

Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben?

Orosz Éva

Orosz Éva: ELTE Társadalomtudományi Kar – orosz.eva@tatk.elte.hu

ABSZTRAKT Az 1989–1993 közötti időszakban alapvető változások történtek a magyar egészségügy irányításának és finanszírozásának a makrostruktúrájában. Ezek a változások nyilvánvalóan csak első lépéseit jelenthették egy jól működő egészségügyi rendszer kialakításának. A 90-es évek közepén a reformfolyamat azonban megtorpan; megszorító intézkedéseknek és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedéseknek a sorozata dominálta a magyar egészségügyet. Időről időre elindultak innovatív változások – azonban az aktuális kormányzatok hosszabb vagy rövidebb időszak után megállították ezek megvalósítását, vagy felszámolták a már működő intézményeket. A tanulmány három részből áll. Az első összeveti a rendszerváltás időszakának és a 2010-es évek végének a fő problémáit; a második pedig ezeknek a problémáknak az orvoslását célzó – a 90-es évek második felében és a 2000-es években kezdeményezett – öt szervezeti innováció történetét vizsgálja. Az utolsó rész középpontjában az a kérdés áll, hogy milyen – sok szálon összefüggő, egymást erősítő – tényezők lehetetlenítették el, deformálták vagy számolták fel a változtatási törekvéseket, szervezeti innovációkat. A tanulmány a következő tényezők konkrét jellemzőit vizsgálja: a politikai elkötelezettség hiánya, forráshiány, a kormányzat és ellenzék közötti politikai árkok, az egészségügy szempontjainak alárendelődése más alrendszerek prioritásainak, a kormányzaton belüli harc az egészségügyi reform fő irányára vonatkozóan, az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonala és a spontán piaci folyamatok hatása.

Kulcsszavak: egészségügyi reform, szervezeti innováció, forráshiány, opportunista kormányzati magatartás

Why have organizational innovations failed in Hungarian health system?

ABSTRACT Between 1989 and 1993, fundamental changes took place in the macrostructure of the governance and financing of Hungarian health care. These changes could obviously only constitute the first steps in building a well-functioning health care system. In the mid-1990s, however, the reform process came to a halt; a series of austerity measures and measures to alleviate the concomitant tensions have dominated Hungarian health care system. Innovative changes have been launched from time to time – but after a longer or shorter period of time, the then governments have halted their implementation or dismantled the already created institutions. The study consists of three parts. The first compares the main problems of the period of regime change and the end of 2010; and the second outlines the history of five organizational innovations to address these problems, initiated in the second half of the 1990s and the 2000s. The last part focuses on the question of what – intertwined and mutually reinforcing – factors have made it impossible, distorted or discouraged efforts for organizational innovations. The study outlines the specific features of the following factors: lack of political commitment, lack of resources, political ditches between government and opposition, subordination of health reform requirements to other subsystems reforms, struggle within government for the main direction of health reform, low level of professional capacity in health care administration and the impact of spontaneous market processes.

Keywords: health care reform, organizational innovation, lack of resources, opportunistic government behaviour.



BEVEZETŐ

Az államszocializmus drámaian rossz egészségi állapotot (Józan 1994) és súlyos válságban lévő egészségügyi rendszert hagyott örökségül (Orosz 1992). Az egészségügyi ellátás akkori problémáinak jelentős része – más technológiai szinten – napjainkig fennmaradt. Sokak véleményével ellentétben ez nem annak a következménye, hogy semmi sem történt az egészségügyben. Az 1989 és 1993 közötti időszakban alapvető változások történtek az egészségügy jogi és intézményi makrostruktúrájában – jórészt a 80-as évek második felében folyó reformmunkálatok koncepciójára és az ahhoz kapcsolódó kórházfinanszírozási kísérlet eredményeire alapozva (Orosz 2001). Ezek a változások nyilvánvalóan csak első lépéseit jelenthették egy jól működő egészségügyi rendszer kialakításának. Az átalakulás folyamata azonban megtorpant. A 90-es évek közepétől a költségvetési konszolidációk kényszere alatt végrehajtott megszorító intézkedéseknek és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedéseknek a sorozata dominálta a magyar egészségügyet. Időről időre elindultak innovatív változások is – azonban az aktuális kormányzatok hosszabb vagy rövidebb időszak után megállították ezek megvalósítását, vagy felszámolták a már működő intézményeket.

A tanulmány három részből áll. Az első összeveti a rendszerváltás időszakának és a 2010-es évek végének a fő problémáit, és ennek részeként bemutatja a 90-es évek elején elindult reformfolyamat megtorpanását és eredményeinek az erodálódását. A második rész a 90-es évek második felében és a 2000-es években kezdeményezett – az első fejezetben vázolt problémák orvoslását célzó – néhány fontos szervezeti innováció történetét vázolja; amire építve az utolsó rész középpontjában az a kérdés áll, milyen tényezők lehetetlenítették el, deformáltak vagy számolták fel a változtatási törekvéseket, szervezeti innovációkat. Úgy vélem, hogy mindezek – a múlt jobb megértésén túl – hozzájárulhatnak az egészségügyünk reformjához szükséges feltételek jobb megértéséhez is.¹

FŐ PROBLÉMÁK AZ 1980-AS ÉS A 2010-ES ÉVEK VÉGÉN

Szakadék a szükségletek és a szolgáltatások hozzáférhetősége és minősége között

Mindkét időszakban az egyének, a társadalom legközvetlenebbül a szükségletek és a közfinanszírozású rendszer által nyújtott szolgáltatások közötti szakadékot érzékelték, továbbá a megengedhetetlenül nagy egyenlőtlenségeket a szolgáltatások elérhetőségében és minőségében². A betegek nem, vagy későn jutottak hozzá a szükséges ellátáshoz; nem ott (az ellátórendszernek nem azon a szintjén) és nem azt a szolgáltatást kapták, amit az állapotuk igényelne; esetleges (sokszor a véletleneken múlik), hogy ki és milyen ellátáshoz jut hozzá. A rendszer

¹ A tanulmány nem foglalkozik a COVID-járvány időszakával, mivel annak számos speciális kérdése önálló elemzést igényel. Ugyanakkor hozzájárulhat annak a megértéséhez, miért reagált rendkívül rosszul a magyar kormány a járványra.

² Például 2015-ben a stroke-ot követő 30 napon belüli halálozás különbsége 2,6-szeres volt a legjobb és legrosszabb megye között (a betegek 8,8% és 23%-a); a megyék közötti különbség 11,7-szeres volt a szürkehályog-műtétre való várakozási időben (MÉRTÉK 2016).



működése kiszámíthatatlan, átláthatatlan a betegek számára. Sokszor az is hosszú „bolyongás” után derül ki, hogy egyáltalán mi a baja az egyénnek; hiányoznak vagy esetlegesen a krónikus betegségek korai felismerését és kezelését szolgáló szűrőprogramok és gondozás. A rendszerváltást megelőzően a betegek egy része erre a helyzetre a hálapénz révén kereste az egyéni megoldásokat, majd a 90-es évek végétől (a magánszolgáltatók piacának jelentős bővülésétől) – a hálapénz fennmaradása mellett – egyre inkább a magánszolgáltatások igénybevételével. Így a betegek fizetőképességének az egyenlőtlenségei alapvetően befolyásolták és befolyásolják az ellátáshoz való hozzáfutást.

Ezen jelenségek mögött a *krónikus forráshiány* és az *egészségügyi rendszer kapacitásainak, a szolgáltatási struktúrájának, az irányítási, ösztönzési és ellenőrzési rendszernek* – egymással összefüggő – *súlyos problémái* húzódnak meg.

Az ellátórendszer (szolgáltató szektor) évtizedes problémái

A *kapacitásokat* tekintve, a rendszerváltáskor mennyiségileg elégséges humán erőforrások, elavult, szétaprózott kórházhálózat, túlzottan sok kórház és kórházi ágy, ugyanakkor technológiai lemaradás, a másik oldalon pedig – különösen a kapacitások adott struktúrában való működtetéséhez – elégtelen pénzügyi erőforrások jellemezték a magyar egészségügyet. Amíg a 80-as évek végén a kapacitások kritikus pontját a technológia (a modern berendezések, műtéti kapacitások, nyugati gyógyszerek stb.) hiánya jelentette (Varró 1982), napjainkra az egészségügy kulcsproblémájává a humán erőforrások mennyiségi, minőségi és strukturális hiánya (humán erőforrás krízis) vált³. 2006 és 2018 között az állami intézményekben foglalkoztatott orvosok száma 20%-kal (4000 fővel) csökkent (ÁEEK 2019). 2010 és 2018 között kb. 3800 orvos távozott külföldre (Golovics – Zsínkó 2021).

A közfinanszírozású ellátórendszer államszocializmusból örökölt *strukturális problémái* – egy magasabb technológiai szinten – lényegüket tekintve napjainkig fennmaradtak:

- A rendszer irányításának (szabályozásának) és fejlesztésének a szemlélete silószemléletű: az egyes intézményi szintek – alapellátás, kórházi ellátás stb. – problémáira fókuszál, miközben a társadalmi szükségletek (az egészségmegőrzés, a betegségek megelőzése, a krónikus betegségek természete, eredményes ellátása stb.) páciens/betegség-centrikus szemléletet igényelnének.⁴
- Az intézményrendszer és egészségügyi ellátás túlzottan kórházcentrikus⁵ – a másod- és harmadlagos megelőzés (szűrővizsgálatok, korai stádiumban történő gondozás) és az

³ Az 1000 főre jutó praktizáló orvosok száma 2018-ban az EU15 átlagnak csupán 87%-át (a cseh értéknek pedig 84%-át) érte el. Az 1000 főre jutó nővérek száma 2018-ban az EU15 átlag 77%-át (a cseh érték 82%-át) érte el. (OECD Health Data 2020; <https://stats.oecd.org/>)

⁴ Olyan beteg/betegség-centrikus szemléletet, amelynek a fókusza olyan ellátórendszer kialakítása, amely biztosítja a főbb betegcsoportok (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek stb.) koordinált ellátását (az ellátási szintek, intézmények és szakmák közötti koordinációt). Ez természetesen megfelelő finanszírozási ösztönzők kialakítását is igényelné.

⁵ A kórházcentrikusság és silószemlélet egyik fő oka a nyugati medicina és az orvostechológia jellemzőiben keresendő – így nem magyar sajátosság. A kórházcentrikusság csökkentése, az orvosszakmák és ellátási szintek közötti koordináció és az ellátásszervezés erősítése általános törekvése volt a fejlett országok egészségügyi reformjainak (OECD 2010).



ellátás többi formájának (egynapos sebészet, járóbeteg-szakellátás, alapellátás, háziápolás) rovására. Ez megnyilvánul a finanszírozásban, a humán erőforrásokban és a gyógyítási folyamatokban is.

- Az alapellátás nem képes a funkciói megfelelő ellátására (definitív ellátás a kompetenciájába tartozó esetekben; krónikus betegek gondozása, betegutak menedzselése stb.). Az alapellátás helyzete – a 2010-es évek közepétől meghozott kormányzati intézkedések (finanszírozás javítása, csoportpraxis/praxisközösségek ösztönzése stb.) ellenére – számos tekintetben kedvezőtlenebb, mint a 90-es évek elején (pl. az üres orvosi körzetek száma, az orvosok korstruktúrája).
- A kórházi kapacitások nem alkalmazkodtak eléggé a technológia és a szükségletek változásához⁶: a kapacitások (a kórházak és a kórházi ágyak számát tekintve is) túlzottak – ami felesleges költségeket generál. A nagyobb problémát a szétaprózódott⁷ (és ebből is adódóan korszerűtlen) kórházi hálózat jelenti, ami hozzájárult a humán erőforrás-kvázi kiéleződéséhez.
- A hozzáférés és minőség problémáinak egyik alapvető oka, hogy hiányzik (esetleges) a minőségbiztosítás és az ellátás (betegutak) koordinációja (az ellátásszervezés), a beteg „bolyong” a rendszerben – ezáltal nem, vagy késői stádiumban jut adekvát ellátáshoz. Az ellátás minőségében óriási különbségek lehetnek. Az ellátás minőségéről nincs rendszerszintű információ.
- Hiányzik a modern népegészségügy⁸, megelőzés, egészségfejlesztés – ami nagymértékben hozzájárul a népesség rossz egészségi állapotához és az egészségi állapot egyenlőtlenségeihez.

A fentiekkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a hosszú várólisták és a felesleges kórházi ágyak között csak látszólagos az ellentmondás. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) ugyanis évente meghatározza, hogy az adott évben mekkora szolgáltatásvolumen fog finanszírozni egy adott kórház számára (azaz minden kórház teljesítményvolumen korlátját [TVK]) – ez pedig behatárolja az ellátható betegek számát⁹.

⁶ A technológia fejlődése következtében egyrészt számos betegség nem igényel kórházi ellátást, másrészt a költséges technológia és speciális szakértelem koncentrációt igényel. A kórházhálózatnak a megváltozott technológiához való igazítása a 80-as évek vége óta megoldatlan kihívás a kormányok számára. Ezt jelzi például a kórházi ágyak (nemzetközi összehasonlításban is) alacsony kihasználtsága, ami a KSH adatai szerint 2019-ben 63,8% volt az aktív fekvőbeteg-ellátásban és 84,3% a krónikus fekvőbeteg-ellátásban. A leírtak nem jelentik azt, hogy ne csökkent volna jelentősen a kórházi ágyak száma, továbbá ne történt volna számos pozitív lépés a kórházszektorban – ezek összességében azonban nem orvosolták az alapvető problémákat. (A kórházi ágyak száma 1991-ben 100 747, 2019-ben pedig 67 806 volt. Ez utóbbitól 41 481 az aktív, 26 631 pedig a krónikus ellátásban működött.)

⁷ 2019-ben a NEAK 137 szolgáltatónál finanszírozott aktív fekvőbeteg-ellátást. Ebből 104 volt állami vagy önkormányzati tulajdonban. (NEAK Statisztikai Évkönyv 2019)

⁸ A modern népegészségügy mindenekelőtt szemléletváltást igényelne: az egészség szempontjainak érvényesítését a kormányzati politika minden területén (az EU és WHO által is ösztönzött „Health in All Policies” megközelítést).

⁹ Hasonló rendszer működik a járóbeteg-szakellátás esetében is. A TVK-t a teljesítményfinanszírozás alapegységeiben (és nem a betegek számában) határozzák meg. Ha a kórház túllépi a TVK-ját, akkor az utána ellátott betegek ellátásáért nem fizet a NEAK.



A rendszerváltozás utáni évtizedekben a szolgáltatói szektor előzőekben vázolt problémáihoz újak társultak a magánszektorban – a piaci tényezők által vezérelt és megfelelő kormányzati szabályozást nélkülöző – jelentős bővülése következtében: például az orvosok, szakdolgozók elvándorlása vagy munkaidejük jelentős részének lekötése a magánszektorban.

Irányítási és ösztönzési rendszerek: biztató kezdetek, erodálódás és visszarendeződés

Az államszocialista egészségügy alapvető pillérei voltak: az államnak a formális szektorban érvényesülő kizárólagos szerepe, az érem másik oldalaként pedig az egészségügy fekete/informális gazdasága (a hálapénz); továbbá a központi utasításon alapuló irányítási rendszer, az érem másik oldalaként pedig az informális alkuk (kijárások, „szocialista összeköttetések”¹⁰ stb.) az erőforrások allokációjában. A szolgáltatási szférában a hatékonysággal ellentétes ösztönzők működtek: a szolgáltató intézmények tevékenysége és bevétele között nem volt kapcsolat – mivel az éves költségvetésük megállapításakor az alapot az előző éves költségvetésük jelentette. Ez nem tette szükségessé a teljesítmény mérését, azaz annak a számbavételét, hogy milyen szolgáltatásokat és milyen költséggel nyújtottak a kórházak. Mindezeknek és a szolgáltató szektor (előzőekben tárgyalt) strukturális problémáinak a következtében egyszerre volt (és van) jelen a forráshiány és alacsony hatékonyság mind mikro-, mind makroszinten.

Az 1989–1993 közötti időszakban elindult az egészségügyi rendszer makrostruktúrájának az átalakulása, és kialakultak a 2010-ig fennálló struktúra fő összetevői: a lakosság csaknem egészére kiterjedő kötelező egészségbiztosítás és ezáltal a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása; a vegyes tulajdoni viszonyok (magánvállalkozások lehetősége az egészségügyben); a háziiorvosi rendszer; a szolgáltatók (kórházak, rendelők stb.) közötti versenyt célzó új teljesítményfinanszírozási módszerek; az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítás különböző formái (önkéntes pénztárak és üzleti biztosítók által kínált konstrukciók); továbbá a betegjogok intézményesítése (Orosz 2001). Az ÁNTSZ létrehozása megteremtette az intézményi feltételeit, lehetőségét annak, hogy – nyugat-európai mintára – modern népegészségügyi tevékenység legyen kialakítható, valamint szükség (pl. járvány) esetén egységes szakmai bázison nyugvó, megfelelő hatósági intézkedések legyenek végrehajthatóak¹¹. A centralizált, központi kormányzati utasításokon alapuló irányítás helyett elindult a *döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői közötti megosztása*. Ennek legfontosabb lépései a viszonylag jelentős önállóságot kapott Egészségbiztosítási Önkormányzat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár létrehozása, továbbá a szakmai kamarák (pl. Magyar Orvosi Kamara) és szövetségek (pl. Magyar Kórházszövetség) megalakítása voltak.

