

A HBCS rendszer működési zavarai és azok megszüntetési lehetőségei

Dr. Szummer Csaba, HBCS Audit Kft.

Az aktív kórházi ellátás HBCS rendszerű finanszírozási technikájáról elismeréssel nyilatkoznak a szektort vizsgáló hazai és külföldi szakértők. Az Állami Számvevőszék (a továbbiakban ÁSZ) 2003-as jelentése joggal állapítja meg: „Az egészségügyi ellátás társadalombiztosítási finanszírozási reformjának legnagyobb hatású eleme a teljesítményarányos finanszírozásra való áttérés volt.” (ÁSZ, 2003, 2. oldal). Szinte minden egészségfinanszírozással foglalkozó írás említést tesz ugyanakkor a HBCS-rendszer diszfunkcióiról is. Írásom a HBCS alapú finanszírozás működési zavarait, azok kiváltó okait és megszüntetési lehetőségeit tárgyalja. A vizsgálat nem teljes körű, azokat az elemeket ragadja meg, amelyek megítélésem szerint a leginkább akadályozzák, hogy a HBCS alapú finanszírozási rendszer optimálisan fejthesse ki szabályozó hatását.

BEVEZETŐ

Az aktív kórházi ellátás HBCS rendszerű finanszírozási technikája a magyar egészségügy azon ritka elemei közé tartozik, amelyek általános elismerést váltanak ki a szektort vizsgáló hazai és külföldi szakértőkből. (Kornai, 1998; Sinkó, 1999b; Mihályi, 2000; Orosz, 2001; Kincses, 2002; OECD, 1999; OECD, 2001). Jelen összefoglaló első fejezetében a HBCS technika szabályozási hatókörét mutatom be, azaz megpróbálom meghatározni, hogy meddig célszerű érvényesülni hagyni a HBCS rendszerű tervezett piac szabályozó hatását, hol húzódik az a határ, ahonnan már az egészségpolitika döntési kompetenciája kezdődik. A második rész a DRG-s finanszírozás vázlatos külföldi és hazai történetét tárgyalja. A cikk törzsét a harmadik fejezet képezi; itt a diszfunkciók rendszerelméleti tipológiáját adom (inherens, kontingens és környezet által kiváltott működési zavarok), majd besorolom és megvizsgálom az általam legjelentősebbnek ítélt diszfunkciókat. Az osztályozás célja meghatározni, hogy melyek azok a hátrányok, amelyek elkerülhetetlen velejárói a HBCS alapú finanszírozási technikának, és melyek azok a diszfunkciók, amelyekről megszabadítható a HBCS rendszer. Amellett érvelek, hogy a működési zavarok túlnyomó hányada vagy kontingens (esetleges) természetű, vagy pedig a HBCS technikával inkongruens finanszírozási környezet eredménye, s mint ilyen, megfelelő jogi, közgazdasági és informatikai szabályozással megszüntethető. A cikkben arra is rámutatok, hogy a kórházi kapacitások volumenét és területi eloszlását a morbiditási és demográfiai adatokon alapuló stratégiai szemléletű, tudatos

és elszánt egészségpolitikának kell megváltoztatnia, figyelembe véve az egészségügy erőforrásait, az egyenlő hozzáférés elvét. Minden más megoldás, beleértve a 2004-ben mintegy fél évre a szakmai és szakmapolitikai viták fókuszába került kétféle (egymástól lényeges módon eltérő) IBR koncepciót is – pótcselekvés csupán.

A TERVEZETT PIAC KORLÁTAI

Az a fajta átlagolás, amelyet a HBCS finanszírozási technika valósít meg, éppolyan hatékony versenyre kényszeríti a szolgáltatót a költségek lefaragásában, mint a valódi piac (Imre, L. Szummer, Cs, 2002; Szummer, 2004a; b); ezért a HBCS/DRG-s technika hatékony eszköz a biztosítók kezében. Ezt bizonyítja a DRG-s rendszerű finanszírozás napjainkban megfigyelhető térhódítása a költségrobbanás hatásaitól szenvedő egészségügyi piacon, főképpen a takarékos állam megvalósításán dolgozó nyugat-európai országokban. A HBCS alapú finanszírozás, mint ismeretes, a költségek csökkentésére kényszeríti a szolgáltatókat, a teljesítményarányos finanszírozás pedig optimális forrásallokációt valósít meg a szolgáltatók között (Pareto-i értelemben). Pontosabban: ideális körülmények között (ezeket a későbbiekben meg fogom határozni) a Pareto hatékonyság felé közelíti a finanszírozáson keresztül a kórházak működését. Látnunk kell azonban, hogy a forrás-elosztás optimalizálása két lényeges korlátozó feltétel mellett megy végbe: adott kórházszerkezet és adott nagyságú fekvőbeteg-kassza mellett. Ez a két paraméter jelenti a HBCS finanszírozás szabályozási határait, amin túl már az egészségpolitika döntési kompetenciája kezdődik.

