

**NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI  
ALAPKEZELŐ**

**A SZAKELLÁTÁS  
FINANSZÍROZÁSI  
RENDSZERÉNEK MÓDOSÍTÁSA**

---

**ÖSSZEFOGLALÓ**

---



**BUDAPEST, 2021. MÁRCIUS**

2020. december 29. napján kihirdetésre került az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelet, amely alapjaiban változtatta meg az aktív fekvőbetegszakellátás finanszírozási rendszerét. E módszertan elkészítését követően a NEAK, a több éves egyeztetési folyamatot kezdett meg az Egészségügyért Felelős Államtitkársággal, bevonva az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, és a Pénzügyminisztérium munkatársait, végső soron pedig az Országos Kórházi Főigazgatósággal is ismertetésre került a módszertan. Ezek eredménye képen született meg a fent hivatkozott jogszabály.

Az egészségügyi ellátórendszerekben jelentős technológiai fejlődések zajlottak és zajlanak jelenleg is. Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott ellátások köre fokozatosan bővül, ugyanakkor nem az elvárt mértékben és módon. A merev finanszírozási szabályok ellátórendszerhez történő idomítása sok helyen megtörtént, ugyanakkor az alapvető szabályok átalakítására – noha több kísérlet is volt rá – eddig nem került sor.

A gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási rendszerében azonban a mostani alapvetések helyett egy más szabályozási környezet szükséges. Az elmúlt évek toldozgató-foltozgató megoldásai hoztak ugyan eredményeket egy-egy szakterület esetében, azonban nem hozták meg azt a kívánt rendszerszintű átalakítást, melyre az ágazatnak szüksége lenne. Ugyanakkor fontos, hogy bizonyos alapelveket az ellátórendszerünkben továbbra is megőrizzünk: a szolidaritás alapú ellátórendszer megtartása az ehhez kapcsolódó finanszírozással, az egyenlő hozzáférés biztosítására való törekvés, a források ésszerű felosztása.

---

## SZAKELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSÁNAK ÁTALAKÍTÁSA

---

A finanszírozási rendszer megújításának, az ehhez kapcsolódó módszertan kidolgozásának jelentősége és értéke is óriási, a díjparaméter karbantartás és költségrevízió hatékony működtetése nélkülözhetetlen. A díjparaméterek, finanszírozási szabályok felülvizsgálatára irányuló kezdeményezések aktualitása nem kérdőjelezhető meg, különösen, hogy a folyamatos karbantartás, az ellenőrzés, auditálás a teljesítményfinanszírozási rendszer elengedhetetlen része.

### **Ezért nélkülözhetetlen**

- **dinamikus keretrendszer (korábbi nevén TVK),**
- **a kódkarbantartás a már meglévő adatokra támaszkodva, egy-egy beavatkozás kifejezetten az adott szakmára vonatkozó finanszírozási elemének módosítása,**
- **a ráfordítás adatgyűjtés, amelynél meghatározható egy-egy beavatkozás költsége, illetve az folyamatosan figyelemmel kísérhető,**
- **transzparencia.**

---

## FINANSZÍROZÁS – KIEGYENLÍTÉS, TELJESÍTMÉNYFINANSZÍROZÁS ERŐSÍTÉSE, KORLÁTOK ÚJRAJÁRÓDOLÁSA

---

A Teljesítmény Volumen Korlátot (TVK) 2004-ben vezették be a finanszírozási rendszerbe. A jelenlegi költségvetési források biztosítása mellett fenntartásának szükségességéhez kétség sem férhet. A TVK egy olyan bázis, amely keretei között részesülnek az intézmények a finanszírozásban. Előnye azonban a klasszikus értelemben vett bázisfinanszírozással szemben, hogy a teljesítményt – ellátást – mindenképpen megköveteli az intézményektől, az ellátási eseményekre épül, ahogyan az egész társadalombiztosítási rendszer, amelynek elsődleges célja a betegek ellátásának finanszírozása. A teljesítményfinanszírozás által rendelkezünk a nemzeti adatvagyonnak számító egészségügyi adatokkal. eltörlése esetén mindezek eltűnnének és egy torz, számon nem kérhető, merev, adatok nélküli rendszert hoznánk létre, amelyben a költségek, kiadások minimalizálásának célja a betegellátás minimalizálásában jelentkezne elsődlegesen.

