

A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján



ESKI füzetek



Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

2010. május

A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján



2010. május

ISSN 1787-8438

ISBN 978-963-86852-6-1

Tartalom

Vezetői összefoglaló	3
Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának formái	3
A DRG-k bevezetésének céljai	4
A DRG-rendszerek legfontosabb építőelemei.....	5
DRG-kiigazítás és a kórházi költségek meghatározói.....	6
DRG az egyes országokban.....	7
DRG-k és kimenetek.....	9
A DRG további problémái	11
Országokénti részletek.....	14
Egyesült Államok	14
Egyesült Királyság	15
Írország.....	17
Hollandia.....	17
Franciaország.....	18
Németország	21
Ausztria.....	23
A skandináv országok általános jellemzői	25
Olaszország.....	28
Spanyolország.....	31

A szakirodalmi összefoglalót készítette az Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

2010. május

Vezetői összefoglaló

Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának formái

Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásában (mikro-szintű finanszírozás) többféle módszer használatos. Csoportosításuk is többféle szempontú lehet.¹

Szemponként vehető figyelembe, hogy van-e kapcsolat a szolgáltató bevétele és tényleges teljesítménye között. Fix finanszírozásnak nevezzük azt a formát, amelyben a kifizetések nem függenek az elvégzett tevékenység mennyiségétől vagy minőségétől, ilyen pl. az előzetesen meghatározott átalánydíj. Változó finanszírozásról beszélünk abban az esetben, ha a járulékos bevétel megegyezik azzal az összeggel, amit a szolgáltató az extra teljesítményért kap. Ugyanakkor a legtöbb finanszírozásban fellelhető fix és változó összetevő is. (Pl. az esetalapú finanszírozás az eset szintjén fix, nem függ pl. attól, az adott esethez hány kórházi nap vagy mennyi orvosi szolgáltatás kapcsolódik, a kórházak bevétele azonban változhat, nőhet akkor, ha több esetet látnak el.)

Más megközelítésben a finanszírozási rendszerek megkülönböztethetők annak alapján, hogy milyen a kapcsolat a szolgáltató bevétele és tevékenységének költségei között. A retrospektív módszer esetében a szolgáltató számára utólag megtérítik a költségeket. (Ide tartozhat pl. a kórházak napidíj szerinti finanszírozása, vagy a korábbi időszak kiadásain alapuló, inflációval kiigazított költségvetés.) A prospektív fizetési rendszerek a szolgáltató számára a fizetés alapját képező rátákat előzetesen határozzák meg, a kifizetések nincsenek közvetlen kapcsolatban a szolgáltató tényleges költségeivel. A prospektív finanszírozás a retrospektív módzatokhoz képest nagyobb ösztönzést tartalmaz a hatékonyság javítására, ami azonban együtt járhat a szükséges ellátás (mennyiségi vagy minőségi) sérülésével. A prospektív fizetések egyik példája a (házi orvosok fejkvóta és szolgáltatás szerinti finanszírozása mellett) a DRG.

A finanszírozás egysége szerint beszélhetünk szolgáltatói egység szerinti (szolgáltatás szerinti – Fee For Service – FFS) finanszírozásról, ápolási nap szerinti finanszírozásról, eset alapú finanszírozásról (DRG), beteg szerinti finanszírozásról (fejkvóta), adott időszakra vonatkozó finanszírozásról.

A legtöbb rendszerben egyesek jelennek meg a fizetési formák és legtöbbször nem azonos módon finanszírozzák a különböző költségeket (működési költségek, munkaerő költségek, fejlesztési, amortizációs költségek) sem.

A DRG, mint finanszírozási forma besorolása attól függ, hogy a fizetési formákat milyen szempont szerint vizsgáljuk. Így lehet prospektív, eset alapú, fix az eset szintjén, változó az intézmény szintjén.

¹ Marc Jegers, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve and Willem Gilles: A typology for provider payment systems in health care. Health Policy Volume 60, Issue 3, June 2002, Pages 255-273
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V8X-44J3T8M-3/2/2f0abbb53524b3cf29f7955694aa47f7>

A DRG-k bevezetésének céljai

A kórházi szolgáltatások térítésére az elmúlt 20 évben Európa országainak többsége DRG vagy ahhoz hasonló osztályozási rendszeren alapuló finanszírozást vezetett be. A DRG rendszereket bár finanszírozási eszközként ismerjük, eredetileg más célokra - átláthatóság növelése, hatékonyság fokozása, a kórházmenedzsment támogatása - tervezték.

Átláthatóság növelése

A DRG kialakításának ötlete ugyanaz, mint minden más osztályozási rendszeré: hogy a szélsőségesen sok, egyedülállónak tűnő esetet korlátozott számú közös vonásokkal bíró csoportokba rendezzék. Ez lehetővé teszi az összehasonlító elemzéseket, pl. a költségek, a minőség és a hatékonyság összehasonlítását. Az elvárások szerint növeli az átláthatóságot az ellátók teljesítménye és az erőforrás-felhasználás terén. A DRG egyik legfőbb előnye, hogy keretet biztosít a betegek kezelési költségeinek pontos elemzéséhez, figyelembe véve a megfigyelhető és mérhető betegjellemzőket. A DRG-k alkalmazhatók a teljesítmény más, olyan dimenzióinak értékelésére is, mint pl. a minőség vagy hatékonyság.

A hatékonyság növelése – forrásallokáció

A DRG, mint fizetési mechanizmus, alkalmazása összetett. A cél nemcsak az, hogy az ellátók által elvégzett munkát tisztességesen díjazzák, hanem hogy visszafogják a szükségtelen ellátást, és ösztönözzék a megfelelő ellátás hatékony biztosítását.

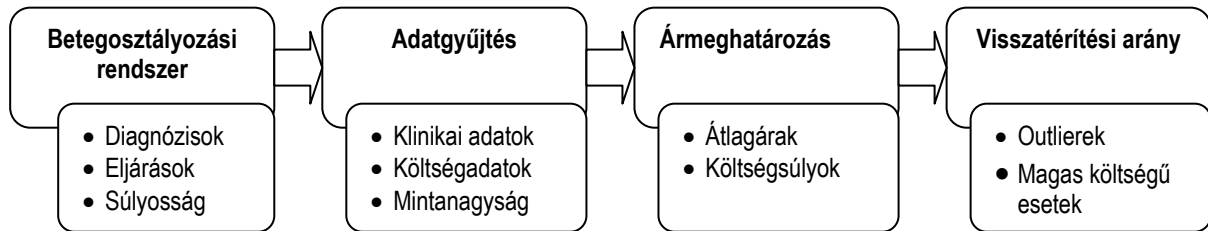
Az USA-ban a DRG-k bevezetése előtt szolgáltatásonkénti díjazást alkalmaztak a kórházi szolgáltatások térítésére, ami szükségtelen vagy nem hatékony szolgáltatások finanszírozását is magában hordozta. A DRG bevezetése a költségleszorítást célozta, a váltással nem kellett felvállalni a globális költségvetéssel járó politikai vitákat sem. Európában a globális költségvetés és a napok szerinti finanszírozás volt a jellemző forma a DRG-k bevezetése előtt. A DRG bevezetése a hatékonyság növelésére irányult.

Először az USA-ban, majd több európai országban is a DRG-típusú rendszereket jól kombinálták a közpolitika általános gazdasági elvekhez történő alakításával, mivel felhasználhatók arra, hogy pénzügyi nyomást gyakoroljanak és ösztönözzék a hatékony erőforrás-felhasználást. Ugyanakkor a DRG ezen szerepe módszertanilag szilárd rendszert igényel.

A kórházmenedzsment támogatása – elszámoltathatóság

Különösen azokban az országokban, ahol az ápolási napok szerinti finanszírozást alkalmaztak, nagyon korlátozott volt a menedzsment arra vonatkozó információja, hogy az adott osztályon vagy részlegesen milyen típusú szolgáltatásokat milyen költséggel biztosítanak. A DRG – dokumentációs igényeivel együtt - támogatja a menedzsmentet, lehetővé teszi számukra az orvosok munkájának monitorozást és ellenőrzést.

A DRG-rendszerek legfontosabb építőelemei²



Minden DRG-típusú kórházi fizetési rendszer elsősorban két mechanizmuson alapul: a kórházak által egyedi betegeknek nyújtott szolgáltatások összehasonlítható csoportokba szervezése, azaz a kórházak termékkategóriáinak (a DRG-knak) a kialakítása és a súly vagy ár meghatározása minden egyes csoport esetében.

A termékmeghatározás a DRG-rendszereknél betegosztályozási rendszeren keresztül történik, amely az esetek típusait az esetek kezeléséhez a kórházak által felhasznált erőforrásokkal kapcsolja össze. A kórházi szolgáltatások besorolását eredetileg korlátozott klinikai adatra (diagnózis és pár sebészeti eljárás), demográfiai adatokra (kor, nem), valamint erőforrás-felhasználási intézkedésekre (költségek, tartózkodási idő) alapozták. A további finomítások (ausztrál DRG, amit később Németországban is bevezettek majd több európai országban is továbbfejlesztettek) nagyobb hangsúlyt fektetnek a kórházi tartózkodás idején történt összes beavatkozásra (az ilyen rendszerekben a csoportok már nem „diagnózis-vonatkozású” csoportok, hanem diagnózis-kezelés csoportok, ahogyan Hollandiában nevezik) és a beteg állapotának súlyosságára.

Technikai szempontból kihívást jelent, hogy a csoportosításnak klinikai és gazdasági szempontból is értelmesnek kell lennie. Klinikailag az egy csoportba sorolható eseteknek megkülönböztető entitást kell alkotniuk, a diagnózis és az orvosi eljárások alapján. Gazdasági szempontból az egy DRG-n belüli kezeléseket homogén költségek jellemzik, különösen akkor, ha a rendszert a források allokációjára használják.

A DRG rendszerek alkalmazásához költségadatokra van szükség, amelyeket vagy a kórházak egy csoportjától, mintájától, vagy az összes kórháztól nyerhetnek. A DRG-t bevezető országok több esetben más országból (pl. USA) importálták a DRG rendszereket, amelyek azonban nem tükrözték az adott országban kialakult gyakorlatot, emiatt az átvett rendszereket minden esetben saját adatokkal kellett kiigazítani.

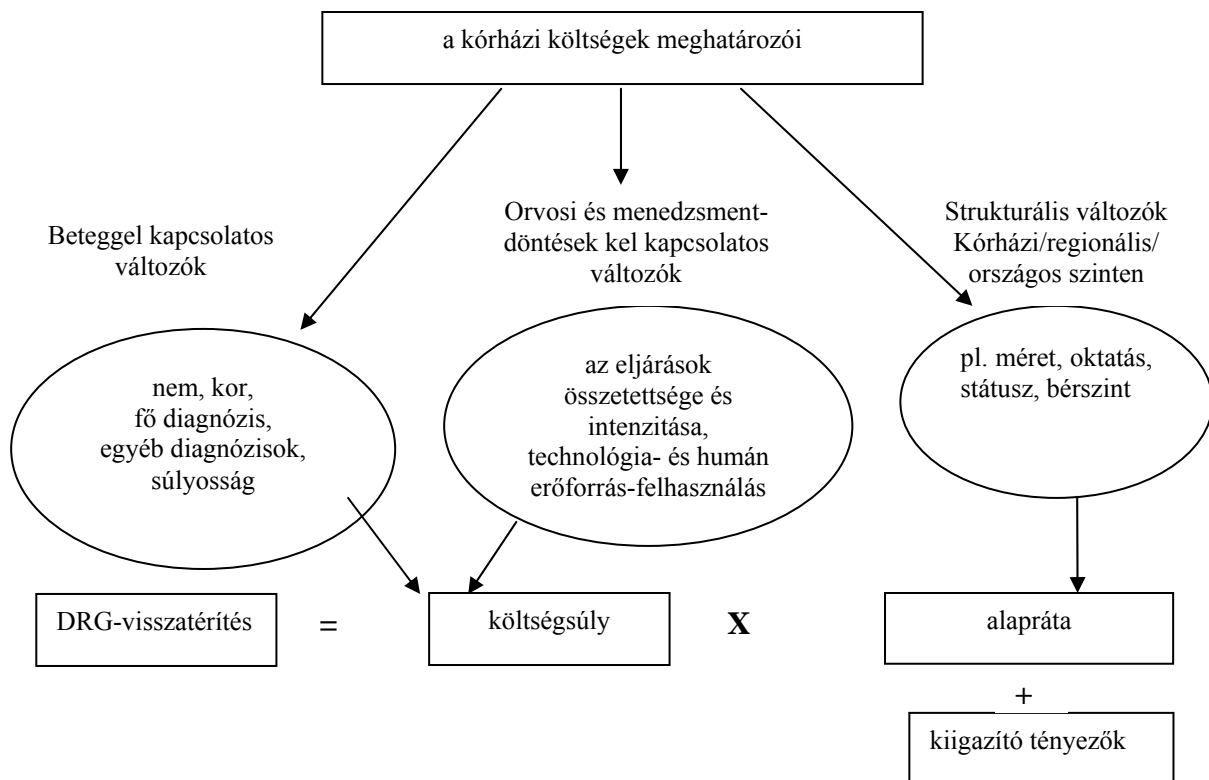
A DRG finanszírozás meghatározására két megközelítés különíthető el. A ritkábban használatos közvetlen megközelítés meghatározott DRG- csoportonként kiszámolja az átlagköltséget, amelyet finanszírozási rátaként alkalmaz. Az árak így közvetlenül a DRG-hez kapcsolódnak (pl. Anglia, Franciaország). A gyakoribb közvetett megközelítés kiszámolja az ún. költségsúlyokat, amelyek meghatározzák a kapcsolatot a különböző DRG-csoportok között a forrásfelhasználás intenzitása szerint. Az árak ebben az esetben a DRG súlyszám és az alapidíj szorzatával kerülnek megállapításra. Ennek az az előnye, hogy csak az alapidíjat kell folyamatosan újra tárgyalni.

