

Az OTKA T 049504-es kutatási projektje keretében lefolytatott kutatás részben az egészségügynek a gazdaságra gyakorolt multiplikátor hatásával foglalkozott, részben pedig a rendszer belső forrásallokációs mechanizmusát tárta fel.

A kutatás eredményeit több formában tettük közzé.

Bródy János munkái, amelyek a multiplikátor hatás lényegi jellemzőivel foglalkoztak és ezen belül kimutatták az egészségügynek a gazdaságra gyakorolt hatását a Közgazdasági szemlében jelentek meg. (A multiplikátor és története. 2005. április, Az input output módszer hibatűrése. 2005. október, Meddig az eddig. 2006. június)

Az egészségügy belső forráselosztásának összegzését tanulmánykötet formájában tettük közzé, (Az egészségügy gazdasági szerepe, Forráselosztás az egészségügyben. ISBN 978-963-7128-61-5). A tanulmánykötetet megküldtük a főbb egészségügy irányításával foglalkozó szervezetek vezetőinek és természetesen az OTKA irodának is. A forrásallokáció eredményeit összegző cikket jelentettünk meg a Vezetéstudományban (Forrásallokáció egészségügyben. 40.évf. 2.sz/2009)

A multiplikátor Keynes elméleti eszköze. Ezzel bizonyítja be és számítja ki a költségvetési többletkiadás jótékony következményét. A pénztöbblet élénkítő hatását először Hume írta le. A multiplikátor elvének valamilyen változatát, mint a gazdaságelemzés és hatásvizsgálat alapvető és gyakran használt eszközét sok szerző vizsgálta. Megérdemli, hogy újból szemügyre vegyük, mert van eddig fel nem ismert mondanivalója is.

Általában nem bizonyult tarthatónak az a (sokszor ki sem mondott, de ma magától értetődőnek tekintett) felfogás, hogy a deficitből történő ösztönzés és az állami támogatás hatása gyors. Kítűnt, hogy nem várhatunk azonnali, de még különösen gyors eredményt sem. Az árak oldalán valamivel gyorsabb a hatás, mint a volumenek oldalán, de mindent összevetve is évek sora telik el, míg az intézkedés teljes hatása érvényesül. Semmiképpen sem szabad tehát a támogatás azonnal érezhető, mintegy első lépésben megfigyelhető közvetlen hatását összecserélni a megindított hatásláncolat teljes és összesített következményeivel. Egyébként az a tapasztalat mutatkozik, legalábbis ez volt Leontief professzornak a többször is kifejtett véleménye, hogy politikus és üzletember egyaránt elhanyagolja döntései távoli, nem rögtön bekövetkező hatásait. Tevékenységükre tehát általában bizonyos rövidlátás a jellemző, és ebből a szempontból a multiplikátor mégis jól figyelmeztet a további hatások hosszú sorára.

Az sem helyes, hogy ha a kumulálódó hatás kibontakozik, akkor azt már tartósnak is tekintsük, vagy legalábbis olyannak, ami biztosan az átlagosnál nagyobb növekedéshez vezet vagy vezethet. A valóságos hatás csak a gazdasági mozgás egészének bővebb és teljesebb leírásán belül ítélni lehet meg. Ezért volt szükséges utalni arra, hogyan érvényesül valamilyen perturbáció (bármely termék árának vagy mennyiségének, ráfordítási, illetve kibocsátási együtthatójának megváltozása) az általában ciklikus növekedésben, tehát nem

20 Mindez persze nem fogja feltétlenül azt jelenteni, hogy a megfelelő szakmai lobbik ne találjanak esetleg más érveket érdekeik támogatására.

Az egészségügy forráselosztási mechanizmusáról íródott az OTKA T 049504-es kutatási projektje keretében lefolytatott kutatás második része. Amellett a sokat vizsgált tény mellett, hogy mennyi az egészségügyre fordított források mennyisége és részaránya az összes megtermelt jövedelem mellett ez a kutatás arra helyezte a fő hangsúlyt, hogy a rendelkezésre álló források hogyan és milyen elvek alapján vannak elosztva a nagy egészségügyi ellátó

rendszerek között. Az elosztási mechanizmusok milyen érdekeltségeket tartanak fenn, és hogyan képesek, pl. időről időre visszarendezni az irányító szervek adminisztratív intézkedéseit.

A kutatás során megvizsgáltuk az egészségügyi forráselosztás külföldi gyakorlatát vizsgáltuk meg. A szerző az országok fejlettsége és egészségügyi költsége között keresett kapcsolatot, összehasonlította a köz és magánkiadások arányát, valamint az egészségügyi kiadások belső szerkezetének alakulását hasonlította össze. Összevetve a számokat megállapítható, hogy Magyarország a sereghajtók között van, mind a GDP-ből az egészségügyre szánt forrásoknak a volumenét mind GDP-ből való részesedését tekintve, és ez a helyzet nem javult az évtizedek alatt. Magas a fajlagos kórházi ágyak száma és a gyógyszerköltség alacsony viszont a korszerű diagnosztikai eszközökkel való ellátottság.

