

Fókuszban az egészségpolitika: kihívások, finanszírozás, adatvezérelt megoldások, aktualitások

Beszámoló az IME Menedzsment és leadership konferenciáról

Széles palettán adott áttekintést az egészségpolitika kihívásairól, az ágazat aktuális helyzetéről, az adatvezérelt ellátásról és a finanszírozásról az IME Egészségügyi szaklap 2023. december 7-i, négy szekcióból álló XXII. Menedzsment és leadership konferenciája, amelyet a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT) szervezett.

1. KEYNOTE SZEKCIÓ: AZ EGÉSZSÉGPOLITIKA AKTUÁLIS KIHÍVÁSAI

Az alapellátástól a megyei intézmények összevonásáig tekintette át a 2023-as évet Őri Károly, az ILEX Vezetési Tanácsadó Kft. ügyvezető igazgatója. Bár 2023. februárban visszaállították a teljesítményfinanszírozás rendszerét, amely – a TÉK (teljesítmény éves keret) visszavágásával együtt – komoly veszteséget jelentett a bázisévhez (2019) képest még mindig 70-80 százalékon teljesítő intézmények számára. A felpörgő teljesítmény mellett a kórházakban és a szakellátásban tavasz végétől, nyár elejétől több helyütt akadózott a betegfogadás, a nagy és kisebb szolgáltatóknál egyaránt, elsősorban az orvos- és szakdolgozóhiány nyomán. Újabb érvágást prognosztizált a szakember a közreműködői szerződések kivezetése, a bérnövéri rendszer felszámolása miatt. *(Ami azóta be is következett. A Szerk.)*

A márciusban, a Magyar Közlönyben megjelent rendelet július 1-jével kilátásba helyezte, hogy elkezdődik a hosszú ideje várt és félt megyei integrációs folyamat, ám arra senki nem számított, hogy az egyetemi megyékben vezetik be elsőként. Ez 2023-ban nemcsak az intézmények, hanem a védőnők átvételét is jelentette a megyei kórházak számára; a folyamatot számos konfliktus kísérte a kollégák nagy száma, a heterogén infrastrukturális háttér és az előkészítetlenség miatt.

Ugyancsak rendeletben rögzítette a kormány, hogy január 1-jével a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság (KEF) veszi át az intézmények üzemeltetési feladatait, a nyár folyamán átvett 29 fővárosi szolgáltatóhoz 81, az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) fenntartásában álló intézmény csatlakozik. Bár a budapesti pilottal voltak problémák Őri Károly szerint, végül a folyamat el tudott indulni.

Az alapellátásban elindul a praxisok méretarányosítása; az új alapellátási ügyeleti rendszer kiterjesztésének befejezését 2024-re ígéri a tárca, ugyanakkor nem látszik, pontosan mit terveznek a praxisközösségekkel. A rendelőintézetek államosításának előkészítése mellett – amely a költségvetési szervezeti formába történő visszaalakítást jelenti – 2024 őszére időzítették a CT- és MR-szolgáltatások állami tulaj-

donú ellátók kezébe történő visszavételét, amelyet jelentős eszközcsere-program támogatna.

A tetemes országos adósságra érkező 90 milliárd forintos rekord konszolidáció csupán a novemberi adósság 75 százalékos lefedettségét jelentette. Tavaly már egyetlen kórház sem maradt adósságmentes – hívta fel a figyelmet Őri Károly, míg Ivády Vilmos, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának mesteroktatója arról beszélt, a rendszerben nincsenek érdekeltségek az eladósodás csökkentésére. A megoldást a HBCs finanszírozás súlyszámainak szakmafedezeti szorzók figyelembe vételével történő korrekciójában látja, megjegyezte ugyanakkor, hogy az üzemméret csökkenésével romlik a fedezet, ami többlet-súlyszámmal nem javítható. Itt egyéb kompenzációs mechanizmusokra lesz szükség.

A komplex beavatkozás és a jól kialakított ellátás-szervezési funkciók közötti intelligens egyensúly hozhatja létre az integrált rendszerirányítást, amelynek szervezeti feltételei alacsony befektetéssel biztosíthatók az egészségügyi programokban – zárta az első szekciót a WHO Magyarországi Irodájától Szigeti Szabolcs szakértő előadása. Az integrált rendszerirányítás nyomán javulnak a hatékonysággal és a minőséggel összefüggő eredményességi indikátorok, a tematikus programok menedzsmentjének megfelelő kialakítása és működtetése pedig már rövid távon is gyors és jelentős eredményekkel járhat.

