

OTDK-dolgozat

Kovács Zsolt
BA

2013

**TÚLÉLÉS AZ ORSZÁG SZÉLÉN
– FEDEZETSZÁMÍTÁS A SÁTORALJAÚJHELYI ERZSÉBET
KÓRHÁZ
OSZTÁLYOS TELJESÍTMÉNYEIRE**

**SURVIVAL ON THE EDGE OF THE COUNTRY – BREAK EVEN
POINT CALCULATION FOR THE PERFORMANCE OF THE
DIVISIONS OF THE HOSPITAL IN SÁTORALJAÚJHELY**

Kovács Zsolt

Kézirat lezárva: 2012. június 24.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	1
2. A magyar egészségügy vázlatos bemutatása.....	2
2.1 Az egészségügy finanszírozását meghatározó főbb folyamatok	2
2.2. Egészségügy-ffinanszírozás: elmélet és gyakorlati megvalósítás.....	3
2.3. Egészségügy-ffinanszírozás Magyarországon	4
3. Az Erzsébet Kórház bemutatása.....	7
3.1. Történelmi bevezető	7
3.2. Az intézmény jelene	8
3.3. Strukturális problémák	10
3.4. SWOT-elemzés- A jövő	12
4. Osztályos elemzés a főbb mutatószámok tükrében.....	16
4.1. A használt mutatók ismertetése	16
4.2. A részlegek működésének elemzése.....	18
4.2.1. A fekvőbeteg-osztályok összteljesítmény mutatói	19
4.2.2. Főbb osztályos mutatók változásának vizsgálata 2006-2010 között.....	20
4.2.3. Az osztályok 2010-es teljesítménye	28
5. Költség-volumen-eredmény elemzés	29
5.1. Mikroökonómiai alapok	29
5.2. Számviteli megközelítés	30
5.3. Fedezetszámítás, mint az egészségügyi kontrolling eszköze	30
5.4. Osztályos fedezetszámítás	32
5.5. A finanszírozás viszontagságai.....	34
6. Összefoglalás.....	39
7. Mellékletek.....	41
8. Forrásjegyzék	52

Ábra- és táblázatjegyzék

1. ábra Egy ágyra jutó esetszám.....	20
2. ábra Egy ágyra jutó súlyszám	21
3. ábra A CMI változása az országos átlaghoz viszonyítva	22
4. ábra A CMI változása 2006-2010 között	22
5. ábra Az átlagos ápolási idő változása az országos átlaghoz viszonyítva	24
6. ábra Ágykihasználtság változása 2006-2010 között.....	25
7. ábra Teljes ágyszámra jutó bevétel	26
8. ábra Korrigált ágyszámra jutó bevétel	27
9. ábra Ágyszámra jutó bevétel.....	27
10. ábra Fedezetszámítás a Sebészeti Részlegre	33
11. ábra Aktív fekvőbeteg szakellátás TVK- visszaigazolt teljesítmény alakulása 2010. évben	36
1. táblázat A fedezetszámítás eredményei	33
2. táblázat A lakossági és az egészségügyi árindex alakulása	34

1. Bevezetés

Magyar egészségügyi finanszírozási téma tárgyalása minden szempontból hálás feladat. Egészségünk az életminőség egyik legfontosabb meghatározója, emellett a munkaképesség megtartásának szempontjából jelentős gazdasági erőforrás. Piaci kudarcok sora jellemzi az ágazatot, ezért világszerte az állami beavatkozás különböző szintjei valósultak meg. Az ágazat folyamatos forráshiánnyal küzd, így mindig van jogosultsága a javító szándékú elképzeléseknek, reformoknak, elemzéseknek. A problémák a periférián csak még súlyosabbak az alacsonyabb jövedelmek, a munkalehetőségek szűk köre, a rossz körülmények között élő cigány népesség és a fiatalok elvándorlása miatt. Dolgozatomban a sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház részlegeinek és osztályainak a tevékenységét kívánom elemezni. Fő célom a tevékenység megtérülésének szempontjából fedezeti pontot jelentő súlyszám-nagyság megtalálása.

Először átfogó képet szeretnék nyújtani a magyar egészségügy állapotáról főleg a WHO adatai alapján általam készített ábrák segítségével, majd az állami szerepvállalás elméleti példáit és gyakorlati megvalósulásait veszem számba, végül a magyarországi finanszírozás megoldások változásait vázoló fel. Az Erzsébet Kórház bemutatását történeti összefoglalóval kezdem, bemutatom a kórház mikrokörnyezetét és szervezeti struktúráját, majd SWOT elemzés segítségével elemzem az intézmény stratégiai helyzetét. Ezután bemutatom a teljesítmény értékelésére használt fő mutatókat és ezek segítségével összehasonlítást végzek az egyes részlegekre.

Elemzésem fókuszát a fedezetszámítás elvégzése adja. Az elméleti háttér ismertetését követően elvégzem a költségek elhatárolását és a számolást az egyes részlegekre. Célom olyan fedezeti pont megtalálása, amely súlyszám-mennyiség elegendő finanszírozási forrást jelenthet a kórház költségeinek teljes fedezésére, majd megállapítom, hogy a TVK akadályozza-e ennek az elérését. A kapott eredmény könnyen értelmezhető és megbízható, akár a menedzsment számára is megfelelő hivatkozási alapot jelenthet.

2. A magyar egészségügy vázlatos bemutatása

2.1 Az egészségügy finanszírozását meghatározó főbb folyamatok

A XXI. század hajnalára az egészségügynek új kihívásokkal és egyre erősödő finanszírozási nyomással kell megbirkóznia. A várható életkor mindkét nem esetén meghosszabbodott, miközben az egészségügyi kiadások az időseknél életkoruk utolsó 2-3 évében radikálisan megnőnek, az utolsó hónapokban akár exponenciálisan is. (Szabadfalvi, 2004) A könnyebben gyógyítható fertőző betegségek visszaszorulásával párhuzamosan előtérbe kerülnek a hosszú ápolást igénylő, költségigényesebb krónikus megbetegedések. A technológiai fejlődés, a modern diagnosztika jelentősen növeli az ellátási költségeket, hiszen a beszerzés és működtetés mellett még az újonnan felfedezett betegségek kezelését is finanszírozni kell. Továbbá az általános életszínvonal gyors emelkedése a XX. század végén az egészségügy felé is magasabb minőségi elvárásokat támasztott (Baráth, 2008).

A fentebbi folyamatok ellenére Magyarország a költségvetési kiadások kb. 8 %-át fordítja csak az egészségügyre, ez az összeg mind a GDP arányában, mind egy főre számítva az USA dollár vásárlóerő-paritásán még a régióban is a legalacsonyabb hozzájárulásnak számít. Ehhez járul még, hogy az egészségügyi árindex folyamatosan jobban emelkedik a fogyasztói árindexnél, hiszen köszönhetően a magyar gyógyszer és egészségügyi alapanyag beszállítók megszűnésének, ma szinte minden eszközt külföldről kell behozni. Spórolni főképpen a munkabéreken lehet, ezek közép-európai összehasonlításban is borzasztóan alacsonyak. Ennek következménye a fiatalabb orvosok tömeges kivándorlása.

Súlyosbítja a helyzetet, hogy a magyar egészségügy ún. csúcsára állított piramis, ami a finanszírozási arányok rossz elosztását jelenti (Kovács, 2004). Ez megnyilvánul egyrészt abban, hogy a legnagyobb hangsúly a fekvőbeteg ellátásra tevődik és jóval kisebb szerepet játszik a járóbeteg-ellátás (pl. szakrendelés), illetve ennél is kisebbet az alapellátás (pl. háziorvos). Ez az oka a nemzetközi összehasonlításban nagyon magas ágyszámnak. Emellett feltevésünk értelmezhető úgy is, hogy a legtöbbet a drága diagnosztikára és terápiás kezelésekre költjük, miközben kevesebb jut a

szűrővizsgálatokra és csak minimális forrás a prevencióra. Ez is hozzájárul, hogy a magyar emberek jóval átlag alatt jelennek meg a különböző szűrővizsgálatokon és kis hangsúlyt fektetnek a helyes életmódra, ami pedig az egészséget meghatározó legfontosabb tényező (Varga-Hatos, Karner, 2008). Magyarországon az emberek az átlagnál több alkoholt fogyasztanak, és több cigarettát szívnak, ugyanakkor az átlagnál kisebb a túlsúlyos népesség aránya. Az észlelt egészség hihetetlenül alacsony az ellátási minőséghez képest, ráadásul a minőségi ellátás költségvonzataival nincsenek és nem is akarnak tisztában lenni a betegek.

2.2. Egészségügy-finanszírozás: elmélet és gyakorlati megvalósítás

A legfontosabb kérdést az jelenti, hogy hol húzzuk meg a határt a piac szabad működése és az állami beavatkozás között. A közösségi finanszírozás előnye, hogy a méltányossági szempontok előtérbe helyezésével megpróbál egyenlő szintű ellátást nyújtani, biztosítja a társadalmi szolidaritást, az ellátás könnyebben ellenőrizhető és szabályozható, a költségek jobban kordában tarthatóak. A magánfinanszírozás viszont biztosítja az egyén számára a saját preferenciáinak megfelelő szabad választást, a szolgáltatót pedig minél diverzifikáltabb és megbízhatóbb ellátás nyújtására ösztönzi. Továbbá a költségek már nem láthatatlanok a beteg számára, azokat nem harmadik fél fizeti, a páciens már nincs ösztönözve a szolgáltatások túlzott igénybevételére, és az államra se rakódik finanszírozási teher. A valóságban kialakult rendszerek e két végpont között igyekeztek megtalálni a számukra legkedvezőbb finanszírozási formát (Németh, 2011).

A szovjet Szemaskó modell célja térítésmentes egészségügyi ellátás biztosításával az egyenlőség szavatolása volt a költségvetésen keresztül, adóalapon történő finanszírozás segítségével. Azonban a piac kizárása és a központi tervezés strukturális és finanszírozási problémákhoz vezetett, az ellátási színvonal romlása növelte az egyenlőtlenségeket, megjelentek az informális kifizetések a rendszerben.

A német Bismarcki modell társadalombiztosítási finanszírozáson alapul. Ingyenes orvosi ellátást és széleskörű szociális szolgáltatásokat (pl. táppénz, rokkantsági nyugdíj) biztosít, ám a társadalom öregedésével párhuzamosan egyre inkább az egyensúlytalanság és a finanszírozási problémák jellemzik.

Az angol Beveridge rendszer az 1948-ban létrejött, állami tulajdonú National Health Service (NHS) intézményén alapul. Mindenki számára ingyenes ellátást nyújt angol lakóhely vagy minimum 12 hónapos megelőző angliai tartózkodás feltételével. A rendszer alulfinanszírozott és hosszú várólisták jellemzik.

Az amerikai rendszer a magánbiztosítókra épül, az állam csak korlátozott szerepet játszik. A méltányosság érdekében két segélyszervezetet, az öregek részére szánt Medicare és a szegényebb rétegeknek szóló Medicaid intézményét hozta létre, azonban egészségügyi kiadásai így is a legjelentősebbek közé tartoznak nemzetközi összehasonlításban.

2.3. Egészségügy-finanszírozás Magyarországon

A magyar egészség jelenleg főleg a Bismarcki modellt követi, illetve a Szemaskó modell örökségét is magán viseli. 1993-ig bázisfinanszírozás (ún. globális költségvetés elve), majd utána teljesítményfinanszírozás jellemezte a rendszert. A két finanszírozási technika között a legfontosabb különbség az, hogy hova helyezik a finanszírozási kockázatot a szolgáltató és a finanszírozó között (Masszi, 2010). Teljesítményfinanszírozás esetén a kockázatot a finanszírozó viseli, mivel a teljesítmény gyors növekedése esetén is biztosítani kell a szükséges forrásokat. Bázisfinanszírozás esetén egy éves, különböző adatok pl. ágyszám alapján meghatározott összeget kapnak havi bontásban a kórházak, ilyenkor ők viselik a kockázatot, ezért felmerülhet a betegek alulkezelésének a veszélye, illetve a betegforgalom hirtelen megnövekedése (pl. járvány, háború, tömegbaleset, természeti katasztrófa) súlyos finanszírozási problémákhoz vezethet. Hasznos lehet ugyanakkor, hogy a bázisfinanszírozás során egy fix összeget állapítanak meg, és az ebből fakadó könnyű és biztos tervezhetőség válságos gazdasági helyzetben pozitívumot jelenthet. Ugyanakkor nem veszik figyelembe az összeg meghatározásakor sem az ellátások számát, sem annak ingadozását, sem az egyes esetek súlyosságát. Így a modern egészségügyben önmagában, hosszútávon nem alkalmazható finanszírozási formát jelent.

1993-tól teljesítményfinanszírozási rendszer váltotta fel a bázisfinanszírozást. A rendszerben az ellátott járó betegekkel kapcsolatos orvosi beavatkozásoknak pontértéke van (ún. német pont), míg a fekvőbetegként ellátottak a betegség típusától és az

elvégzett beavatkozásoktól függően homogén betegcsoportba kerülnek besorolásra, melynek egy meghatározott súlyszáma van. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) az egészségügyi kassza függvényében megállapítja egy súlysám, illetve egy német pont értékét.

Ahogy a HBCS mintájául szolgáló, a Yale Egyetemen az 1960-as években kifejlesztett DRG rendszert is kezdetben teljesítmény-monitorozásra használták, és csak 1983-tól vezették be a kórházakban, mint finanszírozási rendszert, úgy a HBCS alkalmazására is 3 fő fázisban került sor (Boncz, Nagy 2003). 1992-ben minden szolgáltató térítésmentesen számítógépekhez juthatott, így elkezdődhetett az első szakasz. Az előkészítés az informatikai háttér kialakításával, a költségek elemzésével és a betegcsoportok kialakításával telt. A második fázisban 1993. július 1-jétől megkezdődött a rendszer gyakorlati alkalmazása, ám a kórházak költségvetési helyzetüktől függően eltérő Ft/súlysám arányban kerültek finanszírozásra. Ez lehetőséget adott az egyenlőtlenségek kiegyensúlyozására és időt a felkészülésre. 1998 februárjától az országos egységes alaplíj megjelenésével elindult a harmadik fázis is.

