



Forrásteremtés és forrásallokáció az egészségügyi rendszerekben

Dr. Kincses Gyula
egészségpolitológus

Az előadás szerkezete

- Alapok – Fogalmak,
Finanszírozási rendszer felépítése
- Forrás-teremtés
- Forrás-allokáció
- Az ellátásszervezés kérdései

A „finanszírozás” értelmezése

- Egy egyszerű kérdés: ki finanszírozza az egészségügyi ellátást?
- Válaszok:
 - A kórház, mert ő fizeti az orvos munkabérét és veszi hozzá az anyagot és az eszközt. (igaz)
 - Az OEP, mert az finanszírozza az intézményt (részben igaz)
 - Az OEP, a tulajdonos, és a piaci szolgáltatás-vásárló, mert ezekből jön össze a kórház bevétele, amiből a szolgáltatást nyújtja (igaz)
 - Az OEP, vagy az önkormányzat csak postás, végülis a magyar gazdaság finanszírozza adókon és járulékokon keresztül. (igaz)
- Akkor most mi van???

A finanszírozás mint fogalom

- **Mit is értünk végülis finanszírozás alatt?**
A Wikipédiában nincs ilyen fogalom.
- Az általános definíció:
„Valamilyen meghatározott célból (pl.: feladatellátás, beruházás megvalósítás, szolgáltatás-nyújtás stb.) nyújtott közvetlen vagy közvetett eredménykötelemű pénzeszköz-ellátás, amely történhet pénzeszköz átadással, hitelnyújtással vagy egyéb bank-technikai eljárással.”

Forrás: ESKI fogalomtár

Az egészségügyben ez a definíció – bár a mienk... – nem eléggé orientáló.

Az evidens kérdések

- **Ki finanszíroz?** (kik a teherviselők)
- **Mit finanszíroz?**
 - Közgazdasági értelemben véve (működés, beruházás, tőkemegtérülés stb.)
 - Tartalmilag (ellátási csomag)
- **Milyen elvek és algoritmus mentén finanszíroz?**
(milyen elvek, mérőszámok alapján jut el a forrás a szolgáltatást nyújtókhoz, támogatottakhoz.)

Alapok – Fogalmak áttekintése

A finanszírozás fő dimenziói

- **Forrás-képzési rendszerek**
 - adó – járulék – magán
 - előrefizetés – közvetlen kifizetés
- **Forrás-elosztási rendszerek**
 - Tevékenység alapú (fee for service)
 - Normatív (fejkvóta, feladat-arányos előirányzat, DRGs, stb.)
 - Bázis-tervezés
- **Egyéb tengelyek**
 - Közfinanszírozás – magánfinanszírozás
 - Működés - beruházás