2. SZEKCIÓ: FINANSZÍROZÁS ÉS KÓRHÁZMŰKÖDTETÉS

A kódkarbantartás és ráfordításgyűjtés részleteiről számolt be előadásában a Finanszírozási Kódkarbantartó Bizottság tagjaként Pásztélyi Zsolt, aki bemutatta a most induló ráfordítási munkacsoport munkáját. E grémium tevékenységének célja egy új kalkulációs módszertan elkészítése, ennek alapja az osztályszintű kontrolling átalakítása oly módon, hogy a bérköltségek jobban feloszthatók legyenek esetszintre. Hozzátette azt is, hogy ezzel egyidejűleg az amortizáció, a műszerbeszerzések és az ápolási igény kérdését is elő kell venni, mert ezek költségeinek jó felmérése alapvető a megbízható eseti betegszámla kialakításához.

A kardiológiai rehabilitáció kötegelte finanszírozásának lehetőségét vizsgálja az a projekt, amelyről Kósa István, a Szegedi Tudományegyetem Preventív Medicina Tanszékének vezetője számolt be. Az egyetemen folyó pilot célja az új ellátási modell alkalmazhatóságának vizsgálata különböző egészségműveltségű személyek esetén, a ráfordítások és kimeneti mutatók értékelése. Az eddig gyűjtött adataik alapján krónikus betegségek esetén egy éves kötegelést javasol-

nak, egyéb esetekben a 90-180 napos kötegelés biztosít fe-
dezetet.

Borús képet festett előadásában a vezetői utánpótlás és generációváltás terén Antal Zsuzsanna, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának (SE EMK) munkatársa, aki az egészségügyi vezetői szerepeket és dilemmákat vette górcső alá életútinterjúkban. Ezekből kiderült, hogy a megszólalóknak nem voltak személyes indítékaik és motivációik a vezetővé váláshoz, nem is nagyon vágytak arra, hogy vezetők legyenek, ugyanakkor abban bíztak, hogy ezzel a szerepkörrel lehet élni, jobbá téve az egészségügyet.

Betegbiztonság, betegélmény, az ellátás hatékonysága – ezek a brit egészségügyi ellátórendszer alappillérei. Mindez Végh Attila előadásából derült ki, aki az európai kórházi rendszerekre adott kitekintést. Nagy-Britanniában mintegy 4 ezer milliárd font kezelését adták a házi orvosok kezébe, mert úgy vélték, az állami intézmények nem kellően betegközpontúak, inkább bürokratikus pénzügyi szervezetek. Az NHS kórházainak főigazgatói széles körű önállósággal bírnak a pénzügyi és klinikai döntésekben, ám ez az autonómia gyorsan el is veszíthető, mert probléma esetén a felügyeleti szerv szigorúan közbelép.

A minőségre nemcsak Angliában, hanem Németországban is kiemelt figyelmet fordítanak, ahol ugyancsak a legszélesebb körű transzparenciára törekuszenek. De hasonló a helyzet Svédországban is, ahol a klinikai hatékonysági regiszterek teljes körűen nyilvánosak. Végh Attila megemlítette azt is, hogy egyes elektív ellátások egyáltalán nem érhetőek el az állami ellátást nyújtó svéd kórházakban, azokat a magánszolgáltatók biztosítják, jobb minőségben és olcsóbban – összekapcsolva a minőséget és a finanszírozást.

Január 1-jével 81 intézmény üzemeltetéséért felel a KEF – derült ki Bodó Attila, a szervezet főigazgató-helyettesének beszámolójából. 3-4 ezer ingatlan 4 millió négyzetméteren szervezik majd a takarítási, védelmi/recepció és műszaki feladatokat, valamint 2 millió négyzetméteren biztosítanak kert- és parkfenntartást. A személyi állomány átvétele nem automatikus jogutódlással történik, a dolgozók a szolgáltató partnerekhez kerülnek.

A kórházak és a KEF között elszámolás nincs, a főigazgatóság a központi költségvetésből kapja a fenntartáshoz szükséges forrásokat. Az átvétel célja az orvosi/nem orvosi területek szétválasztása, és egy országosan homogén infrastruktúra működtetése, ami a főigazgató-helyettes szerint költséghatékonyságot eredményez.

A kormány egyik kiemelt projektjéről, a meddőségi ellátások állami monopólium alá vételéről számolt be előadásában Vesztergom Dóra, az államosított meddőségi központok irányítására felállított Humánreprodukciós Igazgatóság vezetője. Míg korábban a meddőségi intézetek jellemzően magánszolgáltatók voltak, országsszerte heterogén elhelyezkedéssel, szűk (nem fizető) kapacitásokkal, a tervek szerint a következő három évben az alapellátás szintjén is megjelennek a meddőségi szakambulanciák, a megyékben pedig az asszisztált reprodukciós központok.

