**Mi a veszélye a 2016. évi költségvetési tervezetnek a kórházi ellátásunkra?**

A 2016. évi költségvetés tervezete alapján jelenleg az egészségügy jövőre sem számíthat a szükségszerű finanszírozási előrelépésre. Béremelésre megjelent a gyógyító-megelőző kassza célelőirányzatai közötti 16 milliárd forintos összeg, nagyságrendileg a mozgóbérek jelenlegi bérszínvonalra korrigálásához elegendő. Ez a forrás sajnos nem elegendő a szükséges ápolói és szakorvosi béremelésre. Az alapellátás kiadásaira az évenként megígért 10 milliárd forintos előrelépés fedezete megvan, de az összevont szakellátások címszóban szereplő fekvő- és járóellátások pusztán 5 milliárddal kapnak többet, mint az idei költségvetési tervezetben szerepel. Ez alapdíjemelésre nem elég. A 2015-ben adósságrendezésre biztosított, és a kórházakat a következő hetekben elérő 60 milliárd forint nem épül be a költségvetésbe, így jövőre változatlan finanszírozási feltételek és szakmai teljesítmény elvárása mellett az adósság megelőzésére nincs lehetőség.

Meggyőződésem szerint ez kritikus helyzethez vezet – veszélyes a társadalomra, annak békéjére, és a gazdaság növekedésére is. Számot kell vetnünk: miért van ez így, mit nem tudunk betegekként, ápolókként, orvosokként, kórházvezetőkként, egészségpolitikusokként megértetni a számok alakítóival?

A ***demográfiai helyzet*** a források gyors növelését igényli. Olyan változások zajlanak, amelyek hosszú távú stratégia megalkotását teszik szükségessé az elkövetkező évek szolidaritás elvű egészségügyi közellátásának fenntartásához. Nem lehet a továbbiakban a helyzetet évről évre *valahogy átvészelni*. Igaz, hogy a természetes fogyás (az adott évben meghaltak és megszületettek közti különbség) nő, amit ugyan némileg enyhít a nemzetközi vándorlás pozitív egyenlege, de ezzel együtt is 28.000 fővel éltek kevesebben Magyarországon 2015. január elsején, mint egy évvel korábban. Kevesebb az ellátott, és mégis többet kell költeni. Ennek egyik oka, hogy az egykori magyar baby boom, az ötvenes évek elejei Ratkó-korszak gyermekei idősebbekké, betegebbekké, egyre inkább ellátásra szorulókká válnak, miközben járulékot – nyugdíjba vonulásukkal – egyre kevesebben fizetnek. Vagyis jelentősen nő az ellátási szükséglet, miközben csökken a forrás. A KSH adatai szerint a 65 év felettiek száma 32 ezer főt meghaladó mértékben nőtt 2015-ben az előző évihez képest. Talán jobban nő a szülési kedv is, ami reményt jelent demográfiailag és nemzetpolitikailag, ám az ellátást valóban igénylők számát ugyancsak növeli, a befizetőkét viszont nem. Azért van így, mert a születés körüli időszak is rizikós, és ezért az egészségügy költségeit növeli. *Vagyis tévedés, hogy a csökkenő lakosságszám kisebb költségigényt jelent*. Valójában a demográfiai mozgások, így az elöregedés és a halálozás növekedése és a születések számának növekedése is plusz kiadásokat okoz, miközben a befizetések csökkennek. A migráció ezt nem tudja ellensúlyozni, hiszen a bevándorlók befizetései feltételezhetően a saját egészségügyi ellátásukra sem elegendők – azaz, a teher ez által tovább nő. Még egy adalék: az ötvenes években születettek között sok ápoló és orvos van. Az ő nyugdíjba készülésük aggasztó: a kritikusan alacsony szakápolói és szakorvosi létszám hirtelen csökkenése elviselhetetlenné teheti az ellátási gondokat. Ez csak tudatos képzési programmal, és vonzó életpályamodell megalkotásával mérsékelhető, amihez a hosszú képzési idők miatt most van szükség az erőforrásokra.

