekben. Az alkalmazottként vagy vállalkozóként dolgozó emberek többsége férjzett, nő,

gyermekeket nevelő családos ember. Ők bizony elsőként mindig azt nézik, hogy a számukra felkínált településen el tud-e helyezkedni a párjuk, van-e a gyerekeknek megfelelő óvoda, iskola – vagy időben megéri-e a korábbi lakóhelyről való munkahelyi ingázás. Előre is tudható volt, hogy ezen az egyéni teszten az újonnan megtervezett szakrendelők jelentős része nem fog átmenni. Ezen nem segített a 2007. évi aktív ágyszám-leépítéssel elméletileg felszabadult szakorvosi munkaerő sem, mert a remélt, és pénzügyi forrásokkal is támogatott mobilitás nem következett be. Az előzetes becslések szerint az átalakítás kb. 1500 orvost és 6500 szakdolgozót érintett. Az állásukat veszített dolgozók számára meghirdetett MOBILITÁS 2007 programtól igényelhető támogatásra csak 35-en tartottak igényt: 24 orvos és 11 szakdolgozó [6]. A mobilitás elmaradását persze szintén előre is tudni lehetett. Ha már megmozdulni kénytelen egy orvos, akkor inkább külföldre megy.

- Másfelől viszont arra lehetett számítani, hogy az önkormányzatok és társulásaik többsége az új szakrendelők fenntartáshoz pénzügyileg is hozzájárul. Lehet, hogy fogcsikorgatva, de végül mégis. Jogos volt ez a feltételezés, mert az önálló szakrendelők többsége korábban is jelentős önkormányzati támogatással működött. Ebből a szempontból a szakrendelők 2012-ben meghirdetett átlamosítása kétségtelenül teljesen új helyzetet teremtett.

Összefoglalva a fentieket: köszönet illeti az esettanulmány szerzőit, hogy alapos munkával, szépírtetés nélkül bemutatták mi történt Zircen. Csak remélni lehet, hogy a 70 másik hasonló projekt között lesznek ennél sikeresebbek is. Ha nem, akkor ez a 41 milliárd forintnyi többlet-forrás a magyar egészségügy helyzetén nemhogy nem segített, de még rontott is. Az erőforrás-koncentráció helyett az erőforrások szétforgácsolódása fog bekövetkezni, s az ennek nyomán keletkező pénzügyi többlet-terhek – mint éppen Zirc esetében – veszélyeztetni fogják a korábban stabilan gazdálkodó intézményeket is. Azt azonban látni kell, hogy az ingyen-pérez az ágazat minden szereplője számára végzetesen csábító. Nyilván így gondolkoztak a zirci döntéshozók is (a kórházban, meg az önkormányzatnál is), és végső soron elfogadta ezt a kompromisszumot az ágazat egészéért felelős szakminisztérium is. Amíg ez a mechanizmus fennmarad, arra lehet számítani, hogy fennmaradnak és/vagy újratelemelődnek a szocialista tervgazdaságból örökölt viselkedési, illetve döntési mechanizmusok is.

Bár bizonyára sok olvasóban felmerül annak az igénye, hogy a rossz döntések felelőseit meg kellene nevezni, a tervgazdasági tapasztalatok óvatosságra kell, hogy intsenek bennünket. Ahogy Bauer Tamás írta, „a sok résztvevő által több ütemben hozott és sokszor módosított döntések következményeier” való felelősség szükségszerűen elmosódik (lásd [3] 486. o.).

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] „Járóbeteg szakellátás fejlesztés Európai Unió forrásokból – kitörés vagy kegyelemdöfés?”, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja XI. évf. 7. szám., 2012. szeptember, 21. oldal.
- [2] A módszert az 1990-es évek elején az OECD dolgozta ki, onnan vette át az EU. Ld. OECD (2010).
- [3] Bauer Tamás [1981]: Tervgazdaság, beruházás, ciklusok, Bp.: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- [4] Mihályi Péter [2003]: „A regionális megközelítés buktatói a magyar egészségügy reformjának szemszögéből”, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf. 1-2. sz. 15-23.
- [5] Mihályi Péter [2005]: „Egészségügyünk területi megközelítésben”, Id.: Ehrlich Éva – Szigetvári Tamás: Az infrastruktúra fejlettsége Magyarországon 1990-2002, Bp.: Világgazdasági Kutatóintézet, 83-93.
- [6] Mihályi Péter [2008]: „Mivé lett az egészségügyi reform?”, Id. Mihályi Péter [2008]: Miért beteg a magyar gazdaság? Bp.: HVG Könyvek. 5. fejezet, 73-114.
- [7] Mihályi Péter – Molnár Lajos [2007]: „2006: az egészségügyi reform első szakasza”, Id.: Sándor P. – Vass L. – Tolnai Á. (szerk.): Magyarország Politikai Évkönyve 2007. I. k., Bp. 409-464.
- [8] OECD DAC Network on Development Evaluation [2010]: Evaluating Development Co-Operation. Summary of Key Norms and Standards. Second Edition. Paris: OECD.
- [9] Orosz Éva [1985]: Az egészségügyi infrastruktúra területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata, MTA Regionális Kutatások Központja: Pécs.
- [10] Orosz Éva [2001]: Félúton vagy tévúton? (Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái), Bp.: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- [11] Soós Károly Attila [1986]: Terv, kampány, pénz, Bp. KJK – Kossuth Könyvkiadó.



## VIII. Regionális Konferencia

Időpont: 2013. február 20.