

Számvetés 2016

Az IME XVI. Vezetői eszköztár – Kontrolling Konferenciáról jelentjük

Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2016. december 8-án tartotta XVI. Vezetői eszköztár – Kontrolling Konferenciáját. A szakmai tanácskozáson a hagyományokhoz híven terítékre kerültek az egészségpolitika és finanszírozás aktuális kérdései, a várható változások és azok lehetséges hatásai, valamint a vezetői eszköztár újdonságai. A konferencia fővédnöke Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár volt.

SZÁMVETÉS '2016

Az ülést **Dr. Pásztélyi Zsolt**, az IME tudományos szaklap felelős szerkesztője nyitotta meg, aki rávilágított: a decemberi időzítés jó alkalmat teremt arra, hogy értékeljük az eltelt esztendő legfontosabb történéseit, és felkészüljünk a következő évben várható változásokra. Hozzátette: tekintettel a másfél év múlva tartandó országgyűlési választásokra, 2017-ben nagy horderejű kormányzati lépésekre vélhetően nem kell számítanunk, ezért ez az időszak a csendes építkezésé lesz. A bevezetőt követően **Öri Károly** ügyvezető igazgató (ILEX Vezetési Tanácsadó Kft.), az IME szerkesztőbizottságának tagja hagyományos évvértékelő előadását interpretálva elmondta, a 2016-os év egészségpolitikáját a fejlesztésekről szóló kommunikáció jellemezte. Az elakadt programok hazai extra forrást kaptak, és kiemelkedően magas abszorpcióval sikerült elkölteni az uniós forrásokat. Januártól új EFOP programok is indulnak, melyek a nővérszállások megújítását, a pszichiátria, a gyermekellátás, a laboratóriumok és patológiák fejlesztését, valamint az egynapos ellátások eszközrendszerének megteremtését célozzák. Az államtitkári programot illetően az előadó megállapította, hogy az alapellátás megerősítése részben megvalósult, a krónikus és szociális ellátás szétválasztásában azonban nem történt előrelépés. A legnagyobb kihívást a főváros következő száz évét meghatározó, új egészségügyi intézmény helyszínének kiválasztása jelenti. Nagy vihart kavart a kancelláriarendszer kialakításának kérdése. A cél a felelősség centralizálása volt, és valós együttműködés megteremtése az intézmények között, közös back office háttérrel. Kimondva, vagy kimondatlanul – fogalmazott Dr. Pásztélyi Zsolt – a kancelláriarendszer felállításának legfőbb célkitűzése az eladósodás megállítása volt, ám a magas politikai kockázat miatt ezt a döntést a választásokig elhalasztották. Felmerült az egyetemi oktatókórház, mint új egészségügyi szolgáltatói kategória, amely gyakorlatilag a Debreceni Egyetem és a Kenézy Gyula Kórház összeolvadását támogatná. Dr. Pásztélyi Zsolt felvetette: szükséges-e, hogy egy kórház beleillesszék egy egyetem struk-

túrájába? Hiszen az egyetemek meg is vásárolhatnának bizonyos oktatási szolgáltatásokat a kórházaktól. Ennek jól működő modelljét láthattuk az 1970-es évek végétől Franciaországban, amit a hazai döntéshozóknak is érdemes lenne végiggondolniuk. Az intézményi gazdálkodással kapcsolatban az előadó hangsúlyozta, hogy másfél évet éltünk meg konszolidáció nélkül. Azóta némileg csökkent ugyan az eladósodás mértéke, ám a szakellátás továbbra is veszteséges marad konszolidáció nélkül. Változott az egynapos ellátások finanszírozása, amelyek részben TVK-mentessé váltak. Nöttek a rehabilitációs szorzószámok, de a krónikus ellátásé nem, vélhetően azért, mert a tervek szerint a krónikus ágyak a szociális szférába kerülnek át. A szeptemberi béremelés hosszas tárgyalásokat követően született meg, melyek során a kormányzat „elment a falig”. Az augusztus 1-jétől belépett finansziális változások nem növelték a kórházak forrásait, a rosszabbul járó intézmények kompenzációját a többlet TVK jelentette. A november-decemberi 45 milliárd forintos, tisztán lejárt adósság alapú konszolidáció nem vitte előbbre a rendszer működését. Annál inkább üdvözlendő a költségmegtakarításra és eredményjavításra novemberben kiírt pályázat, amelynek viszont az volt a hátulütője, hogy az intézményeknek mindössze tíz nap állt rendelkezésükre a december 1-jei beadásig. Ennek ellenére a meghirdetett 15 milliárd forintos keretre összesen 55 milliárd forintnyi beadvány – 880 projekttervezet – érkezett. A nyertes intézményeknek 2017. június 31-ig kell megvalósítaniuk a pályázatukban foglalt fejlesztéseket.