² David Scheller-Kreinsen, Alexander Greissler, Reinhard Busse: The ABC of DRG Euro Observer, Winter 2009 Vol. 11 No.4: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf alapján

A DRG csoportok magukban hordozzák a szélső értékek finanszírozásának problémáját, amelyek forrásigénye magasabb (vagy alacsonyabb) az átlagnál. Ezek az outlier esetek, amelyek hosszú és rövid tartózkodási időkre sorolhatók, torzítják az átlagos tartózkodási idő kalkulációját és ezzel együtt a DRG átlagos költségét. Mivel a hosszabb tartózkodási idejű outlier-ek gyakrabban fordulhatnak elő, mint a rövidek, ha nincs megfelelő korrekció, ez az átlagos DRG értéket túlértékeli (masking, álcázó hatás). Ezek az eltérések részben a szolgáltatók nem hatékony tevékenységének tudhatók be, részben pedig annak, hogy bizonyos beteg- vagy kezelési jellemzőket nem megfelelően vettek figyelembe a DRG csoportok megállapításánál, különösen, ha túl gyakran jelentkeznek. A gyakori előfordulás kiküszöbölésére az extrém forrásigényű esetek (hosszú tartózkodási idejű outlier-ek) finanszírozása általában elkülönítetten történik.

A DRG súly vagy DRG átlagköltség kalkulációja az esetárakat a forrásfelhasználáshoz igazítja. Ha ez az adatminta alapján nem megfelelő, egy második kiigazítás is szükségessé válik az eltérő kórházi struktúrák (az ellátás szintje, oktatás, méret, specializáció) és/vagy a környezeti feltételek különbségei (pl. bérek, input árak) figyelembe vételére, hiszen mindkét terület befolyásolja a szolgáltatások költségét. Az alábbi ábra tükrözi a kórházi költségeket meghatározó jellemzők közötti kapcsolatot és azok optimális figyelembe vételét egy költségsúlyokkal működő DRG rendszerben.

DRG-kiigazítás és a kórházi költségek meghatározói³



³ David Scheller-Kreinsen, Alexander Greissler, Reinhard Busse: The ABC of DRG Euro Observer, Winter 2009 Vol. 11 No. 4 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

DRG az egyes országokban

Kórházfinanszírozási formák			
Országok	DRG finanszírozási céllal történő bevezetésének kezdete	A DRG teljes mértékű alkalmazásának kezdete	Alkalmazott besorolási rendszer/ ahol nincs DRG ott finanszírozási rendszer
Amerikai Egyesült Államok	1983 Medicare Medicaid	1983	Health Care Financing Administration-DRG (HCFA-DRG) All Patient-DRG (AP-DRG) All Patient Refined-DRG (APR-DRG) Severity-Refined-DRG (SR-DRG) International All Patient-DRG (IAP-DRG)
Anglia	2003	2008	Health Related Groups (HRG)
Ausztrália	1997		Australian Refined DRG (AR DRG)
Ausztria	1997	1997	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen (LDF)
Belgium	1994	2005	
Csehország	1996 modell szinten	Teljes körű bevezetése még nem történt meg.	DRG, globális költségvetés és egyéni szerződések alapján
Dánia	2000	Határidő nincs, a rendszer évente kerül továbbfejlesztésre	Danish DRG (DkDRG)
Finnország	1997	2000	Nordic-DRG (Nord-DRG)
Franciaország	2004	2008	Groups homogènes de malades (GMS)
Hollandia	2005		Diagnose Behandlings Combinaties (DBC's)
Lengyelország	Modell szinten folyamatban		Főként betegek száma és kórházi napok alapján finanszíroznak, kevés DRG
Magyarország	1993		Homogén Betegségcsoportok (HBCS)
Németország	2005	2009 (tartományi szinten egységes alapeset értékek)	G-DRG
Norvégia	1999		Nordic-DRG (Nord-DRG)
Olaszország	1995	1997	DRG
Portugália	1990	1990	
Spanyolország	1997	90-es évek vége (régióként eltérő)	DRG
Svájc	2002 (két kanton)/2008 országos szinten	2010	SwissDRG
Svédország	1997 (1992 Stockholm)		Nordic-DRG (Nord-DRG)
Szlovákia	2002	2002	Broad band DRG
Szlovénia	2003		DRG

Bár az egyes országokban alkalmazott rendszereket az országok egyedinek tartják, többnyire azok is, az ország speciális igényeihez, megközelítéseihez igazodnak (főként a költségadatok gyűjtésében és a

finanszírozási ráták kalkulálásában különböznek), mégis az 1983-ben bevezetett amerikai rendszerből származtathatók. A franciák például az amerikai rendszert GHM (Groupes Homogenes de Malades) rendszerré alakították és 2004-ben vezették be. Az angol, olasz DRG rendszerek is az amerikai rendszeren alapulnak, de módosították azokat, a spanyol az AP (All Patient) DRG rendszeren alapul. Olaszország és Spanyolország teljesen elfogadta a HCFA-t és az AP rendszert, csak keveset változtatott a klasszifikációs módszereken. Dánia és Németország egy eredetileg a HCFA rendszeren alapuló klasszifikációs rendszert vezetett be, amelyet aztán módosított: Dánia a skandináv NordDRG rendszer szerint módosított (ami szintén a HCFA-n alapul), Németország klasszifikációs rendszere az ausztrál finomított AR DRG rendszeren alapul. Hollandia saját klasszifikációs rendszerét alakította ki, amely a diagnózis és a kezelés kombinációján alapul (Diagnose Behandelings Combinaties – DBCs).

Az országok közötti különbségek és hasonlóságok

A minta

Az országok a DRG súlyok vagy árak meghatározásában és folyamatos finomításában költségadatokat szolgáltató kórházi mintákat használnak. Különbségek vannak az országok között abban a tekintetben, mekkora mintát használnak a tényleges költségadatok gyűjtésére. Ez az arány a DRG rendszerrel finanszírozott kórházak százalékában kifejezve 1%-tól (Olaszország) 100%-ig (Anglia) terjedhet. Van némi ellentmondás a minta reprezentativitása és az adatok minősége között. Amennyiben több kórházat vesznek bele a mintába, az biztosítja a nagyobb reprezentativitást, világosabb képet ad az esetek súlyosságában vagy a kórházak szerkezetében rejlő különbségekről. Ugyanakkor, ha kevesebb kórházat vesznek bele a mintába, amelyek összehasonlítható, magas színvonalú költségelszámolást alkalmaznak, az adatminőség jobb lesz.

Néhány országban az adatgyűjtő hatóságok speciális anyagi ösztönzőket biztosítanak a költségeket meghatározó adatmintában résztvevő kórházaknak (pl. Franciaországban). Bár Németország 2003-ban és 2004-ben még monetáris ösztönzők alkalmazása nélkül kalkulálta a DRG költségűlyokat a résztvevő kórházak számára 2005-ben, bevezette ezeket a térítéseket. Ez jelentősen megnövelte a résztvevő kórházak számát. Nem monetáris ösztönzők, mint pl. lehetőség biztosítása a résztvevő intézmények számára, hogy befolyásolják a visszatérítési arányokat, szintén motiválhatja a kórházakat, hogy önkéntesen vegyenek részt az adatmintában. Amikor az olaszországi Lombardia tartomány eldöntötte, hogy saját maga kalkulálja a DRG árakat, a tartomány mind a 48 kórháza költségadatokat szolgáltatott (1 évvel korábban egész Olaszországból nyolc kórház volt a mintában).

Rövidtávon úgy tűnik, hogy inkább a kis adatminta az optimális, mivel javítja az adatminőséget. Ugyanakkor hosszú távon, mivel a költség-elszámolási rendszerek és a termékköltség módszerek a kórházakban fejlődnek, nincs ellentmondás az adatminta minősége és reprezentativitása között. Az, hogy egy országnak minden kórházat bele kell-e foglalnia a mintába, vagy csak annyit, amennyit szükséges, az erre fordítható anyagi erőforrásai mértékétől függ.

Termék- és ármeghatározás

A termék lehet egyedi orvosi eljárás (Hollandia DBCs rendszere 29 ezer egységet tartalmaz), eljárások csoportjai vagy a klinikai, demográfiai és forrásfelhasználási adatok kombinációja (általában ez a használatos DRG klasszifikáció).

Az árak lehetnek közvetlenül a DRG-hez kapcsolva (pl. Anglia, Franciaország), és lehetnek a DRG súlyszám és az alapdíj szorzatával megállapítva.

A DRG-k különbözőségei az országokon belül

A DRG-t használhatják az országban egységesen vagy változhatnak a súlyok vagy árak az ország egyes területein, vagyis a DRG-t használó országok többsége alkalmazza a második kiigazítás mechanizmusát. Általában a nagyobb országokban érdekes módon egységesebb DRG rendszereket használnak (Anglia, Franciaország). Spanyolország, Olaszország, Dánia, ahol a decentralizálás a jellemző, a régióknak, megyéknek az országos DRG-től való eltérésre is nagyobb szabadságot enged. Spanyolországban Katalónia regresszió analízissel több mint 60 különböző faktort (ágyszám, az ellátás szintje stb.) használ a kórházi struktúra különbségeinek figyelembe vételére. Angliában a DRG átlagköltségét az input faktorok árdifferenciái szerint igazítják (helyi bérszínvonal, bérleti díjak: Piaci Erők Tényezője-MFF szerint stb.). Franciaországban a DRG-eket a kórházak típusaira kalkulálják.

A finanszírozás kórházi tulajdonforma szerint is lehet változó. A társadalombiztosítási rendszerek általánosságban ugyanolyan módon finanszírozzák az állami és a magánkórházakat (Németország), azonban Franciaországban az állami és a for-profit magánkórházakra különféle tartalmú DRG-eket alkalmaznak. Az adóból finanszírozott rendszerekben sem feltétlenül azonos az állami és magánkórházak finanszírozása.

DRG-k és kimenetek

A DRG-k leginkább kívánatos célkitűzése, hogy az eset-alapú finanszírozás ösztönzőként szolgáljon a kórházaknak az erőforrások hatékony felhasználásához. Ennek logikája az, hogy mivel a kórházak finanszírozása outputhoz kötött, amelyet diagnózis és eljárás szerint mérnek, olyan ösztönzővel nézzenek szembe, amely minimalizálja a szolgáltatásonként (vagy DRG-nként) felhasznált erőforrásokat. Ugyanakkor a DRG-k nem szándékolt viselkedést is kiválthatnak az ellátókból. A DRG-k nem szándékolt ösztönzőire vonatkozó aggodalmak két csoportba sorolhatók: az ellátás minősége és az ellátás dokumentációja.

Az, hogy a DRG-k milyen mértékig ösztönzik a szándékolt vagy nem szándékolt viselkedést, illetve mekkora a költségekre és minőségre gyakorolt nettó hatásuk, egyértelműen nem határozható meg, mivel nagymértékben függnek a gyakorlati megvalósítástól.