A HBCS rendszer akkor működik megfelelően, ha a teljesítményt megfelelően mérni tudjuk, az elosztást folyamatosan ellenőrizzük, illetve az új eljárások és gyógymódok költségvonzatával is kalkulálunk. Éppen ezért a rendszer hiányosságára vall, hogy sokszor azért kapott alacsonyabb finanszírozást a szolgáltató, mert az alapbetegségek mellett nem tüntettek fel szövődményeket, vagy éppen az adott orvos adminisztratív túlterheltsége okán hiányos információk kerültek a rendszerbe (Lóránth 2011). Emellett a rendszer hibája még, hogy nincs tekintettel az ellátás körülményeire, mint pl. az intézmények egyéni adottságai (eltérő működési költségek, fűtés, világítás, épület építési szerkezete, állaga, kora). Ahogy az intézmények megismerték a rendszert, a lejelentett teljesítmények az OEP felé ugrásszerűen megnövekedtek. Ennek egyik oka a hamis jelentések, illetve a jövedelmezőbb osztályok túlpörgetett tevékenysége. Másrészt az orvosok egyéni érdekei is megjelennek. (Kiss, 2009).

Az egészségügy fordított piac. Egyrészt az új ellátások megjelenése teremt meg új igényeket, másrészt a betegek száma összefüggésben áll az orvosok számával. Ha egy osztályon 2-3 szakorvos dolgozik, azok egy bizonyos mennyiségű betegszámnál többet nem tudnak ellátni. Egyrészt evidens, hogy idejük, energiájuk korlátozott, másrészt

viszont már az eddig ellátott betegszám is kényelmes megélhetést biztosít, nincs szükség további teljesítményre. Ha azonban az elképzelt osztályunkon dolgozó szakorvosok száma megduplázódik, egyrészt a megnövekedett kapacitások növelik meg az ellátott betegek számát, másik oldalról viszont az ellátható betegek is megszorodnak, hiszen az orvosok igyekeznek az aszimmetrikus információkat kihasználva klientúrájukat és (sokszor illegális) bevételeiket növelni, így az enyhébb problémákkal küszködőket is magasabb szintű ellátásban részesíteni (pl. szakmailag indokolatlan műtétek).

A teljesítmények indokolatlan túlpörgetése tehát egyéni és intézményi célokat is szolgálhat. Erre válaszul 2004-ben bevezetésre került a teljesítményvolumen-korlát (TVK) (Ajtay, 2008). Az új rendszerben megállapítanak egy bázis teljesítményt (2004-ben a 2003-as lejelentett értékek 98%-a) és az efölötti részt csak töredékértéken finanszírozzák, 5%-os túllépésig 0%-ot, 10%-ig 30%-ot, e fölött pedig 10%-t. 1 németpont értékét ekkor 1 Ft-ban, 1 súlyszámét pedig 100 000 Ft-ban határozták meg, míg egy krónikus nap ellátása 3500 Ft- napidíjat ért. 2006 júniusában megszűnt a TVK feletti teljesítmények díjazása, ugyanakkor erre az időpontra a németpont értéke már 1,36 Ft-ra, egy súlyszámé 136000 Ft-ra, a krónikus napidíj pedig 4900 Ft-ra nőtt. 2009 áprilisára ezek az értékek tovább nőttek, ám a kórházak csak előző évi teljesítményük 70%-áért kaptak finanszírozást (ún. előre meghatározott alapidíjjal finanszírozott teljesítmény – EMAFT), a maradék 30% után pedig lebegő finanszírozásban részesültek, vagyis a zárt egészségügyi kassza megmaradt forrásait osztották szét a kórházak között teljesítményeik arányában. A módszer bizonytalanná tette a kifizetéseket és nem volt tekintettel a kórházak különböző külső adottságaira sem. 2009 decemberében visszaállították a TVK-t, 2011 januárjától pedig újra díjazzák a TVK feletti teljesítményt. Jelenleg a többletteljesítmény 10%-ig, 30%-os, 20%-ig pedig 20%-os nagysággal kerül elszámolásra. Egy németpont értéke 1,5 Ft, egy súlyszámé 150 000 Ft, egy krónikus nap alapidíja pedig 5600 Ft.

3. Az Erzsébet Kórház bemutatása

3.1. Történelmi bevezető¹

Sátoraljaújhely települését a Ronyva-patak partján alapították, a mai szlovák határ mentén. Városi rangra 1261-ben V. István király emelte, ezután a terület gyors fejlődésnek indult és a történelmi Zemplén vármegye központja lett. Innen indult 1697-ben a Rákóczi-szabadságharcot előkészítő hegyaljai felkelés, itt tanult és Zemplén vármegye képviselőjeként dolgozott Kossuth Lajos, a környéken született és élt Kazinczy Ferenc. A várost a trianoni békediktátum értelmében kettészakították.

A szervezett egészségügyi szolgáltatások nyújtása Sátoraljaújhelyen a XIX. század első harmadában kezdődött meg. Zemplén vármegye tisztviselői kara alapítványt szervezett kórház kialakítására 1803-ban, a napóleoni háborúk idején. Melczner Pál vármegyei főorvos felügyeletével elmegondozó létesül kezdetleges pszichiátriai ellátás végzésére, majd 1833-ban megalakult a mai Erzsébet Kórház jogelődjének számító alapítványkórház 10 ágyas férőhellyel, ezzel megkezdődött a sátoraljaújhelyi kórház mára már több mint 170 éves története. A kórház egyre bővült, 1842-ben 122, 1847-ben a szabadságharc hajnalán pedig már 666 beteg részesült itt ellátásban. A szakmai színvonal a kor viszonylatában dr. Steiner Sándor 1841-es kórházi kinevezése és 1863-as halála között érte el csúcspontját. 1847 februárjában orvostudományi eseményként az országban először végeztek csonkítást éter használatával. A XIX. század alkonyán a dualizmus békés éveiben fejlődött az orvostudomány és szélesedett az állami ellátások köre is. Ez alapján 1890-től új kórház építésébe kezdtek Hübner Jenő tervei alapján, ami 1905-ben befejeződött, és ez év május 1-én ténylegesen is megnyílt a Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház 206 kórházi ágygal. Az ágyszám folyamatosan növekedett, 1911-ben már 311 ágyon gyógyítottak ugyanakkora területen. 1925-től az ötvenes évek elejéig folyamatos a bővülés, laboratórium, szülészeti pavilon, fül-orr-gégészet, bőrgyógyászati, illetve csecsemő- és gyermekosztály indul. Az elkövetkezendő húsz évben a kommunista vezetés alatt a kórház fejlődése megáll, és csak 1975-től folytatódik a rekonstrukció. A kórház a támogató szolgáltatások minél szélesebb körét építi ki állami pénzekből, az új rendelőintézet mellett kazánház, konyha, mosoda és új

¹ A fejezet lényegesen támaszkodik a kórház honlapján leírtakra

bérlakások épülnek. 1981-ben déli, 1990-ben pedig új északi pavilon épül, mellyel a kórház elnyeri mai formáját.

3.2. Az intézmény jelene

Az Erzsébet Kórház önálló jogi személy, intézmény tulajdonosa Sátoraljaújhely Város Önkormányzata, szakmai felügyeleti szerve a megyei ÁNTSZ. Finanszírozása három fő forrásból történik: a működési költségeket az OEP finanszírozza a jelentett teljesítmény alapján, a fejlesztési és beruházási költségeket jelenleg még az önkormányzat állja, illetve jelentős kiegészítő forrást jelentenek a minisztériumi és EU-s pályázatok is.

A kórház élén az igazgató főorvos áll, akit Sátoraljaújhely Város Képviselő Testülete nevez ki. A felső vezetéshez tartozik még az általános igazgató-helyettes, az orvos-igazgató, a gazdasági igazgató, illetve az ápolási igazgató. A gazdasági igazgató felügyeli a Finanszírozási osztály (Informatikai és Kontrolling csoportok) és a Gazdasági ellátó osztály (Pénzügy, számviteli csoport, Anyag- és eszközgazdálkodási csoport és Humánerőforrás-gazdálkodási csoport) működését. A gazdasági igazgató helyettese alá tartozik a Műszaki és az Élelmezési osztály. Az ápolási igazgató az ápolási szaktevékenységért felel. Az orvos-igazgató alá tartozik szinte a teljes szakmai ellátás.

A kórház könnyen megközelíthető vonattal, a vasútállomástól pedig busszal vagy taxival, emellett az EU-s forrásokból történő útfelújítás lehetővé tette, a városközponti sétálóutca kialakítása pedig kikényszerítette a sűrűbb személygépjármű-forgalmat a kórház környékén. A sürgős eseteket az Országos Mentőszolgálat helyi képviselete szállítja a kórházba, a távolsági szállítást pedig a Samaritanus Mentőszolgálat Kft. biztosítja. A kórház ápolói állományának megfelelő utánpótlást jelent, hogy a helyi Kossuth Lajos Gimnázium 1971-ben egészségügyi szakképzéssel bővült ki. Az alapozó tárgyakat belsős oktatók tanítják, ám a szaktantárgyak oktatásában már a Kórház szakorvosai is részt vesznek.

A közelmúltban nagyobb változások történtek: 2010-ben a Kórház megnyerte a TIOP-2.2.4/09/1 sorszámú pályázatot, így az Európai Regionális Fejlesztési Alap és a Magyar Állam közös finanszírozásával mintegy 1,5 milliárd Ft összegű strukturális átalakítás kezdődött meg a kórházban. 2011. október 3-tól indultak meg a bontási, majd az építési

munkák, melyek jelenleg is tartanak. A beruházás során az osztályok részleges áthelyezésével párhuzamosan a pavilonok száma eggyel csökken, így egyszerűsödik az intézményi struktúra. Ez nem föltétlenül jelent ugyanakkor hatékonyabb működést.

Először is azért, mert a gazdaságosabb működést egy mátrix-struktúra alkalmazására alkalmas épület létrehozása jelenthetné, ám a mátrix-szervezet létrehozására (mint a későbbiekben bővebben kifejtem) eddig sem voltak meg a tárgyi és szakmai feltételek, ráadásul a törvényi előírások változása országos szinten fogja megszüntetni ezt a szervezeti formát az egészségügyi ellátásban.

Másrészt meg kell említeni a pavilon-rendszer gyengeségeit. Ez a tradicionális forma annak köszönhetette a létrejöttét, hogy a régi, alacsonyabb tudásszintű és technológiai ellátási környezetben sokkal nagyobb volt a fertőzésveszély. Hátránya azonban, hogy az osztályok elszigeteltségét erősíti és nehezíti az intézményen belüli logisztikai folyamatokat (pl. beteg, szakmai anyag, élelmiszer és gyógyszer szállítás). A hasonló tevékenységű osztályok nem hagyatkozhatnak egymás szabad ágyaira, ami rugalmatlanná teszi az ágygazdálkodást. A költségek megvágásakor, a gazdaságosabb működés érdekében divatos megoldássá vált az osztályos ágyszám leépítése. Ez azokban sokszor jóval kisebb mértékben csökkenti csupán a költségeinket, mint az a menedzsment terveiben szerepel. Attól, hogy egy hat ágyas szobából három ágyat kivesszünk, csupán a szoba válik komfortosabbá, hiszen változatlan nagyságú teret kell fűtéssel, világítással stb. ellátni. Jóval komolyabb költségcsökkentő hatást lehetne elérni egy tömbkórház létrehozásával, ami a mátrixstruktúra infrastrukturális adottságait is megteremthetné. Ehhez azonban most már egyrészt a törvényi, másrészt pedig a pénzügyi feltételek sincsenek meg. Eredeti elképzelés szerint a működési költségeket az OEP, a beruházási költségeket pedig a helyi önkormányzatnak kellene finanszíroznia, ám az önkormányzat súlyos adóssága miatt a beruházásokra fordított összegek fedezetét is az OEP bevételek jelentik, nagyobb, átfogó beruházásokat csak EU-s támogatások megpályázásával lehet véghezvinni. Ezek azonban (részben a magas összegre tekintettel) nagyon korlátozott feltételek mellett kerülnek meghirdetésre. Hiába felelne meg tehát a céloknak esetleg jobban egy kis tömbkórház felépítése, a támogatások felhasználásának kötöttsége erre nem ad lehetőséget.

Tovább árnyalja a képet, hogy a fejlettebb országokban már újra kezd visszatérni a pavilon-rendszer a monoblokkos struktúrával szemben. Ennek fő oka, hogy ezekben az országokban a kórházak biztosabb anyagi háttérrel rendelkeznek a fejlesztések és beruházások támogatására. Ebben az esetben előnyt jelent, ha a különböző részlegek nem egy tömbben vannak, mert bizonyos egységeket (műtő, labor, képdiagnostika) jóval gyakrabban kell felújítani, mint másokat és így rendszeres fejlesztések esetén az épületek különállása költséghatékonyabb megoldást biztosít.

Összességében viszont, mivel a sátoraljaújhelyi kórház egy vidéki, kevésbé modern, alacsonyabb ellátási szintet biztosító és gyengébben finanszírozott intézmény, egyszerű tömbkórházként alacsonyabb operatív költségekkel és rugalmasabb ágykihasználással működhetne, mint jelenlegi formájában, azonban ilyen mértékű váltásra nem adottak a feltételek és a jelenlegi nagyberuházás ténye sem ebbe az irányba mutat.

3.3. Strukturális problémák

Az intézet jelenleg 396 ágygal működik a férőhelyek csökkentésének tendenciájából következően, ebből 318 aktív ágy és 78 krónikus ágyként üzemel. A belgyógyászati Mátrixhoz 153, a sebészeti mátrixhoz pedig 87 ágy tartozik, ezt egészíti ki még 78 egyéb aktív és ugyanennyi krónikus ágy. A kórházi ágyak száma Magyarországon egy főre vetítve a nemzetközi átlagnál jóval magasabb értéket ad, fő tendencia ennek a csökkentése a működési költségek megspórolásának céljából. Így egyre fontosabb szerepet kap a meglévő ágyszám minél optimálisabb kihasználása, ez kényszerített ki az országban egyre több kórház esetén a mátrix-struktúra kialakítását, ha nem is az egész szervezetre, de legalább egy részére. Az Erzsébet Kórház által szervezett mikromátrix-struktúrák viszont kényszerintézkedés szüleményei, a valós mátrixjellemzőket nem viselik magukon.

A mátrixszervezet az elméletben egy kétdimenziós struktúra, mivel kétféle munkamegosztási elvet érvényesít egyszerre. Legtöbbször a hagyományos funkcionális elhatárolást egészíti ki termék, vevő, régió vagy egy másfajta funkcionális elhatárolás. Mindkét dimenzióknak saját vezetői vannak, akik közös erőforrásaikra támaszkodnak, ám teljesítményük könnyen elhatárolható és más sikerkritériumokkal ítéltető meg. A mátrix metszéspontjában történik a problémamegoldás, a közös érdekek

összehangolása. Éppen ezért fontos az egymás érveire való nyitottság és az együttműködő hozzáállás. A mátrixvezető (pl. igazgató) feladata a harmonikus munkafeltételek, az egyenlő lehetőségek és a döntéskényszer biztosítása, a veszekedés és egymásra mutogatás elkerülése.