2013 óta nem a megelőző időszak teljesítménye alapján kerül kihirdetésre a következő évre érvényes TVK, hanem az év végi, a beépülő változásokkal módosított érték kerül átmenetileg a következő évre. Ez a

módszer sem tudta követni az ellátási igények szerinti teljesítmények alakulásából fakadó változásokat egyik irányban sem.

### **2021. április 1. napjától a korábbi TVK helyébe az éves keret lép, amelynek alapját nem a lakosságszám képezi, hanem az ellátások.**

Ennek megfelelően az aktív fekvőbeteg-szakellátás vonatkozásában a keretek újraosztása során minden esetben a megelőző év teljesítményei kerülnek figyelembe vételre, oly módon, hogy a megelőző finanszírozási évi teljesítményjelentései alapján összesítésre kerülnek az esetszámok és a súlyszámok országos szinten, megbontva szakmánként, diagnózis csoportonként, figyelembe véve, hogy műtétes / nem műtétes esetről van szó.

A megbontás fő oka, hogy az egyes betegségcsoportokba tartozó betegségek költségvonzata különböző, az egyes progresszivitási szinteken az ellátás költségei is változhatnak, így ugyanaz a betegség más-más szakmában más-más költségszintet eredményez. Fontos további megkülönböztetés, hogy ugyanazon betegséggel kapcsolatosan szétválasztjuk a műtéti beavatkozást igénylő ellátásokat, a műtétet nem igénylőktől, szintén a költségek eltérése okán. Az így kapott egy esetre jutó költség mutatót, mint szorzószámot alkalmazva kapjuk a megelőző év finanszírozási teljesítményei alapján az adott szolgáltató éves keretét. Tehát betegségcsoportonként és szakmánként meghatározzuk az egy esetre jutó átlagos finanszírozást, amelyek intézményi összesítése képezi az intézményi éves keretet.

Ezen újraosztási módszertan a területalapú elosztással szemben követi a betegmozgást és a szakmai sajátosságokat, teljes mértékben az ellátási igényekhez alkalmazkodó és az ellátási szükségleteket követő dinamikus rendszer. Meghatározott időszakonként, illetve igény szerinti frissítéssel követi a betegmozgásból eredő ellátási változásokat, és automatikusan kezeli azokat. Hátráltatja továbbá a „túlkódolás” lehetőségét is, mivel adott betegségcsoportban az átlagtól eltérően magas súlyszámú (keret alá eső) eseteket is csak átlaggal fogja figyelembe venni. Mindemellett alkalmazkodik az ellátási igényekhez és önmagában lehetőséget biztosít arra, hogy az ellátási igények alapján hatással legyen a struktúrára is, hogy ne legyen olyan ellátásra kerete egy szolgáltatónak, amelyet annak személyi és tárgyi feltételei alapján egyértelműen nem tud ellátni és azt most másra fordítja.

### **2021-ben – az egészségügyi válsághelyzetre tekintettel – a 2019. évi teljesítményadatokat vettük figyelembe.**

A 2019. évi teljesítményadatok szerint újrászámolt keret alapján az egyes kórházakban az új módszer szerinti az egy esetre jutó szélsőséges keret értékek eltűnnek, sokkal kiegyensúlyozottabb finanszírozás valósul meg, az eltérés a beavatkozásokra jutó finanszírozási különbségek az azonos progresszivitási szintű intézmények között kiegyenlítődik. Természetesen a magasabb költségigénnyel járó és így magasabb finanszírozásban részesülő ellátások magasabb finanszírozása megmarad. Ugyanakkor nem kérdés az sem, hogy nem is szabad ennek a különbségnek eltűnnie a beavatkozások között. Az azonos szintű ellátások esetén szükséges a homogenitás megteremtése.

