

„CSATA” – program
Csökkentsük az Adminisztratív
Terheket az Alapellátásban!

Projektzáró elemzés

2010. október – december

Kasszaorvosi Szervezet

Tartalom

Vezetői összefoglaló	3
A vizsgálat alapjai	3
A projektcsapat.....	4
A vizsgálat menete	5
Számítási módszerek	5
Eredmények.....	7
Részvételi adatok, feldolgozhatóság	7
Az adminisztratív terhek összesített mértéke	7
A legjelentősebb adminisztratív terhek.....	8
Megállapítások	11
Melléklet – a vizsgálatban nevesített adminisztratív terhek.....	12

Vezetői összefoglaló

A Kassaorvosi Szervezet felmérte a háziiorvosi és házi gyermekorvosi praxisok adminisztratív terhelését. 13 kategóriában mintegy 70 féle teherfajta terjedt ki a vizsgálat.

Az eredmények értékelésekor csak a minden szempontból megbízható adatok kerültek felhasználásra.

Az összes adminisztratív terhelés átlagosan havi 122 óra praxisonként, ez két praxistagot feltételezve mindkettőjük munkaidejének harmadát teszi ki. Nemzetgazdasági szinten évente mintegy 10 Mrd forint bérköltséggel jár az adminisztratív teendők elvégzése, ami a háziiorvosi tevékenységre kifizetett egészségbiztosítási költségek (70 Mrd forint) 14%-át teszi ki.

Az egyes praxisok adminisztratív terhelése háromszoros különbséget mutat; vannak olyan háziiorvosok, akik a vizsgálatban megállapított átlagérték felét, míg mások másfélszeresét használják fel adminisztrációra. Ez a jó gyakorlatok terjesztésének fontosságát emeli ki, ami mélyebb vizsgálódást igényel, mivel a praxist jellemző alapadatok nem mutatnak összefüggést a bevallott adminisztratív terheléssel.

Az adminisztratív terhek mintegy kétharmada mindössze két tételből: a betegellátási események (pl. betegvizsgálat) regisztrációjából, valamint a gyógyszerrendelésből adódik. Ez a tény arra mutat rá, hogy az adminisztratív terhek csökkentését e nagy számban előforduló tételek (betegvizsgálathoz, gyógyszerfelíráshoz kapcsolódó adminisztráció) egyszerűsítésével lehet igen nagy hatással elvégezni.

Az egyéb terhek tekintetében a hatósági típusú (társadalombiztosítási, ÁNTSZ) adatforgalom, a jelentési, beszámolási előírások egyszerűsítése, másrészt pedig a háziiorvosok társadalombiztosítás által nem vagy részben finanszírozott (térítéses) ellátásaival (elsősorban a nem kötelező védőoltásokkal) kapcsolatos egységes információkezelés megvalósítása tűnik potenciálisan nagy hatású változtatási irányúnak.

A vizsgálat alapjai

A vizsgálat célja az országban elsőként a háziiorvosokat (beleértve a házi gyermekorvosokat is) terhelő adminisztratív terhek felmérése, majd az eredmények közvélemény és döntéshozók elé tárása – a tehercsökkentés megalapozása érdekében.

Adminisztratív tehernek nevezzük az állam által (jogszabály, hatósági döntés alapján, kötelező szerződéskötés keretében) az adott gazdasági szereplőre – esetünkben a háziiorvosi szolgáltatóra – háruló valamennyi regisztrációs, nyomtatvány-kitöltési, jelentési, ellenőrzési stb. kötelezettséget.

A melléklet tartalmazza a vizsgált adminisztratív terhek listáját, amelyet a vizsgálatban részt vett házi orvosok az esetleges további, őket érintő elemekkel is kiegészíthettek.

A projekt keretében kizárólag a háziiorvosi egészségügyi szakmai tevékenységhez kapcsolódó adminisztrációt vizsgáltuk, ezek mellett a jellemzően egyéni vállalkozás vagy betéti társaság formájában működő háziiorvosi szolgáltatók természetesen az adott vállalkozás működtetésével kapcsolatos általános számviteli, adózási adminisztratív terheket is viselnek.

A vizsgálatban önkéntesen vehettek részt a Kasszaorvosi Szervezet tagjai, továbbá más, a projektről értesült házi orvosok.