A mátrix kórház-szervezet esetén a funkcionális munkamegosztást tárgyi elvű egészíti ki, a szervezet működése során egy időben érvényesülnek a funkcionális és tárgyi szemléletű irányítás elvei. A vertikális vonalon a nővéri ellátás, a diagnosztika, az ambulanciák, a műtők, hotelszolgáltatások, stb. helyezkednek el, míg a horizontális vonalon az egyes klinikai szakok (Atkány, 2009). A mátrix kórház kialakításának törvényi háttérét, feltételeit az egészségügyi miniszter a 24/2000 Eü. M rendeletben és a 21/1998-as Eü. M rendelet módosításával teremtette meg. A funkcionális szervezet mátrix-szervezetté válása során csökkennek a hierarchia-szintek, a középvezetés súlya, a döntési jogkörök decentralizálódnak, a szervezet rugalmasabbá válik. Ugyanakkor a mátrixot még az erőteljes szabályozottság és dokumentáltság is jellemzi, ahol pl.: az orvos a nővérnek szigorúan csak írásban adhat utasítást, emellett mindent dokumentálni kell, pont a kettős vezetettség miatt.

Bár a magyar egészségügy területén még gyerekcipőben jár a mátrix-struktúra, elterjedése és fejlődése folyamatos, mivel javítja a költséghatékonyságot és a betegellátás minőségét a konfliktusok árán. Legtöbbször az aktív fekvőbeteg-ellátás bizonyos osztályaiból szerveznek mátrix-szervezetet, a krónikus osztályok továbbra is funkcionális elvek szerint működnek.

Az Erzsébet Kórház a struktúraváltást jóval praktikusabb szempontok alapján döntötte el. 2005-ben a folyamatos ágyszám-csökkentésekre adott válaszként szükségessé vált az ágykihasználtság optimalizálása. Amennyiben az adott részleg ágyai megteltek, a pácienszt át lehetett küldeni a másik részlegre. Emellett míg a funkcionális struktúra esetén az OEP az ágyak 100%-os telítettségén túl már nem finanszírozott, most a mátrix részlegein belül áthelyezett betegek után is kapott pénzt a kórház. Fontos indok volt még az égető szakorvoshiány. Az intézmény nem tudott 3 orvost kiállítani pl. a szemészet vagy a fül-orr-gégészet működtetéséhez, csak egyet, ugyanakkor az átszervezés után a létszámkorlát már nem az egyes részlegekre, hanem a teljes mátrixra számított csak, így osztályokat sikerült megmenteni a bezárástól.

A két kialakított mátrixszervezet a belgyógyászati mátrix (a belgyógyászat, neurológia, reumatológia és bőrgyógyászat összeolvadásával) és a sebészeti mátrix (a sebészet, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat és szemészet kapcsolódásával), miközben a központi intenzív és az akut pszichiátria működése hivatalosan is az osztályos keretek között maradt. A valóságban azonban egyik struktúra sem épült ki teljesen. A sebészeti mátrix részlegei területileg is el vannak választva, és bár a belgyógyászati mátrixhoz tartozó szakmák összeköltöztek az Északi Pavilonba, a szerkezet ott is ugyanúgy a funkcionális maradványokat hordozza tovább. Van egy részlegek felett álló mátrixvezető, ám ezt a funkciót az éppen domináns részleg vezetője szokta betölteni. A különbség pusztán annyi, hogy míg a részlegvezetői posztot az igazgató jelöli ki (régén az osztályvezetői posztra pályázni kellett), addig a mátrixvezetői titulust pályáztatják. A funkcionális dimenzió melletti másik dimenzió lényegében ki sem alakult, pl. külön ápolók tartoznak a bőrgyógyászathoz és a reumatológiához. Történt próbálkozás az összevonásra, ám ezt hatalmas szervezeti ellenállás követte.

Fontos kiemelni, hogy míg a régi funkcionális működés szerint az egyes szakmák osztályonként tömörültek, addig a mátrix-struktúra esetén elméletben egy mátrix jelentene egy osztályt és szakmák szerinti részlegekről beszélhetünk. A megnevezés tekintetében a dolgozat következő részeiben nem mindig jártam el teljes következetességgel, a két megnevezés néha egymást váltja, ennek oka egyrészt a tökéletlen mátrix-szerkezet, másrészt az osztály kifejezés berögződése, a kórház belső dokumentumaiban is gyakran osztályként jelennek meg a fent említett részlegek.

3.4. SWOT-elemzés- A jövő

A SWOT elemzés adott vállalat, iparág erősségeit és gyengeségeit elemzi, melyek belső tényezőkből fakadnak, majd ezt követően kísérli meg a külső környezet által kínált lehetőségeket kihasználni és veszélyeket elkerülni. Lényege a belső adottságok feltérképezése után a legmegfelelőbb stratégia kialakítása a környezet kihívásainak válaszára. (Chikán,2008)

Az Erzsébet Kórház talán legfontosabb erőssége a kitűnő versenypozíció. A környéken csak járóbeteg-szakellátás történik, kórház legközelebb 90 km-re, Miskolcon van. A kórház rendelkezik a szükséges részlegekkel, osztályokkal, egyes progresszivitási szintű

ellátás nyújtására képes. A Kossuth Lajos Gimnázium, Szakközépiskola és Kollégium szakképzése biztosítja a kellő mennyiségű, szaktudású és elhivatottságú szakápolót. Az orvosi garnitúra is magas szintű szakértelmet képvisel, ezt bizonyítja pl. a kártérítési perek alacsony száma. Várólista létezik ugyan, de ez átlátható (elérhető az intézmény weboldalán) és rövid, maximum 1 hónapnyi várakozást jelenthet, hacsak a beteg nem kíván későbbi ütemezést. A megfelelő számú és korszerű, viszonylag fiatal (5-7 évnél nem idősebb) diagnosztikai és operatív eszközök és berendezések is rendelkezésre állnak, bár önkormányzati finanszírozás híján ez sokszor pályázati pénzből (az önkormányzat maximum az önrész kifizetéséhez járul hozzá) vagy az OEP-től kapott, a működési költségek fedezetére szánt bevételből történik. Szintén támogatásból történt meg a modern kórházi informatikai rendszer teljes körű kiépítése, az operatív működést integrált vállalatirányítási rendszer, az CT-EcoSTAT segíti. Kiemelendő még az épületek átlagosnál kedvezőbb állapota, a pavilonok átlagosan 20-30 éve épültek, ez főleg más kiskórházak omladozó, néhol balesetveszélyes épülettömbjeihez viszonyítva jelenthet komolyabb értéket.

A legmeghatározóbb gyengeség a pénzügyi források alacsony szintje, főképp tényleges önkormányzati finanszírozás hiányában. Ehhez társulnak a különböző makrokörnyezeti problémák, mint a régió általános fejletlensége, az alacsony bérszínvonal, rossz szociális körülmények, illetve az ellátandó népesség etnikai összetétele, a szegény körülmények között élő cigányság nagy súlya. A gyengén szervezett tömegközlekedés megnehezíti a dolgozók munkába jutást, de a Bodroghöz területéről a betegek kórházba jutás is körülményes. Az alkalmazottak utazási támogatásra nagy összeget szükséges fordítani. Ezek a problémák nagyrészt a kórház és a vidék perifériális elhelyezkedéséből fakadnak. Míg helyben végzett szakápolókkal jól ellátott a kórház, addig hiány van a diplomás ápolók és szakorvosok terén. Ez a hiány kényszerítette ki a mátrixstruktúrát, enyhítése több osztályon és szakrendelésen, máshol is dolgozó orvosok részmunkaidős foglalkoztatásával történik. Ez a réteg azonban sokkal mobilisebb a helyi orvosoknál, éppen azért nagy köztük a fluktuáció. Bizonyos eszközök vagy rendelők nincsenek teljes körűen és szakszerűen kihasználva, a kapacitások időnkénti bérbeadása (pl. egyéni vállalkozó szakorvosoknak) viszont nehézkes a kellő fizetőképes kereslet hiányában. Szintén körülményes a kórház kiegészítő tevékenységeinek (pl. ételmezés, takarítás, informatika) kiszervezése, egyedül a mosást végzi külső cég. Ennek fő oka a múltbeli rossz tapasztalatokra vezethető vissza. Az ezredforduló tájékán ezeknek a

szolgáltatásoknak az átvállalását a Dussmann Kft. kezdte meg több kórháztól, így a Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórháztól is. Ez a cég az egyes kórházakkal különböző szerződéseket kötve változó minőségű szolgáltatást nyújtott. Eleinte jó minőséget képviselt (pl. kicserélt, egyenruhás takarító szolgálat), ám a kórház fizetési nehézségeinek megjelenésével folyamatosan csökkentette a szolgáltatások minőségét, míg végül a kórház (adósságkonszolidációjával párhuzamosan) felbontotta a szerződést és újra saját keretek között szervezte meg az előtte kiszervezett kisegítő szolgáltatásokat. Lehetséges, hogy egy országosan működő szervezet, azonos feltételekkel bíró szerződéseket kötve nyereségesen és jobb minőséggel tudná a fent említett feladatokat ellátni, ám jelenleg célszerűbb saját szervezeten belül ellátni ezeket, még ha jócskán eltérnek is az intézmény alaptevékenységétől és ez által kevésbé hatékonyan kerülnek is ellátásra. Fontos megjegyezni még az adminisztrációs nehézségeket, bár a CT-EcoSTAT szoftver javított a hatékonyságon, a számlák kezelése, az utalványozás még mindig papíralapon zajlik, jelentős terhet róva a gazdasági osztályra.

A kórház a külső környezet alakulásának köszönhetően több lehetőség előtt áll, azonban még rengeteg a kérdőjel. A kórházak államosítása több lépcsőben történik 2011 őszétől kezdődően. Ez hatékonyabbá teheti a rendszert az önkormányzati lobbik kiiktatásával, ám az állami pénzekhez való közvetlen hozzájutás feltételei befektetési vagy pályázati célokra még homályosak. Sok a változó tényező az új Pavilon felépítésével kapcsolatban, a helyes szervezés egyszerűsítheti a betegutakat és költséghatékonyabbá teheti az intézményt. Az érvényes szabályozás súlyponti kórházként tartja számon az intézményt, ez biztosítja a magasabb progresszivitási szinten zajló munkát és a régió betegállományának megtartását. Emellett a kórház is eséllyel indul a különböző pályázatok során periférikus elhelyezkedése okán.

Az intézményt fenyegető veszélyek a változtatások átgondolatlan kivitelezéséből fakadhatnak. Az egységes és világos egészségügyi koncepció hiánya, a szabályozás kiszámíthatatlansága alapvetően káros tényező, az államosítás során a központi érdekek előtérbe kerülése pedig gyengítheti a határ menti kórház forrásait. Az új építkezés pedig rossz szervezés esetén növelheti a működés költségeit és nem oldja meg a pavilonrendszerrel kapcsolatos problémákat (pl. a betegek, az élelmiszer- és szakmai anyagok szállítási nehézségei, a szervezeti struktúra problémái). A régiós problémák

viszont biztosan továbbra is sújtani fogják a kórházat. Az orvosok elvándorlása miatt alig várható új szakorvos, aki rendes munkaidőt is vállalna akár. A strukturális változtatások sokszor buknak el az ápolási vagy a gazdasági személyzet ellenállásán, a munkaerő-állomány pedig nehezen változtatható a közalkalmazottak jogi védelme és a fiatal, diplomás munkaerő-kínálat hiánya miatt.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a kórház fontos változások előtt áll. Kritikus a menedzsment szerepe, hiszen egyrészt az államosítás során képviselni kell a kórház érdekeit, az kórházat, mint a régió, egyetlen és pótolhatatlan fekvőbeteg-intézményét bemutatni és további forrásokra szert tenni. Az új beruházás során az osztályok és a részlegek vezetőinek magánérdekeit kell konzultációs folyamat keretében a kórházi érdekek alá rendelni, emellett fokozatosan megtörni a dolgozói ellenállást és strukturális változásokat kiharcolni. Továbbra is fokozott erőt kell kifejteni szakorvosok felkutatására és munkába állítására, illetve a megfelelő pályázatok kiválasztására és igénybevételére.

4. Osztályos elemzés a főbb mutatószámok tükrében

4.1. A használt mutatók ismertetése²

Az egészségügyi szakellátás két fő területe a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás. A járóbeteg-ellátás intézményi ellátást nem igénylő betegségek gyógyításával foglalkozik. Jelentheti a szakorvos eseti meglátogatását vagy krónikus betegség esetén akár rendszeres havi, éves vizsgálatot, kontrollt (pl. havonta felírandó gyógyszer vagy súlyos műtét utáni felépülés esetén). Jelenthet megelőző vagy éppen rehabilitációs tevékenységet, szükség esetén a beteg diagnosztikai vizsgálat elvégzésére vagy fekvőbeteg-ellátás igénybevételére továbbküldhető.

A fekvőbeteg-ellátás a beteg folyamatos orvosi felügyeltét biztosítja, igénybevétele történhet sürgősségi ellátás indokával vagy tervezetten, ez esetben beutaló és esetenként előzetes helybiztosítás alapján. Az ellátás történhet aktív vagy krónikus módon. Előbbi esetén az ellátás időtartama tervezhető és a cél a beteg egészségi állapotának minél előbbi helyreállítása, vagy legalább az állapot romlásának a megállítása, míg utóbbi esetben az ellátás befejezése nem határozható meg előre, időben elnyúlik.

A járóbeteg-ellátási tevékenység elemzésénél figyelembe vesszük a beteg megjelenések számát (esetszám), az elvégzett orvosi beavatkozások számát, valamint ezek értékét a finanszírozás alapjául szolgáló németpont összeg alapján. Minden egyes ellátandó tevékenységhez tartozik egy németpont érték, mely költség számítás alapján lett meghatározva. A TVK mértékéig jelenleg minden németpont 1,5 Ft-nyi finanszírozást jelent az intézmény számára. A teljesítménymutatók mellett kapacitásmutatók is számolhatók, mint pl. a rendelő területe, orvosok és nővérek, eszközök és gépek száma stb.