A hatékony és eredményes egészségügyi ellátást nyújtó országok esetében más az egészségügy belső szerkezete: nem a fajlagos kórházi ágyak száma magas, hanem a modern diagnosztikai berendezéseké. Ebből arra következtethetünk, hogy a magas születéskor várható élettartammal rendelkező országok esetében a források allokációjának megtervezése során a tervszerű prevenciónak, a legkorszerűbb diagnosztika és gyógyászati eljárásoknak, valamint az ezeket működtetni tudó, korszerű tudással bíró személyzet költségeinek van prioritása.

Összevetésre került az E Alap kiadási és bevételi szerkezetét és a kiadási oldal összetételét, valamint az összetétel időbeli változása.. Szó van benne arról is, hogy sikerként könyvelhetjük-e el azt, hogy a 2007-es évet szuficittal zárta az E Alap. A jövő szempontjából aggályos, hogy az E Alap bevételi oldalának csökkenése és az egészségügyi intézmények fokozott igénybevétele egyszerre következik be a társadalom elöregedése miatt. A születéskor várható élettartam növekedése miatti fokozott igénybevétel fedezete ugyanakkor nem került és várhatóan nem is kerül be a gyógyító megelőző kasszába. A meglévő intézményrendszer sem területi sem ellátórendszerbeli eloszlásban nem képezi le a tényleges szükségleteket.

Tanulmány készült a kutatás keretében a háziorvosi összkiadások összetételének és az egyes tényezők változásának tárgyalásával indít. Tárgyalja a bevezetett (és a tanulmány írását követően megszüntetett) vizitdíj lehetséges hatásait, amely a minőségi munka és a teljesítmény elv ígéretével kecsegtetett. Végző megállapítása, hogy feltehetően a kiadások reálértékének változatlansága is szerepet játszott abban, hogy a háziorvosi munka tartalma nem fejlődött, hanem szegényedett hosszútávon.

A járóbeteg szakellátás finanszírozásáról szóló rész tanulmány mellett, hogy részletesen tárgyalja a működési kereteket, szervezeti és felügyeleti rendszert bőségesen demonstrálja a szükségletek és kapacitások területi megoszlását. Megállapítja, hogy az egyes területeken rendelkezésre álló kapacitások és a tényleges egészségi ellátási szükségletek nincsenek összhangban, illetve a szükségleteket a morbiditási és mortalitási adatokkal helyettesítik, ami feltehetően jelentős torzítást tartalmaz. Az egészségügyi szükségletek tényleges ismeretének hiánya még a későbbiekben a fekvőbeteg ellátás tárgyalásánál is előjön, mint a kapacitások telepítésének egyik alapvető problémája. A járóbeteg és a fekvőbeteg ellátás számos ponton kapcsolódik össze: többek között ott is, hogy a járóbeteg fogalom döntő hányada a kórházi szakambulanciákon zajlik. A járóbeteg szakellátás finanszírozásában érvényesül a teljesítményelv, de karbantartása elmaradt és megérett az általános felülvizsgálatra.

A kutatás egyik újdonsága a rendszerszemlélet, amivel az egészségügyi reformtörekvések adósak maradtak, és ez főként a járóbeteg ellátásról szóló tanulmányban jelenik meg. Kilépett

a járóbeteg szakellátás keretei közül és a többi ellátórendszerrel egységben szemléli a az egészséges állapot fenntartásának és az egészség visszaszerzésének igényét és lehetőségét, valamint azt, hogy ez miképpen változik a reformtörekvések során. Megállapítja, hogy a rendszerben elmarad mind a prevenció, mind a rehabilitáció fejlesztése a kuratív tevékenység támogatása mögött. A kórházi ágyszámok csökkentésével egy időben vagy azt megelőzően nem történt meg a járóbeteg ellátás megerősítése, területi elérhetőségének biztosítása. A szervezeti átrendeződés szakmai-politikai csoportok érdekérvényesítő képessége mentén történt és az egyébként vitathatatlan célok indulatokat kiváltva újabb feszültségeket generáltak.

A járóbeteg ellátás a háziorvos és a kórház között helyezkedik el. Bizonyos fokú integrációja mindkettővel szükséges, de fontos az elkülönülés is. Kellenek a járóbeteg központok, amelyekben jó, ha helyet kapnak a háziorvosi rendelők is, de képesek helyet adni a kórházakból kiszoruló egynapos ellátásoknak. Ugyanakkor a háziorvosi rendelőknek is kell önállóan létezni, hiszen minden településen szükség van rájuk. Szükség van a kórházi szakambulanciákra is, hiszen itt végzik az utókezeléseket. Ami a szervezeti integrációra igaz, ugyanaz vonatkozik a szakmai együttműködésre is. Önállóan, felelősséggel dolgozni, de együttműködve a beteg érdekében.