Az elemzés az adminisztratív terhek vizsgálatának egyszerűsített költségmodelljén (Standard Cost Model) alapul, amelynek során az adott adminisztratív teher tétel egyszeri előfordulásának ráfordított időtartamát megszorozzuk az időegység alatti bekövetkezések számával, így megkapjuk az időegység alatti időráfordítást. Ezt követően az időegységre jutó munkabér alapján kiszámítható az adott teher bérköltsége, továbbá megjeleníthetők az egyéb, járulékos, akár nem időarányos kiadások is a praxisok szintjén és nemzetgazdasági szinten is. Jelen vizsgálat az egyéb költségekkel (posta, papír stb.) az erre vonatkozóan beérkezett válaszok heterogén jellege miatt nem tér ki.

Az egyszerűsített költségmodell alapja lehet az adminisztratív terhek mérhető csökkentésének, hiszen jogszabályváltozást vagy egyéb, az eljárások egyszerűsítésére irányuló tevékenységet követően újra megmérve az adminisztratív terhek nagyságát számszerű képet kaphatunk a beavatkozásunk eredményéről.

A projektcsapat

A vizsgálatot a Kasszaorvosi Szervezet végezte a saját praxisukra vonatkozó adatokat közreadó házi orvosok önkéntes közreműködésével.

A projekt előkészítésében és felügyeletében részt vett

Dr. Borsi Éva, elnök,

Dr. Kelemen László, munkabizottsági elnök

A projekt szakmai vezetője:

Dr. Kovácsy Zsombor egészségügyi jogász

A vizsgálat menete

A vizsgálat kérdőívét és tájékoztatóját elektronikus levél formájában kapták meg a Kassaorvosi Szervezet tagjai, akik elektronikus vagy hagyományos levélben küldhették be a kitöltött kérdőíveket.

A kitöltött kérdőívek 2010. október 10. és november 12. között érkeztek meg, ezt követően történt a feldolgozásuk, majd a vizsgálati összegzés elkészítése.

Számítási módszerek

A kitöltött kérdőívek feldolgozása során az egyik legfontosabb problémát a nem pontos, illetve nem egyértelmű adatok értékelése jelentette. Alapvetően a bizonytalan értékek figyelmen kívül hagyása, továbbá alacsony és magas érték közül (egyéb számítási megoldás híján) az alacsonyabb érték került figyelembe vételre annak érdekében, hogy a minimálisra csökkentsük a vizsgálat felfelé (a magasabb adminisztratív terhek irányában) torzító hatását.

Abban az esetben, ha becsült, „től-ig” jellegű értékeket adtak meg, a határértékek számtani átlagát vettük figyelembe.

Ha szintén „től-ig” jelleggel, azonban valamilyen minőség mellérendelésével (pl. „új beteg: 15 perc, meglévő beteg: 3 perc”) adták meg az egy eseményre fordított időt, ugyanakkor nem jelezték az egyes altípusok előfordulási arányát, akkor a teljes esetszámra a legalacsonyabb megadott fajlagos ráfordított idővel számoltunk.

Amennyiben a gyakoriság valamilyen időszakhoz, eseményhez kötötten jelent meg (pl. „téli havi 3”), az adott időszak, esemény köztudomású tartama alapján számítottuk az előfordulást (téli havi 3 = évi $3 \times 3 =$ évi 9).

Ha viszont bizonytalan volt a gyakoriság megfogalmazása („szükség esetén havi 2”), akkor 0 adminisztratív teherként vettük figyelembe az adott rovatához írtakat.

A kitöltés során lehetőség volt a ráfordítási időtartamok és a gyakoriság tetszőleges egységekben való kifejezésére.

A fajlagos ráfordítási időtartamokat a feldolgozás folyamán egységesen percbe, a gyakorisági adatokat pedig eset/hónapba számítottuk át. A gyakoriság ettől eltérő mértékegységeinek átváltásakor a következő egyszerűsítéseket alkalmaztuk (figyelemmel a heti 5 napos munkarendre is):

1 hónap = 4,2 hét

1 hónap = 21 nap

Eredmények

Részvételi adatok, feldolgozhatóság

A kérdőívet összesen 40 praxistulajdonos házi orvos töltötte ki (a Kasszaorvosi Szervezet taglétszámának mintegy 10%-a). Öt kérdőív papír alapon, 35 elektronikus levélben érkezett.

