

Forrásteremtés nélkül is növelhető a hatékonyság?

Összefoglaló az IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferenciáról

Az egészségpolitikai aktualitások és a finanszírozási kérdések mellett az ellátás hatékonyságát növelő adatvezérelt döntéshozatal kapcsán számos, a betegellátás jobbítását célzó javaslat is elhangzott az IME XVIII. Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek 2024. június 12-én megtartott konferenciáján. A Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT) szervezésében megvalósuló eseményen a magán- és közellátás együttműködésének lehetőségeiről is beszéltek a szakemberek.

Az egészségügyre ráférnek a többletforrások – hangzott el a sokakat meglepő kijelentés a konferencia első előadójától. **Banai Péter Benő**, a Pénzügyminisztérium államháztartásért felelős államtitka arra emlékeztetett, hogy nemcsak a gazdasági növekedés éveiben, hanem recesszió idején és az államháztartási hiány megnövekedése mellett is folyamatosan emelkedtek a bérek az egészségügyben. Prognózisa szerint 2024 és 2028 között „a növekedés és a helyreállítás évei jönnek”.

Mintegy 100 milliárd forintos többletbevételre számít az egészségügy az Európai Unió Helyreállítási Alapjából, és a kormány törekszik az elhalasztott beruházások megvalósítására is – ígérte a szakpolitikus, aki bízik abban, hogy már idén sikerül lépéseket tenni a költségvetési stabilitás irányába, hogy ne az államadósság mérséklésre, hanem az egészségügyre költhessenek a büdzből. Bár lehetne magasabb a GDP-arányos ráfordítás, vannak olyan országok, ahol a magyarnál is kevesebb az egészségügyre fordított közkiadás, mégis jobb a társadalom egészségi mutatói – jegyezte meg az államtitkár, aki szerint vannak még hatékonyságnövelési tartalékok az egészségügyben.

A SZAKPOLITIKA ÉS A FINANSZÍROZÓ CÉLKITŰZÉSEI

Az alap-, a járóbeteg- és a kórházi ellátással kapcsolatos legfontosabb szakpolitikai célkitűzéseket foglalta egy csokorba előadásában **Bidló Judit**, a Belügyminisztérium egészségügy szakmai irányításáért felelős helyettes államtitkára. Az alapellátásban a háziorvosi körzetek átszabása az üzemgazdaságosság helyreállítását szolgálja, a praxisközösségekhez csatlakozó új szereplők körének és kompetenciáinak meghatározása pedig a holisztikus ellátási lánc kialakítását segíti.

A betegelégedettségi adatok igazolják, hogy jól vizsgázott az új alapellátási ügyeleti rendszer, az államtitkárságon most azon dolgoznak, hogyan lehetne ehhez igazítani a gyógyszerári ügyeleti rendet.

A feladatok újraallokálása, a laborkapacitások rendezése és a Járóbeteg Irányítási Rendszer (JIR) bevezetése a járóbeteg-szakellátás terítéken lévő kérdései. Megfelelő szakmakódok, rendezettebb betegutak és az előjegyzési idő rövidítése a szakpolitikai cél – sorolta a helyettes államtitkár.

Hiába sok a kórház, ha azokban nincs elérhető ellátás – szögezte le Bidló Judit, jelezve, hogy már zajlik a minimumfeltételek átdolgozása, valamint olyan új szakma- és tevékenységkódok is megjelennek majd, amelyek lehetőséget adnak a kapacitások átszervezésére.

Szinte valamennyi területen elértük a bázisévhez (2019) viszonyított 100 százalékos teljesítményt – jelentette előadásában **Kiss Zsolt**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatója. A szakellátásban jelentősen emelkedett az ellátottak aránya, a műtéti várólistákon már csak három csoportban van 60 napon túli várakozási idő. A NEAK főigazgatója szerint jó út a korábbi, nagyon merev tvk-rendszer áthangelése, a többletkapacitási igények háromhavi, dinamikus áttervezése is.

LÁTLELET AZ EGÉSZSÉGÜGYRŐL

Az eddig választott eszközök nem működnek, a további, parttalan államosítás sem eredményez jobb működést – így foglalta össze elemzésének tanulságait **Sinkó Eszter**, a MEMT elnökhelyettese, miután átfogó képet festett az egészségügy helyzetéről.