¹⁰ Ennek nyomán az egyes – hasonló feladatot ellátó – kórházak, szakrendelők bázisfinanszírozása között a különbség többszörös is lehetett.

¹¹ Az ÁNTSZ a Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (KÖJÁL) bázisán jött létre. A változás leglényegesebb eleme a kettős irányítás megszüntetése volt, ami azt jelentette, hogy a megyei KÖJÁL-ok közigazgatási, hatósági szempontból a megyei tanácsok irányítása alatt működtek, míg a szakmai irányítást a KÖJÁL országos szervezete gyakorolta. Ennek következtében a hatósági intézkedések (pl. üzemek, ivóvízminőség stb. közegészségügyi ellenőrzése) esetében a helyi hatalom érdekei felülírhatták a szakmai szempontokat.



A reformfolyamatban a fő hangsúlyt a *teljesítményfinanszírozási módszerek* bevezetése kapta, mint az erőforrások hatékonyabb elosztásnak, a szabályozott verseny megteremtésének fő eszköze¹². Az aktív fekvőbeteg-ellátás esetében – a nemzetközi trendeket követve – az amerikai DRG (Diagnosis Related Groups) finanszírozási módszer adaptációját, a Homogén Betegség Csoportok (HBCS) szerinti finanszírozást vezették be.¹³ A finanszírozási rendszer átalakításában – a tényleges folyamatokban – azonban összeütközött két ellentétes szempont. Egyrészt a hatékonysági megközelítés: az intézmények tevékenysége és bevétele közötti összhang megteremtése (azonos teljesítményért azonos díjat nyújtó normatív finanszírozás). A másik szempont a politikai biztonság szempontja volt, azaz minél kisebb konfliktussal megúsni az elkerülhetetlen változásokat, továbbá a kormányzat fenn kívánta tartani a zárt költségvetést¹⁴ – a kiadások korlátozása érdekében. A zárt költségvetés teljesülése viszont csökkentette az ösztönzést a hatékony ellenőrzési rendszer kiépítésére, aminek a hiánya lehetővé tette a széleskörű HBCS-manipulációt.¹⁵ Az eredeti tervekkel szemben (amortizáció beépítése a finanszírozási tételekbe), fennmaradt a kétszatornás finanszírozás: az egészségbiztosítás által fizetett díjak (a rendszerváltás előtti időszak éves költségvetéséhez hasonlóan) csak a működési költségek fedezetét tartalmazzák és nem tartalmazzák az amortizációt. Mivel a beruházási források legnagyobb részét a központi támogatások teszik ki, az intézményi menedzsment (és a tulajdonos) számára hiányzik a forrás az állóeszközök pótlására, másrészt hiányzik az érdekeltség is az állóeszközökkel való racionális gazdálkodásban. Továbbá a központi döntéshozókat pedig semmi sem ösztönzi a makroszintű hatékonyság szempontjának a mérlegelésére a beruházási döntésekben (nem is rendelkeznek megfelelő információval ahhoz). Tovább erodálta a teljesítményfinanszírozás ösztönző hatását (a „pénz követi a beteget” elv érvényesülését) a TVK 2004-ben – a külső gazdasági kényszerek hatására – történt bevezetése. A TVK-t eredetileg átmenetinek szánták, de azóta is a kiadások korlátozásának alapvető eszközét képezi. Mindezek következtében a teljesítményfinanszírozási rendszer nem csak a túlzott várakozásokat¹⁶ nem tudta kielégíteni, hanem a pozitív hatásai is lényegesen gyengébben érvényesültek, a mellékhatásai pedig erősebben, mint más országokban.

Összességében, a 90-es évek elején végbement változások adekvát módon reagáltak az egészségügyi rendszer problémáira – tényleges reformfolyamat *elindulását* jelentették. Az új makroszintű intézményi keretek és a teljesítményfinanszírozás (a változások alapelvei és iránya)

¹² A teljesítményalapú, normatív finanszírozási módszerekben *elvieken* azonos teljesítményért azonos árat kapnak a szolgáltatók – így (ha az elvek megfelelően érvényesülnek a gyakorlatban) az intézmények bevétele a szolgáltatások mennyiségétől, bonyolultságától és minőségétől függ (továbbá a szolgáltatók működése átláthatóbbá válik).

¹³ A HBCS-finanszírozás alapegysége az eset (és nem az egyes beavatkozás). A módszer a betegségeket (kórházi eseteket) szakmai tartalom és költségesség szempontjából homogén csoportokba sorolja és meghatározza az egyes csoportok költségességének egymáshoz viszonyított arányát, ún. súlyszámok alkalmazásával (a teljesítmény mértékessége a súlyszám, ahol az átlagos költségigényű betegségcsoport súlyszámának az értéke: 1).

¹⁴ Azaz olyan megoldást találni, ami biztosítja, hogy az egészségügyi ellátás egyes területeinek (fekvőbeteg-, járóbeteg-, háziorvosi ellátás stb.) kiadásai nem lépik túl az éves költségvetési előirányzatokat (az Egészségbiztosítási Alapon belül kialakított kasszákat).

¹⁵ A HBCS (DRG) manipulációja nem magyar jelenség. A HBCS-módszer a szolgáltatókat arra ösztönözheti, hogy *ha lehet*, az adott állapotot (a valóban indokoltnál) magasabb árat adó betegségcsoportba sorolja, vagy (indokolatlanul) kísérő betegséget társítson bizonyos diagnózisokhoz.

¹⁶ Voltak, akik a kórházi struktúra spontán átalakulását és a hálapénz megszűnését is várták a HBCS finanszírozási módszertől.



összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszereknek és a szabályozott piaci viszonyok kialakítását célzó reformoknak az általános jellemzőivel (Ham, 1990). Egy jól működő egészségügyi rendszer kialakulásához azonban nyilvánvalóan nem volt elégséges a makrostruktúra átalakítása. A *makrostruktúrában bekövetkezett változások szükségszerűen nem hozhattak látványos, gyors megoldást az egészségügyi rendszer működésének alapvető problémáira*: az ellátás elérhetőségével, minőségével és hatékonyságával, az orvos-beteg kapcsolattal, a hálapénzzel, a fogyasztói igények kielégítésével kapcsolatos problémákra. Ehhez egyrészt a közkiadások növelésére, másrészt a szakmai struktúrák kiépítésére, a mikrostruktúra¹⁷ – hosszabb időt igénylő – átalakulására és ezek érdekében szervezeti innovációk¹⁸ sorozatára is szükség lett volna.

A 90-es évek közepén azonban – elsősorban a gazdasági kényszerek hatására – a reformfolyamat megtorpant, nem folytatódott egy szisztematikus fejlesztése az új intézményeknek, majd a reform számos eredménye erodálódott. 1994-ben a kormányzati intézkedések középpontjába a gazdasági egyensúly helyreállítása, a költségvetési hiány csökkentése, ennek érdekében minden területen a *közkiadások csökkentése* került. Az egészségügyi közkiadások¹⁹ reálértéke 1994 és 1996 között kb. 20%-kal csökkent. Az egészségügyi rendszer igényei, az átfogó reform céljai helyett a költségvetési konszolidáció határozta meg az egészségügy fő folyamatait. Az egészségügyi kormányzat fő kérdéseivé az Egészségbiztosítási Alap és a kórházak hiányának a menedzselése, valamint a kórházi kapacitások csökkentése – azaz az egészségügyi kiadások drasztikus csökkentése által kiélezett problémák rövid távú kezelése – váltak. Ezekhez az intézkedésekhez társult az egészségbiztosítás önkormányzati irányításának átértékelése – ami több okra vezethető vissza. Az önkormányzati irányításra vonatkozó elképzelést (és 1991-ben a törvényt) a rendszerváltó, az állam hatásköreit visszaszorító törekvések hozták létre, de mire 1993-ban az önkormányzat létrejött, már kibontakozott egy ezzel ellentétes, a kormányzat szerepét általában erősíteni szándékozó politikai magatartás is. Hozzájárult a kudarchoz az is, hogy az Önkormányzat erkölcsi tőkéjét – amit az 1993. évi társadalombiztosítási választások során megszerzett – a korrupciók és korrupciógyanús ügyek teljesen felélték. Az államháztartásról szóló törvény 1996. évi módosítása és az önkormányzati igazgatásról szóló törvény 1997. évi módosítása elvették az Egészségbiztosítási Önkormányzat legfontosabb jogosítványait, majd – lényegében az MSZP–SZDSZ-kormányzat által kezdeti folyamat befejezéséeként – az 1998-

¹⁷ Az egészségügyön belüli struktúrák három szintjét különböztethetjük meg: (i) *makrostruktúrák* (az irányítás, finanszírozás és szolgáltatás *intézményi keretei*); (ii) *szakmai struktúrák* (az ellátás folyamataihoz kapcsolódó gazdasági és minőségügyi szabályozás stb.); (iii) *mikrostruktúrák* (a szereplők közötti kapcsolatok nem intézményesített jellemzői, mintázatai. Pl. az orvos-beteg kapcsolat jellemzői, a hálapénz, az orvosok közötti informális hierarchia, minisztériumi tisztviselők és kórházigazgatók informális kapcsolatai stb.).

¹⁸ A reformok és a szervezeti innovációk különbségét a tanulmány a következőképpen értelmezi. Az egészségügyi reform a rendszer egészét vagy egy összetevőjét átfogóan és az ország egészére kiterjedően célozza meg (pl. a szolgáltatók finanszírozási módszereinek átalakítása); a reformnak részét képezhetik (de nem feltétlenül) szervezeti innovációk. Egy szervezeti innováció a reformnál korlátozottabb hatókörű (tipikusan, de nem kizárólag mikro-szintű, lokálisan elinduló). A szervezeti innováció egy adott problémára *új megközelítést* alkalmaz, *új szervezeti struktúrákat és új döntéshozatali eljárásokat* hoz létre.

¹⁹ A tanulmányban „egészségügyi kiadás” és „egészségügyi közkiadás” alatt – a nemzetközi gyakorlatnak és adatoknak megfelelően – a folyó kiadásokat (current expenditure) értem, ami nem tartalmazza a tőkefelhalmozást (beruházásokat). Ugyanis egy adott évben a lakosság által elérhető egészségügyi szolgáltatásvolumen (szolgáltatások és javak végső fogyasztását) a folyó kiadások mutatják.



ban hatalomba lépett FIDESZ-kormány megszüntette az Önkormányzatot és minisztériumi irányítás alá helyezte az OEP-et. Ezek az intézkedések – több más folyamattal együtt – jelentősen erodáltak az egészségbiztosítás relatív önállóságát. A 2000-es évtizedben több kísérlet is történt az egészségbiztosítás intézményi rendszerének az átalakítására – ezekkel a következő fejezet foglalkozik.

2010 után pedig radikális változások következtek be, amelyek felszámolták az egészségügynek a rendszerváltáskor még általános elfogadottságot élvező intézményi modelljét²⁰ és visszaállították a „kézivezérést”, a központi utasításon alapuló irányítási rendszert²¹, amelyben – ahogy a rendszerváltás előtt, jelenleg is – nagy szerepe van az informális, átláthatatlan alkuknak. A szabályozott, átlátható működési mechanizmusok szerepe a döntéshozatalban meggyengült és megnőtt a befolyásos (sokszor azonban az egészségügyi igazgatási hierarchiában formális pozícióval nem rendelkező) egyének szerepe a döntések megszületésében. Ami miatt nem állítható, hogy a rendszerváltás előtti struktúra rendeződött vissza, az a magán-szektor szerepe – azaz nem állt vissza az államnak a kizárólagos szerepe a szolgáltatások nyújtásában és finanszírozásban²². Épp ellenkezőleg: a közkiadások korlátozása miatt a magán-szolgáltatók szerepe jelentősen bővült, különösen a járóbeteg-ellátásban (beleértve a diagnosztikai centrumokat is); a magánkiadások aránya az összes kiadáson belül pedig 2019-ben elérte a 32%-ot, ami lényegesen magasabb volt, mint az EU27 (26%) és az EU15 átlag (23%)²³.

A 2010-es évek elején két ellentétes folyamat zajlott le a szakigazgatás, az irányítási rendszer területén: a szakigazgatásnak az egészségügy sajátosságainak megfelelő, országos szintű intézményeinek (ÁNTSZ, OEP) a felszámolása; valamint a kórházi ellátás országos szintű irányítási szervezetének a létrehozása. Tehát egyrészt ott ment végbe decentralizáció, ahol az egységes, elkülönült intézményrendszer felelt meg jobban az egészségügy sajátosságainak; másrészt ott valósult meg irracionális mértékű centralizáció, ahol az ellentétes az egészségügy sajátosságaival. A konkrét intézkedések a következők voltak:

- 2010-ben megszűnt az egészségügy, oktatás és szociális ügyek közvetlen, önálló kormányzati képviselője – az Emberi Erőforrások Minisztériuma részterületeivé váltak.
- 2010-ben megszüntették az Egészségbiztosítási Felügyeletet.
- 2011-ben összevonták a korábban szakmanként önálló, jogállásában a minisztériumtól független szakmai kollégiumokat egyetlen szervezetbe (megfelelő szakmai infrastruktúra nélkül), amelynek a funkciója a miniszter tanácsadó szervezete lett.
- Két lépésben, 2011-ben és 2017-ben a közigazgatás egészére kiterjedő változtatások részeként – szétverték a közegészségügy és járványügy egységes, országos szervezetét

²⁰ Ennek fő elemei a következők voltak: a döntéshozatalnak (hatalomnak) a szereplők közötti megosztása; az állam elsődlegesen szabályozó szerepet játszik; a vásárló (OEP) és az eladók (szolgáltató intézmények) jelentős önállósága; a működési folyamatokban pedig az ösztönzés és a szolgáltatók közötti verseny (azaz a szolidaritási elvet biztosító keretek közötti szabályozott piaci viszonyok).

²¹ Például korábban a kórházigazgatók széles hatáskörrel rendelkeztek a kórház működésére vonatkozó döntések meghozatalában. A kórházaknak a GYEMSZI alá rendelése után minimális önállóságuk maradt, minden lényeges döntést jóvá kellett hagyatniuk a GYEMSZI-vel (illetve a jogutódaival). Jelenleg még arról sem dönthetnek önállóan, hogy nyilatkoznak-e a sajtónak.

²² Ahogy hangsúlyoztam, ez az államszocialista rendszerben is csak a formális szektorra volt igaz – ami mellett létezett az informális szektor.

²³ Adatok forrása: Eutostat Database, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



(felszámolták az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot). 2011-ben az ÁNTSZ megyei hivatalai a megyei kormányhivatalok szervezeti egységeivé váltak. Ezzel a korábbi KÖJÁL szervezethez hasonló – a *hatalmi érdekeket a szakmai szempontok fölé helyező* – struktúra, kettős irányítás állt vissza. 2017-ben megszűnt az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, alapvető hatásköreit átvette az EMMI; az OTH jogutódjánál (Nemzeti Népegészségügyi Központ) pedig a hatásköröknek csak a töredéke maradt.

- Több lépésben felszámolták a kötelező egészségbiztosítási rendszer minden lényegi elemét: törvényi alapjait, transzparens finanszírozását és intézményi kereteit.²⁴ 1992-ben az OEP létrehozásakor nagy önállósággal rendelkező „szolgáltatásvásárló” szervezet kialakítása volt a cél. Ezzel szemben, az ÁNTSZ-hez hasonlóan (ugyanannak a folyamatnak a részeként) felszámolták az egészségbiztosítás önálló, egységes intézményrendszerét. 2011-ben az OEP regionális pénztárai megszűntek,²⁵ hatásköreinek (és dolgozóinak) jelentős része átkerült a megyei kormányhivatalokban létrehozott egészségbiztosítási osztályokhoz. 2017-ben az OEP alapvető hatásköreit átvette az EMMI és a jogutódként létrehozott Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Központ lényegében csak „pénzkifizető” szerepet tölt be.
- 2012–13-ban a kormány elvette az önkormányzatoktól a kórházakat. Egyetlen intézmény, a GYEMSZI (később Állami Egészségügyi Ellátó Központ [ÁEEK]; jelenleg Országos Kórházi Főigazgatóság [OKFŐ]) alá centralizálták a több mint 100 (korábban önkormányzati) kórházat. A kórházigazgatók döntési kompetenciáját a minimumra szűkítették.
- Megtorpant a betegjogok érvényesülésének az intézményesítése is: 2010-ben felszámolták az önálló Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermejjogi Közalapítványt (BEGYK); jelenleg pedig az EMMI szervezeti egységeként működő Integrált Jogvédelmi Szolgálat (IJSZ) feladatát képezi a betegjogok érvényesítése. Hiányzik a civil szervezeteknek, a betegszervezeteknek – az egészségügyi ellátás feletti – intézményesített ellenőrző szerepe is²⁶.

Az egészségügyi ellátórendszer (tulajdon és intézményirányítás) ilyen mértékű irracionális centralizálására nincs példa az európai egészségügyi rendszerekben. A jelenlegi ellátórendszer működtetése centralizáltabb annál, mint amilyen a 80-as évek végén volt.

