

## Konszolidáció: stabilizáció? I.

Dr. Ivády Vilmos, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ

**Mi helye a konszolidációnak az évtizedek óta zajló egészségügyi reformfolyamatokban? Erre keresi a választ a cikk, amely tárgyalja a konszolidáció főbb céljait és feladatait a piaccgazdasági környezethez, a költségvetési korlátokhoz és a szükségletekhez való illeszkedés optikáján keresztül. A feladatok és célok mellől nem maradhat el a konszolidációhoz való intézményi és állami hozzájárulás területeinek vizsgálata sem.**

### REFORM HELYETT: KONSZOLIDÁCIÓ?

A magyar egészségügyben, csakúgy, mint a világ számos más egészségügyében, a szükségesnek ítélt mélyreható változtatásokat a 80-as évek végétől kezdve a reform kifejezéssel illették. Ez a terminológia lényegében a forradalom polgári demokráciákra szelídített változata, és mint ilyen az állandó változást, változtatást, az újdonság keresését hangsúlyozza, mint követendő értéket. Az egészségügyben ez úgy képeződött le, hogy a régi beidegződött működési mechanizmusok automatikusan a változtatás célpontjaivá váltak a mindenkori egészségpolitika szemében. Ezt a megközelítést váltotta fel 2001-ben az akkori egészségügyi kormányzat által bejelentett átfogó konszolidációs program, amely cikluson átívelő retorikává és programmá nőtte ki magát azzal, hogy lényegi elemeit a jelenlegi kormányzat igyekszik megvalósítani.

A konszolidáció talán abban különbözik leginkább a reformtól, hogy az előbbi a stabilitás, míg az utóbbi a változtatás irányából közelíti meg az egészségügy problémáinak orvoslását. Reformról akkor beszélhetünk, ha valamit másként csinálunk, értsd: hatékonyabban, mint eddig, azaz a mindenkor rendelkezésre álló pénzforrásokból fajlagosan nagyobb egészség- és egyéb nyereséget ér el az egészségügyi szektor. Az egészségügy reformjába nem tartozik bele a forrásbővítés, mivel a források bővülése automatikusan nem eredményez hatékonyság javulást.

A konszolidáció azokat a célokat és feladatokat foglalja magában, amelyek révén megvalósítható az ágazat illeszkedése a

- piaccgazdasági környezethez,
- költségvetési korlátokhoz,
- szükségletekhez.

Egy gyakorlati példával szemléltetve az eddigieket, a tavaly őszi átlagosan 50%-os béremelés nem tekinthető reformlépésnek, de konszolidációs lépésnek igen. A hatékonyságjavítás, mint reformcél része a konszolidációnak, azzal, hogy az ennek érdekében bevezetett intézkedések

nem veszélyeztetik az egészségügyi ellátások biztonságát (finanszírozási reformkísérletek kudarca). Továbbá, a konszolidációban kiemelt hangsúlyt kap a fenntarthatóság, az egészségügyi intézmények olyan működési és gazdálkodási környezetének megteremtése, melyben megakadályozható például az intézményi adósság újratermelődése. A konszolidáció, a reformhoz képest tágabb és egyben konzervatívabb választ fogalmaz meg az egészségügy problémáira.

### A KONSZOLIDÁCIÓS KÉNYSZER

Mit jelent valójában a konszolidációs kényszer az egészségügy vonatkozásában? Véleményem szerint azt, hogy az egészségügyi szektornak illeszkednie kell a társadalmi-gazdasági elvárásokhoz, melyek az alábbiakban foglalhatók össze:

#### **Az egészségügynek illeszkednie kell az őt körülvevő piaccgazdasági környezethez**

A piaccgazdaságban, az üzleti világban meghonosodott üzemgazdasági hatékonysági elvárások és az elvárásoknak való megfelelést elősegítő üzemszervezési, vezetési és gazdálkodási formák kihívást jelentenek a döntően költségvetési formában és szemlélettel működő az egészségügyi intézmények számára. Ebben az illeszkedési folyamatban megjelent 1993-tól a szolgáltatatók teljesítményelvű finanszírozása, valamivel később a kontrolling alkalmazása az intézményi menedzsmentben, jelenleg pedig az intézményi forma váltás és privatizáció felgyorsítása kerül előtérbe, az intézményi törvény 2001. évi hatályba lépésével, valamint annak folyamatban lévő lecserélésével. Nem jelent meg (az alapellátást, valamint más okból a képkalkuló diagnosztikát, a labort és a művesekezelést kivéve) az árbevétel alapú tökemegtérülés az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában. A tőkeköltségek (amortizáció, fejlesztés) finanszírozásában a jelenlegi alapvető és erre épülő gyakorlatot meg kell fordítani. A tőkepótlás költségeinek (amortizáció) forrását elsősorban a betegeknek kell „elvinnie” az intézménybe a teljesítményelvű finanszírozáson keresztül. Ezt az alapvető kell, hogy kiegészítse a méltányossági kritériumok szerint indokolt területi kiegyenlítés, valamint a nagyrértékű, innovatív fejlesztések direkt állami/önkormányzati finanszírozása pályázati rendszerben. Az intézményeknek stabil, fenntartható gazdálkodást kell folytatniuk a finanszírozási szint által lehetővé tett mértéken belül.

### Az egészségügynek illeszkednie kell a költségvetési korlátokhoz

Az egészségügy finanszírozói szerte a világon jelezték, hogy az elmúlt évtizedekben lezajlott költségrobbanást nem hajlandóak a továbbiakban automatikusan finanszírozni. Magyarországon a felülről zárt OEP, a központi valamint önkormányzati költségvetés a forrásgazdákat arra készíti, hogy ösztönözzék a költségvetési korlátokhoz alkalmazkodó, hatékony betegellátást. A betegút optimalizáláshoz igazodó optimális ellátórendszer, mint makrogazdasági érdek jelenik meg, az allokatív hatékonyság (a szükségletek kielégítése) javítása érdekében. A forráskorláthoz történő illeszkedést szolgálja – vélhetően – a piaci versenyt korlátozó OEP befogadási és finanszírozási szerződési rend, valamint a relatív teljesítmény (teljesítményalapú) finanszírozás, az időnként lebegtetett árak és visszanyomások rendszerén keresztül.

### Az egészségügynek illeszkednie kell a szükségletekhez

Az egészségügyi szektor működésének reagálnia kell arra a szemléletváltozásra, mely szerint az egészségügyi szükségletek (egészségnyereség) mellett más szükségleteknek is meg kell hogy feleljen, és ezen szükségletek a szükség körülményei közepette egymással átváltható (trade off) kapcsolatban állnak. Ezen szükségletek az egészségi állapot romlása, a technológiai fejlődés, valamint a fogyasztói igényesség következtében összességében állandóan és jelentősen meghaladják az ellátórendszer teljesítőképességét, ami állandó kihívást jelent az egészségpolitika számára a prioritások megfogalmazását és még inkább érvényre jutását illetően.

## ÁLLAM – EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK MUNKAMEGOSZTÁSA A KONSZOLIDÁCIÓBAN

A konszolidáció közvetlen okaként általában az intézményi adósságot, a krónikus likviditási problémákat nevezik meg. Valójában az egészségügyben felhalmozódott adósságállomány ennél jóval mélyebb és sokrétűbb: létezik az úgynevezett szankcionálható adósságok köre, valamint azon adósságok köre amelyek jogi szankcionálásával szemben csak a politikai felelősség vethető fel.

Szankcionálható adósság:

- szállítói tartozások, a harminc napon túli tartozásállomány mintegy 4 Mrd Ft-ot tett ki 2002 végén,
- az államháztartással szembeni tartozások, az adó és járulékhátralékok nem jellemzőek. Ugyanakkor ezek az önkormányzati költségvetési intézeteknél általában nem fordulhatnak elő az ún. nettó finanszírozás körében.

Nem szankcionálható adósság:

- az egészségügyi bérek tartós és jelentős elmaradása a nemzetgazdasági átlagtól, illetve attól az aránytól, ame-

lyet más nemzetgazdaságokban az egészségügyi bérek képviselnek. Ez Magyarországon évi minimum 150 Mrd Ft-ot tett ki a béremelés előtt.