Az egészségpolitika 2017-es kihívásairól szólva Dr. Pásztélyi Zsolt kiemelte az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megszüntetését, illetve Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Központtá alakulását, az ellátás-szervezési funkciók Állami Egészségügyi Ellátó Központba (ÁEEK) történő áthelyezését. A több százmilliárdos nagyságrendű Egészséges Budapest Program legnagyobb kérdése, hogy a majdan kialakuló centrumkórházak hogyan fognak egymáshoz viszonyulni. A legnagyobb változást a szeptemberi béremelés finanszírozásba történő beépülése jelenti január 1-jétől. Az ÁEEK kontrolling feladatkörével kapcsolatban az előadó az egységes számlatükört, az adatok tisztítását, és a módszertan felülvizsgálatának szükségességét emelte ki. Új szempontként jelenik meg az ÁEEK többtényezős indikátor rendszere, kíváncsian várjuk a kompozit mutató hatásait.

SZÚKULÓ MOZGÁSTÉR, BŐVÜLŐ FORRÁSOK

Dr. Sinkó Eszter (IME szerkesztőbizottsági tag, a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ igazgató-helyet-

tese) előadásában a magyarországi egészségügy helyzetét elemezte az ágazat kormányon belüli pozíciója, a kormányzó pártok kontrollja és a kórházigazgatók mozgástere tükrében. Mint elmondta, a 2006-2010 közötti időszakban figyelt fel arra a jelenségre, hogy a politika górcső alatt tartja az egészségügyi tárca tevékenységét. Dr. Horváth Ágnes egészségügyi miniszternek nem sikerült végrehajtania az SZDSZ kormányprogram köntösbe bújtatott pártprogramját, a 2008-as népszavazás koalíciós válsághoz vezetett. Ezt követően Dr. Székely Tamás vette át a tárcát, akinek – bár miniszteri rangja volt – javaslatait az akkori politikai államtitkár rendre felülírta. A kórházigazgatók mozgalmának eredményeképpen az MSZP 40 milliárd forintos adósságkonszolidációt ígért, de a pénz kifizetését a 2010-es választások utáni időszakra halasztották. 2010-ben nem szakpolitikust, hanem szakmai vezetőket neveztek ki az ágazat élére Dr. Szócska Miklós személyében, ám miniszteri rang már nem járt a megbízatásához. Önálló programját, a Semmelweis Tervet a kormány elfogadta, de csak részlegesen sikerült azt végrehajtani. Ennek legfőbb oka az volt, hogy számos olyan kormányzati beavatkozás történt, amelyet nem a tárcavezető kezdeményezett, hanem a többi kormányzati szereplő kényszerített ki. Ilyen volt többek között a kórházak államosítása, az OEP és az ÁNTSZ területi szervezeteinek kormányhivatalokhoz rendelése, valamint a 62 éves korban kötelezővé váló nyugdíjazás. A legfőbb problémát az jelentette – emelte ki Dr. Sinkó Eszter –, hogy a tárcavezetőtől nem a szektor érdekeinek kormányon belüli megjelenítését várták, hanem azt, hogy a kabinet álláspontját képviselje az ágazat felé. A kórházvezetők mozgástere is szűkült az államosítás, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) létrehozása és a nem bővülő források következményeként. Dr. Zombor Gábor szakpolitikusként került 2014-ben az ágazat élére, miniszteri rangot ő sem kapott. A GYEMSZI jogutódjaként 2015-ben megalakult ÁEEK kevésbé erőteljes irányítása és a szűk források révén a kórházigazgatók mozgástere tovább szűkült. Az államtitkár „cölöpjei” közül a kórházvezetés „nagykorúsítását” minden szereplő örömmel üdvözölte. Rokonszenves lépés volt a fiatal szakorvosok, rezidensek felkarolása és itthon tartása, a nettó 270 ezer forintos alapkereset bevezetése. Kormányzati megfontolásból 2014 novemberében elindult a köz- és magánellátás szétválasztása. Az alapellátás új alapokra helyezése sikeres programnak bizonyult. 2015 októberében Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán vette át az ágazatirányítást, miniszteri rangot ő sem kapott. Kormányzati hatékonyságot romboló tényező – mutatott rá Sinkó Eszter –, hogy két olyan kulcsfontosságú ágazat, mint az egészségügy és az oktatás, nem működhet önálló tárcavezetéssel, és a helyzetet tovább nehezíti a kormányzati kabinetek megalakulása.