Ezek a változások nemcsak a szervezeti kereteket alakították át, hanem az egészségügyön belüli döntéshozatali, működési mechanizmusokat, az ösztönzőrendszereket és az egész szer-

²⁴ Az államháztartáson belül 2010-ig önálló alrendszert alkotó társadalombiztosítási pénzügyi alapok (nyugdíj- és az egészségbiztosítási alap) a központi költségvetés fejezeteivé váltak, az OEP-et központi költségvetési szervvé minősítették. Megszűnt a munkáltatói tb-járulék és helyette szociális hozzájárulási adót vezettek be, ami nincs megosztva nyugdíj és egészségügy között – így megszűnt az egészségbiztosításnak az az alapvető jellemzője, hogy a bevételei szabályozott, transzparens módon képződnek a munkáltatók, munkavállalók és az állam által (meghatározott társadalmi csoportok után) fizetett járulékokból stb.

²⁵ Az OEP-nek (NEAK-nak) maradtak területi hivatalai, de a korábbi relatív önállóság és hatáskörök nélkül.

²⁶ Részben az utóbbiak állami forrásoktól való függősége miatt is.



vezeti kultúrát.²⁷ Továbbá ezek a változások lehetővé tették az egészségügyből való „forráskivonás” folytatását a gazdasági válság utáni időszakban is.

Krónikus forráshiány

A magyar egészségügy rendszerváltás előtti fejlődési pályája az egészségügyi kiadások trendjét tekintve is alapvetően eltért a fejlett nyugat-európai országokétól. A legfontosabb – és máig hatással lévő – alapvető eltérés abban volt, hogy a második világháború után (a 70-es évek végéig) a nyugat-európai országokban jelentős expanzió ment végbe: az akkori OECD országok átlagát tekintve, 1960 és 1980 között az egészségügyi kiadások a GDP 3,9 százalékáról a 6,9 százalékára növekedtek²⁸. A magyar egészségügyben nem ment végbe ilyen expanzió: az egészségügyi és szociális kiadások²⁹: 1965 és 1975 között a GDP 3,5%-át, 1980-ban pedig a 3,9%-át tették ki (Orosz 1992).

Az elmúlt három évtizedben az egészségügyi közkiadások – a nemzetközi trendektől eltérően – (néhány évtől eltekintve) a gazdasági növekedéstől lassabb ütemben növekedtek. Ezt mutatja, hogy 1993-ban a GDP 6,0%-át, 2019-ben pedig már csak a 4,3%-át tették ki az egészségügyi közkiadások³⁰. A növekedés mértéke rendkívül alacsony volt. 2019-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke csupán 39%-kal volt magasabb, mint 1992-ben. Ezzel szemben Csehországban 3,5-szerese, Lengyelországban 3,2-szerese volt 2019-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke az 1992. évi értéknek (az EU15 országok többségében pedig 2–2,5-szerese). Ennek következtében Magyarország és az EU15 országok közötti távolság jelentősen növekedett, miközben a többi visegrádi országra a felzárkózás volt jellemző. A magyar egy főre jutó közkiadások 1992-ben az EU15 országok szintjének az 53%-át, 2019-ben pedig már csak a 40%-át érték el; eközben Csehországban 1992-ben az EU15 43%-át, 2019-ben pedig már a 75%-át.

A visegrádi országokat tekintve 1992-ben Magyarországon volt a legmagasabb az egy főre jutó egészségügyi közkiadás: a cseh értéket 24%-kal, a lengyel értéket pedig 98%-kal haladta meg. 2019-ben viszont a magyar egy főre jutó egészségügyi közkiadás 46%-kal alacsonyabb volt, mint a csehországi és 2%-kal alacsonyabb a lengyel értéknél is.

²⁷ Beleértve a központi egészségügyi adminisztrációban dolgozó vezető szakemberek és az ellátó intézmények vezetőinek az attitűdjét is. Például, amíg a 2000-es évek folyamán a Magyar Kórházszövetség számos kritikus állásfoglalást adott ki és hozott nyilvánosságra a honlapján, 2010 után kritikus véleményt rendkívül ritkán fogalmazott meg, a jelenlegi honlapon pedig egyedüli dokumentumként a MKSZ alapszabálya található (<https://korhazszovetseg.hu/dokumentumtar>).

²⁸ A nyugat-európai országokban – az egészségügyi ellátásra való jogosultság kiterjesztésével párhuzamosan – nagymértékben fejlesztették az infrastruktúrát és növelték a működésre fordított közkiadásokat.

²⁹ A 80-as évek végéről nincs megbízható adatunk az egészségügyi kiadásokra, mert az akkori statisztikák összefonóan közölték az egészségügyi és szociális ellátás adatait. A hivatkozott adat az egészségügyi kiadásokon kívül a természetbeni szociális ellátásokra fordított kiadásokat (idősek és fogyatékkal élők ellátását szolgáló intézmények, szolgáltatások) foglalta magában, azaz nem tartalmazza a pénzbeli juttatásokat és a gyermekintézményekre fordított kiadásokat sem.

³⁰ A tanulmányban közölt adatok forrása (amennyiben más hivatkozás nincs): OECD.Stat (Health Data 2021) <https://stats.oecd.org/>



A tanulmány csak a folyó kiadásokat, a működés pénzügyi forrásait elemzi; elsősorban azért, mert a lakosság által egy adott időszakban elérhető egészségügyi szolgáltatásvolumen (szolgáltatások és javak végső fogyasztását) a folyó kiadások mutatják. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a forráshiány – az EU-csatlakozás után az egészségügybe áramló, viszonylag jelentős EU-s források ellenére – a fejlesztésekre is jellemző volt³¹. Egyrészt a fejlesztési források elmaradtak az egészségügyi infrastruktúra modernizációjához szükséges forrásoktól, másrészt az egészségügyi beruházások GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban is alacsony. Nincs megbízható képünk arról, hogy az orvostechológia színvonalában a magyar egészségügy milyen mértékben követte a fejlett országokat.

Az egészségügyet diszpreferáló kormányzati magatartás okaival a harmadik fejezet részletesen foglalkozik. Itt csak két következményét hangsúlyozom: a kórházi adósságállomány állandósulását és a krónikus egészségügyi munkaerőhiány egyik fő okát jelentő alacsony egészségügyi béreket. Az államszocializmustól örökölt torz bérarányokat (alacsony egészségügyi béreket) a rendszerváltáskor nem korrigálták a magyar politikai döntéshozók. Az egészségügyi szektor átlagkeresete 2000-ben a nemzetgazdaság átlagnak csupán 82%-át érte el³². A 2002–2003-ban megvalósított közalkalmazotti béremelés sikertelen korrekciós kísérletnek bizonyult: 2003-ban az egészségügyi szektor átlagkeresete elérte a nemzetgazdaság átlagát, azonban 2011-re lényegében visszarendeződtek a 90-es évek végére jellemző arányok (más szektorokban megvalósult béremelések következtében). A 2010-es évek második felében végrehajtott béremelések ellenére is 2019-ben az egészségügyi szektor átlagkeresete a nemzetgazdasági átlagnak csak 95%-át érte el³³. (A közigazgatás átlagkeresetének 78%-át, a pénzügyi és biztosítási ágazatának pedig csupán 54%-át.)

SZERVEZETI INNOVÁCIÓK A 90-ES ÉVEK MÁSODIK FELÉBEN ÉS A 2000-ES ÉVTIZEDBEN

Miközben a 90-es évek közepétől a „tűzoltó” jellegű megszorító és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedések (kórházak adósságának kormányzati rendezése és időnkénti béremelés) dominálták a magyar egészségügyet, számos szervezeti innovációra irányuló kezdeményezést is láthatunk az elmúlt évtizedek történetében. Ezek között voltak, amelyek olyan új, komplex struktúrákat akartak kiépíteni, amelyek egyszerre idéztek volna elő változást az irányítás, a finanszírozás és a szolgáltatások területén; mások pedig a finanszírozási vagy a szolgáltatási rendszer egy adott elemének az átalakítására törekedtek. A történetük és a bukásuk elemzése hozzájárulhat a jelenlegi problémáink jobb megértéséhez is. A következőkben vázolt példák kiválasztásának szempontja egyrészt az volt, hogy a magyar egészségügy jelenleg is fennálló problémáira kerestek innovatív megoldást, másrészt a nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy hasonló strukturális változások pozitív hatásokkal járhattak más egészségügyi rendszerekben. Fontos tisztázni, hogy nem minden szervezeti változás jelent in-

³¹ Ennek nem mond ellent, hogy önmagukban jelentős infrastrukturális fejlesztések valósultak meg. Ugyanakkor az EU-s források felhasználására is jellemző volt a források megfelelő koncentrációjának a hiánya (Dózsa et al. 2016).

³² Az átlagkeresetekre vonatkozó adatok forrása: KSH.

³³ A 2020-ban az egészségügyi szolgálati jogviszonyról elfogadott (2020. évi C.) törvény az orvosi bérek nagyarányú emelését valósította meg, de adós maradt az ágazat egésze jövedelmi viszonyainak a rendezésével.



novációt. A szervezeti innováció egy adott problémára új megközelítést alkalmaz, új szervezeti struktúrát és új döntéshozatali eljárásokat hoz létre. Például 2010 után a centralizált döntéshozatal visszaállító intézkedések (annak ellenére, hogy új szervezeteket alakítottak ki) nem tekinthetők innovációnak, mert a megközelítésük egy korábbi működési módhoz való visszatérést jelentett. Hangsúlyozom továbbá, hogy nem az innovációk teljeskörű számbavételére, hanem olyan példák bemutatására törekedtem, amelyek megvilágítják az egészségügyet domináló – az innovációkat erodáló, felszámoló – folyamatokat.

Makroszintű, komplex szervezeti innováció: a Regionális Modernizációs Program (1997–98)

A program jelentőségének a megértéséhez szükséges röviden megemlíteni az előzményét: nevezetesen, hogy a 90-es évek első felében több eredménytelen kísérlet történt a kórházi ellátás hatékonyságának a növelésére, a felesleges kapacitások csökkentésére. A HBCS-finanszírozás bevezetése utáni években – a kórházi ápolási idők lerövidülése következtében – a kórházak (már 1990-ben is alacsony) kihasználtsága tovább csökkent,³⁴ ami még inkább láthatóvá tette a felesleges kapacitásokat. A kórházbezárásra és ágyszámcsökkentésre vonatkozó tervek megjelenése azonnali válaszlépéseket váltott ki: a helyi politikai lobbik (és országgyűlési képviselők) fellépését és a kórházak részéről pedig a betegek felesleges benntartását. Így 1996-ban – a költségvetési konszolidáció által kikényszerített „tűzoltó” jellegű intézkedések – lényegében csak az ágyak számát csökkentették, kórházbezárások nélkül, ami a kórházhálózat alapvető problémáit (az infrastruktúra széttagoltsága, a high-tech igényes, drága ellátások koncentrációjának és az ellátás koordinációjának a hiánya) nem oldotta meg. Ehhez beruházásokra is szükség lett volna, amihez hiányoztak a pénzügyi források.

1997 közepén ebben a helyzetben került meghirdetésre – a Népjóléti Minisztérium világbanki egészségügyi hitelprogramjának egyik komponensét jelentő – Regionális Modernizációs Program, ami a szolgáltatási struktúra átalakításának új módját kísérte meg elindítani (Orosz 2001). A program lényeges különbsége a korábbi reformlépésektől abban állt, hogy nem a rendszer egyetlen elemét kívánta átalakítani (érintetlenül hagyva a többi), hanem összekapcsolt három alapvető elemet: új intézményi (döntéshozatali) struktúra kialakítását, a szolgáltatási struktúra átalakítását, továbbá az ösztönzési rendszer megváltoztatását (regionális költségvetés kialakításával). A szolgáltatási struktúra átalakításának a fókusza a – megelőzéstől a rehabilitációig terjedő – optimális betegutak kialakítása volt a fő népegészségügyi problémák területén (például a szív- és érrendszeri, daganatos, mozgásszervi megbetegedések stb.). A három legfontosabb innovatív elemet a pályázati forma³⁵, az új szereplő létrehozása és

³⁴ Az aktív fekvőbeteg-ellátásban az ágykihasználási százalék 1990-ben 74,9%, 1994-ben 71,6%, 2019-ben pedig 63,8% volt. (A kb. 85% tekinthető optimálisnak.)

³⁵ A Világbanki Programiroda részletes útmutatója, regionális szakmai fórumai és „help desk” szolgáltatása segítségével alulról szerveződő módon létrejött az egész országot lefedő 5 regionális konzorcium és mindegyik konzorcium kidolgozta a régió struktúraátalakítási stratégiáját és 4-6 konkrét szolgáltatásfejlesztési programot, amelyeket az elnyerhető beruházási forrásból valósítottak volna meg (Mikó et al. 1998). Ezeknek a programoknak (a pályázati kiírás által előírt) prioritásai a következők lehetnek: a kórházi ellátás helyettesítése; *optimális beteg-utak kialakítása a régióban* (a megelőzéstől a rehabilitációig terjedő – folyamatos, koordinált ellátást biztosító szem-



új ösztönzők megteremtése jelentette³⁶. Az új szereplőt a regionális konzorciumok jelentették, amelyek funkciója a regionális szintű stratégiai tervezés és a régiók egészségügyének meghatározó szereplői közötti koordináció, érdekegyeztetés volt. A konzorciumok menedzsmentje köré szakértői csapat (regionális think-tank) szerveződött a pályázat kidolgozásához. Az ösztönzést egyrészt az jelentette, hogy (a tervek szerint) a nyertes régió az akkori körülmények között jelentős fejlesztési forráshoz jutott, másrészt az országos Egészségbiztosítási Alapon belül elkülönült, regionális költségvetést kapott, amit fejkvótán alapuló módszerrel határoztak meg. A regionális költségvetés következtében a struktúraátalakításból származó megtakarítások a régiókn belül maradtak volna. A pályázatok elbírálása az 1998-as kormányváltás előtt már megtörtént, az eredményhirdetést azonban a Népjóléti Minisztérium vezetése nem vállalta fel, hanem meghagyta az új kormányknak. Az 1998 tavaszán hatalomra lépő FIDESZ-kormány azonban nem hirdetett eredményt, hanem leállította a programot.

Tekintettel arra, hogy a program a FIDESZ szakértői köreinek egy részében is támogatottságot élvezett, továbbá a nyertes regionális konzorcium szakmai vezetője a FIDESZ-hez közelálló szakember volt, nem volt szükségszerű, hogy az új kormány félresöpörje a programot. Azonban erősebbnek bizonyult az a politikai szempont, hogy a korábbi kormányzat kiemelt szakmai programja nem folytatható, továbbá a regionális szakmai központok kialakítása ellentétben állt a kormányzat általános centralizációs törekvéseivel. A döntésben az is szerepet játszhatott, hogy a FIDESZ két konkurens szakértői csoportja közül a választások után átmenetileg az a csoport került erősebb pozícióba, amelyek a versenyző biztosítók kialakítását tűzte ki célul (ami utána néhány hónap múlva lekerült a kormányzat napirendjéről).

Napjainknak újból előtérbe került a kórházhálózat átalakítása (Medicalonline 2021). Azonban a Regionális Modernizációs Programhoz képest lényegesen korlátozottabb módon: a megyei szintű integráció nem jelenti a szakmai szempontból kívánatos területi szintet (ami kb. 1-1,5 millió lakos lenne), nem látható az integráció szakmai tartalma, a koordináció csak a kórházakra terjed ki, nincs érdekeltségi, ösztönzési rendszer hozzárendelve, a megvalósítás felülről (az Országos Kórházi Főigazgatóság által) vezérelt utasításokkal történik, és nem az érintettek szakmai energiáinak a felszabadítását célzó, megfelelő szabályozási környezet kialakítására épül.

Mikroszintű, komplex innováció: Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR)

Az 1999-ben elinduló IBR modellkísérlet³⁷ esetében is külső hajtóereje volt az innovációnak. Ebben az esetben a külső tényezőt az akkori időszak egyik legjelentősebb vállalkozójának a

lélet és gyakorlat kialakítása); a minőség és hatékonyság szempontjainak érvényesítése a régió kórházi ellátásában (Népjóléti Minisztérium 1997). Túlzás nélkül állítható, hogy se a program előtt, se pedig utána nem készültek ilyen színvonalú regionális fejlesztési programok a magyar egészségügyben.

³⁶ Fontos azt is megemlíteni, hogy a világbanki program ezen moduljának „külső” kezdeményezője volt. Egy struktúra-átalakítást célzó modult a Világbank látott szükségesnek; a szakmai programot pedig nem az Egészségügyi Minisztérium apparátusa, hanem a Minisztérium Világbanki Programirodájában újonnan létrehozott szakértői csoport dolgozta ki.

³⁷ Az IBR amerikai és angol minták – a magyar viszonyokat figyelembe vevő – adaptálásából született (Sinkó 2004). Az amerikai mintát az HMO (Health Maintenance Organisation) jelentette (amely többek között a betegutak követésével, szabályozásával, protokollok alkalmazásával törekedett a hatékonyság javítására). Az angol mintát



személyes törekvése jelentette. Somody Imre Veresegyházán létrehozta a Misszió Egészségházat, ami az egészségügyi ellátás mellett helyet adott egy szakértői csoportnak is, akik kidolgozták az IBR koncepcióját. Somody Imre pedig az akkori miniszterelnökhöz fűződő jó kapcsolata révén el tudta érni, hogy modellkísérletként bevezették az IBR-t³⁸.