A HBCS TECHNIKA LEGITIM ÉS ILLEGITIM MAKROSZINTŰ EGYENSÚLYI MECHANIZMUSAI

A HBCS alapú finanszírozási technika zárt kassza mellett valósul meg, vagyis az állami költségvetés pontosan tervezhető kiadási tétele. A GYÓGYINFOK (Gyógyító Ellátások Információs Központja – 2004-től az OEP Finanszírozási Informatikai Főosztálya) az előző évek trendjei alapján megbecsüli az adott évben várható kórházi esetszámot és CMI-növekedést. (A CMI-növekedés oka kettős: objektív okok és adatmanipuláció.) A rendszer „tisza”, hatékony működtetésének fontos és az elmúlt három évben nem teljesülő feltétele, hogy a ráfordítási adatgyűjtések alapján folyamatosan korrigálják az egyes HBCS-k súlyszámait. Végül

visszanormálással kell biztosítani, hogy minden HBCS változat esetén az egy esetre jutó súlyszám érték országos átlaga 1000 legyen. A visszanyomálás technikája egyúttal azt is biztosítja, hogy a kórházi kassa ne haladja meg az adott évi költségvetésben számára biztosított keretet.

Ha a GYÓGYINFOK jól becsüli meg a tervezett évben „termelődő” HBCS súlyszámok összegét, akkor az egy súlyszám után kifizetendő forintérték egész évben állandó marad. Ez csupán elméleti lehetőség, hiszen évi két és félmilliárd kórházi esetről van szó, amihez bonyolult besorolási algoritmusmal kell hozzárendelni mintegy 300 milliárd forintnyi összeget. Amennyiben a prognosztizálttól eltérő súlyszám-kibocsátás jön létre országos szinten, időarányosan, a biztosítónak két legitim, funkcionális technika áll rendelkezésére. Az elsővel, a fentebb ismertetett visszanyomálással a GYÓGYINFOK akkor szokott élni, ha alulbecsülte a kórházak outputját: ez a súlyszámok egységes csökkentése, vagyis egységesen egy egynél kisebb számmal történő beszorzása. A visszanyomálás előnye, hogy hatása jól kiszámítható, a tíz éves rutin alapján viszonylag könnyen megbecsülhető mind a biztosító, mind pedig a szolgáltatók részéről. A másik technikával általában év vége felé él a GYÓGYINFOK, akkor, amikor már látja, hogy ha nem változtatna, pénz maradna a kórházkasszában; ez pedig a súlyszámok forintértékének egységes növelése. Mindkét megoldás technikai jellegű és funkcionális, működtetésük pedig jelentős szakértelmet igényel, ami a GYÓGYINFOK lefejezése és OEP által történő bekebelezése óta mintha egyre jobban hiányozna a Szekszárdi központból. Az imént ismertetett technikákkal kapcsolatban egyetlen probléma szokott felmerülni: nem kellőképpen transzparens a szolgáltatók számára. Ezért a kórházak a visszanyomálásnál sokszor arra gyanakodnak, hogy az valójában forráskivonást leplez. Ez annak ellenére így van, hogy a szolgáltatók havi rendszerességgel tájékoztatást kapnak az OEP-től a kórházi kasszából időarányosan felhasznált hányadról, ennek számai az Egészségügyi Közlönyben és a GYÓGYINFOK honlapján havonta megjelennek.

A harmadik technika a besorolási szabályok megváltoztatása oly módon, hogy az esetek rosszabbul fizető HBCS-kbe kerüljenek. Ez a megoldás diszfunkcionális, „fattyú” technika, mivel eltéríti a súlyszámokat a ráfordítások arányaitól. Végül a negyedik (és aktuálisan alkalmazott) költségvetési egyensúlyt biztosító technika, a degresszív finanszírozás technikája ugyancsak diszfunkcionális. A degresszivitás nyilvánvalóan biztosítja ugyan, hogy a kórházak ne léphessék túl jelentős mértékben a 2003-as teljesítményüket, azonban jelentős pazarlással teszi ezt, a következők miatt:

- konzerválja a 2003-as állapotokat;
- paradox módon éppen azokat a kórházakat „bunkózza le” a rendelet, amelyek a 2002-es év pénzügyi támogatásainak a kedvezményezettjei voltak, a konszolidációs kölcsönök feltételeként tanácsadókat alkalmaztak, és

olyan cselekvési programot valósítottak meg, ami fejlesztések, vagy jobb kapacitáshasznosítás révén output-többletet eredményezett;

- a szezonális trendeknek az év elejére eső beállítása miatt a szolgáltatók viselkedését kiszámíthatatlanná teszi 2004 második félévétől kezdődően (erre ugyancsak kitérnek majd a negyedik fejezetben);
- egyéni különalkuknak ad teret a TVK-k (teljesítmény-volumen-korlátok) érvényesítésénél, ezzel pedig az egész rendszer értelmét megkérdőjelezi. (A degresszív finanszírozás hatásait másutt (Szummer, 2004a; b) részletesen elemzem.)

