

## **Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése I. A működés korszerűsítésének lehetőségei**

**Mottó: „A jelenlegi állapot megőrzése kockázatosabb, mint a változás”**

*Cristie Hofner*

Dózsa Csaba, Egészségügyi Minisztérium, Dérer István, Takács Erika, OEP  
Bodnár Viktória, Budapesti Corvinus Egyetem

**A hazai egészségügy megreformálásának egyik kulcsfontosságú eszköze az egységes egészségbiztosítási rendszer modernizációja. Ez jelenti a forrásteremtés hatékonyságának növelését, a jogosultsági viszonyok és a társadalombiztosítási alapsomag egyértelművé tételét, az allokációs hatékonyság javítását. A másik fontos terület a közigazgatás modernizálása, a nyugat-európai országokban terjedő új közszolgálati menedzsment által nyújtott és sok helyütt kipróbált eszközök, melyek lehetőséget biztosítanak az OEP számára is, hogy szervezetét és működését modernizálja, hatékonyabbá tegye. A szerzők a két részből álló tanulmány első részében felvázolják az OEP működés-korszerűsítésének kulcsfontosságú területeit. A második részben pedig az OEP szolgáltatásvásárlói szerep erősítésében rejlő lehetőségek kerülnek kifejtésre.**

### **BEVEZETŐ**

Az egészségügy átalakítása és fejlesztése kapcsán nem lehet érintetlenül hagyni a rendszer finanszírozásának jellegét, az egészségbiztosítás struktúráját, jellemzőit. Az egészségbiztosítás rendszerének vizsgálata pedig közvetlenül vezet el minket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár jogállásának, eddigi 12 éves működésének elemzéséhez és a továbbfejlődés lehetséges irányainak felvázolásához.

Tanulmányunkban ugyanakkor valamiféle átfogó, „nagy” reformkoncepció bemutatása helyett egy kis lépésekből álló, és akár évekig, egy évtizedig is tartó, ám mégis átfogó eredményekre vezető átalakítási javaslatot mutatunk be.

Az alábbiakban felvázolandó koncepció egy adott időpillanatban nem jelent átfogó, és gyökeres változásokat, de a cél az, hogy folyamatos fejlesztés, szabályozás-változtatás hatására az időszak végére – az erőforrások lehetőségeihez mért leginkább költség-hatékony felhasználásával – mégis alapvető átalakításokat érjünk el az egészségbiztosítási, valamint az egészségügyi rendszerünkben.

Ebben a folyamatban az egyik kulcstényező az OEP, mint monopolhelyzetben lévő szolgáltatásvásárló, működésének hatékonyabbá, korszerűbbé tétele. A közigazgatás modernizálása, a nyugat-európai országokban terjedő új közszolgálati menedzsment által nyújtott és sok helyütt kipróbált eszközök nagy lehetőséget biztosítanak az OEP számára is, mint országos hatáskörű költségvetési szerv számára, hogy belső felépítését, szervezését és működését modernizálja, és hatékonyabbá tegye.

Az elmúlt években igen sokszor hangzott el az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése (Boncz és Dózsa [2002], Oberfrank [2002]). Az e fogalom mögött rejlő tartalom azonban sokak előtt nem ismert, illetve túlzottan leegyszerűsített, elnagyolt területeket rejt. E tanulmány megírásával célunk az, hogy egy lehetséges menüt mutassunk be a szolgáltatásvásárlói szerep erősítéséhez, ezzel is tematizálhassuk és elmélyíthessük azt a szakmai vitát, amely ezt a kérdéskört taglalja (lásd cikkünk második része a következő számban).

A tanulmányban felvázolandó korszerű szolgáltatás-vásárló koncepciója hosszabb távon (5-10 év) annak sem zárja ki a lehetőségét, hogy az egységes társadalombiztosítási rendszer horizontálisan specializálódjon, például a balesetbiztosítás, vagy az ápolás-gondoskodásbiztosítás irányába. Ez a javaslat nyitva hagyja annak lehetőségét is, hogy az OEP bizonyos funkcióit regionális szintre lehessen decentralizálni (pl. Boncz [2002]), annak megfelelően, hogy az egyes ellátási formák finanszírozásához, szervezéséhez, hol áll rendelkezésre több információ, szaktudás, és hosszú távú felelősség. Egy világos, kötelezettségek és jogosultságok mentén kialakított kötelező egészségbiztosítási rendszer előbbieket mellett széles teret enged a kiegészítő biztosítási formáknak, előtakarékosági számlák terjedésének.

### **KITEKINTÉS ÉS ÖNVIZSGÁLAT: A MODERN KÖZIGAZGATÁSBAN REJLŐ LEHETŐSÉGEK, SZEMBEN AZ OEP MÚLTJÁVAL ÉS JELENÉVEL**

Az 1980-as, '90-es években a fejlett demokráciákban a felgyorsult társadalmi és gazdasági folyamatok a közintézmények rugalmasabb reagálását tették szükségessé, ami a közszolgálati szektorban egy átfogó reformfolyamatot indított el. Az OECD egy 1995-ös jelentésében a következőket jegyezte meg: egy új paradigma tűnt fel, amely a teljesítményorientált kultúrát támogatja egy kevésbé központosított közzektorban (Collier [2004]). Mindezzel pedig a New Public Management (NPM) terjedésére utalt, amelyet magyarra új közszolgálati vagy új közintézményi menedzsmentnek fordítanak.

A felgyorsult gazdasági-társadalmi folyamatokkal a magyar közigazgatásnak is lépést kell tartania. A külföldi tapasztalatok hasznos fogódzókat jelenthetnek a magyarországi fejlesztési folyamatokhoz. A '90-es évek végére a brit reformfolyamatok módszeres kutatásával a stratégiai változások öt kulcsfontosságú dimenzióját tárták fel. (Jenei [2000]) Ezek a dimenziók a következők: a törzskari fejlesztés-

tés, a teljesítménykövetkezmény, a fogyasztóorientáltság, az irányítás és a szervezeti kultúra stratégiája.

A törzskari fejlesztés a célok, a szerepek és a megvalósítási irányvonal egyértelműségét jelenti. A második forrás, a teljesítménykövetkezmény a köztisztviselők ösztönzési rendszerének átalakítására vonatkozik, azaz teljesítményüknek megfelelően érje őket anyagi és erkölcsi hátrány vagy előny. A fogyasztóorientáltság stratégiája az elszámoltathatóságot támogatja azzal, hogy az eredményességi szempontokat is előtérbe helyezi az erőforrás-felhasználás hatékonysága mellett, a fogyasztó számára választási lehetőséget biztosít.

A változás következő forrása az irányítási stratégia, amelynek eszközei a dereguláció, decentralizáció és a devolúció. A dereguláció a felesleges, már idejét múlt szabályok rugalmasabb leépítését, folyamatos felülvizsgálatát jelenti. A decentralizáció alatt érthetjük a közigazgatási jogosultságok közigazgatásbeli alsóbb szintre, vagy regionális, helyi szintre, esetleg a szabályozótól a szolgáltatnyújtó szervezethez helyezését. A harmadik eszköze az irányítási stratégiának a devolúció, amely a politikai döntéshozatali rendszer központi szintről regionális szintre történő leépítését jelenti.

A közigazgatás átalakításához nélkülözhetetlen a változások ötödik forrása a szervezeti kultúra figyelembe vétele. Bár az előző források mind kihatnak a szervezeti kultúrára, tartós változást csak akkor lehet elérni, ha a szervezeti kultúrában is meggyökeresnek az újfajta szemléletmód csírái.

A reformkezdeményezések általában a fenti kulcselemek közül csak egy vagy két dimenzió mentén indítják el a változtatást, azonban ez az áttöréshez csak szükséges, de nem elégséges feltétel. A sikeres reformfolyamathoz egyik stratégiai dimenzióról sem szabad megfeledkezni, azonban azt is érdemes belátni, hogy az alkalmazott eszközök akár egyszerre több dimenziót is képesek befolyásolni (Jenei [2000]).

Az NPM eszközrendszere Hajnal [2002, 2003] alapján:

- Intézményi reform, dereguláció, támogatások leépítése
- Kötelező versenyeztetés, kiszerezés, koncesszió, privatizáció
- A harmadik (civil) szektor nagyobb szerepvállalása
- A stratégiaalkotói, szolgáltatásszervezői, és szolgáltatói szerep szétválasztása
- Vállalkozói típusú közigazgatás, felhatalmazott vezetők
- Szolgáltatások díjkötelessé tétele, voucher rendszerek
- Üzleti szférából átvett vezetési, szervezési elvek és technikák (pl. stratégiai menedzsment)
- Benchmarking, folyamat-újrászervezés, minőségbiztosítás
- Szervezeti és egyéni teljesítménymérés, output finanszírozás

A különböző országokban a közigazgatás megreformálására tett kísérletek más-más átalakulási pályákhoz vezetnek. Pollitt és Bouckaert négy alap-pályatípust különböztet

meg (idézi Jenei [2004]): fenntartás-megőrzés, modernizációs pálya, a közigazgatás minimalizálása. A négy típus a gyakorlatban általában valamilyen kombinációban jelenik meg, Németországra például a fenntartás-megőrzés és modernizációs pálya keveréke jellemző.

A külföldi tapasztalatokból Magyarország számára levonandó tanulság, hogy a környezethez való rugalmasabb alkalmazkodás érdekében – a fenti stratégiák, eszközök széleskörű alkalmazásával – a hazai közigazgatás és a közszolgáltatások modernizációja elkerülhetetlen (1. ábra). Az elmúlt hónapokban a hazai politikai retorika középpontjába került a közigazgatás reformja, amelyet szinte minden komolyabb politikai erő – más társadalmi ellátórendszer reformjával együtt – elsőrendű feladatként jelölt meg.



1. ábra  
A közigazgatási reformot sürgető tényezők (forrás: IFUA Horváth & Partners)

Fontos azonban szem előtt tartani, hogy minden országnak figyelembe kell vennie a saját adottságait, hagyományait. A közigazgatás szolgáltatásszerű működtetéséhez az intézmények belső szervezetét és működését is át kell alakítani. Jenei (2004) szerint a reformfolyamat céljainak megvalósításához a köztisztviselők és a politikusok együttműködése, stratégiai szövetsége szükséges. A közigazgatási reform egymásba kapcsolódó és egymást erősítő főbb elemeit a következő ábra igen jól szemlélteti (2. ábra). A tanulmány későbbi fejezetében alapvetően ezeket az elemeket mutatjuk be az OEP viszonylatában.



2. ábra  
A közigazgatási reform lehetséges vezetési és szervezési elemei (forrás: IFUA Horváth & Partners)

## AZ OEP ÉS AZ E. ALAP A KÖLTSÉGVETÉS SZORÍTÁSÁBAN, 1993-2006

A rendszerváltás mámoros pillanatában a Parlament az 1991-ben, „A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és a rövid távú feladatokról szóló országgyűlési határozatban” (továbbiakban: Koncepció) már megfogalmazta egy erős és autonóm társadalombiztosítás vázát. A jogszabályalkotás és a szervezeti fejlesztések az azt követő két-három évben ennek megfelelően meg is kezdődtek. 1991-ben létrehozták a 10-10 tagú Felügyelő Bizottságot, majd 1993. tavaszán sor került társadalombiztosítási választásokra, amely eredményeként felállt a Nyugdíjbiztosítási és Egészségbiztosítási Önkormányzat, megkezdődött az állami vagyonjuttatás. Időközben a Társadalombiztosítási Alap 1992. január elsejétől különvált Nyugdíjbiztosítási és Egészségbiztosítási Alapra, majd egy évre rá a korábbi Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF) kettévált az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságra (ONyF) és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (OEP) (Boncz 2004). Az alábbi cikkben már kizárólag csak az OEP-pel és a kötelező egészségbiztosítással foglalkozunk.

