

Lapunk előző számában jelentek meg Dr. Gresz Miklós és Dózsa Csaba reflexiói az IME hasábjain 2003 decemberében publikált „Az extrafinanszírozási kérelmek a hazai kórház-finanszírozásban: elemzés a szolgáltató szemével” című cikkre. A kedves Olvasó alábbiakban a szerzők válaszát olvashatja.

Dr. Gresz Miklós és Dózsa Csaba (OEP) extrafinanszírozással kapcsolatos cikkünkre adott válaszához

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

Az OEP munkatársainak extrafinanszírozást tárgyaló cikkünkre adott válasza igényli, hogy néhány szempontot bővebben kifejtünk, olyanokat is, amelyeket az idézett cikk terjedelmi korlátai miatt nem volt lehetőség tárgyalni.

Mi is osztjuk az OEP munkatársainak véleményét: valóban az állandó, a közvetett költségek felosztása okozza a legnagyobb gondot a költségek megállapításakor. Bordás István [1] azonban az idézett cikkében kiemeli: a költségek nagy része igenis a kapacitáskihasználtságtól függ, e szerint „Állandó költség az, aminek a nagysága független a betegforgalomtól. Mint a kapacitást kifejező komplex mutató, állandó szintű. (Ide tartoznak pl. a bérköltségek, az infrastruktúra üzemeltetési költségei, az igazgatási, irányítási költségek). Gyakorlati adatok alapján ma ez átlagban a kórházak összköltségének mintegy háromnegyedét teszik ki” ([1] 47. o.)! Tehát minél kisebb a kapacitás kihasználtsága, annál magasabb az esetre jutó állandó, közvetett költség! Ehhez hozzáteszi egy későbbi cikkében a szerző, hogy „A lekötött kapacitás szerinti közvetett költségfelosztást célszerű választani. Ezzel lehet érdekeltséget teremteni a hatékony, szakmailag célszerű erőforrás-felhasználásra, a kihasználatlan kapacitások leépítésére.” ([2] 128. o.) Ezt a fajta költségfelosztást vetette el az OEP az extrafinanszírozásra leadott betegek számlájának elkészítésekor.

Fenntartjuk azt a véleményünket, hogy az elkészült számlák nem tartalmazzák az osztályos orvos és nővér költségeket: a GYÓGYINFOK által kiállított egyedi számlákon – egyebek mellett – a nővér- és orvosbér sorokat 0 (!) költséggel számolja el a finanszírozó. Tehát azt a költséget, amelyet az átlagos, adott HBCS-be tartozó betegeknél a HBCS súlyszám kialakításakor bizonyos konkrét összeggel elszámolt, azt egyedi számláknál egyszerűen nem veszi figyelembe!

Intézetünk az elvégzett vér, labor, echo, röntgen vizsgálatokra, a nővérek által elvégzett egyéb terápiákra és a beadott gyógyszerekre gyűjtött adatokat (ezek a mátrix 1, 2, 5, 8, 18, 20 sorainak felelnek meg), ezeket adtuk le a megadott sorok szerint. Az eredeti cikk 1. táblázatában tehát költségelszámolásunk az egyedi számla említett soraira vonatkozott. Az állandó költségeknek a betegre átalányban lebontott részét tehát a finanszírozó önkényesen kivette a számlából. Megítélésünk szerint legalább (az országos felmérés alap-

