

A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozat és Tanács METT-2015/1. sz. együttes állásfoglalása

az OEP által összeállított Módszertani Útmutatóról,
amely a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottságok részére készült

A Tagozat és Tanács tagjai által összeállított vélemény a 2015. január 14-i keltezésű Módszertani útmutatóról (továbbiakban Útmutató) került kialakításra, amely a közfinanszírozott aktív fekvőbeteg szakellátás 2014. teljes év finanszírozási adatainak felhasználásával az ellátórendszer lakosságarányos újradefiniálásához kíván támpontokkal szolgálni, és alapját képezi a megyei egyeztető tárgyalásoknak.

Mindenekelőtt az Egészségügyért Felelős Államtitkárság figyelmébe szeretnénk ajánlani a Szakmai Kollégium illetékes tagozatait szakmai anyagok előzetes véleményezésére. A testületeket elsődlegesen e célra hozták létre; az EMMI és az Államtitkárság részére történő tanácsadás és szakmai döntéshozatal támogatása kiemelt fontossággal bír munkánk során.

ÖSSZEGZŐ MEGÁLLAPÍTÁSAINK AZ ÚTMUTATÓRÓL

Az OEP szakmai műhelyeiben készített Útmutató – általunk megismert kidolgozottságában – nem alkalmas a kórházi kapacitások átrendezésének támogatására, mivel a szükségleteken alapuló kapacitástervezés alapvető módszertani szabályait az Útmutató elkészítésénél nem vették figyelembe, ebből fakadóan az abban képviselt javaslatok nem képesek megalapozott döntéseket előkészíteni az egyeztető bizottságok részére a kijelölt témákban.

Az Útmutató figyelmen kívül hagyja a szerves fejlődéssel kialakult betegellátási viszonyokat, folyamatokat, amiben az ellátók közötti feladatmegosztások a Semmelweis tervben megfogalmazott célkitűzések talaján már elindultak. E folyamatok finomra hangolására ugyan szükség lenne, de annak mértéke nem éri el a jelenleg felkínált nagyságrendet. A szakmai megalapozást nélkülöző megyei TVK újraelosztási rendszer bevezetése új feszültséget támaszt, anélkül hogy bármilyen régi problémát kezelne.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság számára javasoljuk, hogy az Útmutatót vonja vissza, helyette kérje fel a GYEMSZI-t (ÁEEK-et) és az OEP-et, hogy közösen dolgozzanak ki egy új útmutatót, amely megfelel a kapacitástervezés szakmai szabályainak.

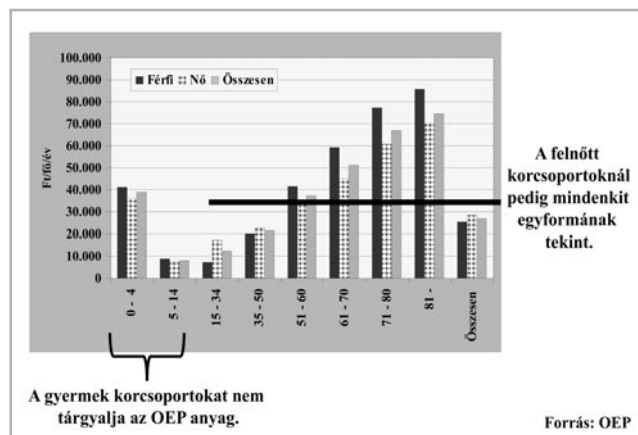
Az Államtitkárságnak a fentiekben túl érdemes lenne átgondolnia, hogy a jelenlegi fix költségek mellett – a változó költségeket is figyelembe véve – a fekvőbeteg szakellátás számos területe veszteséges, ezért a nullszaldós költségvetés elérését csak a fix költségek csökkentésével lehetne "orvosolni". Ez viszont telephelyek, kórházak bezárását jelenti,

amelytől a politika elhatárolódik. Ha csak ágyakat vezetnek ki az intézetek, a fix költségek számottevően nem csökkennek, ellenben ha egyes kórházakban portfóliót szűkítenek, nem biztosítható a teljes rendelkezésre állás, és sérül a betegek multidiszciplináris ellátása, illetve jelentősen megemelkednek a betegszállítási költségek. Ebből az ördögi körből a felkínált módon nincs kiút. Ennek korrigálására komoly fejlesztések kellenének, a feladat ebben a formában 2015. április 1-ig megoldhatatlan.