A demográfiai változások, valamint a foglalkoztatáspolitikai és gazdaságélénkítő intézkedések elsődlegessége aláásta a ***társadalombiztosítási rendszer*** járulékalapú voltát. Az egészségbiztosítási alap bevételi oldalán a közvetlen állami befizetés már évek óta meghaladja a járulékokból befolyó összeget, vagyis a rendszerünk döntő mértékben adó-alapúvá vált. Ráadásul a fokozódó nyugdíjterhek nagyobb hányadot vonnak el az összevont szociális hozzájárulási adóból. Így nem életszerű az érvelés, hogy a kevés járulék nem képes az egészségügy kiadásait fedezni, hiszen az mesterségesen van alacsonyan tartva, így az egészségbiztosítás bevétele túlnyomórészt az állami költségvetéstől függ. Ezért az egészségügyi kiadások tervezésekor az ágazat valódi versenyhelyzetben van más szektorokkal, a mostani költségvetési tervezetet pedig csak úgy lehet értékelni, hogy vereséget szenvedett a preferált beruházásokkal, más ágazatokban megvalósuló béremelésekkel és az adócsökkentéssel szemben. Meggyőződésünk szerint ez a sorrend nem számol a helyzet valódi veszélyeivel és nem egyezik a társadalmi prioritási sorrenddel sem.

Az egészségügy cáfolhatatlanul ***alulfinanszírozott***. A magyar betegeknek az európai szintű szakmai ellátást próbáljuk megadni, még ha az ottani szolgáltatási színvonalról le is. A megfelelő, de legalább elviselhető szakmai eredményeket biztosító, méltányos egészségügyi ellátás igényét a politikai tisztesség, a nemzeti szolidaritás és az orvosi illetve ápolási etika oldaláról sem lehet azonban megkérdőjelezni. Sajnos ennek a határozott igénynek a teljesítése elegendő erőforrás hiányában már ma is illúziónak tűnik. A gyógyításhoz szükséges eszközöket és anyagokat ugyanis a világpiacról szerezzük be. Ugyanúgy, ugyanannyiért, mint a sokszoros forrással rendelkező (jóval magasabb GDP-jük jóval magasabb arányát egészségügyre fordító) európai országok. Az egészségügyi közellátásra fordított források abszolút értékében az utolsók között kullogunk minden releváns összehasonlítás szerint az Unióban. Ami azt eredményezi, hogy az ellátás színvonala nem tartható, az erre tett kísérletek a szolgáltatók eladósodottságához vezettek. Ráadásul éles szabadpiaci verseny van az egészségügyi munkaerőért is, amiből nagy a hiány, és éppen ezért a kereslet is a fejlett országokban. Erőforrás hiányában ebben a versenyben sem tudunk sikeresek lenni. Ez ugyancsak az ellátás romlásához vezet. A legszükségesebb munkaerőt a beteg (paraszolvencia) vagy az intézmény (drága szerződéses jogviszony) fizeti meg. Ez utóbbi megint adósságként jelenik meg. Ez se tudja pótolni a hiányokat, reális elemzések szerint több tízezernyi munkatárs menekült külföldre, más ágazatba, vagy betegágytól távolabbi munkakörbe a bizonytalan jövő, az alacsony bérek, a jelentős túlmunka, a rossz kórházi viszonyok és a romló társadalmi megbecsültség miatt. Ennek a tendenciának a megállítására elkerülhetetlen az életpályamodell megalkotása. Általános megítélés szerint mindennek ellenére rendszerszinten a magyar egészségügy összességében igen hatékony: ahhoz képest, amennyi forrásból gazdálkodik, jók az eredményességi és a méltányossági mutatói. Nagy belső erőfeszítések vannak e mögött, amelyek kiapadóban vannak (kiégés), ezért emberi oldalról fokozódik a már egyértelműen észlelhető színvonalesés.

