

Beköszöntő



Tisztelt Olvasóink!

Az őszi hónapok rendszeres egészségpolitikai sztártémája a kórházi adósságok mértéke, annak kezelése. 2023-ban sincs ez másként, sőt az egymást követő válságjelenségek és ezek kezelésének hiánya miatt ez az összeg soha nem látott magasságba emelkedett, szeptember végére elérte a 109 milliárdot.

Hogy kerülhetünk ide? – tesszük fel ösztönösen a kérdést, annál is inkább, mivel a kormányzat évről évre fogadkozik: „ez volt az utolsó év, hogy ez megtörténhetett”. Meglepetésként kellett, hogy ez érjen bennünket?

Ehhez vegyük számba az okokat, a kórházi költségeken belüli részarány figyelembevételével:

- energiaköltségek drasztikus emelkedése: évi 35-40 milliárd forint,
- szolgálati elismerések emelkedéséből származó, bevételi oldalon nem kompenzált bérköltség: nagyjából évi 25 milliárd forint,
- infláció a kórházi anyag, alapanyag, eszköz és szolgáltatási beszerzések terén: 24 milliárd forint többlet forrásigény.

Máris ott vagyunk 85-90 milliárd forintnál, amely a felgyülemlett adósságok zömét kiteszi, a többi a „szokásos” 40-50 milliárd forint. Felmerülhet, hogy akkor ez így rendben van, meg is magyaráztuk a helyzetet, és már csak többletforrást kellene beletenni a rendszerbe. Azonban a kérdés úgy is feltehető, hogy mit tettek a szereplők, hogy ezeket a veszteségeket csökkentésük? Hogyan lehetne a költségnövekedést a hatékonyságnövelés szolgálatába állítani? Ehhez a kiadások jogos, elismerhető költségeit, illetve a terápiák fejlődéséből származó többletköltségeket kellene ismernie az ágazatirányításnak, és megvizsgálni, nem léptek-e túl ezeken a kereteken egyes szolgáltatók? Egyáltalán: mi az indokolt, elfogadható, finanszírozható költség szint?

Bizony az erre a kérdésre adandó válasszal régóta adós az ágazat. A '90-es évek rendszerváltó eufóriájában Magyarország nagy energiabefektetéssel megalkotta saját, átlagköltségen alapuló esetfinanszírozási technikáját, amely akkor egész Európában nagy újdonság volt. A kialakított normatív súlyszámok, német pontok jól megfelelték a valós költségeknek, és nagyon egyértelmű gazdálkodási irányt szabtak a költséghatékonyságot vezetői eszközként, irányadó értéként kezelő menedzsmenetek számára. Azóta a rendszer folyamatos karbantartása elmaradt, kézi és részleges finomhangolások elvégzésére jutott csak erőforrás.

Az újrakezdést azonban sok minden hátráltatja: általában a világ működése, az emberi erőforrás hozzáállása, lelkesedése, ára, az informatikai rendszereink lehetőségei gyökeresen megváltoztak. Nézzük csak meg, mi mindent is kellene átgondolni!

- A kórházi összköltség 10-15%-át kitevő egyedi anyag, eszköz, gyógyszer automatizált, egyedi ellátási esetre történő gyűjtését.
- Az ennél is nagyobb arányt jelentő – az összköltség 65-75% százalékát kitevő – osztályos bérköltségek, egyéb közvetett diagnosztikai, „hotel” és a központi irányítási költségek egységes szempontrendszerű, valid, auditált felosztását esetszintre.
- Az esetszintre számított költségek felösszesítésével kalkulációs módszertan illesztését az egészségpolitikai elvárások és lehetőségek figyelembevételével. Ugyanis tökéletes mérési módszertan nincs, minden esetben számítani kell torzításokra, a választott módszertan mellett elégtelen visszakövethetőséget rejtő helyzetekre. Az egészségpolitikának meg kell értenie, melyek lesznek a prioritások a ráfordításvizsgálatban, milyen limitációk mellett fogadjon el a módszertant, azaz mire nem kaphat választ az adatgyűjtésből.

Vegyük részre, hogy nem vagyunk teljesen eszköztelenek! Az elmúlt évtizedben megjelentek kórházi esetszintű költséggyűjtési technikák. Van osztályos költségeket figyelő, országosan elterjedt és szabályozott kontrollingrendszerünk, amely továbbfejleszhető az ellátott eset szintjére történő felosztások irányába – e körben a legnagyobb kihívást költségvolumene, követhetőségének nehézsége miatt az egészségügyi dolgozók bérének felosztása jelenti. Az osztályos kontrollingrendszerek mechanizmusának megfelelőségét azonban ellenőrizni és validálni, eltérés esetén korrigálni kell intézményenként. Végül a folyamat „tetejére érve”, a '90-es években született, nagy részletességű, ám jelentős kézi feldolgozást tartalmazó, meglévő kalkulációs módszertannak az előző két pontban leírt és automatikusan előállító, utólag nem módosítható felosztásokhoz való igazítását kell megoldani. Megannyi átgondolandó csapásirány, és a stakeholdereket sok irányból kell majd bevonni ebbe a munkába. Nehéznek ígérkezik az ehhez a munkához folyamatosan szükséges személyi feltételek megteremtése mind a központban a NEAK-nál, mind pedig a végeken: a kórházakban és szakrendelőkhöz.

Csak remélni tudjuk, hogy eljöhét egy olyan korszak, amelyben az egészségügyi költségvetés már a tervezéskor figyelembe veszi a változó környezeti paramétereket, az esetek költségeit költségnemenként újraszámolja, majd ebből új normatív paramétereket állít elő. Akkor talán már nem kell rácsodálkoznunk az őszi hónapokban az éves kassza akár 8-10%-át kitevő fedezethiányokra. Egyúttal az ezért viselendő felelősség is könnyebben megállapítható lesz...

Dr. Pásztélyi Zsolt
felelős szerkesztő

a Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság tagja