

AZ EGÉSZSÉGÜGY FEJLESZTÉSÉNEK ALTERNATÍV LEHETŐSÉGEI

Az egészségügy továbbfejlesztésének szükségessége évek óta a figyelem középpontjában áll, s a hosszútávú népgazdasági fejlesztési koncepciók kidolgozásánál is előtérbe került. Az elmúlt években az egészségügy körüli viták újra felerősödtek. Ez elsősorban annak tudható be, hogy növekedtek az ágazatot nyomasztó feszültségek, fokozódott az egészségügyi ellátással kapcsolatos elégedetlenség mind a betegek, mind az orvosok részéről, miközben a gazdasági ellentmondások és az ezzel együttjáró megszorító gazdaságpolitika következményeként szűkültek az egészségügy fejlesztésére fordítható erőforrások. A mind korlátozottabb forráslehetőségek között az egészségügyi szolgáltatások iránti növekvő szükségleteket korlátozott mértékben tudjuk kielégíteni, aminek következtében távol a rés az ellátás és a szükségletek között, s fokozódnak a már korábban is létező feszültségek, illetve évtizedünkben új ellentmondások is megjelennek.

[Az egyik évek óta szorító gond az ellátás milyenségét nagymértékben meghatározó technikai felszereltség alacsony színvonala.] Az orvosi műszerek 60 %-a 1970 előtti beszerzésekből való. Az 1 ágyra jutó gép- és műszerköltés átlagosan 57,7 ezer Ft, a fejlett egészségüggyel rendelkező tőkésországokban ez mintegy 250 ezer Ft-nak felel meg, ami a hazai ráfordításnak több mint a négyszerese.¹

[A gép- és műszerállomány értéke 1980-ban 7-8 milliárd Ft. volt, az évi műszerfejlesztési és beruházási átlag 0,5-0,6 milliárd Ft.] 1981-ben végzett vizsgálatunk szerint az egészségügy technikai felszereltsége az iparhoz képest 1:3 arányt képviselt, a hazai felszereltség szintjét a fejlett tőkésországokéhoz viszonyítva (pl. Svédország, Anglia) 1:5 viszonzszám jelzi.

[A műszerezettség alacsony színvonala mellett elhanyagolt állapotban vannak az egészségügyi intézmények épületei is.] Az épületállomány átlagos életkora 60-65 év, de vannak 100 évnél idősebb intézetek, kórházi épületek is. (Közismert, hogy Budapesten a kórházi épületek több mint 90 %-a szorulna rekonstrukcióra).

A feszültségek hordozója és gerjesztője is az egészségügyre fordított kiadások alakulása, melyeknek a nemzeti jövedelemből való részesedési aránya évtizedek óta 3,6-3,8 % körül mozog, beruházások nélkül. Ha ez utóbbi költségtényezőt is hozzávesszük, akkor a mutató kb. 5 %. Ugyanez az arány (GDP-ben számolva) a fejlett tőkésországok többségében (pl. Svájc, Svédország) 6-7 %, miközben ezekben az országokban az egészségügyi ellátás színvonala - Magyarországhoz képest - a fejlődés trendvonalának magasabb szintjén áll.

[Ha nemzetgazdaságunk és egészségügyünk fejlettségi szintjét nemzetközi összehasonlításban (az évi GDP egy főre jutó értéke, illetve az egészségügyi ráfordítások bruttó hazai termékhez viszonyított aránya alapján) vizsgáljuk, akkor azt az eredményt kapjuk, hogy az első mutató tekintetében a 25., a második vonatkozásában a 28. helyet foglaljuk el a világ országainak rangsorában.] Bár az alkalmazott módszer a fejlettségi szint nemzetközi összehasonlításának meglehetősen elnagyolt metódusa, a kapott eredmény mégis érzékelteti egészségügyünknek - gazdasági fejlettségünkhöz viszonyított - lemaradását, mely - empirikus elemzésünk és a 80-as évek trendje alapján - a jövőben növekedni fog.

Az 1981/83-ban végzett prognosztikai vizsgálatunk első szakaszában azt néztük meg, hogyan alakul az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek és az ellátás közötti kölcsönkapcsolat.² A szükségleteket és az ellátást meghatározó indikátorokat három-három csoportban fogtuk egybe, összesen negyven mutatót képezve. Az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek alakulását a demográfiai mutatókkal, az életmód alakulását jellemző tényezőkkel és az egészségi állapotot tükröző indikátorokkal jellemeztük.

Az ellátás vizsgálatára a munkaerő várható alakulását, a szervezeti rendszer változását és a technikai fejlődés sajátosságait leíró mutatókat használtuk.

Anélkül, hogy a vizsgálat részletesebb elvi és módszertani elemzésére kitérnék, röviden összefoglalom véleményünket, s következtetéseinket.

Az egyik következtetésünk: az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek és az ellátás között jelenleg is meglévő rés tovább nő, s az ezredfordulóra mind erőteljesebbé válhat az így kialakult "hiánygazdálkodásból" fakadó ellentmondás. Ez másképpen azt jelenti, hogy a "kínálatcentrikus" egészségügyi rendszer a jövőben is csak szelektíven képes a szükségleteket kielégíteni.