A HBCS KÜLFÖLDI ÉS HAZAI TÖRTÉNETE

A DRG-s (diagnosis related groups) rendszer mint statisztikai eszköz jelent meg a hatvanas évek végén Amerikában a kórházi teljesítmények összehasonlítására. A Yale Egyetem a HCFA-val (Health Care Financing Administration) kötött szerződés alapján dolgozta ki a DRG-s rendszer első verzióit, amit azóta is szinte minden évben új verzió követ. 2001-ben pl. már a HCFA 18. verzióját vezették be Maryland államban. Ezt a verziót, amely sallangmentes egyszerűségével lenyűgözte a hazai HBCS barokkos építményéhez szokott szerzőt, vezették be Romániában is 2002 és 2004 között. A módszer lényege: az egyes kórházi eseteket különböző kategóriákba sorolják részben a diagnózis, részben pedig a költségigény alapján. Hamarosan megszületett a gondolat: a DRG besorolások finanszírozási technika alapjául is szolgálhatnak. 1983-ban fogadta el az Amerikai Kongresszus a DRG-s rendszert, mint általános, minden Medicare ellátásra kiterjedő, a kórházak számára előre meghatározott szolgáltatások és díjak alapján működő finanszírozási rendszerét. (Innen adódik a rendszer amerikai neve, prospective payment system = PPS). 1987-től New York Államban már az összes – tehát nem csupán az idősseknek nyújtott kórházi szolgáltatások – kórházi ellátás elszámolására alkalmazzák.

A kilencvenes években a DRG-s finanszírozási technikát bevezetik a legtöbb amerikai államban, Ausztráliában, majd a világon harmadikként, Európában pedig elsőként – Magyarországon. Jelenleg ezt a finanszírozási technikát alkalmazza Wales, Portugália, Írország, Norvégia, Belgium és Olaszország számos biztosítója. 2002-ben vezette be a rendszert Németország és Hollandia, 2004-ben Románia, 2005-re tervezi Anglia és Bulgária a bevezetését. Finanszírozási korrekcióra használják Franciaországban, és 2004-től a direkt finanszírozásban is teret kapott, a költségvetés 10% részarányáról évente 10%-kal növekvő arányban.

Magyarországon a nyolcvanas évek második felében jelenik meg a gondolat, hogy a DRG-s (magyar nevén HBCS) rendszer hatékony finanszírozási technikát jelenthet az aktív fekvő-betegellátásban. Hosszas politikai küzdelmek nyomán (Orosz, 2001) 1993-ban kezdik bevezetni a rendszert,

váltságos gazdasági helyzetben. Az egészségügyi szektort röviddel a HBSC-finanszírozás bevezetését követően, 1995-ben és 1996-ban drasztikus forráskivonás sújtotta. Az egészségügyi közkiadások reálértéke a Bokros-csomag hatására két év alatt – 1991-es viszonyítási alapon – 26%-kal csökkent (Orosz, 2001).

HATÉKONYSÁGI UGRÁS A HBSC FINANSZÍROZÁS BEVEZETÉSÉNEK KÖVETKEZMÉNYEKÉNT

Az adatok tanúsága szerint a HBSC finanszírozás hatására a hazai kórházak ugrásszerű hatékonyságnövekedést értek el. 1993 és 1998 között radikálisan lerövidült az átlagos ápolási idő, javult az ágykihasználtság és csökkent a kórházi ágyak száma (bár ez utóbbit központi szabályozó lépések is elősegítették), ennek megfelelően pedig nőtt az egy ágyra jutó bevétel (lásd az 1/a és b. táblázatokat).

	1993	1998	1998/1993, %
A kórházi ágyak száma	100 438	83 770	83
Ágykihasználtság (%)	73,9	79	107
Átlagos ápolási napok száma	11,7	9,5	81
Egy ágyra jutó bevétel* (%)	88,8	109,1	123

* Százalékos összehasonlítás. 1994=100%, valorizált forinttal.
Orosz, 2001, 209. oldal alapján

1/a táblázat

Egyes kórházi hatékonysági mutatók változása a HBSC finanszírozás bevezetése nyomán 1993 és 1998 között

A következő öt évben a kedvező tendenciák folytatódtak, bár lelassultak. Az ágyszám 2002-ig stagnált, majd 2003-ban ugrásszerűen csökkent mintegy 4 000 ágygal. Az ágykihasználtság lényegében stagnált, azonban egy igen magas, 79% körüli szinten. Végül lassulva ugyan, de tovább csökkent az ápolási napok száma.

	2000	2001	2002	2003
A kórházi ágyak száma	83 430	80 504	83 595	79 832
Ágykihasználtság (%)	76,45	79,38	79,86	79,41
Átlagos ápolási napok száma	8,9	8,7	8,5	8,4

1/b táblázat

Egyes kórházi hatékonysági mutatók változása a HBSC finanszírozás bevezetése nyomán 2000 és 2003 között
Forrás: www.gyogyinfok.hu

A kórházi ellátás aránya a betegellátás finanszírozásában 1999-ig enyhén növekedett, majd jelentősen csökkenni kezdett (lásd 2. táblázat).