Az egészségügyért felelős államtitkár öt programjától szólva az előadó kiemelte: a törzskarton megújításának ötlete az alapellátás svájci modelljéből származik, ám egyelőre az orvostársadalom ellenállásába ütközik. A minimum-feltételek kompetencia alapján történő újraértelmezése kapcsán látszik az elmozdulás, zajlanak az egyeztetések a

Szakmai Kollégium illetékes tagozataival. Nem történt meg a szociális céllal használt ágyak kivezetése az egészségügyből, jelenleg a program újragondolása zajlik. Megalkotásra került az Egészséges Budapest Program, de elfogadása csak részlegesen történt meg a budai oldal bizonytalanságai miatt. A kancellári rendszer felállításával kapcsolatban vita alakult ki a Stratégiai Kabinet, az Egészségügyért Felelős Államtitkárság és a Magyar Kórházszövetség (MKSZ) között. Az MKSZ megyei kórházakhoz illeszkedő, teljes körű vertikális integrációra vonatkozó javaslatát nem fogadta el az Államtitkárság. Radikális kormányzati lépésre vélhetően nem kerül már sor a választásokig, bár az államtitkár új javaslatokat készül előterjeszteni. A négy államtitkári „bónuszpont” egyike, a betegbiztonság kiemelt fejlesztési projektté válhat a civil mozgalmaknak köszönhetően. A népegészségügy fejlesztése mintha kezdene feledésbe merülni: a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet helye és szerepe nem ismert. Kiemelt projekt lehet az e-Health program, hiszen az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (ESZSZT) a mai napig nem működik. Ezzel kapcsolatban a legnagyobb problémát az jelenti, hogy nem standard adattartalmak közzéne az intézmények között. A negyedik bónuszpont az egyetemi kórházak törvényi szintű szabályozása, amire Dr. Pásztélyi Zsolt részletesen kitért előadásában. Az egészségügyben radikalizálódó igényeket mutatja, hogy a Magyar Orvosi Kamara 550-600 milliárdnyi pluszforrást tart szükségesnek, a Rezidensek és Szakorvosok Szervezete 660 milliárd forintos közkiadás-növekedésért gyűjt aláírást. A konszolidációs igények folyamatosan jelentkeznek, a lejárt adósság finanszírozására fordított milliárdok viszont sokak szerint azt sugallhatják a kórházaknak, hogy termeljenek adósságot. Üdvözlendők a béremelések, amelyek egyértelműen a kormány értékvaltásáról tanúskodnak – jegyezte meg Dr. Sinkó Eszter, majd feltette a kérdést: mi jelenthet nehezített pályát az államtitkárnak?

Az amúgy is nehézkes kormányzati struktúra még bonyolultabbá válik: már két kabinet előtt is képviselni kell az ágazatot. A háttérintézmények csonkolása az irányítási rendszer teljes megsemmisülését eredményezheti. A legkellemetlenebb, hogy nem teljesültek az állami tulajdonhoz fűződő pozitív elvárások. Gondot okoz, hogy olyan monolit állami egészségügyi rendszert építettünk fel, amelyből teljes mértékben hiányzik a társadalmi kontroll. Az Egészségbiztosítási Felügyeletet követően az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ is megszűnik, így bezárul a kör, senki nincs, aki a betegek védelmét, jogait képviselné. Így kiszolgáltatottá válnak a betegek, de a kórházigazgatók is, bár ez utóbbiak felelőssége a korábbiakhoz képest szerényebb. Összességében elmondható, hogy a modell, amelyre áttértünk, nem jó érdekeltséget közvetít, és rossz működési mechanizmusokat intézményesít. A pluszforrások ellenére még mindig jelentősen alulfinanszírozott a rendszer: bár a béremelésekre jut forrás, a dologi kiadásokra nem, sőt ezek finanszírozása reálértéken csökken. Az összes szereplő (betegek, orvosok, nővérek és intézményvezetők) érezhetően elveszítette a hitét a jobb közfinanszírozott

egészségügy megvalósíthatóságában – összegezte helyzet-elemzését Dr. Sinkó Eszter.