A kitöltött kérdőívek közül csak 15 volt az értékelés során aggálymentesen figyelembe vehető. A többi kérdőívet jellemzően a következő okok miatt zártuk ki az értékelésből:

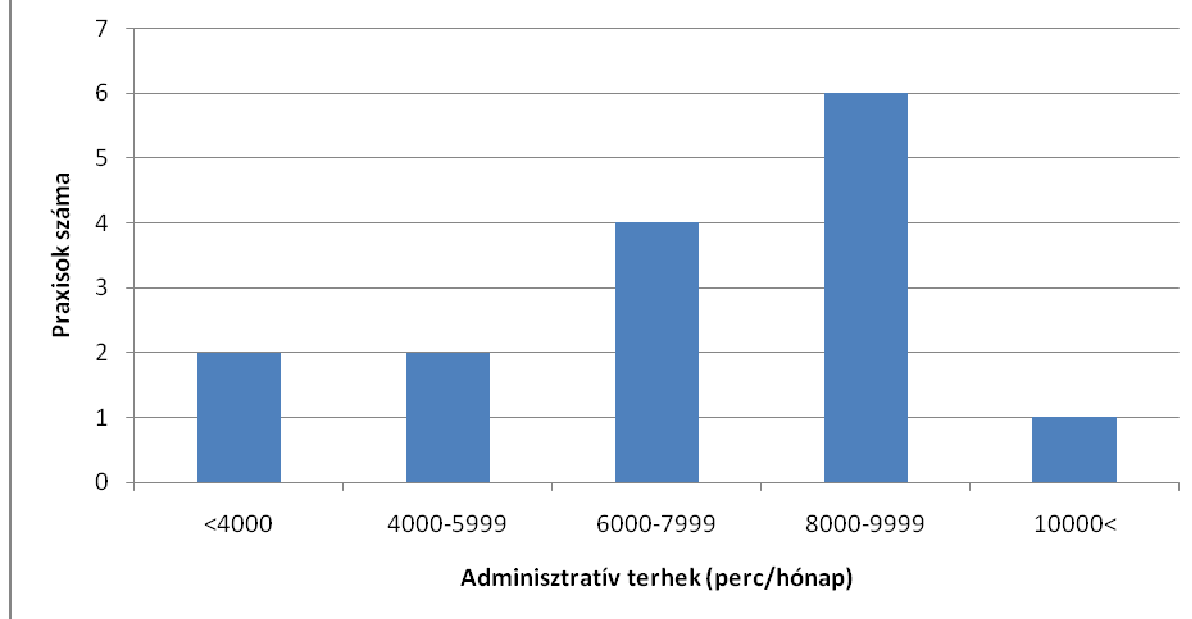
- a) Az adminisztratív terhek összesített, orvos általi időráfordítása a tényleges szakmai tevékenységet elvileg is kizáró mértékben megközelítette (sőt, akár meghaladta) az orvos által a praxisra fordított összes időként megadott időtartamot. Ennek valószínű oka lehet egyrészt, hogy sok házi orvos a tájékoztatóban foglaltak ellenére nem csak a szakmai tevékenységhez kapcsolódó adminisztratív tevékenység, hanem a teljes (szakmai + adminisztratív) tevékenység idejét adta meg. Másrészt előfordulhatott, hogy nem pontos átlagidő megadása esetén (pl. „10-20 perc”) a figyelembe vett átlagérték (az előző esetben 15 perc) nem tükrözte a valós súlyozást.
- b) Nem vagy bizonytalanul szerepelt jelentős számú adminisztratív teher gyakoriságának mértéke, illetve csak az időegység (csak a nevező) szerepelt a nyilvánvalóan az adott időegységen belül többször előforduló terhek esetében (pl: „ritkán”, „/hónap”)
- c) Nem szerepelt a praxisra fordított rendelési, illetve összes idő, ami lehetetlenné tette a fenti a) pont szerinti összevetést.

