

A degresszív finanszírozás és az irányított betegellátási rendszer hatása a kórházakra

Dr. Torgyik Pál, Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet

A cikk érintőlegesen tárgyalja az IBR lehetőségeit és a kórházi szektorra gyakorolt hatását. Részletesen tárgyalja a degresszív finanszírozás intézményekre gyakorolt hatását. Az IBR számos jellemzőjével (ellátásszervezés, kontroll az alapellátó felett, szorosabb betegkövetés, hatékony és költségtakarékos beteg(ség) menedzsment) ígéretes modell lehet az egészségügy reformjában. A rendszer kórházi szektorra kifejtett hatását ugyanakkor modellezni szükséges, és ez mind a mai napig nem történt meg. A degresszív finanszírozási technikát illetően a szerző megállapítja, hogy segíteni kell az évek óta a kórházi finanszírozás csapdájától fenyegetett kórházi vezetőket abban, hogy az intézmények – a degresszív finanszírozás bevezetése révén központilag inspirált – jövőbeli átalakítása stratégiai megfontolások szerint történjen, ne perspektívák nélküli sokkterápia legyen. A cikk befejezőként néhány ötletet ad az intézményi menedzsment számára a degresszív finanszírozáshoz való megfelelő alkalmazkodásra.

BEVEZETÉS

A kórházak eddig, az igazságosabb forrás allokáció, ún. „teljesítmény elvű” finanszírozás bevezetése óta eltelt időszakban több kapacitás (ágyszám) korlátozást is megélt, majd az időleges ágyszám-kihasználtsági túllépések miatt pénzelvonással sújtották őket, most pedig sor kerül a kibocsátás-korlátozására is. Új eleme lett a kórházi ellátások finanszírozás-technikájának a degresszió. (Egy előre meghatározott ellátási-volumen felett az egy esetért elszámolható bevételt sávosan csökkenti a finanszírozó. Egy, ún. bázis-időszak teljesítményének 98%-át tekintve garantáltan 100%-on kifizethető alpnak). Az egészségügyi szektor más területén (házi orvosi fejkvóta alapú finanszírozás) ezt az elvet már korábban bevezették. Az egészségpolitikai cél akkor a kevesebb beteggel való, alaposabb foglalkozás, és a jobb minőségű ellátás volt.

EGÉSZSÉGÜGYI REFORM

Az egészségügy sorsát régóta követők számára felvetődik a kérdés: csak most van egészségügyi reform, vagy közel 20 éve folyamatosan? A reform gondolata legkorábban (1986 körül) az egészségügyben született meg, és ma mégis ez az a szektor, ahol a sok kis, de jelentős lépés (Házi orvosi rendszer, ÁNTSZ, új típusú kórház-finanszírozás bevezetése stb.) mellett nem jött létre (erős orvosi kamara és a pártok szakér-

tőinek részvételével) egy politikai konszenzuson alapuló, átfogó egészségügyi átalakítás terve! Magyarország, nagyon sokat veszített az erős politikai szembenállás miatt, nem csak e területen.

EGÉSZSÉGPOLITIKAI PRIORITÁSOK NAPJAINKBAN

Reform helyett inkább kisebb reformlépésekről célszerű beszélni. Ezekből kettőt szeretnék kiemelni a továbbiakban. Az IBR-ről csak röviden fogok írni, a degresszív finanszírozást azonban részletesebben elemzem.

