

## Az extrafinanszírozási kérelmek a hazai kórház-finanszírozásban: elemzés a szolgáltató szemével

Zakariás Imre, Dr. Pásztélyi Zsolt, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet

**Az extrafinanszírozás, amely a HBCS rendszer általános finanszírozási rendszeréből „kilógó”, igen költséges betegek kórházi költségeinek térítésére szolgál, fontos kiegészítője a fekvőbeteg finanszírozásnak. A költségek számlázása a GYÓGYINFOK normatív, általányszámítási módszerén keresztül történik, az egyes esetek finanszírozása körüli döntések alapját képező szempontok önkényes megállapítása azonban a méltányosság keretei közé utalja az extrafinanszírozást az objektív szempontok helyett. Mindez ellentmond a szolgáltató és a finanszírozó szerződéses kapcsolatának. Cikkünkben a HBCS rendszer és az extrafinanszírozás, mint fogalom rövid bemutatása után a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben (GOKI) egy esztendő alatt extrafinanszírozásra leadott betegekről gyűjtött tapasztalatainkat foglaljuk össze.**

### BEVEZETÉS: AZ EXTRAFINANSZÍROZÁS FOGALMA ÉS SZABÁLYOZÁSA

A kórházi finanszírozás alapja a homogén betegcsoport (HBCS) rendszer, mely a kórházi teljesítmények értékelésére kifejlesztett osztályozási rendszer. Kialakításakor országos vagy szakmai átlagokat vettek figyelembe, természetesen az egyedi esetek ettől eltérnek. Előfordulhatnak olyan esetek is, melyek az átlagot messze meghaladó költségeket igényelnek különböző okokból, és ezen esetek többletköltségei nem kompenzálhatók a kevésbé költséges esetek pozitív fedezetével. Ezekre a negatív fedezetű esetekre (a jogszabályban meghatározott körben) külön finanszírozási igény (cikkünkben extrafinanszírozási igénynek nevezzük) nyújtható be.

A finanszírozásról szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 45. § (1) szerint: „Az előre nem tervezhető, rendkívüli, illetve egyedi eset az OEP főigazgatójának döntése alapján bármely, az ellátásra szakmailag alkalmas szolgáltatónak – az esetre vonatkozó külön szerződés nélkül – finanszírozható.”

Az OEP főigazgatójának 2002. április 29-én kiadott 15/2002 (Eb.K.) számú OEP utasítása értelmében a következő esetekben van lehetőség külön finanszírozási kérelem benyújtására:

- Előre nem tervezhető esetek: olyan általános finanszírozással nem kezelhető ellátás, amely a beteg helyzetéből adódó, a szokásos gyógykezelésre nem reagáló betegség ellátására irányul, illetve az ellátás során váratlan szövődmények léptek fel, amelyek kezelésekor kiemel-

kedően költséges speciális eszköz, implantátum vagy gyógyszer felhasználására volt szükség.

- Rendkívüli eset: az olyan még be nem fogadott, vagy befogadási eljárás alatt levő új diagnosztikus, illetve terápia beavatkozás, továbbá kizárólag a fekvőbeteg ellátás keretében alkalmazható – kiemelten magas költségigényű – beavatkozás, gyógyszeres kezelés, amelynek igénybevételére a kötelező egészségbiztosítás ellátásáról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény alapján a biztosított térítésmentesen jogosult.
- Egyedi eset: olyan meghatározott intézményi körben finanszírozott szolgáltatás, amit rendkívüli körülmények miatt (pl.: a beteg az állapota miatt nem szállítható) olyan egészségügyi intézményben végeznek, amelynek az adott tevékenységre nincs az OEP-pel finanszírozási szerződése.

Az extrafinanszírozási kérelmek elfogadását az alábbi – önkényesen felállított, de objektív – feltételekhez köti még az említett OEP főigazgatói utasítás:

- A megelőző egy év alatt jelentett azonos HBCS besorolású esetek számát figyelembe véve az egy esetre jutó egyedi költség nagyobb, mint a kérelmezett esetre kifizetett összeg 5%-a, figyelembe véve az azonos HBCS-ben egy éven belül már benyújtott finanszírozási esetek számát is, és
- a HBCS besorolás szerint kapott forintösszeg nem éri el az igazolt egyedi költség 20%-át, vagy
- 10,0 súlyszám feletti HBCS esetén az eredeti HBCS súlyszám legalább kétszerese az egyedi költség, és
- az ellenőrzés által nem igazolt költség a mindenkori HBCS súlyszám forintösszegének értékét nem haladja meg.

Az extrafinanszírozási kérelmekről az OEP főigazgatója dönt 5 milliós összeghatárig. A GYÓGYINFOK – az OEP-pel kötött egyezség alapján – előkészítő munkát végez.