A kilencvenes évek közepétől (egy időben az államháztartás egyensúlyi pozícióját meghirdető Bokros csomaggal) azonban megfigyelhető egy folyamatos centralizálás, amely során a Társadalombiztosítási Alapok (továbbiakban: Alapok) választott önkormányzati felügyelete előbb delegálásra változott, majd azt felszámolva, 1998. nyarától (1998. évi XXXIX. tv. a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről) közvetlen a kormány, majd 1999-től miniszteri irányítás alá került. Ezzel egy időben az Egészségbiztosítási Alap költségvetési terve a Parlamentnek benyújtott önálló javaslatot (1993-1994), a Kormányzat felé benyújtott alternatív javaslatot (1995-96), majd a Pénzügyminisztériumnak közvetlenül az OEP által, az utóbbi években pedig az Egészségügyi Minisztériumon keresztül a PM-nek benyújtott javaslatot jelentett. A centralizáció jegyében a Társadalombiztosítási Alapok éves költségvetése éveken keresztül külön törvényjavaslatként készült, 2001-től, a két éves költségvetés készítésétől kezdve pedig beintegrálódott a központi költségvetésbe.

A jelzett centralizáció két fajta kényszerből is táplálkozott. Egyrészt (és talán ez volt a döntő) az államháztartás hiányát részben sikerült beintegrálni a tb., és azon belül az egészségbiztosítási költségvetésbe, így a fiskális technikák már a centralizáció irányába kényszerből is hatottak. Másrészt az Önkormányzat „alkalmatlansága”, a részben laikus delegációs rendszer hiányosságai, a szakszervezeti – érdekképviseleti szervezetek gyengesége is kiválthatták a centralizáció irányába ható döntéseket. Meg kell említeni azt is, hogy mivel így a jogalkotás és a költségvetési tervezés gyakorlatilag kívül került az Alapok és igazgatási szerveik hatókörén, gyakorlatilag nem volt szükség a PM-en kívüli hatalmi decentrum létezésére. Emellett pedig a mindenkori

Egészségügyi Minisztérium gyakorlatilag megelégedhetett a főszámok szintjén leosztott keretek szakmapolitikai „pofogatásával”. A TB alapok a számukra az 1990-es évek elején juttatott vagyont pedig gyakorlatilag érdemi hatás nélkül felélték.

A totális kormányzati és pénzügyi centralizáció jegyében a vizsgált tíz éves periódus során az Alapok felügyeletét ellátó szervek is teljesen beintegrálódtak/beolvadtak a központi államigazgatás országos hatáskörű szervei körébe, elvesztve a korábbi időszakban élvezett külön státuszukat. (Itt csak emlékeztetnénk a SZOT TB időszakára, ahol még gyakorlati jogalkotási lehetőség is biztosított volt a társadalombiztosítási igazgatási szervek, illetve azok főhatóságai részére. Az is tény, hogy csak a Ktv. bevezetésének kezdeti időszakára lett egyértelmű, hogy a három átfogó munkajogi törvény közül (MT, Kjt, Ktv.) a jelzett lesz az irányadó a működésre nézve.) Az OEP ugyanakkor de jure még ma is kormányzati irányítású szervezet, de a törvényi szövegnek gyakorlati jelentősége nem igazán lelhető fel. A gyakorlatban az Egészségügyi Minisztérium közvetlen (szinte napi szintű) irányítása alatt működik.

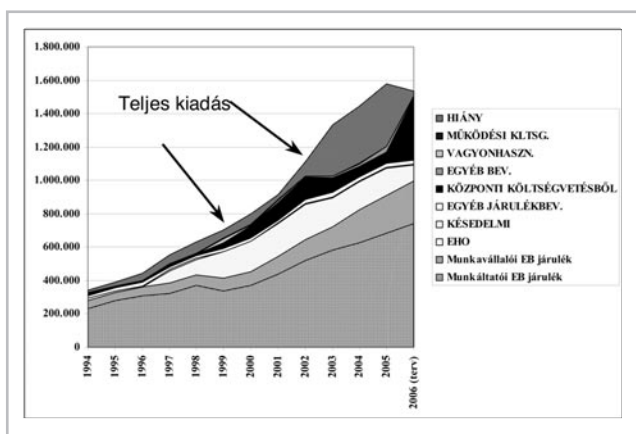
A centralizáció azonban, véleményünk szerint, nagyon sok tényezőt nem, vagy nem megfelelő körülményekkel vett figyelembe. Erre példa a járulékbehajtás intézményrendszerének – meglehetősen előkészítetlen –, átadása az egészségbiztosítástól az APEH felé 1999. január 1-vel. Az egyik fő érv az volt, hogy az OEP nem volt képes kialakítani az egyéni járulékfolyószámla-rendszert, az e rendszer kialakítására világbanki kölcsönből létrehozott ún. DEJÁK projektet az elkészülés előtt néhány hónappal felfüggesztették. Más kérdés az, hogy az APEH ezt hét esztendő alatt sem volt képes megvalósítani. Az APEH általi járulékbehajtás OEP-hez képesti nagyobb hatékonyságáról igazán meggyőző bizonyítékot még senki sem tudott felmutatni az állami terhek behajtásában kétségtelenül „kevesebb ablak” jelenségtől eltekintve (továbbra sincs egy ablak, hiszen állami bevételeket hajt be a VPOP is). A Parlament szakbizottsága és az ÁSZ is többször vizsgálta a kérdést, de az információk „titkossága”, vagy nem kellően részletes volta miatt számos kérdésre nem kapott választ. Egy azonban biztos: az OEP évekre szárnyaszegett madár lett, hiszen az Alap bevételi oldalának túlnyomó többségéről csak nagyon elnagyolt információval rendelkezett(zik), ezen belül sem az egyének, sem az egyéni vállalkozók, sem a gazdasági társaságok utáni járulékbefizetések tényéről, nemhogy mértékéről sem rendelkezik közvetlen naprakész információval. Ez különösen annak fényében szembeötlő, hogy időközben az OEP az egészségbiztosítás kiadási oldala tekintetében kilencven százalék fölötti arányban képes TAJ-ra bontottan kimutatni és követni az igénybevett ellátásokat.

A behajtási szervezetek integrációjának esetében az előkészítés anyagaiban még 1998-ban nevesült az, hogy 100 Ft behajtása mennyi igazgatási költséggel jár a Tb. szervek esetében. Már akkor tudni lehetett, hogy e mutató az APEH esetében magasabb, tehát a fajlagos igazgatási költségre is elmondható ugyanez. Viták sora robbant ki ar-

ról, hogy a beszéd mellett a nyilvántartás egyáltalán lehet-e egyéni szinten APEH feladat, tekintettel arra, hogy a már akkor is tervezés alatt álló egyéni folyószámla kiadási lábat adatvédelmi okok kapcsán az APEH nem üzemeltetheti.

### AZ E. ALAP HIÁNYA: LÁTSZAT ÉS VALÓSÁG

A centralizáció másik fontos eleme, a közös és egységes államháztartási költségvetés egyik előnyeként említhetjük azonban azt, hogy ezzel teljesen láthatóvá válik, hogy az E. Alap hiányának alakulása nagymértékben költségvetés készítési, technikai kérdés és nem a reálfolyamatok függvénye. Különösen igaz ez akkor, amikor évek óta 300-400 milliárd forintos hiányt „tervezünk” az Alapnál (Boncz 2005), az idei tervezett hiány pedig „hirtelen” 50 milliárd forint alá csökkent. (Lásd 3. Ábra) Az E. Alap hiánya az adóbevételek átadásával, vagy teljes megvonásával 50-500 milliárd forint között bármennyi lehet. Ebből kifolyólag az a sok év óta a médiában gerjesztett rémhír, hogy az államháztartás hiányát az Alapok produkálják teljesen alaptalan, vagy éppen szándékos kommunikációs fogás, hogy a további forrásokat meg lehessen tagadni az egészségügyi rendszertől. Az egészségbiztosítás eddigi történetét jellemző hiányállapot pedig alkalmat teremt a Pénzügyminisztériumnak, hogy a legrészletesebb finanszírozási szabályokról rendelkező jogszabályokban is egyetértési joggal rendelkezzen (például a HBCS kódok, vagy az Eü 100-as gyógyszerek indikációs körének meghatározása) és év közben szinte folyamatosan avatkozzon be az egészségbiztosítás rendszerébe. Szögez-zük le, hogy a hiányt döntően nem az Alapok működési gyengesége okozta, de e tanulmány szempontjából nem fejlethetjük el azt sem, hogy korszerű management-technikákkal és valódi döntési mozgástér biztosításával ez akár milliárdokkal is csökkenthető (lett) volna.



3. ábra  
Az E. Alap hiányának változása a kiadásokkal és a bevételekkel párhuzamosan, 1994-2006

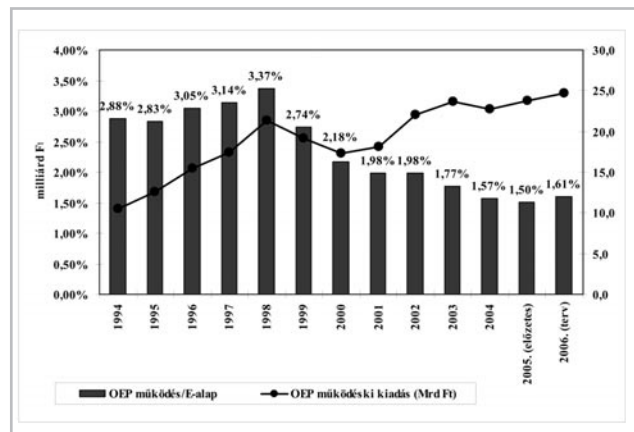
A Konceptió születése után 15 évvel (!) és annak szellemében – a 100 lépés program részeként – végre normatív

módon került kiszámításra a járulékot saját jogon nem fizető jogosultak utáni állami megtérítés a 2006. évi költségvetésben 303 milliárd forintos összegben. Ez a lépés, egyelőre, egy költségvetés-technikai, művi hiánycsökkentésnek tűnik az Egészségbiztosítás költségvetése tekintetében, amely első körben effektív többletbevételt nem jelent, lévén az Állam összkötségvetési szinten eddig is helyt állt a hiány megfinanszírozása tekintetében, továbbá a jelzett intézkedéssel még nem sikerült újabb társadalmi rétegeket bevonni a valódi járulékfizetés tekintetében.

Mégis pozitív lépésként értékeljük ezt a rendszerbe adóalapról behozott pénztömeget, lévén rávilágít az állam tárgyi helytálló-szerepére, de pl. számos egyéb elem mellett az állampolgári egyéni befizetések nyilvántartási hiatusaira is. Tekintettel arra, hogy a klasszikus bérjövödelmek jelentősen átalakultak az elmúlt évtizedekben a világ sok részén, indokolt a társadalombiztosítási járulékok alapjának kiszélesítése. Lehet, hogy ez az intézkedés ezen túl egy jó PR megalapozása lehet egy későbbi reformnak, de ehhez egy éven belül további intézkedések szükségesek, mint a meghirdetett egyéni járulékfolyószámla-rendszer kialakítása, és a járulékot nem, vagy nem a jövedelmüknek megfelelően fizetők körének (potyautasok) jelentős csökkentésével.

### AZ OEP MŰKÖDÉS: A GÚZSBAKÖTÖTT TÁNCOS

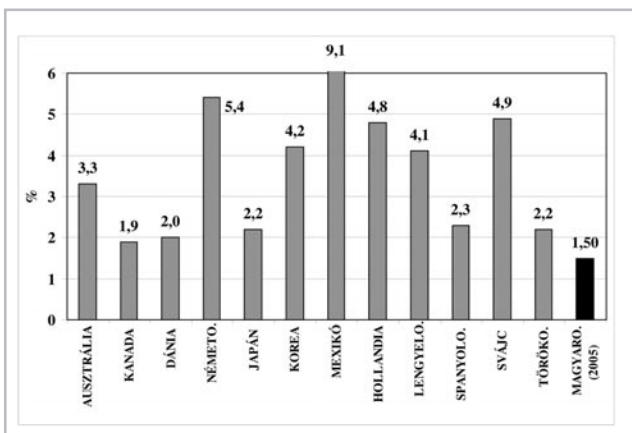
A fentiekben bemutatott centralizáció igazi vesztese a fentiek mellett maga a földbedöngölt igazgatási szerv volt. A centralizációs tartalmú jogszabályváltozások mellett az elmúlt három év költségvetése olyan mértékben nyirbálta meg az OEP-nek a korábbi években viszont igen kedvező működési költségvetési pozícióját, hogy mára már a folyamatos működés feltételei is hiányoznak, mind az épület infrastruktúra, mind az informatika, mind pedig a humán erőforrás jelenlegi színvonalának megtartásában. Ennek bizonyítására legegyszerűbb, ha megnézzük a 4. ábrát, amelyből jól látszik a működési költségvetés relatív alakulása (romlása?) az E. Alap kiadási főösszegéhez képest.



