

Az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására

Dr. Endrei Dóra, Dr. Kollár Lajos, Dr. Bódis József, Zemplényi Antal,
Dr. Vas Gábor, Dr. Ágoston István, Dr. Boncz Imre
Pécsi Tudományegyetem

Célkitűzés: Dolgozatunkban az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatását kívánjuk bemutatni a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ (továbbiakban PTE KK) intézményi szintű finanszírozására.

Adatok és módszerek: Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken alapulnak, mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak és a 2009. április – 2009. október közötti 7 hónapos időszakot fedik le. Meghatároztuk az egy súlyszámra eső tényleges OEP térítési díjat, az EMAFT okozta finanszírozási veszteséget az előre meghirdetett OEP térítési díjhoz képest. Elemeztük a területi ellátási kötelezettségen kívüli illetve a sürgősségi esetek arányát klinikai bontásban.

Eredmények: A PTE KK egy súlyszámra eső forint térítési díja a TVK bevezetését követően elmaradt az OEP által előre meghirdetett díjtól. A vizsgált 2009. évben a PTE KK esetében a TVK és EMAFT okozta veszteség 2,1 milliárd forintot ért el. A PTE Klinikai Központ egészségének vonatkozásában az ellátott esetek 23,2%-a, illetve a teljesített súlyszám 22,8%-a a területi ellátási kötelezettségen kívülről érkező betegek ellátását jelentette. A sürgősségi esetek arányának vizsgálata a teljes betegellátási volumenen belül azt mutatta, hogy az esetek 33,8%-a, míg a súlyszámok 39,2%-a származott sürgősségi betegek ellátásából.

Következtetés: Az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény bevezetése jelentős mértékben csökkentette a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ egészségbiztosítási finanszírozását 2009-ben.

The effect of reimbursement via preannounced performance base-fee on the health insurance reimbursement of the Clinical Centre of the University of Pécs.

Objective: The aim of our study is to demonstrate the effect of reimbursement via preannounced performance base-fee (EMAFT) on the health insurance reimbursement of the Clinical Centre of the University of Pécs (CC UP) in the active inpatient care.

Data and methods: The data involved in the analysis are based on the reports towards the National Health Insurance Fund Administration (NHIFA), concerning the active inpatient care in the year 2009. We determined the real NHIFA reimbursement of diagnosis related groups (DRG) cost-weight and the financial loss caused

by the EMAFT. We analyzed the proportion of patients admitted from the territorial supply obligation area and emergency cases in comparison among various clinics.

Results: The reimbursement per DRG cost-weight of CC UP has been less than the pre-announced NHIFA amounts after the introduction of performance volume limit (PVL). During the examined 2009 year the financial loss of the University of Pécs due to EMAFT reached 2,1 billion Hungarian Forint. Concerning the whole of CC UP it means that 23,2% of the admitted cases and 22,8 % of the total DRG cost-weights derived out of the territorial supply obligation. Analyzing the proportion emergency cases within the total volume of acute care inpatient services, it is represented that 33,8% of the admitted cases and 39,2% of the DRG cost-weights came from the treatment of emergency cases.

Conclusion: The introduction of reimbursement via preannounced performance base-fee (EMAFT) considerably reduced the health insurance reimbursement of CC UP in 2009.

A teljesítmény-volumen korlát (továbbiakban TVK) 2004-ben került bevezetésre a járóbeteg szakellátás és az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozásában. Az elgondolás lényege az volt, hogy az egészségügyi intézmények közfinanszírozásának, illetve ennek révén a betegellátásuk teljesítményének felső korlátot szabjanak. Ennek érdekében az intézmények számára német pontban (járóbeteg szakellátás) illetve a Homogén Betegségcsoportok rendszere (HBCs) szerinti súlyszámokban (aktív fekvőbeteg szakellátás) historikus bázison éves felső korlátot állítottak fel, melyet havi bontásban használhattak fel az intézmények. A TVK rendszer folyamatosan változtatásokon esett át (előbb degressziós elv, majd csökkentett bázisértékek, illetve a degresszió megszüntetése). 2007. áprilisától – a kórházi kapacitások újraosztásával egyszerre – bevezetésre illetve megerősítésre került a területi ellátási kötelezettség (TEK) fogalma [1, 2]. A TEK lényege, hogy az egészségügyi intézmények meghatározott földrajzi területre (településekre) kiterjedő kötelező betegellátási feladatot kaptak: az innen érkező betegeket kötelesek ellátni.