Az IBR komplex módon célozta meg az egészségügyi ellátás alapvető problémáit: az ellátás koordinálatlanságát és az ösztönzők hiányát (Bodnár – Vörös 2008, Sinkó 2004). Az innováció egyik kulcselemét az jelentette, hogy új – alapvetően koordinátori funkciót betöltő – szereplő lépett a rendszerbe: az ellátásszervező. Az ellátásszervező lehetett egy szakrendelő, egy háziorvos vagy egy (erre a célra alakult) magánvállalkozás is. Az IBR fejkvóta szerint³⁹ meghatározott éves költségvetése pedig erős érdekeltséget teremtett az új szereplőknek: azt biztosította, hogy az (ideális esetben a hatékonyság javításából eredő) éves megtakarítás az ellátásszervezőnél, az adott kistérségben maradt⁴⁰. A megtakarítást a háziorvosok díjazására, a háziorvosi praxisok és az IBR közös szolgáltatásainak a fejlesztésére használhatta az IBR. Az ellátásszervező egyrészt az OEP-pel szerződött a finanszírozására, másrészt az adott IBR-t választó háziorvosokkal és az általuk lefedett térség lakosságát ellátó szakrendelőkkel és kórházakkal a szakmai együttműködés és a belső érdekeltségi rendszer kérdéseire. A (jól működő)⁴¹ IBR-ek prevenció és gondozási programokat alakítottak ki, az ellátásszervező követte és elemezte a betegutakat, szakmai ajánlásokat fejleszthettek ki és szakmai ellenőrzést gyakorolt a háziorvosok tevékenysége felett, az adatok elemzése alapján informálta a háziorvosokat. A rendszer támogatottságát mutatta a bővülése. 1999-ben 9 szervezőn keresztül 104 háziorvosi praxis és kb. 160 ezer lakos tartozott a modellkísérletbe. 2004 szeptemberében pedig már 18 szervező, 1270 háziorvosi praxis, és a lakosság szám közel 2 millió főre emelkedett (ÁSZ 2005).

A 2002-es kormányváltás után az IBR története sajátos fordulatot vett. 2004 elején az MSZP–SZDSZ-kormány szakmai vitára bocsátotta az egészségügyi kormánybiztos által kidolgozott, a térségi egészségsszervező szolgálatra vonatkozó törvényjavaslatot, ami az irányított betegellátási rendszer (IBR) országos kiterjesztésére és egyben radikális átalakítására (valójában a versenyző biztosítók modell megteremtésére) vonatkozott. A tervezet 2005 tavaszától tervezte országossá kiterjeszteni az IBR radikálisan átalakított változatát. A legfontosabb eltérések az IBR és a tervezett modell között a következők voltak. Az ellátásszervező a tervezet szerint nem lehetett egészségügyi szolgáltató (szemben az IBR-rel), és a javaslat olyan tökétkövetelményeket írt elő számukra, aminek gyakorlatilag csak az üzleti biztosítók felelhetnek volna meg. Az egészségsszervezők fejkvóta alapján tényleges költségvetést kaptak volna és (az

pedig a „GP-fundholder” rendszer, amelyben a háziorvos-csoportok ténylegesen költségvetést kaptak a szakellátás megvásárlására a hozzájuk feliratkozott egyének számára (a megtakarítást pedig a praxis fejlesztésére használhatták) (GYEMSZI 2011).

³⁸ Az IBR az Egészségbiztosítási Alap 1999. évi költségvetésére vonatkozó törvény 1998 decemberében elfogadott módosításaként került bevezetésre.

³⁹ A fejkvótát az IBR-hez tartozó biztosítottak alapján számították, az életkor és nem figyelembe vételével – ami a fejkvóta-számítás meglehetősen kezdetleges módszerét jelentette.

⁴⁰ Az IBR nem tényleges, hanem „virtuális költségvetést” kapott: az OEP korrigált fejkvóta alapján számítja az IBR lakosságára jutó összeget az ellátásszervező „elvi folyószámlájára” helyezte és ezen elszámolta az IBR-hez tartozó lakosok után történt kifizetéseket. Az év végén megállapította a keletkezett megtakarítást és azt ténylegesen utalta az IBR-nek.

⁴¹ Ugyanakkor voltak olyan IBR-ek is, amelyek elsősorban a kedvező egészségi állapotú kistérségek kiválasztásával tudtak megtakarítást és ezáltal a szervező és az orvosok számára többletjövédelmet elérni.



OEP kiiktatásával) közvetlenül szerződtek volna a szolgáltatókkal. Az „egészségsszervező szolgálat” elnevezés ellenére nyilvánvaló volt, hogy a javaslat valójában a kötelező biztosítás intézményrendszerének radikális átalakítását, (az OEP által működtetett rendszer helyett) az üzleti biztosítókra alapozott több-biztosítós rendszer bevezetését kísérelte meg. A javaslat éles szakmai bírálatokat váltott ki (a szocialista országgyűlési képviselők egy részét is beleértve), amelyek nyomán a kormány végül nem nyújtotta azt be az Országgyűlésnek (Sinkó 2005). A szakmai vitákkal párhuzamosan az ÁSZ átfogó vizsgálatot indított az IBR-re vonatkozóan, ami alapvetően a negatívumokra koncentrált. Az ÁSZ egyik legfontosabb megállapítása szerint: *„Nem lehet megállapítani, hogy a jó működés vagy a kockázat-szelekció vezetett-e a megtakarításhoz”* (ÁSZ 2005).

A 2005-ben tervezett országos kiterjesztés helyett a kormányzat 2008 végén az IBR-konstruktív megsemmisítéséről döntött (2009-től a az OEP nem finanszírozta az IBR-eket). Több tényező együttállásával magyarázható, hogy számos jól működő IBR közel 10 éves tapasztalata miatt nem volt elég a rendszer életben tartására és emellett a problémáinak a folyamatos korrekciójára. A Minisztérium és az OEP vezetése a kezdetektől csak „félszívrrel” támogatta a projektet – talán azért is, mert a kezdeményezés az intézményrendszerükön kívülről jött. Nem alakult ki a projekt folyamatos értékelése és a problémák menet közbeni korrekciója (pl. a fejkvóta számítási módszerének a folyamatos fejlesztése). Hatása volt azoknak a politikai indítatású ellenérzéseknek is, hogy a FIDESZ-kormány által bevezetett program volt. Az IBR fennmaradását támogató szakembereknek pedig nem volt elégséges lobbijereje, nem sikerült a döntéshozókra befolyást gyakorolniuk. Fontos tényező volt, hogy az egészségbiztosítás – későbbiekben tárgyalt – radikális átalakításának megvalósulása esetén nyilvánvalóan átalakítást igényelt az IBR finanszírozási módja, de bizonyos elemei megőrizhetők lettek volna. Az egészségbiztosítás átalakulásának a megghiúsulása következtében pedig – szakmai szempontból – az IBR korrekciója és nem a megszüntetése lett volna indokolt.

A 2010-es évek második felében újból napirendre került az egyedül dolgozó háziiorvosi modell megváltoztatásának a szükségessége. A jelenlegi egészségügyi kormányzat praxisközösségek létrehozásával törekszik a háziiorvoshiány kezelésére, az alapellátás javítására – az IBR-nél lényegesen kisebb hangsúlyt helyezve a betegutak koordinálására (Medicalonline 2021b).

Törekvések a kórházak rugalmasabb működtetési formáinak kialakítására (2001–2010)

A 2000-es évek elején – pártállástól függetlenül – széleskörű egyetértés volt az egészségügyi szakemberek között, hogy a költségvetési intézményekre vonatkozó merev gazdálkodási szabályok nem illeszkednek az egészségügy sajátosságaihoz, hanem (az akkor domináns) szabályozott piac koncepciójához jobban illő, rugalmasabb intézményi keretek (például alapítványi, gazdasági társasági forma) a kórházak hatékonyabb gazdálkodását tennék lehetővé. A piaci folyamatok is ösztönözték a kormányzatot az egészségügyi intézmények működésének, gazdálkodásának a szabályozására. A kórházakon belüli privatizáció már a 90-es évek elején elindult és az 1990-es évek közepétől erőteljesebbé vált. Nemcsak a nem-egészségügyi szolgáltatásokat (mosoda, étkeztetés, karbantartás stb.), hanem egyes gyógyító tevékenységeket is (különösen



diagnosztika, gyógytorna, ügyelet, de akár egyes osztályok működtetését is) kiszereződtek a kórházak⁴² (Orosz 2001). A kft.-k, bt.-k tagjai az esetek egy részében a kórház alkalmazottjai voltak és bizonyos esetben (pl. ügyelet kiszereződése) azok is maradtak (a vállalkozás működtetése mellett). Ezt a folyamatot számos kritika érte: ezeknek a vállalkozásoknak az elterjedését, a gyógyító intézmények egyes gyógyító részlegeinek az elkülönült privatizációját a kórházak jövedelmező tevékenységei „kimazsolázásának” tekintették.

Az egészségügyi ellátás kiszereződésének szabályozásra tett első kísérlet a FIDESZ-kormány által 2001-ben elfogadott „kórháztörvény”⁴³ volt, ami csak egyházi és közhasznú szervezetek (nonprofit formában működő gazdasági társaságok) számára tette lehetővé, hogy az önkormányzatoktól átvegyék a kórház működtetését (a tulajdon az önkormányzatoknál maradt). A nonprofit forma melletti érv az volt, hogy elkerüljék, hogy a többletjövedelmet kivigyék az egészségügyi szektorból.

A 2002-ben hatalomra jutott MSZP–SZDSZ-kormány egészségügyi programjának az egyik fő célkitűzése volt a költségvetési intézmények átalakulásának az ösztönzése rugalmasabb és hatékonyabb gazdálkodást lehetővé tevő gazdasági társaságokká. Az egészségügyi reformért felelős kormánybiztos és a Pénzügyminisztérium törekvéseit uralta az a nézet, hogy az egészségügyben is csak a profitorientált magánvállalkozások képesek hatékony működésre és az egészségügy pénzügyi helyzete javításának fő eszközét a magántőke (szakmai és pénzügyi befektetők) bevonása jelentheti. Ezzel a megközelítéssel magyarázható, hogy a 2001. évi kórháztörvényt az MSZP–SZDSZ-kormányzat (illetve az általa előterjesztett törvény) megsemmisítette és 2003 júniusában új törvényt nyújtott be,⁴⁴ ami lehetővé tette profitorientált magánvállalkozásoknak is az egészségügyi intézmények működtetésére vonatkozó szerződést az önkormányzatokkal. Erre az önkormányzatokat erőteljesen ösztönözte a kórházuk eladósodása és a fejlesztési források hiánya. Ezzel a lépéssel azonban az egészségügy ismét a pártpolitikai harc eszközüvé vált. Az ellenzéki pártok és a MOK élesen ellenezte a törvényjavaslatot. Az államfő az ellenzék kérésére megvizsgálta a kórháztörvényt és megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek. A politikai harc megnyilvánulásának tekinthető az is, hogy az Országgyűlés még ugyanazon a napon, amikor az államfő visszaküldte, változtatás nélkül újra elfogadta a törvényt. Az államfő az Alkotmánybírósághoz fordult, és az AB határozata⁴⁵ közjogi érvénytelenség miatt alkotmányellenesnek minősítette és megsemmisítette a törvényt. Ez a lépés azonban nem tette szükségessé a folyamat leállítását, csak elbizonytalanította a szereplőket. Az önkormányzatok – az általános gazdasági szabályozás keretei között – továbbra is kiszereződthették az egészségügyi intézményük (kórház, szakrendelő) működtetését (ÁSZ 2009).

A 2010-es kormányváltás a kórházi szektor átalakításának a kérdésében is radikálisan szakított nemcsak az MSZP–SZDSZ-kormány intézkedéseivel, hanem a FIDESZ szakmai köreinek a korábbi törekvéseivel is. Sőt, nem vette figyelembe a FIDESZ-hez közelálló vezetésű Egészségügyi Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozatának 2011 nyarán

⁴² Ez részben a jövedelmek „rendezését” is jelentette a nem hálapénzes területek egy részén (pl. képalkotó diagnosztika, patológia stb.)

⁴³ 2001. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról.

⁴⁴ A 2003. évi XLIII. törvény az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről.

⁴⁵ 63/2003. (XII. 15.) AB határozat szerint az Országgyűlés nem tárgyalta érdemben újra a törvényt, ezzel megsértette az Alkotmány 26. § (3) bekezdését – ami a törvény közjogi érvénytelenségéhez vezetett.



közzétett véleményét, ajánlásait sem – ami számos ellenérvet fogalmazott meg a túlzott centralizációval szemben. 2012–13-ban a kormány az ellátórendszer (tulajdon és irányítás) irracionális mértékű centralizálását hajtotta végre. Az önkormányzatok jogkörei általános elvételnek a részeként elvette az önkormányzatoktól a kórházakat és egyetlen intézmény, a GYEM-SZI (majd ÁEEK)⁴⁶ alá centralizálták a több mint 100 (korábban az önkormányzatok tulajdonát képező) kórházat⁴⁷. A kormány által hangoztatott érv és várakozás a hatékonyság növelése volt, pl. a központosított közbeszerzéssel⁴⁸. A változtatás fő hajtóereje – véleményem szerint – az egészségügyön kívüli volt: a közvetlen kormányzati irányítás és kontroll a közszolgáltatások területén (tekintet nélkül az adott szektor sajátosságaira); továbbá a centralizálás lehetővé tette az egészségügyből való „forráskivonás” folytatását a gazdasági válság utáni időszakban is.

A kórházak centralizálása (beleértve a kórházigazgatók lényeges jogköreinek az ÁEEK-hez rendelését) visszarendeződést jelentett a rendszerváltozás előtti állami egészségügyhöz; sőt, a centralizáció jelenleg nagyobb fokú, mint a 80-as években – akkor az állami tulajdonban lévő kórházak működtetése a városi vagy megyei tanácsokhoz tartozott.

Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása (2006)

A 2006-os választások után ismét MSZP–SZDSZ-kormány alakult, amelyben az egészségügyi tárca az SZDSZ irányítása alá került. Az SZDSZ választási programjának legfontosabb eleme a több-biztosítós rendszer bevezetése volt az egészségügyben. Ennek a koncepciónak a jegyében jött létre 2007. január 1-jén az Egészségbiztosítási Felügyelet, amely részben minőségellenőrzési feladatokat látott el, részben egy több-biztosítós modellben a biztosítási piac felügyelése is a feladata lett volna.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet közvetlenül a kormány alá tartozott – így relatív függetlenséget élvezett az egészségügyi minisztériumtól és az OEP-től is. A rövid fennállása alatt is bizonyította, hogy fontos és ígéretes szervezeti innováció volt (Kovácsy 2020). Például kidolgozott és nyilvánosságra hozott a kórházak működésére, az általuk nyújtott szolgáltatások minőségére vonatkozó indikátorrendszert. Kivizsgálta (hatósági eljárás keretében) a szervezethez érkező betegpanaszokat (évente 2-3 ezret). A piacfelügyelet intézményesítése, továbbá az Egészségbiztosítási Felügyelet hatáskörei összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszerek hasonló intézményeivel. Ugyanakkor a szervezet munkatársai által végzett helyszíni vizsgálatok stílusa sokszor váltott ki ellenérzést és hagyott támadási felületet. Így amikor a 2010-es kormányváltáskor a FIDESZ-kormány első lépései között megszüntette a Felügyeletet, ez a lépés széleskörű támogatottságot élvezett a kórházvezetők körében. Nem élte túl a minő-

⁴⁶ Az 2020 novemberében – az egész ellátórendszerre kiterjedő, széles hatáskörrel – létrehozták az Országos Kórházi Főigazgatóságot (OKFŐ), ami átvette az ÁEEK feladatait is (az ÁEEK pedig megszűnt). Az OKFŐ funkciói alapján tekinthető „önálló” Egészségügyi Minisztériumnak – miközben az EMMI-n belül megmaradt az Egészségügyi Államtitkárság.

⁴⁷ Nem kerültek a GYEM-SZI irányítása alá a korábban központi kormányzati irányítás alatt működő kórházak: az egyetemi klinikák, országos intézetek és a Honvédkórház.

⁴⁸ Valójában az államszocialista egészségügy tapasztalatai, a nemzetközi tapasztalatok és az elméleti megfontolások is azt mutatják, hogy olyan bonyolult rendszerben, mint az egészségügy, a hatékonyság feltételét a megfelelő szabályozás (ösztönzők és ellenőrzési rendszerek) jelentik, továbbá az, hogy a döntéseket azon a szinten hozzák meg, ahol ahhoz a megfelelő információk rendelkezésre állnak.



ségügyi indikátorrendszer sem a Felügyeletet, pedig alapvető fontosságú lett volna a megtartása, továbbfejlesztése. Jelenleg sincs a magyar egészségügyben olyan átfogó (a hozzáférés, minőség és hatékonyság stb. dimenzióit tartalmazó) indikátorrendszer, amelynek az alapján az intézmények tevékenysége, teljesítménye megalapozott módon összehasonlítható lenne.