4. ábra  
Az OEP működési kiadásainak, és az E. Alap kiadásaihoz viszonyított arányának változása, 1994-2006

Az OEP működésének hatékonyságával szembeni éles kritikák messzemenőig érthetőek, ha megnézzük a kilencvenes évek közepének relatívan jó pozícióját. A laikus és részben a szakmai közvélemény számára az OEP még mindig a (működési) forrásokban dúskáló pazarló szervezet képeként jelenik meg, felidézve a félresikerült informatikai fejlesztéseket, a székházzal kapcsolatos „pazarló” kiadásokat. Szakmai értelemben a problémát az okozta, hogy a kövér esztendők során az öt-hét havi béren felüli éves jutalmazási lehetőségekhez, és a kedvező dologi erőforrásokhoz nem társultak megfelelően mérhető eredménycélok, teljesítésmérvők.

Ebből az a tanulság, hogy a továbbiakban bármilyen forrásbővítésre kerül sor, azt nagyon szigorú feltételekhez kell kötni, ahogy azt a 2006-os esztendő költségvetése is példázta. A többi államigazgatási szerv átlagos 10%-os kiadáscsökkentése mellett az OEP működési költségvetésének nominálisan kb. 6%-os növekedését alapvetően két újszerű feladat indokolja: a közgyógyellátás új rendszerének kialakítása, valamint a minőségi és hatékony gyógyszer-érdekelttségi rendszerének kialakítása és bevezetése.



5. ábra

Az egészségbiztosítási és adminisztrációs költségek aránya az összes egészségügyi kiadás százalékában (2005)  
(Nemzetközi adatok: 2000-2001, OECD System of Health Accounts, HC 7, Health administration and health insurance; Magyar adat: 2005, OEP)

Ugyanakkor azt is meg kell említenünk, hogy más nemzetközi összehasonlításokhoz hasonlóan az egészségbiztosítási működési (adminisztrációs) költségek összehasonlítása is rendkívül nehéz. Az egyes szervezetekben ugyanis eltérő feladatmegosztás lehet, így a pontos összehasonlíthatóság kedvéért figyelni kellene az adott forrásokból finanszírozott feladatokat is. Típusos különbség az egészségbiztosítók feladatai esetében a járulékeszedés vagy a pénzbeli ellátások kérdése. Mindenesetre az 5. ábra jó közelítéssel szemlélteti az OEP és más országok közötti különbségeket.

Amint az látható, az elmaradás mértéke jelentős Magyarország vonatkozásában. Ez értelemszerűen nem érdem, hanem egy szerencsétlen öröksége az elmúlt néhány év fiskális politikájának. Az OEP működési kiadások ilyen

mérvű csökkenése mellett nincs érdemi lehetőség arra, hogy proaktív szerepeket vállaljon az OEP: korszerű monitoring rendszert alakítson ki, magas színvonalú, akár külső szakértők bevonásával is végzett átfogó ellenőrzéseket végezzen, minőségi indikátorokat fejlesszen. E tevékenységek csak részben tudtak megvalósulni a működési költségek ilyen mértékű korlátozásai miatt.

Számításaink szerint az OEP költségvetéséből, a színvonal megtartásához, majd javításához fél és 1 százalékpontnyi költségvetés hiányzik, ha az 1998-as évet vesszük bázisnak, amely 2005. évi árakon számolva 7,5 és 15 milliárd forint között alakul. Ennek szintén számításaink szerint többszörösét teszik ki azok a tételek, mind a pénzbeli, mind a természetbeni kiadások között, amelyek nem a célnak megfelelően kerülnek felhasználásra, amelyeket egy ütőképes és felvértezett OEP meg tudna fogni a közpénzekből és/vagy optimálisabb felhasználást tudna elérni. Ez az használdozati költség (opportunity cost) a fűnyírólvszerű pénzügypolitika egyenes következménye.

Ezzel szemben, a „másik oldalon” egy egyre dinamikusabban fejlődő, és magas professzionalizáltságot mutató szolgáltatói, egészségügyi beszállítói kör alakult ki, amihez hozzátehetjük az egészségügyi technológiák folyamatos innovációját, robbanását, amely szintén a külső környezethez dinamikusan alkalmazkodni tudó hatékonyan és ütőképesen dolgozó OEP-et igényelne, de mint tudjuk gúzsba kötve és kiegészítve nem lehet táncolni.

Szintén itt említenő meg az OEP – MEP arányok eltolódása a konkrét feladatváltozások függvényében, valamint a Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (FPEP) nagyságrendből adódó tehetetlenségi nyomatékának kérdése, amely már számos változtatást akadályozott meg (sokszor akaratlanul) azért, mert szervezete és annak belső kapcsolatai nem vehetők össze a megyei pénztárak szervezeteivel. A szervezet kihívásoknak való rugalmas megfeleltetése ugyanakkor már átvezet minket a következő fejezetre, a működéskorszerűsítésben rejlő lehetőségekre.

## AZ OEP MODERNIZÁCIÓJÁNAK ALAPJAI ÉS KIEMELT TERÜLETEI

A meghirdetendő modernizáció alapja tehát az, hogy meg kell erősíteni a kötelező társadalombiztosítás jogi, szabályozási keretrendszerét, ezzel egyidejűleg pedig korszerűsíteni kell az OEP szervezeti felépítését, és hatékonyabbá tenni a működését. Mi az, amit nem várunk el, nem is akarunk elvárni ettől a programtól? Hogy megtakarítson a jelenleg sem magas GDP arányú egészségügyi közkiadásokból. Amit azonban elvárhatunk, hogy racionalizálja annak belső felhasználását, javítsa az allokációs hatékonyságot, ellenőrzettebbé és kontrollálhatóbbá tegye a közpénzek elköltését.

A korszerű OEP kialakításához számos külső feltételnek kell teljesülnie, amelyből a legfontosabbakat igyekszünk felsorolni:

- Viszonylag kicsi, egészségügyi ágazati és népegészségügyi stratégiai és szabályozási kérdésekkel foglalkozó minisztérium.
- Erős ÁNTSZ, megújuló szakfelügyelettel, klinikai audit vizsgálatokkal.
- Minisztériumi intézet kialakítása az egészségügy minőségének a fejlesztésére.
- Az ESKI megerősítése, hogy képes legyen átfogó technológia-értékeléseket, valamint egészség-gazdaságtani elemzéseket végezni.
- Bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek készítése a szakmai kollégiumok által a relevanciájukba tartozó főbb betegségek, terápiák esetében.
- Felügyelő bizottság felállítása, hogy a monopolvásárlói szerepben működő OEP fölött megfelelő társadalmi és szakmai kontroll működjön, viszont szűnjön meg a kézi vezérlés.

Az előbbi felsorolásba szándékosan számos olyan kérdés került felvetésre, amelyek nem igényelnek jogszabályalkotást (forrást és hatékonyabbá váló szervezést igen!). Ezek inkább szervezeti, közgazdasági és szociológiai értelemben vett feltételek és feladatok.

Jogilag az alábbi főbb területek szabályozására, illetve jelenlegi szabályozás átalakítására, megújítására van szükség, amelyek egy jelentős része most a 100 lépés programjában meghirdetésre is került, és amely munkálatok meg is kezdődtek a Kormányzaton belül.

- A jogosultság és a biztosítási viszony kérdéseinek rendezése, amely szorosan összekapcsolódik az európai uniós tagságunkkal és az egészségbiztosítási kártya kiadásával.
- A közfinanszírozott egészségbiztosítási csomag pontosabb meghatározása.
- Az OEP-re vonatkozó adatvédelmi, adatkezelési szabályok rugalmasabbá tétele.
- Az OEP szerződéskötési lehetőségének, szabadságának, a szelektív vásárlás lehetőségének kibővítése, beleértve az egészségügyi szakellátási kapacitások meghatározásába való jóval nagyobb fokú beleszólást.
- Az OEP ellenőrzési és szankcionálási rendszerének és lehetőségeinek erősítése.

A sikeres átalakítás megvalósításának természetesen nem csak külső feltételei vannak. Az OEP jelenlegi szervezeti felépítése, költségvetési szervei státusza, a köztisztviselői törvény hatálya nem teszi lehetővé, hogy a környezetének és a vállalandó feladatoknak megfelelően dinamikusan és hatékonyan működjön, rugalmasan reagálva a gyorsan változó környezet hatásaira. Ebből a szempontból nem kell új dolgokat kitalálnunk. Az első fejezetben vázlatosan ismertetett Új Közzszolgálati Menedzsment elmélete és gyakorlati példái alapvetően felhasználhatók és megfelelő összetételben adaptálhatók a mai magyar kör-

nyezetre. Az új közzszolgálati menedzsment kínálta lehetőségek az OEP esetében:

- Az OEP jogállásának megváltoztatása;
- Stratégiai menedzsment kialakítása;
- Korszerű humánerőforrás menedzsment;
- Projektmenedzselés professzionalizálása;
- Szervezetfejlesztés: a decentralizációban és specializációban meglévő lehetőségek kiaknázása;
- Integrált informatikai rendszer fejlesztése, e-közigazgatás kialakítása.

A működéskorszerűsítés egy fejlődési tengely mentén írható le:

**Pénztár** → **Finanszírozó** → **Szolgáltatásvásárló** → **Biztosító**

Jelenleg az OEP helyzetét a finanszírozói státusszal lehet jellemezni, amikor is – szemben az egyszerű pénztárral – van egy kis ráhatása az általa finanszírozott szolgáltatásokra („a számla keletkezésére”). Ahhoz azonban, hogy Magyarországon bármilyen biztosítási jellegű reformról érdemben lehessen tárgyalni, alapvető kiindulási pont az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése.

A cél tehát az, hogy a fenti tengelyen jobbra mozdulva az OEP működését valódi tartalommal töltsük fel, hogy egyre komolyabb, érdemi szerepe lehessen az egészségbiztosítás rendszerének hatékonyabb tételében. A szó piaci és gazdasági értelmében vett biztosítói működés nem igazán jellemzője a klasszikus társadalombiztosítási rendszereknek, ezek inkább az üzleti jellegű szervezeteknél figyelhetők meg. Így az (üzleti) biztosítói jellegű működés jelenleg nem célállapot, esetleg egyes elemeinek átvétele megfontolásra érdemes lehet.

Az elmúlt években már számos javaslat készült el az OEP fentiekben megfogalmazott megreformálása érdekében. Egy átfogó intézményi stratégia elkészítésében is jelentős munkálatok folytak 2003 során. A külső környezet igénytelensége, valamint a belső környezet részbeni közömbössége és ellenállása folytán ezek még nem vezettek áttérésre, de számos háttéranyag, dokumentum született, amelyek a későbbi munkák kiindulópontjául szolgálhatnak. Többek között hosszas szakértői viták és egy kétnapos vezetői tréning eredményeként megfogalmazásra került egy missziós nyilatkozat (lásd keretes írásunk), kialakult az OEP stratégiai célrendszere (2. ábra) és számos területen kidolgozásra kerültek a stratégiai célokhoz kapcsolódó feladatok, programok. Ezek egy része az elmúlt két év során – függetlenül attól, hogy maga a stratégiai terv végül nem került hivatalosan elfogadásra és szigorú ütemezett végrehajtásra –, mégis megvalósult, amelyről részletesebben cikkünk második részében számolunk be.

## OEP missziós nyilatkozat

### Első változat:

„A biztosítottak számára maximális egészségnyereség elérése és az egészségi kockázatok kezelése olyan szolgáltatások nyújtásával és vásárlásával, amelyek lehetővé teszik az egészség megőrzését, helyreállítását, javítását; valamint az átmenetileg vagy tartósan kieső keresetek pótlását (kompenzációját), a munkába való visszatérés elősegítését.

A rendelkezésre álló források hatékony felhasználásával azonos – a lehető legmagasabb – színvonalú, hatásos egészségügyi ellátás biztosítása a szolidaritás és esélyegyenlőség figyelembe vételével.

Az OEP – mint az Egészségbiztosítási Alap kezelője – az alapkezelési feladatok ellátásán keresztül egységes, pénzügyileg stabil egészségbiztosítási rendszert működtet, és aktívan közreműködik a járulékrendszer, a jogosultsági szabályok és az egészségügyi rendszer fejlesztésében a megvalósíthatóság és átláthatóság szem előtt tartásával.

