

A SZABÁLYOZÁSI ÉS FINANSZIROZÁSI RENDSZER HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGY ÉRDEKELTSÉGI VISZONYÁIRA¹

Egészségügyünk az utóbbi években mind a közvélemény, mind a kutatók vizsgálódásainak reflektorfényébe került. Ebben döntő tényező az egészségügy területén fellépő egyensúlyhiány feszültségeinek felszínre kerülése, tehát az az egészségügyi intézményi rendszer, amely egyre kevésbé képes megfelelni a vele szemben felmerülő igényeknek.

Tüneti szinten az egészségügyet a lakosság oldaláról a következő feszültségek jellemzik:

- A betegek nehezményezik, hogy az ellátás nem eléggé lelkiismeretes, panaszukra nem fordítanak kellő figyelmet.

- Zsufaltság van az ellátás csaknem minden szintjén (körzetben, szakrendelőben, kórházban).

- A hivatalos betegbeutalási út "átjátszása". Különböző praktikák alkalmazása szükséges ahhoz, hogy a kívánt egészségügyi intézménybe kerülhessen a beteg, és az az orvos lássa el, akiben megbízik. Elégedetlenséget szül, hogy a beteg egyáltalán nem, vagy alig választhat szabadon orvost és kórházat.

- A fentiekkel részben azonos összefüggésben felmerül a hálapénz (paraszolvencia) adásának szokása, illetve "kényszere".

Az egészségügyi dolgozók részéről felmerülő gondok szintén csak utalásszerűen - a következők:

- Az orvosok kifogásolják alapvető műszerek, felszerelések, gyógyászati anyagok hiányát.

- A hiánygazdálkodás körülményei között nem megfelelő az eszközök szétosztása. Az általános hiány kihatásatlan kapacitásokkal párosul (nagy értékű műszerek egy része nem megfelelően kihatásatlan).

- Az egészségügyi intézmények nem érdekeltek a hatékonyabb gazdálkodásban. Sok vonatkozásban rákényszerültek irracionális megoldásokra - ami a költségvetési intézmények funkcionálási, gazdálkodási mechanizmusával kapcsolatos. (Erre a későbbiekben részletesebben kitérek). Mindez a felszínen a szakma (orvos) és a gazdaságiak konfliktusaként jelentkezik.

- Jelentős különbségek, s ebből generálódó ellentétek jöttek létre az orvostársadalmon belül szakmánként, intézménytípusonként, életkor és orvosi hierarchiában való elhelyezkedés függvényében (labor, röntgen, sebész, belgyógyász, valamint körzetben szakrendelőben, kórházi osztályon dolgozó orvosok között).

- Az egészségügyi szakdolgozók (ápolónők) joggal panaszkodnak a nagy megterhelésre.
○ Minden munkaköri csoportnál tipikus a hivatalos anyagi elismeréssel kapcsolatos elégedetlenség.

A fentiekben érzékeltetett tulkeresleti egyensúlyhiányos szituáció kialakulásának okai között lehet és kell is preferálni. Két döntő, alapvető ok húzódik meg az említett tünetek hátterében:

1. Az egyik ok a hiány, az egészségügyi ráfordítások elégtelensége. Ez az elmúlt évtizedek ágazati fejlesztési koncepciójához kapcsolódik, mely a járóbetegellátást preferáló "munkaerőigényes, tökeszegény", relative olcsó fejlesztést realizált.

A másik - és megítélésem szerint nem kisebb horderejű - ok, tényező: az egészségügy funkcionálási mechanizmusa, ezen belül is szabályozási és finanszírozási rendszere.

Vagyis, hogy a jelenlegi magyar egészségügyi rendszer a területi elv, a progresszivitás, az integráció szervezési elvein közvetlenül az állami költségvetés által finanszírozott szisztémában működik kettős (tanácsi és tárca: Eü. Min.) felügyelet alatt.

Ezen belül is az egészségügy finanszírozási, szabályozási mechanizmusa döntő az érdekeltviszonyok alakulása szempontjából. Ennek a mechanizmusnak - nagyon leegyszerűsítve - az a lényege, hogy egyfelől: az ágazat nemzeti jövedelemből való részesedése központi, kormány döntés eredménye; másfelől: az így meghatározott összegben belül az egyes egészségügyi intézmények (mint költségvetési intézmények) működéséhez rendelkezésre álló pénzt a felügyeleti szervek - Egészségügyi Minisztérium, tanács- és az intézetek közötti alkufolyamat határozza meg. Az alku nyomán a gazdálkodás tárgyi és személyi feltételei, tehát eszközei rögzítődnek, döntően az előző évi költségvetés alapján, a betegellátási, gyógyítási tevékenység eredményétől kvázi függetlenül.