Kísérlet az üzleti biztosítók bevonására a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe (2007–2008)

A kötelező egészségbiztosítás centralizált (egybiztosítós) intézményi rendszerének (az OEP-nek) 1993-ban történt létrehozásától kezdve időről időre megjelentek a különböző koncepciók az intézményrendszer decentralizálására, alapvetően két modell – a regionális biztosítók és a versenyző biztosítók – mentén. A regionális decentralizációt javasoló koncepciók megtartották volna a szélesen értelmezett közzsférán belül az egészségbiztosítás intézményrendszerét, a verseny szerepét pedig a szolgáltatások és a kiegészítő biztosítások szférájában tartották fontosnak. A regionális biztosítók előnyének az erőforrások regionális, szükséglet-alapú elosztását, a térségi/helyi igények és szolgáltatói adottságok jobb figyelembe vételét, és az egészségügy sajátosságainak megfelelő regionális szintű koordinációt tartották. Továbbá az abból eredő ösztönző hatást, hogy a hatékonyabb működésből eredő megtakarítás a régió belül maradt volna – mindez jobban ösztönözte volna az intézményeket a hatékonyság és minőség javítására (Orosz 2001).

A „több-biztosítós rendszer” vagy „versenyző biztosítók” elnevezéssel emlegetett modell támogatóinak és ellenzőinek a vitája a 90-es évek elejétől végig kísérte és átszelte a kormányokat és politikai pártokat⁴⁹. Sőt, a több biztosítóból álló intézményi struktúra már a 80-as évek végén kidolgozott reformkoncepcióban szerepelt (Alpár – Huszai 1989). A versenyző biztosítók bevezetésére 1997–1998-ban az MSZP–SZDSZ-kormány Pénzügyminisztériuma dolgozott ki javaslatot, de az nem jutott el döntési fázisba. A FIDESZ-kormány törekvéséről és az MSZP–SZDSZ-kormány az IBR átalakítására vonatkozó kísérletéről a korábbiakban már volt szó.

Az Egészségügyi Minisztérium 2007 januárjában hozta nyilvánosságra a versenyző biztosítókra vonatkozó radikális javaslatát:⁵⁰ csak az üzleti biztosítók vehettek volna részt a kötelező egészségbiztosítás működtetésében, az OEP-et pedig megszüntették volna (Mihályi 2007). Továbbá a koncepció előírta, hogy középtávon ki kell alakítani a biztosítók közötti versenyt a szolgáltatási csomag tartalmában (azaz a biztosítók által nyújtott szolgáltatásokban) és a biztosítottak által fizetett járulékok mértékében is. A javaslatnak ez az eleme radikálisabb volt, mint azok a nemzetközi példák, ahol a kötelező biztosítást versenyző biztosítók működtetik (pl. Hollandia, Németország), továbbá ellentmondott a társadalombiztosítás alapelveinek is.

⁴⁹ A versenyző biztosítók koncepciója a 90-es évek második felében a nemzetközi reformtörekvéseknek is az egyik előtérben álló és egyben vitatott kérdése volt (Smith et al. 2005).

⁵⁰ Az Egészségügyi Minisztérium 2007 januárjában nemzetközi konferenciát rendezett a javaslata bemutatására – ezzel akart nyomást gyakorolni a kormányfőre, aki halogatta a döntést. Az egészségügyi miniszter várakozásával szemben azonban a WHO és a Világbank képviselője és több magyar szakember is a fenntartásait fogalmazta meg a javaslattal szemben (Weborvos 2007).



A versenyző biztosítók modellje messze több volt, mint egy intézményi, irányítási modell: az „egybiztosítós” és „több biztosítós” modell közötti alapvető különbséget a piaci szereplők, azaz a magánbiztosítók szerepe jelentette (Orosz 2010). A koncepció támogatói az egészségügy reformja döntő kérdésének tekintették az üzleti biztosítók bevonását a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe. A koncepciójuk azon a feltételezésen alapult, hogy az állam, a kormányzat nem képes az egészségügy modernizálására, arra csak a piaci szereplők alkalmasak. A hatékony működés alapvető feltétele a verseny és a profitérdekeltség.

A koncepció kritikussai, ellenzői az egészségügyi rendszer sajátosságai és a nemzetközi tapasztalatok, továbbá a magyar egészségügy alulfinanszírozottsága alapján vitatták, hogy a magánbiztosítók bevonása adekvát megoldást jelenthetne a magyar egészségügy akkori problémáira (Dózsa 2007, OECD 2008, Sinkó 2007). Véleményük fontos eleme volt, hogy különbséget kell tenni a szolgáltatók közötti és a biztosítók közötti verseny között. A hatékonyság és minőség javítása szempontjából a szolgáltatók közötti versenynek van meghatározó szerepe. Továbbá szabályozással megteremthetők olyan ösztönzők, amelyek növelik a centralizált vagy regionális szintre decentralizált (közintézmény formában működő) egészségbiztosítás működésének a hatékonyságát.⁵¹

A versenyző biztosítókra vonatkozó javaslat sorsát alapvetően befolyásolta, hogy a 2006-os választások után az egészségügy kettős politikai konfliktus terepévé vált. Az egyik konfliktus a kormány és az ismét ellenzékbe került FIDESZ között húzódott. A FIDESZ a választási veresége után azonnal megindította a „politikai háborút” és az egyik terepnek az egészségügyet választotta. A másik konfliktus a kormányzó koalíció két pártja az MSZP és az SZDSZ között húzódott. A koalíció „kényszerházasság” volt és – a két fél rövidlátó magatartása miatt – hamar kiélesedtek a konfliktusok, aminek az egyik fő terepévé az egészségügy, elsősorban pedig az egészségbiztosítási rendszer átalakítása vált.

Heves viták, kiterjedt szakmai háttérmunkák és egyeztetések eredményeként a két kormánypárt között 2007. május végére megszületett a politikai kompromisszum (Sinkó 2008). A javaslat szerint az OEP átalakult volna az Egészségbiztosítási Alapot kezelő intézménnyé (Nemzeti Egészségügyi Központ) és csak néhány nagy költségű, kiemelt ellátás finanszírozása maradt volna nála. Az egészségbiztosítást alapvetően megyei alapon szerveződő, vegyes tulajdonú egészségbiztosítási pénztárak (EBP) működtették volna. Az üzleti szereplők maximum 49%-os részesedést szerezhetek volna egy EBP-ben; a részesedés szerzése (az üzleti szereplőknek a rendszerbe való belépésének a módja) megyei szinten szervezett liciteken keresztül történt volna⁵². A nemzeti kockázatközösség megtartását – a koncepció szerint – az azonos járulékos és adófizetési mérték, a kötelező területi lefedés biztosította (minden terület és lakos tartozott legalább egy pénztárhoz; továbbá az EBP-nek el kellett volna fogadniuk minden hozzájuk jelentkező biztosítottat). Ugyanakkor a pénztárak elfogadhattak volna jelentkezőt az ország bármely részéről – azaz az elfogadott szervezeti konstrukció tartalmazta mind a térségi szerveződés, mind a verseny lehetőségének az elemeit.

⁵¹ Ezen kiindulópontok alapján több szakmai csoport dolgozott ki konkrét, részletes koncepciót az egészségbiztosítási rendszerének és ezen belül az OEP működési jellemzőinek az átalakítására, pl. (Dózsa et al. 2006).

⁵² A 2008. február 11-én elfogadott törvény alapján az állam 22 egyszemélyes, zártkörű részvénytársaságként működő kötelező egészségbiztosítási pénztárat alapított volna; négyet a Budapestet és Pest megyét magában foglaló Közép-magyarországi régióban, 18-at pedig a megyékben.



A törvényt 2007. december közepén fogadta el az Országgyűlés. Ezután a törvény példátlan utat járt be. A köztársasági elnök december végén visszaküldte a Parlamentnek, amit a Parlament 2008 februárjában változtatás nélkül ismét elfogadott. A vizitdíjról (kórházi napidíjról és tandíjról) 2008. március 9-én tartott (FIDESZ által kezdeményezett) népszavazás sokkja és az SZDSZ-nek a kormányból való kilépése után a kisebbségi szocialista kormány 2008 májusában az EBP-törvényt megsemmisítő törvényjavaslatot nyújtott be az Országgyűlésnek⁵³. Ezzel mind a vizitdíj, mind a versenyző biztosítók kérdése hosszú időre lekerült a napirendről.

A konkrét történések interpretálhatók úgy is, hogy a biztosítási rendszer átalakítása kudarcának az egyik oka a kormány túlzott reform-radikalizmusa volt, egyszerre akart elérni két nagyon jelentős átalakítást: a vizitdíj bevezetését és az egészségbiztosítás intézményi rendszerének az átalakítását. A másik okot az jelentette, hogy a FIDESZ a vizitdíjat a kormány és az ellenzék közötti politikai háború eszközévé tette: folyamatos propagandával rövid időn belül elérte, hogy a vizitdíj a lakosságellenes kormányzati reform szimbólumává vált.⁵⁴ A vizitdíj politikai szimbólummá válásához a hibás kormányzati kommunikáció is hozzájárult, ami túlideologizálta a lépést. Az Egészségügyi Minisztérium egyik szlogenje szerint: „A vizitdíj a szocialista egészségügyi rendszer végét jelzi.” A túlideologizálás megalapozta azt a bizonytalanságot, hogy lehet, hogy a bevezetésekor csekély összegű díj hamarosan lényegesen nagyobb lesz. A vizitdíj – a gazdasági nehézségek és politikai feszültség miatt – a társadalomban erősödő diffúz feszültség célpontjává, fókuszává volt tehető; ez fejeződött ki a népszavazás eredményében is.⁵⁵

2010 után – ahogy arról korábban már volt szó – az Orbán-kormány felszámolta a kötelező egészségbiztosítás minden lényeges elemét: törvényi alapjait, transzparens finanszírozását és intézményi kereteit. A kötelező egészségbiztosításnak csak a látszatát tartotta fenn az Egészségbiztosítási Alap és a NEAK formájában. Az alapvető strukturális elemeit tekintve visszarendeződött a 80-as évek végére jellemző állapot: a kormány döntései határozzák meg az egészségügyre fordított közkiadások nagyságát és az allokáció alapvető szabályait. Szemben azzal a modellel, amelynek a kiépítése a 90-es évek elején elindult: a transzparens módon képződő Egészségbiztosítási Alappal a relatív autonómiát élvező (és önkormányzattal rendelkező) OEP gazdálkodott, továbbá az allokáció jelentős eszközei a teljesítményfinanszírozási módszerek és az OEP mint szolgáltatásvásárló és az egészségügyi intézmények közötti szerződéses viszony voltak.

Az előzőekben írtak az innovációkat elsősorban mint (egészség)politikai folyamatot tárgyalták, a szakmai tartalmukra kevesebb figyelem irányult. Nyilvánvalóan voltak (illetve lettek volna) mellékhatásaik (amelyekre terjedelmi okok miatt nem tértem ki); azonban a nemzet-

⁵³ Az is közrejátszhatott, hogy a kisebbségben kormányzó MSZP nem akart újabb népszavazást kockáztatni. Magánszemélyek (az Albert házaspár) 2007 márciusában a következő kérdéssel nyújtott be népszavazási kezdeményezést: „Egyetért-e ön azzal, hogy Magyarországon ne vezessék be a mindenki által kötelezően választandó, üzleti alapon működő több-biztosítós egészségbiztosítást?” Az Országgyűlés 2008. június 9-én kiírta a népszavazást, majd novemberben az Alkotmánybíróság leállította a folyamatot, tekintettel az EBP-törvény megsemmisítésére (Weborvos 2008).

⁵⁴ Ennek a csekély valószínűségét jelzi, hogy 2007-ben a gyógyszerek után fizetendő térítési díjaknak az emelkedése négyszer nagyobb összeg volt, mint a teljes vizitdíj és kórházi napidíj – nem okozott politikai feszültséget.

⁵⁵ A népszavazás 50,51%-os részvétel mellett érvényes és eredményes volt. Mindhárom kérdésben – a díjak eltörlésére vonatkozó – igenek győztek (82–84%-os arányban).



közi tapasztalatok alapján – véleményem szerint – feltételezhetjük, hogy megfelelő megvalósítás, monitorozás és korrigálás esetén pozitív változásokat indíthattak volna el a magyar egészségügyben.

MIÉRT BUKTAK EL AZ INNOVÁCIÓK?

Az előző fejezetben vázolt példák sora még folytatható lenne: a 90-es évek elején elindult a minőségbiztosítási rendszer kiépítése is, majd megtorpant; elindult az önálló betegjogi intézményrendszer kiépítése, amit 2010 után felszámolt a kormányzat; 2013-ban (a WHO hatására) elindult a teljesítményértékelési rendszer kiépítése, majd az első jelentés (MÉRTÉK 2016) nyilvánosságra hozatala után „elhalt” a folyamat stb.

Az új struktúrák kiépítésének a meghiúsulásához (vagy a már létezők felszámolásához) számos – egymással összefonódó, egymás hatását erősítő – egészségügyön kívüli és egészségügyön belüli tényező vezetett. (Az általános, domináns tendencia természetesen nem jelenti azt, hogy kivétel nélkül minden szervezeti innováció elbukott volna.⁵⁶) Az alábbiakban a szervezeti innovációkat erodáló, ellehetetlenítő tényezőknek, folyamatoknak az összefoglalása, majd néhányuknak a részletesebb kifejtése következik (figyelembe véve a tanulmányban nem elemzett szervezeti innovációk tanulságait is).

Az egészségügyön kívüli – egymással sok szálon összefüggő – tényezők:

- Kevés kivételtől eltekintve **hiányzott a kormányzatok (és a politikai elit) elkötelezettsége** az egészségügy átfogó (hosszabb időszakot igénylő) reformja iránt. Más alrendszer (államháztartás, közigazgatás) prioritásai és/vagy átalakításának a szempontjai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait. Az államigazgatás – ennek részeként az egészségügyi igazgatás – kapacitásainak az alacsony színvonala is hozzájárult ahhoz, hogy az egészségügynek (és az oktatásnak) a gazdasági és társadalmi fejlődésben játszott fontosságát nem mérlegelték a kormányzatok a költségvetési források allokációjánál.
- Az egészségügy finanszírozásának a **gazdasági mozgástere** kevés időszaktól eltekintve **kedvezőtlen** volt: válságok és költségvetési konszolidációk által kényszerített megszorítások jellemezték az elmúlt évtizedeket. A magyar gazdaságpolitikát az úgynevezett stop-go („húzd meg – ereszd meg”) ciklusok jellemezték: a választási években az állam túlköltekezett – aminek a nyilvánvaló oka a „szavazatvásárlás” volt. Ennek következtében megingott az államháztartás egyensúlya, ami a választások után szükségszerűen kikényszerítette a restriktiót. Az egészségügy a stop-go költségvetési ciklusoknak az egyik fő vesztese volt: a választási költségekéből nem részesedett, de a restriktió egyik fő áldozata volt. Amikor a gazdasági feltételek kedvezőek voltak és lehetővé tették volna az egészségügy pénzügyi helyzetének a korrekcióját, akkor pedig a politikai szándék hiányzott.

⁵⁶ Jelentős technológiai-szervezeti innovációnak tekinthető az egészségügy digitalizációjában 2010 után tett lépések, különösen az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) kiépítése.



- **A kormányzat és az ellenzék közötti politikai árkok, pártpolitikai háborúk** és a rövid távú pártpolitikai érdekek dominanciája ellehetetlenítették a kormányzati ciklusokon átívelő reformok, egészségügyi stratégiák kialakítását.
- A társadalomnak a kormányok iránti elvárásaiban a biztonság szempontjai sokkal erősebbek voltak a reformok iránti elvárásnál; továbbá a társadalomnak kevés bizalma volt a kormányzatok reformképességében. Részben ezek miatt is **hiányzott az elégséges társadalmi támogatottság**, amikor a kormányzat reformlépésekre szánta el magát. A bizalom és támogatottság hiányához hozzájárult az egészségügyi tárca (kormányokon átívelő) rendkívül rossz kommunikációja, továbbá az is, hogy az ellenzék – amikor csak lehetett – a pártpolitikai háborúk eszközeként használta az egészségügyet.

Ezek a tényezők hatottak az egészségügyi szakigazgatásra és az egészségügynek a kormányzaton kívüli szereplőire is – jelentősen meghatározva az egészségügy szereplőinek a mozgásterét.

Az egészségügyi rendszeren belüli – egymással sok szálon összefüggő – tényezők:

- **Az egészségügyi szakigazgatás (vezetőinek) gyenge pozíciója a kormányzaton belül.** A kormányfők részéről – kevés időszaktól eltekintve – az egészségügyi miniszterekkel szembeni fő elvárás az egészségügyi rendszeren belüli „béke” fenntartása (és nem az egészségügy átfogó, forrásokat igénylő átalakítása) volt. Az egészségügyi szakigazgatás ehhez az elváráshoz igyekezett vagy kényszerült igazítani a változtatásokra vonatkozó esetleges szakmai elképzeléseit. Az egészségügyi adminisztráció tevékenységét – a költségvetési konszolidációk részét képező – tűzoltó intézkedések, majd ezek nyomán kibontakozó feszültségek enyhítését célzó (szintén tűzoltó) intézkedések (kórházi adósság rendezése, béremelés stb.) dominálták.
- **Harc a kormányzaton belül.** Az új kormányok hatalomra lépésekor általában hiányzott a kiérlelt koncepció. Számos kormányzati ciklus elején, a kormányzaton belül az egészségügyi ágazat vezetői és más kormányzati egységek között, illetve ezek különböző koncepciói között harc folyt arra vonatkozóan, hogy milyen intézkedéseket, változtatásokat hozzanak az egészségügyben.
- **Az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonala** is hozzájárult a kormányzaton belüli gyenge pozícióhoz (pl. a költségvetési forrásokért folyó versenyben). A szakmai kapacitások alacsony színvonalán elsősorban a döntéselőkészítéshez, az intézkedések menedzseléséhez, monitorozáshoz és értékeléshez szükséges adekvát struktúrák, intézményesített folyamatok és információs rendszerek hiányát értem, valamint a felkészült szakemberek szűkösségét⁵⁷ (pl. közgazdasági és kommunikációs téren stb.). A szakigazgatás kapacitásproblémáinak a részét képezi, de fontosságuk miatt kiemelését érdemel a következő két tényező.