Az ágazat működési mechanizmusa változatlan: továbbra is a kórházcentrikusság jellemzi. Bár az alapellátásban a praxisközösségek kialakításával – igaz, egyelőre feladataik nincsenek –, az indikátorrendszer átalakításával, a finanszírozás új alapokra helyezésével sikerült előrébb lépni, de a járóbeteg-ellátási szinten a rendszer mozdulatlan, az önálló járóbeteg-szakellátók államosítását egyelőre csak lebegteti a kormány.

Számos hatáskörrel ruházták fel a megyei irányító kórházakat, ám a feladatelosztás ilyen erős centralizálása nem biztos, hogy eredményre vezet. Mindeközben az elmúlt 13-14 évben megduplázódott az adósságnövekedés üteme. Az eladósodásra nem jelentett gyógyírt a központosított közbeszerzés, de az elemző nem tartotta jó irányúnak azt sem, hogy a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatósághoz (KEF) rendelték az üzemeltetési feladatokat, aminek egyetlen haszna, hogy a kormány legalább „első kézből” látja, milyen állapotban van a struktúra. Kérdés persze, hogy ez a tapasztalat milyen döntésekre sarkallja majd a jövőben.

Hibás lépés volt a háttérintézmények – ÁNTSZ, OEP – leépítése, rendkívül kevés szakember maradt ezekben, és ők is alulfizettek. Alapvető probléma, hogy nem hozták nyil-

vánosságra a Boston Consulting Group (BCG) ágazati stratégiára vonatkozó döntéselőkészítő csomagját, arra hivatkozva, hogy az felzaklatná a közvéleményt, holott a szereplők bevonása nélkül kivihetetlen az átalakítás – foglalta össze Sinkó Eszter.

SOKRÉTŰ OKOK AZ ELADÓSODÁS HÁTTÉRÉBEN

Intézményenként eltérő az eladósodás oka, aminek kezelésére csak ezek feltárása után van esély. Erről már **Iványi Vilmos** egészségügyi közgazdász, a Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központjának mesteroktatója beszélt a konferencia kerekasztal-beszélgetését felvezető előadásában. Úgy vélte, a most fennálló adósság nagy része külső okokra és alulfinanszírozottságra vezethető vissza. Javaslatára szerint szakmafedezeti finanszírozással kell kiegészíteni a bevételeket azoknál az intézményeknél, ahol többletköltségek jelentkeznek az üzemméretből adódóan.

Havonta 12-13 milliárd forintos, tartós adósságnövekedéssel számolhatunk, hiába történt adósságrendezés április végén, május végére várhatóan ismét 82 milliárd forinttal tartoznak majd a beszállítóknak a kórházak – prognosztizálta a kerekasztal mellett Kiss Zsolt. – A konszolidáció a lehető legdrágább módszer, hiszen annak óriási kamatterhe és többletköltsége van. Azonban vizsgálni kell, mi az oka annak, hogy azonos méretű és portfóliójú intézmények esetében is óriási különbségek vannak az eladósodás mértékében.

Kiszolgáltatók helyzetben gazdálkodunk – jelentette ki **Velkey György**, a Magyar Kórházszövetség (MKSZ) elnöke, és elmondta, van már olyan gyógyszerbeszállító, amely utólagos kifizetéssel már nem biztosít megrendelést. Az adósságállomány az alulfinanszírozottságból ered, a menedzsmentfelelősség mindössze 0,5 százalék – vélte az elnök.

Az üzemméret markánsan befolyásolja az eladósodást – csatlakozott **Pásztélyi Zsolt**, a Kódkarbantartási Bizottság szakmai vezetője. Megemlítette azt is, hatalmas többletkiadást jelent az intézmények számára a szolgálati elismerések kifizetése. **Dózsa Csaba** egészségügyi közgazdász pedig arra hívta fel a figyelmet, hogy a 200 milliárd forintos tartozásállományban még nincs benne a hiányzó nővér, a lepusztult kubatúra, az eszközzamortizáció; igaz – ismerte el – egy valóban korszerű, innovatív kórházi szektor üzemeltetése több százmilliárd forintba kerül.

