

A maradékelvű finanszírozástól a jövedelmek restaurációjáig

Beszámoló a 2025. június 24-i IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferenciáról

Az egészségügyi ágazat finanszírozásáról, a kórházi adósságokról és a paraszolvencia eltörlésének következményeiről is szó esett a nyári szünet előtti szezont záró XIX. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencián, amelyet a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MENT) szervezett.

A maradékelvű finanszírozás helyett a szükségletekhez kellene igazítani a forrásokat – vázolta előadásában **Pogácsa Zoltán** közgazdász, aki szerint a humán tőkébe – oktatás, egészségügy, kutatás, szociális ágazat – való befektetés eredményezheti közép- és hosszú távon az ország gazdasági prosperitását. Ezzel szemben a kormányzatok gazdaságpolitikáját évtizedek óta az államháztartási hiány és az ennek eliminálására szánt megszorítások határozzák meg, ami a Soproni Egyetem docense szerint kártékony és ártalmas. A maradékelvű helyett funkcionális finanszírozásra lenne szükség, ami csökkenti a társadalmi egyenlőtlenségeket, és gyorsabb gazdasági felívelést eredményez.

„Az a baj, hogy hülyeségekre költünk” – jelentette ki a közgazdász, aki az „improduktív” költsékek közé sorolta a Budapest-Belgrád vasútvonal megépítését, a repülőtér megvásárlását, a stadionok felépítését, az MNB-alapítványokba ölt milliárdokat, vagy az M1 autópálya kiszélesítését. Mindezek mellett maradékelven részesül a költségvetés forrásaiából az egészségügy, holott az arra fordított pénzre a jövőbe való befektetésként kellene tekintenie a kormányzatoknak.

Az elmúlt évtizedek elvesztegetett lehetőségeit vette górcső alá összefoglaló előadásában **Sinkó Eszter**, a MENT elnökhelyettese, aki szerint számos ígéretes kezdeményezés hullott a semmibe, még akkor is, ha azok adatokkal igazolhatóan is hasznosnak bizonyultak a társadalom számára. Míg régebről az irányított betegellátási rendszer pilotját említette, a közelebbi múltból a Svájci-Magyar Alapellátásfejlesztési modellprogramot hozta példaként. Ez utóbbi rövid idő alatt számos, az érintett területek lakosságának egészségi állapotában is megmutatkozó eredményt hozott, ennek ellenére nem lett folytatása. Bár a praxisközösségi működés néhány elemében hajaz a modellprogramra, annak folytatása mindössze 35 milliárd forintba került volna, ma viszont 120 milliárd forintot öntünk a költségvetésből a praxisokba.

A SVÁJCI-PROJEKTTŐL A GYÓGYSZERFINANSZÍROZÁSIG

Szűk mezsgyén kell mozognia az egészségügynek – fogalmazott az elemző, aki szerint az ágazat mozgásterét nemcsak az alacsony gazdasági növekedés, vagy a kívána-

tostól elmaradó GDP-arányos részesedés, hanem az uniós források hiánya is behatárolja. Emlékeztetett arra, hogy míg 2010 és 2016 között évente átlagosan 35 milliárd forintba rúgott a kórházak adóssága, 2017-től 2024-ig ez az állomány 71,3 milliárd forintba nőtt, tavaly pedig elérte a 150 milliárd forintot. Bár idén ez az összeg havonta 12,5 milliárd forintot részletekben bekerült az egészségügy finanszírozásába, az eladósodás ütemét tekintve kevés lesz ahhoz, hogy stabilizálódjon az ágazat helyzete, „hiába pörög több száz milliárd a rendszerbe”.

Míg mindezeket összegezve Sinkó Eszter úgy vélte, újra kell gondolni a mára kialakult keret- és irányítási rendszert, és egy újfajta struktúra irányába kell ellépünk, **Karsay Ákos**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) Ártámogatási Főosztályának vezetője azt hangsúlyozta, a NEAK az önálló gazdálkodás mellé visszakapta az önálló ellenőrzési jogokat is, ezáltal pedig mindent megtesznek a költségvetési források megfelelő felhasználásáért. A gyógyszerfinanszírozás területéről szólva kiemelte, hogy a nagyértékű gyógyszerfinanszírozás a legátláthatóbb, legprecízebb finanszírozási módszer, hiszen egészen a betegig végigkövethető a pénz útja.