 A leírt folyamatok miatt a ***kórházak eladósodása általános*** jelenség. Nem egyedi, nem szélső értékként jelenik meg statisztikailag, hanem minden sokprofilú kórházban jelen van. Ezért a kialakulásának okait is rendszerszinten kell keresni, és nem lehet a hibás egyedi helyzetek összességeként értelmezni, egyenként felelőssé téve miatta az intézményeket. A lejárt adósság a költségvetési előirányzatokhoz viszonyítva átlagosan 13% volt március 31-én, a szélső értékek 2,4 és 35,2% között voltak. Jelentősek a különbségek az intézmények között, ezek okait a fenntartó állam az elmúlt években részletesen elemezte és kimutatta. Finanszírozási egyenetlenségek (a ráfordításokkal nem arányos homogén betegségcsoport és az ellátási feladatokkal nem korreláló finanszírozási plafon rendszer), infrastrukturális különbségek és speciális ellátási érdekek, uniós beruházások miatti pénzügyi mozgások, valamint a menedzsmentek közti különbségek is szerepelnek az okok között. Célzott intézkedések történtek (intézményi hatékonyságjavító beavatkozások, központi közbeszerzések, menedzsmentváltások, stb.), amelyek azonban nem tudtak érdemi változást hozni az egész folyamatban, ami ugyancsak a rendszerszerű hibára utal.

Az adósság termelődése bizonyítja a ***fedezetlen kötelezettségvállalást***. Ez általános, (néhány speciálisan jól finanszírozott ellátást végző szakkórház kivételével) minden kórház igazgatója felelősségre vonható érte. Ha ezért a jogi felelősségre vonás megtörténne, az a rendszer teljes összeomlásához vezetne: nem lenne gyógyszer-, kötszer- és egyszer használatos eszköz-, élelmiszer-, vagy takarítószer-megrendelés. Ma fedezet hiányában is megrendelik ezeket a kórházvezetők, jelentős személyes rizikót is vállalva az ellátás biztosításáért, a betegekért és a munkatársakért. Az elégtelen finanszírozás így jogi értelemben a kórházvezetők kockázataként jelenik meg. Az alulfinanszírozás ugyanakkor a hatékonyságot rontja, hiszen a rosszabb technikák, eszközök és a szükségesnél kevesebb személyzet miatt több a szövődmény, és gyakoribbak a kártérítési igények alapjául szolgáló hibák is.

A ***kórházrendszer adósságának összege*** egy konkrét pillanatban attól függ, hogy mennyi volt a megelőző időszakban a tervezett dologi finanszírozás és utólagos adósságrendezés összege. 2015 első felére azért vált kritikussá az adósság mértéke, mert az előző években viszonylag kevés pénz jutott mind folyó finanszírozásra, mind az adósság utólagos rendezésére. Amíg viszonylag jobb volt a finanszírozás (2004 előtt), vagy több jutott utólagos adósságrendezésre (2012-ig), addig az összes adósság nem ért el ilyen mértéket. Semmilyen gazdálkodási paraméterben nem mutatható ki *romlás*, a központi kontroll is jelentősen nőtt az állami rendszer bevezetése óta. Így a magasabb adósságállomány nem hozható direkt összefüggésbe az intézményi hatékonyság romlásával vagy a menedzsmentek hibájával.

Egészségügyi rendszerünk ***infrastruktúrája*** – elsősorban a vidéki térségekben - jelentős mértékben megújult az elmúlt években. Sajnos mégis tévedés azt gondolni, hogy ettől olcsóbb lett a fenntartása, és hogy pénzt takaríthatunk meg a felújítási igények csökkenése miatt. A korszerűbb gépek, eszközök és műszerek működtetése kimutathatóan több működési költséget igényel. Az amortizáció pótlására dedikált forrás hiánya szintén a működési költségeket terheli. Ez az új kórházaknál könyvelési, az elavult épületek esetében finanszírozási probléma. Sajnos az egészségügyi szolgáltatók épületeinek nagyobb része – a központi régióban különösen – teljesen elavult, sok működési forrást kötnek le a javítási és a karbantartási munkák. Tovább rontja a rendszer hatékonyságát a régi épületek elégtelen energetikai minősége, de az is, hogy az új épületek fejlesztésénél ezek a szempontok csak késve jelentek meg. Költségmegtakarítás akkor érhető el beruházásokkal, ha a következő években az egészségügyi szolgáltatók épületei lesznek az energiaracionalizálási programok elsődleges célpontjai, mint az év 365 napján, napi 24 órában működő, nagy energiaigényű (műtő, intenzív osztály, CT, MR, klimatizáció, stb.) közintézmények.

