

Az NJSZT-OBSZ, a META és az EGVE szakmai állásfoglalása a 25 éves magyar teljesítmény alapú egészségügyi finanszírozási rendszerről

A Neumann János Számítógép-tudományi Társaság Orvos-biológiai Szakosztálya, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete és a Magyar Egészség-gazdasági Társaság 2018 április 11.-én egy tudományos ülést szervezett, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő nagytermében. A rendezvényen áttekintették a magyar teljesítmény alapú egészségügyi finanszírozási rendszer 25 évét. A rendezvényen elhangzott előadások, majd a követő diskusszió alapján a következő szakmai állásfoglalást teszik:

- **A szervezetek a hazai egészségügy közfinanszírozási rendszerét egy rendkívül dicsőséges, a világ élvonalába tartozó fejlesztési fázis után hosszú idő óta megmerevedettnek tekintik.**
- **A már a rendszer létrehozásakor érzékelt továbbfejlesztési igények irányába a továbblépést elkerülhetetlennek tartják. A költségszámítási struktúra átalakítása, illetve ennek naprakész karbantartása mellett megoldandónak tartják az elkülönült alrendszerek – mint házi orvosi fejkvóta, járóbeteg „fee for service”, aktív fekvőbeteg HBCS, a krónikus ellátás napi finanszírozása, illetve a gyógyszer kassza – közti átjárhatóság biztosítását, a kapacitáskontroll szolgáltatói oldalról megrendelői oldalra helyezését, a finanszírozás „output” helyett „outcome” típus felé mozdítását.**
- **A rendszer továbbfejlesztési elveinek kidolgozására egy szellemi műhelymunka elindítását tartják szükségesnek, mely tevékenységnek egy professzionális szakmai háttérintézmény mellett széles körű szakmai konzultációra kell épülnie.**
- **Bármilyen új finanszírozástechnikai javaslat is kerül kidolgozásra, meg kell teremteni a modell(ek) társadalmi szintű hatásvizsgálatának jogi, költségvetési kereteit az egészségfinanszírozás rendszerén belül.**

Előzmények:

Az 1990-es rendszerváltozás alapvető átalakulást hozott az egészségügyi rendszer szervezésében, finanszírozásában. Az 1992-1993-as módosítások a tervgazdaság bázisfinanszírozását egy lépcsőben és teljes körűen teljesítmény-elvű finanszírozásra cserélték. Ezen rendszer elindulásának háttérét egy olyan informatikai fejlesztés teremtette meg, mely a rendelőkig, kórházi osztályokig kinyúlóan képes volt leképezni az ágazat elemi gazdasági történéseit. A havonta frissülő országos adatbázisra épülő finanszírozás megvalósítása 25 éve olyan teljesítmény volt, mellyel hazánk az egészséggazdasági fejlesztések élvonalába került.

A különböző típusú szolgáltatásokból összeálló komplex egészséggazdaság elkülönült kasszák rendszerével való leképezhetőségét illetően ugyanakkor már a rendszer induláskor voltak kétségek. 1998-ban felmerült a kasszák átjárhatóságának megteremthetősége is, de az egyes intézményekben elszámolható tevékenység volumenkorlátjának 2004-es bevezetésénél tovább nem léptünk. Huszonöt év alatt az egészségügyi ellátás ugyanakkor jelentősen átalakult, fejlődött. Napjainkban a domináns ellátási igényt jelentő, élethosszig tartó, nem fertőző betegségek ellátása során például felértékelődik az egészségügyi intézményeken kívüli ellátások megszervezése, amit a 25 éve megálmodott rendszer nem kezelhetett.

Melléklet: a rendezvény összefoglalója

Budapest, 2018. május 8.

Dr. habil. Kósa István
NJSZT-OBSZ elnök

Törökné Kaufmann Zsuzsanna
EGVE elnök

Németh Bertalan
META elnök

A 2018. április 11-i „25 éves magyar teljesítmény alapú egészségügyi finanszírozási rendszer” rendezvényen napirendre került témakörök¹

A finanszírozási rendszer bevezetésének történelmi körülményei: *a szakmapolitikai döntés, a finanszírozási megvalósítás, a gazdasági folyamatok informatikai leképezhetőségének kérdései.*

A kialakult kassza rendszer folyamatai: *az alapellátási fejkvóta rendszer, illetve ennek indikátor alapú teljesítményfinanszírozása, a járóbeteg szakellátás folyamatai, az egynapos sebészet fejlődése, az aktív fekvőbeteg szakellátás, a krónikus fekvőbeteg szakellátás fejlődése, a diagnosztika, ezen belül a laborkassza finanszírozási folyamatainak alakulása.*