### A KÖLTSÉGSZÁMÍTÁS MÓDSZERE – A FELMERÜLŐ PROBLÉMÁK

A költségek kiszámítása az ún. osztályos ráfordítás felmérés módszertana szerint történik. A cél az, hogy a szolgáltató kimutassa, hogy milyen mértékű többlet jelentkezett a közvetlen költségek területén az adott esetnél a HBCS számlában szereplő átlagköltségekhez viszonyítva. E közvetlen költségek között a vér, gyógyszer, diagnosztikus vizs-

gálatok, műtéti és egyéb terápiákat tartalmazzák a számlák, a vetítési alap szerint felosztott közvetett költségek egységesen szerepelnek az adott homogén betegcsoportokban, ezen a területen extra költség nem számolható. Az egyedi költségek, mint az ápolás során közvetlenül felmerült ráfordítások a HBCS számításban használatos ún. 50 elemű HBCS számlán szerepelnek (megtalálható GYÓGYINFOK honlapján a [www.gyogyinfok.hu/DOC/sulyszamtomb/SLEIRAS.TXT](http://www.gyogyinfok.hu/DOC/sulyszamtomb/SLEIRAS.TXT) és [www.gyogyinfok.hu/DOC/sulyszamtomb/HBCSSULY.TXT](http://www.gyogyinfok.hu/DOC/sulyszamtomb/HBCSSULY.TXT) címen), a 22. „Diagnosztikai és terápiás szolgáltatás” sorban. Nem tartalmazza az elkészült egyedi számla sem az osztályos nővér költséget, sem az általános osztályos orvosi tevékenységet.

A közvetett költségek korábban szerepeltek a betegszámlákon, azonban a 2002. 02. 22-én tartott EÜM-OEP-GYÓGYINFOK munkaértekezlet nyomán a finanszírozó átért a tisztán közvetlen költségek számítására.

A fent vázolt szempontok alapján a kórházi finanszírozást ismerők számára 3 problémás kérdéskör válik nyilvánvalóvá az extrafinanszírozási döntések meghozatalakor:

- Az első probléma a költségek gyűjtése körül tehát az, hogy az OEP főigazgatói utasítás a teljes HBCS súlyszámot hasonlítja a közvetlen költségekhez, ezek alapján sérül a „körtét a körtével, dinnyét a dinnyével hasonlítjuk össze” elve.
- A második probléma, hogy az összehasonlítás nem képes kezelni a hosszú nap és az intenzív hosszú naphoz tartozó járulékos bevétel kérdését. Az ilyen címen kapott napi átalánydíj a közvetlen, vagy közvetett költségek fedezésére szolgál?
- Hogyan kezelje a költségszámítás a progresszivitás csúcsán elhelyezkedő intézmények számára egyedileg, „case-mix”-eik alapján megállapított, és átalány formájában folyósított ún. progresszivitási díjat? Ez jelenleg a teljes fekvőbeteg kassza 2% körüli részét teszi ki.

## A HBCS ÉS A KÖLTSÉGES ESETEK FINANSZÍROZÁSÁNAK PROBLÉMÁJA

A HBCS alapú kórház-finanszírozási technika generális hibájának tekinthető, hogy a szolgáltatókat az egyszerűbb esetek ellátására és a költségesebb esetek továbbadására teszi érdekeltté. A progresszivitási piramis csúcsán álló intézmények azonban nem képesek továbbadni a betegeket, ellátási kötelességük miatt. A HBCS karbantartások során egyes marker beavatkozások segítségével kiemelt, költségesebb csoportok (Bordás I. 1999) kialakításával a finanszírozó igyekezett ezt az ellenérdekeltséget oldani. Nem megkerülhető azonban azoknak az eseteknek a plusz finanszírozása, ahol a beteghez köthető, közvetlen költségek meghaladják a teljes HBCS súlyszámot, így ellátásuk változó költségeit sem fedezi a finanszírozási összeg. Főleg akkor van ez így, amikor szűkös ellátási kapacitásokat fékezni képes betegekről van szó, amelyek azután egy teljes ellátási folyamatot béníthatnak meg. Itt gondolok arra a sokáig gép-

pel lélegeztetett, intenzív ágyat foglaló betegre, aki miatt például szívsebészeti őrző kapacitása csökken, amely visszafogja azután a szívsebészeti műtő kapacitását. Nem megfelelő műtéti szám esetében a kardiológiai hotel ágyon várakozó, sürgető operációt igénylő betegek pedig a kardiológiai ellátást lehetetlenítik el. Itt pedig már nem csak a közvetlen költségekről van szó, hanem elérünk a kapacitás-kihasználtsági kérdésekhez, amely a közvetett költségek területére visz át bennünket. Ezek után felmerül a kérdés: hogyan lehet a kórházakat mégis a súlyosabb és egyúttal költségigényesebb esetek ellátására motiválni (Bordás I., 2000)? Az idézett cikkben számos lehetőség felmerül, a szerző ismerteti is azok előnyeit és hátrányait. Ilyen ösztönző lehet az extrafinanszírozás intézménye is, amennyiben a (legalább) a bevételt meghaladó változó költségeket téríti a finanszírozó. Egyértelmű, hogy az extrafinanszírozás egy rossz szükségmegoldás (a fee-for-service – egyedi számlás, nem kockázatmentes – technikát hozza be, amely idegen a normatív HBCS rendszerben).