A TVK hatásainak számszaki elemzésére több egészségpolitikai értékelés jelent meg az elmúlt években [4, 5, 6], ezek között azonban kevés volt az olyan elemzés, amely a TVK miatt ki nem fizetett tételeket vizsgálja egészségügyi

szolgáltatók szintjén [2, 3, 7, 11]. Ezen korábbi elemzések egyik meghatározó következtetése volt, hogy a TVK rendszer bevezetésének egyértelmű vesztesei az egyetemek voltak, ugyanis itt volt a legnagyobb mértékű OEP bevétel csökkenés a potenciális bevétel nagyságához viszonyítva. Ennek fő oka abban rejlik, hogy a progresszivitási rend alacsonyabb szintjén lévő (városi, fővárosi és megyei) kórházakból az egyetemek és az országos intézetek felé tolódott el a betegmozgás a TVK hatására [14].

A teljesítmény-volumen korlát azonban igen erős szakmai és szakmapolitikai támadások keresztjébe került. Ennek hatására 2009. áprilisától a minisztérium bevezette az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) szerinti finanszírozást. Mint később kiderült, az EMAFT még nagyobb finanszírozási feszültségekhez vezetett, így csupán a 2009. április és 2009. október közötti 7 hónapban volt használatban. Ezt követően az EMAFT megszűnt és a finanszírozásban ismét megjelent a TVK. Az EMAFT keretében a teljesítmény 70%-a előre meghatározott fix Ft térítési díjjal, míg a teljesítmény fennmaradó 30%-a ún. lebegő díjas rendszerben, havonta változó Ft térítési díjjal került finanszírozásra. A fix díj az EMAFT 7 hónapos alkalmazása során végig 150 000 Ft/súlyszám volt, míg a havonta változó lebegő díj értéke 49 769 Ft és 65 200 Ft között ingadozott.

Jelen dolgozatunkban az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatását kívánjuk bemutatni a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ (továbbiakban PTE KK) intézményi szintű finanszírozására az aktív fekvőbeteg szakellátásban.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken alapulnak és mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak. Elemzésünkben a 2009. évet vizsgáltuk, különös tekintettel a 2009. április-október közötti 7 hónapos időszakra, amikor az EMAFT szerinti finanszírozás hatályban volt.

Az 1. táblázatban szemléltetjük a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ 2004-2009. közötti aktív fekvőbeteg szakellátási teljesítményének főbb mutatóit.

Elemzésünk során meghatároztuk a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központra vonatkozóan az egy súlyszámra

eső tényleges OEP térítési díjat (1. ábra). Az EMAFT miatt ugyanis az OEP által előre meghirdetett és az intézmények számára ténylegesen elérhető Ft/súlyszám érték között azon intézményekben, melyek túllépték „70%-os” keretüket, a tényleges Ft/súlyszám díj jóval alacsonyabb volt, mint az OEP által meghirdetett várható érték.

Az OEP által kihirdetett és a PTE KK által ténylegesen realizált Ft/súlyszám érték különbsége alapján kiszámoltuk a PTE KK finanszírozási veszteségét, amely az intézmény által ellátott, de az OEP által csupán a 30%-os sávban finanszírozott betegek ellátásából adódik (2. ábra).