Átkódolták a finanszírozást, beemelték a reprodukciós medicinát a ráépített szakvizsgák sorába, és bevezették az andrológia licencvizsgát és szakasszisztens-képzést is – sorolta az eddigi intézkedéseket a szakember, hangsúlyozva azonban azt is, hogy az etikai kérdések szabályozását is napirendre kell venni az ivarsejt- és embriódonáció területén.

Az adatszolgáltatás sarkalatos pontja a rendszernek, ami nemcsak az adatok gyűjtését, hanem az azok és az azokból származó szakmai értékelések visszacsatolását is jelenti, hiszen csak így igazolhatók az elvárt eredmények. Hálózat- és irányelvfelállítás is zajlik a daganatos betegek termékenységének megőrzése érdekében.

Bár az államosítást követő 2 évben megduplázódott az ellátott páciensek száma, a megszülető gyermeké viszont nem nőtt annyival, mint azt remélték – számolt be az in vitro fertilizáció (IVF) kezeléseket eredményességéről Vesztergom Dóra, aki szerint nagy szükség lenne a reprodukciós edukációra, ezért tervezik az ezzel kapcsolatos ismeretek beépítését az általános iskolai tananyagba.

3. SZEKCIÓ: ADATVEZÉRELT EGÉSZSÉGÜGY

A nagyhatalmak gyarmatként tekintenek azokra, akik a mesterséges intelligencia (MI) piacán legalább a cserekereskedelem szintjén nem jelennek meg – fogalmazott szekciónyitó előadásában Szócska Miklós, az SE EMK igazgatója. A változásmenedzsmenettel érintő tanácsai sorában hangsúlyozta, hogy erőforrás nem csak a pénz lehet, hanem a tudás is, amely mellé megtartó menedzsmenti környezet is szükséges, hogy „oldjuk a szorongásokat és frusztrációt, mert ilyen környezetben kannibalizálják egymást az emberek”.

A minőségi hatékonyságnövelésre adott digitális választ az Országos Mentőszolgálat, amelynek főigazgatója, Csató Gábor a szervezetnél bevezetett újításokról számolt be. Például a digitális betegadatokat már 2018 óta használják a döntéstámogatásban. Az adatok megfelelő használata megmutatja, hogy egy-egy időszakban hová kell többletkapacitástallokálnia az OMSZ-nak, egy MI algoritmus pedig 2 százalékos tévedési valószínűséggel becsüli meg, hogy a következő 15 percn belül hol várható a fővárosban olyan probléma, ahol segítségre lehet szükség. A mentőkerékpárokat például már ennek segítségévelallokálják. Immár 750 ezer letöltésnél tart a szolgálat applikációja, amely ügyeleti és gyógyszer-tártérképét is tartalmaz, valamint élesben tesztelik a videókapcsolatot az appot használó és a szolgálat között.

Míg az esetszintű kontrolling és ráfordításgyűjtés informatikai támogatásáról ifj. Bakallár Sándor, a BSoft ügyvezető igazgatója tartott beszámolót, Kovács Tamás, az SE EMK képviselőjében arról beszélt, hogy az EESZT és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) adatainak felhasználása lehetővé teszi a korai felismerést és a hatékonyabb személyre szabott kezelési módszerek kiválasztását. Míg a korábbi adatáramlás a NEAK irányába zajlott, és abban a finanszírozás volt meghatározó, az EESZT-ből már némi visszaáramlás is megfigyelhető az egészségügyi tartalmi

adatok tekintetében, ami javíthatja az orvosi döntéshozatalt.

Egyszerre van jelen a magyar egészségügyben a kórkorszak és high tech, ahol papír van, az gyanús – jegyezte meg Kováts Tamás, hangsúlyozva azonban, hogy a betegek lábnyomai nagyon informatívak, és jól használható adatokat biztosítanak, amelyeket fel kell használnunk.

4. SZEKCIÓ: AKTUÁLIS VÁLTOZÁSOK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Szétfőredezett ellátórendszer, kórházközpontú struktúra, szocialista típusú ellátás a hozzá kapcsolódó finanszírozási elemekkel és betegutakkal – ezen kell változtatni Takács Péter egészségügyért felelős államtitkár szerint. Az eszközök: érvényt kell szerezni az üzemgazdaságossági alapelveknek, és megfelelő szintre kell emelni az ellátás-szervezési és döntési funkciókat.