## AZ EXTRAFINANSZÍROZÁS LEHETŐSÉGEI A GOKI-BAN – A GYŰJTÉS DILEMMÁI

Annak ellenére, hogy az OEP főigazgatói utasítás jól meghatározott szempontokat rendelt az extrafinanszírozás befogadásához, a szolgáltató számára a megfelelő betegek kiválasztása mégsem egyszerű. Ennek okai:

- A beteg bentfekvése alatt nem áll rendelkezésre a besorolás, az a garanciális ellátások, az egyéb, – besorolási szempontnak minősülő – beavatkozások miatt változhat. Az előbesorolás alapján prognosztizálható, de egyértelműen nem állapítható meg, mihez is kell hasonlítani. Pontos adathoz csak a GYÓGYINFOK besorolása nyomán, 1-2 hónapos késéssel kap információt a szolgáltató. Ha a kiemelkedő, egyedileg nem tervezhető költségességet extrém esetekre szorítjuk le, akkor persze ennek „szembetűnőnek” „magától értetődőnek” kell lennie...
- Online költségadatokkal nem rendelkeznek a szolgáltatók, főképpen nem a GYÓGYINFOK számlázási módszere szerint. A rendelkezésre álló, alapvetően osztályokra, részlegekre információt szolgáltató kontrolling rendszerek átalányok, fajlagosok segítségével képesek számla előállítására, amely azonban nem érvényesíthető az OEP felé, céljaiban és működésében eltér a HBCS költségképzésétől. (Bordás I. 2001.) A GYÓGYINFOK számítása pedig az elvégzett diagnosztikus és terápiás tevékenységekhez rendelt német pont értékekkel számol, függetlenül az adott szolgáltatónál jelentkező valódi fajlagos költségeiktől.

Mit is érdemes gyűjteni? Mit nevezhetünk ezek után előre nem tervezhetően költséges esetnek? A gyűjtéssel kapcsolatban ezek a kérdéseink merültek fel. Egyáltalán milyen költségeket tudunk számolni? Mivel kézenfekvő volt, hogy

az esetek kiemelt költségességét az egyedi, rögtön a beteghez rendelhető költségek között kell keresni, így a HBCS 50 elemű számlájából a vérfelhasználás és a gyógyszerfelhasználás (1. és 2. sor) voltak azok, amelyek viszonylag könnyen mérhetőek és a GYÓGYINFOK metodikája szerint gyűjthetőek.

A fenti elvek alapján az intézetünkben előforduló kiemelkedően költséges eseteket megvizsgálva az előre nem tervezhető eset fogalma volt az, amely gyakrabban előfordult. E körből is kiemelkedik a 9540-es homogén betegcsoport (5 napnál hosszabb gépi lélegeztetés, súlyszáma: 13,76) költségigénye, osztályainkkal tartott megbeszéléseink alapján az ide kerülő szövődményes, kísérőbetegséges esetek közül kerülhetnek ki az extrafinanszírozásra leadandók. Nálunk viszonylag gyakoriak az ilyen betegek, intézetünkben a fő besorolási szempont, az 5 napon túli gépi lélegeztetésen felül egy vagy több szívűtét is társulhat ezekhez, melyek külön-külön is igen költségesek.

A fentiek alapján, saját előzetes elképzeléseinknek megfelelően meghatároztunk egy intézeti szinten érvényes elvi limitet, – függetlenül a beteg besorolásától – amely fölötti költségű eseteket megvizsgáljuk extrafinanszírozási szempontból. E költséghatárt a vér- és gyógyszerfelhasználás költségei alapján előbb 400 000 Ft-ra tettük, később 800 000 Ft-ra emeltük.

Az 1. táblázat tartalmazza azokat az eseteket, amelyekről GYÓGYINFOK-os betegszámlával rendelkezünk, azaz az összehasonlítás megtehető a HBCS finanszírozással. Ebben láthatóak az egyedi költségek, illetve az, hogy a HBCS mátrix szerinti egyedi költséghez (amely a 9540-es HBCS-t illetően 610 462 Ft) képest mekkora az intézeti veszteség, közvetlen költség szinten és az árbevételhez képest. A többi esetünkre is próbáltuk elkészíteni a GYÓGYINFOK számításának megfelelő algoritmussal a közvetlen költség számítását, de ez a műtét és az aneszteziológia sorok számunkra ismeretlen árazási mechanizmusa miatt nem sikerült.

Elemzésünkben a 2002. évben leadott kérelmeinket vizsgáltuk, mert ez volt az első teljes év, amelyben már megfelelő gyakorlattal és feltételrendszerrel rendelkezünk az esetek gyűjtéséhez, feldolgozásához és figyeléséhez, illetve az OEP is élt a transzparens szabályozás lehetőségével az említett főigazgatói utasításon keresztül. Az ezt megelőző években is nyújtottunk be kérelmeket, de akkor a kódolásban, és az adatgyűjtésben számos ellentmondás volt, melyek nagy része az információk hiányából fakadt, illetve a rendszer sem volt egyértelmű. Az értelmezési ellentmondásokat az OEP ellenőrzése kapcsán tisztáztuk, és ezeknek megfelelően, illetve a GYÓGYINFOK-kal való szorosabb kapcsolattartással sikerült egyre pontosabbá tenni jelentéseinket.