Szakmai meggyőződésünk, hogy a most választott út nem szolgálja a kormány céljait, ezzel nem lesz kiszámíthatóbb, igazságosabb hozzáférést biztosító, hatékonyabb ellátórendszerünk.

SZAKMAI ÁLLÁSPONTUNK RÉSZLETEZÉSE

- **A célkitűzések tekintetében:**
 - Az Útmutató elején szereplő egészségpolitikai szándékok, követendő célok és elvek alapvetően támogathatók, egy korszerűbb és fenntarthatóbb egészségügyi rendszer irányába mutatnak.
- **A problémafelvetés témakörében:**
 - Nem találtunk a téma súlyához illeszkedő helyzet-elemzést az Útmutatóban.
 - Hiányzik a feltárt problémák számszerű bemutatása és a megoldási lehetőségek ismertetése.
- **A forrásallokáció módszertani alapelvei tekintetében:**
 - A szimplán lakosságarányos forráselosztás nem tükrözi a valódi ellátási szükségletet, amelyek figyelembevételéhez további demográfiai és epidemiológiai, illetve szocio-ökonómiai tényezők figyelembevétele szükséges. Az Útmutatóban leírt módszertan súlyosan torzító hatású, nem alkalmazza a nemzetközileg széles körben elterjedt kockázatkiegyenlítés módszerét. Emiatt gátolja a szükséglet alapú térbeli forrásallokációt, a ráépülő kapacitásrendezést és finanszírozást.
 - Minél kevesebb mortalitási, morbiditási, szociális, jövedelmi, gazdasági stb. szempontot alkalmaz a rendszer a fejkvóták megállapítása és a megyei TVK-k megállapítása során, annál inkább növekszenek a területi egyenlőtlenségek. Önmagába az életkori sajátosságok az 1. ábrán látható módon módosítják a szolgáltatások igénybevételét, tehát tisztán lakosságszám arányosan nem lehet ellátási szükségletet tervezni.

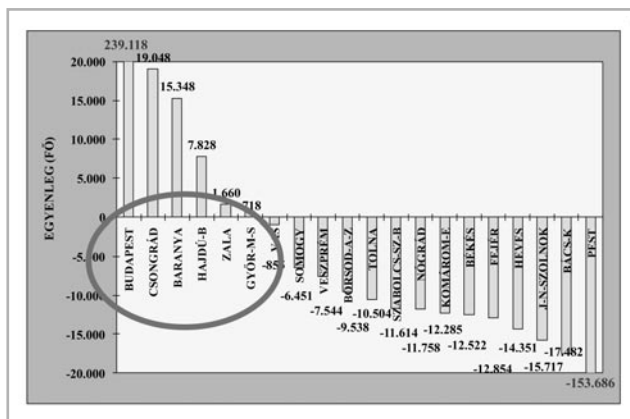


1. ábra
Az egy főre jutó átlagos éves egészségügyi kiadás az aktív fekvő-beteg szakellátásban.

- Ráadásul a TVK újraosztásnak az Útmutatóban megfogalmazott módszere nem veszi megfelelően figyelembe az egyes szakmákon belül már kialakult progresszivitási szinteket, és ez alapján kialakult szakmai műhelyeket az egyes kórházakon belül. Nem lehet mechanikusan egy síkon kezelni a kórházak hierarchiáját és az egyes orvosi szakmák progresszivitását, de érdemes a közép- és hosszú távú fejlesztésekkel erre törekedni. Ma már a legtöbb betegség multidiszciplináris megközelítést igényel, a szakmák merev szétválasztása sokszor eredményez nehéz helyzetet és nem teszi lehetővé a jobb minőségű ellátást. Pl. az angiológia (B) és az érsebészet (A) külön kezelése szakmailag biztosan hibás. Ezeknek a szakmáknak a progresszivitási szintjei feltehetőleg egymást, és feltétel még az intervenciós radiológia megléte is. A stroke külön szakmaként való kezelése már a neurológia progresszivitási szintjeinek a meghatározásakor is sok problémát okozott, nem szerencsés.
- További, módszertanilag komoly nehézséget okozó probléma, hogy egyes szakmák teljesítményét (és az ebből számított szakmai fejkvótát) egyenlőnek tekintik a szakmakódról jelentett teljesítménnyel (az OEP szerződésben szereplő szakmakódról van szó), de ez nagyon félrevezető olyan szakmák esetében, mint a "belgyógyászat", ahol helyszínről-helyszínre más-más szakmai portfólió működik a valóságban. Ez olyan alapvető hiba, ami az amúgy is vitatható fejkvóta számítását végképp értelmetlenné teszi. Valójában a HBCS-kkel vagy BNO csoportokkal, beavatkozás csoportokkal megragadható szakmai teljesítményeket kellene vizsgálni, ami erősen különbözik a szakmakódokról jelentett szolgáltatások egyszerű összegétől. Például van, ahol a szívelégtelenséget a belgyógyászatról, máshol a kardiológiáról, vagy a nefrológiáról, gasztroenterológiáról jelentik, attól függően, hogy a helyi lehetőségek alapján a beteget hova vették fel.