EGÉSZSÉGÜGY: A VERSENYKÉPESSÉG KULCSA

Dr. Csath Magdolna, a Szent István Egyetem professzor emeritája és a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Karának kutatóprofesszora előadásában Magyarország makrogazdasági helyzetét a versenyképesség és a humán tőke szempontjából vette górcső alá. A legújabb hír – miszerint a vállalkozások társasági adója 9 százalékra csökken – az előadó olvasatában azt vonja maga után, hogy több profit marad a cégeknél, ám ezeket az összegeket nagy valószínűséggel ki fogják vinni az országból, így hiányozni fognak az egészségügyből és az oktatásból. Ennek következtében csökkenni fog a versenyképesség, hiszen annak legfontosabb tényezője a humán tőke. Ebből az alaplásból kiindulva elemezte hazánk versenyképességi pozícióját Prof. Csath Magdolna, példákkal alátámasztva, hogy a gazdaságpolitika, a költségvetés, az adórendszer, valamint a kormányzás minősége és hatékonysága nagy ráhatással bír az ország versenyképességére. Mint elmondta, a World Economic Forum (WEF) legutóbbi elemzése szerint Magyarország versenyképessége hat helyezéssel romlott. Legnagyobb versenyképességi problémánk a lakosság rossz egészségi állapota. Miért lényeges ez a kérdés? Az elmúlt két évszázad közgazdászainak elmélete szerint a növekedés legfontosabb feltétele az elegendő mennyiségű munkaerő és tőke. Ezzel szemben a legfrissebb teóriák már a humán vagyoni minőségét – azaz tudását, egészségi állapotát – emelik ki. A Human Development Index (HDI) a sikeres gazdaság és társadalom három fő feltételeként a megtermelt vagyont, az oktatást és az egészségügyet jelöli meg. Bár hazánkban növekedett az egy főre jutó GDP, a másik két kiemelt tényező – az oktatás és az egészségügy – lehúzza a mutatóinkat, melyek szerint 188 ország között a 44. helyen állunk. Az OECD definíciója szerint a nemzeti versenyképesség megmutatja, hogy mennyire képes egy ország – szabad és tisztességes piaci körülmények között – olyan termékeket és szolgáltatásokat előállítani, amelyek keresettek a nemzetközi piacokon, és mennyire képes hosszabb távon is növelni a lakosság reáljövedelmét. A „capacity deprivation” kifejezés pedig arra utal, hogy ha nem hasznosítjuk jól a képességeinket – például rossz minőségű az oktatás és az egészségügy –, nem hasznosul a tudás a munkahelyeken. Állami és nemzeti szinten tehát nagyon fontos, hogy tartsuk karban meglévő értékeinket, beleszámítva a humán tőkét is – mutatott rá Prof. Csath Magdolna.

A Lausanne-i székhelyű szervezet, az Initiative for Management Development (IMD) friss elemzésében – mely különböző tényezők mentén elemzi évente a nemzetek versenyképességét – hazánk az átlagos teljesítményt tekintve a 46. helyen áll 61 vizsgált ország között, egy év alatt két helyezést javítva. A kormányzás hatékonysága tekintetében igen rossz a pozíciónk (54. helyezés), és a cégek eredményessége sem túl jó (56. helyezés), ami abból fakad, hogy

az IMD a munkaerő-megtartó képességet és a cégek kultúráját is vizsgálja. Viszonylag erős pontunk az infrastruktúra állapota (39. helyezés). A visegrádi országokra szűkítve a kört, gyakorlatilag szinte minden tekintetben – kormányzati hatékonyság, cégek teljesítménye, infrastruktúra – az utolsó helyen állunk, kivéve a gazdasági teljesítményt, amely a költségvetési hiány csökkentése érdekében tett erőteljes lépések hatására javuló tendenciát mutat. A cégek nyereségadója tekintetében Magyarország a 12. helyen áll, és látszólag jó a pozíciónk a külföldi tőkebefektetések vonatkozásában is (13. helyezés), ám ne felejtjük el – emlékeztetett Prof. Csath Magdolna –, hogy sokkal több tőke áramlik ki az országból, mint amennyi érkezik. Ugyanakkor nagyon rossz az életminőség (57. helyezés), az oktatási rendszer (53. helyezés) és az innovációs teljesítmény (54. helyezés) tekintetében. Éppen ez utóbbiak befolyásolják leginkább a versenyképességet – fejtette ki az előadó. Amikor országos adatokat elemzünk, fontos figyelembe venni a regionális különbségeket is, amelyek hazánkban drámaiak a megtermelt új érték, az innováció, az egy főre jutó GDP, az alkalmazásban állók nettó keresete és a lakossági fogyasztás tekintetében is. Megdöbbentő a bruttó átlagkeresetek alakulása 2016. január-szeptember között: a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint az átlagkeresetek a pénzügyi és biztosítási ágazatban a legmagasabbak (515 ezer forint), és a humán-egészségügyi, szociális szférában a legalacsonyabbak (150 ezer forint), ami több mint háromszoros különbséget jelent. Sokatmondó adat, hogy az országok GDP-jük hány százalékát költik egészségügyre: az OECD 2015-ös jelentése szerint a listát az USA vezeti (16,9 százalék), hazánk pedig a 7 százalékos ráfordítással épphogy megelőzi az utolsó helyen álló Törökországot (5,2 százalék).