Saját hatáskörben dönthet a NEAK az egyszerűsített gyógyszerbefogadásról is – javaslatot téve a finanszírozási protokollok módosítására –, a közbeszerzések során pedig tetemes árelőnyt tudnak elérni, ami által több beteg juthat ellátáshoz magasabb színvonalon.

AZ ADÓBESZEDÉS NEM AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓK FELADATA!

A jó egészségbiztosítás az, ami megfelelő védelmet nyújt szükség esetén, és megakadályozza, hogy a betegek elszegényedjenek amiatt, hogy egészségügyi ellátást vesznek igénybe – fogalmazott előadásában **Evetovits Tamás**, a WHO barcelonai irodájának vezetője, aki nemzetközi példákat is hozott arra, miként védelmezik az egyes államok a polgáraikat az elszegényítő, túl magas egészségügyi kiadásokkal szemben.

A katasztrofális mértékű egészségügyi kiadások a legszegényebbeket terhelik leginkább, közöttük is a krónikus betegeket és a nyugdíjasokat. A lakosság legszegényebb 20 százalékát a gyógyszer- és fogászati kiadások terhelik meg a leginkább, ezért gyakori, hogy anyagi okokból abbahagyják a gyógyszeres terápiát, és elhanyagolják a fogazatukat. Ezért a gyógyszer- és fogászati ellátás finanszírozásában fokozott védőmechanizmusokat kell alkalmazni a rászorulóknak számára, amire számos jó gyakorlat ismert az Európai Unióban.

Elavult és rossz gyakorlat, hogy a közellátásokhoz való hozzáférés alapja az egészségbiztosítás befizetése – hangsúlyozta a finanszírozási szakértő, aki szerint az egészségbiztosító feladata nem a jogosultság ellenőrzése, hanem a betegterhek csökkentése: „Hagyjuk az adóbeszedést az adóhatóságra, az egészségügyi rendszer az ellátással foglalkozzon!” – hangsúlyozta. Felhívta a figyelmet arra is, hogy Magyarországon az egészségügyi kiadások több mint felét nem a járulékokból, hanem a mindenki által megfizetett adóból fedezik, ezért sem lehet annak hasznából kihagyni egyetlen állampolgárt sem, aki az unió legmagasabb áfa-kulcsán keresztül hozzájárul a közös büdzsé fenntartásához.

TARTHATÓ AZ ELVÁRT ADÓSSÁG?

Le kell cserélni végre a „bianszerek-modellt” – szögezte le a konferencia második szekcióját nyitó kerekasztal-beszélgetést felvezető előadásában **Iványi Vilmos**, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ mesteroktatója. Az év végi konszolidáció helyett idén 150 milliárd forintot többlet jut az ágazat számára, az év végéig pedig 80 milliárd forint tolerálható adósságállományt határozott meg a döntéshozó. A nagy költségvetésű irányító kórházak jellemzően kedvezően teljesítenek, azonban nyolc intézménynél olyan egyedi, külső probléma áll fenn, ami miatt a finanszírozás nagy részét már felhasználták. Jelentős az éves keret időarányos túllépése 13 szolgáltatónál.

Az igazságtalanságokat szakmafedezeti szorzókkal lehetne kiküszöbölni – vélte a kerekasztal-beszélgetés résztvevőjeként **Velkey György**, a Magyar Kórházszövetség leköszönő elnöke, bár megjegyezte, hogy ugyan egy logikus rendszer épül a teljesítményfinanszírozási elvek rögzítése és más korrekciók nyomán, az intézmények napi problémáit ezek nem kezelik. Úgy vélte, az elvárt adósságállomány keretösszegét 100 milliárd forintra kellene emelni.

Míg Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász úgy vélte, nem eliminálható érdemben az adósság, ameddig az amortizáció költségei nem épülnek be a finanszírozásba, **Pásztélyi Zsolt**, a Medicina 2000 Magyar Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnöke, a ráfordítási munkacsoport vezetője szerint a HBCs megújításától nem szabad csodát várni, a korrekció sem fogja tudni lekövetni az egyedi eltéréseket. A kódkarbantartás folyamatába az orvosokat is be kell vonni – csatlakozott a hozzászólókhoz **Álmos Péter**, a Magyar Orvosi Kamara elnöke, aki szerint az is többletköltségekhez vezet, hogy nincsen karbantartott irányelvrendszer és helyi protokollok.

MERRE JÁR A MAGYAR BETEG?