[A másik lényeges következtetés, hogy az egészségügy jövőbeni fejlődését döntően meghatározó, kritikus tényező a technikai felszereltség, a műszerezettség alacsony színvonala.] Az empirikus vizsgálat azt tárta fel, hogy egy jelentősebb minőségi előrelépéshez az egészségügyi ágazatban a műszerezettség tíz év alatti cseréjére lenne szükség. Így a fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok jelenlegi fejlettségi színvonalát érnék el. Ez az összefüggés is erősíti a jövőben az ellátás és a szükségleti oldal közötti olló tágulását. Ezt a tendenciát kissé leegyszerűsítve úgy összegezhethetnénk, hogy miközben a szükségleti oldal által támasztott kereslet az exponenciális növekedéshez közeledik, addig az ellátás várhatóan a lineáris trendvonal mentén változik.

Közismert például, hogy a keringési megbetegedéseknél a mortalitási mutatók a 70-es évek közepétől a 40-44 éves férfi korosztálynál 50 %-kal, a 45-49 éveseknél 60 %-kal romlottak.

1978-ban 1000 aktív korú lakosra jutó összes megbetegedések száma 5.000-8.000 között mozgott. Ez a mutató az ezredfordulóra 6.000-9.000-re emelkedhet. Ugyanakkor számításaink szerint az elavult technikai berendezéseknek korszerű eszközökkel való kicseréléséhez az egészségügynek 4,5-5 %-os arányban kellene részesednie a nemzeti jövedelemből. Az is világos azonban, hogy gazdasági feltételeink kedvezőtlen alakulása miatt a jelenleginél lényegesen kedvezőbb irányú arányváltozás kevésbé várható.

Kutatásunk második fázisában feltártuk azokat a lehetőségeket, alternatív utakat, melyek az elkövetkező két évtizedben az egészségügy fejlesztésénél számításba jöhetnek. Az alapvetően intuitív eljárással készített hipotéziseket - ún. strukturált - szakértői megkérdezéssel értékeltettük, és azokat számításokkal egészítettük ki.

Ennek során a lehetséges fejlődési utak három típusát tártuk fel, melyek lényegét - röviden - az alábbiakban foglaljuk össze. Az első variánsnál az volt a kiinduló hipotézis, hogy az egészségügyben jelentősebb szerkezeti változás nem megy végbe, - az ágazat lényegében az elmúlt tíz év alatt hozott intézkedések alapján működik, további néhány észszerűsítő intézkedés (pl. hatékonyabb szervezés) megvalósítása mellett. A nemzeti jövedelemből továbbra is a 3,6-3,8 %-os arányban részesül az egészségügy.

A második variáns esetében megmaradnak az alapvető szerkezeti elemek, de a szükségletek jobb kielégítésének érdekében már jelentősebb változások is végbemennek. (Pl. rugalmasabb betegbeutalási rendszer, műszerezettség javítása, érdekeltégi rendszer ösztönzőbb formájának kialakítása stb.) A nemzeti jövedelemből 4,5-5 %-os az egészségügyi ráfordítás aránya.

A harmadik hipotézis minőségi változásokat tételez fel, melyek következtében a jelenlegi szerkezeti rendszert új váltja fel, így lehetőség nyílik a szabad orvos- és intézményválasztásra.) Az egészség megtartása és megőrzése komplex feladat, aminek a végrehajtásában az egészségügyi ágazaton kívül más ágazatok (pl. oktatás, termelő területek) is részt vesznek. A nemzeti jövedelemből az egészségügyi ágazat 6-7 %-ot fogyasztana el.

Az egyes változatokhoz hozzárendeltük azt a nemzeti jövedelem növekményt, amelyre az alternatíva megvalósításához szükség lenne. Így az első variánsnál a nemzeti jövedelemből való részesedésnek évi 1-2 %-os, a másodiknál 2-4 %-os, a harmadiknál pedig 4-6 %-os emelkedését feltételeztük.

A vizsgálat azt egyértelműen igazolta, hogy a 3. variáns megvalósulása járna a legkedvezőbb hatással, és ez elgigétené ki a leghatékonyabban a lakosság szükségleteit az egészségügyi szolgáltatások terén. A legkedvezőtlenebb viszont az első variáns, amely végeredményben a hetvenes, nyolcvanas évek egyszerű trendextrapolációját jelenti.

Az egyes variánsokat a gazdaság várható alakulásával egybevetve arra a következtetésre jutottunk, hogy az 1. variáns a 80-as éveket jellemzi, a 2. a kilencvenes években kerülhet előtérbe. A legkedvezőbb a 3. alternatíva, mely az ezredforduló idején válhat reálissá, amennyiben társadalmi-gazdasági fejlődésünk megélénkülése bekövetkezik.

Az is világos ugyanakkor, hogy a kevésbé kedvező jövőtendenciának káros következményei is lennének. Ezek mindenekelőtt a lakosság egészségi állapotának további romlásában jelentkeznének, aminek megakadályozása mindinkább létkérdéssé válik. Ebből adódóan a nyolcvanas években olyan prioritási rendszer kialakítására van szükség, mely az egészségügyet kiemelt területként kezeli és preferálja. E feladat megoldását nem segíti elő - a ma előtérbe került - piaci viszonyok "ráengedése" az egészségügyre az ingyenesség látszatának fenntartásával. Ennél még egy jól kidolgozott és rétegenként differenciáltan alkalmazott biztosítási rendszer is hatékonyabb és ösztönzőbb lehetne.

JEGYZEK

- 1 1981-es adat.
- 2 A vizsgálatot a prognosztikai gyakorlatban ismert kölcsönkapcsolatokat feltáró matrix eljárással (cross-impact módszerrel) végeztük.