**Ugyancsak fontos információ, hogy azon szolgáltatóknak, akik kerete 2020. és 2021. között nem kapacitás befogadás, hanem a válsághelyzet miatti ellátási terület/feladat változás miatt módosult, azoknak a kerete visszarendezésre fog kerülni, mihelyt a területek/feladatok visszarendezése is megtörténik.**

**Ez a módszer lehetővé teszi, hogy a szükséges forrás bevonás alkalmával tovább finomítsuk az eredményeket, így minél inkább az indokolt ellátások 100 százalékának hatékonyabb finanszírozására törekedjünk.**

**Fontos információ az is, hogy az éves keretek kiközlését követően a fenntartó kezdeményezheti a fenntartásában lévő szolgáltatók keretének átcsoportosítását, így a kiközlésre kerülő keret a fenntartó döntését követően válik véglegessé.**

## MODELLSZÁMÍTÁS

A teljes mértékben ellátás alapú meghatározás során a keret újraosztása minden esetben a megelőző év (jelen esetben 2019) alá tartozó teljesítmények figyelembe vételével történik. A 2019. finanszírozási évi teljesítményjelentései alapján összesítésre kerülnek az esetszámok és a súlyszámok országos szinten, az alábbi bontásban:

- szakma,
- diagnózis csoport,
- műtétes / nem műtétes eset,
- Csillagos HBCs-k.

A megbontás fő oka, hogy az egyes betegségcsoportokba tartozó betegségek költségvonzata különböző, az egyes progresszivitási szinteken az ellátás költségei is változhatnak, így ugyanazzal a betegséggel más-más szakmán más-más költségszintet gyűjtünk össze. Fontos további megkülönböztetés, hogy ugyanazon betegséggel kapcsolatosan szétválasztjuk a műtéti beavatkozást igénylő ellátásokat a műtétet nem igénylőktől, szintén a költségek eltérése okán.

A betegségcsoportonként és szakmánként meghatározzuk az egy esetre jutó indexet, melyet minden évben honlapunkon megjelentetjük. Ez az index tehát egyfajta diagnózis esetösszetétel, amely az adott diagnózis csoportba tartozó esetek összsúlyszám és esetszám hányadosa az adott progresszivitási szinten. Azt mutatja meg, hogy az adott diagnózis csoport költsége hogyan alakul az az intézményben.

Példa a szakmánkénti betegségcsoport indexre

	Szakma kód	BNO csoport	egy esetre jutó átlagos súlyszám index
M	0100	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	0,65185893
P	0100	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	2,05988804
M	0101	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	0,73958139
P	0101	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	1,98489952
M	0102	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	0,40009
M	0103	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	0,57970495
P	0103	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	3,17422408
M	0104	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	0,54068326
P	0104	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	1,44251705
M	0105	A0000:A09H0 - Fertőző betegségek	0,77892216

Ez a megbontás egyfajta mátrixot hoz létre. Az így kapott indexet, mint szorzószámot alkalmazva kapjuk a 2019. finanszírozási teljesítmények alapján az adott szolgáltató éves keretét.

A csillagos HBCs-s esetek, illetve a '25 Polytraumatizált állapot műtétei' és a '99 Főcsoport nélküli homogén betegségcsoportok' főcsoportba tartozó ellátások esetén a teljes súlyszámot vettük alapul, az ide tartozó ellátások speciális volta miatt, ezek így nem kerültek átlagolásra, így az összes teljesítmény tömeg mintegy 40% került ki a CMI-vel módosított körből.

A létrejött TVK értékekkel modellezett 2019-as évet szembe állítottuk a tényleges 2019-as kiközölt TVK értékekkel és a tényleges teljesítmény adatokkal. Fontos, hogy a kiközölt TVK adatokat az év közben mind az intézmények, mind a fenntartó a saját fenntartásában lévő intézmények között átcsoportosíthatja. Az

átcsoportosításokat most nem vettük figyelembe azért, hogy a kiközölt alap TVK-ban meglévő anomáliák kerüljenek felszínre, azokat ne fedjék el az év közbeni átcsoportosítások.

A fenti szabályoknak megfelelő TVK-t először a 2019-as kiosztott TVK-hoz igazítottuk, vagyis országosan ugyanakkora keretet határoztunk meg.