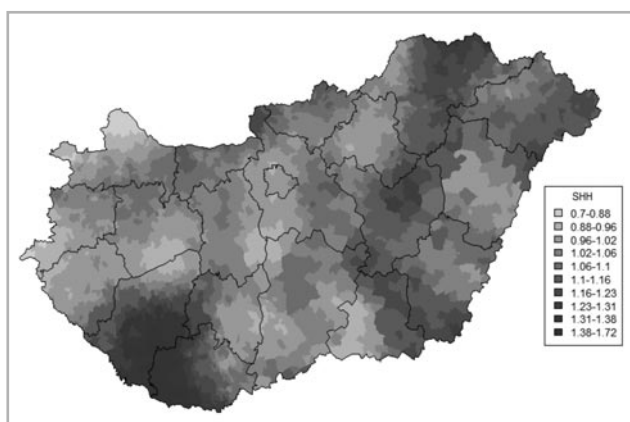
A kapacitástervezés témakörében figyelembe kell venni a következőket:

- A megyei szintű betegforgalmi adatok arra utalnak, még a vizsgált beavatkozások terén is komoly betegmozgások detektálhatóak a megyék között, amit a tervezés folyamatában nem szabad figyelmen kívül hagyni (2. és 3. ábra).



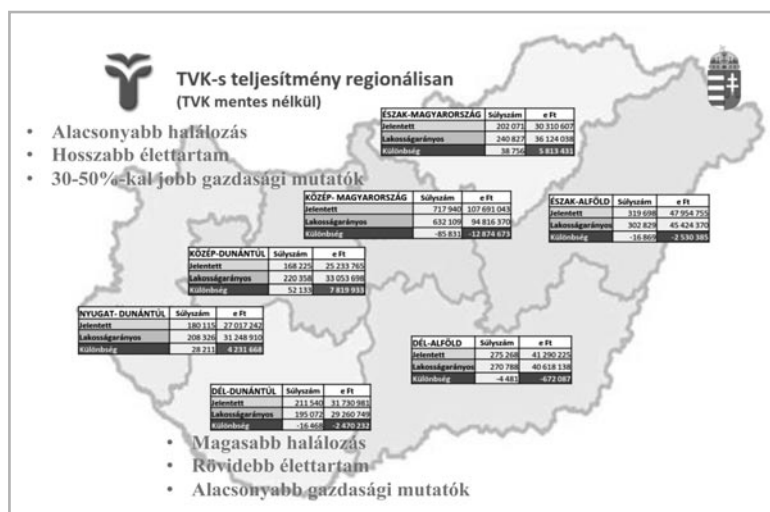
3. ábra
Az egyes megyékbe érkező és onnan távozó betegek betegforgalmi egyenlege (betegszámban).
Forrás: OEP

- Ahogy az előző blokkban már részleteztük, korra, nemre standardizált, a mortalitási és morbiditási adatokkal korrigált egészségügyi költséket érdemes kiindulópontként felhasználni a kapacitások áttervezésekor (lásd pl. a 4. ábrán a korrekció egy lehetőségét).



4. ábra
A standardizált halálzási hányados (SHH) nők körében, 2013.

- A szükségletekre alapuló kapacitástervezésben a jelenleg elérhető kapacitásokat össze kell vetni a számításokkal igazolt, tervbe vett új kapacitásokkal, a különbözőtől le kell vezetni az átmenet lépéseit, amely akár éveket is igénybe vevő lépéssorozatot indukálhat. Minden ehhez hasonló átalakítás többletforrások bevonásával jár együtt szerte a „nagyvilágban”.



5. ábra
Összefoglaló tábla a javasolt forrásátcsoporthoz.