A versenyképesség egyre inkább fontossá váló tényezője a humán tőke aspektusán keresztül, hogy nő, vagy csökken a lakosság lélekszáma. Azt látjuk, hogy a tartósan sikeres országok népessége folyamatosan növekszik. Bár a magyarok várható élettartama javuló tendenciát mutat, a környező országokhoz és az OECD országok átlagához (80,6 év) képest is alacsonyabb (75,9 év). Emellett hazánk népessége jelentősen csökken, annak ellenére, hogy az utóbbi évek adatai szerint a születések száma kicsit javuló tendenciát mutat. Mit tehetnek az egyes ágazatok a saját területükön annak érdekében, hogy növekedjen a népesség? – tette fel a kérdést Prof. Csath Magdolna, és hozzátette, minden tárcának ezt kellene elsősorban végiggondolnia. Létezik ugyanis olyan állam, amelyik ilyen célt tűz ki, mint például az egyik legversenyképesebb ország, Dánia kormánya, amely 2020-ra a leghosszabb életkort megélő polgárok országa kíván lenni. Összefüggés fedezhető fel a versenyképesség mértéke és a között, hogy egy ország lakossága fogy, stagnál, vagy nő. Ha Magyarország lakossága a jelenlegi tempóval fogyatkozik az elkövetkezendő időszakban, míg Szlovákiaé ugyanilyen tempóval nő, akkor 42 év múlva nagyjából ugyanannyi lelket fog számlálni a két ország: 6,2-6,5 millió főt. Mindennek tükrében mit kellene tenni a versenyképesség

növelése érdekében? A humán tőkére fókuszálni, és mindent megtenni azért, hogy az említett negatív tendenciák megforduljanak. A humán vagyona való beruházást nem költségnek kellene tekinteni – mint ahogy azt a legtöbb politikus teszi –, hanem a jövő versenyképessége, és ezáltal a fenntartható gazdasági fejlődés egyik legfontosabb forrásának.

ADÓSSÁGVÁLSÁG: A KITÖRÉS IRÁNYAI

Dr. Dózsa Csaba egyetemi docens (Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar), az IME szerkesztőbizottságának tagja a kórházi eladósodás elméleti hátterét világította meg előadásában. Mint elmondta, a közsféra összes adósságának 60 százalékát a kórházi tartozások teszik ki, ami jelzi, hogy súlyos nemzetgazdasági problémáról van szó. Az alkalmankénti konszolidációk adósságspirálhoz vezetnek, és a bevételi és kiadási struktúra megváltoztatása nélkül csak rövidtávon jelenthetnek megoldást. Kovács Lászlónak (IFUA) az IME hasábjain között publikációjára hivatkozva [1] az előadó a kórházi adósságok növekedésének okaként az alapdíjak elértéktelenedését, a minimálszámok emelkedésének intézményekre rótt kiadási kötelezettségét, az árfolyamváltozás miatti dologi kiadástöbbletet, az ÁFA megemelését és a nem finanszírozott ellátási teljesítményt jelölte meg. Dr. Dózsa Csaba és munkatársai regressziós elemzés keretében vizsgálták, hogy mitől függ a kórházi adósság mértéke. Az egyetlen függő változó – az adósság mértéke az adott kórházak éves kiadási főösszegének százalékában – mellett 14 független változót vettek számításba. A vizsgált intézményi jellemzők között szerepelt az aktív ágyszám, az éves aktív esetszám, az éves súlyszám, a CMI, a kórházak fővárosi, illetve vidéki elhelyezkedése, a földrajzi régió, a klaszter besorolás, valamint az egyetemi, szakkórházi, illetve országos intézeti státusz. Figyelembe vették továbbá, hogy történt-e vezetőváltás az adott intézményekben 2010-2015 között, mennyire volt stabil a vezetés az elmúlt időszakban, rendelkeznek-e az intézmények sürgősségi osztállyal, illetve onkológiai centrummal. Az adatsorból kitűnik, hogy egyik független változó csoport regressziós együtthatója sem érte el a 30 százalékot. A gyenge együtthatók miatt folytatni kell a kutatást – vonta le a következtetést az előadó –, és további külső, vagy belső működést befolyásoló változókat kell kidolgozni, mint például a HR ellátottság, az infrastruktúra jellege és egyéb vezetői jellemzők. A vizsgálat során kitűnt, hogy az egyetemek, a progresszivitás legmagasabb szintjén lévő intézmények és a nagyobb ágyszámú kórházak ugyan leheletnyit, de kisebb mértékben adósodtak el, mint a kisebb városi intézmények. Ez jelzi az irányt, hogy hol keressük a problémát – mutatott rá Dr. Dózsa Csaba – hozzátevé, hogy ennek a jelenségnek éppen az ellenkezőjére épült korábban az a hipotézis, miszerint a gazdasági probléma a progresszivitás legfelső szintjén lévő intézményeknél csúcsosodik ki.