Az adminisztratív terhek összesített mértéke

A praxisonkénti havi összesített adminisztratív teher 122 óra (=heti 29, napi közel 6 óra).

Az egyes vizsgált praxisok eredményei havi 3640 és 11276 perc között szóródnak, vagyis mintegy háromszoros a különbség a legalacsonyabb és a legmagasabb értéket képviselő praxis között (1. ábra).

1. ábra: Az egyes vizsgált praxisok adminisztratív terhei

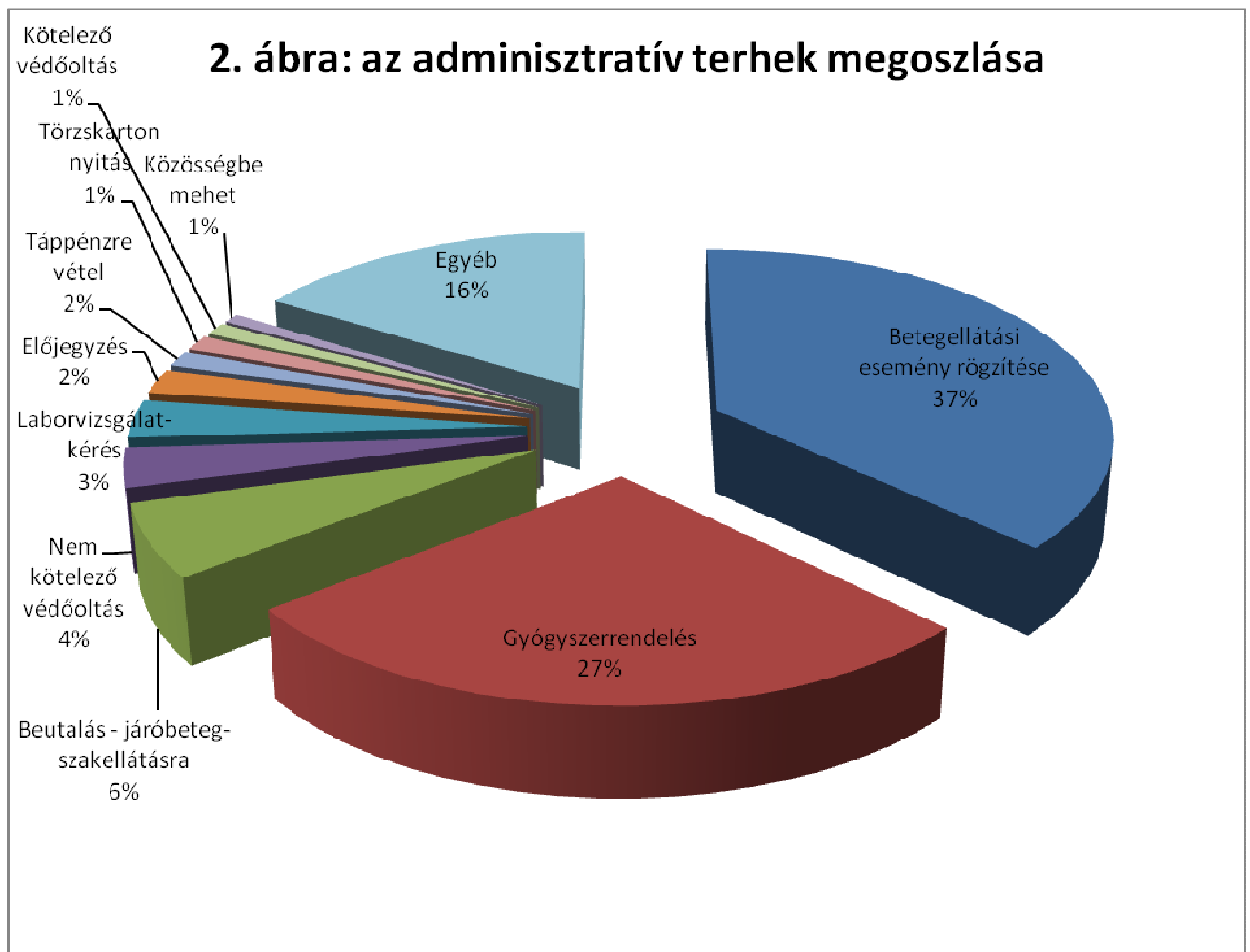


Nem mutatható ki összefüggés a praxisok főbb paramétere (méret, ellátottak kora, településtípus, területi ellátási kötelezettség léte, háziorként eltöltött idő, irodatechnikai felszereltség, rendelési idő, a praxisra fordított összes idő) és az összesített adminisztratív terhelés viszonylatában.