- Az adott településeken elérhető egészségügyi kapacitásokat (nemcsak a kórházi aktív kapacitásokat) összességében kell számba venni, ezen túlmenően a kapacitások egymásra épültségét is vizsgálni kell, és persze az esetleges helyettesíthetőségi lehetőségeket is görcső alá kell venni annak érdekében, hogy az egymást kiváltó kapacitások körében minél alacsonyabb ellátási szintet lehessen preferálni a lakosság minél könnyebb hozzáféréseinek biztosítása érdekében.
- Az egészségpolitikai kapacitástervezést a szükségletek oldaláról érdemes kezdeni. Ezt követi a kapacitások leosztása, az igénybevétel szabályozása és a finanszírozás hozzárendelése. A magas halálozási mutatókkal, alacsony születéskor várható élettartammal, gyenge gazdasági teljesítménnyel rendelkező térségektől nem méltányos forrásokat elvonni.
- **A HBCS alapidj változatlanága tekintetében:**
 - Szinte már az egész kórházzsektort sújtó eladósodás, adósságszpirál alapvetően az egy esetre jutó alacsony OEP díjtételből származik, mely nem tükrözi az intézményszektorra nehezedő bérfezültséget és a technológiai tartalom folyamatos bővülését, költségfelhajtó hatását.
 - Az OEP-től származó bevétel a kórházi ellátások túlnyomó többségében nem fedezi a fix és változó költségeket, ahol meg fedezi, azok egy része nem is kórházba való ellátási eset. Ennek nyilvánvaló oka a HBCS alapidj 8-9 éve elmaradt jelentősebb emelése miatt bekövetkező közel 30%-os elértéktelenedés.
 - A HBCS rendszer az alacsony alapidj miatt továbbra is az alacsony költségű esetek felvételére fog ösztönözni, ugyanakkor a valódi fekvőbeteg ellátási esetek nem kerülnek jobb helyzetbe. A megyei kórházak adósságállománya várhatóan még tovább fog növekedni az újabb progresszív tevékenységeket finan-

szírozó (jellemzően alulfinanszírozott) HBCS-k további koncentrációja révén.

- Mindebből következően az OEP által javasolt TVK újraelosztás (lásd az 5. ábrán), önmagában a makrofinanszírozási feltételek és további átfogó strukturális reformok hiányában – nem elegendő intézkedés a kórházi adósságszpirál megfékezéséhez és a fenntartható működése pálya kialakításához.
- **A Semmelweis Tervvel való viszony tisztázása tekintetében:**
 - E helyütt hívjuk fel a figyelmet arra, hogy meg kell teremteni az összhangot a korábbi ciklusban meghozott jogszabályokkal, a megyei TVK-ra alapozott forráselosztás rendszere teljesen szembe megy a térségi szervezési elvek érvényesítésével.
 - Felülírja a jelenlegi TEK szabályokat és a progresszivitás fogalmát is (ez a 60/2003 rendelet szerint szakmai fogalom, nincs köze az intézmény földrajzi helyéhez, de még az intézményi hierarchiában elfoglalt helyéhez sem).
- **Az indulás időpontja tekintetében:**
 - Bármilyen átrendezésre kerül is sor, az átálláshoz idő kell, hogy ne sérüljön a betegek ellátása, a beutalási rend át tudjon állni a módosítandó kapacitásokra. A 2015. április 1-i indulást korainak tartjuk.

KÉRDÉSEINK, AMELYEK MEGVÁLASZOLÁSRA VÁRUNK

- Milyen paraméterek alapján kerül besorolásra egy szakma az ABC-be? (jogszabály, szakmai elemzés alapján?)
- Hogyan jelenik meg később a progresszivitás (I,II,III) a rendszerben?
- Mi lesz azon betegekkel, akik mégis át szeretnék lépni a TEK határokat?

- Ki tájékoztatja a betegeket az új területi ellátási kötelezettségről, beutalási rendről?
- Hogyan lehet megteremteni egyes újonnan megjelenő szakmák (pl. kézsebészet) személyi és tárgyi feltételeit?
- Milyen formában alakítsák át az EU támogatásból kiépített kapacitásokat?
- A case-mix index azt mutatja, hogy egy-egy „A” (vagy „B” ...) szakma esetében igen eltérő az egyes városi vagy megyei kórházak teljesítménye. Ezt hogyan korigálja a koncepció? (pl. a gasztroenterológiák a városi kórházakban CMI: 0,5 – 1,05 közötti tartományban működnek)

JAVASLATAINK A KÖVETKEZŐ IDŐSZAK TENNIVALÓIRA

Összegyűjtöttük a legfontosabb javaslatainkat a közeljövő intézkedéseire vonatkozóan:

- **Szükségletek elemzése:** valódi ellátási hiányok és főlős kapacitások feltárása (szakmai szintű elemzést igényel) legalább a népegészségügyi szempontból kiemelt területeken.
- **Helyszíni bejárások:** a jelenlegi ellátási kapacitás és igénybevételi elemzéseket követően szükséges a helyszínen történő bejárással letisztázni, a jelentések mögött milyen valódi szakmai színvonal és teljesítmény, humán erőforrás és eszközállomány van.
- **A kórházi adósságállomány kialakulása mögötti valós pénzügyi, gazdasági indokok elemzése** (alapvetően kontrolling módszerekkel). Alapdíj elértéktelenedésének elemzése és vizsgálata különösen a manuális szakmák, eljárások esetében.
- **Hatáselemzések elvégzése** a kidolgozott javaslatokról (pl. alapdíj korrekció és a vatta esetek kiszűrése). A HBCS alapdíjba be kellene építeni az elmúlt évek bér-emeléseit és az éves kassza elosztások és konszolidációk összegeit, hogy az OEP alapvetően értékén tudja megvásárolni a kórházi szolgáltatásokat. Ezt követően lehet a minőségi ellátás fejlesztésének irányába fordulni.
- **Kódkarbantartási munkálatok elvégzése** a relatíve még inkább alulfinanszírozott szakmák, és tevékenységek pozíciójának javítása érdekében.
- **Egynapos program és általában az ambuláns kezelések bővítésének továbbvitele** főként a kis manuális szakmák területén, és ezek ágyszámának további csökkentése. E helyütt fejezzük ki az Államtitkárság felé abbeli támogatásunkat, hogy az egynapos beavatkozások TVK mentessé váljanak a jövőben, mindazonáltal figyelni

kell, az intézkedés milyen reakciókat vált ki az intézetekből. A kínálat indukálta keresletet kontrollálni kell a szakmai ellenőrzési hálózatok fejlesztésével.

- **A nagysebészeti beavatkozások TVK-jának fokozatos felszabadítása** szintén indokolt az indikációs körök szigorú betartása mellett. Ez az egyik olyan szakterület, ahol a szakmai progresszivitási szintekhez megvan a beavatkozások listája is (lásd minimum feltétel rendelet), így a finanszírozás tervezése egyszerűen megoldható.
- **A belgyógyászati jellegű kapacitások, ellátási igénybevételek és HBCS-k alapos felülvizsgálata:** Ezekben a területeken az aktív ágyak számának további csökkentése. Szociális és egészségügyi ellátások közötti átmeneti ellátások rendszerének kialakítása. (A javaslatcsomag kidolgozásra került már 2014 augusztusában. A Szociális Ügyekért Felelős Államtitkárság is foglalkozik e fejlesztési területtel.) Ezen a területen a szociális ellátásokon kívül a krónikus ágyakkal való harmonizáció is szükséges. Egyes területeken jelentős torzulást okoz a csak aktív fekvő kapacitások és finanszírozás vizsgálata, mivel az ország egyik területén ugyanazokat a betegeket aktív bel-, neurológia stb. ágyakon kezelik, más területeken pedig krónikus ágyakon.
- **A rehabilitációs ellátórendszer fejlesztésének folytatása:** a korai és programozott rehabilitáció arányának jelentős növelése azoknál az akut kórképeknél, amelyek után nélkülözhetetlen a magas szintű rehabilitáció nyújtása a betegek mielőbbi felépülése érdekében.
- **Az onkológiai ellátás hatékonyságának javítása érdekében az onko-diagnosztikában a TVK-k fokozatos feloldása:** az előjegyzési idők jelentős leszorítása érdekében (cél a maximum 2 hetes előjegyzési idő elérése). A CT-, MRI-előjegyzési listák csökkentése daganatos megbetegedések megalapozott gyanúja esetén.

Felvetett javaslatainkkal, javító szándékú észrevételeinkkel remélhetően tudunk segíteni az Államtitkárságnak a döntéshozatal pontosításában. Bármiféle diskusszióra készséggel állunk rendelkezésre.

Budapest, 2015. február 13.

Dr. Jóna Gabriella sk.
a Tanács elnöke

Dr. Sinkó Eszter sk.
a Tagozat elnöke

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A Tagozat és Tanács álláspontjának megalkotásához Dr. Boncz Imre tagunknak a Baranya megyei EEB 2015. február 11-én elhangzott előadásanyaga, ábrái nyújtottak segítséget.