Az adóssághelyzetet objektív módon befolyásoló tényező az bevételek alakulása, az alapdíjak reálértéke, a volumen változása, a központi béremlés, az inflációs környezet, az árfolyam (import árak) alakulása és a technológia-innováció

– állapította meg az előadó. A személyes tényezők között a vezetői készségeket, a képzettséget, a vezetői tapasztalatot, a team munkát, a motivációt és a puha költségvetési korlátot említette. A belső szervezeti jellemzők közül a méretgazdaságosság, a telephely és épületszerkezet, a technikai hatékonyság javítása, a költséghatékonyság javítása és nem utolsósorban a HR ellátottság befolyásolhatja az adóssághelyzetet. Az elmúlt években sokféle elemzés született, amelyek közül az előadó kiemelte Dr. Molnár Andrea kutatását, melyben a laboratóriumi diagnosztika gazdálkodási nehézségeinek okait kereste. Az IME egy évvel korábbi Vezetői eszköztár – Kontrolling Konferenciáján a nyíregyházi Jósa András Oktatókórház gazdasági igazgatója a lehetséges megoldások közül egyedül a laborkassza megemelését tartotta járható útnak. A puha költségvetési korlát következményeit vezette le Kornai János a Corvinus Egyetemen 2008-ban megtartott előadásában. Ha a kórház súlyos pénzügyi helyzetbe került és az adósságállomány elérte a kritikus határt, a következő elágazások lehetségesek: továbbra is bajban van, vagy nincs már bajban, mert internális, vagy externális eszközökkel helyreállították a pénzügyi egyensúlyt, vagy jogutód nélkül megszűnik, illetve beolvad más szervezetbe. Dr. Dózsa Csaba kitért a konferencián több ízben emlegetett, 2016 novemberében történt pályázati kiírásra, mely a kórházi racionalizációt hivatott támogatni. A rövid beadási határidő miatt csak a jól előkészített projekteknek volt esélye a pályázat elnyerésére. Mindenesetre mindenki keresi a kitörési irányokat, amelyek lehetséges útja a belső, vagy a külső racionalizálás. Még mindig vannak tartalékok az egészségügyben az egynapos ellátási forma szélesebb körű alkalmazása, a központi műtőmenedzsment kialakítása, a diagnosztikai vizsgálatok koncentrálása, a szakmai portfólió tisztítása, a telemedicina szolgáltatások nyújtása illetve igénybe vétele, a felesleges betegutak kiváltása, a belső betegutak hatékony megszervezése révén. Emellett a palliatív ellátás bevezetésével, keretgazdálkodással, ráfordítási protokollok kialakításával, a sterilizálás központosításával és az elektronikus dokumentációra való áttéréssel további megtakarításokat érhetnek el az intézmények. Az intézményközi külső racionalizálás lehetősége a méretgazdaságos intézményi struktúrák kialakítása, a fedezeti pont elérését biztosító teljesítményfinanszírozás/kapacitás (ágy, óraszám) arányok kialakítása. Lehetséges út az integrált betegellátási modellek bevezetése, illetve adaptálása több ellátási szereplő bevonásával (kórház, szakrendelés, GP, szociális ellátó, egyház stb.). Reális elvárásokat kell közvetíteni a kórházmenedzsment felé, hiszen a „mindenki legyen nullszaldós” irreális cél – hangsúlyozta Dr. Dózsa Csaba. Hozzátette, hogy a finanszírozás anomáliáit is figyelembe véve kell bevétel-növelő és kiadáscsökkentő célokat meghatározni. A reális elvárás betartható és betartatható, akár szankciót és premizálást is kilátásba helyezve a menedzsment felé. Természetesen forrásbevonás is szükséges. Fontos lenne a magánfinanszírozott betegellátás újraszabályozása és engedélyezése köztulajdonú kórházakban is, és idekapcsolódóan az alapsomag definiálása és kiegészítő biztosítás bevezetése.

Melyek a valódi problémák az eladósodás hátterében? – tette fel a kérdést Dr. Dózsa Csaba. Ide sorolható, hogy megoldatlan a finanszírozás értékállósága: a költségnövelő tényezőket nem követte az alapdíjak értékállósága, hiányzik, illetve esetleges az amortizáció visszafizetése – emiatt vakrepülésben van az intézményi szektor. Felerősödött a puha költségvetési korlát – az intézményvezetők azt tapasztalják, ha eladósodik az intézményük, kimentik őket a konszolidációval. 2012-től túlcentralizálás következett be, de a GYEMSZI és az ÁEEK nem kapott valódi gazdálkodási jogosítványokat és pénzügyi keretet. Ezt a torz szabályozási környezetet részben maga a kormányzat hozta létre az államosítással és a makrogazdasági környezettel. Végül, de nem utolsósorban a napi kontroll helyett a menedzsment autonómia erősítésére lenne szükség – hangsúlyozta ki az előadó.

Összegezve mondandóját kiemelte, hogy az utólagos kórházi konszolidációk önmagukban nem elegendőek a stabil működés megteremtéséhez. Biztosítani kell a kötelező bér-emelések fedezetét, beleértve a minimálbér-emeléseket is. Ha nem sikerül felzárkóztatni a költségszinthez a bevételeket és a kiadási oldalon megfelelő gazdasági ösztönzőket kialakítani, akkor a kórházak visszaesnek az adósságszpirálba. A finanszírozás összegének és jellegének meghatározásánál a technológia-váltást és a terápiás tartalom változását is figyelembe kell venni. Néhány év alatt az utólagos konszolidációt át kell konvertálni racionalizáló pályázatokká. A folyó működés fedezete mellett létre kell hozni az EU-s fejlesztések nélküli „amortizációs alapot” az eszközök és épület-infrastruktúra visszafizetésére, majd további fejlesztésére.