Feladatai megfelelő ellátása érdekében felkészült szakembergárdára és korszerű informatikai rendszerre épülő hatékony szervezetet működtet, és partneri viszonyra törekszik a szolgáltatókkal, ellátottakkal és járulékfizetőkkel, valamint az egészségügyi finanszírozás és ellátás egyéb érintettjeivel.”

### Második változat:

„Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár küldetése a biztosítottak egészségi kockázatainak átfogó kezelése a társadalombiztosítás rendszerében.”

„Az OEP a rendelkezésre álló források keretei között olyan szolgáltatásokat nyújt és vásárol, amelyek a lehető legmagasabb színvonalú, hatásos ellátásokkal lehetővé teszik a maximális társadalmi egészségnyereség elérését. Ennek során az egészség megőrzését, helyreállítását, javítását, a munkába való visszatérés elősegítését, az átmenetileg vagy tartósan kieső keresetek kompenzálását egységes rendszerben kezeli.

Aktívan részt vesz az egészségügyi rendszer fejlesztésében, partneri viszonyra törekszik az ellátottakkal, a járulékfizetőkkel, a szolgáltatókkal, a kiegészítő egészségbiztosítási rendszer szereplőivel, folyamatos kapcsolatot tart az őket képviselő civil szervezetekkel.

Céljai eléréséhez szolidaritáson és esélyegyenlőségen alapuló, a megvalósíthatóságot és átláthatóságot figyelembe vevő, az egyensúlyt megalapozó járulékrendszerre épülő, pénzügyileg stabil, hatékony egészségbiztosítási rendszert működtet.

Munkájában felkészült szakembergárdára és korszerű informatikai rendszerre támaszkodik.”

## AZ OEP JOGÁLLÁSÁNAK MEGVÁLTOZTATÁSA

Az egészségbiztosítás országosan is egyedi feladatkörének megfelelően az egyik lehetőség, hogy a szintén meghirdetés előtt álló közszerkezeti reform keretében az OEP – többek között a jelenlegi köztisztviselői törvény átalakításával – kapjon dinamikusabb működési mozgásteret, egyben jól elhatárolt teljesítményértékelési, felelősségi szabályokat is. Ebben az esetben a gyakorlati végrehajtathatóság nehézségein túl további hátrány, hogy számos jogszabályban külön ki kell térni (a 90-es évek után ismét) az OEP-re a speciális jogállás miatt, ui. ennek a formának az egyik előzménye a tanulmányban már megemlíttett, akkori társadalombiztosítási szervekre vonatkozó eltérő (külön) szabályozás.

A másik – általunk támogatottabb, és az elkerülhetetlen további reform-döntések szempontjából is rugalmasabb – megoldás esetében az átalakuló OEP az E-Alap felelős működtetőjeként 100%-os állami tulajdonú, zártforgalmú részvénytársasági jogállást kapna. A 2006. 7. 1-én hatályba lépő, a gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény 4.§-ának non-profit működtetés lehetőségére vonatkozó szabályai és részben a jelenlegi előírások is megfelelnek az általunk ismert koncepció alapelvárásainak. Az Rt-szerű működéssel azonban az OEP hatósági jellegű feladatai nehezen láthatók el. Ennek megfelelően a ZRt. kialakításával egy időben rendelkezni kell a hatósági feladatok átadásáról az ÁNTSZ, valamint a Közigazgatási Engedélyezési Hivatal felé. A jelenlegi hatósági jellegű feladatok egy részét pedig át kell alakítani biztosítói jellegű eljárásrendekké, szabályzatokká.

A Zrt-vé alakulás előnye, hogy egyszerre képes modernizálni az OEP szervezetét, miközben megfelelő lehetőséget biztosít a területi szervek, és funkcionális szervezeti egységek rugalmas formában, akár divízióként való működésére. A működőképesség megőrzése érdekében a szétbontott szervezet divíziói közötti kapcsolat nagyon pontos belső szabályozást és ügymenetet is követelne. A szervezeti átalakítás során el kell határolni az állampolgári és biztosítási alapú szolgáltatásokat, a szolgáltatói és ellenőrzési-hatósági működés horizontális és vertikális elemeit. Az Általános Szerződési Feltételekre alapozott finanszírozási szerződésekre való áttérés szintén kiemelt fontosságú peremfeltétel, és erre a Ptk. tárgyi új módosítása szintén lehetőséget biztosít.

A biztosítási csomagok felosztásánál a Zrt. szempont-rendszerei új dimenziót jelenthetnek. Az ún. állampolgári alapcsomag elemei közül célszerű elkülöníteni a járvány- és közegészségügyet, valamint az anya-, gyermek- csecsemő-védelmet, ui. ezek a döntően preventív, illetve helyzet esetén szigorú hatósági technikát igénylő feladatok az ÁNTSZ rendszerébe hatékonyan integrálhatók.

A sürgősségi ellátás és a mentés biztosítás-közgazdaságtani oldalról egyértelműen Zrt. „bérmunkaként” van jó helyen, így kiküszöbölhetők a meglévő anomáliák és áthatalások a rendszer tárgyköri finanszírozási határterületei között.

Fontos lenne a foglalkozás-egészségügyi rendszer (inkább művi hálózat) „visszavétele” a Zrt. égisz alá, és egyben integrációja is a baleseti megtérítési rendszerrel, így a kettő ötvözete alkotná az egyik stabil alágazatot (elsődleges foglalkoztatói reláció: balesetbiztosítás). A másik az egyéni orientációjú „harmadik pilléres” ápolási- és hospice-biztosítás lehetne. Mindkét „önállósítható” terület esetében gyors siker prognosztizálható, továbbá újabb források megjelenése!

**STRATÉGIAI MENEDZSMENT KIALAKÍTÁSA**

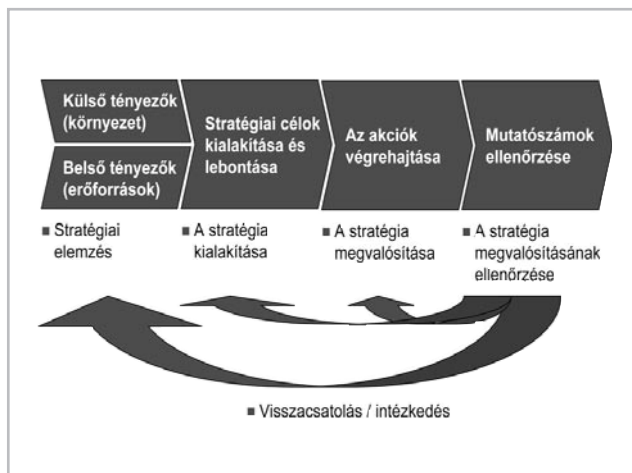
Véleményünk szerint megfelelő alapossággal kialakított és folyamatosan monitorozott stratégia nélkül igazából egyetlen komolyabb szervezet sem képes hosszabb távon pozícióját megőrizve sikeresen működni. (Kaplan-Norton, 2002, 10. old.) Ezt jól bizonyítja az OEP példája is, amely közel tíz éve „vergődik” a hazai közigazgatás porondján, folyamatosan veszítve kiindulási pozíciójából (lásd előző fejezetek).

De mit is értünk stratégiai menedzsment, vagy stratégia vezérelt szervezet alatt? Szükségesek a kiindulási dokumentumok, mint a küldetési nyilatkozat, a jövőkép, stratégiai cél-feladat rendszer és aktuális SWOT elemzés. Ezen dokumentumok egy része a 2003-as stratégia készítési munkálatok eredményeként részben, vagy egészben meg is született (lásd 1. táblázat).

Ezt követően szükséges azonban olyan szervezeti struktúrát kialakítani, amely lehetővé teszi a stratégia végrehajtását, valamint annak folyamatos nyomon követését. Kell egy

szűk stratégiai csapat, amely rendszeresen visszajelzéseket, riportokat készít a felső vezetés felé, és amely javaslatot is tesz a szükséges beavatkozásokra. Ezt követően szükséges azonban olyan szervezeti struktúrát kialakítani, amely lehetővé teszi a stratégia végrehajtását, valamint annak folyamatos nyomon követését. Az OEP esetében a stratégiai csapatot a szervezeti struktúrában el lehet képzelni egy közvetlenül a felsővezetőknek felelős kabinetben vagy egy önálló controlling (fő)osztályban, esetleg az elsődleges szervezeti struktúrán túl működő team formájában is. (Lásd a duális szervezeti struktúrákról Dobák és munkatársai [2001, pp. 99-102.] írását, ahol a team-szervezeteket részletesen tárgyalják a szerzők. A másodlagos szervezeti struktúrában ráépülő teamek előnye, hogy megfelelő (horizontális) információáramlást eredményeznek a különböző szervezeti egységek között, és ezzel a csapat legitimitását lehet növelni a szervezeten belül).

A stratégia által vezérelt szervezetben tehát a stratégia végrehajtása dinamikus munkát jelent, amelyben minden dolgozónak, munkatársnak megvan a maga szerepe. A jól kidolgozott stratégia minden munkatárs számára meghatározott feladatokat jelöl ki, más megfogalmazásban, minden munkatárs, beosztott, vezető mindenkori munkájáról meg kell tudni mondani, hogy az mennyiben járul hozzá a szervezeti stratégia végrehajtásához (6. ábra).



6. ábra  
A stratégiai menedzsment folyamata

Az OEP esetében is ezeket az alapvetéseket javasoljuk alkalmazni, természetesen tisztában vagyunk azzal, hogy nem független magánvállalatról van szó, amely önállóan teremtheti meg a maga arculatát és profilját. Itt egy követő jellegű szervezeti stratégia elkészítése lehet a cél, amelyet a mindenkori kormányzat meghirdetett egészségpolitikájából és társadalombiztosítási politikájából lehet levezetni. Ezzel együtt is számos olyan területe van az OEP jelenlegi működésének, amely állandónak tekinthető – mondhatni politika és kormányzat semleges –, amely azonban folyamatosan fejleszthető és hatékonyabbá tehető. Ilyen kérdéskörök az

Erőségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 113 év történelmi múlt</li> <li>➤ Alacsony működési költségarány</li> <li>➤ Sokrétű szaktudás</li> <li>➤ Országos szervezet, MEP-ek hálózata</li> <li>➤ Centrális részben integrált informatika</li> <li>➤ Országosan egységes eljárásrendek, szerződéses és egyéb dokumentáció</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Merev bürokratikus szervezet, lassú reagáló képesség a környezeti kihívásokra</li> <li>➤ Köztisztviselői státuszgátlódás, gyenge teljesítmény motiváció</li> <li>➤ Stratégiai tervezés és stratégiai management hiánya</li> <li>➤ Korszerű szervezeti controlling hiánya</li> <li>➤ Túl alacsony működési költségarány</li> </ul>
Lehetőségek	Veszélyek
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A hazai egészségügy gyökeres átalakításának és modernizálásának igénye: költséghatékony működés formáinak keresése</li> <li>➤ A hazai közigazgatási reformban való aktív részvétel</li> <li>➤ Az európai unió országainak egészségügyi reformtörekvései, az egységes társadalombiztosítás intézményének elismerése</li> <li>➤ Az egészségügyi technológiai innováció, a gyógyítási lehetőségek tárházának bővülése és a közforrások szűkösségének egyre feloldhatatlanabb ellentmondása, a társadalombiztosítási alapsomag centrális – országosan egységes – meghatározásának előnyeit erősítik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Túlzottan fiskális szemléletű pénzügyi megszorító politika</li> <li>➤ Direkt politikai befolyás</li> <li>➤ Erős üzleti lobbitevékenység, befolyásolás</li> <li>➤ Többbiztosítós modell kialakítása</li> </ul>

1. táblázat  
Az OEP működéskorszerűsítés SWOT elemzése

E. Alap egyensúlyi helyzetének elérése, a belső ügyvitel-szervezés professzionalizálása, a szolgáltatói és támogatási technikák és controlling módszerek fejlesztése, a komplex integrált informatikai rendszer kialakítása.