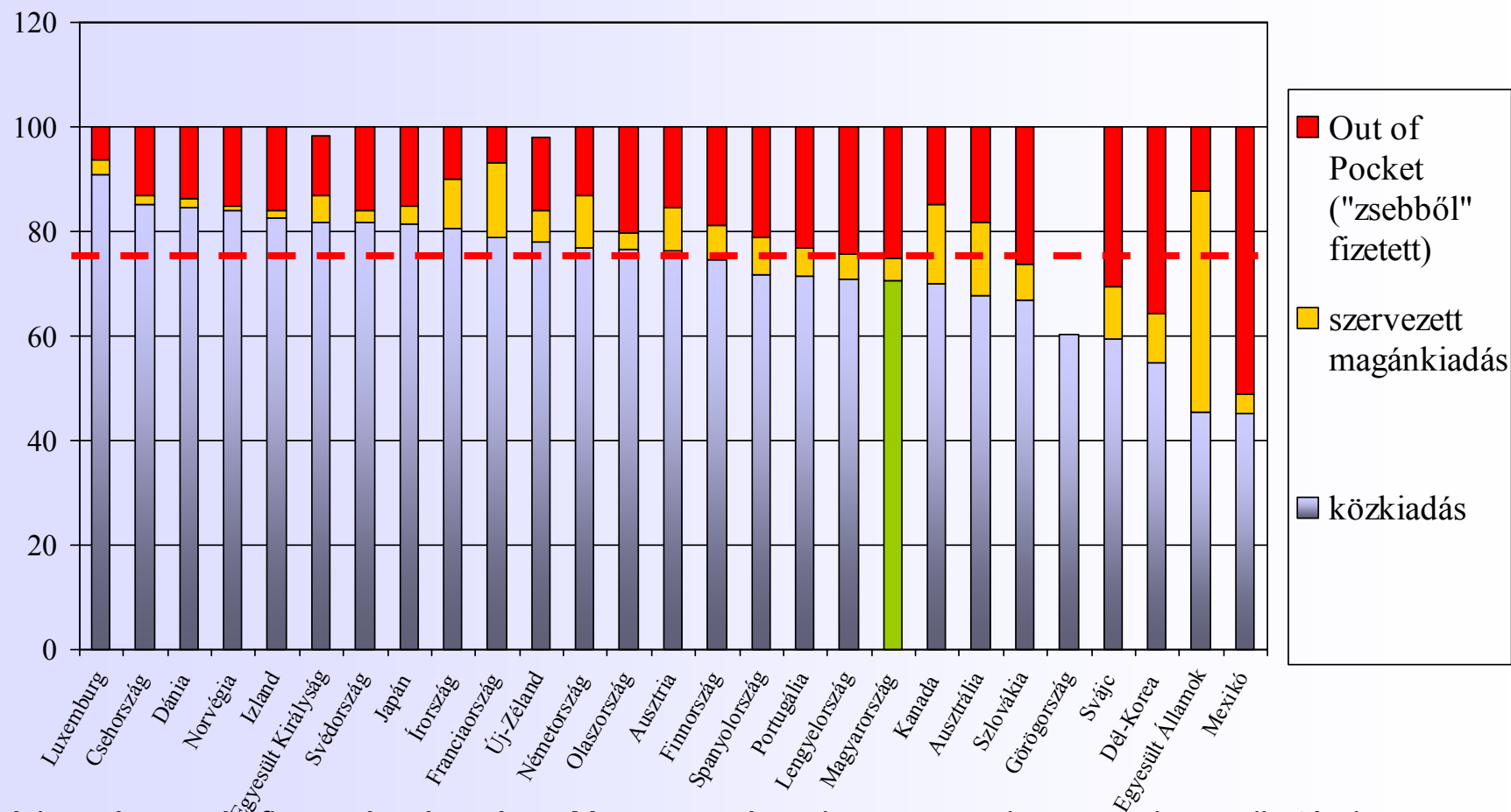
Finanszírozás: a lehetséges teherviselők

- **A társadalmi újraelosztás rendszere**
 - Adó: mindenki aki dolgozik, fogyaszt, termel, tulajdont szerez.
 - TB járulék: a munka világa, azaz mindkét típusa a termelés költsége. (a versenyképességet csökkentő, kevésbé szolidáris teher)
- **A háztartások**
 - Közvetlen fizetés (out of pocket fizetés)
 - Kockázatkezeléssel
 - Időbeli: előtakarékoság, MSA, magyar egészségpénztár
 - Kockázatközösséggel: kiegészítő biztosítások
- **Külső teherviselő: gyógyturizmus.**
(akár az egészségügyi kiadások 5%-a!)
- **A szállítók, gyártók** (pl. gyógyszer kassza bevétele)

A magánfinanszírozás jellemzői

- Az igazi kérdés **nem a köz- és magánkiadás aránya, hanem a szervezett** (harmadik fél által fizetett, „előre fizetett”) és **az eseti készpénzfizetés** (Out of pocket – OOP) **aránya**.
- Komoly szociális kockázatot az jelent, ha
 - Magas az OOP arány
 - Az életmentő beavatkozások is magánfinanszírozásba kerülnek.

Az egészségügyi kiadások megoszlása a teljes egészségügyi kiadás %-ban



A köz- és magán finanszírozás aránya Magyarországon közepesen alacsonynak mondható, de igen magas az out of pocket fizetés aránya, alacsony az önkéntes kockázat-kezelés szintje.

Kincses Gyula, 2011.

Mit jelent a szükséglet-alapú forrásallokáció az egészségügyben? I.

- Az egészségpolitika régi –zömmel tartalom nélküli– szlogenje a szükséglet alapú forrásallokáció igénye.
- Ez mint alapelv helyes, de konkrét megvalósításra alkalmatlan, mert
 - ez önmagában nem biztosítja az igazságosságot;
 - közvetlen költséget (tárgy-évi kiadást) nem a szükséglet, hanem a kielégítése (az ellátás) okoz;
 - a szükséglet kielégítése nem minden esetben a szükséglet keletkezésének helyén történik;
 - a létező intézményi struktúra működését –függetlenül annak ésszerűtlenségétől– aktuálisan biztosítani kell.

Mit jelent a szükséglet-alapú forrásallokáció az egészségügyben? II.

Ezért:

Az a jó megoldás (a korrekt allokáció), ha

- a kapacitások tervezése a szükségleteknek és - az igazságos hozzáférést biztosítóan - a progresszivitás elvének megfelelően történik,
- és az így – szükséglet-arányosan – tervezett kapacitások alapján történik a források allokációja
 - kapacitás- és
 - feladat arányosan.

Mit finanszíroz: az ellátási csomag meghatározása

Meghatározható-e az ellátási csomag?

- Leegyszerűsített válasz:
nem, de meg kell csinálni.
- Teljeskörű pozitív taxáció nem lehetséges, de
 - egyes nagy csoportok, területek globálisan kizárhatók,
 - egyes nem hatékony ellátások taxatív kizárhatók,
 - egyes szenzitív területen a határvonalak jól meghatározhatók.
- Alapelv: a kockázat kezelésének terheit az viselje, akinek az érdekében (vagy okán) a kockázat keletkezik.

Az ellátási csomag dimenziói

Azt kell meghatározni, hogy az ellátásokat

- *milyen célból* (pl.: gyógyító, rehabilitáció vagy optikai tuning),
- *milyen kockázat miatt* (a TB által kezelendő, vagy külső érdekű kockázat, vagy önként vállalt, extra kockázat),
- *milyen technológiákkal* (a befogadott technológiákkal),
- *milyen eljárásrendben* (beutalási rend, betegút management, várólista alapján, mennyiségi korlát stb.),
- *milyen hozzáférési garanciák mellett* (időbeni és térbeni garanciák)

lehet igénybe venni.

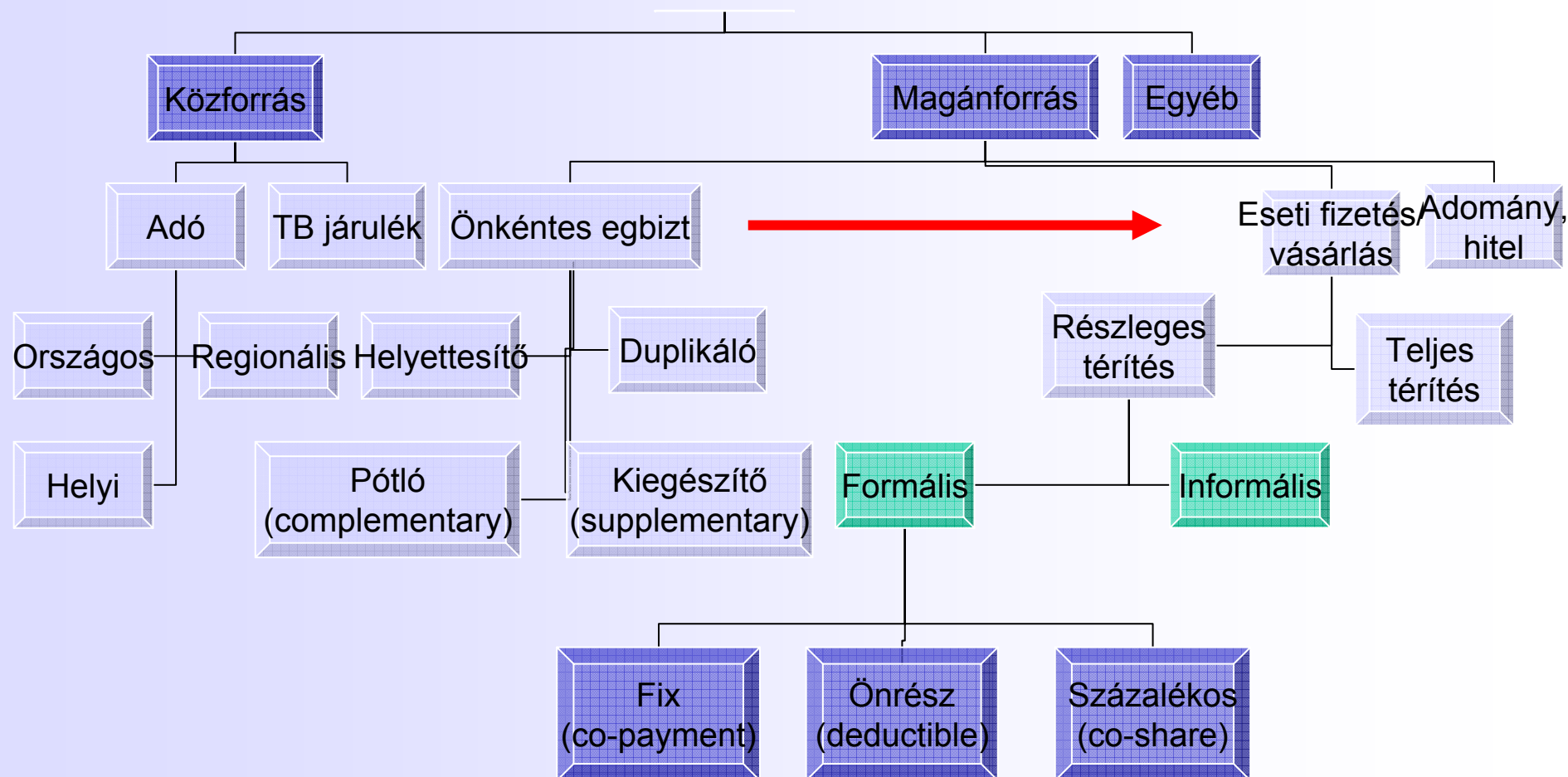
Az előadás szerkezete

- Alapok – Cél, Globális faktorok, Fogalmak, Finanszírozási rendszer felépítése

- Alapok – Forrás-teremtés

- Alapok – Forrás-allokáció
- Az ellátásszervezés kérdései

Alapok – Forrás-képzés (rendszerfinanszírozás – „a bevétel”)



Alapok – Makro szintű allokációs mechanizmusok

- **Adó** (általános célú)
- **Járulék** („címkézett adó” – Közösségi kockázat alapú)
 - Jövedelem-arányos = a tényleges befizetés
 - Költségvetési hozzájárulás – Nem biztosítottak utáni összeg
- **Egyéni kockázat alapú díj** (üzleti biztosítások)

Reallokációs és transz-allokációs mechanizmusok

- Fejkvóta – IBR, Módosított fejkvóta
 - kötelező „keresztfinanszírozások”
- } Kockázat-kiegyenlítés

Makro szintű allokációs mechanizmusok – A fejkvóta

- Célja a szolidaritás és a kockázatkiegyenlítés biztosítása
- Az ellátásra jogosult személyek után, meghatározott szolgáltatási csomagért, meghatározott időszakra
- Korrigált fejkvóta, ha
 - Szükséglet mutatókkal,
 - Igénybevételi mutatókkal,
 - Társadalmi-gazdasági mutatókkal,
 - Nagy költségű ellátásokra vonatkozó korrekciókkalvan kiegészítve
- Alapesetben kor és nem szerinti fajlagos (egy adott korúra és neműre jutó) költségek szerinti allokáció
- Létezik intézményfinanszírozási formája is, de más ösztönzési céllal

Az előadás szerkezete

- Alapok – Fogalmak,
Finanszírozási rendszer felépítése
- Forrás-teremtés
- Forrás-allokáció
- Az ellátásszervezés kérdései

A forrás-allokáció (intézményfinanszírozás, „a kiadás”) (1)

- Bázis finanszírozás
Szintrehozás/megállapításában használt tényezők
 - A feladat/kapacitás változása
 - Az előző időszakban nyújtott teljesítmény
 - Infláció (fajlagos is)
- Teljesítmény finanszírozás
 - Normatív teljesítményfinanszírozás (elvárt tevékenység-tömeg)
 - Nyújtott szolgáltatás alapján (fee for service)
- Feladatfinanszírozás (valójában bázis vagy fejkvóta jellegű külön nevesített finanszírozás).

A forrás-allokáció (intézményfinanszírozás, „a kiadás”) (2)

- **Első kérdés: mi a teljesítmény?**
 - A tevékenység? (Szúrás- vágás, esetszám = output)
 - Az eredmény? (gyógyulás, állapotváltozás = outcome)
- **Második kérdés mit finanszírozunk?**
 - Nyújtott teljesítmény (fee for service), vagy
 - Elvárt teljesítmény (normatív teljesítmény finanszírozás)
- **Fee for service**
 - Tarifarendszer (fix, pontrendszer, degresszív, lebegő, TVK-s stb.)
- **Normatív teljesítményfinanszírozás**
 - Fekvő: DRGs jellegű
 - Járó: ambuláns esetcsoport (ma még fikció, de az egynapos és a kúraszerű területén realitás)

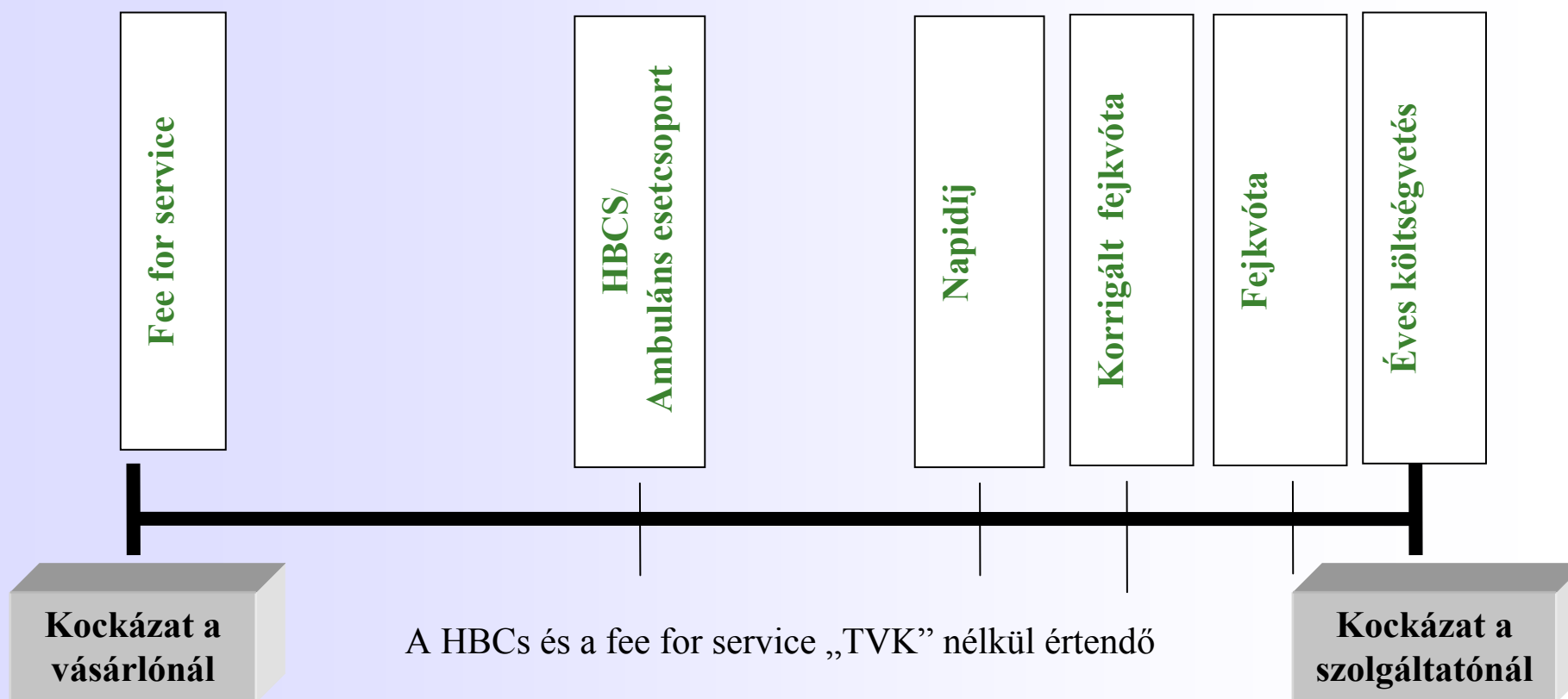
A forrás-allokáció (intézményfinanszírozás, „a kiadás”) (3)

- További felosztási lehetőségek
 - Működés versus beruházás (egycsatornás versus többcsatornás finanszírozás)
 - Prospektív versus retrospektív
 - Nyitott vs. Zárt (lebegő pont, TVK stb.)
 - Input – folyamat – kimenetel alapú elszámolás

Forrás-allokáció - Az egyes finanszírozási formák ösztönzési hatásai (1)

- Költség-elismerés alapú bázis
 - Az egyes költséghelyek közötti erőforrás-újraelosztás nehézkes
 - Azon erőforrások mennyiségét (igénybevételét) fogják növelni, amelyeknél a költség-elismerés nagyvonalú
- Fejkvóta (szolgáltató számra átadott):
 - költség áthárítás (pl alapellátásból a szakellátásba)
- DRG:
 - az esetösszetétel kimazsolázása
 - a költségek áthárítása
 - HBCS-kúszás
 - a kínált ellátás megválogatása

Forrás-allokáció - Kockázatmegosztás az egyes forrás-allokációs formáknál



Forrás-allokáció - Az egyes finanszírozási formák ösztönzési hatásai (2)