A fekvőbeteg-ellátás legegyszerűbb teljesítménymutatói az elvégzett beavatkozások, műtétek, távozó betegek száma. Ezek nagyon a heterogén adatok, a finanszírozás alapját a történeti ismertetőben már megjegyzett HBCS rendszer képezi. Az ellátási eseteket

² A fejezet lényegesen támaszkodik az Egészségpolitikai Fogalomtárban leírtakra

szakmai összetettségük és erőforrásigényük alapján csoportokba osztják, melyhez egy adott súlyszám tartozik. 1 súlyszám a TVK keretéig jelenleg 150 000 Ft bevételt jelent. Minden homogén betegségcsoportnak van egy alsó és egy felső ápolási határnapja. E két érték között található az ún. normatív finanszírozási nap is, ez egy meghatározott átlagidőtartam a csoportba tartozó tevékenységekre. Szerepe van pl. az osztályok vagy kórház között áthelyezett betegek esetében, ahol közös ápolás esete jön létre, és a finanszírozás is közös, de amennyiben az áthelyezés az alsó határnap alatt történt az áthelyező osztály csak töredékfinanszírozásban részesül. Az alsó határnapot el nem érő, vagy a felső határnapot meghaladó időtartam alapján az intézmény részfinanszírozást kap. Előbbi esetben a normál súlyszámnak az alsó határnappal vett hányadosát szorozva a teljesített napszámmal kapjuk meg a finanszírozás mértékét, míg a felső határnapon túl nyúló ún. hosszú napok után a kórház napdíjban részesül. Ez egy kisebb összeg, amivel az OEP részt vesz ugyan a finanszírozásban, de nem támogatja, és nem ösztönzi a túlápolást.

Fontos elkülönítenünk a különféle esetszámok meghatározásait. Az osztályos esetszám az adott osztályon kezelt betegek számát adja meg egy meghatározott időszakban. Ennél az áthelyezések és elhalálozások miatt szinte mindig kisebb a kiírt betegek száma, ezt az adott osztályról elbocsátott betegeket jelenti. A finanszírozott esetszám szintén kisebb az osztályos esetszámnál, hiszen egy beteg kezelése egy finanszírozási esetet jelent, viszont több osztály munkáját is igénybe veheti, így több osztályos esetet foglalhat magában. Finanszírozási és pénzügyi veszteséget okoznak a garanciális szabály alá tartozó esetek, vagyis azok az elbocsátott betegek, akik szövődmény vagy újabb betegség miatt a felső határnapon belül ismételten intézeti felvételre kerülnek, mivel csak egy ápolási eseményként kerülnek finanszírozásra.

Az ápolási napok nagyságát törvényileg 24 órás időtartamúnak határozták meg, de nincsenek tört napok (az ellátás kezdete és a távozás együtt számít egy napnak, illetve egyéb esetben, pl. 24 órán belüli halál felfele kell kerekíteni). Adott hónapra a teljesített ápolási napok számát aktív ellátás esetén az eltávozott betegek ápolási napjainak, krónikus ellátás esetén pedig az adott időtartam alatt eltávozó vagy a teljesítmény jelentéskor még kezelés alatt álló fekvőbetegek ápolási napjainak összegeként határozhatjuk meg. Ezzel jól összemérhető a teljesíthető ápolási napok száma, ami adott

időszak (pl. hónap) alatt eltelt naptári napok számát szorozza a kórház működőképes ágyainak számával.

A teljesített és a teljesíthető ápolási napok hányadosaként megkapható relatív teljesítménymutató az ágykihasználtság. Nagysága fakadhat a kezelt betegek tömegének vagy a kezelés időtartamának nagyságából is. A 100%-os ágykihasználtság egyrészt teljesíthetetlen, másrészt nem is optimális, hiszen a szezonális ingadozások vagy a betegforgalom változása miatt sok beteget nem lehetne ellátni. Magyarországon átlagosan 75 és 85 % körül ingadozik ez az érték, azonban mivel ezeknek az ágyaknak a megtartása a finanszírozás miatt a kórházak érdekében áll, a szolgáltató sokszor mesterségesen is törekszik az ágyak feltöltésére (Dr. Kincses et al, 2003). Az ország fejlettebb nyugati részeire alacsonyabb, az elmaradott keleti részekre magasabb ágykihasználtság jellemző, főként a jobb egészségügyi állapotnak és kedvezőbb szociális körülményeknek köszönhetően. Emellett a betegek régiók közti migrációja a magyar egészségügy meghatározó jellemzőjévé vált, a kórházak a forgalom, és nem a területen lakó népesség ellátására rendezkedtek be.

A további relatív teljesítménymutatók közé tartozik az ágyforgó, ami az osztályon kiírt betegek számát osztja az osztály ágyszámával. Ritkábban használt mutató, mivel nem tesz különbséget az egyes esetek súlyossága között.

Végül a talán leghatékonyabb mutató az eset-összetételi index (case-mix index, CMI) ez az osztályon történt kezelések HBCS-súlyszámainak az esetszámmal súlyozott átlaga. Nagysága a HBCS-hez hasonlóan az eszköz- és szakmai tudásigényességtől függ. Az átlagos CMI 1, ez alatt kisebb költségigényű (pl. bőrgyógyászat), felette nagyobb költségigényű (pl. sebészet) ellátásról beszélünk. Az osztály teljesítményét könnyen mérhetjük CMI-jének az országos átlaggal vett hányadosával, az 1 feletti érték relatív jó, az 1 alatti pedig relatív rossz teljesítményt jelent.

4.2. A részlegek működésének elemzése

Most a fentebb vázolt mutatók tükrében kívánom megvizsgálni a kórház részlegeinek működését. Az összehasonlítás nehézségét a szakmai különbözőség adja, nem lehet minden megfontolás nélkül összevetni az osztályokat egymással, hiszen más a gyógyszer- és szakmai anyagigényük, eltérő nagyságú ágyszámra és személyzetre van

szükségük a működéshez. Összehasonlítási alap lehet a saját teljesítmény több évre bemutatva, esetleg egy másik kórház vagy kórházak átlagának a mutatója. Utóbbi esetben párszor használni fogok országos és megyei átlagokat is, ha csak ehhez tudtam hozzáférni, ugyanakkor a legjobb összevetési alap a városi kórházak átlaga (azon belül is a városi 1. szintű kórházak indexe), mivel ide a sátoraljaújhelyi kórházzal azonos ellátási szinten álló kórházak tartoznak. Az elemzést a fekvőbeteg-osztályok 1-2 kumulált mutatójával kezdem, majd idősoros (2006 és 2010 között változások) és átlagokkal való összehasonlítások következnek, végül pedig a 2009 és 2010 közötti teljesítményváltozás okait szeretném elkülöníteni egy statisztikai alapokra támaszkodó standardizációs eljárással. Végig törekedni próbálok majd az érdekesebb, tanulságosabb eredmények kihangsúlyozására és a mögöttük rejlő okok feltárására.

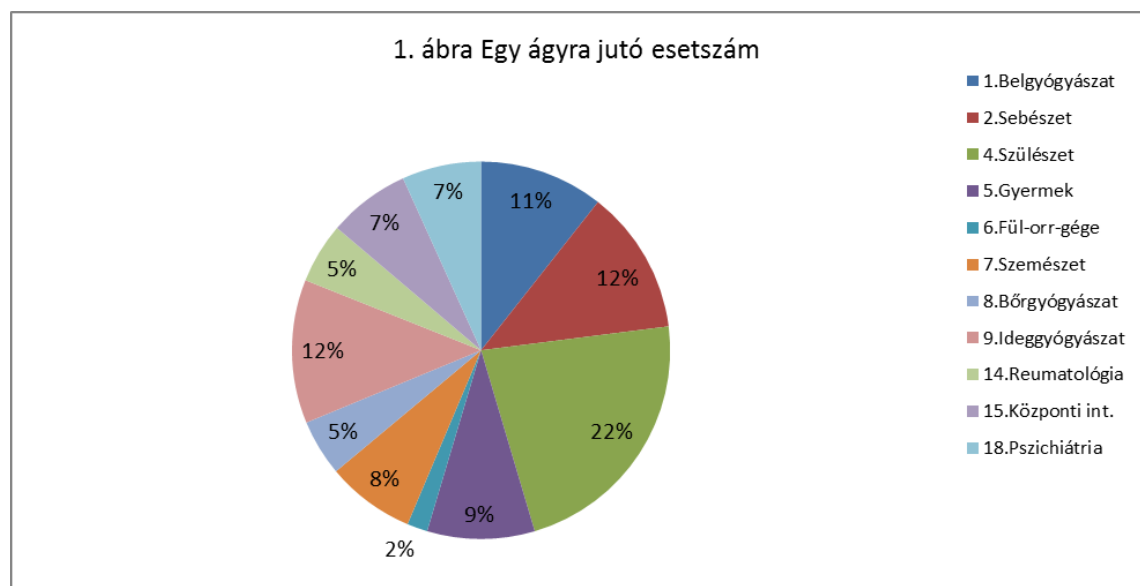
4.2.1. A fekvőbeteg-osztályok összteljesítmény mutatói

A finanszírozás szempontjából elsődleges fontosságú a CMI nagysága, ez az aktív fekvőbeteg osztályok 2010-es átlagában 0,838. A kórház finanszírozási osztálya a városi kórházak átlagát használja összehasonlítási alapként, ami 0,876. Ez a mutató sem 2010-ben, sem a megelőző években nem jelez szignifikáns különbséget, tehát a kórház aktív fekvőbeteg osztályai összességében átlagos szakmai nehézségű feladatokat látnak el az ellátási szinthez viszonyítva. Kimondottan rossz ugyanakkor az ágykihasználtsági mutató, annak ellenére, hogy az évek során az ágyak folyamatos leépítése történt (az újhelyi kórház esetében 60,09% az átlagos 72,35%-kal szemben). Ez okozza az alacsonyabb ágyra jutó súlyszámot (21,52 a 30,11-el szemben) is. A probléma fő okozója, hogy az ágyak leépítése az egyes szobákon belül történt meg, nem járt jelentősebb strukturális változásokkal. Csupán a szoba lett komfortosabb, a kubatúra nagysága nem változott, a költségek (fűtés, világítás, víz, nővéri ellátás) nem lettek alacsonyabbak. Az ágykihasználtság alacsony értéke egyrészt annak köszönhető, hogy valódi mátrixszervezet (pl. az osztályok közös ágyakat használnak, a nővérek több osztály betegeit vegyesen látják el) sosem alakult ki, másrészt technikai okok miatt is alacsony ez a mutató. A kórházban ugyanis már több éve végeznek egynapos ellátásokat a sebészet, szülészeti és szemészet osztályokon. Ilyenkor a beavatkozás után a beteget még 4-5 órán keresztül a kórházban kell tartani, ám mivel az intézmény területén nincs kialakítva erre külön megfigyelő részleg, csak az osztályokon lehet őket elhelyezni. Egy műtéti napra akár 6-8 ilyen egynapos beavatkozás is juthat, ezeket pedig a járóbeteg-

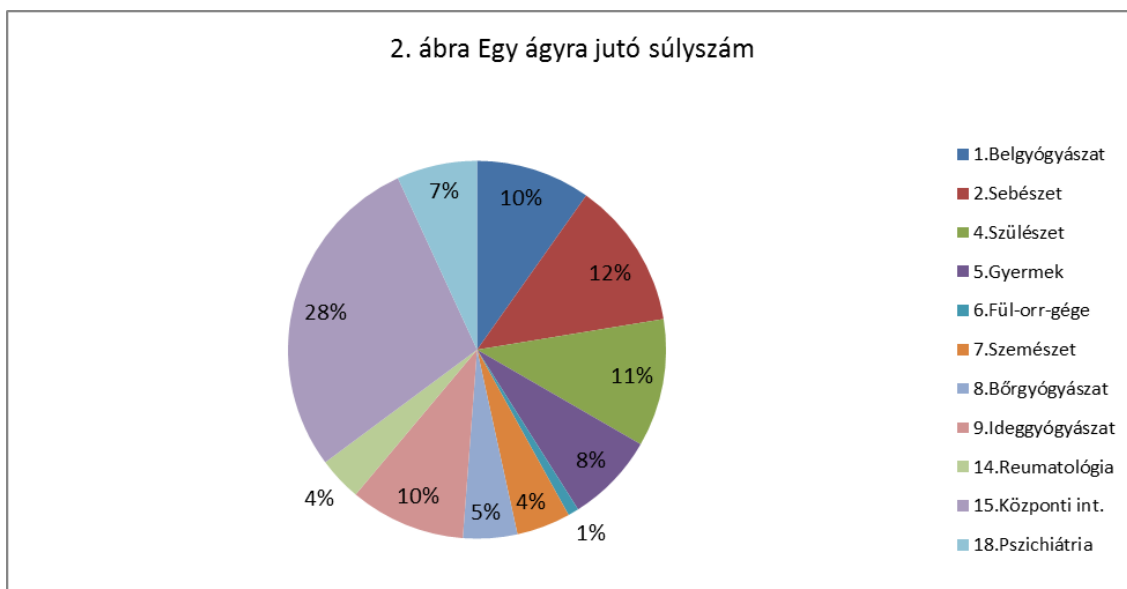
ellátásként finanszírozzák és a kimutatásban is itt jelenik meg, miközben a fekvőbeteg-osztályok ágyait foglalják. A problémát közös megfigyelő létrehozásával lehetne orvosolni. A probléma akkor mélyül el igazán, ha tudjuk, hogy a hosszabb ápolási idő ceteris paribus nagyobb ágykihasználtságot eredményez (ez egyébként az ágykihasználtsági mutató legnagyobb hátránya is, az elnyújtott, hosszadalmas kezelések nem biztos, hogy hatékonyabban működő osztályt takarnak). Az újhelyi kórház esetén ugyanis ezzel ellentétesen magasabb átlagos ápolási idő (6,27 nap az 5,85 nappal szemben) párosul az átlagosnál alacsonyabb ágykihasználtsággal.

4.2.2. Főbb osztályos mutatók változásának vizsgálata 2006-2010 között

Az osztályok közötti közvetlen összehasonlítás nem túl célravezető a szakmai eltérések miatt. Az 1. és a 2. ábra az ágyra jutó eseteket és súlyszámokat mutatja osztályok szerinti megosztásban. Mivel bajos lenne összehasonlítani pl. a sebészet és a szemészet által kezelt esetek súlyosságát vagy esetszámát, már itt is csak az adott osztály által elért arányok összehasonlítása célszerű. Egyből világos, hogy a nőgyógyászat magas forgalma szakmailag kevésbé súlyos esetek ellátását takarja, míg az intenzív alacsony esetszáma ellenére a termelt súlypontok jelentős arányát képviseli. Ennél komolyabb megállapítások tételéhez viszont további elemzések, a szakmára jellemző átlagokkal vagy korábbi saját teljesítménnyel történő összehasonlítások szükségesek.