1994	1995	1996	1997	1999	2000	2001	2002
40,1%	40,6%	41,0%	40,2%	41,7%	39,41%	39,77%	38,35%

2. táblázat

A fekvőbeteg ellátás százalékos aránya az egészségbiztosítás természetbeni ellátásokra fordított kiadásaihoz képest
Forrás: www.gyogyinfok.hu

Hamarosan megjelentek azonban a rendszer diszfunkciói is. Az alábbi számok azt mutatják, hogy a kórházi ellátás

hatékonysága növekedett ugyan, ezt azonban az esetszám és az esetsúlyosság (CMI) növekedése kísérte (lásd 3/a. és b. táblázatokat).

	1994	1998	1998/1994, %
Átlagos finanszírozási esetszám (ezer)	2024	2216	109
CMI (case mix index)	1,027	1,153	112
Súlyszám/Ft reálértéke*	100	79	79

*%-os összehasonlítás. 1994=100%. Valorizált forinttal számolva.
Orosz, 2001, 210. oldal alapján

3/a táblázat

Egyes finanszírozási mutatók változása 1994 és 1998 között

Különösen aggasztó a finanszírozott esetszám növekedése, illetve 2001-ről 2002-re történő megugrása.

	2000	2001	2002	2003
Átlagos finanszírozási esetszám (ezer)	2210	2248	2708	2749

3/b táblázat

A finanszírozott esetszám növekedése 2000 és 2003 között.

Forrás: www.gyogyinfok.hu

A továbbiakban arra teszek kísérletet, hogy azonosítsam azokat az okokat, amelyek kiváltják a HBSC alapú finanszírozás diszfunkcióit.

A HBSC TECHNIKA DISZFUNKCIÓI MAGYARORSZÁGON

Annak érdekében, hogy világosabban láthassuk a HBSC alapú finanszírozási technika diszfunkcióit, érdemes a működési zavarokat rendszerezve a következő három csoportba sorolni:

- **Inherens**, vagyis a finanszírozási technika „logikájából” eredő diszfunkciók: olyan diszfunkciók, amelyek elválaszthatatlanok a HBSC-től, és a világon mindenütt megfigyelhető a fellépésük, optimális megvalósítás mellett is. Ezen belül ki fogok térni a minőségromlás tendenciájára, az ún. „DRG-creep” (CMI növekedés) jelenségére, valamint a „kémény-hatás/lefölözés” diszfunkciójára.
- **Kontingens**, azaz esetleges diszfunkciók: olyan anomáliák, amelyekről optimális megvalósítás esetén viszonylag könnyen meg lehet tisztítani a HBSC finanszírozást: (a) az ellenőrzési rendszer fogyatékoságai; (b) a ráfordítási adatgyűjtések elmaradása; (c) informatikai és jogtechnikai hiányosságok; (d) az amortizáció elszámolásának a hiánya.
- **Környezeti** elemek hatására fellépő diszfunkciók: itt elsősorban az alapellátás és a szakellátás eltérő logikájú finanszírozásának hatásáról fogok szólni, valamint érintem az irányított betegellátási rendszernek a kórházak viselkedésére gyakorolt hatását. Mivel a felsorolt diszfunkciókról már többször szoltam (Imre – Szummer, 2002; Szummer, 2004a; b), most csak vázlatos formában veszem sorra őket. Ugyanezen okból nem tárgya-

lom itt részletesebben a szintén ide sorolható degresszív finanszírozás problémáit sem.