- Fontos az egyes ellátási szintek interakciója is (pl: alapellátási fejkvóta és szakellátási tételes elszámolás erősen beutalásra ösztönöz)
- Nem pénzügyi ösztönzők a rendszerben:
 - Szabályozás
 - Protokollok
 - Minősegbiztosítás
 - Felügyeleti tevékenységek
 - Etikai rendszer
- Új megközelítés: a beteg együttműködése, „terápia-hűsége”
 - Bonus – malus rendszerek
 - Compliance, mint szolgáltatás

Forrásallokáció - A homogén betegségcsoportok (DRGs - Diagnosis Related Groups)

- **a DRGs a kórházi esetfinanszírozás alapja**
- **a csoportképzés elve:**
 - azonos erőforrás igény
 - orvosilag még elfogadható hasonlóság
 - az eltérő egyedi költségek kiegyenlítéséhez elegendő esetszám
- **főbb paraméterek:**
 - jellemző ápolási idő
 - alsó és felső határnap
 - súlyszám = jellemző költségigény (átlagos eset = 1.000)
- **EsetÖsszetételi Index (Case Mix Index)**
 - az intézmény mutatója, az egyes ellátások súlyszámának súlyozott átlaga
 - bevétel: $\text{Case Mix index} * \text{esetszám} * \text{alapdíj} * \text{Korrekción}$

Forrás-allokáció –

A DRGs és a HBCS rendszer különbségei

DRGs

- fix költség alapú, ápolási idő arányos súlyszám-képzés
- egységes kódolás ICD-CM szerint
- vegyes finanszírozású intézményeknek átlagos érték alatt térít

HBCS

- ráfordítás alapú, ápolási időt és az ellátást figyelembe vevő súlyszám képzés
- kéttengelyű kódolás BNO + OENO szerint
- tb finanszírozású intézményekben átlagköltséget térít

Országok	DRG finanszírozási céllal történő bevezetése	A DRG teljes mértékű alkalmazásának kezdete
Amerikai Egyesült Államok	1983 (Medicare. Medicaid)	1983
Anglia	2003	2008
Ausztrália	1997	
Ausztria	1997	1997
Belgium	1994	2005
Csehország	1996 modell szinten	Teljes körű bevezetése még nem történt meg.
Dánia	2000	a rendszer évente kerül tovább fejlesztésre
Finnország	1997	2000
Franciaország	2004	2008
Hollandia	2005	
Lengyelország	Modell szinten folyamatban	
Magyarország	1993	
Németország	2005	2009 (tartományi szinten egységes alapeset-értékek)
Norvégia	1999	
Olaszország	1995	1997
Portugália	1990	1990
Spanyolország	1997	90-es évek vége (régióként eltérő)
Svájc	2002 (két kanton)/	2008 országos szinten
Svédország	(1992 Stockholm)	1997
Szlovákia	2002	2002
Szlovénia	2003	

Az előadás szerkezete

- Alapok – Fogalmak,
Finanszírozási rendszer felépítése
- Forrás-teremtés
- Forrás-allokáció
- Az ellátásszervezés kérdései



Ki szervez kit?

**Az ellátásszervezés
Magyarországon**

Az állam ellátás-szervezési lehetőségeinek fő típusai

- **Központosított „ellátásvezérlés”**
(EüM-ből, OEP-ből, OTH-ból vezényelt rendszer)
 - **Nincs leosztott forrás**
 - A beteget érintően csak központi ellátás-szervezési jogosítványok vannak.
- **Leosztott forrásokból végzett decentralizált ellátásszervezés (ellátás-gazdálkodás)**
 - Az állam a felelősségét és jogosítványait részben vagy egészben delegálja a forrásokkal együtt.

Központosított „ellátásvezérlés”

Két fő irány

- **A kínálat és az igénybevétel szabályozása**
 - Kínálat-szabályozás:
 - Fejlesztéspolitika (új kapacitások kialakítása, régiek átalakítása)
 - Kapacitás lekötés (OEP szerződéskötés)
 - Kereslet-szabályozás:
 - Beutalási és igénybevételi szabályok
 - Ellátási kötelezettség meghatározása
- **Intézmények működésének szabályozása**
 - Szervezeti átalakítások (holdingosítás kapacitás-átrendezéssel)
 - Gazdálkodási egységesítés (beszerzések stb. központosítása)

Ellátásszervezés – ellátás-gazdálkodás

- Leosztott forrásokból végzett decentralizált **ellátásszervezés**
 - Az állam a felelősségét és jogosítványait dekoncentrált állami szervnek vagy területi önkormányzatnak adja át.
 - Az állam a felelősségét és jogosítványait az ellátás-szervezésben érdekeltiséggel bíró szereplőknek adja át:
 - nonprofit (ellátottak vagy ellátók) szervezetei kapják meg a lehetőséget (**IBR**),
 - az állam ezt a kötelezettségét, felelősségét megpróbálja **eladni** (**FIDESZ 1999-es, és a Radnai és Molnár L féle reformtervek**).