A teljesítményfinanszírozás következményei: *az informatikai rendszer fejlődése, a TVK létrejötte, az intézményi kontrolling kialakulása, az ellátás rendszer szintű átalakulása.*

A krónikus betegségek ellátása során felmerülő, de finanszírozásilag le nem kezelt orvos szakmai igények *a szívélégztelés, illetve a cukorbetegség ellátási folyamataiban.*

A továbblépési lehetőségek *a fejkvóta alapú forrásallokáció irányába, az értékalapú egészségügyi ellátás megvalósítása a minőség és a finanszírozás összekapcsolásával, metaklasszifikációs elemzésekkel, a krónikus betegségek gondozásának támogatásával, ezen rendszerbe integrált telemedicinális megoldásokkal.*

Az egész napos konferenciát kerekasztal beszélgetés zárta²

A résztvevők négy kérdésben fejtették ki álláspontjukat:

- 1. Sikeres volt-e a teljesítmény alapú finanszírozási rendszer bevezetése 1992-93-ban Magyarországon?*
- 2. Kik a változás nyertesei?*
- 3. Mik az elmúlt 25 év hiányosságai, árnyoldalai?*
- 4. Milyen továbblépéseket tartanak elkerülhetetlennek a résztvevők?*

Ad. 1.) Sikeres volt-e a teljesítmény alapú finanszírozási rendszer bevezetése 1992-93-ban Magyarországon?

A délelőtti beszélgetéseken közmegegyezés alakult ki arról, hogy a teljesítmény alapú finanszírozási rendszer, fekvő ellátási környezetben a HBCS típusú finanszírozás bevezetése Magyarországon egy sikertörténet. Ezzel kapcsolatos álláspontjukat a kerekasztal tagjai előadásaikban már kifejtették.

Ad. 2.) Kik ennek a változásnak a nyertesei?

- A beteg, mert a rendszer bevezetése nélkül összeomlott volna a finanszírozás.*
- Az egészségügyi dolgozók, mert a rendszer érzékenyítette őket a költségekre.*
- A társadalom, mert a piacgazdaságra jellemző gazdálkodói szemlélet csírát növeszthetett legalább az egészségügy HBCS finanszírozott fekvőbeteg ellátó környezetében, még ha a legtöbb egészségügyi ellátási formánál ezen gazdálkodói szemlélet kialakításával adós is maradt a rendszer.*
- Több száz újonnan létrejött munkahely dolgozója, mint informatikusok, kontrollerek.*
- Az intézményi menedzsment, mert visszacsatolást kapott, képessé vált arra, hogy külső beavatkozás nélkül optimalizálja belső intézményi struktúráját, ellátási folyamatait.*
- Az orvosszakmai szervezetek, mert a szakmai tevékenység objektív adatok alapján elemezhetővé vált.*
- A központi döntéshozók, mivel döntéseiket objektív adatokra alapozhatják.*
- A finanszírozó, mert megoldotta a költségvetési korlát betartását.*
- Az egészségközgazdász, mert további rendszerfejlesztéseik objektív adatokra épülhetnek.*
- A nyilvánosság, mert transzparencia irányába mozdította el a rendszert.*

¹ Részletes program: <http://www.mtf.kmcongress.com/>

² Levezető: Surján György, NJSZT OBSZ alelnök; A kerekasztal résztvevői: Jávor András, előző elnök, Magyar Kormánytisztviselői Kar; Boncz Imre, intézetigazgató egyetemi tanár, dékánhelyettes, PTE ETK; Mészáros János, egészségügyi ellátórendszer működtetéséért felelős helyettes államtitkár, EMMI; Dózsa Csaba, előző elnök, META; Molnár Attila, előző elnök, EGVE; Kincses Gyula, egészségpolitikai szakértő; Kósa István, NJSZ-OBSZ elnök

Ad. 3.) Mik az elmúlt 25 év hiányosságai, árnyoldalai?