INHERENS (A HBCS TECHNIKA LOGIKÁJÁBÓL EREDŐ) DISZFUNKCIÓK

- **Minőségrontásra való ösztönzés.** Mint említettem, a szolgáltató a HBCS finanszírozással erős nyomásnak van kitéve, hogy csökkentse költségeit. A költségcsökkentést pedig a kórházi működés racionalizálása mellett minőségrontással is megvalósíthatja, esetleg a beteg túl korai elbocsátásával. A piaci kudarcok egy másik momentumára, az egészségügyi ellátásokban megnyilvánuló információs aszimmetria miatt ugyanakkor nem várható az sem, hogy a piac szelektálja a gyenge minőséget nyújtó szolgáltatókat. A megoldás a magas szakmai színvonalú adminisztratív ellenőrzés, a szakmai protokollok, guideline-ok kidolgozása és érvényesítése, idővel pedig a betegek (fogyasztók) informálását, érdekvédelmét szolgáló szervezetek, intézmények kialakítása, valamint a betegjogok megfelelő kodifikálása és érvényesítése.
- **„DRG-creep”.** A 3. táblázatból látható, hogy a növekvő esetszám súlyosabb, ezért költségigényesebb esetek lejelentésével társult. Ez az úgynevezett DRG-creep jelensége. Az átlagos esetsúlyosság (CMI) 1994 és 1998 között megfigyelhető 12%-os növekedését elsősorban az okozza, hogy a szolgáltatók négy év gyakorlattal jóval pontosabban kódolták teljesítményüket, mint a rendszer bevezetésekor. Gyakori vád a HBCS alapú finanszírozási technikával szemben, hogy túlkódolásra ösztönzi a szolgáltatókat. Ebben van ugyan igazság, azonban megfelelő színvonalú ellenőrzéssel a túlkódolás marginális szinten tartható. Azt is látnunk kell, hogy a jelenlegi kódolási gyakorlatban egyszerre van jelen a túlkódolás és az alulkódolás. Az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Egyesülete (EFTE) becslése szerint továbbra is mintegy 3-5%-ra tehető az a finanszírozási hányad, ami méltányosan járna ugyan a szolgáltatóknak, de amit a szakszerűtlen kódolás, a kódolási hibák miatt a kórházak nem realizálnak.
- **A „kémény-hatás” és az egyedi finanszírozás.** A költségcsökkentés egy másik diszfunkcionális módja, ha a szolgáltató az egyes HBCS-ken belül a könnyebb, ezért kevésbé költséges eseteket fölözi le, azaz látja el. Az egyetemek és országos intézetek másik súlyos veszteségforrását az egyedi finanszírozást igénylő esetek jelentik. A megoldás itt csak a rendszer folyamatos karbantartása, a súlyosabb eseteket összefoglaló új HBCS kategóriák folyamatos kidolgozása lehet, amennyiben ezt az esetszám lehetővé teszi. Azon ellátások esetében pedig, amelyek a kis esetszám miatt nem illeszthetők be a HBCS rendszerbe, az OEP-nek objektívebb és gyorsabb elbírálási rendszert kell kialakítania.

KONTINGENS DISZFUNKCIÓK

- **Az alacsony hatékonyságú ellenőrzés problémája.** A HBCS rendszer hatékony működésének két kulcsa a jól megszervezett ellenőrzés és a ráfordítás arányos súlyszámok biztosítása. Különösen az elsőről szeretnék részletesebben szólni. Az Egészségbiztosító ellenőrzési hiányosságaira már sokan rámutattak. A gazdasági szereplők ellenőrzése, a „fair” viselkedés biztosítása piacgazdaságban erőforrásokat, pénzt és szakértelmet igényel. A magyar kórházi finanszírozás lényege, hogy bizonyos vonatkozásokban piaci helyzetet szimulál a szolgáltatók számára. Az OEP nem halogathatja tovább a megfelelő ellenőrzési apparátus és módszer kialakítását, valamint a szankciók érvényesítését.
- **A ráfordítási adatgyűjtések elmaradása; a HBCS súlyszámok és a besorolási szabályok esetleges változtatása.** A tervezett piac csak akkor szabályozza hatékonyan a szolgáltatók kibocsátását, ha az OEP által megállapított kvázi-árak, vagyis az egyes súlyszámok arányai kifejezik a költségek arányait. Ráfordítási adatgyűjtések nélkül a rendszer nem működhet elég hatékonyan. Az OEP-nek rendelkezésére állnak azok a források, amelyekből az adatgyűjtés megvalósítható. Az aktív fekvőkassza nagysága meghaladja a 300 milliárd forintot, ennek egy ezrelékéből megvalósítható a releváns adatok gyűjtése.
- **Informatikai és jogi hiányosságok;** A GYÓGYINFOK szűkös programozói kapacitása, valamint a jogszabályalkotók szintén elégtelen rendelkezésre állása ugyancsak hozzájárul a rendszer hibáihoz.
- **A Pénzügyminisztérium (PM) szűklátókörű likviditási szempontja:** gyengíti a tervezett piac szabályozó hatását, hogy a szolgáltató a beküldött esetek besorolását csak mintegy hat hetes késéssel kapja meg. (a „vado-natú” román DRG rendszer esetében például a visszaigazolás ideje 7, azaz hét nap). A „piaci” szereplők, vagyis a kórházak alkalmazkodási képessége jelentős mértékben függ a visszaigazolás sebességétől és pontosságától is. A késedelmes visszaigazolásnak történelmi oka van: 2000-ben a PM arra kényszerítette az OEP-et, hogy egy hónappal halassza el a kórházak finanszírozását; ezzel az volt a célja, hogy az utolsó havi finanszírozás a következő évi költségvetést terhelje.
- **A tőkeköltségek kérdése.** Mivel a kórházakat az Önkormányzati Törvény a helyi önkormányzatok tulajdonába helyezte, az ingatlan-infrastruktúra amortizációját sokak szerint – lásd pl. Mihályi (2000, 152. oldal) – más módon kell finanszírozni, mint a műszerállomány elhasználódását. Ez a javaslat azonban nem veszi figyelembe, hogy az egészségügyi közfinanszírozás bevételeit (az egészségügyi hozzájárulást, valamint az adókat – a helyi iparüzési adó kivételével) egységesen szedik be Magyarországon. Ha pedig ez így van, akkor nehezen védhető álláspont, hogy egy adott település egészségügyi rendszere olyan esetleges tényezők miatt szenvedjen hi-

ányt, mint az illető önkormányzat bevételi forrásai. Ezért célszerű lenne, hogy az állam az egészségbiztosításon keresztül a tőkeköltések finanszírozását is átvegye az önkormányzatoktól és más tulajdonosoktól. Ettől még az ellátás továbbra is a tulajdonosok felelőssége maradhat. Az ellátási felelősség számonkérése voltaképpen elképzelhetetlen a tőkeköltéshez rendelt központi erőforrások nélkül.