Költség és hatékonyság

A legtöbb '90-es években készült tanulmány – többnyire az USA-ból – a költségre és a hatékonyságra vonatkozóan arra a következtetésre jutott, hogy a DRG-k bevezetése csökkentette az átlagos ápolási időt, és csökkenést eredményezett a felhasznált inputokban is. Ugyanakkor növekedett az egy kórházi napra eső input, valamint az összes teljesített esetek száma. Összességében véve a kórházi kiadások csökkentek, és a kórházi határprofit is csökkent. Egy nemrégiben készült nemzetközi kutatás, amely a DRG bevezetésének hatását kutatta Közép- és Kelet-Európában és Közép-Ázsiában azt mutatta, hogy a DRG-rendszerek, valamint a szolgáltatás alapú díjazással működő rendszerek hasonlóképp növelték a teljes egészségügyi költségeket - beleértve az out-of-pocket kiadásokat is - 1990 és 2004 között. Ez utóbbi kutatás szerint a DRG rendszerek kedvezően hatottak az elkerülhető halálzásra, ez azonban

csak néhány haláloknál mutatható ki.⁴ A hatás oka lehet az, hogy a DRG fizetési formák a vizsgált országcsoportban csökkentették az átlagos ápolási időt (a korai kórházi elbocsátások a kórházi betegek mortalitására kedvezőtlen hatással is lehetnek), nem növelték számottevően a betegfelvételeket, nőttek viszont az egy esetre jutó kiadások, nőtt az ellátás intenzitása, ami a rövidebb tartózkodási idő lehetséges hatásait megfelelően ellensúlyozta. A legtöbb ország a DRG-kel egyidőben kezelési protokollokat, szakmai irányelveket is bevezetett, és mindezek az intézkedések jobb minőségű ellátást, a kórházi betegek javuló egészségi állapotát eredményezték. Az eredmény más, a Világbank szakértőinek a fenténél sokkal szkeptikusabb interpretálása szerint az esetalapú finanszírozás a betegek osztályozása miatt vezetett az elkerülhető halálozás javulásához. A kórházak előszeretettel kódolták a betegeket jövedelmezőbb DRG csoportokba, ez egyébként a „DRG creep” jelenségként megismert folyamat (a magasabb esetfinanszírozás érdekében a case-mix index felfelé tornászása). Ha pl. az ischiemiás és agyéri betegségek kórházaknak fizetett határeset rátája a más esetek határrátájához viszonyítva növekvő, a bevételben érdekelt kórház a kevésbé súlyos eseteket is a jövedelmezőbb csoportba kódolja. A felülkódolás így értelemszerűen a mortalitási ráták csökkenéséhez vezethet a nélkül, hogy a lakosság egészségi állapotában valódi javulás következne be.

A DRG hatásairól az EU-ban végzett kutatás azt sugallja, hogy a DRG-k rövid távon a tevékenységi szint növekedéséhez vezethetnek, de lefőlözést és „túlkódolást” is eredményezhetnek⁵. A túlkódolás elterjedt alkalmazásának egyik okaként a diagnosztikában fennálló bizonytalanság hozható fel. A diagnosztikai árnyalatok és a szövegezés pontatlansága jelentős pénzügyi következményekkel járhat a DRG-k szerinti fizetésben. A kódolás helyességének ellenőrzése igen költséges lehet a finanszírozók számára.⁶

A DRG egyik bírálata a térítés módszertanát veszi célba. E nézet szerint az epizódonkénti fizetés kevésbé hatékony az aggregált költségek kontrolljában, mint az évenkénti fejkvóta fizetés. Az epizódonkénti fizetés más inflációs szivárgásokhoz is vezethet, pl. a betegeket gyakrabban hívják rendelésre a bevétel növelése érdekében. Ezt jól illusztrálja az amerikai Medicare otthoni ellátás térítésének múltja, ahol néhány hivatal ésszerűtlen módon rendelt kezeléseket és eszközöket a betegeknek a Medicare költségeire. A DRG rendszer térítési módszerének gyengesége a költség-ellenőrzésre irányuló erőfeszítésekhez vezetett. Ezek közt található a kezelés előtti dokumentációs követelmények és jóváhagyások elrendelése, és az elfogadható minimum időtartam megszabása a beteg-elbocsátás utáni sürgősségi felvételre. Ezek a legjobb esetben sem tökéletes kontroll mechanizmusok, melyek egyre nagyobb személyzetet igényelnek a jelentés, a monitorozás és az átvilágítás tevékenységére.⁷

⁴ Moreno-Serra, Rodrigo; Wagstaff, Adam. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from central and eastern Europe and central Asia. TheWorld Bank, Washington DC, 2009.

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2009/07/15/000158349_20090715162549/Rendered/PDF/WPS4987.pdf

⁵ Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos: Financing health care in the European Union European Observatory on Health Systems and Policies 2009.

⁶ Paul J.M. Steinbusch et al.: The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study Health Policy, Volume 81, Issues 2-3, May 2007

⁷ Medicare and Hospitals <http://www.ssa.gov/history/pdf/MedicareHospitals.pdf>

Az ellátás minősége

Rendkívül korlátozott szisztematikus bizonyíték áll rendelkezésre a DRG-k egészségügyi eredményekre, valamint az ellátás minőségére gyakorolt hatásait illetően. Az Egyesült Államokból származó, korai tanulmányok arra az eredményre jutottak, hogy a DRG-k nem növelték a halálozási arányokat, valamint az újrafelvételi arányokat. Nemrégiben végzett empirikus kutatások is azt igazolták, hogy a DRG-k csupán mérsékelt hatást gyakorolnak, vagy nincsenek hatással az orvosi eredményekre. (Valójában az egészségügyi ellátás eredményeinek mérése rutin adatok alapján nem könnyű, ezek összekapcsolása a fizetési mechanizmusokkal, különböző dokumentációs rendszerekkel is további nehézséget jelent, ez az egyik oka az országok közötti használható összehasonlítások hiányának.) A DRG mögött (nem kívánt) ösztönzés húzódnak meg azon ellátások növelésére, amelyek alacsonyabb költséggel nyújthatók, mint az érték kapott finanszírozás és fordítva, vagy a költségek minimalizálására az ellátási csoporton belül a minőségre való tekintet nélkül.⁸

Az EU néhány tagállamában az esetalapú finanszírozás bevezetését követően megnövekedett felvételi ráták a kutatókat arra engedték következtetni, hogy a minőség rovására kötöttek kompromisszumot. Egy másik nemzetközi tanulmány szintén arra az eredményre jutott, hogy a DRG-k bevezetése lassúbb minőségnyereséghez vezet, a sebészeti és orvosi hibákból származó mortalitást tekintve. Egy mostanában készült vizsgálat arra következtetett, hogy a DRG-k előnyeit, amelyek a költségekre és case-mixre vonatkozó információk generálásából, valamint a diagnózisonkénti költségkontrollból fakadnak, aláaknázzhatják a lefőlözésre, a túlkódolásra, a költségeltolódásra és minőségcsökkentésre irányuló ösztönzők.⁹

A DRG további problémái

A DRG- bírálói számos további ponton is kritikát fogalmaztak meg a rendszerrel szemben. Szerintük a DRG nem képes megfelelően számot adni a terápiás gyakorlatok változatosságáról, leegyszerűsített módon tekint a betegek szükségleteiben jelentkező különbségekre, benne a betegség súlyosságával és a komorbiditásokkal. (Ennek orvoslására dolgozták ki pl. az All Patient Refined DRG-t (APR-DRG), amely nagyszámú kategóriát tartalmaz. Bár ez némileg javított a helyzeten, de fáradságos és nehezen adminisztrálható.) A DRG-t bírálták amiatt is, hogy nem válaszol elég gyorsan az új technológiák megjelenésére. A DRG finanszírozási rendszer elfojtja az innovációt, és a terápiás fejlődés mögött kullog. Kétségbe vonható a rendszer használatából eredő egészség-nyereség, tekintettel a gyors elbocsátásra irányuló ösztönzésre, ahol a kimenetel minőségét nem nagyon veszik tekintetbe. Végül elmondható, hogy a legtöbb casemix rendszer az akut fekvőbeteg ellátásra összpontosít, és figyelmen kívül hagyja a járóbeteg és közösségi ellátást.¹⁰

⁸ David Scheller-Kreinsen, Alexander Greissler, Reinhard Busse: The ABC of DRG Euro Observer, Winter 2009 Vol. 11 No. 4
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

⁹ Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos: Financing health care in the European Union European Observatory on Health Systems and Policies 2009.

¹⁰ Case Mix - For Better or for Worse? <http://www.sma.org.sg/smj/4001/articles/4001ia1.html>

Összefoglalásképpen megállapítható, hogy minden ország a saját útján jár a DRG alkalmazásában. A legjobb gyakorlat meghatározása nagyon nehéz, hiszen az, hogy milyen költségek tükröződjenek az árban számos dologtól függ, a klinikai gyakorlattól kezdve az egészségügyi ellátás igénybevételeinek regionális különbségein keresztül az innovatív eszközök és módszerek adaptálásáig. A DRG rendszerek változtatásának egyik fő oka az új gyógyszerek, technológiák beépítése. A DRG rendszerek szorosan kötődnek a szolgáltatáskatalógusokhoz, vagy néha maguk a rendszerek testesítik meg a katalógust. Van, ahol nem a klasszifikációs rendszert módosítják, ha kiegészítő komponens finanszírozása kerül napirendre, hanem más finanszírozási mechanizmuson keresztül oldják meg a problémát. Németországban pl. a DRG rendszeren kívüli kiegészítő finanszírozás aránya kb. 20% az aktív kórházi (nem pszichiátriai) ellátásban. Olaszországban és Hollandiában ez még magasabb. A kiegészítő finanszírozás napidíj alapján történhet (pl. Magyarország krónikus ellátása) szolgáltatás szerinti díjazással (pl. Németország innovatív és diagnosztikai eljárások), vagy a kórházi költségvetés kiegészítésével (zárótarifák rendszere: a kórházi bevétel és az engedélyezett éves költségvetés közötti kiegyenlítés Hollandiában). Mindehhez látni kell, hogy a DRG hiányosságainak kiküszöbölésére alkalmazott nem DRG típusú finanszírozás a szolgáltatókat különbözőképpen befolyásolhatja.

A pszichiátriai ellátás, a krónikus ellátás és a rehabilitáció egyes formái általában nem DRG alapon finanszírozottak. Ezeken a területeken káros lenne a DRG azon hatása, hogy csökkentse a kórházi tartózkodási időket. Hasonlóképpen nem DRG alapon finanszírozzák az egyes ritkán előforduló speciális szolgáltatásokat, amelyek átlagköltsége megbízhatóan nem kalkulálható, illetve a ritka előfordulásuk miatt az átlagba történő integrálásuk túl sok torzítást okozna. Hosszú távon is csak Anglia tervezi ezek integrálását a HRG rendszerbe, amit a különleges nagy adatmintája alapján tud megtenni. Hasonlóképpen a legtöbb DRG rendszerben a nagyon költséges eljárások sem szerepelnek, mert pl. egy ritkán használt drága orvostechikai eszköz a DRG árat jelentősen torzítaná. A rendszerek egy része kiegészítő díjazást alkalmaz az oktató kórházak tevékenységére, vagy azokéra, amelyek ritka és drága ellátást nyújtanak, egyes rendszerek a regionális különbségeket egyenlítik ki külön díjakkal. A kiegészítő díjak természetesen csak akkor szükségesek, ha a DRG-k kiigazítása magában a tarifában nem szerepel. Pl. Anglia a DRG díjakat igazítja ki az input árak különbségeivel. Hosszútávon a legtöbb ország a kiegészítő finanszírozási komponensek csökkentésére törekszik. Láthatóan ezek elkerülhetők, ha a DRG meghatározási mechanizmusa megfelelően épít a strukturális különbségekre.

Az egyes országok rendszerei közötti különbségek tehát lényegesek, harmonizálásuk nem igazán reális forgatókönyv. Bár egy közös DRG kiigazítva az európai országok input áraival még csak-csak megoldható lenne, mint az angol példa is mutatja, nem lehetne azonban figyelembe venni az orvosi gyakorlat és technológiák eltérő preferenciáit. A harmonizálás témája azonban a határokon átnyúló ellátás miatt is napirenden marad. Az EU 6. Kutatási Keretprogramja alatt szervezett HealthBasket project az európai DRG rendszerek heterogén jellegét tárta fel. Fő konklúziói közé tartozott, hogy a szerkezeti változók (szabályozás, piaci struktúra, oktató státusz) fontosabb szerepet játszanak az egyedi esetek költségeinek különbségében, mint az eset csoportok eltérései. A legtöbb európai DRG rendszer mégis kizárólag a DRG klasszifikáció finomítására koncentrál. Az EU 7. Kutatási Keretprogramja finanszírozásában 2009-ben indult a három éves EuroDRG projekt. A project 10 EU tagország DRG rendszerét vizsgálja meg, hasonlítja össze és vizsgálat tárgyává teszi egy koordinált európai DRG rendszer lehetőségét is¹¹.

¹¹ <http://www.eurodrq.eu/>

Források:

Jonas Schreyögg, Tom Stargardt, Oliver Tiemann and Reinhard Busse: Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. Health Care Management Science Volume 9, Number 3 / August, 2006

David Scheller-Kreinsen, Alexander Greissler, Reinhard Busse: The ABC of DRG Euro Observer, Winter 2009 Vol. 11 No. 4

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos: Financing health care in the European Union European Observatory on Health Systems and Policies 2009.

Paul J.M. Steinbusch et al.: The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study Health Policy, Volume 81, Issues 2-3 , May 2007

Mitchell T Rabkin: Medicare and Hospitals, HEALTH CARE FINANCING REVIEW/Winter1996/volume 18, Number 2 <http://www.ssa.gov/history/pdf/MedicareHospitals.pdf>

J Cheah, Y C Chee: Case Mix - For Better or for Worse? Singapore Med J 1999; Vol 40(01)
<http://www.sma.org.sg/smj/4001/articles/4001ia1.html>

Országokénti részletek

Egyesült Államok

Az Egyesült Államokban az idősek számára nyújtott állami Medicare program 43 millió embert fed le. A Medicare kórházi ellátást a Prospective Payment System (PPS) szerint térítik. A PPS-ben szolgáltatásonként fix összeget fizetnek, a térítés a szolgáltatás szerinti osztályozási rendszeren alapul. A Centers for Medicare & Medicaid Services külön PPS-t alkalmaz az akut kórházi ellátásra, a járóbeteg kórházi ellátásra, a fekvőbeteg rehabilitációra, a krónikus ellátásra, a fekvőbeteg pszichiátriai ellátásra, a szakápoló intézményekben történő ellátásra.

Az IPPS előzetesen megállapított díjakon nyugvó fizetési rendszer az akut kórházi ellátás költségeinek térítésére. A fekvőbeteg prospektív fizetési rendszer (IPPS – Inpatient Prospective Payment System) a Diagnosis Related Groups osztályozási rendszert használja. A DRG a fekvőbeteg ellátás eseteit hasonló forrás-igénybevétel szerinti kategóriákba helyezi (jelenleg 746). A DRG rendszert a Yale Egyetemen Fetter professzor vezetésével fejlesztették ki a 70-es években, eredetileg minőségellenőrzési és statisztikai célokkal. A rendszert 1983-ban vezették be az USA-ban finanszírozási célokra a MEDICARE és a MEDICAID által finanszírozott kórházi ellátásra az akkori Health Care Financing Administration (HCFA) iránymutatása alapján.

A csoportosítás a diagnózis, az elvégzett eljárások, a kor, a nem és az elbocsátás idején fennálló állapot alapján történik.

A IPPS által lefedett kiadások

Az IPPS két országos alap fizetési díjon alapul, az egyik a tőkeköltségeket, a másik a működési költségeket fedezi. A tőke fizetések az amortizáció, a kamat, a bérlet, a tulajdon biztosítás/adó költségeit fedezik. A működési költségek alapdíjai a munkával kapcsolatos és a munkával nem kapcsolatos részre oszthatók. A munkával kapcsolatos részt a földrajzi térség szerinti bérindexszel korrigálják (ha a terület bérindexe nagyobb, vagy egyenlő 1, a munkaarányos rész 68,8%, ha kisebb 1-nél, 62%). Ha a kórház Alaszka vagy Hawaii területén helyezkedik el, akkor a munkával nem kapcsolatos részt a megélhetési költség tényezőjével korrigálják. A tőkeköltségek alapdíját szintén a területre érvényes bérindexszel korrigálják. A korrigált alapdíjakat a DRG relatív súlyával szorozzák. Emellett többlet díj jár a kórháznak, ha sok alacsonyjövedelmű beteget lát el (disproportionate share hospital) vagy egy jóváhagyott oktató kórház, illetve ha hosszabb és költségesebb kórházi tartózkodások miatt többletköltségek jelentkeznek (outlier cases).

Jelenleg is több DRG rendszer van használatban az Egyesült Államokban, köztük az **APR-DRG (All Patient Refined DRGs)** és az AP-DRG (All Patient DRGs). Az APR-DRG kibővíti a DRG struktúrát a betegség súlyosságának és a mortalitás kockázatának 4 alosztályával valamennyi DRG-re. E két betegjellemező 4 alosztályát 1-4-ig terjedő számozással látják el (alacsony, enyhe, magas, súlyos). Az **AP-DRG** az alap DRG kiterjesztése abból a célból, hogy megfelelőbben képviselje a nem Medicare lakosságot, mint pl. az újszülötteket és a gyerekeket, vagy a HIV-fertőzött betegeket.

Forrás:

Prospective Payment Systems

<http://www.cms.hhs.gov/ProspMedicareFeeSvcPmtGen/>

Acute Inpatient Prospective Payment System Fact Sheet

<http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/AcutePaymtSysfactsht.pdf>

Acute Inpatient Prospective Payment Systems

<http://www.cms.hhs.gov/AcuteinpatientPPS/>

Fee Schedule

<http://www.cms.hhs.gov/FeeScheduleGenInfo/>

Egyesült Királyság

Az angliai NHS-ben a kórházi ellátás finanszírozására a Healthcare Resource Groups osztályozási rendszert alkalmazzák. A HRG az amerikai DRG megfelelője és az NHS Casemix Service gondozása alatt áll. Az amerikai DRG-től eltérően a HRG a fekvőbeteg ellátás mellett az egynapos sebészetet is magában foglalja. A HRG-t először 1992-ben a sebészeti ellátásra alkalmazták. Az évek során több módosításon ment át, 2007-ben történt a legradikálisabb frissítés (3,5-ről a 4.0-ás verzióra), amikor a HRG által lefedett klinikai területek több mint kétszeresére nőttek. A HRG új változatának célja az volt, hogy a betegúton minden lépést pontosan lehessen rögzíteni – a szolgáltatásba való belépéstől a beavatkozás és a kezelés különböző komponensein át –, és valamennyi komponensre ki lehessen dolgozni egy pontos árszabást.

Payment by Results

A HRG osztályozási rendszer a **Payment by Results** díjszabási rendszer fontos mozzanatát képezi. Az angliai NHS-ben 2003-ban (akkor még csak néhány területre) bevezetett díjszabás fontos változást jelentett az állami egészségügyi ellátó rendszer finanszírozásában. A változások mozgatórugója az volt, hogy ösztönzést nyújtsanak az ellátóknak és ezzel a jobb teljesítményt jutalmazzák. A PbR célja, hogy átláthatóvá tegye az NHS pénzügyi folyamatait és hogy szabályozott rendszerrel szolgáljon a trösztök fizetésére. A díjszabás jelenleg a fekvőbeteg ellátást, a járóbeteg- és a sürgősségi/baleseti ellátást fedi le.

A HRG által lefedett kiadások

A HRG célja egy prospektív finanszírozási rendszer megteremtése országosan megszabott fix árakkal. Ezzel együtt az ellátás pluralitását is lehetővé teszi, vagyis a szolgáltatás szervezők ugyanazon az áron küldhetnek beteget az NHS és a magánszektor ellátóihoz.

A HRG-re fix árak léteznek, azonban nem minden fekvőbeteg ellátó intézetet finanszíroznak a HRG fix áraival: a mentális egészségügy esetében helyi megegyezéstől függ, hogy az országos díjszabást alkalmazzák, vagy helyileg határozzák meg az árakat; az adott HRG-hez tartozó, jelentősen hosszabb kórházi tartózkodás többletköltségeit (outlier payments) is külön finanszírozzák.

Az ellátás költségeinek és az egészségügyi szakembereknek a finanszírozásán kívül a HRG tartalmazza még a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök költségeit. (Kivéve néhány magas költségű gyógyszert, orvostechnikai eszközt és egyéb terméket, amelyeket kizártak a HRG-ből: pl. beültethető defibrillátor, rendelésre készített műszerv)

A tőkeköltségek közül az amortizáció a HRG részét képezi, a beruházások (5000 font feletti berendezések stb.) nem.

Bár ugyanaz az országos PbR díjszabás érvényes valamennyi ellátóra, függetlenül földrajzi elhelyezkedésüktől, a díjszabást korrigálják annak érdekében, hogy tükrözze a ráfordítások változatosságát (személyzet, terület, épületek): A korrekcióhoz a Piaci Erők Tényezője (MFF) módszertanát alkalmazzák. A kórházak személyzetére vonatkozó MMF korrekciók a magánszektor bérein alapulnak, azért hogy a szolgáltatók ne növeljék a személyi kiadásokat a területükön, mesterségesen nagyobb jövedelmeket generálva az MMF következő frissítésekor. Valamennyi ellátó költségeit elosztják az adott ellátó szervezet MMF-jével, hogy kiküszöböljék a helyspecifikus HRG egységár különbségeit. Az egészségügyi minisztérium rendszeresen átdolgozza ezt a korrekciót, hogy valódi költségváltozást jelenítsen meg.

Az ellátási formák térítésében jelentkező különbségek

A kórházi ellátás alternatívájaként az angol egészségügyi minisztérium 2003-ban elindított egy programot az ún. "ellátó központok" (Treatment Centres) létrehozására. Ezek a központok olyan hosszú várakozási időt igénybe vevő elektív műtétek elvégzésére összpontosítanak, mint pl. a szemészet és az ortopédia. Ugyanabban az évben lehetővé tették a magánellátók számára is, hogy NHS betegeket lássanak el (Independent Sector Treatment Centres). 2007-ben közel 100 ellátó központ működött, ennek felét a magánszektor adta.

Az ellátó központok és a kórházak ugyanabban a HRG szerinti fix térítésben részesülnek és feltételezhetően mindkettőben ugyanazon típusú betegeket kezelnek. Azonban a kutatások bizonyos szelekcióra engednek következtetni, vagyis a kórházak komplexebb betegeket kezelnek, mint az ellátó központok. A kórházakban kezelt betegek nagyobb valószínűséggel kerülnek ki elmaradott területekről, nagyobb számú diagnózissal jellemezhetők, és jóval több beavatkozáson mennek keresztül. Az ellátó központok olyan betegeket vonzanak, akiknek alacsonyabb az ellátási igényük és rövidebb a kezelési idejük. Ha az ellátó központok rutinszerűen kevésbé bonyolult eseteket látnak el ugyanazon HRG-n belül, akkor az NHS kórházak kárára jutnak profithoz. Mindez egyben azt is jelenti, hogy a prospektív fizetési rendszer nem méltányos. A helyzet kiegyenlítésére vagy a HRG kategória rendszer, vagy a kezelésért nyújtott elszámolás szorul finomításra, hogy az ellátók térítése igazságos legyen. Szükség lenne a kategória rendszer periodikus felülvizsgálatára és a kódolási tevékenység szisztematikus monitorozására, hogy megakadályozzák a fizetési rendszer kijátszását.

Forrás:

Casemix Service – Health and Social Care Information Centre

<http://www.ic.nhs.uk/casemix>

Payment by results

<http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/NHSFinancialReforms/index.htm>

National mandatory tariffs – 31 March 2009

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_097467.xls

Intervention Classification (OPCS-4)

<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/interventionclassification>

DRGs as a financing tool, HOPE - European Hospital and Healthcare Federation, 2006

Andrew Street et al.: Are English treatment centres treating less complex patients?

Health Policy, Volume 94, Issue 2, February 2010, Pages 150-157

Írország

Írországban a National Casemix Programme-ot az Egészségügyi Minisztérium hozta létre 1991-ben a kórházi forrásallokáció kidolgozására. 1993-tól kezdődően kísérleteztek DRG-alapú casemix elszámolással 14 nagyobb aktív kórház költségvetési folyamatában. Jelenleg 37 kórház vesz részt a programban.

