



M E D I C I N A 2 0 0 0

POLIKLINIKAI ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSI SZÖVETSÉG

2120 Dunakeszi, Fő út 75-81.

Telefon (06-27) 341-809, 341-600, Fax: (06-27) 341-241

E-Mail: medicina2000@t-online.hu Web:

www.medicina2000.hu

JÁRÓBETEG RENDSZER FEJLESZTÉSE VÁZLATOS SZAKMAI KONCEPCIÓ

A hazai ellátórendszer racionális forrásfelhasználása és végső célként a betegek hatékonyabb ellátásának elősegítése érdekében a MEDICINA 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnöksége megtárgyalta, milyen célokat javasol az egészségpolitikának az új kormányzati ciklusra. Természetesen javaslataink a járóbeteg szakellátást területét érintik. Jelen összefoglaló egy folyamatos programalkotási munka vázlatos előzetese, amelyben a Szövetség azokat a szakértők által kijelölt irányokat fogalmazza meg, amelyeket adatgyűjtéssel és feldolgozással folyamatosan ki fog egészíteni és evidencia alapúvá tesz.

A hatékonyabb betegellátás gyakorlati megvalósítása már elodázhatatlan – eddig csak szavakban érvényesült.

Jelenleg a kormány egészségügyi programjának hangsúlyos része a járóbeteg ellátás fejlesztése. Ehhez szeretnénk gyakorlati fogódzókat adni azzal, hogy rávilágítunk a jelen helyzet problémáira, és ezekre megoldási javaslatot igyekszünk adni.

1. A lehető legalacsonyabb szinten kell definitív ellátást kapnia a betegnek (ez a legköltséghatékonyabb ellátás: azaz a legolcsóbban kapják a biztosítottak a legjobb ellátást):

- a háziorvosok szakmai munkájának erősítése szükséges: ezt azért fontos itt említeni, mert ma sok fölösleges ellátással terhelik a járóbeteg ellátást.
- a járóbeteg ellátást alkalmassá kell tenni arra, hogy a szakmailag ott ellátható betegeket ne a drágább fekvő ellátásban kelljen ellátni
- a jelenleg is inkább bő kapacitással rendelkező aktív fekvőbeteg ellátó rendszer feladatait szakmailag körül kell határolni, és alkalmassá kell tenni arra, hogy ezeket a feladatokat ott, és olyan mértékben lássa el, ahogy azt a szakmai szabályok megkövetelik

- A rehabilitációs-krónikus ellátást komplexitásában kell kezelni: amennyiben megerősíthető a házi szakápolási szolgáltatás, az alapellátás sok terhet tud ennek az ellátási szintnek a válláról levenni. A rehabilitációs és krónikus ellátások egy része nyújtható nappali kórházi ellátások formájában. Ennek szakmai feltételei jelenleg nem kidolgozottak. Amennyiben járóbeteg ellátás alatt azt értjük, hogy az ellátott nem alszik az intézményben, akkor ez az ellátási forma is a járóbeteg ellátás része lesz.
- Ma az egynapos ellátás terjedésének egyik fő gátja az, hogy a fekvő kapacitás kissé túl, a járó kapacitás pedig alul méretezett. Itt a kapacitás alatt csak részben értjük az ágyszámot és az óraszámot, ezekkel szorosan együtt mozgó TVK is bizonyos fajta kapacitást jelent.

2. A fenti szakmai elvek érvényesítéséhez a jelenlegi rendszer rugalmatlan. A rugalmatlanság megnyilvánul a

- szigorúan vett kapacitásban (ágyszám, óraszám, amit az Eftv rögzít, így alig változtatható)
- a kapacitásokhoz kötött TVK-ban (nem adható le, illetve nem konvertálható szabadon a kapacitás, mert a TVK együtt mozog vele)
- a finanszírozási kasszák átjárhatatlanságában (illetve nehezen átjárhatósága)