- *A finanszírozási reform a sikeres induló lépések után megszakadt, az alrendszerek összerendezését garantáló további lépések megvalósítása elmaradt.*
- *Az összetartozó ellátási események közös finanszírozás alá vonása, ezen belül a gazdálkodói attitűd kialakítása csak a fekvőellátáson belül valósult meg, a járóbeteg ellátásban, a különböző krónikus ellátásoknál ez nem jött létre.*
- *Az egészségügyi ellátási igények kielégíthetősége egy-egy ellátási alszektorba – mind járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás, gyógyszer, stb. – szorult be, érdemi mozgás az igények kielégítése során ezen alszektorok között nem teremtődött meg.*
- *Nem alakultak ki az ösztönzők melyek a szolgáltatások racionális alszektorok közti átmozgatása irányában hatnának. Amit 25 éve fekvőben finanszíroztak, csak legritkább esetben tudott a járó, vagy az alapellátási alszektorba átkerülni.*
- *A rendszerben lévő hiányosságok feltárása politikai kérdéssé vált, a konfliktuskerülő, szavazatoptimalizáló politikai berendezkedés miatt a széles körben ismert hiányosságok sem kerültek korrigálásra.*
- *A szakértők által kidolgozott továbbfejlesztési javaslatok csak igen ritkán tudtak átlépni a megvalósítás fázisába.*
- *A minőség és eredményorientáltság nem jelent meg a rendszerben.*
- *A vásárlói szerepkör nem alakult ki, a szolgáltatások megrendelői csak a fekvő rendszeren belül mérlegelnek egyidőben szakmai és gazdasági szempontokat.*
- *Eliminálódott a rendszer továbbfejlesztésén munkálkodó szellemi közösség.*
- *A dinamikus változó szakmai tevékenységet nem követte megfelelő dinamikával a finanszírozói befogadás, az elavultnak tekinthető szolgáltatások kizárása a finanszírozásban szinte teljesen hiányzik.*
- *A TVK rendszer az intézményi menedzsmentet a gazdasági egyensúly megőrzésében tette érdekeltté, ami az intézményi ellátók között az ellátások magasabb intézményi ellátók felé tolodását eredményezi a TVK keretek hónap végi kimerülése idején.*
- *A TVK kapacitások és valós igények harmonizálása nem valósult meg.*
- *Finanszírozásilag túlszabályozottá vált a rendszer a szakmai szabályok háttérbe szorulásával, ami markáns deregulációs igényt teremtett meg.*

Ad 4.) Milyen tovább-lépéseket tartanak elkerülhetetlennek a résztvevők?

- *Szellemi reformműhelyeket kell létrehozni, mely nyitott az orvosszakma felé.*
- *Ezen szellemi tevékenységnek intézményesített kereteket kell biztosítani a Minisztérium fennhatósága alatt.*
- *Elemzői munkahelyeket kell teremteni, mert jobb betegutak megtalálása épp úgy egészségnyereséget teremt, mint a közvetlen betegellátás.*
- *Meg kell teremteni az ellátás domináns részévé váló élethosszig kezelést igénylő betegségek egymásra épülő ellátási folyamatainak egységes elemzési keretrendszerét. Ezen folyamatoknál az ellátási sorok önálló epizódjainak elemzése korlátozott jelentőségű.*
- *Az elemzéseknek nem pontszerűnek kell lennie, hanem rendszerbe épülő, permanens folyamatnak, hogy a felismert anomáliákra hozott intézkedések sikerességét is meg lehessen a későbbiekben ítélni.*
- *A túlszabályozott ellátási környezet egyes folyamatainak könyveléstechnikai ellenőrzéséről a folyamatcsoportok szakmai, gazdasági kontrolljára kell helyezni a súlypontot.*
- *Az egészségpolitika megrendelése alapján deregulálni kell a jelenlegi rendszert, majd a kor színvonalához igazodó informatikai leképezésre épülően új szabályrendszert kell felépíteni.*
- *Az új szabályok megalkotásakor ki kell használni azt a helyzeti előnyt, hogy immár nem egy „mini basic dataset”-re kell építeni a folyamatokat, hanem 25 év széles körű tényadataira.*
- *A jól ismert finanszírozói adatokat komplettálni kell az intézmények széles körének tényleges költségadataival.*
- *A bevételi-kiadási adatokhoz hozzá kell rendelni a nem finanszírozási típusú adatokat, mint az eredményességi, vagy éppen halálozási mutatókat.*
- *A funkciók mellett a struktúrát is szisztematikusan kell elemezni, optimalizálni, hisz a struktúra önmagának teremt funkciót, azaz keresletet generál a rendelkezésre álló kapacitására.*
- *Az egészségügyi ellátó rendszert ma már nem szűkíthetjük le a közfinanszírozott szférára. Olyan egységes rendszert kell kialakítanunk, mely az állampolgárok által közvetlen finanszírozott,*

magánbiztosítási rendszerben finanszírozott és közfinanszírozási rendszerben finanszírozott ellátások egymásba épülnek, értékeik megőrzése mellett.

- *A beteg érdeke mellett a betegek felelősségét is kezelni kell, szisztematikusan támogatva őket abban, hogy betegségével minél hosszabb ideig, minél természetesebb módon együtt tudjanak élni.*
- *Az igénybe vevői oldalt szisztematikusan tájékoztatni kell az egyes intézmények eredményességi mutatóiról.*