- Az Irányított betegellátási rendszer (IBR) a meglévő források racionalizálása révén próbál megtakarításokat elérni. A modellben az egészségügy érintett szereplőit mást és mást látnak előnyösnek. Az ellátásszervezők a beteg utak áttekinthetőségét, az ellátási protokollok révén standardizálható minőségű ellátást, egyáltalán szakmailag ellenőrzhetőbb alap- és járó beteg szakellátást, valódi érdekeltséget a hatékonyabb (olcsóbb) ellátás révén visszamaradó pénz megszerzésére. A finanszírozó (OEP) és a minisztérium, a pozitív szakmai célokat és a takarékoskodás egyik formáját. A régóta hangoztatott szűrés és prevenció nagyobb súlyt kaphat, és az egész egészségügyi ellátás is talán jobban nyomon követhetővé válik az IBR által! A kórházak – a szakmai előnyöket részben elismerve – nem igazán érdekeltek ebben! (A megoldás nyilvánvalóan nem kórházbarát!). A kórházak bevétele csökkenhet a betegforgalom megcsappanása miatt, amely tovább fokozza gazdálkodási (és likviditási) helyzetük zavarait. Szeretnék pontosabban (mérhetően) látni az egészségi állapotban bekövetkező javulást, és tudni azt, hogy mennyire volt tudományosan is megtervezve a modell (informatikai követés, kiértékelés, minőségbiztosítás stb.). (A szegmentált kérdéseket, ill. az időközben megszülető válaszokat megismerhetjük a Kórház 2004. februári számából [2]. A feltett kérdések jó részéből arra következtethetünk, hogy a modell tartalmaz számos, – az objektív ékelés szempontjából – vitatható elemet. De a kialakult vita hozzásegíthet ahhoz, hogy a jövőben ez a modell úgy terjedjen el, hogy tudjuk róla, hogy az összes fontos kiértékelési szempont-ra előre gondoltak. (Aprólékos tervezés, és átfogó informatikai megoldások nélkül nehéz pontos válaszokat kapni).
- A részeredményekből már olvashattunk, pl. azt, hogy csökkent a kórházi visszavételek száma. Ez fontos visszajelzés a kórházi osztályok számára is, mert gyakran nem szakmai indok a visszaküldés oka, hanem pl. az,

hogy az otthoni továbbkezelés (sebkezelés, gondozás, követés) szervezetsége hiányos volt eddig!

- A degresszív finanszírozás érvényesítése a kórházi szektorban, a szolgáltatók alkalmazkodása a helyzethez (a tartalékok megkeresése). A költségvetés a lassan, de folyamatosan növekvő (az utóbbi években egyébként az inflációval sem korrigált) kórházi finanszírozási kiadásait szeretné megfékezni, anélkül, hogy lenne konszenzuson alapuló programja a kórházi szektor átalakítására, a kórházak átstrukturálódásának elősegítésére, a kívánt mozgásokat támogató, központi finanszírozott, esetleg regionális programok elindítására. E nélkül azonban a 2 éve szinte megmerevedett egészségügyi struktúrában a kórházi menedzsment csak az életben maradásra, a pénzügyi egyensúly-tartásra tud koncentrálni! Amióta egy súlyszám értéke 100 000 Ft, azóta nem engedélyeztek a kórházaknál jelentős strukturális átalakítást! A legdrágább ellátási szintnek, a kórházi szektornak pedig gúzsba kötött lábbal kellene táncolnia. A helyzet komolyságát illetően elég utalnunk a 2004-es egészségügyi költségvetés [1] számadataira. Nominálisan az idén kevesebb, mint 1%-kal költhetnek többet a kórházak a betegellátásra, az előző évhez viszonyítva. Másként fogalmazva: a kórházak reálértéken 6%-kal kevesebb pénzből kénytelenek gazdálkodni! [3]

A DEGRESSZÍV FINANSZÍROZÁS BEVEZETÉSÉNEK KÖRNYEZETE

A degresszív finanszírozás bevezetésének célja az, hogy a „nem teljesen indokoltan” bent fekvő betegeket lehetőleg ne vegyék fel, illetve ha lehet ne fekvőbetegként kezeljék a kórházak, mert ez finanszírozási szempontból számukra előnytelen.

A 2004-es finanszírozás részleteinek leírása olvasható a Kórház c. lap 2004. februári számában. Az átmeneti elszámolási mód – amikor a béremelés fedezete még nincsen beépítve a súlyszámokba – a relatíve magasabb létszámmal működők számára az év elején még előnyös, az energia árak és az ÁFA-változások hatásának a nem teljes körű beépítése a köztes alapdjába már mindenkinek hátrányos.

Sajnos ismételt előfordult, hogy a jogi szabályozás pontos részletei csak késve jelentek meg. [3] A kórházaknak úgy „kell” finanszírozási adatokat szolgáltatniuk, hogy az elszámolási algoritmus nem ismert, vagy nem időben ismert (sem előttük, sem a kórházakban integrált informatikai rendszert üzemeltetők előtt), miközben már 2004.01.01-től az új HBCS 5.0-nak megfelelően fognak velük elszámolni. Az algoritmus még 2004 februárjában sem volt végleges.