Elemzésünk következő lépésében meghatároztuk a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívüli betegek arányát (3. ábra). Területi ellátási kötelezettség alatt a PTE számára meghatározott földrajzi egységeket, településeket értjük szakmánkénti bontásban. A TEK-en kívüli betegek arányát kétféle módszertannal számoltuk ki. Esetszám alapú megközelítésben betegforgalmi oldalról, illetve súlyszám alapú megközelítésben finanszírozási oldalról.

Végezetül kiszámoltuk a sürgősségi esetek arányát is a PTE KK klinikák szerinti bontásában (4. ábra). Itt is kétféle módon, esetszámmal és súlyzámmal egyaránt elvégeztük a számításokat.

EREDMÉNYEK

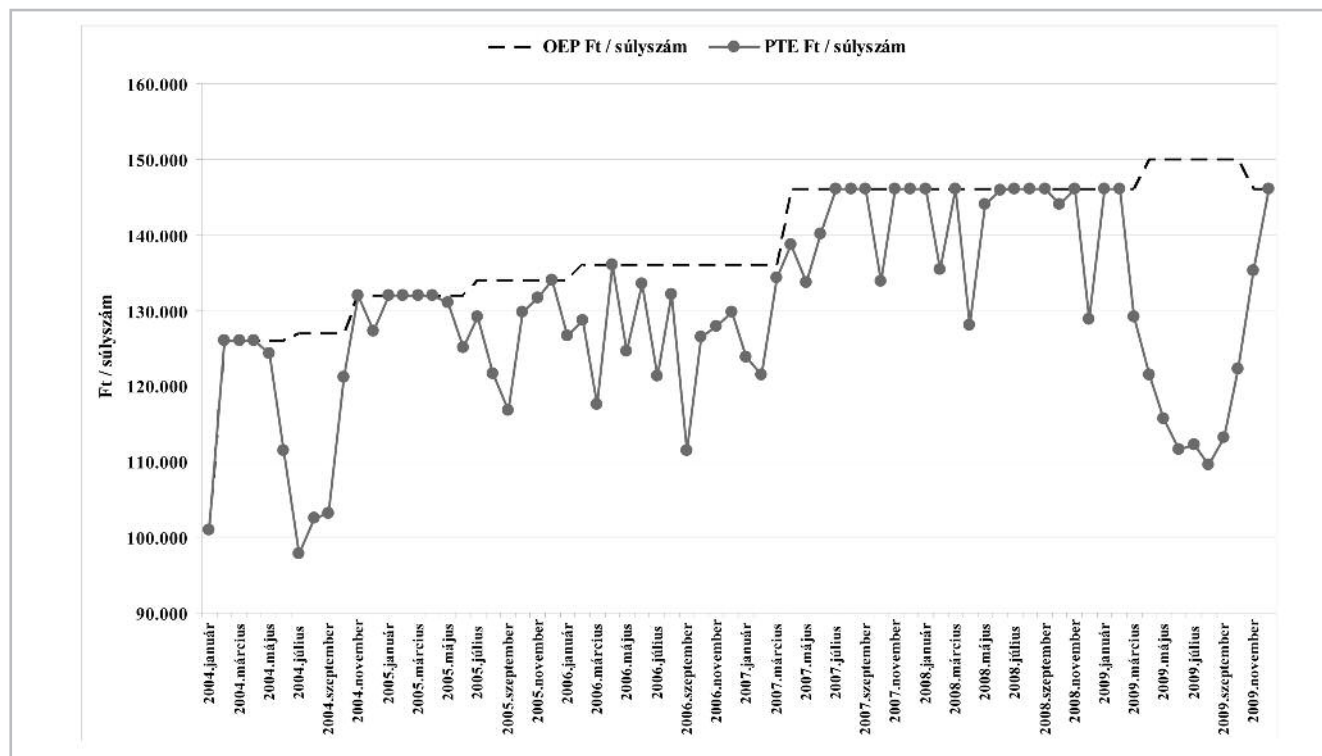
A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítményét ábrázolja az 1. táblázat 2004-2009. között. Az intézmény által teljesített súlyszám összeg 2004-2006. között – az akkori TVK szabályok ellenére – folyamatosan emelkedett. Az eset-összetételi index (case-mix index, CMI) minden vizsgált évben 1,5 felett volt, ami mind az országos átlaghoz, mind az egyetemi klinikák átlagához képest magas értéknek számít. Az egy ágyra jutó havi átlagos súlyszám összeg és az egy ágyra jutó havi átlagos esetszám folyamatosan emelkedett a vizsgált években, ami a kapacitás egységre vetített hatékonyság javulását mutatja.