Konkrétabban: hogy az egyes egészségügyi intézmények (körzet, szakrendelő, kórház stb.) évente mennyi pénzzel gazdálkodhatnak, mekkora a költségvetésük, annak megállapítása elvileg feladatmutatókhoz kapcsolódó normákon alapul. Ezek a mutatók (ellátási szintenként) a körzetszám, a napi szakorvosi órák száma; fekvőbetegellátásban - az ágyak száma, az ápolási napok, illetve esetek száma.

A gyakorlatban valóban funkcionáló normák azonban csak új létesítményekre vonatkoznak, ezek:

- beruházási norma (belső struktúra, építési költség);
- felszerelési norma (ellátási szintenként szakmánként gépre-műszerre vonatkozóan);
- működési költség normatíva;
- létszám norma (ellátási szintenként és szakmánként munkaköri csoportok szerinti részletezettséggel).

Tehát amíg a belépő, új intézményeknél ezek a normák érvényesíthetők, addig a már funkcionálónál az érvényben lévő normák nem szabályoznak, hanem az egykori normák váltak a finanszírozás alapjává, azok - adott szabályozók szerinti - évről, évre való megemeléséről van szó.

Az éves költségvetési javaslatot a felügyeleti szerv által megadott keretösszegeken belül kell elkészíteni a hatályos jogszabályok: a PM által évenként kiadott rendelkezések, valamint az ágazati minisztérium szakmai irányelvei figyelembevételével. A szabályozás szerinti költségvetés összeállításánál az alap az előző évi jóváhagyott és nem a tényleges költségvetés, amit korrigálni kell egyfelől a feladatmódosulással (szerkezeti változás) kapcsolatos költségekkel (pl. az ágyszám növekedés vagy csökkenés); másfelől a tervét megelőző évben, nem teljes éven át ellátott feladatoknak az egész évre kiegészített pénzzükségletével (szintrehozással). A bázis évhez képest a bővítési lehetőséget a bér és a dologi kiadások emelésére az un. automatizmusok biztosítják. (1984-re dologi automatizmus alapellátásra 2 %, nem alapellátásra 0,5 % - ezen belül külön - gyógyszerre 5 %-; bér-automatizmus diff.) A szabályozás értelmében a felügyeleti szervek az automatizmusok mértékét az éves tervezési utasítástól eltérően is megállapíthatják - elvileg van differenciálási lehetőségük - az egyes egészségügyi intézményekre vonatkozóan úgy, hogy az együttes összeget nem léphetik túl. Valójában - a szűk keretek miatt - nem nagyon élnek ezzel a lehetőséggel.

A gyakorlatban tipikus jelenség pótelőirányzat kérése a felügyeleti szervtől, előre nem látható feladatok finanszírozására.

Különösen jól megfogalmazott indoklással lehet ily módon plusz pénzhez jutni pl. ár-emelkedés, műszerbeszerzés, váratlan javítási tevékenység vagy plusz feladatvégzés esetén.

A pótelőirányzatok megszerzése - a költségvetési előirányzatokhoz hasonlóan - az egészségügyi intézmények és a felügyeleti szervek közötti alku, kölcsönös meggyőzési; érvelési folyamat eredménye. A pótelőirányzatok mértéke intézményenként nagy eltérést mutat - sokszor jelezve a "harcban" az eltérő pozíciókat; s előfordul, hogy a pótelőirányzat az eredeti éves előirányzat több, mint negyedét is eléri.

Összefoglalva: tehát a költségvetési tervezés keretszerű és bázisszemléletű.

Az egyes egészségügyi intézményekhez juttatott pénz felhasználásnak hogyanjára vonatkozóan a szabályozás az egészségügyi intézeteket - megtevesztően - maradványérdekeltségű költségvetési szervezetek minősíti, ami azt jelenti, hogy jóváhagyott költségvetési előirányzataikból az adott költségvetésben fel nem használt összegeket "megfelelő indoklás esetén" a következő évben felhasználhatják.

