

SZERKESZTŐSÉGI KOMMENTÁR

Alapvetően egyet értve Boncz Imrénének a fenti cikkben megfogalmazott megállapításaival, néhány lektori megjegyzést kell tenni az értékeléssel kapcsolatban, amelyek a számok és a végkövetkeztetések közötti ok-okozati kapcsolat erősségét némileg korlátozzák. E szempontokat szerző megvitatta a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság 2007. május 3-i ülésén is. Mivel a téma fontos finanszírozáspolitikai kérdéseket feszeget, amennyiben Kedves Olvasóinknak további megjegyzései lennének, várjuk a hozzászólásokat a témához, amelyeket egészségpolitikai rovatunkban, a korábban megszokott módon, szívesen közléstünk!

- A cikk az egészségügyi ellátó intézményeket statikus szervezatként kezeli, azaz nem vizsgálja, miért nem tettek például az egyetemek semmit az un. „vattabetegek” (szakértői egyetértés van abban, hogy ezek aránya általánosan eléri a 20%-ot az ellátás minden szintjén...) számának csökkentéséért, illetve ezek arányát miért nem emelték a városi-fővárosi-megyei kórházak, ha továbbküldték a súlyos betegeket az egyetemi és országos centrumokba, ezzel az esetszám növekedését elérve ez utóbbi intézményekben (lásd a cikk 4. ábrája). Ez mindenképpen menedzsment-problémákra hívja fel a figyelmet a progresszivitás csúcsán, hiszen ezen intézmények (főleg a vatta-) betegszám visszafogásával, illetve a várólisták kialakításával az elektív ellátások területén csökkenthetők volna az outputot. Ez azt is jelenti, hogy a szabályozott piacon nem tudták a piaci mozgástér által kínált lehetőségeket az egyetemek és országos intézetek érvényesíteni, és maguk is rontották helyzetüket nem finanszírozott ellátások megvalósításával.
- A CMI összehasonlítás érvényességét (lásd az „Eredmények” részben) aláássa, hogy a 2003-2006 közötti időszakban is voltak jelentős HBCs-elmozdulások: visszanormálás, egyes „vatta” HBCs-k megszüntetése, súlyszámuk csökkentése, illetve a fekvő-járó díjtétel harmonizáció jegyében számos kis műtétes ellátás díjának csökkentése. E változások valószínűleg rontották a városi-fővárosi-megyei kórházak relatív helyzetét, ezért volt relatíve nagyobb a case-mix csökkenésük. E mellett 2005-ben beépültek a kemoterápiás gyógyszerek a HBCs-be, emelve az onkológiai osztályok case-mixét, és mivel ezek az ellátások inkább a progresszivitás csúcsán történnek – ez a finanszírozási változás javította relatíve az egyetemek és országos intézetek case-mixét. A felsorolt változásokkal egyébként korrigálták az egyes intézmények volumenkorlátját, tehát az egyetemi intézmények relatív jobb helyzetbe kerültek a többi szolgáltatóhoz képest, a progresszivitás magasabb szintjét képviselő ellátások tekintetében.
- Az esetszám 2006-os csökkenésében (lásd 2. ábra) leginkább az országos garanciaszabály 2006. január 1-től történő bevezetésének volt szerepe, amely azt eredményezte, hogy összevonódott több ápolási eset egy finanszírozott esetté. E mellett még a fekvő-járó garanciaszabály bevezetése is csökkentő hatással volt, hiszen bevezetésével több fekvő eset nem kapott finanszírozást.
- Mivel 2007 áprilisa előtt szakmánként nem határozták meg a volumenkorlátot, a szakmánkénti összehasonlítás ebben az esetben csak azt mutatja meg, milyen szakmák fordulnak elő az átlagnál gyakrabban a progresszivitás csúcsán, ahol a volumenkorlátot nem tartották be.
- A 3. ábrán látható módon csökkent az ápolási napok száma, amely jelentős és kifejezi a TVK nagyon erős költségsökkentő hatását. Ugyanis a korlátos bevételek és a növekvő költségek (köztük a nem kompenzált béremelések) igen erős motivációt jelentettek a költségek ápolási napokon történő lefaragására, hogy fenn tarthassák az intézmények az egyensúlyi gazdálkodást.

Dr. Pásztélyi Zsolt
felelős szerkesztő



VIII. Outsourcing Konferencia

2007. október 17.

VII. Kontrolling Konferencia

2007. november 28.

Best Western Hotel Hungaria – 1074 Budapest, Rákóczi út 90.

LARIX Kiadó Kft.

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29. • Telefon/fax: 333 2434, 210 2682

www.imeonline.hu • ime@imeonline.hu • www.larix.hu • larix@larix.hu