Az OEP által meghirdetett és a PTE Klinikai Központ által realizált Ft/súlyszám értékeket szemlélteti az 1. ábra a 2004-2009. közötti időszakra, havi bontásban. Azon hónapokban, amikor a két vonal (OEP illetve PTE) eltér egymástól, az összteljesítmény vonatkozásában az egy súlyszámra jutó térítés alacsonyabb volt, mint ami a betegellátás költségét fedezte volna. Ennek megfelelően a TVK keret illetve az

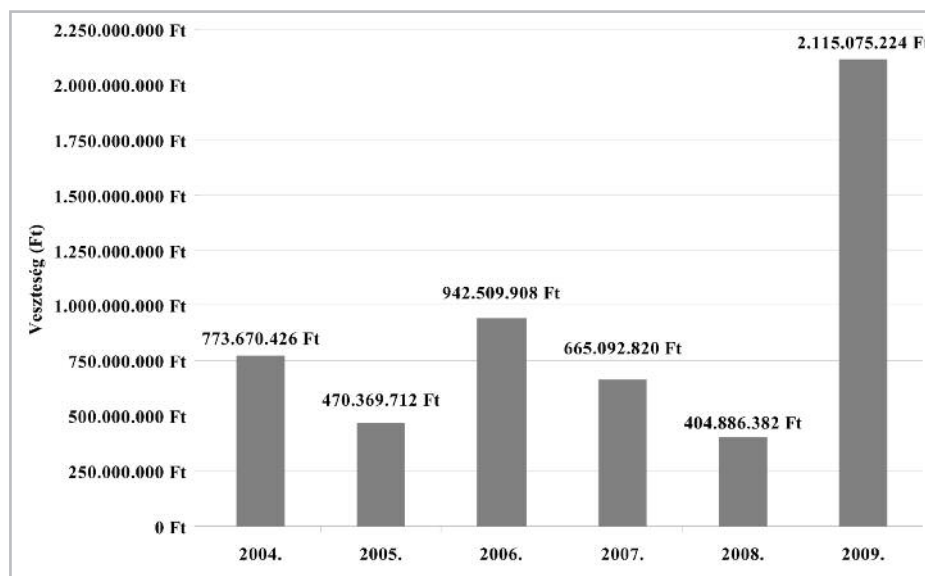
Időszak (naptári év)	Éves átlagos ágyszám	Teljesített súlyszám összeg	Finanszírozási esetszám	Ápolási nap	Egy esetre jutó nap	Egy ágyra jutó havi átlagos súlyszám összeg	Egy ágyra jutó esetszám/hó	Case-mix index (CMI)	Ágykihasználtság	Elszámolt teljesítménydíj (eFt)	Egy ágyra jutó finanszírozási díj (eFt)
2004. év	1.450	104.444	69.179	424.615	6,1	6,0	4,0	1,5098	80,0%	11.513.752	7.941
2005. év	1.450	106.487	69.784	409.682	5,9	6,1	4,0	1,5260	77,4%	13.613.769	9.389
2006. év	1.450	112.403	71.945	404.359	5,6	6,5	4,1	1,6726	76,4%	14.463.532	9.975
2007. év	1.347	98.979	64.512	346.411	5,4	6,1	4,0	1,6393	70,5%	13.543.574	10.055
2008. év	1.271	107.159	69.490	375.817	5,4	7,0	4,6	1,6503	81,0%	14.855.558	11.688
2009. év	1.289	109.797	71.020	384.875	5,4	7,1	4,6	1,6511	81,8%	14.217.145	11.030

1. táblázat

A PTE Klinikai Központ aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménye 2004-2009. között



1. ábra
Az OEP által meghirdetett és a PTE Klinikai Központ által realizált Ft/súlyszám értékek 2004-2009. között havi bontásban



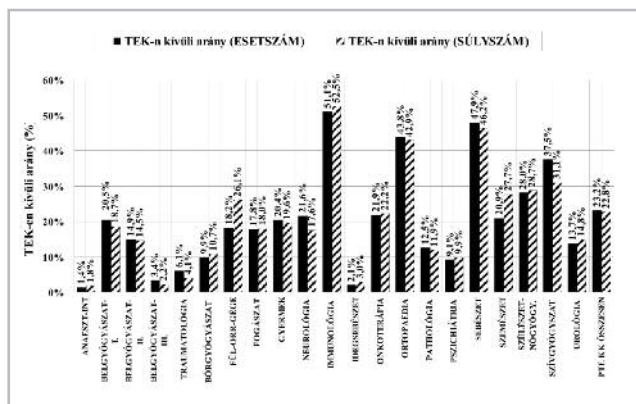
2. ábra
A PTE Klinikai Központ TVK (2004-2008) és EMAFT (2009) miatti finanszírozási vesztesége éves bontásban

EMAFT „70%-os sáv” felett ellátott betegek után járó ki nem fizetett vagy csak részben térített díjak miatt realizálta az intézmény a finanszírozási veszteséget.

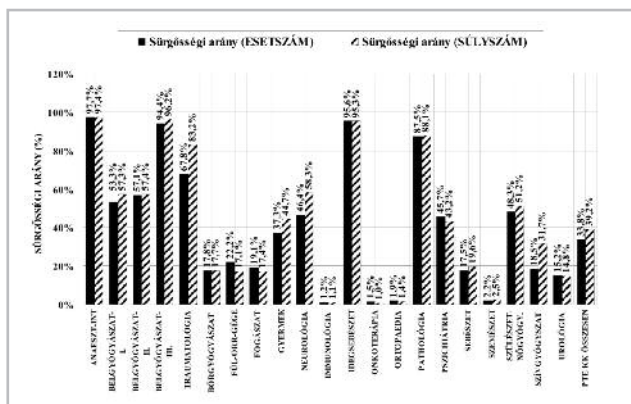
Az előzőek alapján számoltuk ki tehát éves bontásban a PTE Klinikai Központ TVK miatti finanszírozási veszteségét 2004-2008. között illetve az EMAFT (2009) miatti veszteséget (2. ábra). Látható, hogy már a TVK is igen nagy bevételkiesést okozott az egyetemnek, azonban az EMAFT

(és TVK) együttes hatására 2009-ben a bevételkiesés drámai mértékben emelkedett és mintegy 2,1 milliárd forintot ért el.

Elemzésünk következő lépésében – részint már az oki tényezők feltárása kapcsán – meghatároztuk a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívüli betegek arányát a 2009. évre (3. ábra). A PTE Klinikai Központ egészének vonatkozásában az ellátott esetek 25,3%-a, illetve a teljesített súly-



3. ábra
A területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívülről érkező betegek aránya a Pécsi Tudományegyetem klinikái szerinti bontásban esetszám és súlyszám tekintetében (2009. év)



4. ábra
A sürgősségi esetek aránya a Pécsi Tudományegyetem klinikái szerinti bontásban esetszám és súlyszám tekintetében (2009. év)

szám 24,5%-a a területi ellátási kötelezettségen kívülről érkező betegek ellátását jelentette. 2008-ban ugyanezen értékek 25,3%-on illetve 24,5%-on voltak. Voltak azonban olyan klinikai szakterületek (pl. immunológia, sebészet, ortopédia, szívgyógyászat), ahol a TEK-en kívüli betegek aránya lényegesen magasabb volt. A sürgősségi esetek arányának vizsgálata a teljes betegellátási volumenen belül (4. ábra) azt mutatta, hogy az esetek 33,8%-a, míg a súlyszámok 39,2%-a származott sürgősségi betegek ellátásából. A 2008-as értékek itt 31,5%-ot illetve 36,1%-ot mutattak. A klinikánkénti bontás itt is igen nagy szórást mutat.

MEGBESZÉLÉS

Dolgozatunkban bemutatásra került az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ intézményi szintű finanszírozására. Kimutatásra került, hogy az EMAFT alkalmazása révén a 2009. évben mekkora finanszírozási veszteséget szenvedett el a PTE Klinikai Központ.

Az oki tényezők közül kiemelt jelentőséggel bír a betegirányítás kérdése, a területi ellátási kötelezettség (TEK). A TEK 2007-es meghatározásakor ugyanis az akkori döntéshozók nem vették figyelembe a progresszivitás kérdését. Az ország településeit hozzárendelték egy adott kórházhoz, szakmánkénti bontásban. Így egy kisvárosi kórház feladatait tekintve ugyanolyan területi ellátási kötelezettséget kapott a hozzá rendelt településekre, mint egy egyetemi klinika vagy egy országos intézet. A rendszer nem vette – és ma sem veszi figyelembe – azt, hogy adott orvosi szakterületeken belül léteznek olyan betegek, akiket az alacsonyabb progresszivitási szinten nem tudnak ellátni, és ezen betegeket a progresszivitás magasabb szintjén lévő intézmények felé továbbítják. A gondot az okozza, hogy míg a beteg ugyan eljut az egyetemi klinikára és az ellátása is megtörténik, addig a TVK (vagyis a pénz) ott marad a kisvárosi vagy megyei kórháznál. A beteget tehát már nem követi a finanszírozás.

A TEK-en kívüli betegek aránya sem esetszámmal, sem súlyszámmal mérve nem változott érdemben 2008-ról 2009-

re (ld. eredmények rész). A PTE Klinikai Központ tehát nem a területen kívülről érkező betegek arányának csökkentésével válaszolt a finanszírozási technika változására, vagyis nem utasított el betegeket.

Dolgozatunk limitáló tényezői között meg kell említenünk az ún. kiegészítő díjazási finanszírozást. Ezen összegeket általában az év második felében, év végén osztották ki az intézmények számára. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja is részesült a vizsgált években ilyen juttatásban, 2009-ben a kiegészítő díjazás 304 681 eFt volt. Ezen összegek valamelyest mérséklék a TVK ill. EMAFT miatti veszteséget. Szerepük mégis rendszeridegen, hiszen a kórházak folyamatos betegellátásával és folyamatos finanszírozási igényével szemben ezeket nem év közben elosztva, hanem év végén egy összegben kapták a kórházak. További probléma a kiegészítő díjakkal a normativitás hiánya. Míg a Homogén Betegségcsoportok rendszere (HBCs) szerinti kórházfinanszírozás átlátható és normatív szabályok mellett zajlott, addig az év végi pénzosztások kézivezérléssel történtek, ahol a döntéshozatal átláthatósága és normativitása erősen kérdéses.

A fő problémát tehát abban határozhatjuk meg, hogy a TVK (és az arra épülő EMAFT) kezdeti megállapítása (2003-2004) óta nem történt meg annak utánkövetése, elemzése és a tényleges betegforgalomhoz történő korrekciója. Ezen diszkrepanciát tovább fokozta a 2007. április 1-én hatályba lépett új kórházi kapacitás leosztás. Mindezek eredőjeként teljesen elváltak egymástól a kapacitások (ágyszámok), a betegforgalom (ellátott esetek száma), a teljesítmény (a teljesített súlyszám) és a finanszírozás (a ténylegesen megfinanszírozott súlyszám). A TVK-hoz kapcsolódó problémák nem csupán a Pécsi Tudományegyetemen, hanem más egyetemen is megjelentek [8, 9, 10] illetve más szereplők is kritika alá vonták az EMAFT rendszerét [13]. A sürgősségi esetek arányát tekintve azonban már érdemi elmozdulás látható 2008-ról 2009-re. Vagyis az összes ellátott betegen belül nőtt a sürgősség miatt ellátott esetek aránya.