⁵⁷ Például az egészségügyi minisztériumban krónikus hiány volt olyan közgazdászokban, akik vitaképesek lettek volna a Pénzügyminisztérium rövid távú szempontjaival szemben.



- **Nem épültek ki** az egészségügyi igazgatás és az egészségügy többi szereplője – szükség-szerűen konfliktusos – **érdekeinek az egyeztetését szolgáló intézményi keretek**, nem fejlődött ki (sokkal inkább erodálódott) az érdekegyeztetés kultúrája.⁵⁸
- A **társadalom** különböző csoportjainak **tájékoztatására, meggyőzésére irányuló stratégiák, lépések hiánya/hatástalansága**.⁵⁹
- **Az új struktúrák mögött nem alakult ki erős támogatás, lobbí**. Egyrészt a szakmai szervezetek és a civil szervezetek gyengesége miatt. Másrészt az intézményi innovációk, szervezeti változtatások jelentős része – igaz, hogy a rendszer egészének a hosszú távú érdekét szolgálta volna, de – egyetlen (a döntésekre közvetlenül hatni tudó) szereplőnek sem szolgálta a legfontosabb rövid távú érdekeit.⁶⁰ Leegyszerűsítve: az adott struktúrában a kormányfők rövid távú, közvetlen érdeke az volt, hogy az egészségügy ne veszélyeztesse a választások megnyerését, az egészségügyi minisztereké a kormányfő elvárásának való megfelelés, az OEP/NEAK vezetőjének a rövid távú érdeke a költségvetési hiány elkerülése, a kórházvezetőké az eladósodás elkerülése vagy minimalizálása, az egészségügyi dolgozóké a megfelelő jövedelem.
- **A piaci folyamatok** (a piaci szereplők törekvései, a spontán folyamatok, továbbá a szürke gazdaság és korrupció stb.) hatása a tényleges folyamatokra, az egészségügy szereplőinek a magatartására jelentősen deformálhatta az innovációk sorsát.⁶¹

Az előzőekben felsorolt – az innovációk bukásához vezető – tényezők mindegyike részletes elemzést igényelne, amire azonban a tanulmány terjedelmi korlátai nem adnak lehetőséget. Ezért csak a következő tényezőket elemzem részletesebben: a politikai elkötelezettség hiánya, forráshiány, kormányzat és ellenzék közötti politikai árkok, más alrendszerek prioritásainak való alárendelés, a kormányzaton belüli harc, az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásának alacsony színvonala és a spontán piaci folyamatok hatása.

Kevés kivételtől eltekintve hiányzott a kormányzat elkötelezettsége az egészségügy átfogó (hosszabb időszakot igénylő) reformja iránt

Az egészségügy reformja iránti elkötelezettség hiánya része volt a kormányzás általánosabb – az oktatást, környezetvédelmet stb. érintő – jellemzőjének: a kormányzat prioritásainak a meghatározásakor a rövid távú politikai érdekek (hatalom megtartása) háttérbe szorították, kiiktatták a hosszabb távú társadalmi érdekek szempontjait (Orosz – Kollányi 2014). Azokban a ritka esetekben pedig, amikor az egészségügyre vonatkozó döntéshez létrejött a kormányzati elkötelezettség (pl. egészségbiztosítás önkormányzati igazgatása stb.), az hamar erodálódott vagy a politikai konfliktusoknak (és a választási következményektől való félelemnek) a hatására, vagy a gazdasági helyzet változásának (rövid távú gazdasági kényszereknek) a hatására.

⁵⁸ Ezen többek között annak az attitűdnek a hiányát értem, hogy a jó megoldások a közös gondolkodásból, egymás szempontjainak a figyelembe vételéből születhetnek; továbbá a másik fél iránti bizalom alacsony szintjét (illetve erodálódását).

⁵⁹ Az elmúlt években pedig a kormányzati tervek „titkosítása” vált jellemzővé.

⁶⁰ Számos esetben a betegek összessége rövid távon is nyertese lehetett volna az innovációknak, az egyes betegek nézőpontjából viszont a változás pozitívuma nem volt nyilvánvaló (illetve nem volt feltétlenül igaz).

⁶¹ Például az IBR átalakítását célzó koncepcióra jelentősen hatottak a magánbiztosítók törekvései.



A prioritások hiányára a kormányzatok opportunistá magatartása⁶² és a politikai mezőben kialakult „élethalálharc” mellett hozzájárultak a politikai és gazdasági elitnek az egészségügy szerepére vonatkozó téves, elavult nézetei; az egészségügyi közigazgatás gyenge pozíciója a kormányzaton belül; az egészségügyi szakigazgatás szakmai kapacitásainak az alacsony színvonal; továbbá olyan politikai ágens hiánya,⁶³ amely hatásosan manifesztálni tudta volna a társadalomnak az egészségügy helyzetével szembeni elégedetlenségét.

Az egészségügy alacsony pozíciójának a prioritási sorban „történelmi tradíciói” vannak. Az 50-es években az erőltetett iparosításhoz a bérek alacsonyan tartásával és az „ingyenes” társadalmi juttatások alulfinanszírozásával biztosították a forrásokat. A 60-as évek közepén – az új gazdasági mechanizmus előkészítésének az időszakában – a kormányzat választás elé került: az életszínvonalat elsődlegesen a természetbeni juttatások (azaz az oktatás és az egészségügy) színvonalának a javításával vagy a pénzbeli juttatások emelésével javítsa-e. Ebben az időszakban alakult ki az a kormányzati magatartás, amely az egyének által a „saját zsebükön” keresztül közvetlenül érzékelhető, rövid távon egyértelműen politikai nyereséget hozó pénzbeli jóléti juttatásokat preferálta és nem ismerte fel (vagy rövid távú politikai megfontolásokból figyelmen kívül hagyta) az egészségügynek és oktatásnak az ország hosszabb távú fejlődésében játszott alapvető jelentőségét. Ezt a szemléletet a rendszerváltó elit sem kérdőjelezte meg. A rendszerváltás után is fennmaradt, sőt az elmúlt évtizedben tovább erősödött a költségvetési források elosztásában a rövid távú politikai szempontokat (szavazatoknak a „vásárlását”) követő opportunistakormányzati magatartás és szemlélet. Hiába tekintette 2016 és 2020 közötti időszakban a közvélemény is az ország első számú problémájának⁶⁴ az egészségügy helyzetét, az – számos tényező miatt – nem transzformálódott választási kérdéssé, ezáltal pedig az elégedetlenség nem hatott kényszerítő erővel a kormányzatokra.

A közpolitika opportunizmusa szorosan összefügg azzal, hogy a rendszerváltás időszakában a magyar gazdasági és politikai elitnek az egészségügy (és oktatás) szerepére vonatkozó nézeteiben nem következett be szakítás az államszocializmusra jellemző „nem termelő ágazatok” nézettel. Ez részben annak tudható be, hogy a nemzetközi szinten a 80-as és 90-es évek domináns neoliberális felfogása elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat és ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások korlátozását tartotta. A magyar elit gondolkodása megrekedt itt⁶⁵ és ellenállt annak

⁶² A közpolitika opportunizmusán az egyéni és/vagy lobbierdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseken túl magában foglalja a korrupciót is stb.

⁶³ Aminek egyik tényezője, hogy a politikai és gazdasági elit *közvetlenül* kevésbé érzékeli a problémákat – a kiemelt ellátása korábban a Kútvölgyi úti Állami Kórházban, újabban pedig a Honvédkórházban biztosított, valamint számára megfizethetők a magánszolgáltatások is.

⁶⁴ Az Eurobarometer felmérései mutatják, hogy a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg. 2010 őszén a felmérésben felsorolt problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, 2014 őszére már a 3. helyre, 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémává. 2021-ben a növekvő infláció megelőzte, de azok aránya, akik az egészségügyet sorolták az első helyre, a korábbi évekhez hasonlóan, magas (41%) maradt.

Public Opinion in the European Union sorozat kötetei (Standard Eurobarometer): <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a1216955-f7e9-11e5-b1f9-01aa75ed71a1/language-en>

⁶⁵ Az elmúlt években kivételt jelentettek a Magyar Nemzeti Bank elemzése (MNB 2019) – de úgy tűnik, hogy ezek nem gyakorolnak hatást a kormányzat szemléletére és intézkedéseire.



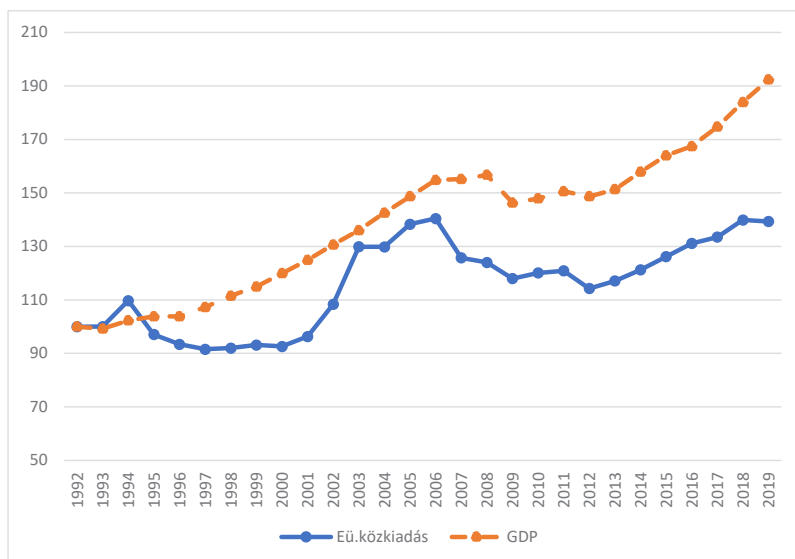
a jelentős fordulatnak, ami a 2000-es évek elején a nemzetközi politikai színtéren is bekövetkezett: a 2000-es évek elejétől (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy a szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is (European Commission 2013; Figueras et al. 2008).

Kétségtelen, hogy a rendszerváltás után az állami újraelosztás csökkentése kulcskérdés volt a piacgazdaság kiépítéséhez. Ugyanakkor a politika szerepe jelentős volt abban, hogy a közkiadások visszafogása az indokoltnál nagyobb mértékben és lényegesen hosszabban érintette az egészségügyet. Ehhez egészségügyi rendszeren belüli tényezők is hozzájárultak: az egészségügyi szakigazgatás kapacitásainak az alacsony színvonalra és ezzel összefüggésben megalapozott, kidolgozott reformkoncepciók hiánya, a kormányzaton belüli ellentétek az egészségügyi reform irányára vonatkozóan. A prioritás hiányának súlyos következménye volt a – korábban már tárgyalt – krónikus forráshiány is.

Az egészségügy finanszírozásának a gazdasági mozgástere kevés időszaktól eltekintve kedvezőtlen volt

A fejlett országokra jellemző trend, hogy az egészségügyi közkiadások (és a magánkiadásokat magában foglaló összes egészségügyi kiadások is) a GDP növekedését meghaladó mértékben növekedtek az elmúlt évtizedekben (így növekedett a GDP-ből való részesedésük). Ezzel szemben Magyarországon az egészségügyi közkiadások – az 1990-es évek elejét és a 2002/2003-as béremelés időszakát leszámítva – a GDP-nél jóval lassabban növekedtek. Ezt mutatja, hogy a GDP (reálértéke) 2019-ben közel kétszerese (192%-a) volt az 1992-es szintnek, ezzel szemben az egészségügyi közkiadások csupán 39%-kal haladták meg az 1992-es szintet (1. ábra).

1. ábra A GDP és az egészségügyi közkiadások (reálértékének) alakulása (1992=100)



Forrás: Saját szerkesztés



Az ábra jól mutatja az egészségügyi közkiadások trendjének a töréspontjait, amelyek mögött álló kormányzati intézkedéseket azért veszem sorra, mert ezek elemzéséből vonható le az a következtetés, hogy az egészségügy egyrészt a restriktív egyik fő áldozata volt, másrészt amikor a gazdasági feltételek kedvezőek voltak az egészségügy pénzügyi helyzetének a korrekciójára, akkor pedig a politikai szándék hiányzott.

- 1992 és 1994 között – paradox módon éppen a rendszerváltást követő súlyos gazdasági visszaesés⁶⁶ körülményei között – 12%-kal növekedett az egészségügyi közkiadások reálértéke (ennek döntő része a teljesítményfinanszírozás bevezetéséhez kapcsolódva, 1994-re esett).
- Az 1994–98 közötti időszak gazdaságpolitikájának középpontjában az egyensúly helyreállítása, a költségvetési hiány csökkentése, ennek érdekében minden területen a közkiadások csökkentése állt. Az egészségügyi közkiadások reálértéke (1994-hez képest) drasztikusan, 15%-kal csökkent 1995–96-ban.
- Az 1998–2002-es periódusban a kedvező gazdasági feltételek (GDP 4% körüli éves átlagos növekedése) lehetőséget adhattak volna az egészségügy modernizálására és pénzügyi konszolidációjára. Ezt a lehetőséget a FIDESZ-kormányzat azonban elmulasztotta: az egészségügy nem élvezett prioritást a kormányzat napirendjén. Az egészségügy súlyos helyzetét mutatja, hogy *2001-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke 12%-kal alacsonyabb volt, mint 1994-ben – miközben a GDP reálértéke 22%-kal meghaladta az 1994-es szintet.*
- A 2002–2006 közötti kormányzati időszak egyik első lépéseként végrehajtott közalkalmazotti béremelés hatásaként 2001 és 2006 között az egészségügyi közkiadások reálértéke 46%-kal növekedett, ami lényegesen meghaladta a GDP (23%-os) növekedését. Ennek következtében az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított részaránya pedig 4,7%-ról 5,5%-ra növekedett.
- Azonban a 2006-ra kialakult magas államháztartási és folyó fizetési mérleg hiány, valamint adósságállomány kikényszerítette a konszolidációt. Az egészségügyi közkiadások 2007-ben végrehajtott drasztikus csökkentése – amit a 2008-as gazdasági válság hatására újabb csökkentés követett – máig kihatással van, mivel azóta sem történt meg a megfelelő korrekciója. 2006 és 2010 között az egészségügyi közkiadások 15%-kal csökkentek (miközben a GDP 6%-kal).
- A 2010-es évek elején azt lehetett feltételezni, hogy a kormányzat a válságból való kilábalás során legalább visszaállítja az egészségügynek a nemzetgazdaságban a 2006 előtt elfoglalt pozícióját (a GDP felhasználásából), hiszen a 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv az egészségügy legfőbb problémájának a forráshiányt nevezte meg és az egy főre jutó közkiadások mértékében az EU átlagának elérését jelölte meg elérendő célnak. Nem ez történt. 2010 után a FIDESZ-kormányok történelmi lehetőséget szalasztottak el: a 2013 és 2019 közötti jelentős gazdasági növekedés lehetőséget adott volna az egészségügy forrásainak jelentős növelésére és az egészségügy rendbetételének az elindítására. Ez a cél azonban nem szerepelt a kormányzat prioritásai között. Az egészség-

⁶⁶ Az ábrán ez azért nem látható, mert a drámai mértékű (18%-os) gazdasági visszaesés 1989–92 között következett be.



ügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya tovább csökkent: a 2010-es 5,0%-ról 2019-re a GDP 4,3 százalékára – annak következtében, hogy az egészségügyi közkiadások lassabban növekedtek, mint a GDP. 2019-ben a GDP reálértéke 30%-kal haladta meg a 2010-es szintet, az egészségügyi közkiadások szintje csupán 16%-kal.

Az 1993-as és a 2019-es adatokat – nemzetközi kontextusban – összehasonlítva: 1993-ban a közkiadások Magyarországon a GDP 6,0%-át, 2019-ben pedig már csak a 4,3%-át tették ki. Ugyanebben az időszakban az egészségügyi közkiadások az EU15 átlagát tekintve a GDP 5,7%-áról a 7,3%-ára növekedtek, Csehországban pedig az 5,0%-áról a 6,4%-ára.

A Visegrádi országoktól a leszakadás a 2000-es évek közepétől következett be: a magyar *egy főre jutó egészségügyi közkiadások* 2005-ben még 11%-kal meghaladták a V3 átlagot, 2019-ben pedig annak csupán a 72%-át érték el; a csehországinak 2005-ben a 78%-át, 2019-ben pedig már csak 54%-át tették ki. (Az EU15 országokhoz viszonyítva: az *egy főre jutó közkiadások* 2005-ben az EU15 átlagának a 45%-át, 2019-ben pedig a 40%-át tették ki.)

A lemaradásunk fő oka a közkiadások kirívóan alacsony növekedési üteme. 2019-ben Magyarországon csupán 5%-kal volt magasabb az *egy főre jutó egészségügyi közkiadások* reálértéke a 2005-os szintnél. Ezzel szemben Lengyelországban a kétszerese volt, Szlovákiában 58%-kal, Csehországban 47%-kal többet fordítottak (*egy főre vetítve*) közpénzekből az egészségre, mint amit 2005-ben.