Egyszerűsített számítási modellel élve az egy praxisra jutó terhelés hipotetikusán 50-50% arányban megosztva az orvos és az asszisztens között, összességében az adminisztráció 122 órás havi időtartamát 2/3 státusnak véve, orvosi bérre bruttó szuperbruttó havi 250 ezer forintot, asszisztensi bérre szuperbruttó havi 125 ezer forintot számítva egy praxis esetében az adminisztráció havi költségeként 125 ezer Ft adódik. Ez országosan összesen 6.500 háziorkénti és házi gyermekorvosi praxissal számolva havi 812,5 M forintot tesz ki, azaz éves szinten 9,75 Mrd forint – csak a bérköltségeket tekintve.

A legjelentősebb adminisztratív terhek

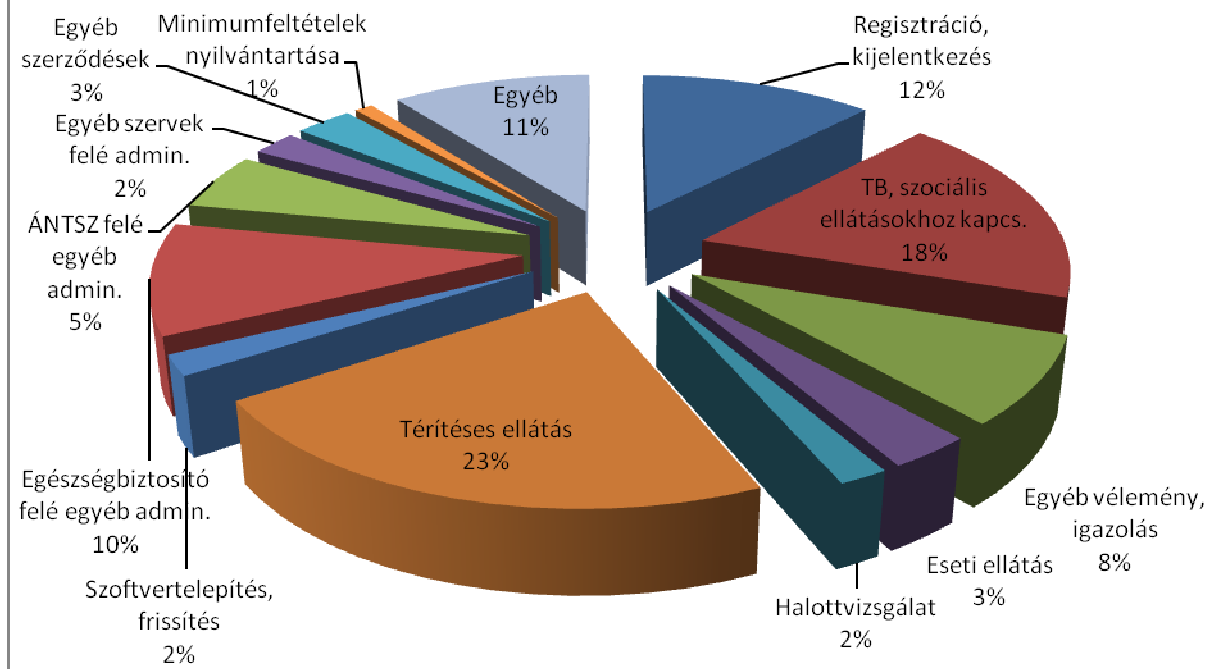
Havi összesítésben, átlagosan a betegellátási események rögzítése, a gyógyszerrendelés, valamint a járóbeteg-szakellátásra történő beutalás vezet az adminisztratív terhek listáját. A következő (2.) ábrán látható az adminisztratív terhek megoszlása. Az ábrán az "Egyéb" körök tartalmazza a további mintegy 60 típust.