ADATALAPON SZERVEZETT ELLÁTÁSOK

A digitalizáció és az adatlapú ellátásszervezés új korszakot nyitott nyolc évvel ezelőtt az Országos Mentőszolgálatnál – derült ki **Csató Gábor** főigazgató előadásából. Mára olyan adattáblákat generálnak a mindennapi munka során, amelyek nagy segítséget nyújtanak a döntés-előkészítésben és a munkaszervezésben. Az ellátást tervezve, a mesterséges intelligencia segítségével azonosítani tudják azokat a jövőben várható gócpontokat, ahová többletkapacitást kell allokálni.

Az országos alapellátási ügyelet koncepciója és az ügyeleti pontok kialakítása során a lakosság létszáma és egészségi állapota mellett a helyi infrastruktúra állapotát, a logisztikai lehetőségeket is mérlegelve határozták meg, hogy a korábbi 400 ügyeleti pont közül melyek szüntethetők meg úgy, hogy a biztonságos ellátás fenntartható legyen.

Standardizált indikátorok és strukturált laboradatok szükségessége azoknak a döntéstámogató mechanizmusoknak a kialakításához, amelyek egy eredményes népegészségügyi program megvalósítását szolgálják – vélte **Békássy Szabolcs**, országos kollegiális vezető háziorvos, aki a kórházi felvételek számának csökkenését és az elkerülhető halálozást mutatók javulását egy modernbb alapellátás-finanszírozási rendszer bevezetésétől remélné.

Míg Kiss Zsolt az előadásában arról beszélt, hogy a JIR régóta várt forradalmi változást hozhat az ellátórendszerben, közel sem volt ilyen optimista **Ónodi-Szűcs Zoltán**, aki miniszteri biztosként a JIR bevezetéséért felel. Bár az új időpontfoglaló rendszer hathatós megoldás lenne a lakosságnak legnagyobb frusztrációt okozó problémák kiküszöbölésére (hosszú várakozási idő, orvoshiány, nehézkes hozzáférés), amíg a döntéshozó nem biztosítja a megvalósítás infrastruktúrájához és az intézetek motiválásához szükséges forrásokat, nem lesz változás.

Nincs forrás a call-centerek kialakítására, az intézményi weblapok fejlesztésére, a betegirányítási pontok felállítására – jelezte a volt államtitkár, aki szerint jelenleg a JIR lenne a legolcsóbb, a legnagyobb hatású és leggyorsabb eredményt hozó beavatkozás az egészségügyben.

Újra megalakult az önálló Egynapos Sebészeti Tagozat az Egészségügyi Szakmai Kollégiumban – jelentette be a konferencián **Mészáros János**, a tagozat elnöke. A műtéti és altatási technika fejlődése egyre inkább lehetővé teszi, hogy a betegek nagyon rövid posztoperatív szakasz után hazamenjenek, és lényegesen kevesebb szövődéssel gyógyuljanak. Az ismételt felvételek aránya évek óta 1,2-1,5 százalék között mozog úgy, hogy az ellátott esetek száma ugyanezen idő alatt megduplázódott.

Az esetek 80 százalékát kórházban látják el, ahol nemcsak a kubatúrát tekintve, de betegútszervezés szempontjából is önálló szervezeti egységként kell megjelennie az egynapos sebészetnek.

A SZÁMOK ELÁRULJÁK A HATÉKONYSÁGOT

Tíz éve monitorozza a hazai szervezett szűrőprogramok eredményességét és végzi ezek egészség-gazdaságtani értékelését az a **Vokó Zoltán** által vezetett munkacsoport, amelynek tevékenységéről **Csanádi Marcell**, a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) elnökségi tagja számolt be a konferencia egészség-gazdaságtani szekciójában. Nemcsak az eredményeket, hanem a túldiagnosztizálás arányát, a megnyert életévek számát, a kezelések és programok fenntartásainak költségeit is görcső alá veszik.