A VÁLTOZÁSOK VÁRHATÓ NEGATÍV INTÉZMÉNYI HATÁSAI

- Egymástól független számítások szerint 8-10%-os bevétel kiesés eredményez az új HBCS-verzió, valamint a bér-

emelések teljesítménytől függő folyósítása. Ezt szinte lehetetlen lesz kigazdálkodni, még akkor is ha az intézmény rendelkezik stratégia tervvel, valamint kitérő betegdokumentációs, vezetői információs és kontrolling rendszerrel.

- A teljesítmény bázis-számítás körül fellépő problémák: a számítások és az intézményekhez kiküldött bázis-javaslatok hatottak az intézményi vezetésre: a vezető intézetek és a konszolidációs programban részt vevő kórházak (akik korábban teljesítmény-növelést céloztak meg – háromoldalúan egyeztetett – programjuk megalkotásakor) igyekeztek a bázisaikat megemeltetni a finanszírozónál. A rendszer kifokú felpuhulása irányában mutató tények növelik az intézményi skála szélei közti különbségeket, és ennek előnytelen hatásai lehetnek a gyengébb érdekérvényesítőkre.
- Nem vethetők össze teljességgel – a besorolási algoritmusban bekövetkezett esetleges belső változások (esetösszetétel) miatt – a teljesítményre kifejtett hatások!
- Az intézménybe beáramló betegszámot az intézmény nem tudja szabályozni. Az IBR kiterjesztése sem fogja még jelentősen fékezni a kórházi betegforgalmat!
- A kis kórházak hátrányba kerülnek: a keletkező hiányok őket érzékenyebben fogják érinteni (kevesebb a tartalékuk), a szűkebb szakmai spektrum révén kisebb az alkalmazkodó-képességük.
- A betegek elvándorlása többlet teljesítményként fog megjelenni más intézményeknél.
- Ezt a humánerőforrás mozgás fogja követni (orvos elvándorlás, az egyéb egészségügyi személyzet munkanélkülisége).
- Egymással szembe fog kerülni az önkormányzatok érdeke (a beteg közeli ellátás nyújtása) és a központi törekvések.

Lehetőségek:

A kórház átstrukturálás elősegítésére talán időben felállhat az a regionális pályázati rendszer, amelyben a Regionális Egészségügyi Tanácsok (RET) fogják bonyolítani az érdekegyeztetést. (A pályázati rendszer módszertani anyagát a minisztérium pályázatán kiválasztott Citifund Kft. készíti). Így elfogadható, jó megoldások is szülehetnek, pl. Stratégia együttműködésben működtetett kórház, Leánykórház, Ápolási kórház, Egészségügyi központ.

Bízható dolgok, az egészségügyi költségvetés intervenciók alapja. Megnyitási összege marginális, 0,1 M Ft (nem tévedés, 100 000 Ft), de ebbe a költségvetés tartalékaiból elméletben legalábbis „pumpálható” pénz, amely pl. a súlyszámok alapjában emelése formájában jelenhet meg év közben.

A KÓRHÁZ-MENEDZSMENT ESZKÖZEI A DEGRESSZIÓHOZ VALÓ ALKALMAZKODÁSBAN

Befejezésül álljon itt legalább felsorolásszerűen néhány ötlet, konkrét megoldási lehetőség, amivel az intézményi menedzsment alkalmazkodhat a degresszív finanszírozáshoz.

Kontrolling, prognosztika

- A 2003-as év teljesítményeit érdemes lefuttatni az új besorolási algoritmussal. Ez jó közelítést fog adni arra, hogy naturáliában (súlyszámban, szakmánkénti bontásban) – változatlan forgalom mellett – milyen bevételek várhatók?
- Kiszámítható a degresszió hatása a bevételeinkre, az új súlyszámokkal.