Az ellátásszervezés ideáltipikus esete

- Az ellátásszervezés lehetősége akkor maximális, **ha egy kézben van:**
 - szükségletkommunikáció, **szükséglet-befolyásolás,**
 - **a kapacitások szabályozása,**
 - **az elosztási rendszer meghatározása, működtetése,**
 - **a betegutak, igénybevételi szabályok kialakítása.**
- Ez a tankönyvi eset, amely Magyarországon még soha nem valósult meg. (Elvben sem.)
- Az ellátási csomag meghatározása nem része az ellátásszervezésnek.

A fejkvóta

- **A valós ellátásszervezés lényege** az ellátásszervezőnek eredménykötelesen (ellátási kötelezettség teljesítése) **átadott szükségletarányos forrás.**
- Legáltalánosabban elterjedt módja a **korrigált fejkvóta**, amely alapvetően az alábbi tényezőkkel van korrigálva:
 - **Szükséglet**
 - életkor (objektív és statisztikailag legszorosabb összefüggés az igénybevétellel)
 - morbiditás (relatív objektív vagy objektivizálható)
 - **Igénybevétel**
 - kínálat (kapacitás),
 - szociális környezet/státus,
 - igénybevételi szokások.
 - **Outlayer esetek kezelése**

Az ellátásszervezés magyarországi története I.

- **1990 előtt**
- Elvben a legteljesebb eszközrendszer az ellátásszervezésben a tanácsok kezében, erős, de formalizálódott, lejáratódott ellátásszervezés: **teljes sikertelenség.**
- A kudarc oka a szereplők teljes (politikai, szakmai és anyagi) érdek-nélkülisége.

Az ellátásszervezés magyarországi története II.

- **1990 – 1994 között**
- A szocialista „szervezett” egészségügy ellenhatásaként a centrális ellátásszervezés elutasítása, a beteg választásához kötött piac-konform forrás-allokációs mechanizmus bevezetése a teljesítmény-finanszírozással egyidőben.
(„a pénz kövesse a beteget” elv vezérelvként való alkalmazása)

Az ellátásszervezés magyarországi története II.

- **Az IBR korszak**

Főbb jellemzők

- Kísérlet
 - Nem kötelező rendszer, hanem az ellátásszervezők pályázata alapján opcionális.
 - Ebből következik, hogy vegyes rendszer, amely nem fedi le az országot hézagmentesen.
- Fejkvóta alapú virtuális számla, aminek a nyeresége – ha van - szabályozottan ösztönzésre fordítható.
- A beteg nem választhatott, hogy melyik ellátásszervezőnél akar lenni. A rendszerbe a háziorvos lépett be, a betegeket is bevonva, de a beteg átjelentkezhetett nem IBR-es orvoshoz.
- A vegyes/kísérleti jelleg miatt az ellátásszervezők csak igen szerény jogosítványokkal rendelkeztek.

Az ellátásszervezés magyarországi története IV.

- **Az IBR korszak**

Pozitívumok

- önmagában a léte, innovativitása, az alternatíva állítása,
- spontán, lelkes szerveződés az ellátók akaratából és önkéntes társulásából (alapelv: *Gyerekek, ebből a pénzből Ti tudnátok ezt sokkal jobban is csinálni!!!*),
- több szervezeti forma megengedése (alapellátás központú, járóbeteg/önálló szervező központú és kórházközpontú),
- a szereplők érdekeltségének és aktivitásának megteremtése,
- a minőségbiztosítás, a betegség- és esetmanagement helyi és napi gyakorlatának meghonosítása Magyarországon.

Az ellátásszervezés magyarországi története V.

- **Az IBR korszak**

Negatívumok

- a spontaneitás, a választás lehetősége csak az ellátásszervezőkre volt igaz, a lakosokra nem,
- eszköztelenség a kapacitások kialakításában, a betegutak szankcionálásában,
- alacsony ICT támogatottság (nagy fejlődés a szervezőknél!),
- ellentmondásos/ellenséges politikai környezet (politikai csoportok felvonulási és küzdelmi terepévé vált, a történelem ezt később ismételte...)