Mátrix-sorok	E Ft
1. Közvetlen gyógyszerköltség	208 728
2. Vérvétel	219 204
4. Kórszövettani vizsgálatok	588
5. Röntgen, ultrahang vizsgálatok	8 204
6. CT + MRI vizsgálatok költsége	2 165
7. Tápcsatorna endoscopia	123
8. Laboratóriumi vizsgálatok	25 239
9. Izotópos diagnosztika	88
10. Műtétek	7 288
11. Anesztézia	5 768
12. Implantátumok (besorolási szempont)	0
13. Implantátumok (egyéb műtéti anyag)	605
14. Fizioterápia	3 215
15. Sugárterápia	0
16. Eeg	100
17. Ekg	3 186
18. Egyéb vizsgálatok	16 274
19. Pszichiátriai tevékenységek	94
20. Egyéb terápiák	44 003
21. Szakmai anyagok (egyszer haszn. eszközök stb)	0
23. Általános osztályos orvosi tevékenység	187 148
26. Nővéri bér + járuléai	129 727
27. Szakmai anyagok	72 826
28. Kis értékű tárgyi eszközök	1 049
31. Gyógyszertár	0
32. Egyéb személyi juttatás	5 135
33. Egyéb költségek	36 340
37. Kisegítő személyzet	28 638
38. Nem orvos-szakmai anyagok	18 381
40. Tmk	5 623
41. Energia, gáz, víz, fűtés, csatorna	10 961
42. Mosoda, varroda	16 944
43. Központi sterilizáció	4 525
44. Beteglelmezés	19 539
45. Egyéb segédüzemi szolgáltatás	22 656
49. Központi irányítás es igazgatás költségei	184 694
50. Gyógyítás-ellátás önköltsége	1 354 649

1. táblázat
Az 50 elemű mátrixnak a 9540-es 5 napot meghaladó gépi lélegeztetés arc, száj, nyak betegségeinek kivételével HBCS-re vonatkozó átalány-költségelei (kivonatos, rövidített)

ján kialakított) ráosztott átlagköltségeknek meg kellett volna jelenniük a számlában.

Cinikusnak tartjuk az a felvetést, hogy az, ami az ambulancián ambuláns pontban egy bizonyos összegbe kerül, az olcsóbb pl. intenzív osztályos körülmények között (az OEP munkatársai szerint az egy betegre jutó négyzetméter, vagy légköbméter lényegesen kisebb a fekvő osztályokon...) Ilyenre példa sehol nincsen a világon, hogy valami az intenzív osztályon kevésbé költséges legyen...

Ezek alapján fenntartjuk, hogy a számlában nem szerepel a közvetett költség, és ezért amennyiben a bevételt ehhez mérjük, nem dinnyét hasonlítunk dinnyéhez.

Az OEP munkatársai reflexiójukban visszatérően említik a progresszivitási díjat, illetve annak felosztását. Itt az alábbi (filozófiai) kérdések, pro-kontra érvek merülnek fel a (amelyek közlését az OEP munkatársai a cikkben elvárták volna):

- Intézetünkben (átlagosan) az összes HBCS-n belül a költségesebb eseteket látjuk el, ezért osszuk azt fel:
 - esetszám-arányosan, akkor minden jelentett esetünkre 38 eFt jut,
 - de elképzelhető, hogy az egyes HBCS-k súlyszámukkal arányosan költségesebbek, ezért a progresszivitási díjat HBCS-súlyszám arányosan osszuk fel eseteink között. Így ez gyakorlatilag 18 eFt-tal, 118 eFt-ra emeli a HBCS alapdíjunkt (nem pedig 34,1 eFt-tal, mint azt az OEP munkatársai válaszukban sugallták: 2816,5 mFt HBCS bevételünk volt 2002-ben az 512 mFt-os progresszivitási díj mellett – a hosszú napokat és intenzív hosszú napokat nem is számolva).
- De felmerül a kérdés, hogy intézetünkben vannak kiemelt, országos profilok, amelyekre kellene a progresszivitási díjat terhelni. Ide tartozhat a hemodinamikai beavatkozásokhoz kapcsolódó ellátások, a szívsebészet. De lehet, hogy éppen a gyermekkardiológia – és szívsebészet lenne az, amely „kilóg” számos szempontból az országos átlagolással kialakított közvetlen és közvetett költségek közül. Ezekre a HBCS-re terheljünk csak? De akkor nem lesz összehasonlítható a két költségstruktúra!

Ezért az intézetünkben kialakított esetszintű ráfordítási modulban nem vettük figyelembe a progresszivitási díjat (2002-ben 512,4 m Ft), sem az intézeti fix költségeket (2002-ben 530,6 mFt), mert így értékeléseinkben nem kell figyelembe venni a felosztás torzító hatásait (a központi költség felosztásakor is felmerülnek ugyanazok a problémák, [2]... A költségfelosztás módszere alapvetően befolyásolja az egyes osztályok kimutatott gazdasági eredményét, nem vizsgálja... a bevételképzéssel való kapcsolatát [2] 125. o.), hiszen e két tétel bevételi és kiadási oldalról szinte kiegyen-

líti egymást. Így lehetőség van a tisztán osztályos költségek és bevételek megfigyelésére. Ez alapján írtuk cikkünkben, hogy ezen csoport ellátása (vagyis az e csoportba eső egyedi számlák összeadása alapján, amelyeket az alább közölt fajlagosok adnak ki) 85 mFt veszteség érte intézetünket – úgy, hogy a progresszivitási díjat már „elköltöttük”.