Ez utóbbi indikálta, hogy az alapellátás szervezését járási, a szakellátását pedig vármegyei szintre delegálják. Az üzemgazdaságosság szempontjait az alapellátásban érvényesítik a körzetek beolvasztásával, amelyért az OKFŐ Alapellátási Igazgatósága felel. 2028-ig a 300-400 fős betöltött, de racionálisan nem fenntartható praxisokat kivezetik. Az alapellátási ügyeletet korábban profitorientált cégek látták el, ezeket országsszerte sikerült kiszorítani az új ügyeleti rend bevezetésével, amelynek nyomán a sürgősségi osztályok betegforgalma csökkent, ahogyan az indokolatlan mentővonnulásoké is 15-20 százalékkal. A telefonos triázzsal kiszűrhetők az indokolatlan hívások.

Kórházakat nem zárunk be, azokat járási egészségközponttá fejlesztjük annak érdekében, hogy megvalósuljon a lakóhely közeli ellátás – szögezte le az államtitkár, aki elmondta azt is, sávós bérrendszert vezetnek be a szakdolgozók körében, amely a munkaterhelést is figyelembe veszi.

Mivel 20-30 százalékkal csökkent a kórházi betegforgalom, 2024-ben a fekvőbeteg-ellátási kassza terhére bővíti a járóbeteg-ellátás keretösszegét – ígérte Takács Péter, aki a finanszírozással kapcsolatban úgy fogalmazott: „elvárom a NEAK-tól, hogy biztosító fejfel gondolkodjon”.

Az államosítást követően másfélszeres esetszám növekedés volt tapasztalható az IVF-ek területén. Erről már Pónusz-Kovács Dalma, a Pécsi Tudományegyetem tudományos segédmunkatársa beszélt a szekció második előadásában. Míg 2020-ban 9747, addig 2022-ben 14 716 IVF történt. Országosan évente 114 eset jutott 10 ezer lakosra, ebből a

budapestiek részesedése meghaladta a 19 százalékot. Bár a legnagyobb forgalmat a Szent János kórház bonyolította, kiugró növekedés volt tapasztalható a Semmelweis Egyetemen – amelyet a debreceni, majd a pécsi egyetem követ, a sort a szegediek zárják –, ahol megnégyszereződött az IVF-ek száma. Egyúttal nőtt azoknak a nőknek az átlagos életkora is, akik igénybe vették a meddőségi kezeléseket.

Elsőként a négy egyetemi megyében történt meg az ellátó intézmények összevonása, ennek tanulságairól beszélt a konferencián Boncz Imre, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar kapcsolati dékánhelyettese. A fúzió során nagy kihívást jelentett a betegellátás folyamatos biztosítása úgy, hogy menet közben kellett újragondolni a progresszivitási szintek közötti együttműködést, összhangba hozni az egyes szolgáltatók medikai informatikai rendszereit, és egységesíteni a gyógyszerkészleteket és a műszerparkot.

2012-ben 29 kórház lesz Magyarországon – idézte fel mintegy tíz év távlatából Tóth Ildikó, a Bács-Kiskun Vármegyei Kórház stratégiai igazgatója, aki úgy vélte, a mára megvalósulni tűnő centralizáció még 2011-ben kezdődött. A megyei és a megyében működő városi kórházak eddig egymással versenyeztek a dolgozókért és a betegekért, mindközben a kórházi ellátás helyébe az egynapos sebészet, a kúraszerű ellátás és járóbeteg-szakellátás lépett, így jelentős számban váltak feleslegessé az ágyak. Tovább szorítja a rendszert, hogy ma nincs elég egészségügyi dolgozó a jelenlegi struktúra működtetésére.

Miközben a megyei kórházak elveszítik a gazdasági önállóságukat, sokan úgy vélik, a szakmaiságuk is odavész, mert az irányító kórház elviszi a jó szakembereket, megszünteti a párhuzamos ellátásokat, és végül a kisebb városi kórházak csak egynapos sebészeti ellátást végezhetnek.

Mára – legalábbis az ágazatvezetés és a politika oldalán – egyre többen belátják, hogy a jelenlegi struktúra nem tartható fenn, a szektorban dolgozók most sem látják világosan, hogy a rendszer átalakítása szükségszerű és nem önkényes – zárta Tóth Ildikó.

A szekció és a konferencia záró előadója, Urbán Edina, a Váci Jávorszky Ödön Kórház főigazgató főorvosa ugyan csak az integráció kapcsán beszélt a változásmenedzsment és az alkalmazkodás szerepéről. Úgy vélte, a kórházi ellátórendszerben meginduló radikális változásokat a betegellátás működőképességének megtartása mellett csak egy szakmailag felkészült végrehajtó apparátus tudja menedzselni, világosan kidolgozott stratégia mentén.

Tarcza Orsolya