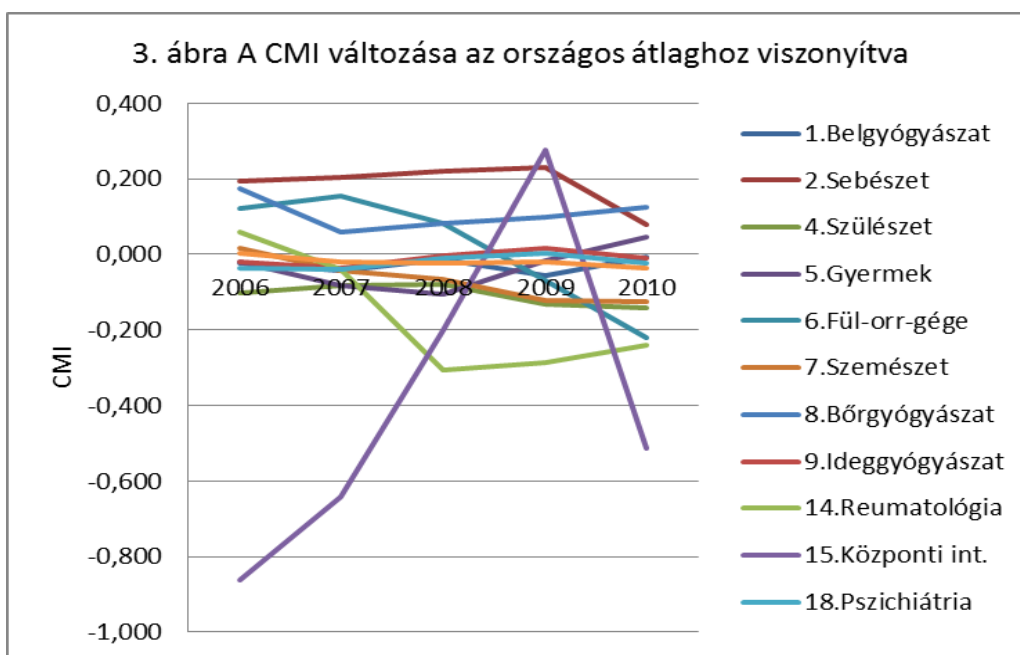
1. ábra: Egy ágyra jutó esetszám



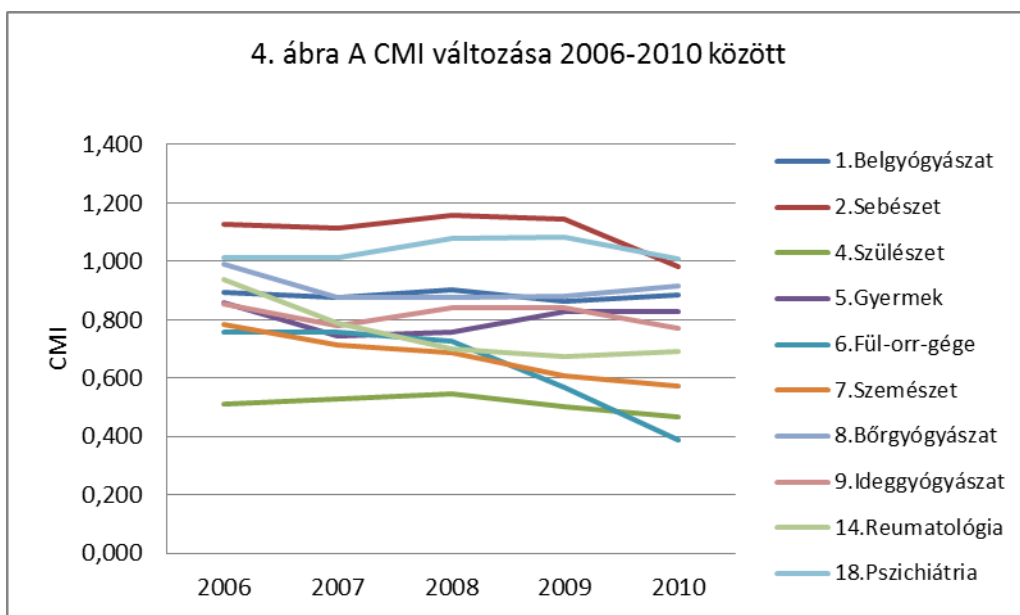
2. ábra: Egy ágyra jutó súlyszám

Kezdjük az elemzést osztályos szinten is a CMI nagyságával. A 3. ábrán az osztály CMI-jének az országos átlaggal vett különbségeit szemléltetem. A CMI nagyrészt alulmúlja a városi kórházak átlagát az öt év során, ám az eltérés több esetben is csak csekély. A sebészet és a bőrgyógyászat tudott egyedül mind az öt év során az átlag felett maradni. A sebészet ráadásul jelentősen (kb. 0,2-vel) teljesített jobban az átlagosnál évről-évre, bár 2008 óta csökkenő tendenciát mutat. Emellett fontos megjegyezni, hogy a magas értéket részben az okozza, hogy az újhelyi kórház sebészeti részlege végtag traumatológiai ellátást is végez, ami az átlagos sebészeti tevékenységnél jobban finanszírozott, miközben az összehasonlításnál használt értéket „tisztított” sebészeti osztályokra határozták meg.

Határozottan csökkenő tendenciát a szemészet, a fül-orr-gégészet és a reumatológia CMI értéke mutat, de mint a későbbi adatok alapján látni fogjuk, más-más okokból (4. ábra – a sebészet értékeit a magas CMI miatt kiszűrtem). Az első két osztály fokozatos leépülésével szemben a reumatológia tevékenysége egyre kiterjedtebb lett, a kezdeti egy-két komolyabb ellátást igénylő eset helyett az osztály feltöltődött betegekké, ez csökkentette a CMI-t. Feltűnően alacsony CMI-t biztosít a szülészet, folyamatosan alulmúlja a városi átlagot, ráadásul csökkenő tendenciát mutat.



3. ábra: A CMI változása az országos átlaghoz viszonyítva



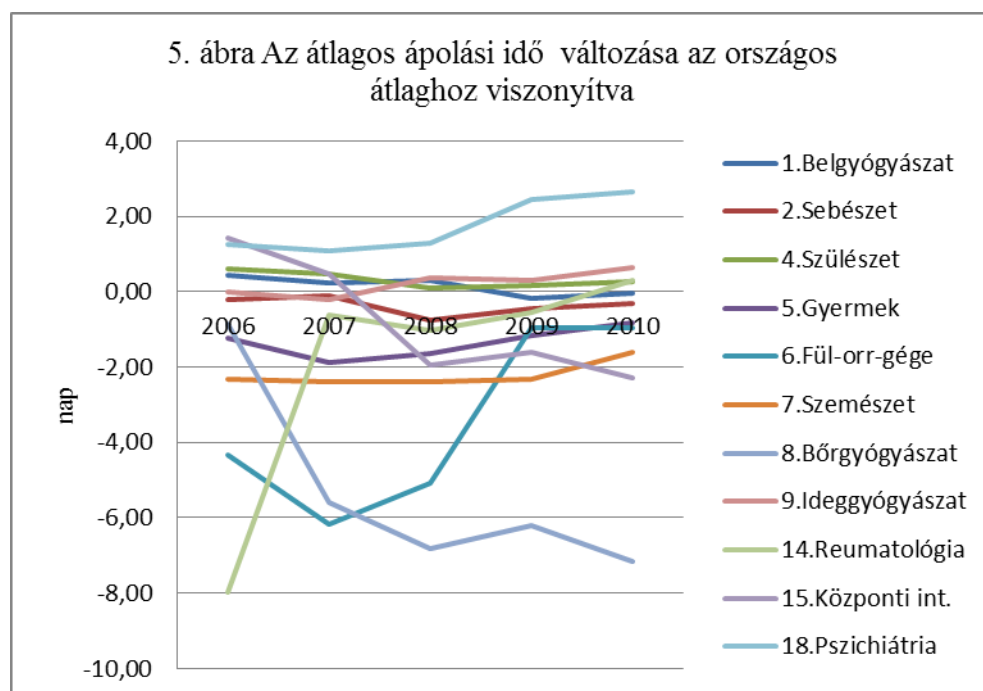
4. ábra: A CMI változása 2006-2010 között

Az átlag feletti eset-összetételi indexű osztályok esetén megengedhető a relatíve hosszabb átlagos ápolási idő, míg fordított esetben az átlagosnál rövidebb ellátás lenne a várható. Ennek megfelel az alacsony CMI-vel rendelkező szülészeti osztály, ami a leggyorsabb ellátásokat produkálja, nagy forgalommal működik. Mind az öt év alatt az átlagosnál rövidebb ápolási időt teljesített, ami folyamatosan rövidül a CMI csökkenésével

párhuzamosan. Ennek fő oka itt is szakmai dilemma. Belekezdhetne például az osztály terhespatológia működtetésébe, ami a vetéléssel fenyegető vagy egyéb kritikus esetek (az anya cukorbetegségben, veseelégtelenségben stb. szenved) kezelésével foglalkozna. Ez jóval magasabb CMI értéket (akár 0,6-0,7) hozhatna, de jócskán megnövelné az ápolás időtartamát (a 4 napnál rövidebb ilyen típusú ellátás rövid ellátási napnak számít). Ehhez elsődlegesen szabad ágyakra lenne szükség. Bár az osztály ágykihasználtsági mutatója az 50%-ot sem érte el, nagy a kihasználtság szórása. Míg egyik nap az ágyak 75%-a szabad, addig másik nap teljesen tele van az osztály a gyors forgalomnak és a rövid ápolásnak köszönhetően. Emellett sok ágyat foglalnak a korábban már megemlített egy napos ellátási esetek is, akik papíron járó betegként jelennek meg. Éppen ezért nem lehet senkit hosszabb időre befektetni, mert lehet, hogy 2-3 nap múlva el kellene küldeni az osztályról. Az osztály képes lenne tehát nagyobb ágyszám mellett nyereségesebben funkcionálni, erre azonban jelen körülmények között nincsen esélye. Eddig a sebészeti mátrix tagjaként elméletileg igénybe vehette volna a sebészet vagy éppen a belgyógyászat ágyait, ebben csak a fizikai távolság akadályozta meg, azonban május elsejétől a nőgyógyászati osztályokat kötelezően ki kell vonni a sebészeti mátrixokból országos szinten, így a jelenlegi tendencia (csökkenő CMI, rövidülő ellátás) folytatására lehet számítani.

Más osztályok esetén pont a hosszú ápolás jelenti a fő problémát (5. ábra). Részben a reumatológia, de legjobban a bőrgyógyászat értékein szembetűnő a nagy különbség. A hosszú ápolási idő részben a vidék sajátosságaival magyarázható. Sok falusi beteg nem engedheti meg egészségügyi/pénzügyi helyzete alapján a vonattal történő folyamatos ingázást, így inkább felveszik osztályra (pl. fekélyes nyugdíjasok). A szemészet és a fül-orr-gégészeti mutatói javultak ugyan az évek folyamán, de még mindig az átlagnál hosszabb ellátási időket produkálnak, miközben az eset-összetételi indexük is gyengébb az átlagnál. A 2006-2008 közötti magas értékek fő oka szintén a betegek szakmailag nem föltétlenül megalapozott osztályra való beutalása. Sokszor feküdtek heteken át ezen osztályokon fülzúgásos, glaukómás öregemberek, volt, hogy nyaralásra készülő család látta megfelelőnek a kórházat a nagypapa vagy a nagymama elszállásolására kisebb hálapénz fejében. A mutatók javulása ezeknek a tevékenységeknek fokozatos kiszorulását is jelzi. Az átlagnál rövidebb ellátást biztosított még a pszichiátria, illetve a vizsgált időszak első három évében a belgyógyászat. Utóbbinál azért is különösen jelzésértékű a visszaesés mert így a szemészethez, fül-orr-gégészethez és a

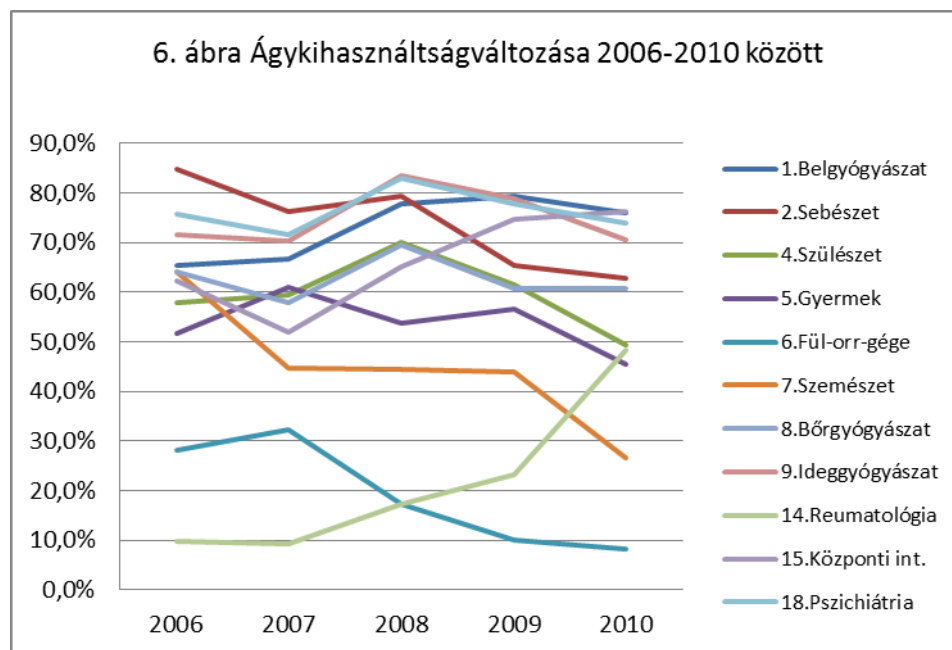
gyermekosztályhoz hasonlóan már itt is az átlagosnál hosszabb ellátás társul a relatíve alacsonyabb CMI-vel.