Az OEP munkatársai nem jól értelmezik az ellátási folyamatot bénító betegek problémáit, és a kapacitások ismételt felmérését, illetve azok bővítését ajánlják az intenzív osztályok részére. Csakhogy ezek a betegek nem előre tervezhetően érkeznek, a kapacitás növekedésével az ellátásban rosszul kihasznált és jobban kihasznált periódusok váltanak egymást, miközben a rendelkezésre állást a kórháznak kell „állni” magasabb közvetett költség szinten.

Az OEP munkatársainak reflexióiból továbbra sem derül ki, miért a HBCS-költség éppen ötszöröse a küszöb az igények elbírálásánál?

A GYÓGYINFOK az egyes aneszteziológiai beavatkozásokat, műtéteit a saját (nem publikus) algoritmus alapján számlázza, erre a szolgáltatók nem rendelkeznek adatokkal. A finanszírozó képviselői ezt most már az OEP alá került GYÓGYINFOK munkatársaival egyenesben tisztázhatják, elég csak végigfutni a GYÓGYINFOK egyedi betegszámláit.

Az OEP munkatársai hiányolták a valódi fajlagos költségeket. Az alábbi táblázatban néhány 2002-re vonatkozó adat látható, amelyek tényleges költségszámítási módszerrel kerültek kialakításra (saját, könyvelésre támaszkodó adatok) (2. táblázat).

Fajlagosaink kapcsán el kell mondanunk: amit egy járóbeteg labor 8 órás rendelkezésre állással, ütemezett vizsgálatokkal, nagy vizsgálati számmal elvégez, azt a mi laborunk a 24 órás rendelkezésre állással és ügyeleti szolgálat kiállításának szükségességével belső elszámolásunkban 2002-ben csak 2,34 Ft-ért tudta teljesíteni. Azonban a GYÓGYINFOK számla csak 1 Ft-os fajlagossal készül. Ez aztán módosítja a belső fajlagosokat, és állandó feszültséget okoz a központi fajlagos költségen való hivatalos elszámolás és a realitás között.

Veszélyesnek tartjuk, hogy a finanszírozó szerint „probléma az 50 elemű mátrix elemeinek ekkora jelentőséget tulajdonítani”. Miként legyen így bizalma a szolgáltatónak az egész HBCS rendszer költségszámításában? A HBCS-nek igen is alapelve, hogy átalányt, átlagot finanszíroz egy csoporton belül, ahol a drágább betegeket kompenzálják a kevésbé költségesek – de csoporton belül. Itt elég visszanyúlni a DRG-rendszerek kialakításának az Egyesült Államokban kialakított eredeti alapelveihez, illetve arra, amint azt a GYÓGYINFOK besorolási kézikönyvének 2. fejezete (A kórházi esetek osztályozási rendszerei – HBCS alapelvek – a paraméterek meghatározása) rögzíti.