A megnevezés azért félrevezető, mert szó sincs az anyagi ösztönzés olyan rendszeréről, amelyben az intézmény érdeke a pénzmaradvány eléréséhez fűződne.

A pénzmaradvány a gyakorlatban valamilyen ok miatt el nem költött pénz, amely a következő évre átvihető tartalékként kezelhető, és a vállalt kötelezettségek kiegyenlítésére felhasználható. De mivel a felügyeleti szervek argumentálást igényelnek a maradvány felhasználásához, s fennáll az elvonás veszélye, a gyakorlatban fellép a pénz mindenáron való elköltésére irányuló törekvés.

További két mozzanatot emelnék ki a rendelkezésre álló pénz elköltésének hogyanjára vonatkozóan.

Egyrészt: az egészségügyi intézmények bevételeiket - amennyiben azok nem orvosi szolgáltatáshoz kapcsolódnak - bizonyos költségekre felhasználhatják, s nem kell azt az állami költségvetésbe befizetniük. Ezt nevezik az irányítási frazeológiában - súlyánál fogva szintén igen megtévesztően - nettó jellegű finanszírozásnak. (Valójában ez nem indukál a bevétel fokozására irányuló érdekeltséget).

Másrészt: [a költségvetés egyes tételei között a szabályozás megkülönböztet kiemelt, céljellegű, valamint kötött előirányzatokat.]

[A kiemelt és céljellegű előirányzatokat (ilyen pl. az állóeszköz-fenntartási előirányzat) csökkenteni nem lehet, a kötöttek viszont nem növelhetők, nem léphetők túl.] Ilyenek: a bér, reprezentáció, megbizási díjak stb. A fenti kötétségek mellett van átcsoportosítási lehetőség az egyes előirányzatok felhasználásában. Ugyanakkor az év elején jóváhagyott költségvetési előirányzatokat a felügyeleti szerv előirányzat-módosítási hatáskörben megváltoztathatja a költségvetési támogatás korrigálásával (pl. a már említett pótelőirányzat nyújtás, illetve megvonás), vagy anélkül (gazdálkodják ki az intézetek!). Ez utóbbi mozzanat jelzi az önálló intézeti gazdálkodás bizonytalanságát, egy olyan léthelyzetet, amely kizárólagosan a felügyeleti szervekkel való kapcsolattól függ.

Jelentőségénél, s az érdekeltségi viszonyokat elsődlegesen érintő hatásánál fogva a létszám, bér jövedelem-szabályozásra és az államközgazdálkodási tevékenység szabályozására kellene kitérnem még részletesebben, amire most a szűk keret miatt nincs lehetőség. Csak azt rögzítem, hogy az orvosi fizetés típusai közül, a magyar a fix fizetésű szisztémát képviseli, ahol is a havi fizetés az orvos által ellátott betegek számától, a beavatkozások jellegétől és bonyolultságától független, s elsősorban attól függ, hogy az orvos hány éve dolgozik.

A továbbiakban a fentebb csak vázlatosan és fő vonalaiban ismertetett funkcionálási mechanizmus érdekeltségi viszonyokat érintő hatásaival foglalkozom.

1. Az ágazat irányításának kettőssége (a tanácsok és az Egészségügyi Minisztérium), amely elvileg egyidejűleg kívánta szolgálni a lakossági igények kielégítését és az egészségügy fejlesztésének egységességét a valóságban nem vezetett a területi egyenlőtlenségek felszámolásához. A különböző megyékben élő betegek kórházba jutási lehetőségei igen eltérőek, illetve egy-egy megyén belül is a falusi lakosoknak kisebb az esélyük a kórházba kerülésre, mint a kórházi székelyen lakóknak. A különböző településtípusok ellátási szintjének eltéréseit különösen felerősíti az, hogy az alapellátás ráfordításai általában követik a települési hierarchiát, tehát a községekben a körzeti orvosi szolgálat működtetési és fenntartási költsége a városokéi alatt marad.

Egy négy megyére kiterjedő vizsgálat eredménye alapján (1979-es költségvetési adatok) a járások községeinek átlagai között olyan is volt, ahol a körzeti orvosi szolgálat működtetésére és fenntartására fordított egy éves összegnek egy lakosra jutó hányada 23 Ft, míg másutt 163 Ft-ot tett ki. Az egy lakosra jutó alapellátási költségek a nagyközségek szintjén 30-316 Ft között, városoknál 76-449 Ft között mozogtak.