2007-ben a legnagyobb aktív ellátó kórházak, melyek az aktív betegfelvétel 95%-áért felelősek, költségvetésük 50%-át allokálták a "peer group-related performance" alapján. A teljesítmény díjat az átlag határozza meg. Azok a kórházak, amelyek költségei az országos középérték alatt vannak jól járnak, a középérték felett költekező kórházak pedig nyilvánvalóan veszítenek, hiszen csak az átlag szerinti költségeik térülnek meg.

Forrás:

HIT Ireland, 2009 European Observatory on Health Systems and Policies

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf

Casemix Budget Adjustments

<http://www.dohc.ie/press/releases/2006/20060116.html>

Hollandia

A kereslet-vezérelt, szabályozott kórházi piac reformjának részeként indították el 2005-ben a **Diagnose Behandel Combinatie (Diagnosis Treatment Combinations, diagnózis-kezelés kombinációk)** nevű osztályozó rendszert Hollandiában. A DBC kórházi finanszírozási rendszer a szakellátás összes tevékenységének és árainak leírását tartalmazza.

Míg a DRG-szerű rendszerek néhány száz diagnosztikai csoporttal dolgoznak, addig a holland DBC 29000 diagnózis és kezelés kombinációból áll. A számlázási folyamat könnyítése érdekében ezeket 600 költség-homogén termékcsoportha osztják. A DBC-t a kórház és a szakorvos összes, a beteg ellátása során végzett tevékenysége és szolgáltatása alapján határozzák meg. A DRG-szerű rendszerektől eltérően a DBC nem az elbocsátás diagnózisán alapul, hanem a kórházon belül történő epizodikus nyilvántartásba vételen, így a kódolási eljárás az ellátási folyamat kezdetén indul el, a beteg első vizitje során. A kezelés alatt az összes igénybe vett kórházi szolgáltatást feljegyzik. A kódolási eljárás az ellátás folyamatának lezárulásával végződik. A legtöbb DRG rendszerrel ellentétben, a DBC-t fekvőbeteg és járóbeteg ellátásban egyaránt alkalmazzák, így a DBC alapján finanszírozzák a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátást, a kórházi rehabilitációt, a fekvőbeteg alapú mentális egészségügyet, a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátás keretében nyújtott labor és képző szolgáltatásokat. A DBC célja emellett az eredményesség és a hatékonyság javítása, a kórházi ágazat átláthatóságának növelése, a vásárlók és ellátók piacának megteremtése, benchmarking alkalmazása.

A DBC által lefedett kiadások

A DBC két lista alapján finanszíroz. Az „A lista” a Healthcare Tariff Board által országosan megszabott fix árakat tartalmazza, amit a kórházak a biztosítóknak és a betegeknek számíthatnak fel. Ezek a díjak két komponenst tartalmaznak: a kórházi költségek térítését és a szakorvosok fizetését. A „B lista” árai a kórház és az egészségbiztosító egyezkedésétől függenek, így kórházanként változnak. A „B lista” DBC-

inek száma 1376, 15 szakterülettel és 28 diagnózissal. A „B lista” csak elektív DBC-ket tartalmaz, a fő diagnózisok közé tartozik a csípő és térd arthrosis, diabetes, szürkehályog és lágysér.

Az „A listán” levő DBC árait a medián alapján számolják ki, így a jelentősen hosszabb és költségesebb kórházi tartózkodás többletköltségei (outlier payments) nem befolyásolják az árakat.

A DBC magában foglalja az összes kórházi tevékenység, a szakemberek és a működési költségek fizetését. A DBC A és B listák mindenfajta berendezést és felszerelést fedeznek, a „B lista” a tőkeköltségeket is tartalmazza, az „A lista” ezeket nem. A kórházak bevételeinek kb. 10%-a a DBC csoportok változó díjaiból ered, ahol az árakról a kórházak és a biztosítók egyezkednek (B lista). A díjak maradék 90%-a a díjszabást végző hatóság által meghatározott fix összeg (A lista).

Forrás:

Paul J.M. Steinbusch et al.: The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study
Health Policy, Volume 81, Issues 2-3, May 2007

DRGs as a financing tool, HOPE - European Hospital and Healthcare Federation, 2006

Franciaország

A francia kórházi rendszert az állami és a magán szolgáltatók széles köre jellemzi. A fekvőbeteg-ellátás több mint harmadát és a sebészeti beavatkozások 56%-át profit-orientált magánkórházak biztosítják a lakosság számára. A betegek szabadon választhatnak az állami és a privát kórházak között.

A tevékenységen alapuló finanszírozás bevezetése előtt kétféle módon finanszírozták az állami és a magánkórházak tevékenységét. Az állami és a non-profit magánkórházak többsége az előző időszakok költségein alapuló átfogó költségvetésből gazdálkodhatott, ugyanakkor a profit-orientált magánkórházakra különböző összetevőkön alapuló tételes elszámolás volt érvényben: hotelszolgálat, az ápolást és a rutin ellátást tartalmazó kórházi napidíj, külön kifizetések a diagnosztikai és terápiás eljárásokra, illetve az orvosok által felszámított tarifák és a drága gyógyszerek külön felszámított költségei.

A teljesítmény szerinti finanszírozást (T2A) 2004/2005-ben legelőször az akut ellátásban alkalmazták. A T2A bevezetése progresszív módon történt. Az állami kórházakban az ilyen módon finanszírozott tevékenységek köre évente fokozatosan bővült, arányuk 2004-ben 10%, 2005-ben 25% volt, majd elérte a 100%-ot 2008-ban. A profit-orientált magánkórházak mindegyikét 2005 februárjától (T2A) szerint finanszírozzák.

A T2A felügyeletét az ATIH (a Kórházi Tájékoztatás Műszaki Hivatala) látja el egy szakértői csoport segítségével. Minden beteg kórházi tartózkodására homogén betegségcsoportok (GHM) szerinti besorolás érvényes. A betegségcsoportok kóddal és orvosi szakkifejezéssel ellátott jelzések. A GHM pénzügyi megfelelője a GHS (homogén tartózkodási csoport), melyet az Egészségbiztosítás határoz meg. A GHS egy bizonyos GHM-re alkalmazható tarifa, és minden egyes kórházi tartózkodástípusnak csupán egyetlen GHS felel meg.

A Franciaországban alkalmazott osztályozási rendszer az USA DRG rendszerét adaptálta a helyi viszonyokra. A GHM-ekbe való besorolás alapja az elsődleges diagnózis, valamint a beteg számára nyújtott bármely sebészeti beavatkozás. A beteg életkora, kórházi tartózkodási ideje és kórházból való távozásának módja a betegség súlyosságának megállapításához alkalmazott mutatók.

A GHM osztályozás jelenlegi 11. verzióját 2009 januárjában vezették be. Az aktuális verzió 2291 betegcsoportot tartalmaz, szemben az előző verzió 784 csoportjával.

A GHM tarifákat országos szinten az átlagos díjszabások szerint évente állapítják meg. Franciaországban a GHS-ek az egynapos tartózkodásra is érvényesek. 2012-ig a kormány a teljesítmény szerinti finanszírozást az elmeegészségügyi ellátásra és a rehabilitációra is ki akarja terjeszteni.

Eltérések az országos árakban, korrekciók, kiegészítő finanszírozások

Egyelőre még kétféle tarifarendszer van érvényben az országban az állami (beleértve a non-profit magánkórházakat), illetve a for-profit magánkórházakra. Az árak egységesítésére vonatkozó 2012-es célkitűzést az utóbbi időben 2018-ra halasztották el.

Az árakra vonatkozó költségkalkulációk eltérőek az állami és a magánszektorban, mivel az állami kórházak tarifái a fekvőbeteg-ellátással kapcsolatos minden költséget (működési és amortizáció) tartalmazzák, ugyanakkor a privát szektor tarifái nem tartalmazzák az egyébként szolgáltatásonként fizetett orvosi tevékenységek díjait, illetve a laboratóriumi vizsgálatok és a képalkotó eljárások költségeit, amelyeket szintén külön számláznak.

A non-profit kórházak esetében az országos tarifákra földrajzi területek szerinti korrekciós faktorokat alkalmazhatnak az alábbiak szerint:

- ▶ Párizs és Ile-de-France: +7%
- ▶ Korzika: +5%
- ▶ a legtávolabb eső régiók: +25-30%.

A profit-orientált kórházak esetében az országos tarifákat a kórházakra lebontott korrekciós faktorok szerint igazítják.

Kiegészítő napidíj alkalmazható a különösen hosszúra nyúló kórházi tartózkodás esetén vagy a rendkívül súlyos eseteknél (reanimáció, intenzív ellátás). Az egészen rövid kórházi tartózkodásnál pedig díjcsökkentést alkalmaznak.

Az állami kórházak közérdekű tevékenységeikért (és az ilyen feladatokban részt vevő magánkórházak is) külön anyagi támogatásban részesülnek. A külön támogatást élvező területek: az oktatás, kutatás és az innováció, az országos és regionális prioritások teljesítése, az infrastrukturális beruházások a Regionális Kórházügyi Hatóságokkal kötött szerződések alapján.

A sürgősségi ellátás előre meghatározott éves támogatásban részesül, melyet kiegészít a szolgáltatások éves tevékenységét figyelembe vevő szolgáltatásonkénti díjazás.

A gyógyszerrendelésekből kiindulva retrospektív finanszírozás érvényesül a drága gyógyszerek és orvosi eszközök korlátozott számára.

2004 és 2007 között a közkórházak anyagi helyzete általában véve romlott, ugyanakkor a privát kórházakban fellendülés volt tapasztalható. 2007-ben minden harmadik állami kórház deficités volt, (az összes deficit elérte az 500 millió eurót). 2005-ben, a T2A bevezetésének évében a kórházak mindkét szektorban fokozták tevékenységüket, de ennek mértéke nem egyenlőképpen oszlott el. Különösen a privát szektorban volt érzékelhető az egynapos ellátás iránti fokozottabb érdeklődés.

A kórházi kiadások visszaszorítása érdekében, a Parlament országos a költségvetési előirányzat révén szabályozza az akut ellátásra fordítható pénzalapok mértékét. (Külön kiadási cél van meghatározva az állami és a magánkórházakra. Ha az aktuális volumennövekedés meghaladja a meghatározott célkitűzéseket az árak csökkennek).

A kórházak erőforrásainak és bevételeinek alakulása nem eléggé áttekinthető.

2005 és 2007 között a kórházi tevékenység költségei összességében (a GHM-ekhez kötődő kiadásoktól függetlenül is, esetükben a költségnövekedés csupán 4%-os volt) emelkedtek: a nagyon költséges gyógyszerekre és orvosi segédeszközökre fordított kiadások 37%-kal, valamint más kiegészítő tevékenységekre fordított kiadások 21%-kal.

Mint ahogy nagy az eltérés a különböző szektorokba tartozó kórházak tevékenysége között, így a profit-orientált magánklinikák mindössze 60 GHM-mel teljesítik tevékenységük 80%-át, ugyanakkor az állami kórházaknak ugyanilyen volumenű tevékenységhez legalább 124 GHM tarifára van szükségük. A profit-orientált kórházak az elektív sebészeti beavatkozások 55%-át és az ambuláns műtétek 75%-át végzik el. Az állami és a non-profit létesítmények teljesítik a belgyógyászati szolgáltatások 80%-át, a szülészeti ellátás 66%-át és a sürgősségi felvételek 90%-át.

A legkevésbé komplikált 50 GHM (mandulakivétel, foghúzás, stb.) ellátása 70%-ban a profit-orientált magánszektorban történik. A legösszetettebb ellátást igénylő 50 GHM (pl. transzplantációk, szívűtétek, stb.) 71%-áról az állami szektor gondoskodik.

Mind ez ideig úgy tűnik, hogy a tevékenységen alapuló finanszírozás Franciaországban egyik célkitűzését sem tudta megvalósítani - úgy mint a hatékonyság növelését, a transzparenciát, a finanszírozás méltányosságát és az ellátás színvonalának növelését.

Hiányosak azok az adatok, melyek révén beazonosíthatóak lennének a hatékony ellátást biztosító szolgáltatók, értelmezhetőek lennének az egészségügyi gyakorlatban jelentkező különbségek és monitorozhatóak lennének az ellátás nyújtásában résztvevők tevékenységének változásai. Olyan minőségmutatók sem érhetőek el, mint a kórházba való újbóli felvétel vagy a mortalitási ráták.