A kórház az egészségügyi ellátórendszer legfelső szintje, ugyanakkor legköltségesebb része. Ennek az ellátási szintnek a finanszírozásáról és érdekeltségi viszonyainak alakulásáról íródott az egyik legfajsúlyosabb tanulmány. Annak a gondolatnak a következetes sokoldalú kifejtésével találkozunk itt, hogy nem valósult meg az az elv, hogy a beteg ott kapjon definitív ellátást, ahol az legjobban megoldható és legkevésbé költségigényes. A különböző kórház típusok adatainak elemzéséből kiderül, hogy a teljesítménydíjból való részesedés az országos intézményeknél, a szakkórházaknál, a fővárosi kórházaknál magasabb, mint a kapacitásokból való részvétel. A kórházi struktúra belső arányait tekintve jelentősen különbözik egymástól. A különbséget az egyéb tényezők mellett fenntartják és táplálják a fajlagos finanszírozási díjak eltérései is.

Hosszan elemzi a tanulmány a kórházi ágyszám csökkentés végtelen történetét, valamint az visszarendeződésre irányuló érdekeltséget, ami abban nyilvánul meg, hogy a kórházak a legérdekeltebbek abban, hogy az ellátott esetek számát növeljék, vizsgálati és terápiás eljárásokban is, mert így tudják biztosítani működésük pénzügyi fedezetét.

Külön fejezetben foglalkozik a tanulmány a teljesítményfinanszírozás alapját képező HBSC rendszer történetével, valamint azzal, hogy hogyan vesztette el a rendszer etalon jellegét és hogyan alakult át olyan elosztó rendszerre, amely a kórházak közötti különbségek növelésének eszköze.

Sok vagy kevés a kórházak kapacitása? Erre a kérdésre csak a többi ellátó rendszer sajátosságainak ismeretében lehet csak válaszolni. Bármilyen intézményi reformhoz, csak a teljes ellátórendszer kapcsolódásainak figyelembe vételével lehet hozzákezdeni. A beteg és gyógyulásának szempontjait minden más elé kellene helyezni bármilyen reform kidolgozása során. Elemzi a tanulmány a kórházműködtető társaságok belépésének és a versengő egészségpénztáraknak a lehetséges hatásait. Ez utóbbi pillanatnyilag nincs napirenden, de miután visszatérte valamilyen formában nem kizárt érdemes a várható kimeneteket szemügyre venni.

A kórházi kapacitások problémájánál ismét visszatér a járóbeteg ellátásnál már felmerült gondolat, hogy az egészségügyi szükségletek objektív felmérésére szükség van ahhoz, hogy a megfelelő ellátási szintet mindenki által azonos mértékben elérhetően biztosítani lehessen.

A prevenció a magyar egészségügy legelhanyagoltabb területe. Kiterjedten foglalkoztunk a kutatás során azzal, hogy a nemzetközi minták, és a hazai jogszabályok alapján milyennek kellene lenni a prevenciók tevékenységnek, hogy megmutassa, hogy mit veszítünk el nap, mint nap. Ennek alapján mondhatjuk, hogy a magyar egészségügy a folyamatos jogsértés állapotában van. Ezután következik az értékelése annak, ami van: az Egészség évtizedének Népegészségügyi programjában és az Irányított Betegellátás területén lefolytatott prevenciók tevékenység értékelése. Kiderül, hogy a szervezett szűrő vizsgálatokon való lakossági megjelenés aránya alacsony, az ez irányban folytatott felvilágosító és információs tevékenység kevés. A házi orvosok nem végzik el a hozzájuk tartozó lakosság életkor alapján indokolt (és a jogszabályban előírt) szűrő vizsgálatait, a lakosság, pedig nem is tudja, hogy milyen szűrésekre lenne szüksége. Így nem derül ki, hogy jogszabályban előírt szűrések elvégzésére sincs egészségügyi kapacitás, különösen nincs pedig kapacitás az első hullámban felderített korai stádiumú betegségek kezelésére.

Egy átgondolt és komoly kormányzati szándékkal alátámasztott prevenciók tevékenység elkülönített irányítási szervezetet és pénzalapot igényelne, mert így, különösen a forráshiányos állapotban, a rövid távú szemlélet győzedelmeskedik, és a gyógyító tevékenység szempontjai érvényesülnek.

Valamennyi tanulmány a források belső elosztásáról, annak elveiről és gyakorlatáról szól az egészségügy nagy gyógyító alrendszerei között és azokon belül. Ezen a pénzügyi szemüvegen keresztül is világosan látható, hogy csak hosszú távú rendszer személetben lehet bármilyen reform léptékű változást elindítani. A kórházi ágyszám csökkentés és teljesítmény volumen korlát a járóbeteg ellátás megerősítése nélkül életévekben mérhető veszteséget okozott a lakosság, azon körének, akik nem, vagy nem időben jutottak orvoshoz. Akkor lesznek sikeresek ezek a lépések, ha a középpontban az ember áll. A cél az ő megvédése a betegségetől, és betegség esetén a mielőbbi meggyógyítása. Ehhez képest az E Alap pénzügyi egyensúlyának megteremtése, vagy a kórházi ágyak számának csökkentése, vagy a gyógyító intézmények teljesítményének korlátozása lehet szükséges eszköz, de csak akkor, ha a fenti cél szolgálatába állítható.