Már ennél a verziónál is látható volt, hogy a maradványt halmozó intézményeknek elvileg csökkenne az éves kerete és ez a keret a hiánnyal küzdőkhöz vándorolna. Az eredményben látható intézmények egy részénél úgy tűnhet, hogy rosszul járnak a módszer miatt, azonban ezek 2019. éves teljesítménye elmarad a kihirdetett TVK-juktól, így jellemzően maradványt vesztenének el.

A felosztás követően biztosítjuk, hogy a módosítások hatására egyetlen szolgáltató se kerüljön 100%-os kihasználtság fölé, ha addig alatta volt. A felosztás továbbra is figyelembe veszi a szakmánkénti és betegcsoportokra jellemző eltéréseket, így most is lenne, akitől „elvesz”, de lényegesen kevesebb ilyen intézmény marad és jellemzően ők is az eddigi alacsony kihasználtságról csak egy magasabb kihasználtsági szintre változnak, így még mindig jellemzően maradványt vesztenének el.

Ugyanakkor ágazati döntés alapján senki kerete nem csökkenthet. Így azoktól az intézményektől, aiktól elvileg a modell alapján súlyszám csökkentésre kerülne sor, azok kerete változatlan marad, tehát nem csökken. A többi intézmény keret emelésére többletforrást biztosított a Kormány.

---

### JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS, PCR

---

A járóbeteg-szakellátásban az esetalapú keret meghatározás modell nem működhet abban a formában, ahogy a fekvőbeteg-szakellátásban. A járóbeteg-szakellátás területén az egyik legfontosabb tényező az országos betegfogadási listák bevezetése lenne. Már rövidtávon is érdemes lenne a várólista rendszerben alkalmazott szabályok szerint annak bevezetése.

Nélkülözhetetlen továbbá a távdiagnosztika elismerése és a diagnosztikus eljárások finanszírozásának rendezése pl. UH vizsgálatok esetén, vagy az aneszteziológiai vizsgálatoké.

A járóbeteg-szakellátásban újra kell gondolni az alapellátással való együttműködés szorosabbá tételét, hiszen a betegellátásban e kettő szorosabb együttműködése nem csak a fekvőbeteg-szakellátást tudja tehermentesíteni, hanem betegellátási érdeket is sokkal jobban szolgálja.

**Mindezek megteremtése folyamatban van. Addig is azonban a Kormány döntése értelmében a járóbeteg-szakellátás esetében – ide értve a PCR vizsgálatokat is – a keretek meghatározására a 2019. évi teljesítmények 100%-os alapidíjra történő kiegyenlítésével kerül sor, többletforrás biztosítása mellett, 2021. április 1-jei hatálybalépéssel.**

---

### KRÓNIKUS ELLÁTÁSOK

---

Krónikus fekvőbeteg-szakellátások esetében az Egészségügyért Felelős Államtitkárság javaslatára vegyes finanszírozás alakul ki 2021. április 1. napjától, amely az ápolási tevékenységet (1,0 szorzójú ellátásokat) és krónikus ellátásokat (1,2-es szorzójú ellátásokat) érinti. Az érintett szervezeti egységekre jutó tervezett éves keret mértékét a tárgyévvel megelőző év betegforgalma, ellátási napjai, a krónikus szorzók, valamint a krónikus alapidíj figyelembevételével kell meghatározni. A szolgáltató az előző évi teljesítménye alapján számított tervezett éves keretre jogosult a tárgyévben. E tervezett éves keretre az egészségügyi szolgáltatók az általuk nyújtott ellátási eseményektől függetlenül havonta jogosultak, azzal, hogy ha teljesítményük nem éri el a tervezett éves keret 80%-át, úgy a havi finanszírozás mértékét a teljesítményük alapján kell utalványozni.