- Pótló és fejlesztő beruházások tartós elmaradása az épület és gép-műszerpark elavulásához képest, amely legalább 300-500 Mrd Ft értékű beruházási adósságot takar.
- Elmaradt szabályozások, struktúraváltó programok, melyek késleltették a racionalizációt a magyar egészségügyben, ezáltal közpénzek milliárdjai igazolhatóan rossz hatékonysággal kerültek felhasználásra.
- Az előzőekből következően a lakossággal szemben nyilvánvaló adósság halmozódott fel az elmaradt egészségnyereség, és egyéb hasznosság (biztonságtudat, komfortérzet stb.) területén, melynek számszerű hatása csak becsülhető.

A fentiek alapján a szélesebben értelmezett „adósságállomány”-ra adott konszolidációs válasz magában foglalja mind az állam, mind az intézmények egymástól jól elkülöníthető feladatait. (Nem egyszerűen abban az értelemben, hogy az állam adósságkönnyítési program keretében forráshoz juttatja az adós kórházakat, amelyek ezt a forrást igyekeznek racionálisan felhasználni.) Az állam feladata a külső konszolidáció, az intézmények feladata a belső konszolidáció végrehajtása, az alkotmányból és más releváns jogszabályokból következő feladatmegosztás alapján. A kitűzendő célokat, a feladat nagyságát benchmark segítségével határolhatjuk be.

### Külső konszolidáció

Ez alatt azon konszolidációs feladatokat értjük, amelyek végrehajtása az állami felelősségvállalásból és kompetenciából következik.

Ezek közül a legfontosabbak az alábbiakban foglalhatók össze:

- A termelési tényezők „árát” és indokolt ráfordítási mennyiségét elismerő árak alkalmazása (a kettő szorzata az átlagköltség, mely az árképzés alapját kell hogy jelentse). A termelési tényezők árának elismerése magában foglalja a
  - bérek konszolidációját, amely tartósan nem maradhat a jelenlegi teljesítményfinanszírozási rendszeren kívül, azaz a bérnövekményre a korrigált OEP díjak kell hogy fedezetet nyújtsanak, különben a jelenlegi létszámstruktúra konzerválása történik meg ami más konszolidációs célok ellen hat.
- Benchmark: nem önmagában az EU egészségügyi bérei a mérvadóak, mint ahogy az sem elegendő viszonyítási alap, hogy a hazai bérátlaghoz vagy a referenciaágazatok béreihez hogyan viszonyulnak az egészségügyi bérek. A javasolható benchmarknak az egészségügyi-nem egészségügyi bérek EU-ban jellemző arányát kell hogy jelentse.
- Tőkeállomány konszolidációját, az elmaradt pótlási és fejlesztési célú beruházások fokozatos megvaló-

sítását, aminek alapfeltétele az átlagos tőkeköltségek optimális betegszám mellett fedezetet biztosító OEP díjtételek bevezetése. Ennek halogatása az ágazat „nagyrekonstrukciójának” további késését vonja maga után. Ha a címzett-céltámogatási rendszer és más tőkejuttatási csatornák évi mintegy 50 Mrd Ft-ját vesszük alapul, akkor ez az összeg 3 év alatt 150 Mrd Ft beruházást eredményez. Ha ezt az évi 50 Mrd Ft-ot beépítjük, mint amortizációs elemet az árakba (mint törlesztőerőt a felvett hitelek visszafizetésére), akkor 3 év alatt a megtérülési lehetőség tőkevonzó hatása tömeges és azonnali beruházási hullámot indíthat el akár 300 Mrd Ft értékben!