Az előzőekben vázolt adatok egyértelműen mutatják, hogy nem csupán mennyiségi eltérésről van szó – a magyar egészségügyi közkiadásoknak (az egészségügyi rendszer működőképessége egyik alapvető feltételének) a trendje elkanyarodott, leszakadó pályára került mind az EU15 országokhoz, mind a többi visegrádi országhoz viszonyítva.

Az „elmaradt” kiadások (a „forráskivonás”) számszerűsíthetők. Az Egészségbiztosítási Alap (E.Alap) természetbeni kiadásaira végzett számítás abból a feltételezésből indul ki, hogy a nemzetközi trendek alapján elvárható lett volna, hogy legalább ne csökkenjen az egészségügyi közkiadások (ennek részeként az E.Alap) részesedése a GDP-ből. A valóságban az E.Alap természetbeni kiadásai 2005 és 2019 között a GDP 4,9%-áról a 3,9%-ára csökkentek. Ha 2005 és 2019 között fennmaradt volna a 2005-ös arány, akkor a 2005 és 2019 közötti 14 éves időszak egészét tekintve kb. 3000 milliárd forinttal több forrás jutott volna egészségügyi ellátásra. Másképp fogalmazva: ebben az időszakban történt „forráskivonás” nagysága kb. 3000 Mrd Ft-ra becsülhető. Ha fennmaradt/helyreállt volna az E.Alap 4,9%-os részesedése a GDP-ből, akkor 2019-ben 457 Mrd Ft-tal (25%-kal) magasabb lehetett volna az E.Alap értéke (1826 Mrd Ft helyett 2283 Mrd Ft). Hangsúlyozom, a gazdasági feltételek ennél magasabb értéket is lehetővé tettek volna.



A kormányzat és az ellenzék közötti „politikai árkok”

A kormányzat és ellenzék közötti „politikai árkok” és az éppen hatalmon lévő kormányzatok működésében a rövid távú politikai érdekek dominanciája kölcsönhatásban voltak, egymást erősítették – ellehetlenítették a kormányzati ciklusokon átívelő stratégiák kialakulását, szervezeti innovációk kibontakozását az egészségügyben.⁶⁷

A pártpolitikai háború nehezzé tette az olyan szférák helyzetét, amelyek területén a változtatások időtávja túlmutat a kormányzati ciklusokon. Az ellenzéki pártnak túl nagy volt a csábítás, hogy a kormányzat egészségügyi intézkedését (még ha annak szükségességével egyet is érthetett) a pártpolitikai harc eszközeként felhasználja. A társadalom többségének mindennapi tapasztalata van az egészségügyről – így a változtatásokkal szükségszerűen együtt járó bizonytalanság és esetleges átmeneti feszültségek, negatív mellékhatások széles körben érzékelhetők. Ez könnyen felhasználható a kormánnyal szembeni elégedetlenség kiváltására vagy a meglévő diffúz elégedetlenség „tárgyiasítására”. Ez utóbbinak legemlékezetesebb példája a vizitdíj elleni népszavazás 2008-ban. A másik oldalon a pártpolitikai háború a kormányzatokra a reformoktól „elrettető” hatást gyakorol – hiszen feltételezhetik, hogy a szükségszerű konfliktust az ellenzék ki tudná használni. Így a 90-es évek közepétől nem találunk példát rá, hogy egy fontos kérdésben a kormánypártok és az ellenzék meg tudtak volna egyezni vagy legalább az ellenzék ne támadta volna az adott intézkedést. A támadás bekövetkezhetett abban a formában is, hogy az egymást váltó kormányok megszüntették a másik által elindított változtatásokat. Erre volt jellemző példa a Regionális Modernizációs Program sorsa. A pártpolitikai háború hozzájárult a stop-go költségvetési politikához is – aminek az egyik nagy vesztese az egészségügy volt.

Más alrendszer (államháztartás, közigazgatás stb.) prioritásai és/vagy átalakításának szempontjai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait

Amikor az egészségügyi tárca és más tárcák vagy kormányzati egységek elképzelései ütköztek egymással, a tényleges intézkedések meghozatalakor rendre az egészségügy szakmai szempontjai maradtak alul. Az egyik legjellemzőbb példa erre a Semmelweis Terv sorsa. A 2010-es kormányváltás utáni hónapokban úgy tűnt, hogy a Kormány az egészségügy átfogó reformját tervezi. Ezt mutatta az Egészségügyi Államtitkárság által létrehozott – a szakemberek széles körét bevonó, számos bizottságból álló – munkacsoport által kidolgozott Semmelweis Terv, amelynek első tervezetét már 2010 októberében a szakmai nyilvánosság elé vitára bocsátották⁶⁸. 2011 májusában pedig a Kormány el is fogadta a Semmelweis Tervet.

Ugyanakkor 2010 folyamán az egészségügyre vonatkozó reformkoncepció kidolgozásával egy időben, de minden koordináció nélkül zajlott a Miniszterelnökségen a közigazgatás átala-

⁶⁷ Kiss János (2021) szerint: „...Halálos ellenségek nem tudnak demokráciát fenntartani: a demokrácia működése feltételezi, hogy a rivális felek vitáikkal és harcaikkal együtt elismerik egymás legitimitását. A mindenkori kormány a mindenkori ellenzékét, az ellenzék a kormányt. A rendszerváltás nagy kérdése az volt, hogy a demokratikus gyakorlat vezet politikai megbékéléhez, vagy a „százéves háború” kiújulása vet véget a demokráciának. Nem volt eleve elrendelve, hogy a második forradalmi könyv valósul meg.” (Interjú Kiss Jánossal. Jelen, 2. évf. 10. sz. 2021. március 11.).

⁶⁸ Szembeötlő a különbség azzal, hogy a 2020-ban a Boston Consulting által elkészített tervezetet titkosították.



kítására vonatkozó – az egészségügyi szakigazgatás intézményrendszerét is alapvetően érintő – koncepció kialakítása. A két koncepció, illetve a Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság vezetői közötti – elsősorban az ÁNTSZ és az OEP intézményrendszerére vonatkozó – konfliktusból a Miniszterelnökség koncepciója került ki győztesként. Az egészségügy makrostruktúrájának az átalakulása alárendelődött a centralizált közigazgatás kialakításának, aminek a folyamatát a tanulmány első fejezete már bemutatta.

2010 előtt az egészségügyi szektor intézményrendszere egyrészt többközpontú volt, a finanszírozó és szolgáltató szervezetek *relatív* autonómiát élveztek; az intézményi keretek és működési folyamatok – 1990-es évek elején elindult – kialakításánál a kiindulópontot az egészségügyi rendszer sajátosságai jelentették. Ezzel szemben a 2010 után több lépésben radikálisan átalakított, a hatásköröket részben az EMMI-ben (újabbban az OKFŐ-ben), részben a kormányhivatalokban centralizáló, a sajátosságait figyelmen kívül hagyó egészségügyi szakigazgatás számos elemében visszatérést jelentett a rendszerváltás előtti modellhez.

Harc a kormányzaton belül az egészségügyi reform fő irányára vonatkozóan

Az egészségügyi reformok általános céljainak az elérése (nevezetesen a hozzáférés javítása, szolgáltatások minőségének és az intézmények működése hatékonyságának a javítása stb.) nagyon különböző eszközökkel is lehetséges. Továbbá az eszközöknek a hatása kontextusfüggő – ugyanaz az intézkedés (pl. kórházaknak költségvetési formából alapítványi formába átalakítása) más reakciókat válthat ki és más eredményeket hozott különböző országokban. Az egészségügy sokszereplős – az érdekviszonyai bonyolultak; a szolgáltatások nyújtásában és a finanszírozásban is sok szálon összefonódik a közszektor és a magánszektor.⁶⁹ Így nem meglepő, hogy a politikai pártok között, de az egyes politikai pártokon belül is különböző, egymással versenyző/szembenálló koncepciók, törekvések jellemezték az egyes kormányzati időszakokat. Így amikor a pártok hatalomra kerültek, számos esetben az első évek (amelyekben könnyebben valósíthatók meg jelentős változások) a kormányzaton belüli harcokkal teltek el.

Az egészségügy bonyolult érdekviszonyai mellett ennek számos további oka is van. Az egyik problémát az jelentette, hogy a rendszerváltás után nem épültek ki az egészségügyben (sem) az érdekegyeztetésnek az intézményi keretei, egyeztetési mechanizmusai, folyamatai, amelyek már a választási program kialakításakor vagy a kormányra kerülés után rövid idő alatt megegyezést tudtak volna elérni az adott kormányzaton belül.

Az **1994–98**-as periódusban a reformokat akadályozó fő tényező a költségvetési megszorítások voltak. Ebből következően a kormányzaton belüli vita a Pénzügyminisztérium és a Népjóléti Minisztérium között nem reformlépésekről, hanem az egészségügyi kiadások csökkentésének eszközeiről folyt: a PM-nek a co-payment széleskörű bevezetésére és a szolgáltatási csomag szűkítésére tett javaslatai körül. A kormányzati időszak végén a PM-nek a több-biztosítós rendszerre kidolgozott koncepciója is vitát generált a két minisztérium között, de a javaslat akkor még nem jutott el a kormányzati döntéshozatal szintjére. Ezekben a kérdésekben az NM mindvégig védekező helyzetben volt.

⁶⁹ Beleértve a kormányzatnak és a szolgáltatóknak a technológiát fejlesztő, berendezéseket és gyógyszereket gyártó piaci szektorral való kapcsolatát is.



Az **1998–2002-es periódus** elején a Miniszterelnöki Hivatal (MH) és az EüM közötti ellentétek középpontjában a MH Reformbizottságának a több-biztosítás rendszerre vonatkozó javaslatára állt, ami a MH kezdeti lendülete után – egészségügyön kívüli okok miatt – hamar lekevert a kormányzat napirendjéről.

A **2002–2004-es** időszak első felében a kormányfő alá tartozó egészségügyért felelős kormánybiztos és az MSZP országgyűlési frakciója (illetve annak egészségügyi szakértői) között húzódott a konfliktus, aminek a tárgya az IBR korábban tárgyalat átalakítására (a magánbiztosítók kötelező biztosítás működtetésében játszott szerepére) vonatkozó koncepció volt.

A **2006–2010-es időszak** unikális jellemzője volt, hogy a gazdasági és politikai kényszerek miatt a kormányzat egyszerre két reformprogramot törekedett megvalósítani: az egyiknek a hajtóereje **költségvetési konszolidáció** volt (aminek szempontjait a Pénzügyminisztérium képviselte, az intézkedéseket pedig az OEP valósította meg), a másik hajtóereje az **SZDSZ politikai programjának a megvalósítása** volt (az OEP felváltása magánbiztosítókkal a kötelező biztosítás működtetésében). A fő konfliktusok a miniszterelnök és az egészségügyi miniszter között, valamint az MSZP és az SZDSZ parlamenti képviselői között húzódtak (de kevésbé látható módon a PM és EüM apparátusa között is jelen voltak).

A **2010-es évek elején** pedig a korábban már vázolt – **Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság közötti – harc** akadályozta meg, hogy a Semmelweis Terv által tartalmazott koncepció érvényesüljön az egészségügyben.

Az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonala

A kormányzat, az Egészségügyi Minisztérium nem tudott megfelelni annak a kihívásnak, hogy egyidejűleg kellett egyrészt az egészségügyi rendszer működésével kapcsolatos mindennapi feladatait ellátnia, másrészt menedzselnie kellett volna az egészségügyi rendszer átalakítását is. Az egészségügy vezetői nem ismerték fel (vagy nem tudták megvalósítani), hogy ez a két különböző típusú feladat – eltérő jellegükből eredően – egymástól elkülönült szervezeti kereteket kívánt volna⁷⁰. A változás menedzseléséhez olyan új szervezeti egységekre lett volna szükség, amelyek elsődleges feladata, érdekeltége az egészségügyi rendszer átalakítása, azaz a döntések előkészítése (szakmai megalapozása), az intézkedések megvalósításának koordinálása, monitorozása és értékelése;⁷¹ továbbá a rendszer teljesítményének az értékeléséhez megfelelő adatbázisokra és módszerekre (indikátorrendszerre). A finanszírozási vagy a szolgáltatási rendszer (egyres elemeinek) az eredményes átalakítása, szervezeti innovációk megvalósítása hosszabb periódust, szisztematikus, folyamatos szakmai munkát, korrekciókat igényelt volna. Például a teljesítményfinanszírozási rendszer eredményes működéséhez a HBCS-súlyszámok rendszeres felülvizsgálata (kódkarbantartás) és minőségügyi rendszer kiépítése lett volna

⁷⁰ A rossz struktúra és inadekvát folyamatok következtében a jó szakemberek munkaidejének is a jelentős részét nem a felkészültségüknek, képességüknek megfelelő feladatok, hanem a rutinfeladatok és felesleges adminisztráció kötötte le, ami generálta a szakemberek kontraszelekcióját is.

⁷¹ Ezt mutatja például, hogy a 80-as évek végén a HBCS-modellkísérlet sikeres megvalósítását egy elkülönült szervezet (GYÓGYINFOK) menedzselte; a Regionális Modernizációs Program kidolgozását és a pályázat megvalósítását a Világbanki Programiroda egy önálló egysége menedzselte, az IBR koncepcióját a Veresegyházi Misszió Egészségház égisze alatt megszerveződő szakértői kör dolgozta ki.



szükséges. Az IBR esetében pedig folyamatos monitorozásra (ennek alapján a szakmai részletek fejlesztésére, korrekciójára), a fejkvóta továbbfejlesztésére lett volna szükség.

A szakmai kapacitások előzőekben vázolt problémái is hozzájárultak ahhoz, hogy a kórházhálózat modernizálása helyett a kórházi kapacitások (döntően az ágyak számának) „tűzoltó” jellegű csökkentése valósult meg (a költségvetési konszolidációk kényszerének a hatására) 1996-ban és 2007-ben is. A kórházhálózat modernizálása regionális szintű fejlesztési stratégiákat igényelt volna: annak a – megfelelő információkon alapuló – megtervezését, hogy mely kórházakat és hogyan kellene fejleszteni, mely kórházakat bezárni vagy az aktív ellátást megszüntetni, továbbá milyen fejlesztések szükségesek a többi ellátási területen (mentőszolgálat, járóbeteg-ellátás, otthoni ápolás stb.). Az egészségügyi minisztérium nem volt képes ilyen stratégiák kidolgozására (kidolgoztatására). 1996-ban és 2007-ben is a kórházi ágyak csökkentését az kényszerítette ki, hogy a kormány drasztikusan csökkentette a fekvőbeteg-ellátásra fordítható pénzerketet (és 2007-ben az egyes kórházak TVK-ját). Továbbá az egészségügyi minisztérium nem volt képes megfelelő kommunikációs stratégiát kidolgozni a szakmai érveknek⁷² a helyi lakossággal és a társadalommal való elfogadtatására. Így számos esetben – a helyi politikai lobbik (beleértve az országgyűlési képviselőket is) hatására – a szakmai szempontokat felülírták az adott kórház megtartásához kötődő rövid távú érdekek (például a kórház, mint jelentős helyi gazdasági, foglalkoztatási tényező; az orvosok egy részének anyagi és presztízs szempontjai). A konfliktusok kezeléséhez pedig hiányoztak az érdekegyeztetés megfelelő intézményi keretei.

Az egészségpolitikai döntések szakmai megalapozása érdekében tett lépést jelentett, hogy 2004-ben létrehozták az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetet,⁷³ amelynek fő feladatai az információs szolgáltatás a hazai és nemzetközi egészségügyi rendszerekről, helyzetelemzés és döntéselőkészítés (ennek részeként a technológiaértékelés) voltak. 2011-ben azonban az ESKI eredeti koncepciója áldozatul esett a számos – egymástól eltérő funkciókat betöltő – háttérintézmény egybeolvasztásának, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) létrehozásának. 2016 után pedig (a GYEMSZI egy részlegeként addig végzett) a magyar egészségügy helyzetéről szóló éves jelentések készítése is megszűnt.

Számos jel mutat arra, hogy a kormányzatnak nincs is szándékában, hogy részletes és reális információt adjon a szélesebb szakmai és laikus közvéleménynek a magyar egészségügy helyzetéről. Korábban már említettem, hogy a teljesítményértékelési rendszer kialakítása az első 2016-ban közzölt színvonalas jelentés (MÉRTÉK 2016) után „elhalt”. A Boston Consulting Group által a Belügyminisztérium megrendelésére 2020-ban készített helyzetelemzést és reformjavaslatokat titkosították. Továbbá az OECD és EU által két évente készített „State of Health in the EU: Hungary” kiadványok sem érhetőek el egyetlen magyar kormányzati honlapon sem.⁷⁴

⁷² Egy adott kórház bezárása/átalakítása melletti szakmai érveket (a hatékonyság javulása mellett) az jelenthette, hogy a kórházak koncentrációjával elért magasabb színvonalú technológia, szakértelem és tapasztalat következtében a korábbiánál jobb minőségű ellátáshoz juthattak a betegek, továbbá a távolságból eredő problémákat részben kompenzálhatta a járóbeteg-ellátás és a mentőszolgálat fejlesztése.

⁷³ A korábbi Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) jogutódaként, feladatainak jelentős kibővítésével.