Az ellátásszervezés magyarországi története VI.

- **A „Radnai reformterv”**

Alapjellemzők:

- Az alapkoncepció az IBR elv általánossá/kötelezővé tétele volt.
- Előre kijelölt „hézagmentes”, ellátás-szervezésileg értelmezhető területek, amelyeken a piaci szereplők „vásárolhatták” volna meg az ellátásszervezés jogát.
- Az ellátásszervezés nyereségének felhasználása törvényben szabályozva.

Az ellátásszervezés magyarországi története VII.

- **Molnár Lajos-féle több-biztosítós modell**

Alapjellemzők:

- „Valódi” több-biztosítós modellnek indult, de a politikai csaták (előbb koalíción belül, majd politikai oldalak közötti) egy területi ellátásszervezési modellé szelídítették, meghagyva a lakos „átjelentkezési” lehetőségét.
(történet a gepárdmintától a magyar tarkáig...)
- A magántulajdon irányítási lehetősége tulajdonosi többség nélkül (a politika által kikényszerített fából vaskarika).
- A nagypolitikai meccsek (szociális népszavazás) teljesen ellehetetlenítették, a koalíciós szakítás után visszavonásra került.

A Semmelweis Terv ellátásszervezése I.

Alapjellemzők:

A valós paraméterek ma (2011. október) nem ismertek. Ami sejthető:

- Erős központi akarat és ellátásszervezés: kvázi egy kézben a kapacitás szabályozása, a fejlesztés, a finanszírozás, a betegút-meghatározás és az ellenőrzés.
- De csak kvázi egy kézben... A tervezett ellátásszervezési térségek a szakmai betegutakhoz illeszkednek, de ehhez nehezen rendelhető fejlesztéspolitika, hatósági ellenőrzési rendszer stb.
- Az állami (központosított) ellátásszervezés erős jogosítványokkal és komplex eszköztárral bír, ugyanakkor nehezebb az ösztönzés, a szereplők motiválása (akár szervezői, akár ellátói vagy betegoldalról).

A Semmelweis Terv ellátásszervezése II.

Kérdőjelek:

- Az alapvonalak biztatóak, de ma még nem ismert:
 - Az alapmodell: hogy az ellátás vezérlés és a decentralizált ellátás-gazdálkodás skáláján hol helyezkedik el a modell. (lesz-e fejkvóta?)
 - A többszintű ellátásszervezés kompetencia-megosztása;
 - A szervezők jogosítványa (beleszólás a fejlesztéspolitikába, a kapacitásszabályozásba és lekötésbe, a betegút-meghatározás szigorúsága és az eltérések szankcionálása);
 - Az elosztási rendszer működési elve (milyen szintű szerepe lesz a fejkvóta alapú forrásleosztásnak, lesz-e helyi döntési kompetencia)
 - A fejkvóta-meghatározás és karbantartás metodikája;
 - Az ösztönzés és szankcionálás mértéke, lehetősége az ellátók felé;
 - A megtakarítások képzésének lehetősége és a felhasználásának szabályozása.

A Semmelweis Terv ellátásszervezése III.

- A fokozatosan kikerülő részletek alapján várhatóan erősödik:
 - Az intézmények szervezetének (telephely és osztálystruktúra) egy központi tervhez igazítása
 - Az intézmények gazdálkodásának területenkénti központosítása („holdingosítás”)
 - A betegutak központi, adminisztratív szabályozása
 - A jogszabályban meghatározott (egységes) betegút-szabályoktól való eltérés szankcionálása
- A fejkvóta alapú lokális ellátás-gazdálkodásra utaló jel nincs a kormányhatározatban.

Konklúzió

- **Az ellátásszervezés** rendszerének bevezetése/ erősítése **elengedhetetlen a hatékonyság és az ellátásbiztonság megőrizhetősége/javítása miatt.**
- **Mindenképpen pozitív lépésként értékelendő, a formától függetlenül.**
- Az ellátásszervezési rendszer hatékonysága alapvetően függ:
 - **a szereplők** (elsősorban a szervezők) szabadságfokától, szabályalkotó és szankcionáló **jogosítványától,**
 - **a beteg választási lehetőségének foka** a minőségi verseny érdekében (az ellátás-szervező megválasztásának lehetősége),
 - a szereplők (az ellátók is!) személyes és szervezeti **érdekeltségétől.**
- Kérdés – és a siker feltétele –, hogy az új rendszer hol helyezkedik majd el az ellátásvezérlés és ellátásszervezés jelölte skálán.

Mára ennyi.