A kórházi eladósodást vizsgálta szakdolgozatában **Tamás Nóra** az ELTE Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan MSc programjának keretében, Dr. Dózsa Csaba témavezetésével. Mint elmondta, arra a kérdésre kereste a választ, hogy megoldotta-e az államosítás a kórházak adósságállományának kérdését, illetve gátat-szabott-e az adósság újratermelődésének. Vizsgálta továbbá, hogy a központosítás hozzájárult-e a kórházak rugalmasságának és hatékonyságának növekedéséhez. A kutatás során hat vezetői interjút készített, szekunder forrásként a Magyar Államkincstár, az ÁEEK és az MKSZ adatait használta fel. Az interjúk során a kórházvezetők a bevétel-növelő tényezők között a TVK-n belüli teljesítést, az épületek, helyiségek bérbeadását, a klinikai vizsgálatokba való bekapcsolódást és VIP hotelszolgáltatások nyújtását említették. Véleményük szerint csökkenthetők a kiadások kiszervezéssel (mosoda, karbantartás), a TVK feletti teljesítés minimalizálásával és a szerződések újratárgyalásával. Optimalizálható a működési hatékonyság a redundáns diagnosztikai vizsgálatok kiküszöbölésével, tömbösítéssel, a logisztika racionalizálásával és folyamatos monitoring tevékenységgel.

ORSZÁGOS HELYZETKÉP

A konferencia következő blokkjában Dr. Németh László főigazgató (ÁEEK) a tulajdonos fenntartói szerepéről szólva elmondta, hogy alapelvük az egyenlő hozzáférés esélyének,

a lakosságárányos, szakmai alapú egészségügyi szolgáltatásnak a megteremtése, a centralizáció és decentralizáció egészséges egyensúlya, a szétaprózott feladatok ellátási koncentrációjának erősítése, a költséghatékonyság és a fenntarthatóság elérése. Az ÁEEK cselekvési programja magában foglalja a népegészségügyi szűrések kiterjesztését, az alapellátás és a szakellátás szinergiájának erősítését, az integrált szakellátás megteremtését feladatarányos kapacitás-szervezéssel, az orvosi és szakdolgozói életpályamodell, a standardizált, protokoll alapú egészségügyi ellátás kiterjesztését, a hatástalan, illetve nem költséghatékony terápiák felülvizsgálatát és az alulfinanszírozottság megszüntetését. Az ÁEEK a fejlesztési irányok közé sorolja a fenntartói pozíciók erősítését és az intézményi működés közvetlenebb kontrolljának biztosítását. Dr. Németh László kifejtette, az ÁEEK fontosnak tartja, hogy a széles szakmai spektrumban és standard ellátásban egy adott település lakosai egy kórházhoz tartozzanak, és a progresszív ellátási betegút a régiókon belül letisztult legyen. A városi – megyei – regionális szintű egészségügyi ellátásban a vertikális elvnek kell érvényesülnie. További elvárás, hogy a speciális feladatot ellátó intézmények funkcionális szinergiában legyenek a multidiszciplináris intézményekkel. Az ÁEEK kihívásai között említette az ESZSZT elindítását, az uniós fejlesztések előremozdítását és az Egészséges Budapest Program megvalósítását. Előadását Darwin egy ideillő idézetével zárta: „Nem a legerősebb és nem a legintelligensebb fog túlélni a változásokban, hanem az, aki a legjobban reagál a változásokra.”

Bakallár Sándor ügyvezető (BSoft Informatikai Kft.) a 2016-tól minden ÁEEK fenntartású egészségügyi intézmény számára kötelező egységes kontrolling kihívásairól szólva áttekintette a kötelező adatszolgáltatással összegyűlt eddigi tapasztalatokat. Török Attila kereskedelmi igazgató (Orgware Kft.) a JDolBer – KIRA adatkapcsolat elindításáról számolt be, kitérve a JDolBer – HENYIR adatkapcsolat részleteire is.