Finanszírozás

- Sokkal jobban kell figyelni (főleg a nem konsolidált kórházaknál) a volumen-korlátra. Ehhez olyan integrált informatikai rendszer szükséges, melyben egyszerűen átminősíthető a hó végéhez közeledve néhány eset ambuláns. Ez sajnos arra kényszeríti a kórházakat, hogy emberi erőforrásokat kössenek le a betegforgalom szorosabb követésére.
- Nem szabad megengedni önkéntes (kontrollálatlan) teljesítmény visszafogást az osztályok szintjén, mert a 98% teljesítmény feletti volumen is fajlagos költségcsökkentő tényező!
- Az extrafinanszírozott eseteket még jobban kell figyelni és jelenteni. Ez az összeg ugyanis külön elszámolási tételként érkezik a finanszírozótól, és nem növeli a volument.
- Az elszámolási algoritmus változásainak analizésére olyan visszajelzési rendszert érdemes működtetni az osztályok felé, melyben együtt látható a jelentett kód-együttes és az elszámolt HBCS csoport a kapott súlyszámmal. (Gyors HBCS 5.0 tanulási folyamat).
- Célszerű lenne, az osztályos szakmai teljesítmény-mutatók mellett a fekvőbeteg intézmények mátrixosítható (belgyógyászati, sebészeti jellegű) szakmai számára közös mutatókat is képezni (OEP), mert a kialakult vegyes rendszerben már most sem összevethető a teljesítmények.

Költség-csökkentés

„Belső tartalékok” mobilizálása. („Ha nem lesz húzd meg, ereszd meg!”). Az adott vagy csak kis mértékben növekvő teljesítményt minél kisebb költségekkel állítsuk elő.

- Takarékoskodás a „láthatatlan tőke” költségeivel. A béremelés beépítése a teljesítmény díjba – a relatíve túlfoglalkoztató kórházak esetén – előnytelen helyzetet fog eredményezni. Béremelés helyett béren kívüli juttatások, melyek adózási szempontból kedvezőbbek! (A versenyszférában ezek aránya 80-420eFt/év között van!)
- Informatikai korszerűsítések szükségesek a kontrolláltabb beteg-menedzsmenthez, a kórházi fekvő-járóbeteg átminősítések adminisztrációjának megkönnyítéséhez.
- Kórházi felvétel előtti ambuláns kivizsgálások szorgalmazása. (Az alapellátóknál, és a programozható felvételeknél)

Szerződéskötés, közös érdekérvényesítés

- Ha a stratégia módosítása azt kívánja, akkor ne ragaszkodjunk minden áron a korábban beadott struktúra-módosításainkhoz, mert az idő eljárt felettük!
- A 100% feletti nap-visszavonások elkerülése végett alakítsunk ki mátrix osztályt az azonos profilú területeken (belgyógyászat, sebészeti szakmák).
- El kell érni a kórházaknak együttesen a költségtartalom nélküli német pontrendszer átalakítását, a járóbetegszakmák relatív ellátási értékkülönbözeteinek korrekcióját! (Relative Value Scale = RVS). Ehhez meg kellene szüntetni a külön Járó és Fekvőbeteg OENO kódlistát. Csak a WHO procedura kód mellett jelentett munkahelyi kódból derüljön ki az, hogy egy (engedélyezett) eljárást/műtétet [5] osztályon vagy ambulánsan végezték el.
- Legyünk IBR ellátásszervezők, álljunk a változások élére!

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Egészségügyi Közlöny 2004. (LIV) 2. 207.

[2] Kórház, 2004. (XI) 2. szám.

[3] Simon Kis Gábor: A magyar egészségügy válsága. Egészségügyi gazdasági szemle 2003. (42) 1. 35-37.

[4] Dr. Szummer Csaba: Degresszív egészségpolitika Magyarországon. IME 2004. (3) 2. 11-14.

[5] Gaál Csaba: Mi lesz veled egynapos? Egészségügyi gazdasági szemle 2003 (41) 6. 9-13.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA

Dr. Torgyik Pál: orvos – egészségügyi menedzser. 1986-tól 1992-ig a Gyógyintézet munkatársaként nevéhez fűződik a DRG-adaptáció első orvosi besorolási algoritmusának elkészítése, valamint a WHO Procedúra kódrendszer (ICPM) nemzeti adaptációjának (OENO) létrehozása. Az országos intézetek közremű-

ködésével. 1992-től több budapesti intézményben (és cégnél) dolgozott finanszírozási, orvosi informatikai és controlling tanácsadóként: OKTPI, ISH Kft., BM-KKI, Szt. János Kórház, Dél-Pesti, Bethesda, és Kistarcsai Kórház, HIETE-OGYK. Jelenleg gyakorló orvos a Péterfy Sándor utcai kórház „A” belgyógyászati-onkológiai osztályán, valamint külső szakértő a Citifund Kft. „Regionális egészségügyi pályázati rendszerek” módszertanának kialakításában.