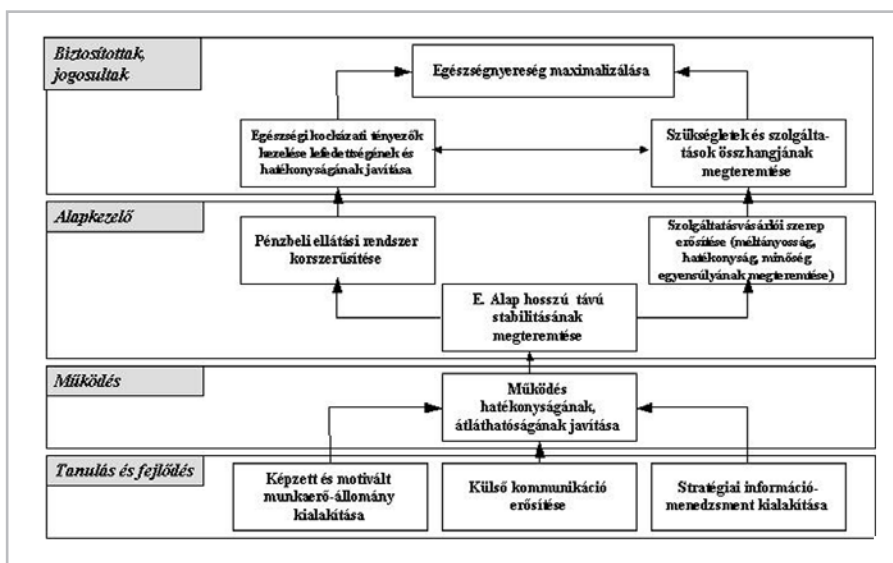
Az OEP működése során már több alkalommal is kísérlet történt az intézményi stratégia kialakítására, a legutóbbi jelentős próbálkozás 2003-ban zajlott, a következőkben ennek folyamatát mutatjuk be részletesebben. Az OEP Vezetői Értekezlete 2003 elején határozat formájában egy fejlesztési programot indított el, amelynek célja volt, hogy az OEP aktívan és eredményesen vehessen részt az egészségügyi rendszer, az egészségpolitika alakításában, modernizálásában, és ezek feltételeként elindította az OEP saját szervezeti, működési és kulturális fejlesztését. A program konkrét célja volt az intézményi stratégia kialakítása, vezetői információs rendszer létrehozása, controlling és teljesítménymérési rendszer koncepciójának kidolgozása.

2003. év első felében a feladat koordinálására létrehozott stratégiai munkacsoport a korábbi OEP stratégiaalkotási anyagok felhasználásával, valamint számos in-

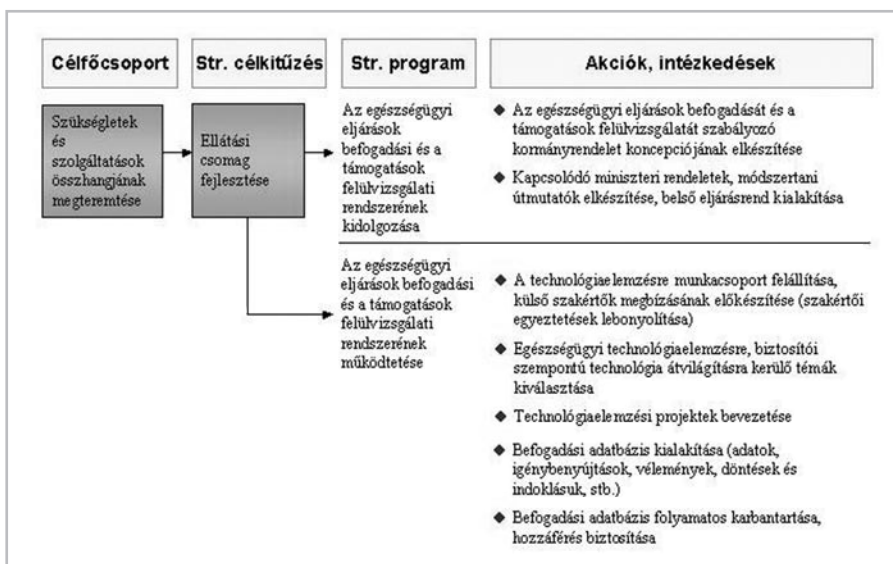
terjú és csoportos megbeszélés eredményeképpen elkészítette az első javaslatokat az OEP intézményi stratégiájának fő elemeire (pl. küldetés, stratégiai célszerkezet). A Vezetői Értekezlet 2003. május végén ismét határozat formájában támogatását adta a stratégiaalkotási munka folytatásához.

2003. július 4-5-én, Dobogókőn az OEP és egyes MEP-ek vezetőinek részvételével stratégiai fórum megrendezésére került sor. A stratégiai fórumon a vezetők a stratégiaalkotásról szóló módszertani jellegű előadásokat hallgattak meg, majd megvitatták az OEP küldetési nyilatkozatára tett javaslatot, az általános stratégiai célokat és az OEP jövőképevel kapcsolatos elképzeléseket. A résztvevők munkacsoportokban bontották le a fő célokat specifikus stratégiai célokra, a célok elérését jelző mutatószámokat határoztak meg és kidolgozták a megvalósulási programokat.

A dobogókői stratégiai fórumot követően a stratégiai munkacsoport megfogalmazta az addig elért eredményeket és meghatározta a további feladatokat. Egy újabb vezetői értekezlet során kísérlet történt a továbbfejlesztett küldetés



7. ábra  
Az OEP stratégiai célszerkezete



8. ábra  
Példa a stratégiai alapú működésvezérlésre

(lásd keretes írásunk) és általános stratégiai célszerkezet (7. ábra) hivatalos elfogadtatására, és a további stratégiaalkotási feladatok ütemezésének jóváhagyására.

A kitűzött további feladatok között szerepelt: az általános stratégiai célok lebontása; programok, akciók kidolgozása (8. ábra); a célok elérését mérő mutatók meghatározása; a MEP-ek fokozottabb bevonása a stratégiaalkotási folyamatba, a stratégia szervezeten belüli és kívüli kommunikációjának kidolgozása, a stratégiai menedzsment szervezeti hátterének megteremtése.

Sajnos a küldetés és a célok hivatalos elfogadása vezetői értekezlet formájában mégsem történt meg, amelynek okai több dologban keresendők. Az OEP akkori felsővezetése nem volt egységesen elkötelezett a stratégiai menedzsment

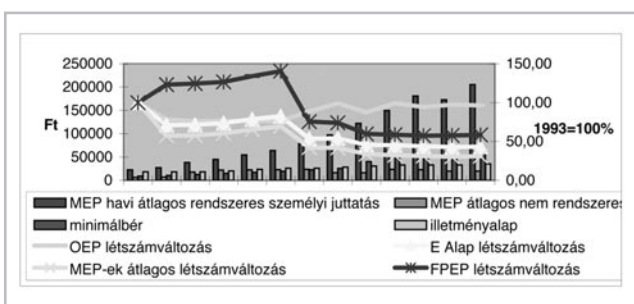
kialakításában. A „tulajdonos”, megrendelő elvárásai között nem szerepelt egy részben autonóm stratégiát követő OEP kialakítása. Hiányoztak azok a mozgatható humán és anyagi erőforrások, amelyek nagy lendületet adtak volna a stratégia-készítési és végrehajtási munkának. Azonban a kitűzött programok egy része a következő években az OEP formálisan létező stratégiája nélkül is megvalósult, hiszen a kidolgozott részanyagok számos esetben adtak alapot a különböző jogszabályok kidolgozásához, érveket a szakmai vitákhoz stb.

A 2003-ban elindított folyamat utolsó próbálkozásai 2004. elején voltak, amikor az egészségügyi természetbeni ellátási területeken megvalósuló stratégiai programok monitorozása zajlott, azonban a teljes felsővezetés támogatása híján a stratégiafejlesztési program lassan elhalt.

Az OEP 2003-as stratégiafejlesztési próbálkozása, mind módszerében, mind tartalmában azonban így is hasznosítható alapot jelent egy jövőbeli szervezet-korszerűsítési munka újraindításakor.

**KORSZERŰ HUMÁNERŐFORRÁS MENEDZSMENT BEVEZETÉSE, TELJESÍTMÉNYÖSZTÖNZÉS**

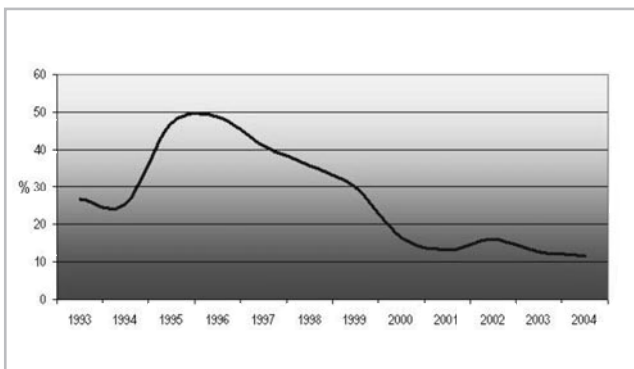
Az egyik legfőbb probléma, hogy még a Ktv. is rásegít a „gúzsbakötéshez”, ha nincs egyéni érdekelttség és kapcsolatlan kemény számonkérés a szervezeten belül, mert akkor a professzionális szervezet bizony illúzió marad.



**9. ábra**  
A rendszeres juttatások az éves jövedelemen belül, 1993-2004

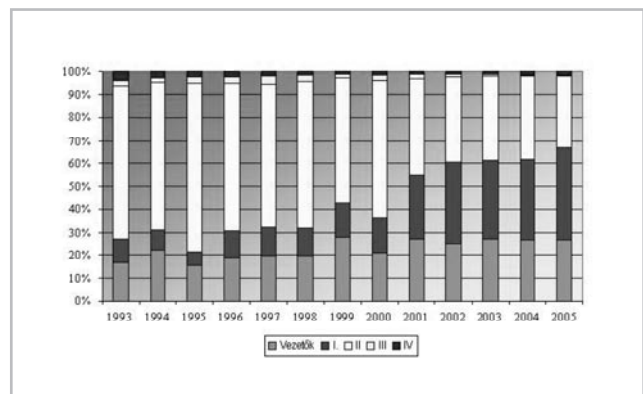
A 9. ábra az egyik kis megyei pénztárnál a rendszeres juttatások mértékét szemlélteti 12 éven keresztül. Véleményünk szerint 1998-ig a folyamatok a számok oldaláról egészségesek, azaz jobban dinamizálódott az elérhető jövedelem, mint a kötelező. Meg kell azonban említenünk, hogy a „jutalmak” elosztási elvei, azok munkavégzést ösztönző szerepe bizony sok kívánnivalót hagyott maga után. A „szabad” keretek képződésére az első időszakban még rásegített az üres státuszok belső forrástermelése is. 1999-től a teljesítményfüggő elemek zuhanásánál emlékeztetnénk az APEH integrációra. Az utóbbi időszakban torzít az ún. 13. havi illetmények időszaki átterhelése a következő költségvetési évre is.

Ha a 10. ábrára egy újabb idősorral rávetítenénk a nem normatív jutalmak arányát (azaz ami nem a kötelező/előírt



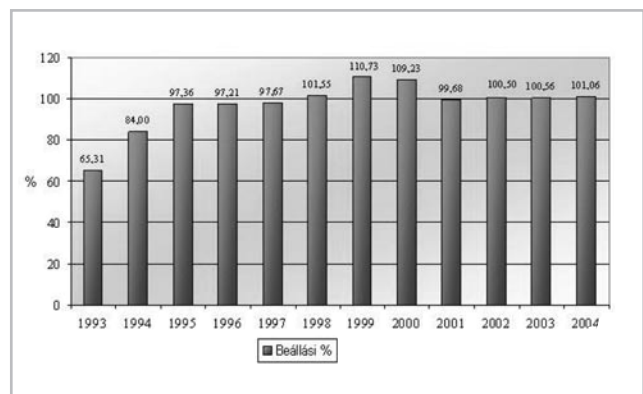
**10. ábra**  
A jutalmak aránya a bérköltségekhez képest

egy havi vagy x heti juttatás), akkor még elkészerítőbb a kép, ugyanis egy azonos pozícióban levő húzóember és a minimális követelményeket teljesítő között éves szinten 5-10% eltérési sávot állapíthatunk meg. Ez nem tekinthető érdemi teljesítményösztonzésnek. Tovább elemezve a reálfolyamatokat, az újabb tábla jól mutatja a köztisztviselői bértábla belső inflálódását, amely bizony a minőségi munkaerő elvándorlására vezetett.