Az elképesztő sebességgel fejlődő mesterséges intelligencia orvosi szempontú felhasználásának lehetőségeit bemutató előadásokkal nyitotta a konferencia harmadik, a betegútszervezési kérdéseket boncolgató szekcióját **Joó Tamás** adatvezérelt egészségügyi szakértő, a MEMT elnökhelyettese és **Volek Éva** szemész szakorvos, neuro-ophthal-

mológus. Míg Joó Tamás azt hangsúlyozta, hogy a generatív mesterséges intelligenciát immár a mindennapokban is alkalmazhatják az orvosok, úgy a döntéshozatalban mint a kommunikációban, **Volek Éva** arról számolt be, hogy a szemészeti betegségek korai diagnózisa nemcsak a látás, hanem az ideg- és érrendszer állapotáról is számos információt ad. Egy skálázható, egyenlő esélyeket nyújtó szűrési modell és optimalizált betegutak bevezetésével a magasabb rizikócsoportba tartozó páciensek időben jutnának szakorvoshoz, ha a háziorvosok diagnosztikai kapuórként vennének részt a páciensek szemfenéki vizsgálatában. A központi rendszerbe befutó, MI-vel elemzett adatok összegzése nyomán a szemészeti szűrés pontossága nemcsak a megelőzés, de költségcsökkentés szempontjából is kiemelkedő jelentőségű lehet.

Hatékonyabb betegútszervezéssel elkerülhetőek lennének a kórházi kezelések, amelyek száma hazánkban kiugróan magas az unió más tagállamaihoz képest – mondta előadásában **Békássy Szabolcs**. – A definitív ellátást lehetővé tevő háziorvosi hatáskör- és kompetencianövelés, a mellévk mellett újabb kimeneteli indikátorok bevezetése, és olyan új finanszírozási technikák megjelenése, mint a köteget finanszírozás – sorolta a kollegiális háziorvosi vezető azokat az elemeket, amelyekre szükség lenne ahhoz, hogy a páciensek követhetőbb és rövidebb utat járjanak be az ellátórendszer különféle szintjein. Szólt még Krónikus Betegmenedzsment Programról is, amelybe összesen 43 ezer beteg vonható be a szoros praxisközösségben dolgozó háziorvosok által, és amelynek keretében egy praxis 100 beteget jelenthet évente. A projekt időtartama alatt betegenként 40 ezer, azaz összesen négy milliárd forintnyi többletfinanszírozáshoz juthat be egy-egy praxis.

A „dual practice” hazai térnyeréséről számolt be előadásában **Ónodi-Szűcs Zoltán**, a Debreceni Egyetem egészségügyi kancellár-helyettese, aki szerint a paraszolvencia betiltása nyomán kiesett jövedelmeiket egyre inkább a kórház falain kívül igyekeznek legálisan pótolni az orvosok. – A jövedelem restaurációja zajlik – fogalmazott a korábbi államtitkár. A kettős jogviszony bizalomvesztést okoz a közellátással szemben, növeli a várakozási időt, csökkenti az állami ellátások minőségét, és hozzájárul a területi egyenlőtlenség kialakulásához, ezért szükséges annak szabályozása például munkaidő- és jövedelemkorlátozással.

A Naszlady Attila Egészségfejlesztési Program (NAEP) célja a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése a telemedicina eszközeivel a halmazottan hátrányos helyzetű térségek településein – foglalta össze a projektet bemutató előadásában **Nagy Ferenc**, a Máltai Szeretetszolgálat egészségügyi szakterületi vezetője. A Máltaiak mobilklinikáin 40 településen 40 ezer vizsgálatot végeztek el a szakdolgozók, az ellátást online felügyelő orvos támogatásával. Bár a telemedicinális vizsgálatok nem helyettesítik az orvos-beteg találkozást, a szakterületi vezető jelezte: mindössze a páciensek harmada igényel csak további szakorvosi ellátást. Hangsúlyozta azt is, az ellátási forma nem kényelmi szolgáltatás, hanem egymillió lakos nehezített hozzáférése érdekében igyekszik változtatni.

A 256 mentőállomás mellett 209 ügyeleti telephellyel bővült az elmúlt években az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) ingatlanportfóliója, miután a 2022 nyarán indult Hajdú-Bihar megyei pilot nyomán immár országosan koordinálják az új alapellátási ügyeleti rendszert – foglalta össze **Pápai György**, az OMSZ orvosigazgatója, aki azt is elmondta, az ügyeleti pontokon 1,5 millió ellátás történt, telefonon 158 ezer beteget láttak el tanácssal, kórházba pedig 110 ezret kellett irányítani.