***A magyar kórházi szerkezet*** – különösen a főváros és Pest-megye viszonylatában – nagyfokban egyenetlen, emiatt a betegutak szétszabdaltak. A helyzet rendezését célzó, többszöri szakmapolitikai próbálkozások lényegében sikertelenek maradtak az elmúlt évtizedben. Elsősorban a rendszerváltás utáni politika kudarca, hogy nem tudtuk létrehozni a racionálisabb és hatékonyabb kórházi rendszert a sokszor irracionális, helyi érdekek apró győzelmei miatt. Látnunk kell, hogy kulturális oka is van ennek, hiszen a hazai egészségügy fejlődésében mintául szolgáló német és osztrák egészségügyben sincs arányaiban kevesebb kórház vagy kórházi ágy. Józanul számot kell vetni a további lehetőségekkel. A fent leírt okokból (elöregedés felgyorsulása) az ápolási igény várhatóan jelentősen nőni fog, ezért az ágykapacitások abszolút csökkentése nem indokolt. Ugyanakkor szükséges a drága, magas képzettségű személyzetet és technikát igénylő aktív ellátások koncentrálása, továbbá az alap- és járóbeteg szakellátás valamint a valódi rehabilitációs és krónikus-ápolási-szociális ellátás fejlesztése. Így az indokolatlan beutalások elkerülésével illetve a gyors ürítés megoldásával lehetne tehermentesíteni az aktív osztályokat. Ha ilyen továbblépésre nincs lehetőség, akkor a szakmailag még vállalható kompromisszumokat meghozva kell a finanszírozást is a mai kórházszerkezethez igazítani, figyelembe véve egyebek mellett az épületek fenntartási költségeit és a munkaerőpiac helyi sajátságait is. Ez a politikát terhelő költség nem ruházható át sem a szakmára, sem a szakmapolitikára.

A ***gazdasági növekedés fenntartásának*** egyre inkább gátja lehet a romló egészségügyi közellátás. A rossz népegészségügyi statisztikák több beteg embert jeleznek, akinek romló vagy késlekedő ellátása a munkaerőpiacról való kiesésükön túl a szociális, a nyugdíj- és a táppénzrendszert is terheli. A forráshiány miatt vergődő egészségügy negatív hatással van az egészségügyi piaci beruházásokra, a háttériparra és a szolgáltatásokra egyaránt, a szállítói tartozások és az ágazatra jellemző motiválatlanság miatt.

*Mire van tehát szükség? Módszeres és tervezett forrásbevonásra és párhuzamos egészségpolitikai lépésekre. A gazdaság élénkülése mellett meggyőződésünk szerint most jött el a kegyelmi idő, hogy a kritikus és a reménytelenné váló helyzetet észlelve az egészségügyi közfinanszírozás legalább az európai átlagértékre emelkedjen a GDP arányában, ami kb. 2% plusz ráfordítást jelent. Célzott és racionális egészségpolitikai programmal ennek ésszerű hasznosulása biztosítható. A folyamat elkezdése nem halogatható tovább, ami legalább 120 milliárd forint bevonását kell, hogy jelentse a 2016-os költségvetésbe a tervezetthez képest. Ebből az amortizáció pótlása, a szolgáltatói dologi költségek finanszírozása és a béremelés legszükségesebb sürgős lépései is megvalósíthatók lennének.*

*Amennyiben ezt nem lépjük meg, úgy törvényszerűen egyre gyorsuló ütemben spontán fog szűkülni az egészségügyi szolgáltatási csomag, romlani fog az ellátás minősége és az ellátáshoz való hozzáférés. Egy ilyen tendencia egyértelműen rontja a gazdaság teljesítő képességét és növeli a társadalmi feszültségeket. Ezeket a folyamatokat az egészségügyi ágazat szereplői kiemelt költségvetési támogatás nélkül minden erőfeszítésük ellenére csupán késleltetni tudják, de megváltoztatni nem.*

Budapest, 2015. május 26.

Dr. Velkey György

a Magyar Kórházszövetség elnöke