**11. ábra**  
A bértömeg belső megoszlása (1993-2005)

Újabb tényező az iskolai végzettségek szerinti belső strukturális átrendeződés (11. ábra). Egy komplex egészségbiztosítási ismerethalmaz kialakításához bizony kvalifikált munkaerőre van szükség, orvosokra, közgazdászokra, informatikusokra, és még sorolhatnánk. Ez sem olcsó dolog, de elkerülhetetlen.



**12. ábra**  
Intézményi szintű illetménybeállítás, %-ban

A 12. ábra újabb dimenziót jelenít meg. Ezen az látható, hogy az adminisztratív korlátok és a lehetőség hiánya együttesen azt eredményezi, hogy állományi szinten érdemi eltérítési lehetőségről nem beszélhetünk. Ennek legfőbb akadálya a szűk létszámkeretek mellett a kötött státuszgazdálkodás. Ez a Ktv. alapján 2006-ban -20 és +30% közötti sávot jelenthetne, és a korábbi tény jövedelem-eltérési példa kapcsán önmagában elismerési sávként akár 61%-os jövedelemeltérítést eredményezhetne.

## MINŐSÉGFEJLESZTÉS A SZERVEZETBEN – MINŐSÉGVEZÉRELT SZERVEZET

A modernizálódó OEP a jövőben is a bruttó hazai össztermék kb. 7%-át kezelő szervezet lesz, amely több tucat eltérő tevékenységet foglal magában egy folyamatosan változó környezetben, változó lakossági és szolgáltatói igények, elvárások közepette. A szervezet monopol közvásárlóként jelenik meg az egészségügyi szolgáltatások piacán, így a belső folyamatok optimalizálásában, hatékonyság és minőség javításában a külső versenytársak nem jelentenek kényszert. Ebből következően az OEP belső működésének korszerűsítésekor elengedhetetlen a minőségmenedzsment különböző módszereinek bevezetése, néhány éves építkezéssel egy minőségvezérelt szervezet kialakítása.

Kiindulási pontot, gondolkodási keretet adhat az EFQM (European Foundation for Quality Management, azaz Európai Minőségmenedzsment Alapítvány) Kiválóság Modell, amely a TQM (teljes körű minőségmenedzsment) filozófián alapulva lehetővé teszi a szervezeti önértékelést. A modell alkalmazhatósága mellett szól az is, hogy 1999-től kezdődően nem csak üzleti szervezetek, hanem a közszolgálati intézmények, szervezetek számára is továbbfejlesztették. Az EFQM modellen alapul egyébként az ún. Európai Minőségi Díj és a magyar Nemzeti Minőségi Díj is.

Szintén az EFQM modellen alapul az ún. CAF (Common Assessment Framework), magyarul Közös Értékelési Keretrendszer, amelyet az Európai Unió támogatásával fejlesztett ki az Európai Közigazgatási Intézet (EIPA, European Institute of Public Administration) azzal a céllal, hogy a tagállamok közigazgatásában a minőségfejlesztés elveinek, módszereinek terjedését elősegítsék. A CAF lehetőséget ad az intézmények számára a fejlesztendő területek feltárására, a szervezeti működés átgondolt javítására. [Takács – Gulácsi, 2003]. A CAF bevezetése az OEP-nél meg is kezdődött 2004. év végén.

Egy átfogó minőségügyi rendszer kialakításától várhatjuk el a belső működési folyamatok optimalizálását, szűk keresztmetszetek feltárását, ügyviteli folyamatok szabályainak, standardjainak kidolgozását, a szolgáltatások országosan egységes magas színvonalának kialakítását.

## PROJEKTVEZETÉS PROFESSZIONALIZÁLÁSA

Az OEP működésében egyre nagyobb szerepet kapnak a kampányszerű feladatok, az időhöz kötődő programok, szemben a bürokratikus felépítésű szervezettel megoldható rutinszerű munkákkal. Tipikusan ilyen területek az informatikai fejlesztések, a finanszírozási modellkísérletek, az ellátórendszert fejlesztő pályázatok és prevenciók modellprogramok. A tanulmány tárgyát képező szervezetkorszerűsítés is felfogható egy komplex és átfogó projektként is. Az egészségbiztosítás rendszerének általunk kívánt dinamikus fejlesztése számos egymással szoros kapcsolatban álló projekt megszervezését és lebonyolítását teszi szükségessé.

A projektek sikeres megvalósítása azonban igényli a szervezet működésében a horizontális kapcsolatok erősítését, és a mátrixszerű működés kultúrájának és szabályainak meghonosítását. Az OEP eddigi történetében leginkább a lineáris-funkcionális struktúrán alapuló projektek lebonyolítása jelent meg (Görög, 1963. o.), amely során kineveztek egy projektmenedzsert, de a szervezetből nem kerültek közvetlen irányítása alá a témában illetékes szakemberek, hanem azok maradtak a közvetlen funkcionális vezetők irányítása alatt. Ezekben az esetekben a projektek megvalósulása egyrészt a funkcionális egységeket irányító középvezetők hozzáállásán múlt, hogy a napi rutin jellegű munkájuk mellett mennyire vették komolyan a projekt sikerét. Másrészt sok függött a projektet és a funkcionális vezetőket is felügyelő felsővezetők „keménységén”, hogy kikényszerítik-e a megfelelő koordinációt és részvételt a projektben érintett vezetők és beosztottak részéről. Az OEP-en belüli tapasztalataink alapján elmondható, hogy leginkább az informatika területén honosodott meg a projektek vezetésének professzionális megközelítése, de itt számos kudarcról is beszélhetünk, amikor vagy a projektcél nem valósult meg (DEJÁK projekt), vagy ha mégis, az jóval hosszabb idő alatt (E-pénz) és általában jóval nagyobb költségvetéssel, mint az eredetileg tervezett (Adattárház).

Az OEP életében a projektek, projektszerű feladatok állandóan jelen vannak (például a közgyógyellátás rendszerének átalakítása, E-kártya projekt, vagy a „21 lépés” keretében elindított kassaösszenyitás program stb.), csak egy részük nem tudatosul, vagy nem kerül megfelelően előkészítésre és szervezeti támogatásra. Általában nem készül részletes feladat- és ütemterv, vagy ami készül, az nem reális, mert nem megfelelően veszi figyelembe a fő kockázati tényezőket, mint a szakmai teljesítmény, a projektköltség, az időtényező (Meredith, 2003, 560. old.). Végül a kezdeti nagy elvárások ellenére nem rendelődik hozzá megfelelő humán és anyagi erőforrás. Számos esetben, különösen a gyógyszer-támogatás és a gyógyító-megelőző ellátások területén megcélzott projektek esetében ugyanaz az öt-hat ember kerül kijelölésre adott időszakban a különféle projektek lebonyolítójának és felelősének, miközben a rutin munkájuk alól nem kapnak felmentést.

Egy szervezet projektvezetési kultúrájának fejlettségét jellemezheti az, hogy milyen mértékben alkalmaz projekt-re orientált projektszervezet(ek)et (Görög, 1972. o.). Ezt az OEP esetében is elmondhatjuk, és ez egy kölcsönös egymást erősítő hatás is lehet: ahhoz, hogy a szervezet sikeresen meg tudja valósítani stratégiáját professzionális projektszervezési és -vezetési ismereteket kell a ház falain belülre hoznia, illetve kifejlesztenie. Egy magas színvonalú projektmenedzsment kultúra ugyanakkor nagymértékben járulhat hozzá a szervezet modernizálását előmozdító projektek sikeres megvalósításához.

Javasolt tehát néhány tucat szakembert, vezetőt projektmenedzsment részképzésben részesíteni, és egy projektszervező, monitorozó szervezeti egységet is kialakítani az általában futó kb. egy tucat projekt támogatására. Emellett

ki kell alakítani a projektek tervezésének, szervezésének és lebonyolításának szabályait, standardjait is, hogy a szakirodalom által legmagasabb szintűnek tartott mátrix vagy duális struktúrán alapuló projektszervezetek is felállíthatók és működtethetők legyenek az OEP szervezetén belül. Ez azt jelenti, hogy a projektmenedzsereknek a projekt megvalósítás időszakára ugyanolyan irányítási jogkört kell adni, mint a funkcionális szervezeti egységek vezetőinek, mivel számos esetben az egyes projektek tagjai „főállásban” meglévő szervezeti egységek tagjai, akik időlegesen általában munkaidejük egy részében kerülnek kirendelésre egy-egy projektben való részvételre. Ehhez szükséges a szervezeti kultúra megfelelő megváltozása is, amelynek keretében begyakorlottá válik a projektvezetők és funkcionális szervezeti egységek vezetői közötti hatáskörök tisztázása, és az együttműködés hatékonyra tétele. A döntési csomópontokon követendő vezetői magatartás meghatározása, csak a stratégiai célok prioritást követő lebontásának mentén lehetséges, ami mellé erős és folyamatos monitorozás szükséges a régi beidegződések lebontása érdekében.

### SZERVEZETKORSZERŰSÍTÉS, DECENTRALIZÁCIÓ – A SZERVEZET TÉRBELI FEJLESZTÉSE

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár feladatainak ellátását – a szervezeti és működési szabályzatán keresztül – alapvetően az elsődleges munkamegosztás tekintetében **egydimenziós funkcionális** elven szervezi. A főosztályok feladatai és tevékenysége azonban ténylegesen két részre osztható:

**Alaptevékenységet végző főosztályok:** Gyógyító-Megelőző Ellátási, Gyógyszerügyi, Gyógyászati Segédeszköz és Gyógyfürdő, Egyedi Méltányossági Ügyek, Elemzési és Szakmai Ellenőrzési, Pénzbeli Ellátási stb.

**Támogató-kiszolgáló főosztályok:** Humánpolitikai és Oktatási, Pénzügyi, Számviteli, Jogi, Közbeszerzési, Igazgatási, Informatikai, Nyilvántartási, Nemzetközi stb. főosztályok.

Az alaptevékenységet végző főosztályok száma kevesebb, mint a támogató-kiszolgáló főosztályok száma, létszámuk is csak fele az utóbbinak, ami abból adódik, hogy egyrészt a szervezet a működését tekintve erősen centralizált, másrészt ezek a főosztályok igazolva saját fontosságukat folyamatosan növekedtek, esetleg osztódással szaporodtak. A humánpolitika, a számvitel, a közbeszerzés, a nemzetközi ügyek, a beruházás és az informatika szinte kizárólag központi működtetésre rendezkedett be, itt indokolt az OEP-beli viszonylag magas részarány, mert a MEP-eken nincs ilyen jellegű jelentős tevékenység. A MEP-ek viszont tevékenységük, szervezeti egységeik és létszámuk túlnyomó részében az egészségbiztosítás alapfeladataira koncentrálnak.

Az alaptevékenységet végző főosztályok struktúrája a funkcionális munkamegosztás mellett a szolgáltatási piac-hoz igazodva kevert a **divizionális** munkamegosztással, hisz a Gyógyszerügyi és a Gyógyászati segédeszköz szét-

választása tárgyi (termék) jellegű munkamegosztás, és ugyanez figyelhető meg a Gyógyító-Megelőző Ellátási főosztály belső munkamegosztásában, ahol fekvő, járó és alapellátási területekre tagozódott a szervezet követve a szolgáltatási piac hasonló felosztottságát (Király 2006). A vegyes jelleg például jól látható az Egyedi Méltányossági Ügyek főosztályán, ahol valamennyi szolgáltatási forma ügyeit egy főosztályon belül intézik, akár gyógyszer, akár segédeszköz, akár fekvő intézményben végrehajtott beavatkozás kerül egyedi finanszírozásra.

Az OEP, mint a legtöbb államigazgatási szervezet, alapvetően **egyvonalas** szervezet. A bürokratikus szervezetekre jellemző módon épül fel az alá- és fölérendeltség.

A MEP-ek szerveződése területi elven (megyei) történt, így az OEP, mint országos hatáskörű szervezet **regionális** elven szerveződőnek is tekinthető, de ez csak az alaptevékenység bizonyos területein domináns.

A fentiek miatt az OEP nem nevezhető tisztán egydimenziós funkcionális szervezetnek, inkább két dimenziós tenzor-szervezetnek tekinthető, amelynél az első dimenzióban az elsődleges munkamegosztás funkcionálisan a másodlagos divizionális munkamegosztás alapján szerveződött, míg a második dimenzió regionális (megyei) felépítésű.