⁷⁴ https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf



Spontán folyamatok (piaci folyamatok, szürke gazdaság/korrupció) hatása a tényleges folyamatokra

A közfinanszírozású rendszer feszültségeit mérsékelni tudta (ezáltal a reformok ellen hatott) egyrészt a hálapénz, másrészt újabban egyre inkább a folyamatosan és jelentős mértékben bővülő magánszolgáltatói szektor. A közkiadások drasztikus korlátozása miatti várólisták növekedése, az ellátás színvonalának, körülményeinek a romlása a magánszektor felé terelte a fizetőképes betegeket. A társadalom egy része által elfogadottá vált, hogy növekvő mértékben a magánszektorban veszi igénybe a szolgáltatásokat. Az orvosok és nővérek egy jelentős részének pedig az állami és magánszektorban való egyidejű munkavállalás megfelelő jövedelmet biztosított. 1991 és 2019 között (reálértéken) a háztartások közvetlen egészségügyi kiadása 4,4-szeresére növekedett⁷⁵, míg 2019-ben a közkiadások csupán 42%-kal voltak magasabbak, mint 1991-ben (az összes egészségügyi kiadás pedig 83%-kal).

Az egészségpolitika, kormányzati politikák szintjén nem sikerült (illetve nem volt erős törekvés) reális – az általános egészségpolitikai célokat és a magyar viszonyokat egyaránt figyelembe vevő – koncepciót kialakítani a közszektor és magánszektor szerepére és kapcsolatuk szabályozására vonatkozóan. A magánszektor esetében a kormányzatok a piaci folyamatok után kullogtak.⁷⁶

Az államszocialista egészségügyben a **hálapénz** következtében kiépült egy duális struktúra: a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható piaci viszony. Ez a duális struktúra a rendszerváltás után is alapvető strukturális jellemzője maradt a magyar egészségügynek, és az egyik okát jelentette annak, hogy a makrostruktúra 90-es évek elején történt lényeges változása kevésbé érintette az egészségügy mikrostruktúráját (pl. az orvos-beteg kapcsolatot, a kórházon belüli orvosi hierarchiát stb.).

A hálapénz a lényegét tekintve jogi nézőpontból megvesztegetés, szociológiai nézőpontból sajátos orvos-beteg és nővér-beteg viszony, közgazdasági nézőpontból pedig a formális gazdaságban uralkodó hiány miatt létrejött informális gazdaság. A hatásai közül a legfontosabbak a szolgáltatások betegek közötti igazságtalan elosztása, az orvosi jövedelmek súlyos torzulásai (pl. hálapénzes és nem-hálapénzes szakmák, kezdő és befutott orvosok közötti aránytalanságok) voltak. Továbbá a 90-es évek elején a hálapénz az egyik akadályozó tényezője volt a kiegészítő biztosítások piaca kialakulásának is.

Napjainkból visszanezve alapvető kérdés: miért nem merült fel a rendszerváltáskor a hálapénz megszüntetésének az igénye, miért nem kapott kellő figyelmet a 80-as években kidolgozott reformprogramokban sem. Ebben számos tényező játszott közre. Voltak, akik azt várták az új finanszírozási módszerektől, hogy az intézmények között a betegekért folytatott versenyt generálnak, ami elvezethet a hálapénz visszaszorulásához. Sokan gondolták úgy, hogy a hálapénznek köszönhetően volt még valamennyire működőképes az egészségügy és attól tarthattak, hogy a hálapénz elleni határozott fellépés a reformok támogatását veszélyez-

⁷⁵ 2019-ben a járóbeteg-ellátás kiadásainak 41%-át, a gyógyszerkiadásoknak 49%-át a háztartások közvetlen kiadásai fedezték. A 2000-es évek elejére alakult ki a háztartások kiadásainak jelenlegi magas aránya: az összes egészségügyi kiadás 28-29%-a (ami a 4. legmagasabb arány az EU-ban). 2019-ben a háztartások közvetlen egészségügyi kiadásai: 849,8 Mrd forintot tettek ki.

⁷⁶ Ehhez az is hozzájárult, hogy az elmúlt évtizedben a kormányzathoz közelálló üzleti körök is egyre inkább szereplőivé váltak a magánegészségügyi szektornak.



tetné. Az elmúlt évtizedekben azonban a hálapénz már egyre kevésbé volt képes az eredeti szerepét – a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés (vagy annak látszatának) biztosítását és az egészségüggyel szembeni elégedetlenség mérséklését – betölteni. Ez is hozzájárult, hogy a hálapénzzel szembeni elégedetlenség⁷⁷ erősödött mind a társadalom, mind az orvostársadalom egy részében.

A 2020-ban az egészségügyi szolgálati jogviszonyról elfogadott (2020. évi C.) törvény alapvető változást hozott: a nagyarányú béremeléssel összekötve törvénysértéssé tette a hálapénz adását és elfogadását az egészségügyi intézményekben. Azt egyelőre még nem látni, hogy ez mennyire vezet a hálapénz tényleges megszűnéséhez vagy a hálapénz csak kiszorult az állami intézményekből, de a betegek és orvosok egy része új utakat keres a hálapénz adásához.⁷⁸ A hálapénz visszaszorításához szükség lenne jól működő (a szolgáltató intézményeken belüli és azokat kontrolláló) minőségügyi és fogyasztóvédelmi rendszerre is (amelyben a laikus fogyasztók megbízhatnak, mert képesek biztosítani, hogy a beteg megfelelő szakemberektől, megfelelő időben, megfelelő ellátást kap).

KÖVETKEZMÉNYEK

Az elmúlt évtizedek történetéből látható, hogy a 90-es évek eleje – köszönhetően a kivételes történelmi helyzetnek és a megelőző időszak több éven keresztül tartó egészségügyi reformmunkálatainak, reformvitáinak is – ritka pillanatot jelentettek: a változásokhoz (számos problémával és egy nagyon rövid időre, de) elégséges mértékben, egyidejűleg voltak jelen a reform alapvető feltételei: kormányzati akarat, pénzügyi erőforrások, szakmai koncepció, kormányzati kapacitás a megvalósításhoz és végül, de nem utolsósorban a változások elégséges támogatottsága/elfogadása a szakmai szereplők és az ellenzéki pártok részéről. A következő kormányzati időszakokban ezek többségének a hiánya, a tanulmány harmadik fejezetében elemzett tényezők (többségének az) együttállása, egymást erősítő kölcsönhatása vezetett olyan körülmények kialakulásához, amelyben a 90-es évek elején elindult reformfolyamat megtorpant, utána pedig nem volt szándék/képesség/lehetőség átfogó reformok indításához. A részleges változást célul tűző – sokszor az egészségügyi szakigazgatáson kívülről kezdeményezett – szervezeti innovációk deformálódtak, elbuktak, továbbá 2010 után az egészségügy irányítási és ösztönzési rendszere számos tekintetben visszarendeződött a rendszerváltás előttihez hasonló, (de azzal nem azonosítható) struktúrába.

A krónikus alulfinanszírozás, az ellátórendszer strukturális problémái, az ösztönzők hiánya (illetve ellenösztönzők) a meglévő kapacitások hatékony működésére, az inadekvát szakigazgatás együttesének a közvetlen következménye egyrészt a humán erőforrás-krízis (amihez hozzájárultak az EU-csatlakozás és a hazai magánszektor jelentette új lehetőségek is), másrészt az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a súlyos problémái. A szélesebb társadalmi következmény pedig, hogy a magyar népesség egészségi állapotát tekintve is leszakadó pályára kerültünk nemcsak az EU15 országokhoz, hanem a vi-

⁷⁷ Például 2015-ben fiatal orvosok kezdeményezésére létrejött az 1001 orvos hálapénz nélkül csoport.

⁷⁸ Számos szakértő szerint a várólisták növekedéséhez az is hozzájárult, hogy a hálapénz ösztönző hatása kikerült a rendszerből.



segrádi országokhoz képest is (Orosz – Kollányi 2016). Az egészségi állapot számos alapvető mutatójában – a saját helyzetünkhöz mért javulás ellenére – a 2010-es évek végén nagyobb volt a lemaradásunk az EU15 átlagához és a többi visegrádi országhoz képest is, mint amekkorára a 80-as évek végén volt. Például a férfiak 40 éves korban várható élettartama a 80-as évek végén 5,1 évvel, 2019-ben pedig 6,9 évvel volt alacsonyabb, mint az EU15 átlaga; a csehországi értéknél a 80-as évek végén 1 évvel, 2019-ben pedig már 3,5 évvel volt alacsonyabb. Relatív helyzetünk különösen rossz az egészségügyi rendszer teljesítményét jelző kezelhető halálozást⁷⁹ tekintve. A magyarországi kezelhető halálozás mértéke (100 ezer lakosra jutó aránya) 2018-ban 2,34-szerese volt az EU15 átlagnak (2002-ben 2,14-szerese), a csehországi értéknek pedig 1,43-szerese (2002-ben 1,21-szerese). A 2013–2017 közötti 5 éves időszakban évente 46-47 ezer (összesen 234 ezer) 75 évesnél fiatalabb honfitársunk halálozott el elkerülhető (megelőzhető vagy kezelhető) halálokok miatt. Ha az elkerülhető halálozásban elértük volna (ugyanakkora lett volna a 100 ezer 75 évesnél fiatalabb személyre jutó halálozási ráta) Csehország színvonalát, akkor 81 ezerrel (35%-kal) kevesebben, ha elértük volna Lengyelország színvonalát, akkor 71 ezerrel (30%-kal) kevesebben haltak volna meg ebben a periódusban.

A tanulmány nem foglalkozott a COVID-járvány időszakával, de nyilvánvaló, hogy az elemzett egészségügyön kívüli és egészségügyi rendszeren belüli tényezők hozzájárultak ahhoz is, hogy a COVID-járvány által előidézett sokkhoz rendkívül rosszul alkalmazkodott a magyar kormány és a magyar egészségügyi rendszer.⁸⁰ Ezt jelzi az az adat, hogy ha az egymillió lakosra jutó magyarországi COVID-halálozás megegyezett volna az ausztriai adattal, akkor 64%-kal (kb. 28 ezer fővel) kevesebb honfitársunk halt volna meg a COVID következtében a járvány kitörése és 2022. március 8. között.⁸¹

IRODALOM

- Alpár O. – Huszai G. (1989): Társadalom, gazdaság és egészség(ügy). *Közgazdasági Szemle*, 7–8: 888–908.
- ÁEEK (2019): *Beszámoló az egészségügyi ágazat humán erőforrás 2018. évi helyzetéről*. Budapest: Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- ÁSZ (2005): *JELENTÉS az irányított betegellátási modellkísérlet ellenőrzéséről*. Budapest: Állami Számvevőszék.

⁷⁹ Az elkerülhető halálozás azokat a halálokokat veszi csak figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással és eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne bizonyos életkor előtt a halálozás. Az elkerülhető (avoidable) halálozás két összetevője: a kezelhető (treatable) és megelőzhető (preventable) halálozás: az első azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással, a második pedig azokat, amelyek esetében eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne a halálozás.

⁸⁰ Ennek nem mond ellent az, hogy az egyes orvosok és szakdolgozók a számukra adott körülmények között igyekeztek minden tőlük telhetőt megtenni.

⁸¹ A számításához használt adatok forrása: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> 2022. 03. 08-i adatai. A magyarországi COVID-halálozás 44 495 volt ebben az időszakban. Hasonló nagyságrendű volt a sokak által megbízhatóbbnak tartott többlethalálozás is, ami – Ferenci Tamás számításai szerint – a járvány kitörése és 2022. február 21. közötti időszakban 41 868 fő volt (forrás: <https://research.physcon.uni-obuda.hu/COVID19MagyarEpi/>)



- ÁSZ (2009): *JELENTÉS az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről*. Budapest: Állami Számvevőszék.
- Bodnár M. – Vörös L. (2008): Irányított betegellátás a mosonmagyaróvári kistérségben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4: 36–42.
- Dózsa Cs. – Bodnár V. – Takács E. – Dérer I. (2006): Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése I. A működés korszerűsítésének lehetőségei. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 4: 5–21.
- Dózsa Cs. (2008): 2006–2007-es évek az egészségügyben: reformtervek és programok kavaládja. In: *Magyarország Politikai Évkönyve 2007*, Budapest: Demokrácia Kutatások Központja.
- Dózsa Cs. – Borcsek B. – Tóth J. (2016): Az Európai Unió forrásokból megvalósuló fejlesztések a hazai kórházszektorban, 2007–2015. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 9: 5–10.
- European Commission (2013): *Social investment package. Commission staff working document. Investing in health SWD(2013) 43 final*
- EU, OECD and European Observatory (2019): *State of Health in the EU: Hungary. Country Health Profile 2019*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/419461/Country-Health-Profile-2019-Hungary.pdf (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Figueras, J. – McKee, M. – Lessof, S. – Duran, A. – Menabde, N. (2008): *Health System, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, background document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Golovics J. – Zsínkó M. (2021): A magyar orvosmigráció jellemzői a 2010-es években. *Magyar Tudomány*, 2: 240–248.
- GYEMSZI (2011): *A betegút-szervezés nemzetközi tapasztalatai*. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet. https://era.aeek.hu/zip_doc/politika/zip_doc_2011/betegut_szervezes_nemzetkozi.pdf (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Ham, C. (1990): *Health Check. Health care reforms in an international Context*. London: King's Fund Institute.
- Józan P. (1994): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. *Statisztikai Szemle*, 1: 5–20.
- Józan P. (1994): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. *Statisztikai Szemle*, 2: 101–113.
- Kovácsy Zs. (2020): *Elfekvő – Gyógyítható az egészségügy?* Progress könyvek. Budapest: Kosuth Kiadó.
- Medicalonline (2007): Vita a biztosítási rendszer reformjáról. http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Medicalonline (2011): Szakmai kollégiumi állásfoglalás: vannak még kérdőjelek. http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/szakmai_kollegiumi_allasfoglalas_vannak_meg_kerdolelek. http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)



- Medicalonline (2021a): Merre halad az egészségügy átalakításnak nevezett reformja? http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/merre_halad_az_egeszsegugy_atalakitasnak_nevezett_reformja. http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Medicalonline (2021b): Praxisközösség: hosszú idő még, míg célba érünk. http://medicalonline.hu/praxis/cikk/praxiskozosseg_hosszu_ido_meg_mig_celba_erunk (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- MÉRTÉK (Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja) (2016): *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013–15*. <https://mertek.okfo.gov.hu/> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Mihályi P. (2007): *A biztosítási piac megnyitása*. Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére készített, az „Egészségbiztosítási Reform 2007–2009” konferencián (Budapest, 2007. január 25–26.) előterjesztett tervezet (kézirat)
- Mikó T. – Apjok A. – Donkáné V. É. – Boulton, G. – Horváthné D. É. – Kanka A. – Kósa I. (1998): *Egészségügyi szolgáltatások modernizációs programja a dél-alföldi régióban*. DAREK Kht. <https://www.antikvarium.hu/konyv/egeszsegugyi-szolgaltatasok-modernizacios-programja-a-del-alfoldi-regioban-533386-0> http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Nagy G. – Tóth Á. (2006): Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) jogi szabályozásáról. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 5(2): 5–8.
- Népjóléti Minisztérium (1997): *Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Program. Egészségügyi Szolgáltatások Modernizációja Alkomponens. Pályázati dokumentáció*.
- OECD (2008): *Healthcare Reform: Improving Efficiency and Quality of Care*. In: *Reforms for Stability and Sustainable Growth. An OECD Perspective on Hungary*, OECD Publishing.
- OECD (2010): *Value for Money in Health Spending*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
- Orosz É. (1992): *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Budapest: Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány.
- Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Orosz É. (2010): A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése In: Bodrogi J. (szerk.): *A magyar egészségügy: társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Orosz, É. – Kollányi, Zs. (2014): *Opportunism of Public Policies as an Underlying Determinant of Health Inequalities in Hungary*. Athens: ATINER'S Conference Paper Series, No: HEA2014-1009. <https://www.atiner.gr/papers/HEA2014-1009.pdf> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Orosz É. – Kollányi Zs. (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2016*, Budapest: TÁRKI, 332–355.



- Sinkó E. (2004): Kihívások az irányított betegellátási rendszerben, különös tekintettel a kórházakra. *IME* 3.(2): 15–18.
- Sinkó E. (2005): Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai. *Esély*, 2: 52–72.
- Sinkó E. – Gaál P. (2007): Új egészségbiztosítási modell? *IME*, 6(8): 5–12.
- Sinkó E. (2008): Az egészségbiztosítási rendszer átalakításának menete. In: Vass L. – Sándor P. – Tolnai Á. (szerk.): *Magyarország Politikai Évkönyve 2007*, Budapest: Demokrácia Kutatások Központja.
- Smith, P. C. – Preker, A. S. – Light, D. W. – Richard, S. (2005): Role of markets and competition. In: Figueras, J. – Robinson R. – Jakubowski E. (eds.): *Purchasing to improve health system performance*. Open University Press, 236–264.
- Varró V. (1982): Az egészségügyi és orvostudományi infrastruktúra. *Magyar Tudomány*, 8–9: 612–619.
- Weborvos (2007): „Az egészségügyet ki kell venni a politikai homokozóból”. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/az-egeszsegugyet-ki-kell-venni-a-politikai-homokozobol-83035> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Weborvos (2008): Elrendelték az egészségbiztosításról szóló népszavazást. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/elrendeltek-az-egeszsegbiztositasrol-szolo-nepszavazast-114543> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)