Törökné Kaufmann Zsuzsanna, az EGVE elnöke az egészségügyi ellátást biztosító intézményrendszer gazdálkodásával, annak jelenlegi helyzetével és problémáival foglalkozott előadásában. A gyakorlatból vett példákon keresztül kereste a választ arra, hogy a jogszabályok által kijelölt keretek, a szűkös erőforrások, valamint a folyamatosan fennálló kihívások mellett van-e lehetősége a menedzsmentnek lépéseket tenni a szakmai munka minőségének emelése érdekében. **Dr. Becsei László** főigazgató (Békés Megyei Központi Kórház) két város – Békéscsaba és Gyula – kórházainak fúziójáról számolt be, melynek célja egy olyan hatékony rendszer létrehozása volt, amely – megtartva a két jogelőd kórház addigi eredményeit – az ellátások koordinálásával és specializálásával már rövidtávon is biztosítani tudja az intézmény költséghatékonyabb gazdálkodását. **Dr. Stankovics Éva** főigazgató (Albert Schweitzer Kórház – Rendelőintézet) előadásában a „megörökölt” nehézségeket vázolta fel, majd ismertette, hogy a kórházi menedzsment milyen lépésekkel reagált a finanszírozási kihívásokra. **Béres Margit** gazdasági igazgató (Országos Onkológiai Intézet, OOI) az egységes osztályos kontrolling rendszer bevezetésének tapasztalatairól

számolt be. Mint elmondta, az intézményben 1993 óta működik kontrolling, így a korábbi évek alatt kialakított folyamatokat és módszereket kellett hozzáigazítani az új elvárásokhoz. Annak ellenére, hogy egy szakkórház esetében a beillesztés számos nehézséggel jár, és az ÁEEK szöveges értékelése számos hibára rávilágított, az OOI első negyedéves jelentése dicsérő oklevélben részesült. Mint elmondta, hasznos kezdeményezésnek bizonyult a fenntartó által szervezett workshop, ezért további hasonló rendezvényekre lenne szükség. **Répás Csabáné** kontrolling osztályvezető (ÁEEK) a fenntartott intézmények adatszolgáltatása alapján foglalta össze az

osztályos kontrolling módszertan alkalmazásának eddigi tapasztalatait. 2016 első negyedévében az ÁEEK fenntartásában működő intézmények 93 százalékától érkezett adatszolgáltatás. 51 intézmény adatszolgáltatása bizonyult megfelelőnek, 6 intézmény csak részben teljesítette ilyen irányú kötelezettségét, 34 intézmény pedig ellentmondásos adatokat küldött be. A második negyedévben némileg javult a helyzet, hiszen már 86 intézménytől érkeztek értékelhető adatok. Répás Csabáné kilátásba helyezte, hogy az eddigiek során felgyülemlett tapasztalatok alapján a későbbiekben sor kerülhet a módszertan finomhangolására.

Munkatársunktól

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kovács L: Miért úsznak a kórházak adósságban? A kórházi adósság megnövekedésének okai 2009-2015

között. IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy Az egészségügyi vezetők szaklapja, XV. évfolyam, 2016./3. 5-8 oldal

Az évzáró konferencián sor került az „IME ÉV ELŐADÓJA DÍJ” eredményhirdetésére is. Az IME konferenciasorozat keretében 2016-ban elhangzott mintegy 230 előadás közül a hallgatóság szavazatai alapján kerültek kiválasztásra a díj nyertesei.

„AZ ÉV IME ELŐADÓJA” DÍJAZOTTJAI 2016-BAN

Az első helyezett **Prof. Dr. Molnár Zsolt** tanszékvezető egyetemi tanár (SZTE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet) V. Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencián elhangzott „Szepszis – egy népegészségügyi probléma” című előadása lett. A második helyezést **Dr. Sinkó Eszter** igazgató-helyettes (SE Egészségügyi Menedzserképző Központ) X. Jubileumi Regionális Egészségügyi Konferencián elhangzott „Merre tovább egészségügy” című előadása és **Dr. med. habil Dank Magdolna** igazgató (SE Onkológiai Központ) IME-META X. Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencián elhangzott „Immuno-onkológia – új szemlélet az onkológiában” című előadása nyerte el. Harmadik helyezett **Prof. Dr. Szilvási István** osztályvezető főorvos (MH Egészségügyi Központ Nukleáris Medicina Osztály) XI. Jubileumi Képző Diagnosztikai Továbbképzés és Konferencián elhangzott „Merre tart a PET? Perspektívák alulnézetből” című előadása, valamint **Dr. Battyáni István** egyetemi docens (PTE KK ÁOK Radiológiai Klinika) ugyanezen rendezvényen elhangzott „A sugaras vizsgálatok megítélése a kockázat tükrében” című előadása lett. A negyedik helyezett **Dr. Rácz Jenő** (Magyar Kórházszövetség) XV. Vezetői eszköztár – Kontrolling Konferencián elhangzott „Kórházi helyzetkép” című előadása nyerte el. Az ötödik helyezést **Dr. Nagy Kamilla** higiénikus főorvos (SZTE Szent-Györgyi Albert KK Kórházhygiénés Osztály) V. IME Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencián elhangzott „Szepszis a kórházhygiénikusok mindennapjaiban” című előadása nyerte el.

Szerkesztőségünk nevében minden nyertesünknek szívből gratulálunk!