A DRG tarifák nem ugyanazokra a költség-tételekre alapulnak az állami és a magánkórházakban, és a DRG-n kívüli kifizetések sem átláthatóak. A DRG-rendszeren kívül eső kórházi költségvetés mélyebb monitorozása lenne szükséges.

A makro-szintű volumen-ár kontroll mechanizmus úgy tűnik, hogy vagy visszaveti a produktivitást, vagy nem vezet eredményre. Egy szerződésen alapuló megközelítés, mely a szolgáltatók számára tisztán körvonalazza a mennyiségi és a minőségi kívánalmakat hatékonyságnövelő stratégia lenne.

Forrás:

Bernard Garrigues: DIAGNOSIS RELATED GROUPS: LEADING THE DEBATE, 2009 Brussels.

<http://www.ehma.org/files/4BernardGarrigues.pdf>

Or,Z.: Activity based payment in France, Euro Observer, Winter 2009 Vol. 11 No.4:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

Németország

Az aktív kórházakban nyújtott szolgáltatások elszámolása terén 2004-től vált kötelezővé a fokozatos átállás a DRG-re (ausztrál DRG > G-DRG, German-DRG), bevezetése kezdete 2003. 2005. január elsejével kezdődött meg a konvergencia fázis (vége: 2009.01.01.), a szolgáltatást nyújtóknak és a költségek viselőinek a konvergencia fázis végéig kellett megállapodniuk a tartományonként érvényes alapeset értékben (egy adott kezelési esetre jutó átlagár). A tartományi szinten egységes kórházfinanszírozásra történő átállás 2009-ben valósult meg. 2010-től adott tartományon belül minden kórház már az adott tartományban érvényes alapeset értékkel számol, ettől az időponttól kezdve azonos tartományon belül az összes kórház adott szolgáltatást azonos áron számol el. 2010-2014 között kezdődik meg a rendszer továbbfejlesztése, egy országos szinten egységes alapeset érték rendszerre történő átállás. Ennek lényege: kialakításra kerül egy ún. alapeset érték folyosó (felső határ: 3009,17 euró/alsó határ 2899,08 euró). Az országos szinten egységes átlagos alapeset érték 2935,78 euróban került megállapításra (2009.09.30.). A tervek szerint 5 lépésben kívánják az átlagot 2,5%-nál többel meghaladó tartományi alapeset értékeket csökkenteni, az átlagtól 1,5%-kal alacsonyabb tartományi alapeset értékeket növelni.

A rendszerben a DRG csoportba történő besorolás több különböző paraméter figyelembe vétele alapján történik. A legfontosabbak: fődiagnózis; adott esetben elvégzett procedúrák (műtétek, diagnosztikai vagy terápiás szolgáltatások), esetlegesen meglévő mellékdagnózis (súlyosság fokának megállapítása). A diagnózisok és procedúrák meghatározására katalógusok léteznek: ICD-10-GM 2009 (mintegy 13000 diagnózis), OPS version 2009 (mintegy 28000 procedúra). A fent megnevezettek mellett további faktorok (kor, elbocsátás módja, főosztály, befektető osztály) is hatással vannak az elszámolásra.

Minden egyes DRG-hez egy relatív súlyszám (ez a rendszeren belül évente változhat) tartozik. A relatív súlyszám és az alapeset érték szorzatának eredménye adja az adott kezelési eset árát.

A G-DRG rendszerben 10 DRG releváns költségfajta kerülhet elszámolásra 11 csoportba sorolt költséghely szerint:

Költséghelyek szerinti csoportok	
1. Standard egység	kórházi ágyat fenntartó egységek
2. Intenzív egység	
3. Dialízis egység	
4. Műtők	diagnosztikai és terápiás területek
5. Anesztézia	
6. Szülőszoba	
7. Kardiológiai diagnosztika/terápia	
8. Endoszkópos diagnosztika/terápia	
9. Radiológia	
10. Laboratóriumok	
11. Egyéb diagnosztikai és terápiás területek	

Költségfajták szerinti csoportok		
Személyi költségek	Anyagköltségek	Infrastruktúra
1.) Szakorvosi személyzet munkabér költségei	4.a) Gyógyszerköltségek 4.b) Gyógyszerköltségek (egyedi költségek*/aktuális felhasználás)	7.) Személyi és tárgyi költségek egészségügyi infrastruktúra
2.) Ápolói személyzet munkabér költségei	5.) Implantátumok és transzplantátumok költségei	
3.) Adminisztratív és technikai személyzet munkabér költségei	6.a) anyagköltség (gyógyszer, implantátum/transzplantátum nélkül) 6.b) anyagköltség (egyedi költségek*/aktuális felhasználás, gyógyszer, implantátum és transzplantátum nélkül)	8.) Személyi és tárgyi költségek nem egészségügyi infrastruktúra

*Az anyagköltségeken belül elszámolt egyedi költségeken belül a következő megkülönböztetés használatos a német rendszerben:

- ▶ implantátumok
- ▶ protézisek (erek)
- ▶ cement (csontok)
- ▶ transzplantátumok

- ▶ pacemaker/defibrillátor
- ▶ csontok (kiegészítő anyagok)

- ▶ szív-/röntgenkatéter

- ▶ vérkészítmények
- ▶ kontrasztanyagok
- ▶ citosztatikumok
- ▶ immunszuppressziva

- ▶ antibiotikumok
- ▶ költséges idegen szolgáltatások (pl. dialízis)

A kórházak által elszámolható kiegészítő díjak/levonások bevezetése - 2009

Bevezetésre kerültek az ellátás idejére vonatkozó alsó/felső határok, illetve az ennek túllépése/el nem érése esetén törvényileg előírt pótdíjak/levonások. Szintén levonás történik áthelyezések esetén (például az áthelyező intézmény nem éri el a közepes ellátási időt). Az átvévő intézményben is levonással számolható el az eset, de további differenciálódások vannak (pl. 24 órán belül elhagyta a beteg az intézményt, ilyen esetben nem kell levonást elszámolni).

2009-től megkülönböztetnek szövetségi szinten egységes, ill. kórházankénti kiegészítő díjakat, mert ennek köszönhetően kevésbé csökken a költségcsoportok homogenitása.

Példák kiegészítő díjakra:

- ▶ képzési helyként történő működésért
- ▶ orvosilag indokolt kísérőszemély felvétele
- ▶ új vizsgálati és kezelési metódus
- ▶ minőségbiztosítás

Amortizációs költségek

Az esetköltség meghatározása során amortizációs költség a következő esetekben vehető figyelembe:

- ▶ Forgóeszközök: DRG releváns esetekben az amortizáció az átalány részét képezi (pl. raktározási veszteség, állapotromlás).
- ▶ Tárgyi eszközök és immateriális javak: tárgyi eszközök és immateriális javak értékcsökkenése az esetköltségbe akkor kerül be, ha tartós fogyasztási cikkek értékcsökkenéséről van szó.

(Tárgyi eszközök értékcsökkenése a csak részben támogatott vagy egyáltalán nem támogatott kórházak esetén nem vehető figyelembe az esetköltség kalkuláció során.)

Pénzügyi beruházások, értékpapírok és egyéb és egyéb vagyontárgyak az esetköltség meghatározása során nem vehetők figyelembe. Nem tekinthető DRG releváns költségnek a követelések értékcsökkenése.

Ausztria

Ausztriában a jelenlegi teljesítmény szerinti kórházfinanszírozás egy 979 DRG csoportból álló rendszerre (osztrák DRG rendszer = LKF rendszer, csak aktív kórházakra vonatkozó teljesítményorientált kórház finanszírozási rendszer) épül, amely két fő területre osztható. Az első terület az országos szinten egységes LKF központi rész, melyben a fekvőbeteg kórházi tartózkodások pontozása a teljesítményorientált diagnózis-esetcsoportok átalánya (LDF átalány) alapján történik. A második terület a tartományonként változó LKF irányítási terület, ami a tartományi egészségügyi alapokból érkező teljesítményorientált forrásallokációt jelenti. E rendszer lehetőséget kínál a kórházak által végzett speciális ellátási funkciók figyelembe vételére. Az LKF elszámolás keretében speciális ellátási funkciónak minősülnek a következők:

- ▶ Központi ellátás
- ▶ Súlyponti ellátás
- ▶ Kórházak speciális szakra vonatkozó ellátási funkcióval
- ▶ Kórházak speciális regionális ellátási funkcióval

Ausztriában az LKF rendszer bevezetésére 1997-ben egy lépésben került sor. Az LKF súlyszámok a beavatkozások átlagos aktuális költségein és a tartózkodás idején alapulnak. Az LKF súlyszámok országos szinten azonosak (a súlyszámok értékei azonban a tartományonként eltérő költségvetésnek köszönhetően eltérőek).

A rendszer szabályozásáért a Szövetségi Egészségügyi Alap (Federal State's Health Funds) felelős. A rendszer karbantartását a Szövetségi Egészségügyi Ügynökség végzi, melynek feladatai közé tartozik többek között az éves szinten végzett kiigazítás, súlyszámok számítása 5-7 évente és a rendszer továbbfejlesztése. Legutóbb 2009-ben végezték el az orvosi és gazdasági szempontból szükséges karbantartási munkákat.

Az esetalapú finanszírozási rendszer bevezetésének fő céljai:

- ▶ költségek és tevékenységek transzparenciájának növekedése
- ▶ a kórházi felvételek számának csökkentése
- ▶ az átlagos kezelési idő és az éves költségnövekedés csökkentése
- ▶ az ambuláns ellátás irányába való elmozdulás elősegítése
- ▶ kórházi ágyak számának csökkentése
- ▶ egy könnyen kezelhető irányítási és tervezési eszköz bevezetése

A rendszer 2009-es átfogó továbbfejlesztésének központi területei a következők:

- ▶ az esetátalányokban az összes szolgáltatás kalkulációja és a napi komponensek súlyozása
- ▶ az összes esetátalány teljes elemzése és homogenitásának vizsgálata
- ▶ a modellben a befektetésekkel kapcsolatos értékek aktualizálása
- ▶ az egynapos kórházi modell továbbfejlesztése
- ▶ az osztrák szolgáltatáskatalógus új rendszerére való átállás
- ▶ többször elvégzett szolgáltatások díjazási szabályainak adaptálása
- ▶ az elszámolási programba további adat plauzibilitással kapcsolatos vizsgálatok integrálása

Az osztrák LKF modell alapját a teljesítményorientált diagnózis-esetcsoportok alkotják, melyek két fő komponensből tevődnek össze. Ezek a MEL és a HDG. A kezeléseket tehát ebben a két rendszerben (MEL-csoportok és HDG-k) foglalták össze (MEL = egyedi orvosi szolgáltatás, HDG = fődiagnózis-csoportok). A drága sebészeti és konzervatív szolgáltatásokat egyedi orvosi szolgáltatásként definiálják és kalkulálják (MEL-csoportok). Az ICD-10 diagnózis szerinti egyedi orvosi szolgáltatások nélküli kezeléseket az ún. orvosilag-gazdaságilag homogén HDG-ben, fődiagnózis csoportokban foglalták össze.

Az LDF-átalány tartalma

- ▶ *szolgáltatási komponensből* (amellyel a közvetlen orvosi költségeket, például a műtéti beavatkozást és a kemoterápiát finanszírozzák) és
- ▶ *napi komponensből*, amivel a közvetlenül nem hozzárendelhető költségek kerülnek finanszírozásra
- ▶ Meghatározottak a naponta járó pontok és a tartózkodás alsó/középső/felső határa

Ausztriában az LKF-súlyszám tartalmazza az egészségügyi szakemberek díjazását és az amortizációs költségeket. Nem tartalmazza az oktatás, kutatás, fejlesztések költségeit. Az LKF rendszer keretében történik az egynapos ellátás (speciális, az egynapos ambuláns ellátások elszámolására fejlesztett modell szerint), gyógyszerek, orvostechikai eszközök, gyermekgyógyászat, ritka megbetegedések, akut pszichiátria, sürgősségi esetek, intenzív ellátás és a reanimáció finanszírozása. Az árrendszer pontokon alapul, melynek értékelése és javítása utólagosan történik az adott évben előforduló kezeléseknél megfelelően (az előzetes és utólagos árak között igen csekély a differencia). A szolgáltatás súlyok a kiválasztott reprezentatív kórház aktuális átlagos szolgáltatásonkénti költségének felelnek meg. Az ár jelenleg 2006-os költségeken alapul. Az LKF költség fix, egy LKF-pont értéke = költségvetés/LKF-pontok összege. Hozzávetőlegesen a kórházi összköltség 2/3-a LKF alapon kerül elszámolásra.