Alacsony a vastag- és végbélrák-szűrésre behívott populáció aránya, mert a háziorvosok jelentős része nem csatlako-

zott a programhoz Magyarországon – derült ki az előadásból. Bár az alacsony részvétel mellett is 6,2 százalékos daganat-specifikus halálozáscsökkenést detektáltak, ám ez sokkal magasabb is lehetne, ha a részvételi arányon javítani tudnának.

Szlovén méhnyakszűrési adatokat elemezve mutattak rá arra, hogy a 30-65 év közötti nők HPV-szűrése lenne a leghatékonyabb, de ezt megelőzhetné egy 25-28 éves kor között végzett citológiai vizsgálat, amivel a szűrőprogram eredményessége növelhető lenne. Az emlőszűrés hatékonyságának javítását célzó javaslatokat olaszországi adatokra alapozva dolgozta ki a munkacsoport, amely megállapította, hogy a jelenlegi szűrési gyakorlat jelentősen csökkentette a mellrák okozta halálozások számát, ugyanakkor a megnyert életévek csak csekély mértékben csökkentek.

Hogyan hatottak a magyar gyógyszeripar versenyképességére az extraprofitadók? – erre a kérdésre kereste a választ **Ádám Ildikó**, az Ernst & Young Tanácsadó Kft. partnere. A gyógyszeradó 2007-es bevezetésekor mindössze 12 százalékos terhet rótt a gyártókra, 2023-ra ez az összeg 40 százalék plusz 10 százalékra nőtt. A forgalmazói adók is jelentősen megugrottak az elmúlt 12 évben, a gyógyszerkiadásokhoz viszonyítva 11 százalékról 33 százalékra, ami azt jelenti, hogy minden harmadik terméket az ipari befizetések finanszíroznak – sorolta az adatokat a szakértő. Bár az állam igyekezett kutatás-fejlesztésre fordítható kedvezményekkel mérsékelni a sokkhatást, ám ezeket csak jelentős, egy-másfél éves csúszással, és csak nagyon limitált számú szereplő tudja igénybe venni.

A nyomásfokozó-prevenció és -terápia költséghatékonyságát és HR-racionalizálási lehetőségeit vizsgálták az új ápolásszakmai irányelv tükrében annak a kutatásnak a során, amelynek eredményeiről **Dózsa Csaba**, a Miskolci Egyetem docense számolt be, jelezve, hogy mindennek nem csak jelentős népegészségügyi hatása van, de a kórházi adósságok szempontjából is releváns, hiszen rendkívüli módon meghosszabbítja a kórházi ápolási időt és az egészségügyi ellátás költségeit.

Nem az „olcsóságra”, hanem a hatékony ápolási eszközök megfelelő használatára kell fókuszálni, hatékonyságjavulást pedig a teammunka és a magas szintű képzés eredményezhet – mondta az egészségügyi közgazdász, felhívva a figyelmet arra, hogy a prevenció a legjobb stratégia, amire 6-8 hazai kórházban is sikerült már kialakítani rendkívül jó gyakorlatokat.

A MAGÁN- ÉS KÖZELLÁTÁS EGYÜTTÉLÉSE: ENGEDNI, VAGY KORLÁTOZNI?

Első a beteg – ezzel a kijelentéssel nyitotta a konferencia zárószekcióját **Ficzere Andrea**, az Uzsoki utcai Kórház főigazgatója, hangsúlyozva, hogy mind a magán-, mind az állami ellátásban a beteg biztonságára kell a legnagyobb mértékben ügyelni. Számos hiányszakmával „dolgozik” az állami egészségügy, ilyenek a szülészet, a bőrgyógyászat vagy a pszichiátria, bár ez utóbbi a privát egészségügyben is csak nehezen hozzáférhető.

Részletfizetéssel, csomagkínálatok bővítésével igyekeznek csábítani a betegeket a magánszolgáltatók, ahol jobb hatékonysággal vezetik a beteget az ellátás során, amin az előadó álláspontja szerint némi odafigyeléssel lehetne javítani a közellátóknál is.

A bizalom a gyógyítás alapja, amire károsan hat az a rideg szabályozás, hogy nem folytathatja a beteg kezelését az állami kórházban az az orvos, aki azt a magánszektorban elkezdte – sorolta a főigazgató, aki számos magánellátó háttérkórházának vezetőjeként azonban tapasztalja, hogy egyre több a felelős magánszolgáltató, amely azonnal az állami szektorba irányítja azokat a súlyos állapotú vagy multimorbid pácienseket, akiknek az ellátása náluk nem vihető végig.