Érdeemes szemügyre venni a terhek mintegy kétharmadát kitevő két tehertípus fajlagosan ráfordított idejét a különböző adatszolgáltatóknál. A betegellátási esemény rögzítése átlagosan 5 és fél percet, míg a gyógyszerfelírás 3 perc 25 másodpercet vesz igénybe. Míg az első teher tekintetében másfél és tizenöt perc, az utóbbi esetben tizenöt másodperc és öt perc a szélső értékek. (Az utóbbi jelentős különbség részben abból is adódhat, hogy a válaszadók egy része vélhetően az egy receptre fordított időt adta meg – és szorozta meg később az időegység alatt kiállított receptek számával, míg mások az egy betegnek felírt összes receptre vonatkozó adatot adták meg – és vették figyelembe az érintett betegek számára vetítve.)

Az adminisztratív terhek csoportjai (kategóriái) szerinti megoszlást vizsgálva az általános betegellátási terhek teszik ki az összes teher 80%-át. A maradék 20% teher típus szerinti eloszlását a következő (3.) ábra mutatja.

3. ábra: Az általános betegellátási terheken túli teherkategóriák megoszlása



Ebben a körben legalább 10% mértékű a térítéses ellátások adminisztrációja (ezen belül korábban láttuk, hogy a nem kötelező védőoltások regisztrációja a legjelentősebb tétel), a TB, szociális ellátásokhoz igazolások, vélemények írása (ezen belül a keresőképtelen állományba – táppénzre – vétel mellett a keresőképtelen státusz meghosszabbítása, nyomon követése a leginkább számottevő elem). Szintén ebbe a volumen kategóriába tartozik a praxisba tartozó páciensek regisztrálása, „kijelentése”, továbbá az egészségbiztosító felé megnyilvánuló adatszolgáltatási és egyéb terhek, mely utóbbiak közül a táppénzes jelentésekre fordított havi átlagosan több mint egy és negyed óra mellett a többi teher egyenként havi tizenöt percnél kevesebb ráfordítást igényel.

Megállapítások

1. Az elemzés alapján elmondható, hogy a vizsgált háziiorvosi praxisok havi adminisztratív terhelése átlagosan 122 óra. Ez az általában két főfoglalkozású munkatárssal működő praxisokban mintegy kétharmad státus felhasználását jelenti az adminisztrációs típusú feladatokra, vagyis az orvos és az asszisztens munkájának harmadát az adminisztráció teszi ki.
2. Az egyes praxisok adminisztratív terhelése háromszoros különbséget mutat, vagyis vannak olyan háziorvosok, akik a vizsgálatban megállapított átlagérték felét, míg mások másfélszeresét használják fel adminisztrációra. Ez a jó gyakorlatok terjesztésének fontosságát emeli ki, ami mélyebb vizsgálódást igényel; a praxist jellemző alapadatok nem mutatnak összefüggést a bevallott adminisztratív terheléssel.
3. Az adminisztratív terhek mintegy kétharmada két tételből: a betegellátás regisztrációjából, valamint a gyógyszerrendelésből adódik. Ez a tény arra mutat, hogy az adminisztratív terhek csökkentését e nagy számban előforduló tételek (betegvizsgálathoz, gyógyszerfelíráshoz kapcsolódó adminisztráció) egyszerűsítésével lehet igen hatékonyan elvégezni, ugyanakkor itt a fajlagosan egyébként is viszonylag rövid idő alatt végzett tevékenységek időigényének további csökkentése szükséges, ami jelentős kihívás; vélhetően ma még kevésbé elterjedt informatikai megoldások alkalmazása lehet sikeres ebben a tekintetben.
4. Az egyéb terhek tekintetében két fő irányba lehet a csökkentésnek: egyrészt a hatósági típusú (társadalombiztosítási, ÁNTSZ) adatforgalom, jelentési előírások további egyszerűsítése, másrészt pedig a háziorvosok társadalombiztosítás által nem vagy részben finanszírozott (térítéses), kevésbé rendszerszerű ellátásaival kapcsolatos egységes, egyszerűsített információkezelés megvalósítása. Utóbbi elsősorban a nem kötelező védőoltások (azon belül is az influenza elleni oltás) körüli bizonytalanságok felszámolásával is támogatandó.

