
Beköszöntő



Minden év utolsó negyedéve az egészségügyi intézmények számára kettős feladatot ad: felkészülni az év lezárására és elindítani a következő évi tervezést. Az év lezárásaként nem megkerülhető operatív teendő az adósság kezelése, amely általában a kórházakat érinti, de nem egyforma mértékben.

A különbség mértékét jól illusztrálja, hogy 2023 végén a Debreceni Egyetemet 9 milliárd, míg a Semmelweis Egyetemet 900 millió forintos összeggel kellett konszolidálni, azaz tízszeres a különbség. Az összesített adósság tavaly ilyenkor a 120 milliárd forintot is elérte, most – köszönhetően az évközi konszolidációknak – már „csak” 100 milliárd forint körüli ez az összeg.

Az önkormányzati járóbeteg-szakrendelőket az adósságkezelés általában nem érinti, hiszen tulajdonosaik tervezetten juttatnak forrásokat számukra. A Medicina2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség adatai szerint ez a támogatás 2024-ben 8,8 milliárdot tesz ki a felmérésben részt vevő 26 legnagyobb rendelőintézet 60 milliárdos éves költségvetésében. A mintában részt vevő rendelőintézeteknek így juttatott 14,7%-os többletforrás összevethető a kórházaknak egyéb sorokon juttatott forrásokkal – gondoljunk csak a KEF-es infrastruktúra-kiszervezés durván 60 milliárdjára, a vis maior alapra, egyéb beruházási összegekre, valamint a konszolidációra. Persze az önkormányzati forrásjuttatás is egyenlőtlenül oszlik meg – az önkormányzatok adóereje szerint – fokozva az egyenlőtlenségeket a rendszerben. De legalább megnyilvánul a szubszidiaritás, és többletforrás kerül a rendszerbe – főleg beruházási céllal –, ami pedig evidens módon fontos a rendszer fenntarthatósága szempontjából.

De térjünk vissza a tervezésre. A vezetők gondolkodását, a lehetőségeiket meghatározó évelzárást és a tervezést alapvetően befolyásolja az adósságkonszolidáció mértéke, ennek ismerete nélkül gyakorlatilag légüres térben történik a tervezés. Ismeretlenek a premisszák... Lássuk milyen tényezőknek is foglyaik az intézményvezetők.

A legnagyobb gondot a költségek jelentős emelkedése, átrendeződése ellenére a változatlan alapdíjak jelentik. A felelős döntéshozók nem gondolhatják komolyan, hogy a 7 éve változatlan alapdíj-normatívák mellett 2025-ben fenntartható lesz a rendszer. Tehát az első tényező, hogy a költségeket lefedő normatívákra van szükség. Az ilyen mértékben adósságkonszolidációra alapozó rendszerirányítás és menedzsment sodródást jelent.

Persze jön a kérdés, hogyan költsünk többet az egészségügyre, ha nem ismerjük az egészséges költségarányokat az egyes ellátások, ellátási formák között. Ehhez ráfordítási adatgyűjtésre alapozott kódkarbantartásra lenne szükség. A kormány forrást allokált ennek elvégzésére, azonban a lassan haladó közbeszerzés miatt még csak előzetes szakmai-módszertani egyeztetésekre kerülhetett sor a témában. Mindenesetre a csapatok ugrásra készen állnak, a tervek szerint a 2025-ös évben kerülhet sor az adatgyűjtésre. Ennek feldolgozása is időt igényel, a teljes éves felmérés eredményei alapján legkorábban 2026 nyarára lesznek adatok az egyes betegcsoportok önköltségéről. Ekkor indulhat majd a homogenitásvizsgálat, a HBCs-k esetleges újragondolása, a finanszírozási paraméterek átalakítása.

A jelen helyzetet ismerők persze feltehetik a kérdést: van-e szükség egyáltalán a teljesítményfinanszírozásra, amikor a kórházgazdátok mozgástere egyre inkább beszűkül:

- a nem orvosi infrastruktúra már kiszervezett, arra legfeljebb lobbihatása van a menedzsmenteknek;
- ezt fogja követni az informatika központi kiszervezése, és az elvárt szolgáltatási szint számonkérhetősége gyakorlatilag megszűnik;
- a béreket számos keretrendszer szabályozza, a bértámogatás teljesítménytől független folyósítása minél több munkavállaló felvételére ösztönöz;
- a munkaerő hatékonyabb kihasználására mind ösztönző, mind eszköz igen kevés maradt a rendszerben;

-
- vannak olyan hangok, amelyek szerint a béreket teljes mértékben fixen, egyedileg kellene finanszírozni, vagy akár teljesen vissza kellene térni a bázisfinanszírozásra.

Aki ezt ajánlja, az nem észleli, hogy ez a sokadik elem lenne a paraszolvencia-eltörlés, az egyforma bérezés és a döntésközpontosítás után, amely az ellátórendszert immobilitásra, a teljesítmény visszafogására ösztönözné. Mindennek ékes példája a pandémia alatti átlagfinanszírozás indukálta teljesítmény-visszaesés, amellyel párhuzamosan az ellátások jelentős része kikerült a magánfinanszírozott ellátókhoz, ezzel a szűkös erőforrást jelentő munkaerő szétforgácsolódott, és nem a leginkább egészségnyereséget jelentő – azaz megelőzhető halálozást csökkentő – ellátásokban került felhasználásra. Gondoljunk csak arra a nagyműtétekre képzett sebészre, aki ambuláns műtéteket végez a magánfinanszírozott rendelőben. Mindezek a tényezők pedig megerősítik azt, hogy nem megkerülhető a rendszerben a teljesítményelv erősítése, amelynek fő közvetítője a teljesítményfinanszírozás.

Reméljük, hogy ezeket a szempontokat figyelembe veszik a döntéshozók, amikor a rendszer továbbfejlesztése irányába döntéseket hoznak. Az IME és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság 2024. évi, immáron XXIII. hagyományos seregszemléje, a Menedzsment és Leadership – „leánykori nevén” Kontrolling és vezetői eszköztár – konferencia a prioritásképzéshez értékes információkkal szolgálhat, illetve kommunikációs felületet jelenthet a kórházi menedzsmentek számára. Sok szeretettel várjuk a résztvevőket!

Dr. Pásztélyi Zsolt
felelős szerkesztő