3. Az érdekeltségi viszonyok jelenleg a minél magasabb ellátási szinten történő betegellátás irányába hatnak.

- a házi orvosok a továbbküldésben érdekeltek,
- a járó ellátók az alapellátástól annyi fölösleges, szakmailag érdektelen esetet kapnak, hogy ezzel kitelik a szakorvosi óra illetve TVK, tehát azoknak az eseteknek a továbbküldésében érdekelt, ami kicsit magasabb orvosi szaktudást igényelnek.
- a fekvő ellátásban ugyancsak az alacsonyabb ellátási szinten gyógyítható betegek „dömpingje” okoz kapacitás (klasszikus és TVK) kihasználtságot, így, amit lehet magasabb ellátási szintre küldenek. Ezért van az, hogy a nagy intézmények, akik a szakma csúcsát képviselik, folyamatosan mindennemű kapacitás (ágyszám, TVK, diagnosztikai keresztmetszet, intenzív osztályos ellátás, PIC, humán erőforrás) gondokkal küzdenek.

4. Minőségi ellátás semmilyen formában nem elismert a rendszerben (most indul házi orvosi szinten, de ott ez jelenleg inkább a teljesítmény finanszírozást helyettesíti)

5. Humán erőforrás alapvető probléma a járóellátásban:

- a szakorvosok nem tudnak megfelelő szintű szakmai munkát végezni, mert az alapellátás tevékenysége teszi ki munkaidejük nagy részét
- ha komoly szakmai munkát végeznek, akkor a finanszírozás ezt nem téríti számukra (ugyanaz a tevékenység helyenként sokkal jobban „fizet”, a fekvő ellátásban), így igen alacsony a bérszínvonal
- szakdolgozók szakmai munkájának ma nem sok helye van a járóbeteg rendszerben

A fentiekből következnek a megoldási javaslatok:

1. ellátási szintek kapacitásának szükséglet alapú kialakítása (annyi és olyan szakmai progresszivitású szintű ellátóhely kialakítása, amennyire szakmai szükség mutatkozik; ez vonatkozik mind a fekvő-, mind a járóbeteg ellátásra)

2. ehhez a szakmai struktúrához igazítani a teljesítmény finanszírozás alapjául szolgáló kódrendszereket (komoly kódkarbantartási munka: a HBCS-k, német pontok átstrukturálására van szükség; el kell dönteni, hogy az ambuláns HBCS rendszer kialakítása jelenthetne-e elegendő ösztönzést mind a háziorvosi, mind a járóellátásban a definitív ellátásra, KHBCS rendszer kialakítása, alapellátás feladatainak növekedése (házi szakápolás, védőnők feladatai, stb.) miatt finanszírozási ösztönzők kialakítása

3. ahhoz, hogy az egészségügyi rendszer ilyen formán átstrukturálásra kerülhessen, **alapvető a rigorózus jogszabályok átalakítása** (Eftv, beutalási rend, minimum feltételek, működési engedélyezés, szakmakód rendelet, szakdolgozói licence rendelet, stb.), a finanszírozási rendszer transparenssebbé, követhetőbbé tétele.

4. a költséghatékony ellátás a legjobb minőségű, és megfizethető, ezért a ma már elegendő mennyiségben és minőségben rendelkezésre álló **egészség-gazdaságtani szakértő gárda szaktudásának igénybe vétele** ezeknek a kérdéseknek a kidolgozásához elengedhetetlen (pl. az E. Alap kasszáinak átjárhatósága, rugalmasabbá tétele elengedhetetlen: a prevenció hatékonysága egyes szinteken költségnövekedést okoz, máshol jelentős költség megtakarítást, de ez általában nem ugyanazon kasszában keletkezik. Szerencsés lenne szakmai területeken át vizsgálni az ellátást, beteg utakat, így megteremthető a költséghatékony, jó minőségű ellátás az alapellátás prevenciós szintjeitől a legmagasabb progresszivitási szintű ellátáson át a rehabilitációig).

5, Szakmai színvonal biztosítása. A járóbeteg ellátásban dolgozó szakorvosok szakmai tudásának folyamatos fejlesztése, minőségügy, indikátorok, betegirányítás, IT infrastruktúra

6, Életpálya modell kialakítása a járóbeteg szakellátásban.