5. ábra: Az átlagos ápolási idő változása az országos átlaghoz viszonyítva

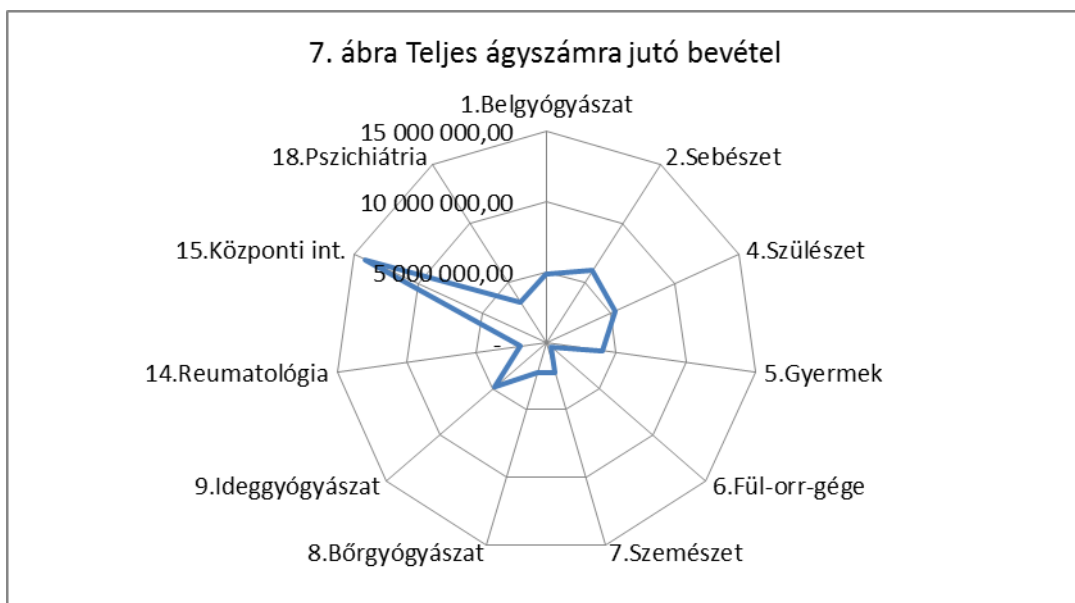
A régen fő mutatóként használt ágykihasználtság imázsa mára nagyrészt megkopott, hiszen se a bent fekvők állapotának súlyosságáról, se a szakmai munkáról, de még a betegforgalomról sem ad föltétlenül megbízható képet, így a levonható tanulságokat illik fenntartással kezelni. Tendenciájában azonban jól közvetíti az osztály helyzetével kapcsolatos információkat. A 6. ábrán látványos a fekvőbeteg osztályokra jellemző csökkenő tendencia. A legalacsonyabb értékeket és a legmeredekebb csökkenést a szemészet és a fül-orr-gégészet produkálja, ilyen alacsony, 10-20 %-os ágykihasználtságnál már javasolható az osztály bezárása és a szakrendelésekre illetve rész munkaidős alkalmazottakkal működtetett egynapos ellátásra való teljes átállás. A reumatológia meredek emelkedése feltűnő még, ez személyi kérdésekkel magyarázható. Az itt dolgozó orvos eleinte nem volt hajlandó több beteg befogadására az osztályon, az osztály hatékony működését csak hosszú alkufolyamat során lehetett beindítani. Az intenzív osztály ágykihasználtsága már alapvetően más okból mutat növekedést. Az ellátó személyzet létszámának csökkenése, a fejlettebb gyógyászati eszközökkel való szerényebb ellátottság és a költséghatékonyság igénye abba az irányba vitte a kórházat, hogy a kimondottan súlyos, folyamatos felügyeletet igénylő eseteket egy osztályon

gyűjtse össze, majd a rendelkezésre álló erőforrásokat ide koncentrálja. Ez a felismerés nyilvánul meg az osztály ágyainak telítődésében.



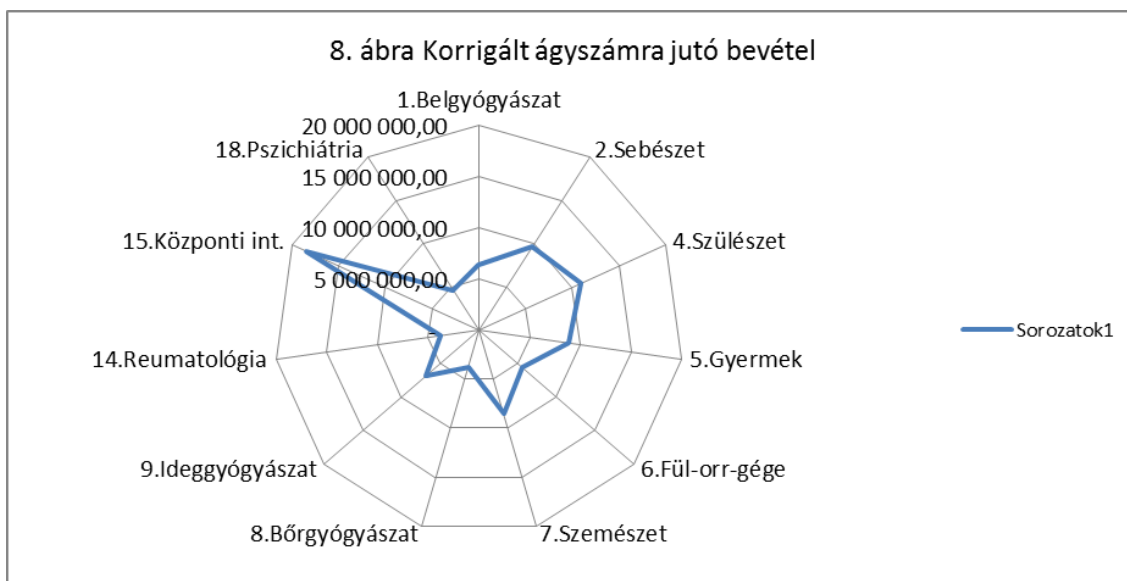
6. ábra: Ágykihasználtság változása 2006-2010 között

Hatékony, ám ritkábban használt elemzési módszer az ágyszámra jutó bevétel ábrázolása sugárdiagramon. Az ágyakra vetített bevétel azért nagyszerű mutató az egyes osztályok közvetlen összehasonlítására, mert a súlyosabb eseteket ellátó (magas CMI-t teljesítő), de alacsonyabb forgalmú osztályok helyzetét kiegyensúlyozza az alacsonyabb eset-összetételi indexű osztályok magasabb forgalmával. Még jobb korrekciót tudunk véghezvinni, ha a teljes ágyszám helyett a „kihasznált” ágyak darabszámával (az ágyszám és az ágykihasználtság hányadosával) osztunk, ez ugyanis pontosabban jeleníti meg a forgalmat. Optimális esetben a pontok egy nagyjából szabályos kör formáját veszik fel, az ebből való kiugrást érdemes elemezni. A teljes ágyszámmal való osztás esetén (7. ábra) 4 osztály ugrik ki feltűnően az alakzatból a 2010-es év adatai alapján, ez a szemészet, a fül-orr-gégészet, a reumatológia és az intenzív. Az első három osztály túl alacsony, az intenzív kiugróan magas értékeket vesz fel, előbbi három esetben a viszonylag alacsony CMI gyenge forgalommal párosul, míg az intenzív esetén az erőforrások komoly összpontosításának eredménye a magas bevétel.



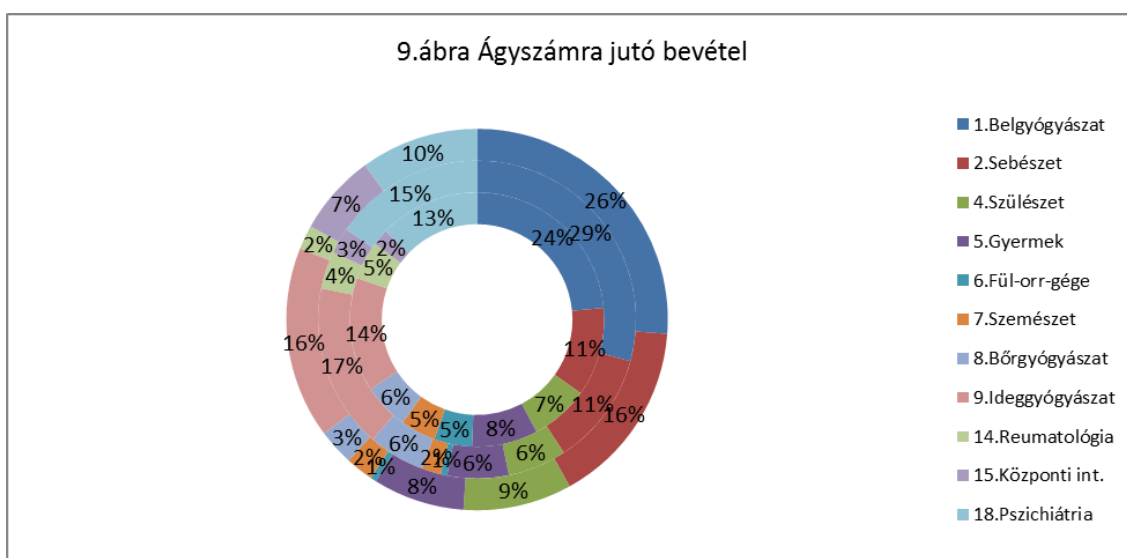
7. ábra: Teljes ágyszámra jutó bevétel

Érdeemes megnézni ugyanakkor a korrigált ágyszámokkal kalkuláló diagramot (8. ábra) is. Ez elrejtí ugyan az ágyak kihasználatlanságából fakadó károkat, és kimondottan hátrányba helyezi a hosszabb ápolási idejű osztályokat, ám a működő ágyak teljesítménye mégis hasznos információt szolgáltat. Az eddig hátul kullogó szemészet (alacsony ágykihasználtsága okán) például itt már jelentősen előretört, megelőzve a pszichiátriát és a belgyógyászatot, de a fül-orr-gégészet is szebb eredményt ért el. Ez a vezetői döntések során azért lehet fontos, mert mutatja, hogy a teljes ellátást semmiképpen sem szabad megszüntetni, mert a tevékenység racionalizálása (pl. egynapos ellátások bevezetése során, ehhez az orvosi háttér is megteremthető), az osztály viszonylag hatékonyan tudna tovább működni.



8. ábra: Korrigált ágyszámra jutó bevétel

A fent tárgyalt eredményeket percediagram (9. ábra) segítségével is könnyen szemléltetni lehet. Itt a belső körpercc a teljes, a középső pedig a korrigált ágyszámok osztályok szerinti arányainak megfelelően van felosztva, míg a külső a bevétel osztályos megoszlását érzékelteti. A sugárdiagram megállapításai olvashatóak itt is le, a belső körök feltűnően nagyobb a szemészet és a fül-orr-gégészeti, és jóval kisebb a központi intenzív esetén a külsőhöz viszonyítva. Főleg a teljes ágyszámhoz hasonlítva szembetűnő a különbség.



9. ábra: Ágyszámra jutó bevétel

4.2.3. Az osztályok 2010-es teljesítménye

Az osztályok teljesítményének aktuális jellemzéséhez ebben a fejezetben egy standardizálós eljárást használok. Ez a bevételek változását 2009 és 2010 között szétbontja annak megfelelően, hogy mekkora hatással volt a bevételre a díjazás mértékének változása, illetve a valós teljesítmény megváltozása. Ezt követően a teljesítményváltozás okozta bevétel növekedést/csökkenést is elhatárolhatjuk aszerint, hogy a súlyosabb/enyhébb esetek ellátása (magasabb/alacsonyabb CMI) vagy a megnövekedett/lecsökkent forgalom-e a kiáltó ok. A számolást Horváthné Csolák Erika: „Teljesítmény mérése és értékelése az egészségügyben” diasora alapján végeztem, ennek elérési útja és a kapott számszerű eredmények megtalálhatóak a mellékletek között. A forgalom csökkenést és a CMI növekedést természetesen pusztán az értékek változásából is meghatározhatjuk, a számolás elvégzése abban nyújt plusz információt, hogy ezek a változások milyen hatással vannak a bevételekre, mennyiben egyensúlyozzák egymást. A 2010-es évben a belgyógyászati mátrix részlegei (a bel-, a bőr- és az ideggyógyászat, illetve a reumatológia) és az akut pszichiátria hozott nagyobb bevételt az előző évinél, míg a sebészeti mátrix részlegei, a gyermekosztály és az intenzív tevékenysége kevesebb pénzt eredményezett. A két mátrix közötti lényeges, a bevételben és a profitban is megnyilvánuló különbségek külső, teljesítményjavaldalmazási okairól a későbbiekben még lesz szó, most nézzük meg a bevételváltozás összetevőit. A súlyszámra jutó díjazás növekedése természetesen minden osztály bevételére kedvező hatással volt, a teljesítményváltozás azonban már csak a belgyógyászat, a reumatológia és a pszichiátria esetében pozitív a 2009-es évhez viszonyítva. A reumatológia és a belgyógyászat esetében a forgalom és az esetösszetételi-index bevételhatása egyszerre tudott nőni. Ennek oka a reumatológia esetén a folyamatos javulás mellett a régi rossz teljesítményben keresendő, hiszen a 2006 óta minden évben átlag alatt teljesített a fő mutatók szerint (CMI, ágykihasználtság, átlagos ápolási idő), a 2010-es évben is csak az ápolási ideje lett átlag feletti, így teljesítményében még további javulás is várható. A belgyógyászat más helyzetben van. Jelenleg ez a kórház legnyereségesebb részlege több mint 100 millió forintos eredménnyel, így a kórház jelenlegi helyzetében az osztály minél hatékonyabb tevékenységében, felpörgetett munkavégzésében érdekelt. A bőrgyógyászat a CMI, a pszichiátria pedig a forgalom növekedésével kompenzálta a másik érték gyengülését.

5. Költség-volumen-eredmény elemzés

5.1. Mikroökonómiai alapok³

Ahhoz, hogy eljussunk a fedezetszámításig, először 3 fő feltételezéssel kell élnünk: a vállalkozás piacát a tökéletes verseny jellemzi, a cég egy terméket gyárt és rövidtávon működik. A tökéletes verseny feltételei a következők: a piacon sok az eladó és sok a vevő, a termékek homogének, egyik se jobb bármely paraméterében a másiknál, nincsenek belépési korlátok, nincs adózás, nincsenek aszimmetrikus információk, a szereplők tökéletesen informáltak. Ezen tényezőknek köszönhetően a vállalat árelfogadó stratégiát folytat, vagyis konstansnak tekinti a piaci árat a kibocsátott mennyiségtől függetlenül. (Hirshleifer et al, 2009)

További feltétel, hogy a vállalat profitmaximalizáló, ennek megfelelően teljes bevételének (TR) és teljes költségeinek (TC) különbségét szeretné a lehetőségekig növelni. A maximumot a deriváltak, MC és MR egyenlőségének pontjában éri el a vállalat, hiszen ennél kisebb mennyiségnél még megéri többet termelni, mert $MR > MC$, a következő egység bevétele felülmúlja a költségeket; nagyobb mennyiségnél viszont vissza kell fogni a termelést ($MR < MC$). Tökéletes verseny esetén rövid távon (ez lehet egy év, vagy akár iparágtól függően egy működési ciklus hossza) a határbevétel megegyezik az árral, így a $P = MC$ egyenlet adja meg a profitmaximumot.