A betegek 9-10 százaléka telefonon jelentkezik az ügyeleti pontokon, leggyakrabban bel- és gyermekgyógyászati kórképeket kell ellátniuk a kollégáknak. A páciensek 94 százaléka feleslegesen érkezik az ügyeleti pontra, problémájukkal akár a napközbeni rendelési időben is felkereshetnék háziorvosukat. Nagyobb teher hárul az ügyeleti ellátásra azoknál a helyszíneken, ahol csak részben történik meg a helyettesítés a betöltetlen háziorvosi praxisokban, és megfigyelték azt is, hogy azok a háziorvosok, akik részt vesznek az ügyeletben, jellemzően más kollégák betegeivel találkoznak, ami arra utalhat, hogy ezek a páciensek kevésbé effektív ellátáshoz jutnak. Harmadára csökkent a háziorvosok által lakáson ellátott betegek száma, inkább mentőt hívnak, vagy a sürgősségi betegellátókhoz irányítják a pácienseket.

Az Egészséges Budapest Program (EBP) keretében 11 fővárosi kerületi önkormányzati fenntartású járóbeteg-intézménnyel kötött együttműködési megállapodást a fővárosi onkológiai betegútszervezési feladatok elvégzésére. A helyzetfeltárásról, a szervezési tevékenységről és az ellátási tapasztalatokról számolt be előadásában **Rékassy Balázs**, Budapest Főváros egészségügyi szaktanácsadója, aki arról

is beszélt, milyen kihívást jelentett a szakmai kapcsolatok kiépítése és erősítése a diagnosztikai szolgáltatókkal, az országos intézetekkel, vagy az onkológiai centrumokkal.

TAKÁCS PÉTER AZ EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐJÉRŐL

Az európai egységes egészségügyi adattér (European Health Data Space Regulation, EHDS) bevezetésének kérdéseivel és a digitális átállás aktuális helyzetének ismertetésével nyitotta a konferenciát záró előadását **Takács Péter** egészségügyi államtitkár, kiemelve, hogy a digitalizációs igény a betegek oldaláról is fokozottan jelent meg, az EgységAblak forgalma meghaladta a négymillió belépést.

Folyamatosan monitorozzuk az adósság alakulását a Nemzetgazdasági Minisztériummal közösen, és ha szükséges, beavatkozunk – tért át a finanszírozási kérdésekre, és azt is elmondta, az Országos Kórházi Főigazgatóság feladata lesz az adósságkontroll, ezért számítani lehet a költségvetési felügyelők megjelenésére az intézményekben. Az állami intézményekben bevezették a teljesítményelőírást, de döntéshozóként azt is látni akarják látni, hol és mennyivel esett vissza az orvosi teljesítmény. – Bevezetjük a minőségi indikátorrendszert az ellátásban, és következménye lesz annak, ha valahol nem fogadják a pácienseket – ígérte.

Nem szűnnek meg az intézményi konszignációs raktárak az eszközraktározás és logisztika központosításával – szögezte le a szakpolitikus, jelezve, hogy szükség szerint lehet berendelni az ellátáshoz használt eszközöket a pátyi központból, ami álláspontjuk szerint jobban elosztható készleteket eredményezhet.

Tarcza Orsolya



Dr. Pogátsa Zoltán előadása: A magyar gazdaság adta keretek és az egészségügy



Dr. Evetovits Tamás előadása: Mi jellemzi a jól működő egészségbiztosítási rendszereket? Európai kitekintés



Dr. Joó Tamás (MEMT), Dr. Sinkó Eszter (MEMT) és Dr. Takács Péter egészségügyi államtitkár



Kerekasztal: Dr. Pásztélyi Zsolt, Dr. Dózsa Csaba, Dr. Ivády Vilmos és Dr. Velkey György



Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán előadása: Betegűtszervezés feladatai és lehetőségei a járőrbeteg szakellátók nézőpontjából



Dr. Volek Éva előadása: Szemészeti AI-megoldások értékelése (egészségügyi adattudomány mesterképzés projekt munka)



Dr. Békássy Szabolcs előadása: Betegűtszervezés lehetőségei az alapellátás nézőpontjából

