

Az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának visszavezetése a degresszív TVK irányába 2010-2012. között

Endrei Dóra^{1,2}, Decsi Tamás¹, Bódis József^{1,2}, Zemplényi Antal^{2,3}, Ágoston István², Molics Bálint² és Boncz Imre²

¹Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet

³Pécsi Tudományegyetem, Gazdasági Főigazgatóság

Összefoglalás

Célkitűzés: Jelen dolgozatunkban a teljesítmény-volumen korlát (TVK) 2010-2012. közötti, a degresszív elszámolás irányába tett visszavezetését kívánjuk bemutatni.

Adatok és módszerek: Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak (OEP) küldött jelentéseken alapulnak és mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak. Elemzésünkben elsősorban a 2009-2012. közötti időszakot vizsgáltuk.

Eredmények: A részlegesen (előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény [EMAFT] vagy degresszív TVK révén) kifizetett aktív fekvőbeteg súlyszámok aránya az összes súlyszámon belül igen eltérő volt. Az EMAFT esetében 2009-ben a finanszírozott országos teljesítmény 25-30%-a került a lebegődíjas elszámolás alá. A degresszív TVK esetében pedig 2011-től a finanszírozott országos teljesítmény 1-7%-át számolták el a degresszív sávban, előre kiszámítható, 45.000,- Ft/súlyszám értékkel. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ számára a legnagyobb veszteség (2,1 milliárd Ft) a 2009. évben keletkezett, amikor év közben vezették be az EMAFT rendszert. Bár 2010-ben és 2011-ben a PTE finanszírozási vesztesége mérséklődött 2009-hez képest, azonban még mindig igen magas volt (1,46 illetve 1,3 milliárd Ft). A részleges finanszírozás hatására 2004-2012. között a PTE 8,1 milliárd forintos bevételkiesést szenvedett el.

Következtetés: Az EMAFT alkalmazása kiszámíthatatlanná tette az intézmények finanszírozását. A degresszív TVK 2011-es ismételt alkalmazása révén kiszámíthatóbbá vált az intézményi finanszírozás, ugyanakkor a forráskivonás mértékét csak csökkenteni sikerült, de megállítani nem.

Kulcsszavak: egészségbiztosítás, finanszírozás, egészségpolitika, egyetem

Switching the performance volume limit (PVL) to degressive financing method in the active inpatient care between 2010-2012

Summary

Objectives: The aim of our study was to investigate the financial effects of switching from the so-called performance volume limit (PVL) to degressive financing method.

Data and methods: The data in our analysis were derived from the nationwide administrative dataset of the National Health Insurance Fund Administration (OEP), and always regard active inpatient care. We examined mainly the period between 2009 and 2012.

Results: The ratio of partially paid [based on preannounced performance base-fee (PPBF) or performance volume limit (PVL) financing method] active inpatient cost-weights to total cost-weights varied extremely. In case of PPBF financing in 2009, 25–30% of the total national performance fell under floating fee structure. In case of degressive PVL from 2011 onwards, 1 to 7% of the national performance fell in the degressive zone, with a prefixed value of 45,000 HUF/cost-weighs. For the Clinical Centre of the University of Pécs, the

greatest deficit occurred in 2009, when PPBF was introduced within the year. In 2010 and 2011, the deficit of the University of Pécs lessened to some extent compared to 2009; however, it was still rather high (1,46 and 1,3 billion HUF, respectively). Due to partial health insurance reimbursement, the University of Pécs realized 8.1 billion HUF revenue losses between 2004 and 2012.

Conclusions: Application of preannounced performance base-fee rendered institutional financing nearly incalculable. Renewed application of degressive performance volume limit in 2011 made institutional financing more calculable; however, it failed to entirely stop source withdrawal.

Keywords: health insurance, health care financing, health policy, university

Irodalom

1. Endrei D, Kollár L, Zemplényi A, Ágoston I, Betlehem J, Lampek K, Molics B, Boncz I. A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira 2004-2008. között. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, **2011**; 49(1):2-9.
2. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I, Boncz I. Az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, **2011**;10(S1):30-34.
3. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Imhof G, Zemplényi A, Vas G, Boncz I. A teljesítmény-volumen korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására. *Orv Hetil.* **2010**;151(31):1270-4.
4. Zemplényi A, Endrei D, Boncz I, Kalo Z. Evidence based structural reform in the provision of hospital care: the case study of merging two institutions in Hungary. *Value Health*; **2012**; 15(7): A305.
5. Bixi H, Mu Y, Targa B, Hipgrave D. Engaging sub-national governments in addressing health equities: challenges and opportunities in China's health system reform. *Health Policy Plan.* **2012** Dec 4. [Epub ahead of print]
6. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *Eur J Public Health.* **2012** Dec 7. [Epub ahead of print]
7. Holmås TH, Islam MK, Kjerstad E. Interdependency between social care and hospital care: the case of hospital length of stay. *Eur J Public Health.* 2012 Dec 7. [Epub ahead of print]
8. Sprinks J. Labour proposes single budget and integration of health and social care. *Nurs Stand.* **2012**;27(6):10.
9. Johar M, Jones G, Keane MP, Savage E, Stavrunova O. Discrimination in a universal health system: Explaining socioeconomic waiting time gaps. *J Health Econ.* **2012**;32(1):181-194
10. Lee J. Supply-side economics. Purchasing practices at hospitals and health systems continue to evolve, with the supply chain continuing to be a target for large non-labor cost savings. *Mod Healthc.* **2012**;42(34):24-6, 28.
11. Jacobs R, Mannion R, Davies HT, Harrison S, Konteh F, Walshe K. The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Soc Sci Med.* 2012 Nov 2. doi:pii: S0277-9536(12)00736-8. 10.1016/j.socscimed.**2012**.10.014. [Epub ahead of print]
12. Younis MZ, Jaber S, Mawson AR, Hartmann M. Estimating the unit costs of public hospitals and primary healthcare centers. *Int J Health Plann Manage.* **2012** Nov 5. doi: 10.1002/hpm.2147. [Epub ahead of print]
13. Rajabi A, Dabiri A. Applying Activity Based Costing (ABC) Method to Calculate Cost Price in Hospital and Remedy Services. *Iran J Public Health.* **2012**;41(4):100-7.
14. Göppfarth D, Henke KD. The German Central Health Fund-Recent developments in health care financing in Germany. *Health Policy.* 2012 Nov 28. doi:pii: S0168-8510(12)00297-7. 10.1016/j.healthpol.**2012**.11.001.
15. VanLare JM, Blum JD, Conway PH. Linking performance with payment: implementing the Physician Value-Based Payment Modifier. *JAMA.* **2012**;308(20):2089-90
16. Baumgardner JR, Bilheimer LT, Booth MB, Carrington WJ, Duchovny NJ, Werble EC. Cigarette taxes and the federal budget--report from the CBO. *N Engl J Med.* **2012**;367(22):2068-70.
17. Boncz Imre. A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása Magyarországon. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs, **2012**. november 15.