Orvosi tevékenység	mértékegység	2002. év mennyiség	fajlagos
Felnőtt belgyógyász orvos	óra	58 128	1 123
Felnőtt sebészorvos	óra	26 988	1 584
Felnőtt anaest-intenzív orvos	óra	14 013	3 885
Gyermek belgyógyász orvos	óra	24 912	1 795
Gyermek sebészorvos	óra	12 456	2 011
Gyermek anaest-intenzív orvosi KH	óra	8 304	3 169
Műtéti tevékenység			
Felnőtt műtő orvosi KH	óra	15 466	1 584
Felnőtt műtői személyzeti KH	óra	36 372	1 278
Felnőtt műtői rezsi	óra	15 466	5 175
Felnőtt anaesthesiológiai idő	óra	10 551	5 919
Felnőtt anaesthesiológiai eljárás	eset egyenérték	1 193	41 137
Gyermek műtő orvos	óra	9 965	2 011
Gyermek műtői személyzet	óra	21 734	1 221
Gyermek műtői rezsi	óra	9 965	4 283
Gyermek anaesthesiológiai idő	óra	7 083	7 214
Gyermek anaesthesiológiai eljárás	eset egyenérték	776	40 391
Diagnosztika			
Felnőtt echo	e. pont	60 223	314
Felnőtt ergometria, holter	e. pont	23 515	849
Gyermek echo	e. pont	52 691	214
Gyermek ergometria, holter	e. pont	2 084	1 179
Haemodinamika rezsi KH	óra	5 439	20 855
Haemodinamika eljárás KH	eset egyenérték	8 300	44 325
Izotóp	e. pont	11 339	2 189
Röntgen	e. pont	20 213	4 994
Központi labor	e. pont	41 623	2 341
Normál ápolás			
Felnőtt be IV. emelet ápolási KH	áp. nap	12 323	5 268
Felnőtt bel V. emelet ápolási KH	áp. nap	13 888	5 108
Felnőtt bel VI. emelet ápolási KH	áp. nap	15 260	4 807
Felnőtt szívseb ápolási KH	áp. nap	10 832	9 022
Gyermek bel ápolási KH	áp. nap	10 100	11 887
Szakterdelések			
Szívsebészeti ambulancia	e. pont	3 691	380
Gyermek kardiológiai ambulancia	e. pont	8 278	2 975
Rehabilitációs ambulancia	e. pont	18 988	102
Farmakológia ambulancia	e. pont	1 948	3 871
Anyagszere ambulancia	e. pont	784	1 500
Szívizom betegségek ambulancia	e. pont	1 004	680
Arrythmia ambulancia	e. pont	1 598	464
Rizikófaktor ambulancia	e. pont	3 150	218
Angiológiai ambulancia	e. pont	21 164	520
Központi felnőtt ambulancia	e. pont	19 588	1 395
Intenzív ápolás			
Felnőtt bel intenzív ápolási KH	áp. nap	2 156	31 782
Felnőtt szívseb intenzív ápolási KH	áp. nap	3 265	43 836
Gyermek bel intenzív ápolási KH	áp. nap	3 815	25 814
Gyermek szívseb intenzív ápolási KH	áp. nap	1 950	51 745
Háttér szolgáltatások			
Textilleltetés	kg	293 214	58
Szakmai szolgáltatók			
Sterilizáló	kosár	35 980	1 716
Élelmezési szolgálat, dietetikusok	élel. nap	69 774	316

2. táblázat
Az intézet 2002. évi fajlagos költségei

Szerzők észlelték, hogy a cikkünk 2. táblázatában az 5. számú esethez magasabb bevétel tartozik. Valóban, az eltérést mi is észleltük, ezért cikkünk 2. táblázatát felülvizsgáltuk. A helyesbített bevételekkel átszámolva közzé tesszük az eredeti táblázat javított változatát. Tisztelt Olvasóinktól elnézést kérünk, a hiba az esetszintű fedezettszámítási modulnak a hosszú és intenzív hosszú napokat leosztó algoritmusában volt. Látszik, hogy vannak pro és kontra tévedések, ha a 3. táblázat eredeti és helyesbített oszlopát összehasonlítjuk. A táblázatban ez 2-3%-nál nagyobb eltérést összességében nem okozott, és megállapításainkat nem érinti.

	A cikkben szereplő árbevételek	Helyesbített árbevétel	GYÓGYINFOK számla	Különbség
Eset 1	1 379 183	1 693 274	4 335 790	-2 642 516
Eset 2	1 376 533	1 354 649	3 632 421	-2 277 772
Eset 5	1 850 933	2 264 649	3 583 459	-1 318 810
Eset 6	1 616 604	1 658 274	3 296 614	-1 638 340
Eset 11	1 376 532	1 354 649	2 248 665	-894 016
Eset 12	1 555 487	1 522 649	3 077 625	-1 554 976
Eset 13	1 322 551	1 354 649	1 740 933	-386 284
Eset 14	1 409 569	1 354 649	1 937 122	-582 473
Eset 15	1 376 532	1 354 649	1 785 525	-430 876
Eset 16	1 376 533	1 380 899	1 530 219	-149 320
Eset 17	1 322 813	1 354 649	1 514 690	-160 041
Eset 20	1 502 532	1 480 649	1 606 842	-126 193
Eset 22	1 474 532	1 452 649	1 982 080	-529 431
Eset 23	1 417 828	1 354 649	1 379 546	-24 897
Eset 25	1 399 732	1 354 649	1 786 863	-432 214
Összesen	21 757 894	22 290 235	35 438 394	-13 148 159
Átlag	1 450 526	1 486 015,67	2 362 559,60	-876 543,93