A költségek fix és változó részre bonthatóak az alapján, hogy hogyan reagálnak a termelt mennyiség változására. A határköltség és az átlagköltség metszéspontja, AC minimuma a fedezeti pont, e felett a vállalkozás nyereséges, mert mind a fix, mind a változó költségei megtérülnek. A határköltség és az átlagos változó költség metszéspontja, AVC minimuma az üzembezárási pont, e felett még megéri fenntartani a vállalkozást, hiszen a megtérülő változó költségek mellett még a fix költségek egy része is megtérül (bezáráskor a teljes fix költség elvesztődik). Alatta a vállalkozást meg kell szüntetni.

³ A fejezet jelentős mértékben támaszkodik a források között megjelölt Vezetői számvitel könyvre

5.2. Számviteli megközelítés

A vezetői számvitel azzal az egyszerűsítéssel él, hogy a kibocsátott mennyiség nem nullától végtelenig, hanem egy jól mérhető szűkebb sávban ingadozik, és ezen a releváns tartományon belül élhetünk azzal az egyszerűsítéssel, hogy a változó költségeket egy lineáris egyenlettel fejezzük ki. A fedezeti számvitel a következő sémát használja a számolásra (Bosnyák et al, 2010):

$$\begin{array}{r} \text{Teljesítmények bevételei} \\ - \text{Teljesítmények változó költségei} \\ \hline \text{Fedezeti összeg} \\ - \text{Fix költségek} \\ \hline \text{Eredmény} \end{array}$$

A fedezeti pontban az eredmény 0, a fedezeti összeg egyenlő a fix költségekkel. A fedezeti pont meghatározása három úton lehetséges. A probléma megoldható grafikusán, ha egy koordináta-rendszerben ábrázoljuk az árbevételt, a fix költségeket és a változó költségeket. A két költségfajta összegzésével kapott költség egyenesnek az árbevétellel való metszéspontja megadja a fedezeti pontot. A módszer előnye, hogy az aktuális termelt mennyiség szemléletesen szembeállítható a fedezeti mennyiséggel. A második módszer a fent látható sémát rendezzi az eredmény nullának való feltételezésével, így megállapítja, hogy a fedezeti mennyiséget és az egységnyi fedezetet (az egységnyi bevétel és változó költség különbségét) összeszorozva megkapjuk a fix költségeket. Egy egyszerű átrendezéssel a fedezeti ponthoz tartozó Q mennyiséget a fix költségek és az egységnyi fedezet hányadosaként határozhatjuk meg. A harmadik mód a fix költségeknek a fedezeti hányaddal (a fedezeti összeg részaránya az értékesítési bevételeken belül) való osztásával a fedezeti ponthoz tartozó árbevétel meghatározása, az árak ismeretében ebből a fedezeti mennyiség könnyen visszaszámolható.

5.3. Fedezetszámítás, mint az egészségügyi kontrolling eszköze

Az egészségügyi szolgáltatások piaca sokban eltér a fedezetszámítás feltételétől szabott tökéletes versennyel jellemzett piactól, ugyanis piaci kudarcok sokasága jellemzi. A fogyasztásból teljesen senki sem zárható ki, mert az mélyen sértene igazságossági szempontokat. Emellett az ellátás az esetek döntő többségében nem rivalizáló, az egyik beteg nőgyógyászati ellátása még nem csökkenti a másik beteg kezelésének hasznosságát. Állami monopólium is korlátozza a versenyt, hiszen az egészségügyi

ellátás ÁNTSZ engedélyhez kötött. Az orvos és a beteg között jelentős az információs asszimetria, ez megnehezíti az orvosválasztás szabadságát. A harmadik fizető fél problémája miatt mind az ellátott, mind a szolgáltató kevésbé van figyelemmel a költségekre. Az ellátási igény létrejötte az esetek nagy részében nehezen kiszámítható és becsülhető előre, emellett korlátozott az ellátási terület nagysága is pl. bár a sátoraljaújhelyi kórház a szlovák határ szélén áll, és sok (akár magyar állampolgársággal rendelkező) szlovák beteget is elláthatna, nem sikerült megállapodni a szlovák egészségbiztosítóval. A nyújtható ellátások köre is erősen szabályozott és törvényileg előírt módon függ a kórház típusától (városi, megyei, szakintézet). Nem működik a szabad piaci ármechanizmus, az OEP által biztosított finanszírozási kassza felülről zárt, nem lehet az ellátások számát a végtelenségig növelni. Emellett a súlyszámok nagysága és a beavatkozás ráfordítás-igényessége nem függvényszerű a kapcsolat, csupán sztochasztikus. Ennek oka, hogy a HBCS-k meghatározása felülről irányított tervezéssel történt. Nehézkes az ellenőrzés is, a rendszerbe kódolva van a teljesítmények túlpörgetése.

Miért alkalmazható mégis jól a valós optimum modellezésére a fedezetszámítás? A hatékony belső elszámolási rendszer legfontosabb ismérvei (Molnár, dr.; Winkler 2006):

- az információ és a folyamat között erős ok-okozat összefüggés álljon fenn
- objektív, mérhető, ellenőrizhető inputokon alapuljon
- az output, a szolgáltatott adatok megbízhatóak és használhatóak legyenek
- rugalmasan követi a változásokat
- legyen költséghatékony, az információ megszerzése kevesebb költséget jelentsen, mint amekkora a felhasználási értéke

A fent felsorolt kritériumoknak a fedezetszámítás megfelel. Ha a módszer grafikus ábrázolását választjuk, a függőleges tengely a bevételek, illetve költségek forint értékét, a vízszintes tengely pedig az előállított súlyszámot, mint terméket méri. Ekkor a fedezeti pont meghatározása megmutatja, hogy változatlan költségstruktúra mellett az adott ellátási egységnek hány súlyszámra lenne még szüksége ahhoz, hogy bevételei fedezzék a költségeket. A költségek jól mérhetőek és a piaci értékeket tükrözik, így objektívek. A meghatározott súlyszám-nagyság könnyen értelmezhető és megfelelő

hivatkozási alapnak használható. A módszer így bár könnyen elvégezhető, mégis értékes és releváns információkat biztosít. Ezek alapján hatékony eleme lehet a kontrolling-tevékenységnek (Budánovics, 2007).

5.4. Osztályos fedezetszámítás

A fedezeti pont meghatározásához a finanszírozási osztály által készített „Osztályos eredmény 2009-2010” című beszámolót vettem alapul. A fekvőbeteg részlegek bevételi adatai ebben rendelkezésemre álltak, ám a költségek a könyvelésnek megfelelően közvetlen, ill. közvetett csoportosításban jelentek meg, így nekem kellett ezeket fix és változó kategóriákba sorolni. Az elhatárolás alapját az adott költség típusnak a finanszírozási esetszám változására való érzékenysége jelentette.

A fix költségek közé kerültek a közvetlen költségek közül a jövedelemmel kapcsolatos tételek, a bérék, járulékok, megbízási, ügyeleti és készenléti díjak, melyek fix szerződés alapján kerülnek kifizetésre, illetve az alkalmazottak belföldi kiküldetéseinek költségei. Ide soroltam a víz, távhő, villamos energia és az egyéb szolgáltatások költségeit, hiszen az épületeket ugyanúgy fűteni, világítani kell a betegforgalomtól függetlenül. A változó költségekhez tartoznak a közvetlen költségek közül az ellátáshoz kapcsolódóak, pl. vér, gyógyszer, szakmai anyag és élelmiszer ellenértéke. Kicsit körülményesebb volt az áfa felosztása. Először a közvetlen költségek közül elkülönítettem az áfa-törvény alá nem tartozó költségeket (pl. munkajövedelem), majd az egyszerűség kedvéért az áfas költségeknek a teljes közvetlen költségnagysághoz viszonyított arányában számítottam ki a közvetett költségek közül az áfa által érintett nagyságot. Ezt a kettőt összeadva megkaptam a teljes áfas költségnagyságot jól közelítő becslést, már csak ezen belül kellett a fix és a változó költségeket elkülöníteni, majd ezek arányában az áfa értékét fix és változó részre osztani. A közvetett, ráosztott költségek elkülönítésénél azt az alapelvet követtem, hogy a diagnosztikai egységek (CT, röntgen, ultrahang, labor) költségeit a betegszámtól függőnek, változóknak, míg a többi ellátási egység költségeit (központi sterilizáló, aneszteziológia) fixnek értékeltem.

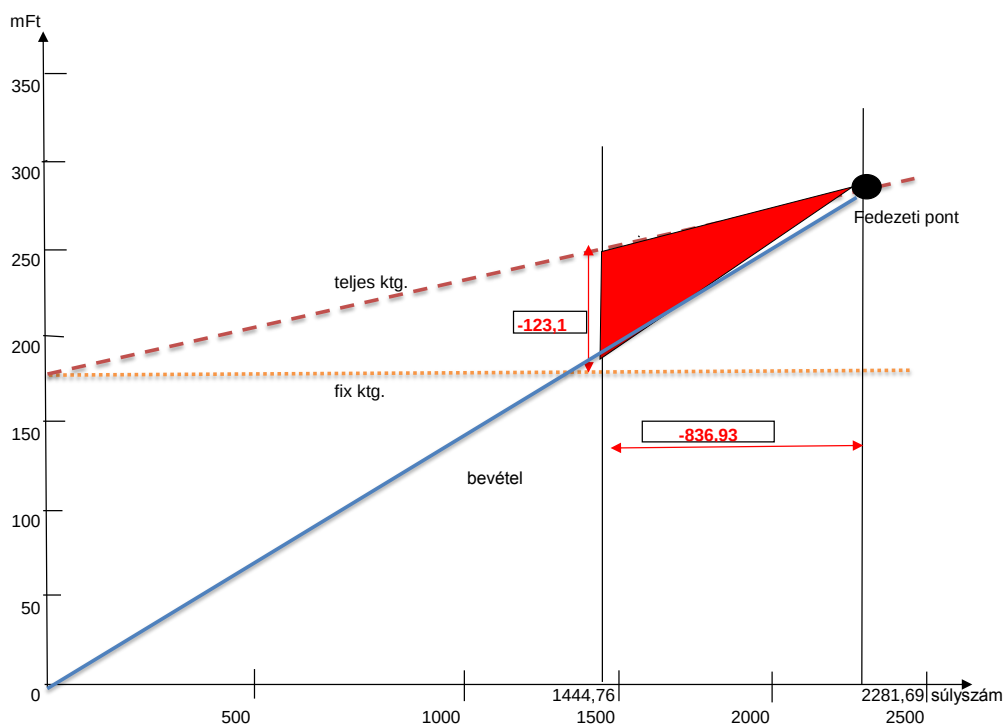
Ezután már kiszámolható lett a fedezet, az eredmény, a fedezeti pont és az ennek eléréséhez szükséges árbevétel nagysága. A jelenlegi súlyszám a fedezeti pontot 3 esetben haladta meg jelentősebb mértékben, ezek a Belgyógyászat, az Ideggyógyászat és az Akut Pszichiátria részlegek. Emellett a Csecsemő- és Gyermekegyógyászati

Osztály is minimális mértékben a fedezeti pont feletti súlyszámot termelt ki. Ezek az osztályok hoztak pozitív eredményt, míg a maradék hét osztály negatív eredményt ért el, hiszen a fedezeti pont alatti súlyszámot teljesített. Az alábbi táblázat tömören összefoglalja a számítások eredményeit.

1. táblázat: A fedezetszámítás eredményei

Megnevezés	Eredmény	Súlyszám	fedezeti pont
Belgyógyászati Részleg	111 257 173,56	2340,61	1463,21
Sebészeti Részleg	- 84 892 097,39	1444,76	2281,69
Szülészet-Nőgyógyászati Részleg	- 77 116 433,30	822,92	1469,36
Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Osztály	1 145 116,65	692,25	683,78
Fül-orr-gégészeti Részleg	- 21 475 713,84	45,54	199,39
Szemészeti Részleg	- 33 694 243,58	198,35	684,96
Bőrgyógyászati Részleg	- 8 413 463,61	273,49	340,96
Ideggyógyászati Részleg	81 808 027,58	1458,04	820,13
Reumatológia	- 15 615 933,42	183,73	447,45
Központi Intenzív	- 44 336 771,16	604,79	1009,42
Akut Pszichiátriai Osztály	43 299 622,70	890,6	584,97

A hiány szemléletesen prezentálható grafikus módszerrel is, ezt a Sebészeti Részleg esetén mutatom be.



10. ábra: Fedezetszámítás a Sebészeti Részlegre

A vízszintes tengely a teljesített súlyszámot, a függőleges a hozzá tartozó bevételt és költségeket mutatja millió forintban. A pontozott vonal a fix költséget, a szaggatott ennek és a változó költségnek az összegét, a teljes költséget méri. A teljes költség és a teljes bevétel metszéspontja a fedezeti pont. A sebészeti osztály teljesítménye kb. 837 súlyszámmal marad el a fedezeti ponttól, ez pedig több mint 120 millió forint kiesést jelent a kórháznak. Ezt a veszteséget szemlélteti a piros háromszög.

5.5. A finanszírozás viszontagságai

A következőkben a finanszírozás elégtelenségének okát kívánom feltárni. A TVK bevezetése után négy hónappal, 2004 áprilisától egy súlyszám értéke 126 000 Ft volt. Vajon követte-e a díjazás az évek során az inflációs változásokat?