2. Az egyes ellátási szintek (körzet, szakrendelő, kórház, országos intézet, klinika) illetve az egyes egészségügyi intézmények közötti "munkamegosztás", együttműködés fejlődését a jelenlegi finanszírozási szisztéma bizonyos vonatkozásban akadályozza.

(Miatán az intézményekben adott - a végzett munka mennyiségéhez és minőségéhez állg kapcsolódó - pénzügyi keretektől kell gazdálkodni, nincs meg az érdekeltség a minőségileg magasabb színvonalú vagy speciális feladatot jelentő betegellátásra.) Idézek egy klinikai röntgen orvossal készített interjumból: "... egy csomó kórháznak mi csináljuk az ultrahangos konziliumát. Még azt sem lehet elérni, hogy konziliumi díjat fizessenek, így összejönne valami, amiből lehetne újat vásárolni. Teljesen ingyen, bérmentve vagyunk kötelesek végezni.... Ha mi elhasználjuk a röntgenfilmünket a Tétényi uti beteg számára, akkor nem marad a sebészeti klinikán fekvő beteg számára, mert mi nem kapunk korlátlanul röntgenfilmet az a lényeg: való igaz, hogy az egészségügy pénzbe kerül, semelyik gyógyító intézmény nem vállalhatja, hogy egy másik gyógyintézménynek tesz mondjuk egy szivességet."

A progresszivitás, az integráció financiaális érdekeltség vonatkozásában nincs megalapozva, s ez egy tágabb körű anyagi ösztönzés hiányának egyik mozzanata. Intézeti, gazdálkodási egységek szintjén - a pénzügyi vonatkozások miatt - elsősorban egy továbbküldési, mintsem ellátási érdekeltség indukálódik. Az ellátást nyújtó egyéneknél - főként az orvosoknál - az érdekeltség mai rendszere bonyolultabb, összetettebb.

3. (Miatán az orvosok az ellátott betegek számától, a beavatkozások jellegétől függetlenül megállapított fix fizetésben részesülnek, a bérszabályozás nem abba az irányba hat,

hogy minél több beteget fogadjanak, s minél magasabb színvonalon lássák el őket. Az érdekeltégi rendszernek a munkáért járó fix fizetés csak egyik összetevője. Jelentős szerepet játszik abban a szakmai elismerés igénye, valamint etikai tényezők és nem utolsósorban a paraszolvenciához való hozzájutás. Nem elemezhetem itt most a maga komplexitásában az orvosok érdekviszonyait, magatartás normáit, csupán a paraszolvencia intézményét említem, ami az orvosi érdekviszonyok közgazdasági és szociológiai szempontu megközelítésének fontos eleme. Alapjaiban áthatja az orvos-beteg kapcsolatot, az orvosok egymás közötti magatartás normáit, értékeit, mind a különböző szakmák képviselői (röntgen, labor, illetve manuális területek), mind a hierarchia különböző lépcsőfokán elhelyezkedő (vezető, beosztott orvos), valamint a más ellátási szinteken (körzet, szakrendelő, kórház, klinika) dolgozó orvosok vonatkozásában.

JEGYZETEK

Gosztonyi György: Egészségügy: gondok és javaslatok. Valóság 1980/7.

Gosztonyi György: Az egészségügy finanszírozásának ideáltípusai és működésének néhány kérdése. Pénzügyi Szemle, 1984/3.

Kuti Éva: Az orvosi hálapénzről - a következmények fényében. Valóság 1984/3.

Szalai Julia: Kööttségek és prioritások a gazdasági szerkezet, az infrastrukturális ellátottság és az egészségügy helyzetének alakulásában. Kézirat Bp. MTA KTI 1982.

- 1) A szerző előadásában a Ssemelweis Orvostudományi Egyetem Marxizmus-Leninizmus Intézete

1984. évi tudományos közleményében megjelent tanulmánya elemzését folytatta. Lásd: László Ágnes: A szabályozási és finanszírozási mechanizmus hatása az egészségügyi ellátás érdekeltégi viszonyaira.

SOTE MLI Tudományos Közlemények 14. sz. 1984. 48 - 56. 1.