A HBCS FINANSZÍROZÁS ÉS A KÖRNYEZETI ELEMEK KÖLCSONHATÁSAI

- **Az járóbeteg ellátás eltérő finanszírozási mechanizmusainak hatása a kórházi felvételekre.** Az indokolatlan hospitalizáció jelentős erőforrás-pazarláshoz vezet. Egyre sürgetőbb a HBCS rendszerű tervezett piacot a járóbeteg-ellátásra is kiterjeszteni. Ezzel ugyanis megszűnne a kórházak ösztönzése az indokolatlan hospitalizációra. Az ABCS-k (ambuláns betegcsoportok) finanszírozási módszerét már jó néhány országban bevezették, ezért célszerű lenne, ha Magyarországon is felhasználnák az ott felgyűlt tapasztalatokat (Kövi-Nagy-Dózsa, 2004).
- **Az irányított betegellátási rendszer (IBR) lehetőségei és korlátai.** Az IBR-hez jelentős, és nem minden esetben megalapozott elvárások fűződnek. Csökkenti-e vajon az indokolatlan kórházi ápolásokat az IBR? Az irányított betegellátási rendszer üzemgazdasági szinten kettős hatást gyakorol a kórházi betegforgalomra. A beutaló orvos érdekeltté válik a definitív ellátásban, ez a kórházi forgalom csökkenéséhez vezet. Nemzetgazdasági szinten az alapellátást végző orvos kapuóri szerepének felerősödése miatt a kórházi forgalom bizonyos csökkenésével lehet számolni, különösen akkor, ha az ellátásszervező nem lehet kórház (a kórházat ugyanis a HBCS finanszírozás a betegforgalom növelésére ösztönzi.) A kórházszerkezet átszabására ugyanakkor az IBR sem képes. Amennyiben hihetünk a pénzügyi értékeléseknek, az IBR-be bekapcsolódott ellátásszervezők az elmúlt négy évben átlagosan 6,4% megtakarítást értek el. Ennek legfeljebb fele származhatott az indokolatlan kórházi esetek kiszűréséből, míg a „vattabetegek” arányát 10-30%-ra teszik a különböző becslések. Más részről viszont az is igaz, hogy a modellek saját működésükkel is generálnak kórházi eseteket (prevenció, szűrés, gondozás), így nem egyértelmű, hogy a „vattabeteg aránynak” a megtakarításokban meg kellene jelennie. Ami a Medgyessy-kormány 2004. áprilisában nyilvánosságra került IBR koncepcióját illeti, ez radikálisan csökkentené ugyan a kórházi esetek számát, azonban olyan módszerekkel, amelyek ismeretlenek az európai országok egészségügyi ellátórendszereiben. Mivel a Radnai-féle „IBR”-konceptió kritikus elemei meglehetősen ismertek, ezért itt nem fejtem ki őket (részletesebben lásd: Szummer, 2004 c; d).

KÖVETKEZTETÉSEK

A HBCS finanszírozás bevezetése 1993-ban korszakalkotó jelentőségű lépés volt a magyar egészségügyben. Ami több mint egy évtizeddel ezelőtt világszínvonalú innováció volt a magyar kórház-finanszírozásban, az ma, az elszabadult egészségügyi költségek világában már szinte elkerülhetetlen rutinná vált az európai országok egészségfinanszírozásában, ahogyan azt a HBCS napjainkban megfigyelhető diadalútja is mutatja.

A rendszer hatékonyabb működtetéséhez azonban elengedhetetlen, hogy tisztában legyünk diszfunkcióival is. A HBCS rendszer legfontosabb inherens diszfunkciójaként a minőségromlásra való ösztönzést jelöltem meg. Ez elengedhetetlenné teszi, hogy a HBCS finanszírozás minőségi kontrollal párosuljon, amelynek eszközei: orvosszakmai standardok (protokollok, guide-line-ok), indikátorok, valamint betegjogi eszközök (megfelelően kodifikált betegjogok, azok érvényesítése, illetve betegjogi szervezetek működtetése).