3. táblázat
Az árbevétel és a GYÓGYINFOK számla különbsége azokban az esetekben, ahol rendelkezünk GYÓGYINFOK számlával

Cikkünkben a rövid határidőt (30 munkanapot) leginkább az OEP reakcióidejéhez (átlagosan 167 nap) képest, és az elhunyt betegek boncolása kapcsán jelentkező adminisztratív nehézségek kapcsán „panaszoltuk”. Nem egy alkalommal 31-32 munkanap eltelté miatt visszaküldte az OEP az Intézet kérelmét. Csak remélni tudjuk, hogy ez a reakcióidő valóban felgyorsul a GYÓGYINFOK integrálásával. Bár ez utóbbtól általában az egyedi számlát 3 héten belül meg szoktuk kapni.

A reflexióban felmerül a kérdés: miért adtuk le a 9540-es HBCS-be eső esetek 18,4%-át extrafinanszírozási kérelemmel? A válasz magától értetődő:

- Vettük a fáradságot, és ezt a fáradságot a GYÓGYINFOK számlák igazolták is.
- Valóban az ország teljes területéről kapunk betegeket, amelyek valóban súlyosabbak, és a progresszivitás elve szerint kerülnék be intézetünkbe.

Sajnos a reflexióban szereplő táblázat számait (OEP finanszírozás, GOKI jelentett költség) nem sikerült sem bevétel, sem a költség oldalról értelmezni, hiszen a kialakított számlák nem ezeket az adatokat tartalmazzák, és nem értünk egyet azzal a megállapítással, hogy „az intézmény eleve kevesebb költséget mutatott ki, mint a finanszírozás”.

Az az elképzelés, miszerint egy kórháznak rendelkeznie kellene olyan informatikai rendszerrel, melyből szinte egy gombnyomásra ki lehetne nyerni a finanszírozónak szükséges adatokat (amelyek egyébként a kórházi menedzsment

számára nem is relevánsak, mert azokat csak a makroszintű értékelésben a GYÓGYINFOK képes használni – illetve köze sincs a kórházi fajlagosokhoz – lásd feljebb), a kórházak jelenlegi működési lehetőségei mellett utópia.

A cikkünkben közöltek valóságtartalmát fenntartjuk, hozzátéve azt, hogy a megjelenés óta több szolgáltató képviselőjétől kaptunk pozitív és támogató visszajelzéseket. Úgy érezzük, hogy az egészségügyi szolgáltató továbbra is „kiszolgáltatót” az extrafinanszírozási folyamatban, és mai finanszírozási kondíciók mellett kifejezetten veszteséges ezeknek a betegeknek az ellátása.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Dr. Bordás, István: Mit fejeznek ki a HBCS súlyszámok? Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999, 37 (1): 44-52.

[2] Dr. Bordás István: A közvetett költségek felosztásának vizsgálata kórházi szempontból. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39 (2) 124-129.

Konferencia naptár 2004

II. Infokommunikációs Konferencia (IME)

Helyszín: Tulip Inn Hotel Budapest
Időpont: 2004. április 6.

VI. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia (Medicina 2000)

Helyszín: Club Aliga Balatonvilágos
Időpont: 2004. szeptember 17-19.

V. Outsourcing Konferencia (IME)

Helyszín: Tulip Inn Hotel Budapest
Időpont: 2004. október 13.

IV. Kontrolling Konferencia (IME)

Helyszín: Tulip Inn Hotel Budapest
Időpont: 2004. november 24.

Információ: LARIX Kiadó Kft. • 333-2434, 210-2682 • www.larix.hu, www.imeonline.hu