A környezeti kihívásokhoz való alkalmazkodás, az egészségpolitika céljainak hatékony megvalósítása azonban megköveteli a szervezet átalakítását és folyamatos fejlesztését. A rugalmasabb szervezetre való igény, a több irányban is jól képzett vezetők minimális létszáma, az állami vezetők számának országos csökkentési igénye, a jelenlegi kommunikációs zavarok, az olcsóbb állam szükségessége mind afelé hatnak, hogy csökkentjük a szervezet felsővezetőinek és szervezeti egységeinek a számát. A szervezeti átalakításban alapvető elvárás, hogy a kialakítandó szervezethez kell a megfelelő személyeket keresni és nem a jelenlegi vezetőkhez szervezeti egységeket találni. A szervezeti átalakítás első hullámát meghatározott időtartam alatt ütemezve és gyorsan kell megvalósítani, hogy az a legkevesbé okozzon működési zavart.

A tanulmány íróinak meggyőződése, hogy akár a centralizáció, akár a decentralizáció önmagában nem lehet megoldása az adott szervezeti struktúra válságának. Ez csak eszköz, de megfelelő célkitűzés esetén, ha következetes végrehajtással párosul, igen hatékony lehet. Magának a folyamatnak a vizsgálatok itt is két lehetséges megoldási módot lehet elképzelni, ebből az egyik a Ktv. és az államigazgatás keretein belüli lehetőség, míg a másik a Zrt. működésével egyidejűleg kialakított feladatmozgás. Az eddigi próbálkozások – beleértve a regionalizmus 2000 és 2002 közötti kísérletét – megmutatták, hogy a folyamatot egyszerre kell értelmezni, horizontális valamint vertikális szinten is. Nehezen képzelhető el az az állapot, hogy egy ekkora szervezet esetében csak az egyik vagy a másik technika adhat megoldást, tehát bizonyos feladatokat még inkább centralizálni szükséges. Miközben a napi rutint igénylő végrehajtói, valamint ügyfélkapcsolati munkákat tovább kell decentralizálni arra a szintre, ahol a megfelelő döntési kompetencia hatékony döntés-előkészít-

tési tudásbázissal párosul. A tervezés, az elemzés a stratégiai feladatalkotás, a monitoring, a controlling jelentős része egyrészt a központi szervezethez, másrészt magát a kialakítást igényli a jövőben. Az engedélyezési, a méltányossági valamint kiemelten a szerződés-kötési területen viszont a szerzők jóval nagyobb önállóságot és persze felelősséget is szeretnének látni! Ezt meg kellene előznie az ellátási keretek kialakításának, valamint a térségi kiegyenlítő kasszák legalább elvi szintű létrehozásának is.

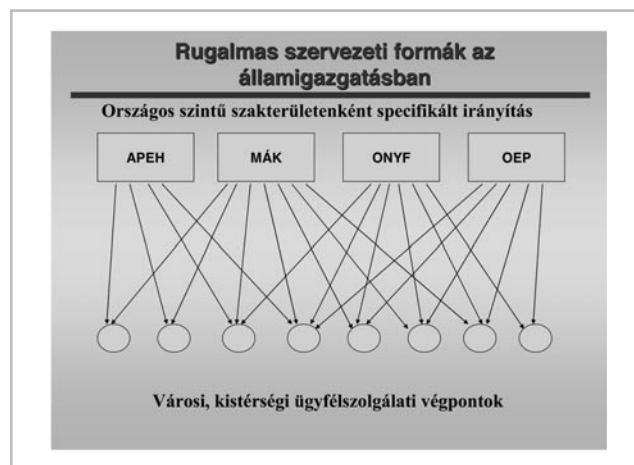
Meg kell vizsgálni a tömbösített feladatátadások lehetőségét, valamint az FPEP szervezetének átalakítását több rugalmas egységre, azaz a jelenlegi megyei nagyságrenddel összemérhető reakcióidő biztosítását. Az információstechnikai keretek ma már megengedik, hogy egyes központi, országos vagy területi-regionális adatbázis, feladat kezelését fizikailag ne Budapesten kelljen megoldani, hanem más olyan területen, ahol a humán valamint az infrastrukturális feltételek megfelelőek. Erre alkalmas lenne egy belső pályázat-motivációs rendszer is, amely a „nagy ösztönző-rendszer” egyik pillérét képezhetné. Az utóbb leírtakat az is indokolja, hogy a fővárosban évente sok százmillió forint költséget jelent bérleti díjak fizetése, és még így sem sikerült megoldani azt, hogy a két legnagyobb szervezet egy helyre kerüljön. Meg kell említeni a közigazgatási és az egészségbiztosítási régió összeférhetetlenségének tényét is, ugyanis különösen egy részvénytársasági forma szerinti működtetésnél az „egészségbiztosítással életszerűtlen” közigazgatási régióra való ráfordítása a rendszernek eleve közgazdaságilag bekódolja a negatív eredményt, valamint az adott régió illetve régiós terület gazdasági versenyképtelenségét is! Összegezve elmondható, hogy a tervezés-végrehajtás-ellenőrzés-elemzés, valamint a vezetés-irányítás-felügyelet vonalak mentén át kell gondolni a feladat-átmozgatások hatékonyságát és legalább középtávon meghatározni azt a stratégiát, hogy milyen mélységben és szegregációban kívánunk eljutni az ügyfelek szintjére, itt külön elválasztva a közvetlen lakossági, valamint a szerződéses partneri, egészségügyi szolgáltatói kapcsolatokat.

A szervezeti fejlesztés másik iránya az egyes részfeladatok országos szintű decentrumainak létrehozása, ahogyan azt a BÉVER fejlesztői gárda, vagy a HBCS feldolgozás esete is mutatja. További ilyen terület lehet a bevezetés alatt álló hatékony gyógyszer-érdekeltségi rendszer országos szintű havi rendszerességű adatfeldolgozási és elemzési munkái. Ezzel az OEP-ben jelentősen csökkenthetők lennének a tömegszerű rutinfeladatok, a megyék fenti előnyeit, – olcsóbb elhelyezés, munkaerő és nagyobb „nyugalom” –, ebből a szempontból is jól ki lehetne használni.

## KISTÉRSÉGI ÜGYFÉLSZOLGÁLATOK

A magyar közigazgatás reformjának is részét képezheti a hasonló lakossági és vagy céges, intézményi ügyfélszolgálati feladatokat ellátó országos hálózattal rendelkező központi közigazgatási szervek megyei, városi irodáinak

közös működtetése. Ennek keretében a jelenleg mereven elkülönülő rendszerben dolgozó vidéki irodák, igazgatóságok működtetése egyik megoldásként összevonásra kerülhet, másik megoldásként egymás számára végezhetnének szolgáltatásokat, megfelelő panelbe szerkesztve a kialakítható ügyfélszolgálati tevékenységeket. Az együttes, vagy megosztott működés eredményeképpen jelentősen csökkenthetők lennének az adminisztrációs költségek (lásd 13. ábra). Az átalakuló, modernizálódó OEP lakosságközeli, kistérségi szintű ügyfélszolgálati feladatainak ellátásában megfelelő rugalmassággal vehet részt a közigazgatás más szervezeteivel való együttesen kialakítandó irodák működtetésében.



13. ábra  
A közigazgatási szervek területi hálózatainak átszervezése

Az együttes vagy összevont működtetés másik, de legalább ilyen fontos előnye lehetne az igazán lakosságközeli kistérségi irodák hálózatának teljes kiépítése. Az elmúlt évek közigazgatást érintő megszorító tevékenysége eredményeként számos közigazgatási szerv kényszerült városi, kisvárosi irodáinak bezárására, egy-egy félmegyéni területről történő kivonulásra. A hazai közigazgatás reformja keretében éppen ellenkező folyamatot kellene elindítani, amely azonban a költséghatékonyság jegyében csak úgy képzelhető el, hogy legalább négy-öt hasonló lakossági feladatot ellátó szervezet hoz létre közös ügyfélszolgálati végpontot. Az Okmányirodák rendszeréhez hasonlóan több tucat típusú ügyintézés válna így rugalmassá, gyorsá és főként könnyen elérhetővé. A MEP-ek lehetnének az egyik kiemelt szereplői egy ilyen rendszernek.

## AZ OEP KÖZPONTI SZERVEZETÉNEK FŐBB SZERVEZETI ÁTALAKÍTÁSAI: KIHÍVÁSOK ÉS VÁLASZOK

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1993-ban jött létre. Az elmúlt 13 év során a szervezet Szervezeti Működési Szabályzata szinte minden évben módosult, sőt

néhányszor még évente több alkalommal is. Az induló 470-500 fő közötti központi létszám a kétezres évek elejére már elérte a 700-at, miközben 1999-ben a járulékbekajátás és ellenőrzés több főosztálya átkerült az APEH-hez. 2000-ben a családtámogatások ügyintézője a Magyar Államkincstárhoz (akkori nevén TÁH) került, amely további feladatcsökkenést eredményezett. Az OEP bevétellel foglalkozó szervezeti egységei így néhány főre koncentrázódtak, főként a Közgazdasági főosztályon, részben pedig a Jogi főosztályon.

A kiadási oldallal foglalkozó szervezeti egységek súlya és jelentősége ugyanakkor fokozatosan növekszik, amely alapvetően két főosztály keretében összpontosul: a Gyógyító-megelőző ellátási főosztálynál, valamint a Gyógyszerügyi főosztálynál. Ezen szervezeti egységek OEP-en belüli létszáma és mozgástere azonban véleményünk szerint, messze elmarad a feladat nagyságától. Az OEP vezetése számos alkalommal esett abba a hibába, hogy a fenti két főosztályba annyi szerteágazó feladatot szervezett, és létszámát oly mértékben felduzzasztotta, amely már a stabil működtetést veszélyeztette, vagy óhatatlanul a kisebb jelentőségű feladatok elhanyagolásához vezetett. A vezetés számos alkalommal kísérletezett a funkciók leválasztásával, szeparálásával, ilyen volt például 1996-ban az egészségpolitikai főosztály, 2001-ben a szakmapolitikai főosztály, 2002-ben a gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő főosztály, 2003-ban az irányított betegellátási főosztály, 2005-ben a gyógyszerészeti főosztály létrehozása. Ezek közül a gyógyászati segédeszköz főosztály kivételével jelenleg mindegyiket megszüntették.

A kiadási, szolgáltatói oldal kihívásaiból adódó fejlesztendő területek:

- Az egészségügyi technológiák robbanásszerű fejlődését kezelő befogadéspolitikai rendszer kialakítása;
- Az egészségügyi szolgáltatói oldal kapacitásának szabályozása, fejlesztése;
- A tételes teljesítményfinanszírozáshoz kapcsolódóan a finanszírozási és minőségmonitoring technikák fejlesztése;
- A szolgáltatási kódok és díjtételek fejlesztése, karbantartása, költségfigyelés és elemzés;
- A támogatás típusú szolgáltatások (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő) technikáinak fejlesztése;
- Egységes intézményi adattárház és vezetői információs rendszer kialakítása a fenti feladatok támogatására.

Az 1990-es és a 2000-es évek dinamizáló egészségügyi szolgáltatói környezete, az egészségügyi technológiák (gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, diagnosztikai lehetőségek, műtéti eljárások, terápiás lehetőségek) tárházának szinte robbanásszerű növekedése, az intézményi kontrolling és minőségbiztosítás fejlődése egyre kiterjedtebb szaktudású és bizonyos részterületekre specializáló szervezeti egységeket igényelnek.

Az OEP-ben 2001-ben alakult meg a stratégiai jellegű feladatokat ellátó Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály, amely 2005. elején Biztosításpolitikai Főosztállyá alakult. Ez a főosztály az akkori vezetés szándékainak megfelelően egyre kiterjedtebb feladatkörökkel rendelkezett: a népességügyi szűrővizsgálatok monitorizálása, az egészségügyi technológiák elemzése, értékelése, az ezzel kapcsolatos koordinálási feladatok, a minőségi indikátor program kifejlesztése, majd az irányított betegellátási program működtetési feladatainak ellátása egy elkülönült osztály keretében. A további tervek között szerepelt a kódkarbantartás rendszerének fejlesztése és titkársági feladatainak ellátása, valamint az egészségügyi technológiák befogadásának egységes rendszerű működtetése, a titkársági és koordinációs feladatok ellátása. A szervezet fejlesztésének korábbi koncepciója szerint a fenti szakmapolitikai főosztály lett volna hivatott a természetbeni ellátások finanszírozási és támogatási rendszerének stratégiai jellegű fejlesztésére. A főosztály azonban később megszüntetésre került, egyes egységei pedig más OEP szervezeti egységekbe integrálódtak.