---

## EREDMÉNYESSÉGI MUTATÓK

---

Az egészségügyi finanszírozás terén nemzetközi vonatkozásban egyre nagyobb hangsúlyt kap a teljesítményfinanszírozás mellett az eredményközpontú finanszírozás. Az eredményközpontú finanszírozás során nem az ellátott tevékenységet, hanem a mérhető eredményeket díjazzuk. 2009. óta a háziorvosi finanszírozás keretében indikátor alapú finanszírozási modul is létezik. Az eredményesség pozitív és negatív irányból közelítve mérhető, egyrészt a beteg állapotának követésével, a betegelégedettség mérésével, másrészt a halálzási arány, szövődmények, újrafelvétel mérésével.

Az eredményközpontú finanszírozás hangsúlyossá tétele érdekében betegelégedettség mérés, betegéletút követés, valamint további mutatószámok azonosítása és definiálása jöhet szóba, illetve ezek transzparensé tétele lenne az elsődleges és eredményes cél. Ezzel a társadalmat is edukálni lehet arra, hogy minőségi ellátás fontosabb, mint a közelebbi ellátás. Mindezek kidolgozásáig a NEAK minden hónapban a meglévő jelentések, adatbázisokból különböző mutatókat tesz transzparensé intézményi bontásban, pl. a **kórházi halálzási aránya adott betegség kezelésében, szövődmények kialakulásának aránya, újrafelvétel aránya, bennfekvések időtartalma, stb.** Ezekkel a mutatókkal azonosíthatók a problémás ellátási helyek, segíthetik az ellátás jobb megszervezését, a jövőbeni finanszírozásban pedig szerepet kapnak a kórház adott területen történő premizálásában illetve szankcionálásában.

---

## AKTÍV FEKVŐBETEG-SZAKELLÁTÁS TERHÉRE VÉGZETT EGYNAPOS ELLÁTÁSOK

---

Az aktív fekvőbeteg-szakellátás terhére végzett egynapos ellátások finanszírozásában is változás lép hatályba. Mindazok az ellátások, amelyet aktív fekvőbeteg-szakellátási háttérrel végeznek a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények, továbbra is 100%-os alapidíjon kerülnek finanszírozásra, 1,1 szorzó alkalmazásával.

Ugyanakkor megszűnik a 43%-os szabály, tehát minden teljesítmény az aktív fekvőbeteg-szakellátás keretének részét képezi, ezzel is elősegítve a maradvány halmozás csökkentését. Természetesen az új keretek megállapítása során ezek az egynapos esetek is figyelembe vételre kerültek, mintha nem egynapos aktív fekvőbeteg-szakellátási esetek lettek volna.

---

## FINANSZÍROZÁS – BEFOGADÁSI RENDSZER MEGÚJÍTÁSA SZOLGÁLTATÁS VÁSÁRLÁS

---

Jelenleg az intézmények a keretek növelése érdekében kapacitásra (óra/ágy) pályáznak. Ezt a rendszert oly módon kell megváltoztatni, hogy az intézmények esetszámokra pályázzanak. Az intézmények tudják a legjobban, hogy az ellátási területükön milyen ellátásokra van szükség és milyen mértékben. Vállalja azok elvégzését és az erre jutó finanszírozási keretet meg is kapja. Ha nem tudja teljesíteni, a keretet át kell csoportosítani önmagán belül vagy más intézmény számára. Az éves keretek is ennek megfelelően kerülnének meghatározásra. Ezért a befogadási eljárásban a továbbiakban azt is meg kell majd jelölni a pályázatokban, hogy az adott szakmában és betegségcsoportban hány eset bővítésére pályáznak.

Egy ilyen új elem bevezetésével a szakmai tagozatok vagy az országos intézmények vezetői még inkább szakmai szempontok figyelembe vétele mellett támogatnák a befogadásokat, az ellátásszervezésben nagyobb szakmai szerepet kapnának. Mindemellett lehetőség lenne monitorozni azt is – amelyre most semmi érdemi lehetőség nincsen –, hogy amire pályázott az intézmény, azt valóban végzi-e, és nem csak a keret növelése volt a célja. Amennyiben utóbb megállapítást nyerne, hogy azt a tevékenységet nem végzi, úgy az arra jutó keret akár elvonható is lenne, és ezzel részben megvalósulna a kifogadási rendszer is.