A megoldás irányába mutatón célszerű megfontolni a kapacitások, a betegforgalom, a teljesítmény és a finanszírozás összehangolását. Vagyis az ágyszámok, az ellátott

betegek száma és esetösszetétele, továbbá a betegellátásért kapott OEP finanszírozás szinkronizálása elengedhetetlen. Bár az EMAFT rövid 7 hónapos alkalmazását követő-

en megszüntetésre került, azonban a helyére régi ismerősként visszatérő teljesítmény volumen korlát (TVK) ugyanezen hiányosságokat hordozza [14].

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Ágoston I, Vas G, Imhof G és mtsai: A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009(5):3-7.
- [2] Boncz I.: A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira intézményi, megyei és regionális bontásban, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2007, 6(8): 19-24.
- [3] Boncz I.: A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira, különös tekintettel az egyetemi klinikák helyzetére, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2007, 6(4): 21-26.
- [4] Dankó D., Kiss N., Molnár Márk P. és mtsai: A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. I. rész, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2006, 5(8): 20-28.
- [5] Dankó D., Kiss N., Molnár Márk P. és mtsai: A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. II. rész, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2006, 5(9): 5-12.
- [6] Fendler J.: Kontroll helyett szedálás: a HBCs-alapú finanszírozás kacskaringói 2004 és 2009 között, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2009, 8(8): 27-31.
- [7] Kiss Zs., Molnár A., Dublinszky P.: A teljesítményvolumen-korlátot alapuló finanszírozás tapasztalatai, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2005, 43(1): 5-12.
- [8] Stubnya G.: A Semmelweis Egyetem a változások tükrében, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2008, 7(3): 14-17.
- [9] Stubnya G, Nagy Z, Bagdy G, és mtsai: A válságból kivezető út – az OPNI megszűnésétől a Semmelweis Egyetemig, Psychiatr Hung. 2009;24(3):193-204.
- [10] Stubnya G.: Beavatkozási lehetőségek a változó külső környezetben a Semmelweis Egyetemen, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2009, 8(2):17-19
- [11] Székely T.: A TVK Bizottság munkája, lehetőségei és mozgástere, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2005, 4(9): 7-10.
- [12] Vas G, Imhof G, Ágoston I és mtsai: A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009(4):5-11.
- [13] Fendler J.: Le La Fontaine-nal! A 43/1999-es újabb metamorfózisáról, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2009, 8(3): 11-14.
- [14] Endrei D, Kollár L, Bódis J, Imhof G, Zemplényi A, Vas G, Boncz I.: A teljesítmény-volumen korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására, Orvosi Hetilap, 2010;151(31):1270-4.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Endrei Dóra 1990-ben szerzett általános orvosi diplomát a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1997-ben belgyógyászból szakvizsgázott. 1998-2007 között Pécsi Megyei Jogú Város Önkormányzatánál dolgozik. 2001-ben Jogi szakokleveles orvos diplomát szerez.

2007-ben végzett a SE Egészségügyi Menedzserképző Központban, mint egészségügyi szakmenedzser. 2007 óta a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának orvosigazgatója.

2009 óta a PTE ETK Egészség-gazdaságtani, Egészségpolitikai és Egészségügyi Menedzsment Tanszék PhD hallgatója.

Dr. Kollár Lajos bemutatása lapunk VIII. évfolyamának 3. számában, **Dr. Bódis József** bemutatása lapunk VII. évfolyamának 1. számában, **Dr. Boncz Imre** bemutatása pedig lapunk VIII. évfolyamának 4. számában olvasható.