- Az ellátórendszer stabil működését szolgáló szabályozások, melyek tekintetében három terület emelhető ki:
  - A szolgáltatók/szolgáltatások egyébként helyes piackorlátozó rendje, mely a gyakorlatban eddig nem tudta kezelni a szektorsemlegességet, a piaci verseny kérdését és az adekvát, piaci szabályozásra is alkalmas minimumfeltételek kialakítását és alkalmazását.
  - A szolgáltatások díjképzési rendszere, mely egyrészt a tőkeköltségek nem hatékony, és a piaci gazdálkodási környezethez nem illeszkedő finanszírozását tartja fenn, másrészt pedig hiányoznak az eredményalapú elemek a díjmegállapításban. Ez utóbbi hiányát az irányított betegellátási program lehetőségei részben pótolják.
  - A szervezeti működés, a privatizáció szabályozása 2001 végéig szabályozatlan volt a magyar egészségügyben, annak ellenére, hogy a magánszolgáltatók szerepvállalása elérte a 15%-ot a közszolgáltatások nyújtásában. Jelenleg folyik a 2001. évi CVII. Törvény utódjának a megalkotása, amely feloldja a választható működési formára és a befektetők körére vonatkozó eddigi (felfüggesztés alatt lévő) törvényi szabályozást, de ennek a liberális alapelvek az alkalmazását a kormányzat számos új garanciális elem egyidejű bevezetésével kívánja megvalósítani.

## Belső konszolidáció

Ez foglalja magába mindazon konszolidációs feladatokat, amelyek az intézményi menedzsment felelősségi körben elvégezhetőek. Itt nem az a kérdés, hogy mekkorák a HBCS díjtételek, vagy milyen gazdálkodási formában működik az intézmény, hanem az, hogy, azok a tényezők, amelyekre a menedzsmentnek van elsődleges ráhatása, hogyan alakulnak. Két ilyen terület emelhető ki:

- Az egyik az üzemgazdasági hatékonyság javítása, amely elsősorban a fajlagos hatékonysági mutatók segítségével értékelhető. Az egy orvosra (nővérre) jutó súlyszám sokkal többet árul el a hatékonyságról, mint az ágyra vetített, kevés közgazdasági magyarázóerővel bíró mutatók. A HBCS-re vetített fajlagos (közvetlen) költségek szintén többet mondanak, mint az osztályos költségek illetve költségkeretek. A benchmark kellő szakértelemmel jól megfogalmazható, a megfelelően kiválasztott (hasonló helyzetű) referenciacsoportok eredményei előállíthatók, azonban ezeket még az átvilágításokat végző tanácsadó cégek sem mindig alkalmazzák megfelelően.
- A likviditás menedzsment a természetes tevékenységek pénzügyi leképezése. A jó üzemgazdasági hatékonyság elbukhat a pénzfolyamatok rossz tervezésén, illetve menedzselésén. Általában igaz az, hogy az adósságállomány heterogén módon szór a különböző gazdálkodási helyzetben lévő és szakfeladatokat ellátó intézmények között, ami a likviditás szempontjából a menedzsment szerepét emeli ki. Itt is használhatók benchmark eszközök, a referenciacsoportok likviditási eredményei, a minisztérium és a kórházszövetség felmérései, valamint eseti vizsgálatok alapján.

Az állam-intézmények munkamegosztás szempontjából a fenti elhatárolások nem jelentik azt, hogy a sikeres konszolidáció lehet csak belső vagy csak külső. Az elhatárolások a felelősség és a teljesítmény értékelésének szempontjából lényegesek.

*A cikk második részét következő lapszámunkban közöljük. (Szerk.)*

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Ivády Vilmos** Egyetemi tanulmányait Pécsen a Janus Pannonius Tudományegyetemen végezte, ahol közgazdaságtanból diplomát, majd 1984-ben egyetemi doktori fokozatot szerzett. Később az ELTE szociológia szakát végezte el, majd Hollandiában egy évig egészségügyi menedzsmentet tanult. Dolgozott vállalati közgazdászként, majd a JPTE és a POTE egyetemi oktatójaként. Egészség-

ügyi szociológia, közgazdaságtan, egészségügyi közgazdaságtan és egészségügyi menedzsment tárgyak oktatásában szerzett tapasztalatot. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ munkájában a megalakulásától részt vesz. Itt a posztgraduális menedzserképzésben az egészségügy közgazdaságtanát oktatja. Vendégoktatóként dolgozott a Denveri Egyetemen (USA).

Több éve tanácsadóként, illetve szakértőként is dolgozik a magyar egészségügyben, ahol különböző PHARE, világbanki, EÜM és NGO programok végrehajtásában vett részt.