Melléklet – a vizsgálatban nevesített adminisztratív terhek

1. Új jelentkezők, regisztráció megújítása, „kijelentés”

Törzskarton kikérés
Törzskarton kitöltése – adatok, alapstátusz stb.
Biztosított „kijelentése”

2. Általános betegellátás

Betegellátási esemény rögzítése (panaszok, leletek, terápia)
Gyógyszer-rendelés
Ellenőrzött szer rendelése gyógyszer-tárból
Beutalás járóbeteg-szakellátásra (kivéve: labor)
Laboratóri-umi vizsgálat-kérés
Beutalás fekvőbeteg-ellátásra
Egyéb (pl. gyógyhelyre) beutalás, rehabilitációs beutalási javaslat
Mentő-rendelés
Betegszállítás rendelés
Beteg előjegyzése, ezzel kapcsolatos konzultáció
Szakápolás elrendelése
Utazási költségtérítés intézése
Kötelező védőoltás
Fertőző betegség (gyanú) bejelentése

3. Tb-, szociális ellátásokhoz szükséges háziorvosi vélemény, igazolás

Keresőképtelen állományba vétel
Kereső-képtelenség meghosszabbítása, nyomon követése
Táppénzről való kiírás
Közgyógyellátáshoz igazolás kiállítása
Önkormányzati segélyhez igazolás kiállítása

4. Egyéb célú véleményezés, igazolások kiadása

Közösségbe, iskolába mehet
Iskolai alkalmasság
Üzemorvos számára kezelt betegségről, állapotról
Külföldi munka-vállaláshoz
Biztosításhoz
Műtéthez

5. Eseti ellátások

Magyar állampolgár eseti ellátásához kapcsolódó külön adminisztráció (ide nem értve a státus, leletek stb. leírását)
Egyéb EU állampolgár eseti ellátásának külön adminisztrációja
EU-n kívüli illetőségű beteg ellátásához kapcsolódó külön adminisztráció

6. Halottvizsgálat

7. Térítés ellenében nyújtott speciális ellátások

Gépjármű-vezetői alkalmasság
Lőfegyver-tartás
Nem kötelező védőoltás
Egyéb térítéses ellátás adminisztrációja

8. Kötelezően alkalmazandó számítógépes szoftverekkel, letöltendő anyagokkal kapcsolatos teendők – vényíró szoftver telepítése, frissítése

9. Egészségbiztosító felé meglévő egyéb adminisztratív kötelezettségek

Szerződéskötés, módosítás, változás-bejelentés
Helyettesítéssel kapcsolatos bejelentés, dokumentáció
Létszám-egyeztetés, ütköztetés
REP jelentésösszesítő ellenőrzése, REP által kijelentettek érvényesítése
TAJ ellenőrzés hibajegyzékkel kapcsolatos értékelés, jogorvoslat
Indikátor visszaigazolás értékelése
REP értesítések, felhívások kezelése
Táppénzes jelentés (mentés, postázás stb. is beleértve)
Vény, egyéb hivatalos nyomtatvány igénylésekkel kapcsolatos ügyintézés
Tételes betegforgalmi jelentés

10. ÁNTSZ felé meglévő adminisztratív kötelezettségek

Ellenőrzésekhez segítségnyújtás, jegyzőkönyvezés stb.
Influenza jelentés
Hőségjelentés
Oltóanyag igénylés
Vizsgálatkérés
Kábítószer-nyilvántartás
Tisztító-, fertőtlenítőszeres biztonsági nyilvántartása
Baleseti jegyzőkönyvezés
Hűtőnaplózás

11. Egyéb szervek felé meglévő kötelezettségek

KSH jelentések – háziorvosi, gondozási stb.
Önkormányzattal szerződés, módosítás, egyéb jelentések, kérelmek a szakmai tevékenységgel összefüggésben
Bíróságok, hatóságok számára igazolások, kórrajzok készítése, kiadása
Felelősségbiztosítóval szerződéskötés, módosítás

12. További szerződéskötések, módosítások, adminisztráció

Mosatás
Veszélyeshulladék-kezelés
Sterilizálás
Takarítás
Rovarirtás

13. Minimumfeltételek biztosítása – eszközök, berendezések nyilvántartása

14. Egyéb