Forrás:

Bundesministerium für Gesundheit:

<http://www.bmg.gv.at/cms/site/thema.html?channel=CH0719>

Conrad Kobel, Karl-Peter Pfeiffer: Financing inpatient health care in Austria, Euro Observer, Winter 2009 Vol. 11 No.4:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf

Jonas Schreyögg, Oliver Tiemann and Reinhard Busse: Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system? Health Care Management Science Volume 9, Number 3 / August, 2006

<http://springer.com/content/r41481g7v3g823t0/?p=10e993875f664512a683072cfd23ee47&pi=7>

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/50/aid/6437/title/Einheitlicher_Basisfallwert_und_einheitlicher_Basisfallwertkorridor_gemaess_10_Abs.9_KHEntgG

<http://www.aok->

[gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/lbfw_2006_uebersicht.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/lbfw_2006_uebersicht.pdf)

<http://www.aok->

[gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/vereinbarte_basisfallwerte.xls](http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/vereinbarte_basisfallwerte.xls)

http://www.linz.at/Aktuell/2006/aktuell_37980.asp?category=Politik

A skandináv országok általános jellemzői

A Skandináv országok kórházfinanszírozásában a NordDRG rendszerét találjuk meg. A NordDRG olyan DRG-rendszer, amely a HCFA-DRG 12-es verziót követi az ICD-10-en és az NCSP-n, a NOMESCO Sebészeti Beavatkozások Osztályozási Rendszere) alapuló definíciókkal (1996-ban fejlesztették ki az első rendszert, évente fejlesztik tovább a NordDRG fenntartási folyamat szerint).

A NordDRG-t Norvégiában országsszerte alkalmazzák, Finnországban és Svédországban pedig a regionális egészségügyi adminisztrációk többségében. A rendszert Izlandon is bevezették kísérleti alapon. Dánia módosított DRG-rendszert fejlesztett ki (DkDRG), amely a 2002-ben bevezetett NordDRG-n alapul. A Nordic Centre kifejlesztett egy NordDRG-t Észtország számára, amelyet 2003-ban kezdtek implementálni. A lett egészségügyi minisztériummal is megegyezés van a NordDRG Lettországon való alkalmazására.

Dánia

Dániában korábban a megyék kórházait hagyományosan előre megtárgyalt, fix éves költségvetésből finanszírozták. Az utóbbi 5-10 évben a prospektív finanszírozás növekedett a kórházfinanszírozásban. A megyék megegyezése alapján 2004-től a kórházi költségvetés legalább 20%-ának kell a tényleges tevékenységen alapulnia. A megye maga dönthet arról, hogyan finanszíroz, és a legtöbb megyében a kifizetés rendszere a dán case-mix rendszeren alapul. Mindazonáltal a DRG-tarifa aktuális százaléka és a változó kifizetésekkel lefedett speciális DRG-k megyénként változnak. Részben a magán kórházi szolgáltatások kifizetése is a dán case-mix rendszeren alapul.

Habár a DRG, valamint a DAG (Dán Ambuláns Csoportosítási Rendszer) díjakat nemzeti szinten határozzák meg, a case-mix rendszer alkalmazása, valamint a ténylegesen kifizetett DRG-árak a különböző fizetési viszonyok/szándékok szerint változnak.

A megyék a felelősek a kórházakért, mégis a nemzeti kormány képezi a hajtóerejét a dán case-mix rendszerek fejlesztésének. A case-mix rendszerek több célt szolgálhatnak: költségvetés, költségkontroll és minőségi kontroll. A dán kormányzat eredetileg a kórházi teljesítmény összehasonlítására használta a case-mix rendszereket. Később a kormány kiterjesztette a case-mix rendszerek alkalmazását különböző kifizetési célokra, azzal a szándékkal, hogy a kórházszektort a tevékenység és a hatékonyság fokozására ösztönözzék. A case-mix alkalmazásának kiterjesztésével párhuzamosan az egészségügyi minisztérium és a Nemzeti Egészségügyi Tanács a case-mix rendszer fejlesztésén munkálkodik, hogy az minél pontosabban írja le a kórházi tevékenységet, valamint tükrözze a kezelési költségeket. Eredetileg az amerikai HCFA, valamint a norvég költségsúlyokat alkalmazták, később a NordDRG-t és a dán költségsúlyokat vezették be. 1998 óta a Nemzeti Egészségügyi Tanács a Orvosi Szakterületek Társulásával együtt a NordDRG-k érvényesítésén munkálkodik azzal a céllal, hogy a dán orvosi gyakorlatot testesítse meg a csoportosításban. 2002-ben bevezették a NordDRG-DkDRG új dán verzióját. A szakorvosok bevonása a rendszer fejlesztésébe azt eredményezte, hogy a dán case-mix rendszert széles körben elfogadták a dán klinikai orvosok.

A dán case-mix rendszer két osztályozási rendszerből áll: a dán DRG-rendszerből (DkDRG) a fekvőbetegek számára és a Dán Ambuláns Csoportosítási Rendszerből (DAGS) az ambuláns betegek számára. A Dán Minimális Alapú Adatállomány szerint, amelyet a Nemzeti Egészségügyi Tanács határozott meg, a különbség a fekvőbetegek és ambuláns betegek között a beteget ellátó részlegre vonatkozik: az ambuláns beteget az ambuláns részlegben, míg a fekvőbeteget a fekvőbeteg részlegben kezelik. Ez a definíció azt jelenti, hogy az egy napos eset lehet egy ambuláns beteg egy vizittel, vagy egy fekvőbeteg egy napos ellátással.

A DkDRG –rendszer 25 Főbb Diagnosztikai Kategóriából (MDC), valamint MDC-n kívüli csoportokból áll, és 599 különböző DRG-t tartalmaz (2006-os verzió). A csoportosítás a következő ellátási jellemzőkön alapul: diagnózis, sebészeti eljárás, egyéb eljárások (néhány szivellátás, néhány légzőszervi ellátás, néhány rehabilitációs ellátás és mechanikus ventiláció), bizonyos diagnosztikai eljárások (CT, ultrahang, angiográfia), elbocsátási státusz, nem és kor. A csoportosítási eljárás speciális kezelésekre szoruló betegek (idegsebészet, ideg-rehabilitáció és neonatológia) esetében pre-MDC csoportokba sorolásával kezdődik. A speciális eljárás nélküli betegeket a fő diagnózisuk alapján MDC-csoportokba sorolják. Minden egyes MDC-n belül a betegeket orvosi és sebészeti csoportokba sorolják, aszerint, hogy teljesítettek-e sebészeti eljárást, vagy nem. Az orvosi eseteket további csoportokba sorolják aszerint, hogy kapnak rákterápiát vagy nem. A betegek végső besorolása aszerint történik, hogy van-e valamilyen komplikációs tényező (pl. második diagnózis, kor, orvosi eszköz), amely várhatóan befolyásolja a kórházi erőforrások felhasználását.

A DAGS rendszert a Nemzeti Egészségügyi Testület fejlesztette ki, hogy eszközt biztosítson az ambuláns ellátások leírásához a kórházakban. Ez az ambuláns viziteket 3 fő típusba sorolja: Ambuláns vizitek, Sürgősségi vizitek, Telefonos konzultációk. Az Ambuláns viziteket további 3 fő kategóriába osztja: speciális *diagnózissal* rendelkező betegek vizitei (5 csoport), speciális *eljárás* keretein belül történő vizitek (82 csoport) és *egyéb* (sem speciális diagnózis, sem speciális csoport).

A DRG és DAGS árak a csoportokba sorolt betegek állami kórházakban történő kezelésének átlagos költségét tükrözik. Az árak minden költséget tartalmaznak, kivéve a tőkeköltségeket, az amortizációt, a kutatási költségeket.

Egyes DRG-k amelyekben a kezelés fekvőbeteg és ambuláns módon is megtörténhet, az ún. „Zöld Zóna DRG”-k csoportjába tartoznak. Ezekre speciális zöld zóna tarifát alkalmaznak, függetlenül attól, hogy fekvőbeteg ellátásban vagy ambuláns módon történt az ellátás. A zöld zóna tarifákat a DRG és a DAGS tarifák alapján kalkulálják.

Forrás:

Anni Ankjær-Jensen, Pernille Rosling and Lone Bilde: Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish case-mix system. Health Care Management Science Volume 9, Number 3/ August, 2006

<http://springer.com/content/9712rq1342813x45/fulltext.pdf>

Finnország

1997-ben vezették be a DRG-t finanszírozási célra. Finnországban kizárólag NordDRG-t alkalmaznak.

A DRG-k használata önkéntes. Nem mindegyik régió használja a DRG-t finanszírozási célra. A 21 kórházi körzetből 8 DRG-finanszírozást alkalmaz, 10 pedig egyéb célra alkalmazza a DRG-kat.

A kórházi körzetek különleges finanszírozási alapot alakítottak ki a hozzájuk tartozó önkormányzatok részvételével, amiből a magas költségű ellátásokat (esetenként 50 ezer EUR fölötti) ellátásokat finanszírozzák. Az oktatást és kutatást külön, az állami költségvetésből finanszírozzák.

A pszichiátriai ellátást kizárták a DRG-finanszírozásból. Létezik viszont DRG a járóbeteg ellátásra is.

Svédország

Svédországban nem egységes a kórházak finanszírozása. A legtöbb megyei tanács decentralizálta a pénzügyi felelősség jelentős részét az egészségügyi kerületekhez, globális költségvetésen keresztül.

A pszichiátriai és geriátriai ellátást, valamint a sürgősségi szolgáltatásokat a globális költségvetésből finanszírozzák. A megyei tanácsok egy részében a kórházaknak juttatott kifizetések globális költségvetésen alapulnak. Másutt esetalapú finanszírozás működik, költségvetési plafonnal néhány szolgáltatásra.

A kifizetések akár esetalapú díjazás, akár napidíj, globális költségvetés, szolgáltatás szerinti díjazás vagy ezek kombinációjával történnek, tradicionálisan teljes költségen alapulnak.

Forrás:

HIT Sweden, 2005. European Observatory on Health Systems and Policies

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/96409/E88669.pdf

DRGs as a financing tool, HOPE - European Hospital and Healthcare Federation, 2006

Olaszország

Olaszország törvényhozása 1995-ben rendelkezett a kórházak eset-alapú finanszírozásáról. Az Olasz Egészségügyi Szolgálat (NHS) által 1995-ben bevezetett DRG-rendszer a kórházi felvételek, valamint a nappali kórházi esetek osztályozására és díjszabásának meghatározására szolgált. A DRG tarifák a kórházi költségek többségét, így az adminisztrációs és a rezsiköltségeket is fedezik, viszont nem vonatkoznak a tőkeköltségekre, ezeket speciális költségvetési forrásokból, illetve a bevételekből finanszírozzák.

Országos szinten a HCFA DRG-osztályozás 10. verzióját fogadták el. Ez a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának ICD-9-CM változatán alapuló verzió a kórházi felvételeket 25 főbb diagnosztikai kategóriába sorolta (MDC) és 492 DRG-t tartalmazott.

A DRG-k meghatározásához a kórházi zárójelentésekből indultak ki: a) elsődleges diagnózis, b) másodlagos diagnózis, c) beavatkozások és eljárások, d) életkor, e) nem, f) a beteg állapota hazabocsátáskor.

Tizenhat régió már 1995-ben bevezette a DRG-n alapuló tarifákat. Az Egészségügyi Minisztérium felmérése rámutatott, hogy mintegy tíz olasz régió még sokáig a tizedik osztályozást alkalmazta, kilenc régió a tizennegyedik verzióra tért át, és csak egy régió vezette be hamarosan a HCFA-ból alakult CMS (CMS – Medicare és Medicaid Szolgáltatásokat nyújtó Központok) 19. verzióját.

2005 júniusában az Egészségügyi Minisztérium és a Régiók egyezményt írtak alá arról, hogy 2006. január 1-jétől minden régió a CMS19. verzióját fogadja el, mely az ICD-9-CM-en alapuló 506 csoportot tartalmaz.

Az országos DRG-tarifák minden szolgáltató vonatkozásában azonos módon lettek meghatározva, viszont a régiók szabadon differenciálhatnak a különböző kórház típusok között. Az esetek többségében a tarifákban jelentkező különbség szervezeti jellemzőkön (pl. sürgősségi ellátást biztosító osztály), illetve tevékenységen (eset-összetétel komplexitása, kutatások) alapul. Csupán kevés régió alkalmaz különböző tarifát az állami és a magán szolgáltatók vonatkozásában.