A diszfunkciók kontingens okaiként a következőket soroltam fel: (a) az adminisztratív ellenőrzés és szankciók elégtelen volta; (b) a ráfordítási adatgyűjtések elmaradása; (c) a GYÓGYINFOK szűkös programozási kapacitása és a jogi szabályozás technikai fogyatékoságai; (d) az amortizáció elismerésének hiánya a HBCS-kben. A HBCS finanszírozás rendszere, mint minden mesterséges rendszer, állandó karbantartásra szorul. Ez közhely ugyan, azonban az egészségpolitika irányítói és a rendszer működtetői az elmúlt három évben egyszerűen megfedkeztek róla, amikor a karbantartáshoz erőforrásokat kellett volna rendelniük. A ráfordítás arányos kvázi-árak (HBCs súlyszám értékek) minden gazdaságilag racionális döntés alapját képezik a magyar kórházi finanszírozásban, mint azt a béremelés HBCS-kbe történő beépítésének 2002. júniusában elkezdődő és másfél évig tartó huzavonája is megmutatta. Végképp elengedhetetlen ezért a ráfordítási adatgyűjtések megfelelő díjazással és rendszerességgel történő elvégzése; a GYÓGYINFOK (OEP Finanszírozási és Informatikai Főosztály) programozói kapacitásának növelése és működésének hatékonyabbá tétele; végül az adminisztratív ellenőrzés javítása. A műszerek és épületek tőkeköltéseinek a HBCS-kbe való beépítése nélkül nem alakulhatnak ki ráfordítás-arányos homogén betegcsoport pontértékek, és egyébként is közgazdasági nonszensz ezek számbavételének elmulasztása ágazati statisztikai és nemzetgazdasági tervezési szempontból egyaránt. Lényeges, hogy a HBCS finanszírozás kiszámítható legyen. Fiskális kényszerek és pánikreakciók, évközbéli „impulzív” költségvetési átcsoportosítások szétzilálják a rendszert, ahogyan azt a degresszív finanszírozás és előtörténete is mutatja.

Utolsóként kitértem a környezeti elemek hatására is, az indokolatlan hospitalizáció ugyanis visszavezethető az eltérő logikával finanszírozott alapellátásra és szakellátásra. A legtöbb veszteség valószínűleg itt képződik a rendszer-

ben. Az IBR-hez fűzött messianisztikus várakozások újabb ürügyül szolgáltak a nem-cselekvésre. Az IBR valójában, mint az elmúlt négy év tapasztalatai alapján rámutattam, legfeljebb néhány százalékkal csökkentheti az indokolatlan kórházi felvételek arányát.

Lényeges végül, hogy az egészségpolitika felismerje: elkerülhetetlen a szocializmustól örökölt túlméretezett kórházi kapacitások csökkentése, amelynek adekvát eszköze a lakosság morbiditási adatait figyelembe vevő, egyszeri adminisztratív korlátozás az egyes intézmények tulajdonosainak konszenzusával. A konszenzus abban az esetben teremthető meg, ha a tulajdonosoknak nem kell attól tartaniuk, hogy a kapacitáscsökkentés egyúttal forrásaikat is automatikusan csökkenti, például oly módon, hogy ezután a csökkentett kapacitásuk szolgáltató teljesítményük értékelési bázisát. A politikai döntés ódiomát „a HBCS” nem fogja átvállalni a politikusoktól, már csak azért sem, mivel maga a politika avatkozik be szinte minden olyan esetben, amikor a HBCS

finanszírozás szabályozó hatására egy kórház csődközeli helyzetbe kerül.

A „reform” szó az elmúlt tíz évben lózunggá vált az egészségügyben. Való igaz, a magyar egészségügynek meg kell újulnia, ehhez azonban nem Egy Nagy Ötlet, hanem 8-10 „kicsi” szükséges. Ízelítőül néhány: a kórházi kapacitások csökkentése, a járó és fekvő kassa átjárhatóvá tétele, mégpedig azáltal, hogy bevezetésre kerülnek az ABCS-k, a gyógyítási szabványok (protokollok) elterjesztése, a paraszolvencia megszüntetése adminisztratív tiltással és az orvosi bérek egyidejű, jelentős emelésével, leginkább pedig az ellátórendszeren kívüli eszközökkel (az életmód megváltoztatása – prevenció). A Radnai-féle privatizált és abszurd módon monopólium mellett elképzelt IBR-hez hasonló ámokfutások, és a TVK-knak a teljesítményarányos kórházfinanszírozás elé helyezett üvegplafonja inkább átgondolatlan kapkodásnak tűnnek, mintsem átgondolt koncepció alapuló reformlépések sorozatának.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] 102-es rendelet-tervezet ESZCSM előterjesztése a kormány számára
- [2] Ajkay Zoltán, 1998. Kornai János diszkrét bája. *Lege Artis Medicinae*, 8(4), 292-294
- [3] Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló, az EGÉSZSÉGÜGYI, SZOCIÁLIS ÉS CSALÁDÜGYI MINISZTER által 54/58/2003-0004JKF/Eü. szám alatt a Kormány részére készített előterjesztés
- [4] Állami Számvevőszék jelentése a kórházak gazdálkodásáról, 2003. *EGVE Hírlevél*, IV. évf., (2003) 2. szám.
- [5] Bordás István, 1998. Finanszírozási reform a magyar egészségügyben (kórház-finanszírozás). *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 36, 3, 225-239
- [6] Bordás István: Az input-finanszírozás részleges visszaállításáról. *IME*, 2003 (3): 5-9, 8. old.
- [7] Dougherty, C. J., 1989. *Ethical Perspectives on Prospective Payment*. Hastings Center Report, January/February
- [8] Dózsa Csaba, 2004. „Agresszív HBCS-politika Magyarországon. Gondolatok dr. Szummer Csaba „Degresszív egészségpolitika Magyarországon” című cikkével kapcsolatban. *IME*, 2004 (3): 4
- [9] Drucker, Peter F., 2001. 21. századi kihívások a vállalatirányításban. Budapest, HVG Rt. HBCS 4.1. besorolási szabálykönyv. Szekszárd: GYÓGYINFOK
- [10] Imre József, 2000. Két szemszög. *Élet és Irodalom*, XLIV. évfolyam, 2000/23/június 23
- [11] Imre László, 2003. Mindenki csal? Népszabadság, 2003.05.12
- [12] Imre László és Szummer Csaba, 2002: A „HBCS” nevű csodaszer erőnyeiről és káros mellékhatásairól. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 2002 (1), 3
- [13] Kincses Gyula, 2002. Az egészségügy reform egy esélye: A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben. Budapest, Praxis Server Kft.
- [14] Kornai János, 1998: Az egészségügy reformjáról. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- [15] Kovács József HBCS-finanszírozás, 1999. Bevezetés a modern orvosi etikába: bioetika. Budapest, Medicina
- [16] Kósa István, 2004. HBCS – piaci működés? *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*. 2004 (3), in press
- [17] Mihályi Péter, 1998. A szocializmus öröksége? *BUKSZ*, 1998 (10), 3, 272-277.
- [18] Mihályi Péter, 2000. *Magyar egészségügy: diagnózis és terápia*. Budapest, Springer
- [19] Nagy A. L., 1998. Kornai János az egészségügy reformjáról. *Lege Artis Medicinae*, 8(2), 146-149
- [20] OECD (ed.), 1999. *OECD economic surveys 1998-1999: Hungary*. Paris, OECD
- [21] OECD (ed.), 2001. *Health Data 2001: a comparative analysis of 30 countries*. Paris, OECD (CD ROM.)
- [22] Orosz Éva, 2001. Félúton vagy tévúton? – egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület

- [23] Sinkó Eszter, 1999a. A gyógyító-megelőző ellátás kiadási adatainak értelmezése Kórház. 1999. 6. évf. 7/8. sz., 47-49.
- [24] Sinkó Eszter, 1999b. Az egészségügy alternatívái. Budapest, KPMG Hungary Kft.
- [25] Szenczi Tóth Károly, 1998. HBCS-finanszírozásreformkór. Levél Kornai Jánosnak. Élet és Irodalom, XLII. évfolyam 1998. augusztus 14.
- [26] Szenczi Tóth Károly, 2000. Pénz beszél. Élet és Irodalom, XLIV. évfolyam, 2000/23/augusztus 04.
- [27] Szummer Csaba, 2000a. Hátra arc! HVG, 2000.05.08.
- [28] Szummer Csaba, 2000b. Pénz és szív. Élet és Irodalom. 2001.04.08.
- [29] Szummer Csaba, 2002. Kórház a piacon. HVG, 2002.08.23.
- [30] Szummer Csaba, 2003. Egy kis pánik? HVG, 2003.09.06.
- [31] Szummer Csaba, 2004a: Degresszív egészségpolitika Magyarországon? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 2004 (3), 2.
- [32] Szummer Csaba, 2004b: HBCS avagy a piac diszkrét bájja. (Szelíd viszontválasz Dózsa Csaba „Agresszív” HBCS-politika című írására). Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 2004 (3), 5.
- [33] Szummer Csaba, 2004c. Szép új IBR? Népszabadság, 2004. május 7.
- [34] Szummer Csaba, 2004d. Egészségtelen átszervezés. HVG, 2004.05.20.
- [35] Szummer Csaba, 2004e. A HBCS-alapú finanszírozás diszfunkcióiról. MSc szakdolgozat. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2 éves master kurzus.
- [36] Weltner János: A társadalom állatorvosi lova? BUKSZ, 1998 (10), 3, 262-272. old.
- [37] Weltner János: Egyes HBCS költségelemek kezelhetőségéről, különös tekintettel a bérfejlesztésre. IME, 2003 (2), 1: 20-24.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Szummer Csaba Ph.D., ügyvezető igazgató, HBCS Audit Tanácsadó Kft. Közgazdász és pszichológus. Az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Szakmai Egyesületének (EFTE) elnökségi tagja. Korábban az MTA

Pszichológiai Intézetének tudományos munkatársa. Kutatási területe: tudományelmélet és ismeretelmélet. Tudományos fokozatok: szociológia – egyetemi doktorátus, pszichológia – kandidátus. Jelenlegi érdeklődési területe: egészségpolitika, egészségügyi makro- és mikrofinanszírozás.

IBE

III. Irányított Betegellátási Konferencia

Hotel Annabella, Balatonfüred

2005. június 2-3.

Jelentkezés és felvilágosítás:

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29.

Telefon/fax: 333 2434, 210 2682

www.larix.hu • larix@larix.hu

www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu