

„Jó finanszírozási alternatívákat rendkívül nehéz kitalálni”

Interjú Kiss Zsolttal

Az idén 30 milliárd forinttal szűkülő lehetőségekről, az erre válaszul kidolgozott új finanszírozási modellről, az átalakuló érdekeltségi rendszerekről és a pluszforrásokokat igénylő, ezért egyelőre megvalósíthatatlan tervek-ről beszélgettünk Dr. Kiss Zsolttal, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályának vezetőjével.

– Idén összesen 30 milliárd forinttal kevesebb pénz áll rendelkezésre az Egészségbiztosítási Alapban. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy kevesebb egészségnyereséget lehet előállítani. Hogyan birkóznak meg azzal a ténnyel, hogy a szektor ismét kevesebb pénzből gazdálkodhat?

– Nem függetleníthetjük magunkat attól, hogy egy óriási gazdasági világválság közepén vagyunk. Ennek hatásai, ha akarjuk, ha nem, ha van politikai szándék, ha nincs, mindenképpen érinti az egészségügyi ágazatot. A foglalkoztatást serkentő intézkedéseknek is van árnyoldala, mégpedig az, hogy a járulékcsoökkentés szűkíti az E. Alap bevételeit. Ez nem hagyható figyelmen kívül, hiszen az E. Alap kezelője annyi forrást használhat föl az egészségügyi ellátások finanszírozására, amennyi az alapban rendelkezésre áll.

– Az egészségügyi miniszter februárban bejelentette, hogy a gyógyszer-, illetve a gyógyító-megelőző kassza fele-fele arányban fogja elszűkíteni a 30 milliárdos kiadáscsökkenést. Részleteznék a belső arányokat?

– Egészen pontosan 13 milliárd forinttal kevesebb jut idén a gyógyító-megelőző ellátásokra, 17 milliárdos csökkentést pedig a gyógyszer-, a gyógyászati segédeszköz-, illetve a pénzbeli ellátások kasszájának kell realizálnia.

– A 13 milliárdos gyógyító-megelőző kiadáscsökkenést az egyes alkasszák arányában hajtják végre, vagy valamely terület, például a járóbeteg-ellátás preferálásával vonják el?

– A járóbeteg-ellátás priorálása korábban is kifejezett kormányzati törekvés is volt és ma is az. Ezt bizonyítja, hogy a teljesítményvolumen-korlát bevezetése óta az csak nagyon kivételes esetekben fordult elő, hogy az OEP a TVK feletti teljesítés miatt nem fizetett ki járóbeteg-szakellátást. Persze ehhez hozzá kell tenni, hogy a vizitdíj okozta mintegy 20 százalékos forgalomcsökkenés a copayment eltörlése után sem állt vissza teljesen a korábbi szintre, ami mutatja, hogy a valódi igények nem érték el a meghatározott szintet. Azzal, hogy 2007-ben és 2008-ban nem csökkentettük a járóbeteg-volumenkorlátot, azt szerettük volna elérni, hogy a definitív ellátás alacsonyabb szintre kerüljön.

– Minek tudja be, hogy ez nem sikerült?

– Érdekes példákat tudnék mondani arra, hogy miközben a megyei kórház vezetése tiltakozott a TVK alkalmazása mi-

att, a valódi helyzet éppenséggel így festett: az aktív fekvőbeteg-ellátásban valóban volt TVK túllépés, de a kórház szakrendelőiben már nem folyt gőzerővel a gyógyító munka, így a járóbeteg-ellátásban jelentős TVK maradvány keletkezett. Tehát potenciálisan a kórház bevétele összességében még nagyobb is lehetett volna, mint a TVK korszak előtt, de ez a többlet nem realizálódhatott, mert a menedzsment nem tudta átterelni az ellátást a járóbeteg-szakellátás irányába. Megvizsgálva ezekenél az intézményeknél a fekvőbeteg-ellátásban előforduló eseteket, megállapítható, hogy ezeknek az ellátásoknak jelentős hányada szakmailag ugyanolyan színvonalon és eredményességgel a járóbeteg-szakellátás keretében is kezelhető lenne. Ez igen érdekes szemléletre mutat rá. Nevezetesen arra, hogy a kórházakban érvényesülő érdekszemléletből egy nulla forintos finanszírozásban részesülő fekvő ellátási esemény még mindig „értékesebb”, mint egy – nyilvánvalóan alacsonyabb költségű és bevétel-vonzatú – de nullánál magasabb összegű járó bevétel. Közgazdasági értelemben ez több, mint érdekes.

– Nem tudta a kórházi vezetés rávenni a szakorvosokat arra, hogy több szakrendelői órát vállaljanak?

– A jelenség inkább azt mutatja, hogy az intézményi menedzsment sem tud minden eszközt bevetni a paraszolvenciával szemben. A fekvőbeteg-ellátásban remélt hálapénz nagyságrendekkel több, mint a járóbeteg-szakellátásban. Pontosan tudjuk, hogy azok az ellátási formák, amelyek egynapos sebészeti ellátás vagy akár járóbeteg-ellátás keretében is végezhetők, markánsan jelen vannak az aktív fekvőbeteg-szakellátásban.

– Mi a személyes véleménye a 2004-2008 közötti finanszírozási rendszerről, a teljesítményvolumen-korlát-ról, a szigorú pénzforgalmi szemléletű költségvetési plafonról?

– Az igazi korlátot nem a TVK vagy más finanszírozási módszerek, hanem a mindenkori költségvetés által meghatározott elkölthető pénzmennyiség jelenti. Az alapkezelők, biztosítók minden társadalombiztosítási rendszerben azon ügködnek, hogy az ilyen módon szűkösen rendelkezésre álló erőforrásokból a lehető legtöbb beteg számára a lehető legtöbb egészségnyereséget vásárolhassák meg. Hogy milyen módszerrel osztjuk el a forrásokat, az mindig az aktuális szakpolitikai céltól függ. A TVK a költségvetés szempontjából pénzügyi stabilitást jelentett, az OEP számára is pozitív egészségpolitikai intézkedés volt, hiszen a kassza előirányzat tarthatóságát garantálta. Sok kritika érte a TVK-t, de igazán jó alternatívákat rendkívül nehéz találni.

– Tettek erre kísérletet?

– Természetesen. Az új finanszírozási modell bevezetése előtt is szerveztünk szakmai egyeztetéseket abból a cél-

ból, hogy a szolgáltatókkal közösen, az ő bevonásukkal – hiszen náluk történik a betegellátás – próbáljunk olyan alternatív finanszírozási technikát találni vagy kifejleszteni, amit ők optimálisnak tartanak. A szolgáltatók azt szerették volna, hogy az ellátások egy részét bázisfinanszírozással fizessük ki, az ilyen módon garantált bevétel fölötti teljesítményeket pedig lebegtetett finanszírozással.

– Ez szemléletében közelít ahhoz a rendszerhez, amelyet most terveznek bevezetni?

– Nem. A bázisfinanszírozás ugyanis az alapkezelő számára a legkezelhetetlenebb abból a szempontból, hogy a biztosító nem tudja nyomon követni, hogy az egyszerűen odaadott milliárdokért cserébe a betegek milyen minőségű ellátást kapnak a szolgáltatótól. Nem tud meggyőződni arról, hogy maximális-e az egészségnyereség.

– Az új finanszírozási modellben az aktív fekvőbeteg-ellátás és a járóbeteg-szakellátás esetében is a bázis teljesítmény 70 százalékának megfelelő érték lesz az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény. Az azt meghaladó 30 százalékos teljesítményeket lebegtetett értéknek számolhatják el a szolgáltatók. Ez Ön szerint paradigmaváltást jelent a szolgáltatók érdekeltségében?

– Korábban úgy terveztük, hogy a járóbeteg-ellátásban 80 százalék legyen a garantált finanszírozás, és meglepődtem, mikor a szolgáltatók képviselői maguk kérték, hogy legyen ennél kevesebb, ellenkező esetben kevésnek bizonyulhat a lebegtetett díj nagysága, amennyiért a szakrendelőnek már nem éri meg ellátni a betegeket. A szolgáltatók félnek maguk közül azoktól, akik úgy akarnak teljesítményt pörgetni, hogy amögött nem áll majd valódi betegellátás. Legalábbis ez a furcsa kérés ezt az üzenetet hordozza. Egyébként a szolgáltatók képviselői elismerték, hogy az adott gazdasági helyzetben a lehetőségek között az optimális megoldás ez a fajta finanszírozás.

– A modell egyik legnagyobb hibájának tartják szakértők, hogy nincs tekintettel a különböző orvosszakmák közötti költség-eltérésekre. Egy pszichiátriai szakkórház például az új rendszer szerint nagyon jól járhat relatíve alacsonyabb fajlagos költségei miatt. Citosztatikus gyógyszereket használó onkológiai centrumokat, hi-tech-et használó kardiológiai vagy idegsebészeti intézeteket viszont hátrányosan érintheti az új szabályozás. Erről mi a véleménye?

– Már most látjuk, hogy a döntően nagy költségigényű beavatkozásokat végző intézmények, például az ön által is említett szakkórházak nehezebb helyzetbe kerülhetnek. Ennek a problémának a kezelésén folyamatosan dolgozunk az érintett szolgáltatókkal együtt.

– Az új finanszírozás alternatívája a 3 százalékos TVK csökkentés lett volna?

– Lehetett volna még nagyobb csökkentés is. Ez semmi képp nem kedvező, hiszen a betegellátás volumenét csökkenti. Annyira mély ellenszenv övezte a TVK-t, hogy már a Kórházszövetség tavalyi kongresszusán kórházvezetőkkel közösen gondolkodtunk arról, mi lehetne az alternatívája,

pedig akkor még nem gondoltuk, hogy ilyen gazdasági helyzet áll elő. Már akkor egy hasonló finanszírozási technikát találtunk ki, mint amit most bevezetünk.

– Ha a TVK etatista egészségpolitikai eszköz volt, az új modell – legalábbis 70 százalék fölött – szabadpiaci, hiszen mozgásteret ad a szolgáltatóknak abban, hogy egymással versenyezve szerezzenek több beteget. Egyetért ezzel az állítással?

– A társadalombiztosítási rendszerek mindegyikére jellemző probléma, hogy a finanszírozó, a szolgáltató és az igénybevevő hármasa más érdekeltségi viszonyokat eredményez, mint amilyenek egy egyszerű bilaterális kapcsolatot jellemeznek, ahol viszonylag tiszta formában teljesülhetnek a piaci mechanizmusok. Hogy mennyi a szükséges betegellátás, azt csak részben a betegek határozzák meg, részben viszont a szolgáltatók generálhatják. Ezért nem lehet teljesen szabadjára engedni a rendszert. Amikor a kilencvenes évek közepén lebegtetett elszámolás volt érvényben, egyre növekvő teljesítményeket jelentettek a szolgáltatók.

– Nem tart attól, hogy a TVK eltörlése és az új modell által előhívott érdekeltség most is teljesítménypörgetésre fogja ösztönözni a szolgáltatókat, s teljesítményspirál alakul ki?

– Megvannak az eszközeink arra, hogy ezt megakadályozzuk. Remek dolgokat lehet leszűrni a statisztikákból. Ha egy intézményben nem változik a kapacitás és a szakmai profil, az esetösszetétel sem változhat nagymértékben. Természetesen szakmánként vannak éven belüli ingadozások, de az előző évek azonos időszakaihoz viszonyítva nem lehetnek kiugró eltérések, ha ezt amúgy semmi nem indokolja. Teljesítményspirál megítélésem szerint azért nem alakulhat ki, mert ez a modell – a kilencvenes évek közepén alkalmazottal ellentétben – csak a potenciális teljesítmény 70 százaléka fölötti betegellátásért járó összeget finanszírozza lebegtetett, a bázishoz képest csökkentett értéken. Így ennek a teljesítménynek a pörgetésére – amennyiben valódi betegellátásról beszélünk – nincs komoly érdekeltség. A biztosítónak azonban arra ügyelnie kell, hogy a nem valós betegellátást ne finanszírozza.

– Milyen eseteket ért nem valós betegellátáson?

– Az adatmanipuláló, hibásan értelmezett audittevékenységet, az alacsony ellátási költséggel járó betegek benntartását és a továbbküldött betegek után elszámolt teljesítményt. Az is egy lehetséges módszer, hogy az intézmény elkezd alacsony költségigényű betegekkel kitölteni a 70 százalékos bázisát, a költségesebbnek ígérkező betegeket pedig továbbküldi. Ezt is észre lehet venni az esetösszetétel változásból. Folyamatosan monitorozzuk ezt a mutatót, illetve figyeljük, hogyan változik a kórházak teljesítménye a tavalyi évek azonos időszakaihoz képest. Ha 10 százalékos elfutást tapasztalunk, automatikusan ellenőrzést indítunk.

– A betegek továbbküldése mellett a kódjavítás is ismert módszer, amelyet alkalmaznak a szolgáltatók. Mit gondol erről a menedzsment-eszközről?

– Ameddig a tevékenység a helyes elszámolás betanítására terjed ki, addig üdvözlendő, hiszen optimalizálja az el-

végzett munkáért lehívható finanszírozást. Amikor ezen túl már bűvészkedés folyik a kódokkal, az már nem ugyanez a kategória. Nem lehet amögé bújni, hogy a megváltozott gazdasági helyzet kikényszeríti ezt az intézményi viselkedést.

– Mikorra várható, hogy valós értékén fogják finanszírozni az egyes ellátás-típusokat?

– Folyamatban van a költségfelmérés hatalmas volumenű munkája: 80 ezer HBCs eset költségelemzése, több ezer műtéti tevékenység és az összes járóbeteg-szakellátási forma értékelése. Az egészségügyi miniszternek június végére ígértünk részeredményt és októberre tűztük ki a projekt határidejét. Ettől még persze nem kerül több pénz a rendszerbe, de tiszta viszonyok között könnyebben lehet érvényre juttatni az egészségpolitikai célokat – például a járóbeteg-szakellátás felé terelni az ellátást.

– Említette, hogy a válság idejére bevezetett finanszírozási modell ideiglenes. Milyen lenne Ön szerint az optimális – egy kicsit jobb gazdasági helyzetben alkalmazható – rendszer?

– Olyan, amely követi a betegutakat és megfelel az egyik előző kérdésre adott válaszómban megfogalmazottaknak.

– Mi hiányzik a betegutak pontos követéséhez?

– Az ellátási területek pontos feltérképezése és a valódi helyi viszonyokhoz igazítása a progresszivitás több szintjén. 2007 áprilisában, mikor a struktúra-átalakítás megtörtént, óriási eredmény volt, hogy szakmánkénti bontásban országosan egységes és hézagmentes ellátási térkép jött létre. De ez a térkép nem pontos. Azt vártuk, hogy az elmúlt két évben az információ birtokosai, a kórházak fenntartói, a Regionális Egészségügyi Tanácsok valamilyen módon mégiscsak elkezdjenek majd mozgolódni, hogy kijavítsák az "elrajzolt" vonalakat. Ha ez megtörténik, valódi betegutakat tudnánk követni, és így már nem fordulhatna elő, hogy egy ellátásra jogosult beteget továbbküld az intézmény. Ugyanezt a feladatot meg kell csinálni a járóbeteg-szakellátásban és a krónikus rehabilitációs ellátásban is.

– Így a betegutakat is könnyebb kötöttebbé tenni. Ezt a jelenlegi pénzügyi helyzet vagy a válságtól független gazdasági racionalitás indokolja?

– A törekvésnek nincs közvetlen kapcsolata a jelenlegi gazdasági helyzettel. Évek óta ordító probléma ez a magyar

egészségügyben. Az egészségügyi miniszter elhatározta, hogy ezen még idén úrrá kell lenni, mert az nem lehet, hogy az emberek nem tudják, hogy melyik járóbeteg-szakrendelőbe mehetnek azzal a biztonságérzettel, hogy megkapják a megfelelő ellátást.

– Ezen kívül mit terveznek még idén?

– Finanszírozási protokollok tényleges bevezetését. Tervezzük, hogy a fekvőbeteg-ellátásban meghatározzuk a kompetencia-szinteket. Ez azt jelenti, hogy az egyes orvosszakmákban csak az adott területhez tartozó tevékenységet lehet majd elszámolni a biztosító felé. Ezek nagyon kemény korlátokat fognak jelenteni, de nem elsősorban finanszírozási, hanem helyes szakmai korlátokat.

– A háziorvosok milyen finanszírozási változásokra számíthatnak?

– Az előirányzat csökkenése nem érinti az alapellátókat, ők idén ugyanúgy a tavaly megemelt összeggel kalkulálhatnak. Ha több pénzünk lenne a háziorvosi alapellátásra, akkor bátrabban mernénk megkövetelni a minőségi mutatók teljesítését vagy például azt, hogy vállaljon magára ellátásszervező szerepet – akár teljesítménydíjazásért.

– Ezt plusz forrás hozzáadása nélkül nem lehet eredményesen bevezetni?

– Nem, a tervezet valószínűleg elbukna 6800 háziorvos ellenállásán. Egy olyan rendszert szeretnénk majd bevezetni, amelynek célja, hogy a pácienseit hanyagul ellátó háziorvosok finanszírozása kicsit csökkenjen, a jól teljesítők díjazása pedig nagymértékben növekedjen.

– A biztosító szervezeti felépítésében jelentős változások mentek végbe év elején. Mit gondol, a feladatok ésszerűbb elosztásából származó hatékonyság-növekedés ellensúlyozni fogja az új rendszer kiépítésének költségeit?

– Az OEP és a REP-ek működési költség-aránya (1,2%) a teljes előirányzaton belül alacsony, ezért az ide befektetett pénz, ha értelmesen használjuk fel, megtérül. A regionális pénztárak létrejöttével hatékonyabbá válhat az ellenőrzési funkció, s ez visszahat az ellátás minőségére. Kontroll nélkül a szolgáltatók versenyében azok győznek, akik bátrabban – azok rovására, akik a minőségi betegellátásra fókuszálnak. Ha erősítjük az ellenőrzést, azzal őket segítjük.

Bánky Bea

NÉVJEGY



Kiss Zsolt villamos üzemmérnöki, közgazdász alapvégzettséggel rendelkezik. 1996 óta dolgozik az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál, előbb

szakértőként, 1999-től osztályvezetőként. 2002-től vezeti a Gyógyító-Megelőző Ellátási Főosztályt. Rendszeresen előad szakmai konferenciákon és a finanszírozási rendszerekről, azok átalakulási lehetőségeiről publikál.