Az OEP-en belül az elmúlt években a kor kihívásainak megfelelően leginkább az informatika és információs rendszer területe fejlődött. Ehhez nagymértékben járult hozzá a korábbi szekszárdi GYOGYINFOK OEP-be integrálása külön főosztályként. Az informatikai szakterület 2003-2005. között kialakította a maga stratégiai fejlesztési és működési egységeit: az Informatikai Stratégiai és Fejlesztési Főosztályt, Finanszírozási Informatikai Főosztályt (volt GYOGYINFOK), Nyilvántartási és Ügyvitelszervezési Főosztályt.

A harmadik, a közgazdasági területen is több szervezeti egység foglalkozik rendszer szintű elemzésekkel, esetenként koncepcionális stratégiai jellegű munkákkal. Ennek egyik természetes egysége a Közgazdasági Főosztály, amely több mint egy évtizedre visszamenőleg rendelkezik az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalának részletes adataival, ezt jellemző mutatókkal, indikátorokkal és trendelemzésekkel.

Összességében elmondható, hogy a 13 év alatt az OEP vezetése számos kísérletet tett a szervezet kihívásokra reagáló átalakítására. Az intézmény jelenlegi belső humán erőforrás eloszlása azonban még mindig nem szolgálja megfelelően az OEP-től elvárt feladatok hatékony, ütőképes ellátását. Továbbá az Egészségbiztosítási Alap stratégiai fejlesztését és az OEP hatékony működésének elősegítését rendszerszerűen hivatott egység vagy egységek hálózata sem alakult ki. A modernizáló egészségbiztosítás rendszerében elengedhetetlen a stratégia megvalósítását szolgáló, és a külső környezeti kihívásokra rugalmasan, hatékonyan és magas színvonalon reagáló szervezeti struktúra. Csak ez biztosíthatja a szervezet hosszú távú stabil működését, a politika, a lakosság és a szolgáltatói partnereknek a „monopol helyzetben lévő biztosítóval” való elégedettségét.

## ÖSSZEGZÉS AZ OEP MŰKÖDÉS KORSZERŰSÍTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEIRŐL

A 2000-es évek elején teljesen egyértelművé vált, hogy leáldozott a komótosan mozgó nagy mamut, vagy dinoszaurusként létező behemót szervezeteknek, amelyek lassan elpusztulnak, elsodorja őket a változó idők szele, a környezeti változás, vagy a rendszer működésével elégedetlen politika és „lakossági harag”.

Rugalmas, önmagát definiálni képes, a környezeti változásokhoz intelligensen és gyorsan alkalmazkodni tudó, akár a környezetet proaktív módon formálni képes egészségbiztosítási szervezetre van szükség: küldetésstudattal, stratégiával, magasan képzett és motivált szakembergárdával. A belső tartalékokat fel kell tárni a szervezetben, és meg kell győzni a mindenkori politikát, hogy további mozgásteret és erőforrásokat biztosítson a hazai egészségbiztosítás intézményrendszerének fejlesztéséhez. Gúzsbakötve ugyanis nem lehet táncolni, márpedig a jelen körülmények között a fiskális megszorítások, és a túlcentralizált lemerévitett költségvetési szervi működés közepette ez történik.

Mind a szervezeten belül, mind pedig annak környezetében el kell oszlatni azt a hitet, hogy a jelenlegi struktúra bebetonozott, nem lehet kényelmesen éledgelni ebben az állapotban. Legalább három irányból hárul nyomás az OEP és a hazai egységes társadalombiztosítás rendszerének átalakítására („szétverésére”):

- Állami egészségügyi rendszer kialakítása az angliai NHS mintájára;
- Régiók felé történő decentralizálás;
- Üzleti alapú több-biztosítós rendszer kialakítása.

Mind a három irány nemzetközileg ismert, és valamely európai uniós országban létező, működő gyakorlat, így ezek a kezdeményezések teljesen érthető módon merülnek fel. Alapvetően azonban azt kell megvizsgálni, hogy az egyes átalakítási irányzatok mögött milyen szakmai, pénzügyi, politikai stb. célok és érdekek jelennek meg. Elképzelhető, hogy ezen célok nagy része egy megfelelően rugalmas és jól szervezett egységes egészségbiztosítási rendszer keretein belül érhető el a leghatékonyabban. Az optimális szervezeti rendszer kialakítása azonban alapos háttérmunkákat, elemzéseket, hatástanulmányok készítését és mélyenszántó szakmai vitákat igényel.

A társadalombiztosítás átalakítása a rendszerváltás óta időről-időre a politikai viták középpontjában áll. Annak eldöntése, hogy a hazai egészségbiztosítást egy- vagy több-biztosítós rendszerben működtetjük, alapvetően politikai kérdés. Ez lehet az egészségbiztosítás funkcionális elkülönítése balesetbiztosítás, betegségbiztosítás és ápolásbiztosításra, vagy területi, regionális biztosítókra, illetve versenyző magánbiztosítókra. Ahhoz, azonban, hogy ez komolyan megfontolható legyen legalább ezt az egy „biztosítót” kell oly módon rendbe hozni, hogy a biztosított és jogosultsági viszonyok, a biztosítási csomag tartalma, az irányításban a felelősségi- és hatáskörök egyértelművé váljanak.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Bodnár V. Mit is ért(s)ünk controlling alatt? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2004, 3(1): 14-18.
- [2] Boncz Imre. Az Egészségbiztosítási Alap pénzügyi egyensúlyáról és hiánygazdálkodásáról. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2005, 4(8): 5-7.
- [3] Boncz Imre. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 10 éves működéséről (1993-2003). Egészségügyi Menedzsment, 2004, 6(1): 79-82.
- [4] Boncz Imre. Regionalizmus a magyar egészségügyben. Egészségügyi Menedzsment, 2002, 4(6): 59-63.
- [5] Boncz Imre. The Hungarian Health Insurance System. Hospital, 2003, 5(5): 24-25.
- [6] Boncz I., Dózsa Cs. Az egészségbiztosítási és egészségfinanszírozási rendszer változásai 1992-2002. MOTESZ Magazin, 2002, 11(4): 52-55.
- [7] Collier, Paul M. (2004): Policing in South Africa: Replication and resistance to New Public Management reforms. Public Management Review, Vol. 6. No. 1. 1-20.
- [8] Dobák Miklós és munkatársai (2001): Szervezeti formák és vezetés. KJK Kerszöv, Budapest
- [9] Dózsa Cs., Borcsek B., Boncz I. Az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalának elemzése 1994-2002. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003, 41(5): 9-16.
- [10] EFQM honlapja: [www.efqm.org](http://www.efqm.org)
- [11] EIPA honlapja: [www.eipa.nl/CAF](http://www.eipa.nl/CAF)
- [12] Görög Mihály (2003): A projektvezetés mestersége. Aula
- [13] Hajnal György (2002): A közigazgatási vezetés szervezeti alapjai, a közigazgatási szervezetek fejlesztése. In: Kökényesi József – Andriská Szilvia (szerk.): Általános közigazgatási ismeretek II. kötet, Magyar Közigazgatási Intézet, Budapest, 39-51.
- [14] Jenei György (2000): Stratégiai szemlélet és új közintézményi menedzsment. Vezetéstudomány XXXI. évf. 9. sz. 3-11.
- [15] Jenei György (2004): A közintézményi menedzsmentreformok hatása a közigazgatási modernizációra. Vezetéstudomány XXXV. évf. 7-8. sz. 73-81.

- [16] Jenei György (2005): Közigazgatás-menedzsment. Századvég Kiadó, Budapest
- [17] Kaplan, R. S., Norton, D. P. (2002): A stratégia-központú szervezet. Hogyan lesznek sikeresek a Balanced Scorecard vállalatok az új üzleti környezetben? Panem Modern gazdasági ismeretek.
- [18] Kincses Gyula (2005): Informatikai célok és feladatok az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésében. Kézirat.
- [19] Király Gyula (2006): Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) jelenlegi szervezeti felépítésének elemzése, javaslat a szervezet átalakítására. Kézirat.
- [20] McLaughlin K, P.Osborne S., Ferlie E. (2002): New Public Management, Current trends and future prospects. Routledge.
- [21] Meredith, J.R, Samuel, J., Mantel, JR. (2003): Project Management, A Managerial Approach. John Wiley & Sons, Inc.
- [22] Oberfrank Ferenc: A szolgáltatást vásárló egészségbiztosítói szerepvállalás lehetősége: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az egészségügyi konszolidációs program. Egészségügyi Menedzsment, 2002, 4(1): 14-17.
- [23] Osborne, David – Gaebler, Ted (1994): Új utak a közigazgatásban, Vállalkozói szellem a közösségi szektorban. Kossuth Könyvkiadó, Budapest
- [24] Stratégiai vázlat. OEP kézirat 2003.
- [25] Takács Erika – Gulácsi László (2003): Az európai minőségügyet támogató szervezetek. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41. évf., 5. szám, 27-38.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dérer István** 1990-ben szerezte első, műszaki diplomáját, majd ezt követően közgazdasági, továbbá társadalombiztosítási tanulmányokat folytatott, illetve közigazgatási szakvizsgáját követően jelenleg is jogi szakképzésben vesz részt. 1993-ban, az önálló hivatal létrehozása kapcsán került az egészségbiztosítás szervezetéhez. Előbb Salgótarjánban, majd 1999-től főosztályvezetőként az OEP-nél dolgozott. Ezt követően vezette a Fővárosi és Pest Megyei

Egészségbiztosítási Pénztárat, majd 2003-tól a Nógrád Megyei Egészségbiztosítási Pénztár igazgatója. 1999-től oktatóként is tevékenykedik, többek között az ELTE társadalombiztosítási főiskolai szakán. Az elmúlt időszakban és jelenleg is több EüM, OEP munkacsoport, bizottság tagja, szakértője, vagy vezetője, továbbá rendszeresen előadóként is tevékenykedik, publikál. E tevékenységei keretében kiemelt célterületei a társadalombiztosítási pénzügyek, a finanszírozási és ártámogatási szerződések rendszere, a működési szervezési és szervezettani összefüggések, valamint a menedzsment-technikák közigazgatási alkalmazhatósága.



**Takács Erika** 2002-ben közgazdász-ként diplomázott a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetemen (ma: Budapesti Corvinus Egyetem). A 2003/2004-es tanévtől kezdődően ugyanott a Gazdálkodástani Doktori Iskolában PhD hallgató. 2005-ben elvégezte a London School of

Hygiene & Tropical Medicine „Epidemiológia és Egészségügyi Statisztika” intenzív kurzusát. 2001-től kezdődően a Budapesti Corvinus Egyetem Vállalatgazdaságtan tanszékén közreműködik a termelésmenedzsment és logisztika, valamint a vállalatgazdaságtan tantárgyak oktatásában. 2002 óta dolgozik az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál, ahol elsősorban az OEP minőségi indikátorrendszerének fejlesztésében vesz részt.



**Dr. Bodnár Viktória** A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Vezetési és Szervezési Tanszékének docense, PhD fokozatát is itt szerezte a Gazdálkodástudományok területén. Számos cikk és tankönyv fejezet szerzője, konferenciák és szakmai szemináriumok előadója elsősorban kontrolling témában. Szakterületébe tartozik emellett a szervezetek irányítása, átala-

kítása, a szervezeti teljesítmény mérése, értékelése és fejlesztése. Megalakulása óta tárgyfelelőse és oktatója a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Programján a „Pénzügyi tervezés és kontrolling” tárgynak, az Egészségügyi Kontrolling Akadémia vezető oktatója. Az oktatás és kutatás mellett tíz éve folytat szakértői, tanácsadói tevékenységet különböző ágazatokba tartozó üzleti és közszolgálati szervezetek számára. Az IFUA Horváth & Partners tanácsadó cég társtulajdonos ügyvezetője.

**Dózsa Csaba** bemutatása lapunk 2006. évfolyamának 3. számában olvasható.