### AZ EXTRAFINANSZÍROZÁSI KÉRELEM ELKÉSZÍTÉSE INTÉZETÜNKBEN

Az extrafinanszírozási kérelmek összeállításához az egyes ismert feltételek, az egyes beavatkozási kódok hasz-

	Árbevétel	Számla (egyedi ktg)	Különbőség, közvetlen költség	Kül. (árbev.-GYÓGYINFOK számla)
Eset 1.	1 379 183	4 335 790	-3 725 328	-2 956 607
Eset 2.	1 376 533	3 632 421	-3 021 959	-2 255 888
Eset 5.	1 850 933	3 583 459	-2 972 997	-1 732 526
Eset 6.	1 616 604	3 296 614	-2 686 152	-1 680 010
Eset 11.	1 376 532	2 248 665	-1 638 203	-872 133
Eset 12.	1 555 487	3 077 625	-2 467 163	-1 522 138
Eset 13.	1 322 551	1 740 933	-1 130 471	-418 382
Eset 14.	1 409 569	1 937 122	-1 326 660	-527 553
Eset 15.	1 376 532	1 785 525	-1 175 063	-408 993
Eset 16.	1 376 533	1 530 219	-919 757	-153 686
Eset 17.	1 322 813	1 514 690	-904 228	-191 877
Eset 20.	1 502 532	1 606 842	-996 380	-104 310
Eset 22.	1 474 532	1 982 080	-1 371 618	-507 548
Eset 23.	1 417 828	1 379 546	-769 084	38 282
Eset 25.	1 399 732	1 786 863	-1 176 401	-387 131
<b>Összesen</b>	<b>21 757 894</b>	<b>35 438 394</b>	<b>-26 281 464</b>	<b>-13 680 500</b>
<b>Átlag</b>	<b>1 450 526</b>	<b>2 362 560</b>	<b>-1 752 098</b>	<b>-912 033</b>

1. táblázat  
9540-es leadott eseteink, melyekről egyedi költség információval rendelkezünk különbsége a mátrix szerinti egyedi költséghez képest

nálati lehetőségének megfelelően folyamatosan változó útmutatót adunk ki az osztályoknak. A kérelmek összeállítását, a feltételek változásait és az adatszolgáltatást a Controlling Osztály figyeli és tartja kézben. A kérelem összeállítása a következő folyamatot jelenti:

- A kiadott útmutatónak megfelelően amennyiben valamilyen osztályon a kérelem általunk megadott feltételeinek megfelelő esetet ápolnak, értesítik erről a Controlling Osztályt, ahol az illetékes munkatárs átnézi azt, és amennyiben ő is úgy látja, hogy megfelel a feltételeknek az eset, nyilvántartásba veszi, és jelzi az adott esetet korábban ápoló osztályoknak is a gyűjtési szándékot.
- A GYÓGYINFOK számítás alapjának megfelelően készült adatlapokat használjuk a gyűjtésekhez, melyeket két nagy részre lehet osztani. Egyrészt gyűjtjük az ápolások során felhasznált gyógyszereket osztályonként, másrészt pedig az adott osztály ápolási tevékenységeit. Megjegyezzük, hogy a GYÓGYINFOK és az OEP többször változtatott az ambuláns kódrendszerén (általában az volt a jellemző, hogy töröltek tevékenység-kódokat), valamint a számításaikban egyes tevékenységekre olyan elvi napi maximumokat határozott meg, melyek orvos-szakmailag vitathatók véleményünk szerint. Itt példaként említhetjük, hogy a finanszírozó napi 6 vérgáz vizsgálatot ismer el, ha annál többet végzünk, lehúzza a bejegyzett ráfordítási vizsgálatok közül, vagy nem ismeri el a vérgáz vizsgálat kapcsán végzett ionvizsgálatokat (Na, K).
- Az ápoló osztályok a GYÓGYINFOK kódváltozásait követő, így állandóan frissített ráfordításgyűjtő adatlapokkal rendelkeznek, melyeken az esetre vonatkozó osztályos beavatkozásokat és a beadott gyógyszereket rögzítik GYÓGYINFOK kódokonként.
- A kitöltött adatlapokat az ellátó osztályokról a Controlling Osztályra juttatják el, ahol adatrögzítő viszi be az adatokat a GYÓGYINFOK ráfordításgyűjtő programjába, majd

onnan kinyomtatja a Tanúsítvány nevű bizonylatot. Ez utóbbiakat az érdekelt osztályok vezetői írják alá.

- A belső diagnosztikai szolgáltatásokat, – így a labor, echo és röntgen adatainkat is – küldenünk kell, ezeket a klinikai rendszerünkben leválogatjuk, és fordító rendszer híján kézzel kerül be a ráfordításgyűjtő programba.
- A Kontrolling Osztályon állítják össze a teljes kérelmet a jogszabályoknak megfelelő tartalommal és továbbítják az anyagot az OEP felé.

Látható tehát, hogy a ráfordítási adatgyűjtés jelentős intézeti erőforrásokat köt le, és egyáltalán nem mindegy, hogy ezeket valóban megéri-e gyűjteni. A legtöbbször az intenzív órák böngészésével járó adatgyűjtési munka aprólékos, nem egyszerű, és lelkiismeretes munkát kíván a résztvevőktől. Amennyiben hibáznak az intézet javára, a család védje nehezedik a menedzsmentre (minden kórház lop, csal, hazudik), amennyiben a kórház kárára történik a tévedés, az OEP – mivel a megszabott 30 munkanapos határidő lejárt –, a javítást nem fogadja el. Megoldás lenne természetesen, ha minden GYÓGYINFOK beavatkozásnak megfelelő adat online elérhető lenne minden betegről. Azonban egyrészt jelenleg az intézetek munkaerő híján ezt nem tudják szolgáltatni, más részről az intézeti menedzsmentek számára ezen adatgyűjtés nem is releváns, hiszen a képződő adatok nem fedik a valós költségeket, csak országos normatívákra utalnak.

## GYAKORLATI TAPASZTALATAINK

Mint azt feljebb említettük, alapfeltételezésünk az volt, hogy a 9540-es HBCS-be kerülő betegek kerülhetnek az extrafinanszírozási kérelmek körébe. E csoport súlyszáma 13,76, amely országos átlagot jelent. Osztályaink számára a gyűjtés elkezdésének alapelve az volt, hogy a beteg egyedi gyógyszer és vérköltsége haladja meg a 800 ezer forintot, amely jelentősen meghaladja a HBCS képzésében az átlagköltségek összesítésére szolgáló 64, később (a 4.3-as HBCS verzió bevezetésétől) az 50 elemű HBCS számlában meghatározott 427 932 Ft-ot. Az 1. táblázat GYÓGYINFOK számla oszlopban az algoritmusukkal számolt közvetlen költség látható (kiemelve az a sor látható, amelyre extrafinanszírozást kaptunk). Átlagosan 912 eFt költség túllépés jelentkezett ezeken az eseteken, anélkül, hogy a közvetett költséget, kapacitás lekötöttséget figyelembe vettük volna.

Benntartózkodás és lélegeztetés időtartama szerint a 9540-es extrafinanszírozási kérelemként leadott eseteink a következőképpen alakultak (2. táblázat):

A leadott betegek átlagos ápolási ideje 54 nap, míg a 9540-es homogén betegcsoportnak a felső határnapja 56 nap, normatív napja pedig 22. A gépi lélegeztetés átlagos ideje betegenként 26,39 nap, miközben a tavalyi összes 9540-es HBCS-be sorolt 99 betegünk lélegeztetési átlaga

	Ápolási napok	Lélegeztetési napok
Eset 1.	81	69
Eset 2.	110	10
Eset 3.	58	32
Eset 4.	72	30
Eset 5.	121	102
Eset 6.	102	36
Eset 8.	31	27
Eset 9.	75	29
Eset 11.	28	24
Eset 12.	68	37
Eset 13.	29	20
Eset 14.	24	19
Eset 15.	46	30
Eset 16.	66	10
Eset 17.	44	26
Eset 18.	34	8
Eset 19.	33	16
Eset 20.	65	20
Eset 22.	63	13
Eset 23.	24	9
Eset 24.	34	9
Eset 25.	37	30
Eset 27.	44	13
Eset 28.	23	11
<b>Átlag</b>	<b>57,04</b>	<b>27,39</b>

2. táblázat  
Kérelemként leadott 9540-es HBCS-jű esetek ápolási és lélegeztetési napjai

15,9 nap volt. Azon esetünk, melyre megkaptuk az extrafinanszírozást (2 385 000 Ft-ot), a következő ápolási jellemzőkkel rendelkezik:

- ismételt motoros szívűtét
- viszonylag hosszú gépi lélegeztetés
- az intercurrens hepatopathia miatti igen költséges antibiotikum alkalmazása
- jelentős költségű antibiotikum, immunglobulin alkalmazása az infekciók miatt
- keringéstámogatás, Prostaglandin adása,
- kisvérköri nyomáscsökkentő Flolan, NO vált szükségesé ápolása során (igen költséges gyógyszer és gáz)

Ez az eset nem lóg ki tulajdonképpen semmilyen téren a leadottak közül, mert léteznek magasabb vér- és gyógyszerköltségű esetek is, akadnak szép számmal tovább lélegeztetett betegek is.

A többi ápolás jellemzőiből esetenként felsorolunk néhányat, amelyek nem képeztek elég érvert az extrafinanszírozási kérelem pozitív elbírálására (a szívűtétéken és hosszú gépi lélegeztetésekén túl):

- tartós keringéstámogatás, NO-lélegeztetés,
- negatív leoltások ellenére jelentkező infekciós tünetek kezelése (antibiotikumok, immunoglobulinok adása),
- reoperáció homograft beültetéssel, emellett antibiotikus kezelés, NO-lélegeztetés, immunglobulin és plazmapótlás.
- Vese-, tüdő- és májelégtelenség kezelése, széles spektrumú kombinált antibiotikus kezelés, nagy dóziszú keringéstámogatás.

Négy olyan esetre is adtunk le extrafinanszírozási kérelmet, amelyek nem 9540-es HBCS-be estek, ebből egy igen

jelentős költségigényű esetünk volt. Ezeket mutatjuk be összefoglalóan a következő táblázatban (3. táblázat):

	Gyógyszer+vér			Különbség összesen	HBCs
	Intézeti ráf.	HBCs szerint	Különbség		
Eset 7.	1 050 578	7 277	-1 043 301	-1 043 301	2110
Eset 10.	366 281	102 628	-263 653	-263 653	7330
Eset 21.	660 801	364 183	-296 618	-296 618	820Z
Eset 26.	354 366	59 630	-294 736	-294 736	181B

**3. táblázat**  
A nem 9540-es HBCs-be kerülő eseteink gyűjtött gyógyszer-, és vér-költségei az 50 elemű mátrixhoz képest

Látható, hogy ha a csak közvetlen költséget vesszük figyelembe, egyet kivéve igazából nem képviselnek ezen eseteink nagy veszteséget, mint a 9540-es besorolásúak, emellett a 2110 (Keringési betegségek AMI kivételével, katéterezéssel igazolva) és a 181B (Jelentős szív-érrendszeri műtétek 2 éves kor alatt) HBCs-k nálunk gyakran előfordulnak, tehát a többi hasonló HBCs-be eső eset bevételei fedezhetik az ezen az eseten jelentkező veszteséget. Mindezek alapján – hacsak extrém költségigény nem jelentkezik más besorolású betegünkön (minimum 2-3 millió Ft), – továbbra is a hosszan lélegeztetett eseteink költségeinél várható leginkább a bevételekhez képest veszteség.

HBCs	181B	2110	7330	820Z	9540
2002. évi intézeti finanszírozott esetszám	195	1808	21	1	99
Extrafinanszírozásra elküldött esetek száma	1	1	1	1	23
Extrafinanszírozásra elküldöttek aránya	0,51%	0,06%	4,76%	100,00%	23,23%

**4. táblázat**  
A 2002-ben extrafinanszírozásra leadott esetek arány az összes évi finanszírozott esetszámhoz képest

## ÖSSZEFOGLALÁS

Röviden összefoglalva a 2002-ben leadott eseteinket a következők állapíthatók meg:

- Összesen 27 esetre kértünk extrafinanszírozást, ebből 23 került 9540-es HBCs-be (az egész évben e HBCs-be sorolódott esetek 23,23%-a).
- A vizsgált és gyűjtött ráfordítási tételeket összehasonlítva az 50 elemű HBCs számla megfelelő soraival azt láthatjuk, hogy a közvetlen költségek szintjén 28,2 millió forint költségtúllépés jelentkezett ezeken az eseteken. Az intézeti eseti szintű ráfordítási és fedezetszámítási modul számításai alapján (amely nem a GYÓGYINFOK számítási módszerét alkalmazza, hanem az intézeti osztályos kontrollingból indul ki) a 2002-es esztendőben a 9540-es HBCs egész éves osztályos fedezete erősen negatív (-85 millió forint) volt. Ennek alapján az is valószínűsíthető, hogy a többi, extrafinanszírozásra nem leadott, és kevésbé költségigényes eseteink sem fedezik

– sem fedezhetik a kiemelten költségeseket. Ez az osztályos fedezetszámítás egyrészt nem tartalmazza a HBCs bevételek hozzávetőleg 18%-át kitevő központi, az osztályokra rá nem osztott költségeket (gondnokság, kp. igazgatás, betegfelvételi osztály, intézeti gyógyszertár, könyvtár, üzemorvos, betegszállítás, számítástechnika egy része, műszak, karbantartás), amely nehezen értelmezhetővé tenné a fedezetszámítást vetítési alapjának meghatározása szerint (Bordás I. 2001). E fedezetszámítás másrészt nem tartalmazza a progresszivitási díjat sem (amely szintén a HBCs bevételek 18%-át teszi ki).

- Ha a GYÓGYINFOK számláit vesszük figyelembe, akkor a 9540-es HBCs-ből leadott 23 eset kapcsán jelentkező átlagosan 912 eFt (összesen 23\*912 eFt azaz 21.000 eFt) túllépés közvetlen költség szinten a 9540-es HBCs-be kerülő összes betegen jelentkező bevételhez képest (99\*1.450 eFt, azaz 143.550 eFt) meghaladja a finanszírozott összeg 14%-át, azaz teljesíti a bevezetésben említett OEP főigazgatói utasítás 5%-os limitjét. Azonban az is igaz, hogy nem éri el az OEP által arbitrálisan meghatározott, az eredeti súlysám kétszeresét kitevő limitet (a 9540-es HBCs-ben ez 2\*13,76=2,75 millióFt lenne) (lásd 1. és 4. táblázatok).
- Látható, hogy az esetek nagyobb részében a betegek ellátásának közvetlen költségeit sem fedezi a bevétel (pedig a GYÓGYINFOK átalányait használtuk, amelyekből intézetünk „nem tud kijönni”: a laborpontot 1,7 Ft-ért, az izotópot 2,5 Ft-ért vagyunk képesek előállítani, – nem úgy mint a „tömegtermelésre” szakosodott járóbeteg ellátók).
- Megfigyelhető, hogy a 9540-es besorolású esetek intézeti szinten nagy veszteséget okoznak – ez alátámasztja azt az elképzelésünket, miszerint ezen esetekből a különösen negatív fedezetűeket érdemes extrafinanszírozási igénnyel gyűjteni.
- Mint azt a bevezetésben érintettük, Intézetünk extrafinanszírozási kérelmeit illetően színezi a képet, hogy progresszivitási díj gyanánt az intézet évente 512 millió Ft juttatásban részesül, amely a HBCs bevétel 18%-át teszi ki. Ha ezt az összeget a HBCs súlysámok arányában osztanánk fel, az 18%-kal emelné a súlysámok összegét minden egyes beteg esetén. A megfigyelt, a 9540-es HBCs-be kerülő esetekben ez csaknem 250 eFt-tal emelné a bevételeket. E torzító hatás értékelése vitatható, számos pro és kontra érvelt vehet fel.

Az OEP ellenőrző főorvosai ellenőrzik az esetek dokumentációját. Vizsgálataik alapján a 27 esetből 6 alkalommal került sor hiba miatti visszavonásra 2002-ben, összesen 952 650 Ft költséget illetően.

A 9540-es besorolású, extrafinanszírozásra leadott eseteink esetre jutó átlagos visszavonása 66 107 Ft, ami a GYÓGYINFOK által a gyűjtéseink alapján számított közvetlen költségeink 2,8%-a.

A visszavonásokról:

- Kódolásunk javulásával a visszavonások értékei és mennyiségei csökkentek, a tipikus hibákat sikerült kivédenünk. Hibáink nagy része abból áll, hogy olyan tevékenységkódokat számoltunk el, melyek helytelenül kerültek értelmezésre, adott betegnél nem számolhatók el (pl. felnőttéknél 13700 Bőrhőmérséklet mérés), valamint vérek és gyógyszerek mennyiségeivel volt gond (az intenzív lapokon nem ugyanaz a mennyiség szerepelt, mint a gyűjtésben – általában hibás, a GYÓGYINFOK-étől eltérő mennyiségi egység alkalmazása miatt).
- Egy értelmezési probléma miatt a kötelezően csatolandó „Tanúsítvány” nevű dokumentum csak azokra az adatokra koncentrált, melyek adott ápoló osztályon előfordultak, így tehát azokra nem, melyek más, belső diagnosztikáknál (tehát nem közvetlenül az ápoló osztálynál) álltak elő (ezen adatok a rendszeres havi gyűjtésben szerepeltek, a MEP számára küldjük, azonban a GYÓGYINFOK-nál nem jelennek meg!). A GYÓGYINFOK-kal és az OEP-pel történő konzultációk után alkalmazkodtunk a kívánalmakhoz és ezek jelentését is beillesztettük a ráfordítási betegszámlához.

Az OEP végső döntéséről szóló (a 27 beküldött eset közül ez idáig 25-re kaptunk választ) visszajelzéseivel kapcsolatban az alábbi problémák merültek fel:

- A döntésekről szóló értesítés a kérelem elküldésétől számítva átlagosan 167 nap, mely 5,4 hónapnak felel meg (a leginkább kiugró „válaszidő” egyébként 308 nap volt!) Ez élesen szemben áll a szolgáltatók számára az OEP által előírt – az eset elbocsátását követő 30 munkanapot jelentő – szűk határidővel, amelyet egyetlen nappal sem léphet túl a szolgáltató, különben nem fogadják el a kérelmet. Ez különösen azoknál a betegeknek jelent nehézséget, akik elhunytak, és a teljes dokumentáció a boncolás miatt a kórbonctanra kerül. Ezen időintervallumok mutatják a finanszírozó erőpozícióját a szolgáltatókkal szemben és a szerződéses kapcsolat virtuális voltát.
- A végső döntésről szóló értesítésben mindössze a döntés ténye kerül leírásra, semmilyen konkrét információt nem kapunk arra vonatkozóan, mely szempont szerint történt az elutasítás.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A 9540-es HBCS tekinthető magas finanszírozásúnak, hiszen súlyszámának forintértéke jelenleg 1,37 millió forint, ha azonban megnézzük a fenti számadatokat, akkor láthatjuk, hogy az extrafinanszírozásra leadott finanszírozott eseteink normatív közvetlen költség szinten is átlagosan 912 eFt-tal kerültek többre, mint az árbevétel. Ezek ellátása így

veszélyeztetheti az intézmény költségvetési egyensúlyát. Intézetünk saját kimutatásai szerint e betegcsoport (amely az összes finanszírozott eset 1,3%-át teszi ki) tavaly 85 millió forintos veszteséget jelentett az Intézet számára (saját kontrolling adataink szerint tehát átlag 858 eFt-ot), így e HBCS csoportban a kevésbé költséges eseteink sem fedezik ezeket az eseteinket.