I. Általános rész:

1. A betegek alacsonyabb szinten: a háziiorvosi ellátásban és a járóbeteg szakellátásban való tartása, elkerülendő a drága kórházi ellátásokat.
 - a beutalási gyakorlat megváltoztatása, finanszírozási ösztönzők beépítésével, ezzel a járóbeteg szakellátás tehermentesítése a főlegyes beutalásoktól, ellátásoktól
 - érdekeltség megteremtése a betegek definitív járóbeteg formában való ellátására, a definitív ellátások díjtételének emelése. Definitivitási mutató kialakítása.
 - definitív járóbeteg szakellátást nyújtó humán erőforrás megteremtése járóbeteg szakellátásban
2. Az ellátásért viselt felelősség megállapítása: a járóbeteg szakellátás progresszivitási szintjeinek a meghatározása, megbetegedések, beavatkozások szerint, megkülönböztetve alap és progresszív ellátási szintet.
 - Kompetenciák szerint, a leggyakoribb betegségek vizsgálata
 - Rendelkezésre álló diagnosztikus és terápiás lehetőségek szerint, beavatkozás szintű besorolás, szakmánként.
3. A kódrendszer egyszerűsítése, átláthatóvá tétele, fajlagos, származtatott mutatók segítségével.

Szakmánként kiegyensúlyozott finanszírozás megteremtése a jövedelmezőségek módosításával: kódkarbantartás, alvó kódok kivétele

 - HBCs szintű elemzés alapján egyes betegségcsoportok átirányítása járóbeteg, egynapos ellátási formába, erre az érdekeltség megteremtése.
4. Az ellátási szintek közötti munkamegosztás monitorizálásának lehetővé tétele a közfinanszírozott ellátásban részt vevő betegutak vonatkozásában: adatvédelmi törvény lazítása. Top fogyasztó (szakellátás, gyógyszer) betegek figyelése, visszajelzés a házi orvosoknak, erre motiváció megteremtése. (IBR elemek rendszerszintű beállítása).
5. Biztonságos információ áramlás kialakítása az ellátás valamennyi szintjén és között.

II. Részletes rész

1. Helyzetelemzés

a. Kapacitás, finanszírozás, finanszírozási korlátok

- A megyei óraszámok vizsgálata lakosságszám szerint, egyenlőtlenségek megállapítása
- Megyénkénti TVK megoszlása, szakmákra származtatva, szakorvosi és nem szakorvosi órákra, illetve lakosságszáma, illetve lakosságszámra,
- A két perces szabály által leginkább sújtott szakmák, kistérségek, okok vizsgálata. Egy betegre eső járóbeteg szakellátási pontok vizsgálata.
- A kiegyenlítés lehetőségei
- Egyes szakmák jövedelmezősége benchmarking adatok alapján,
- A szabálykönyv egyszerűsítésének lehetősége (kódok számának csökkentése, ritka, alvó kódok eliminációja)

b. Betegforgalom és adminisztrációs terhek

- Az effektív adminisztrációs és betegellátási idők összevetése
- BNO megoszlás
- Tipikus esetstatisztikák, várólisták, tömeg
- Az adminisztráció csökkentésének lehetőségei

c. Költség struktúra

A járóbeteg rendelők működési költségeinek ismertetése, fix és változó költségek elemzése, ezek összefüggése a bevétellel, méretgazdaságossági kérdések

d. HR helyzet, bérezés, szakorvosi ellátottság

Orvosi és szakdolgozói bérek, bérezés fenntarthatósága, szakorvos és szakdolgozó hiány

e. Szakértelem, minőség

Járóbeteg rendszerben dolgozó orvosok tudásszintje, kórházi gyakorlat hiánya vagy szükségszerűsége, betegellátás szakmai minősége a jelenlegi rendszerben

f. Háziiorvosi beutalási gyakorlat

Mi az általános jellemző, megfelelő szintre, megfelelő időben küldik-e a betegeket, szakmai protokollok, ajánlások figyelembe vétele, milyen az információ-áramlás a háziorvos és a szakorvos között, sürgős esetek, „probléma áthárítás”,

g. Érdekeltségek a rendszerben

Milyen ösztönzők (pénzügyi-finanszírozási, magánérdekek pld. paraszolvencia határozzák meg a betegutakakat a jelenlegi ellátási rendszerben

Szövetségünk a változtatások rendszerelméleti logikával történő kezelését tartja az egyetlen járható metodikaként elfogadhatónak, mely komplex tevékenység végzésében készséggel ajánljuk fel segítségünket.