21 olasz régió közül öt alakított ki költségbeclésen alapuló regionális díjszabási táblázatot, a régiók többsége az országos díjszabást fogadta el, viszont minden régió más mechanizmusok alapján is finanszírozza egészségügyi ellátásának jelentős hányadát.

Így a) a fejkvóta alapú finanszírozás erősen érvényesül a helyi egészségügyi hatóságoknál,
b) átalányok fedeznek olyan speciális szolgáltatásokat, melyekre a tarifák nem alkalmazhatóak (szövetbankok, sürgősségi ellátás, transzplantáció, speciális projektek,
c) rendkívüli esetekre szolgáló pénzalapok (váratlan veszteségek, stb.)

Az árkalkulációra vonatkozó országos rendelet alapján, a régiók a kórházi szolgáltatásokat a következő kategóriákba sorolták:

- a) normál kórházi felvételek
- b) 1-napos normál felvételek
- c) egy bizonyos időszakon túl tartó betegség ellátására való felvétel

- d) nappali kórházi felvételek
- e) hosszú távú ellátásra való felvétel
- f) rehabilitációra való felvétel

Az országos tarifák első jegyzékét nyolc kórház adatai alapján állították össze, melyek ugyan elég jól jelezték a főbb betegségkategóriák szerinti kórházi felvételek megoszlását, az olasz lakosság viszonylatában azonban számos kritériumot illetően mégsem voltak eléggé reprezentatívak.

A kórházak működési költségeit először 11 kategóriába sorolták:

- 1) rutin ellátás
- 2) műtő-tevékenység
- 3) gyógyszerelés
- 4) radiológiai szolgáltatások
- 5) laboratóriumi vizsgálatok
- 6) orvosi segédeszközök
- 7) légzésterápia
- 8) egyéb szolgáltatások (pl. aneszteziológiai ellátás)
- 9) intenzív részlegek
- 10) humán erőforrás
- 11) ügyvitel, management

A járóbeteg-ellátásban felmerülő költségeket - a 11 kategóriából levezetve - az ambuláns betegek részére nyújtott szolgáltatások száma, illetve a kórházi szakemberek ambuláns betegekre fordított munkaideje alapján számították ki. Minden egyes DRG-hez ezt a 11 összeget kalkulálták allokációként. Annak a 20 DRG-nek az esetében, melyeknek alkalmazásához statisztikailag szignifikáns tarifák nem álltak rendelkezésre, az USA Medicare súlyozását alkalmazták.

Az országos DRG-tarifákat időnként aktualizálják, mivel a régebben megállapított díjtételek egy idő után már nem fedezik a működési költségeket.

A tarifák meghatározása és költségkalkuláció Lombardiában

Olaszország legsűrűbben lakott tartománya, Lombardia 1997-ben alakította ki regionális modelljét, melynek alapelvei:

- a) az alapellátást felügyelő egészségügyi hatóságok és a szakellátást nyújtó NHS kórházak feladatköreinek egyértelmű különválasztása,
- b) szabad orvosválasztás,
- c) egyenlőség az állami és a magán szolgáltatók között.

Ennél a modellnél a tarifák kulcsfontosságú szerepet játszanak, minthogy a régió vezetése célul tűzte ki az állami szolgáltatók fölött gyakorolt közvetlen ellenőrzés csökkentését, és a verseny ösztönzését az anyagi erőforrások allokációjával.

Amikor sor került a DRG-n alapuló finanszírozási rendszer országos szintű bevezetésére Lombardia speciális megközelítést alkalmazva végzett becsléseket a DRG-pontok finansiális értékével kapcsolatban. Az elemzéshez a régió kórházainak (48 állami és privát létesítmény) többsége szolgáltatott adatokat. Minden kórház eset-összetételére a DRG-osztályozás 10. verzióját alkalmazták.

Lombardia költség-súlyozáson alapuló rendszerét 1994 óta szinten minden évben felújítják. 2001 és 2002 között a tarifákat átfogó költség-elemzés alapján aktualizálták. A kórházi ellátás költségeit eset-alapú direkt költségekre és kórházi napok szerinti indirekt költségekre osztották.

2003-ban a költségek differenciálására a szolgáltatói típus szerinti megkülönböztetést vezették be a következők szerint:

- a) a sürgősségi osztállyal valamint a magas műszerezettséggel rendelkező részlegekkel dolgozó kórházaknál a standard DRG-tarifákat a különösen bonyolult esetek ellátása esetén 5%-kal emelték meg,
- b) a sürgősségi osztállyal rendelkező, de egyéb magas műszerezettségű ellátást nem nyújtó kórházaknál a standard tarifákat alkalmazták,
- c) a sürgősségi osztállyal nem rendelkező kórházak standard tarifáit 3%-kal csökkentették.

A legnagyobb hospitalizációs rátákkal rendelkező kórházak maximum 15%-kal megemelt extra-finanszírozásban részesültek, de a 45 napon belüli rehospitalizáció 20%-os tarifacsökkenést vont maga után.

Olaszországban a Prospektív Finanszírozási Rendszertől mint az Olasz Egészségügyi Szolgálat reformjának kulcsfontosságú elemétől, bevezetésekor a következő eredményeket várták: a kórházi ellátás hatékonyabbá válása, nagyobb választási lehetőség a betegek számára és a verseny fokozódása. A DRG-rendszer révén számos eredményt sikerült is elérni: az állami szolgáltatások irányából a magán szolgáltatások fele történő elmozdulás, csökkent az ápolási idő, előtérbe került az egynapos ellátás. A DRG finanszírozás pénzügyi hatásai bizonytalanok. A regionális kiadások és a deficit növekedtek, a növekedés azonban részben más, a DRG-től független okok miatt is történt. A DRG erőteljesen ösztönözte a betegfelvételek növelését, amelyre a régiók azzal válaszoltak, hogy csökkentették a tarifákat ha a kiadások meghaladták az előre meghatározott célkitűzéseket.

Az olasz régiókban nagy eltérések vannak a DRG-rendszer alkalmazásában, és évtizedekkel a tarifák bevezetése után sincs explicit szabályozás az országos és a regionális tarifák kialakítására. Az új finanszírozási eljárásokra vonatkozóan nem áll rendelkezésre átfogó értékelés. Így a kormány projektet adott ki többek között a regionális tarifa-rendszerek interregionális összehasonlíthatóságának előmozdítására, valamint a tarifák speciális területekre való kiterjesztésére (gyermekgyógyászat, pszichiátria, rehabilitáció, stb).

Forrás:

FATTORE,G. – TORBICA,A : Inpatient reimbursement system in Italy: How do tariffs relate to costs? Health Care Management Science, Volume 9, Number 3 / August, 2006, 211-305.

<http://springer.com.hu/content/1j1770h5m3r70r72/fulltext.pdf>

Spanyolország

A spanyol egészségügyi rendszer főként állami finanszírozáson alapuló állami tulajdonú szolgáltatókból áll.

Spanyolország autonóm tartományaiiban (AC) a kórházak és az alapellátást nyújtó központok költségvetési allokációban részesülnek.

Katalónia egészségügyi rendszere speciális formája a spanyol regionális egészségügyi rendszereknek, mivel itt egyértelműen elkülönülnek a vásárlói és a szolgáltatói funkciók.

A szolgáltatóktól, függetlenül ezek tulajdonviszonyától a Katalán Egészségügyi Hatóság (CatSalut) vásárol szolgáltatásokat.

1986-ban, a lakosság fekvőbeteg-ellátásának biztosítására a kórházak többsége állami kórházi hálózatba tömörült (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, XHUP). Jelenleg két kórházhálózat működik: a XHUP-hoz tartozik az akut ellátást nyújtó központok 73%-a, illetve a kórházi ágyak 84%-a. A fennmaradó hányadot (a központok 27%-át és az ágyak 16%-át) a privát hálózat működteti. A lakosság 24%-ának ellátására mindkét hálózat fedezetet nyújt, így az erre jogosult állampolgárok az állami és a magánszolgáltatásokat egyaránt igénybe vehetik. A tapasztalatok szerint a szülészeti események, elektív műtétek vagy fogászati problémák esetén inkább a privát központokat választják.

Az 1980-as években Katalónia „állami” egészségügyi szektora a különböző (kormányzati, önkormányzati, egyházi, kölcsönös segítségnyújtási) intézmények tulajdonában álló heterogén szervezeti egységekből állt. Minthogy az általuk végzett szolgáltatások típusa és volumene nem volt áttekinthető, a CatSalut információs rendszert állított fel a XHUP kórházak tevékenységének ellenőrzésére.

1990-ben kötelezővé tették minden állami és magánkórház számára az akut kórházi tevékenységgel kapcsolatban információt szolgáltató Kórházi hazabocsátásokra vonatkozó Alapvető Adatok Nyilvántartását (CMBD). 1995-re a CMBD már elegendő információval szolgált a CatSalut számára az esetek DRG-k szerint csoportosításához.

A CMBD az ICD-9CM-ből kiindulva alkalmazza a diagnózisokra és eljárásokra vonatkozó kódokat, ugyanúgy mint a Spanyolország minden kórházára vonatkozó verzió.

A XHUP finanszírozási rendszerét, mint a kórházi szolgáltatások prospektív finanszírozási módját, a CMS-DRG kódolást alkalmazva 1997-ben vezették be Katalóniában. (CMS-DRG – Medicare és Medicaid ellátásban részesülő lakosok ellátására vonatkozó DRG osztályozás volt.)

Az esetekre alkalmazott tarifák két speciális indikátortól, az IRR-től (a relatív erőforrás-felhasználástól) és az IRE-től (a szerkezeti felépítést tükröző mutatótól) függenek. A Catsalut határozza meg minden IRR és IRE esetében az árat. Az IRE tükrözi a kórház strukturáltságát, ugyanakkor a CMS-DRG által kódolt DRG szerint súlyozott hazabocsátások határozzák meg a kórházi erőforrás-felhasználás szintjét (IRR).

A módszer bevezetésekor, a cél az volt, hogy a visszatérítési struktúrában az IRE szerepe fokozatosan csökkenjen, ugyanakkor a tevékenység komplexitását jelző IRR egyre inkább előtérbe kerüljön. Mindazonáltal az összetevők IRE: 65 - IRR: 35%-os aránya 2000 óta stagnál, és nem ösztönzi a kórházakat a komplexitást optimálisan alkalmazó teljesítményre.

DRG-alapon finanszírozzák a járóbeteg-ellátás keretében végzett jelentősebb sebészeti beavatkozásokat (MAS) is, melyek a műtétek mintegy 40%-át teszik ki. A DRG érvényes az egynapos ellátásra, illetve a bonyolultabb kezelési és diagnosztikai eljárásokra, pl. brachiterápia, radioterápia, diagnosztikai angiográfia stb.) is, amely eljárások költségei kevesebb, mint 10%-át képezik a kórházi költségek visszatérítésének.

A CMS-DRG amerikai súlyozás bevezetése nyomán eleinte problémák léptek fel a katalán egészségügyi rendszer finanszírozásában, mivel az amerikai CMS DRG súlyok nem képezték le a Katalóniára jellemző költségek összetételét. Arra irányították a figyelmet, hogy rendszer-specifikus súlyokat kell meghatározni és szükség van a költségek mérésére.

Minthogy a MAS tarifákat hasonló módszerrel határozták meg, mint a fekvőbetegek ellátását, így a kórházi tevékenység egyre inkább áttevődött a MAS tevékenység körébe, a járóbeteg ellátásban végzett sebészet ösztönzése túlzottnak bizonyult. Hiányzott a megfelelő információ azokról a kórházi tevékenységekről és költségekről, amelyekre a DRG nem tartalmazott fedezetet, a kórházi DRG-k nem tükrözték kellőképpen a kórházi szolgáltatásokat és költségeiket, mindez az egészségügyi rendszer finansziális egyensúlyának torzulásához vezetett

Forrás:

Sánchez-Martínez, F. et al: Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals, Health Care Manage Sci (2006) 9: 225–232

<http://springer.om.hu/content/830n553122113h5m/fulltext.pdf>

COTS, F. et al: DRGs in Spain – the Catalan experience, Euro Observer, 2009, 11, 4, 8-11.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/80332/EuroObserver_Winter2009.pdf