Intézetünk nagy hangsúlyt fektet arra, hogy munkatársaink hatékonyan, és a betegellátás érdekében végezzék munkájukat. Az extrafinanszírozási kérelmek összeállítása, az abban résztvevő munkatársak motiválása azonban nehézzé vált a túlnyomóan negatív (több mint 96%-ban negatív) válasz miatt. Mindemellett a tevékenység végzése, a kódolást végző nővéreknek juttatott kiegészítő bérezés (intézeti szinten a 2002-es esztendőben járulékokkal együtt ez összesen 636 000 Ft-ot tett ki), a mással is foglalkozó adminisztrátor részmunkaideje jelentős teher az intézet számára.

A GOKI egy betegcsoportjának, illetve abból extrafinanszírozásra leadott eseteinek vizsgálata igazolta azt a tényt, hogy finanszírozó erőfeszítései, a HBCS átdolgozásai ellenére (Bordás I., 2000.) a jelenlegi HBCS arányok továbbra sem motiválják a kórházakat a szövődményes, költséges esetek ellátására. Nem véletlenül kerülnek ezek a betegek a progresszivitás csúcsán levő intézményekbe, amelyek számára e betegek jelentős terhet jelentenek. Nemcsak az ismertett normatív közvetlen költség oldalon, hanem a közvetett költségek oldaláról is, hiszen visszavetik az optimális kapacitás-kihasználtságot. Az extrafinanszírozás jelenlegi működési mechanizmusával nem képes ezen a helyzeten változtatni.

Az extrafinanszírozási kérelmek értékelését illetően az alábbi javaslatokat fogalmazhatjuk meg:

- A kérelmek elbírálásának döntési mechanizmusáról teljesebb információt adjon az OEP, hogy az intézmények valóban csak azokat az eseteket gyűjtsék, amelyeknek valóban van esélyük az extrafinanszírozásra.
- Az intézeteket igen kellemetlenül érinti, ha kódolási tévedés miatt a finanszírozó csalást és büntetőjogi felelősséget emleget egy nem kellően begyakorolt, állandóan változó, és kipróbált tematikával nem rendelkező gyűjtés kapcsán.
- Érdemes felhívunk az OEP illetve a GYÓGYINFOK figyelmét arra, hogy tömegesen előfordulnak-e a kérelmek között olyan esetek, melyekre homogenitásukból adódóan új HBCS-t lehetne alkotni. Erre véleményünk szerint a 9540-es (vagy az azóta kialakított 9541-es) HBCS a jó példa lehet, a jövőben célzott ráfordítási gyűjtésnek képezheti alapját (a teljes eset spektrumra kiterjedően, nem csak a kiemelt különösen költséges esetekre).

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Bordás, István: Mit fejeznek ki a HBCS súlyszámok? Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999, 37, 1.44-52
- [2] Bordás, István: Bevétel/közvetlen költség arány vizsgálata HBCS 4.2 adatok alapján. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000, 38, 5, 512-517
- [3] Bordás, István: A közvetett költségek felosztásának vizsgálata kórházi szempontból Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39, 2, 124-128

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Zakariás Imre**, közgazdász. A Dunajvárosi Főiskola közgazdász szakának befejezése és háromnegyed év önkormányzati munka után 2000-tól az Egészségügyi Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központjának (GYÓGYINFOK) közgazdasági

munkatársa Szekszárdon, majd 2001. második félévétől a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet közgazdásza, ahol finanszírozási, kontrolling és folyamatszabályozási-szervezési feladatok alkotják munkakörének gerincét.

Jelenleg a Pécsi Tudományegyetem humán szervező szakának végzős hallgatója.



**Dr. Pásztélyi Zsolt** kontrolling és minőségügyi igazgató, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet. Gyermekgyógyász szakorvos, korábban a Semmelweis Egyetem egyetemi tanársegédje, és az Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet szakta-

nácsadója. Egészségügyi szakmenedzseri diplomát szerzett a Semmelweis Egyetemen, majd Franciaországban Master fokozatot egészségügyi és szociális menedzsmentből, illetve egészségügyi akkreditációs és technológiaértékelési szakvizsgát. Rendszeres előadó a SE Egészségügyi Menedzserképző különböző kurzusain, lapunk felelős szerkesztője.

**„175 év az egészségügy szolgálatában”**

A Semmelweis Egyetem Központi Könyvtára idén ünnepli alapításának 175. évfordulóját. Közép-Európa legrégebbi és legnagyobb orvosi könyvtárának jubileumán a Semmelweis Egyetem rektora, Prof. Dr. Tulassay Tivadar rövid beszámolót tartott az eddigi eredményekről és a Semmelweis Egyetem fejlesztési elképzeléseiről. Az ünnepségen számos hazai és külföldi szakember és közéleti személyiség is részt vett; a díszvendég Mádl Dalma, a Köztársasági Elnök felesége volt. Beszédet mondott: Ács Tamás (NKÖM) helyettes államtitkár, Bakonyi Péter (Informatikai és Hírközlési Minisztérium) helyettes államtitkár, Kincses Gyula (ESZCsM), és Vizi E. Szilveszter. Az idén először a nagyközönség számára is hozzáférhetővé teszik a Könyvtár egyedülálló antik könyvgyűjteményének legértékesebb darabjait, többek között a felbecsülhetetlen értékű, 1543-ban Vesalius által írott és illusztrált, híres orvosi tankönyvet.

TÉ