A magánellátók a fizetőképes kereslet határai, az állami szektor pedig a „túlbookolás” (az előjegyzési listák túltöltése) miatt veszíti el a betegeket, ugyanakkor azt az evidenciát sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a teljes körű szakmai háttér és diagnosztika, az intenzívterápia rendelkezésre állása miatt az állami kórházban nagyobb biztonságban van a súlyos állapotú beteg.

Több orvosunk és több kórházunk van, mint az uniós országoknak általában, mégis betegebb a magyar társadalom, mint más államok polgárai. Erről már **Váradai Péter**, a Prémium Egészségpénztár vezető stratégiai tanácsadója beszélt. Ennek talán oka lehet az is, hogy a nyugati országokhoz képest, Magyarországon összehasonlítva kiugróan magas a háztartások egészségügyre fordított, saját zsebből fizetett kiadása.

Az egészségpénztárak és biztosítók között számos különbség van, a leginkább szembeötlő azonban az, hogy míg a pénztárba befizetett összeg 95 százaléka kerül a szolgáltatókhoz, a biztosítóktól csupán 60 százalék – vázolta a tanácsadó, feladatmegosztást javasolva az állami és az egészségpénztárak között. Úgy vélte, a munkáltatókat – ahogyan 2010-ben – adókedvezményrel kellene motiválni arra, hogy költsenek dolgozóik tagdíjára, biztosítására. Így nem 26, csak 15 százalék lenne a magánköltségek aránya az egészségügyben.

Osszuk meg a kapacitásokat, és végezhessenek közfinanszírozott ellátást a magánszolgáltatók azokon a területeken, ahol ezt hatékonyabban tudják elvégezni, mint az állami szféra, ugyanakkor az állami intézmények is kínálhassanak fizetős szolgáltatásokat – így vélekedett **Papik Kornél**, a Dr. Rose Magánkórház ügyvezető igazgatója, hangsúlyozva azonban, hogy ehhez pontos szabályozási környezetre van szükség. Ugyancsak elengedhetetlen feltétele ennek, hogy az állami finanszírozás reálértéken történjen.

Beszélt arról is, hogy a magán-egészségügyi szegmens árbevétele – az állami ellátásokhoz való hozzáférés nehezítettsége és a paraszolvencia eltörlése nyomán – 19 százalékkal növekedett 2023-ban, de a teljesítménye nem követte ezt a tendenciát. Jelentős árbevétellel a legnagyobb szolgáltatók rendelkeznek, amelyek egyébként többnyire NEAK-finanszírozásban is részesülnek.

Az erős állami egészségügyi ellátásban hiszek, mert a gyógyításban és gyógyulásban nem lehet meghatározó az,

hogy kinek mennyi pénze van. Ehhez azonban korlátozni kell a magánellátás tevékenységét, mert az arrafelé növekszik, ahol a legtöbb profitra tehet szert. Ezzel a felütéssel nyitotta előadását **Újlaki Ákos**, a Boston Consulting Group partnere, aki több beavatkozási pontot is felsorolt. Elsőként szigorúban kellene szabályozni az orvosok átjárását a két szegmens között, meghatározva a munkával tölthető órák számát. Javasolta azt is, hogy vonják koncesszióba a magánszolgáltatókat úgy, hogy ellátási kötelezettséget rónak ki rájuk egy-

egy régióban bizonyos alapfeladatok elvégzésére. Ehhez biztosítani kell a lakosság számára, hogy kiegészítő finanszírozást hozhasson be a rendszerbe egészségpénztárakon vagy biztosításokon keresztül.

Jól tud együttműködni a két rendszer, ha van ehhez stratégiai koncepció, erős szabályozás és irányítás, ami kiegyenlített versenyfeltételt biztosít az állami szféra számára, mert e nélkül a magánellátás áll nyeresre – zárta előadását és ezzel a konferenciát is Újlaki Ákos.

Tarcza Orsolya