2. táblázat: A lakossági és az egészségügyi árindex alakulása

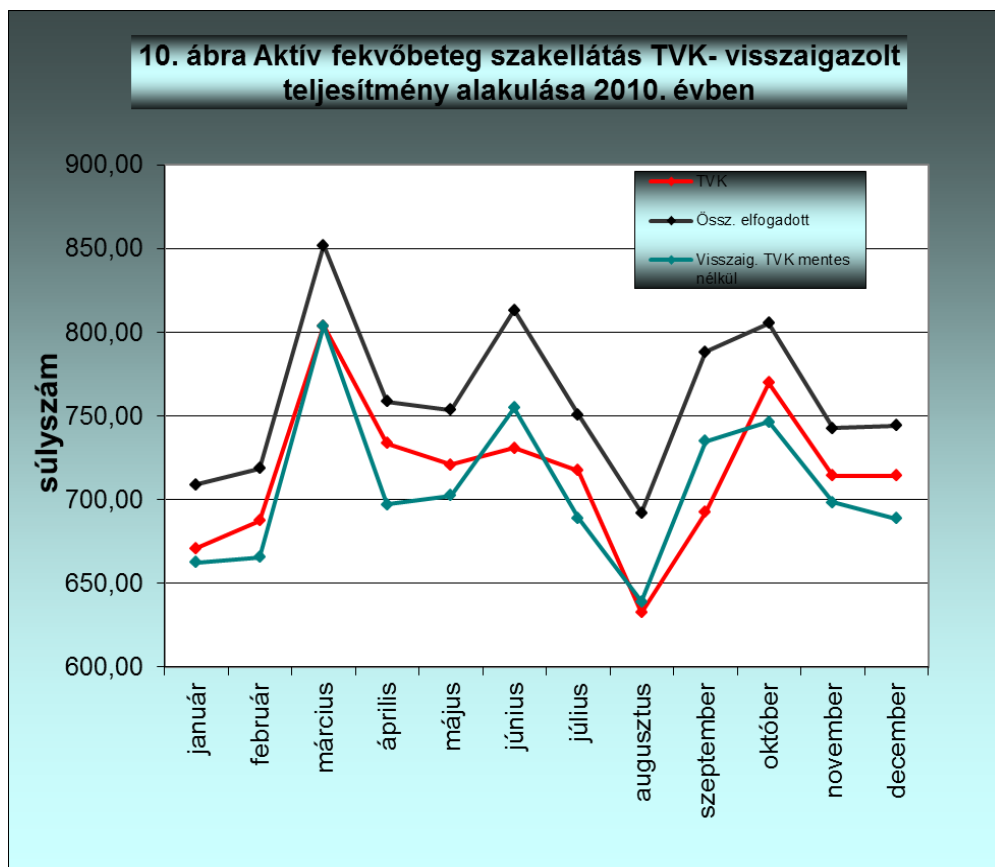
Időszak	Kumulált árindex (%), 1987.év = 100 %	
	Lakossági	Egészségügyi
2004.	1400,6	2164,1
2005.	1451,0	2311,8
2006.	1507,6	2504,4
2007.	1628,2	2592,4
2008.	1727,5	2715,1
2009.	1800,1	2890,7

A mellékelt táblázatsegítségével láncindexeket képezhetünk az évenkénti változások modellezésére, majd ezek összeszorozásával megállapítható, hogy a fogyasztói árindex 2004 eleje és 2009 vége között mintegy 1,37-szeresére, a meghatározóbb egészségügyi árindex pedig 1,43-szorosára nőtt. Ez alapján, ha megfelelően indexálták volna év elején az egy súlyszám után fizetendő értéket, akkor az kb. 180 000 Ft (pontosabban 179 964 Ft) lenne. Ennek ellenére a kórház egy súlyszám után csupán 150 000 Ft díjazásban részesül. A kórház bevételei helyes indexálás esetén 20%-kal megnőhettek volna, ez az összes fekvőbeteg osztályra kb. 270 millió forintos növekedést jelentene, ami bőven fedezné a kb. -48 millió forintos összevont eredményt. A kórházi finanszírozás reálértéke tehát az évek során folyamatosan csökkent, ami hozzájárul a jelenlegi rossz helyzethez. A kórház természetesen ennek ellenére még elérhetne pozitív eredményt megfelelő súlyszám teljesítésével. Ebben azonban a TVK jelent korlátot.

A 10. ábra a 2010-es évben havi szinten lebontva mutatja az adott hónapra kapott TVK nagyságot, illetve a TVK-mentes szolgáltatásokkal (előre nem tervezhető, születéssel és

halálozással kapcsolatos ellátások) korrigált OEP által elfogadott, visszaigazolt teljesítményt. Látható, hogy a kórházi ellátás végig a TVK-korlát között ingadozik, az egyik hónapban megspórolt, továbbgörgetett súlyszámokat a kórház a következő hónapokban rögtön felhasználja, túllépve ezzel a korlátot. Az egyes osztályok fedezeti pontjait összeadva kb. 9352-t kapunk. Természetesen ez az ellátott teljesítmény akkor jelent globális fedezeti pontot, ha minden egyes osztály a saját fedezeti pontjában termel. Mivel eltérő az egyes osztályok fix és változó költség aránya, ezért bármely osztály eltérése a fedezeti ponttól már egy másik globális fedezeti pont létrejöttét jelentené. A fentebb említett adat ugyanakkor durva közelítéssel jól jellemzi azt a súlyszám-mennyiséget, amit éves szinten átlagosan el kellene látnia a kórháznak. Ez az érték meghaladja az éves szinten biztosított TVK-t (8587-t).

A különbség 765 súlyszám, ám korrigálhatunk még a TVK-mentességet élvező teljesítményekkel (645 súlyszám). A lemaradás így már csupán 120 súlyszám, ez a TVK által engedélyezett teljesítmény mintegy 1,4%-a. Ha figyelembe vesszük, hogy a 2010-es év során az aktív fekvőbeteg osztályok CMI-je átlagosan 0,838 volt, ezzel a számmal osztva megkapjuk, hogy a kórháznak kb. 144 beteget kellene a súlyszámok teljes finanszírozása mellett ellátnia a fedezeti pontba való eljutáshoz. Mivel azonban ezt a TVK-feletti teljesítményt csak a teljes összeg 30%-ával finanszírozza az OEP, ezért ez a szám 0,3-al való osztás után 478-ra változik. Ez havi szinten kb. 40 ember ellátását jelenti. 2010-ben a fekvőbeteg osztályok átlagosan 1032 osztályos és ezen belül kb. 966 finanszírozott esetet láttak el, a plusz (átlagosan) 40 beteg ellátása kb. 4%-os teljesítménynövekedést tenne szükségessé, a kórház viszonylag alacsony ágykihasználtságára és előnyös piaci helyzetére alapozva ez az ellátási portfólió bővítése és további szakorvosok felvétele nélkül is megvalósítható lehetne. Mivel a fix költségek az ellátott betegszám növekedésével nem változnak, célszerű főként azon osztályok teljesítménynövekedésére hangsúlyt fektetni, amelyek költség szerkezetében alacsony a változó költségek aránya. Még jobb, ha ez magas CMI-vel társul. Ilyen kedvező osztályok például az akut pszichiátria és a nőgyógyászat.



11. ábra: Aktív fekvőbeteg szakellátás TVK- visszaigazolt teljesítmény alakulása 2010. évben

A betegforgalom kismértékű fellendítése mellett másik megoldásként a kódolási optimalizálás visszaállítása javasolható az intézményi bevételek növelésére. Ez az ápolási esetek optimális elszámolása céljából végzett ellenőrző tevékenységet jelenti, amely a finanszírozási szabályok, törvényi feltételek folyamatos követése mellett a megfelelő diagnózisok és kapcsolt beavatkozások korrekcióját végzi el a lehető legjobb finanszírozási lehetőségek megtalálására. A 2009-es csődkezelés során került felmondásra az a külső szakértő által végzett finanszírozási ellenőrzési és javítási szerződés, mely a megelőző 6 év során havonta kb. 25-30 súlyszám többletet hozott. Tanácsos újra igénybe venni ilyesfajta szolgáltatást, mivel a kórház belső dolgozói állománya nem képes ennek a feladatnak az elvégzésére.

A már tárgyaltak mellett még fontos lehet megvizsgálni azt a problémát, hogy az egyes szakorvosi ellátások súlyszámokkal való értékelése mennyiben egységes és mennyire tart egyensúlyt az egyes részlegek között. Vegyük szemügyre ehhez osztályonként a fedezeti ponttól való eltéréseket. Azt tapasztalhatjuk, hogy a belgyógyászati mátrix egységei sokkal jövedelmezőbbek a sebészeti mátrix részlegeinél. Az ideggyógyászat és

a belgyógyászat hozza a legtöbb bevételt a kórháznak, a bőrgyógyászat és a reumatológia pedig a többi osztályhoz viszonyítva jóval kevesebb, elhanyagolható veszteséget termel, amit a másik két részleg bevételei tízszeresen is fedeznek. A sebészet és a szülészeti negatív eredménye együtt elviszi az ideggyógyászat és a belgyógyászat bevételeinek kb. 90%-át, emellett pedig a szemészet és a fül-orr-gégészet is mínuszban zárt. A mátrixstruktúrába be nem került, osztályos struktúrájú csoportok közül a pszichiátria nagyobb, a csecsemő- és gyermekgyógyászat kisebb bevételt hozott, a Központi Intenzív negatív eredményt ért el.

További vizsgálattal is alátámaszthatjuk ezt az aszimmetrikus pozíciót, ha sorba rendezzük az osztályokat az elért bevétel, illetve a felmerült fix és változó költségek szerint. Könnyen észrevehető például, hogy a sebészet esetén merülnek fel a legmagasabb fix, illetve a legnagyobb változó költségek, miközben a bevételek között csak a harmadik helyen áll a sorban. Bár a különböző szakmák összehasonlítása mindig veszélyes és óvatosan kell eljárni, vessük össze az adatokat az ideggyógyászat értékeivel. Az ideggyógyászat fix és változó költségei egyenként összehasonlítva még a felét sem érik el a sebészet hasonló költségeinek, miközben magasabb bevételt ér el az osztály. A különbség részben igazolható az előző fejezetben már elemzett osztályos mutatók segítségével: a sebészeten évek óta csökken az ellátott esetszám, az esetösszetételi index és az ágyszám is, míg az ideggyógyászaton nő az ellátott és a finanszírozási esetszám is. A sebészet CMI-je ugyanakkor 2006-tól folyamatosan a városi kórházak átlaga felett van, míg ugyanez az ideggyógyászat esetében nem mondható el. Az a tényező, hogy a belgyógyászati mátrix összes osztálya jobban teljesít a sebészeti mátrix osztályinál, pedig tovább fokozza a gyanút, hogy nem hatékonysági, hanem rendszerjellegű problémával állunk szemben.

A TVK rendszer kialakításakor az egyes ellátások díjazásának meghatározása során különböző érdekek kerültek egymással szembe és bizonyos szakmai csoportok jobban tudták érvényesíteni érdekeiket másoknál. Egy sebészeti műtét akár több százezer forint költségű egyszer használatos eszközöket is igénybe vehet, miközben egy bőrgyógyászati ellátás költséghozadéka ennél jóval alacsonyabb, a sebészet és a hozzá hasonló mütös szakmák még sem tudtak arányosan magasabb díjazást kiharcolni. Ez olyan szempontból nem jelent problémát, hogy a kórház elfogadja bizonyos részlegeinek folyamatos rossz teljesítményét, ha a többi folyamatosan kárpótolni tudja a

kiesést, mondván, mindegy melyikük szerzi meg a pénzt, amíg az befolyik. Ugyanakkor ez a helyzet hosszabb távon a könnyen megtérülő szakágak teljesítményének túlpörgetését, a ráfizeteses részlegek esetében pedig minél költségkímélőbb ellátások és várólisták létrejöttével fenyegethet. Még ha a kórház abszolút értékben el is éri a fedezeti pontot, az aszimmetrikus finanszírozás akkor is ellátási nehézségeket okozhat és nehezíti az osztályok teljesítményének összehasonlítását.

6. Összefoglalás

Az egészségügyi ellátások piacát számtalan tökéletlenség jellemzi. Ennek következtében nem alakult ki egy követendő út, helyett világszerte sokféle modell jelent meg a földrajzi, gazdasági, kulturális, politikai, szociális és technológiai adottságoknak, jellemzőknek megfelelően. A magyar egészségügy-finanszírozási modell német és szovjet alapokra épült. A rendszer legnagyobb ellentmondása, hogy a szociális, gazdasági és területi különbségeket elmosva, részben az életszínvonal és a rá vonatkozó elvárások növekedése következtében (ideértve a média szerepét is) meghirdeti az egyenlő ellátás elvét, miközben a járulékfizetők köre folyamatosan szűkül a demográfiai folyamatok és a szürke/feketegazdaság működésével párhuzamosan. Ez hosszútávon fenntarthatatlan helyzetet okoz.

A Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház tekintetében ehhez társulnak még a régió sajátos problémái, mint az alacsony bérek, a cigány etnikum nagy száma, a helyenként elavult infrastruktúra. Ezeket a hátrányokat ellensúlyozza viszont a kórház regionális monopóliumhelyzete a fekvőbeteg ellátásban. A kórház teljesítményének értékelésekor fontos kiemelni, hogy a CMI a városi kórházakra számított országos átlag környékén helyezkedik el, az átlagos ápolási idő kicsivel hosszabb, az ágykihasználtság pedig alacsonyabb az átlagnál. A kórház veszteségesen működik, főleg a ráfordítás-igényes szakmák (pl. sebészet) teljesítménye marad el a fedezeti ponttól. Ezt részben az okozza, hogy a díjazási rendszer túlzott mértékben jutalmazza a kevésbé műtét- és ráfordítás-igényes szakmákat, másrészt viszont az a mennyiségű súlyszám sem elégséges, amekkora teljesítmény elvégzésére, lejelentésére a TVK lehetőséget nyújt.

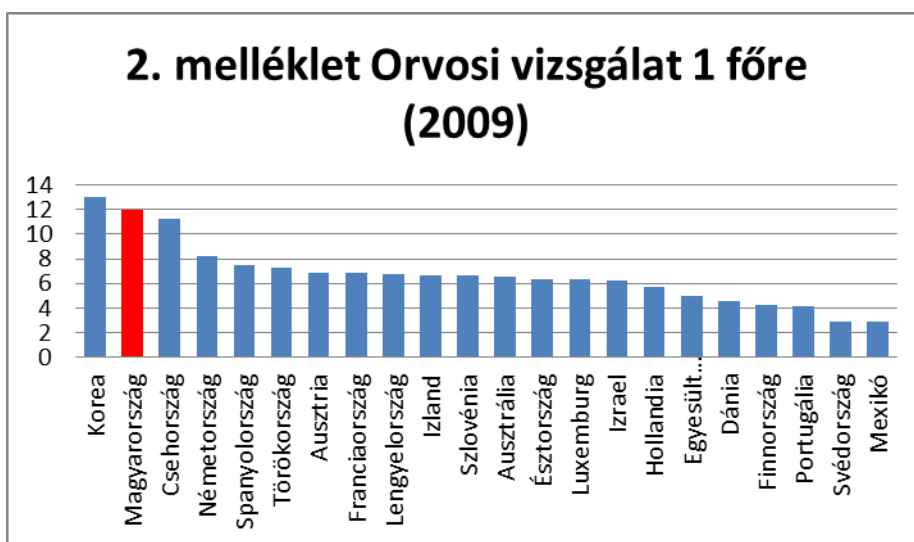
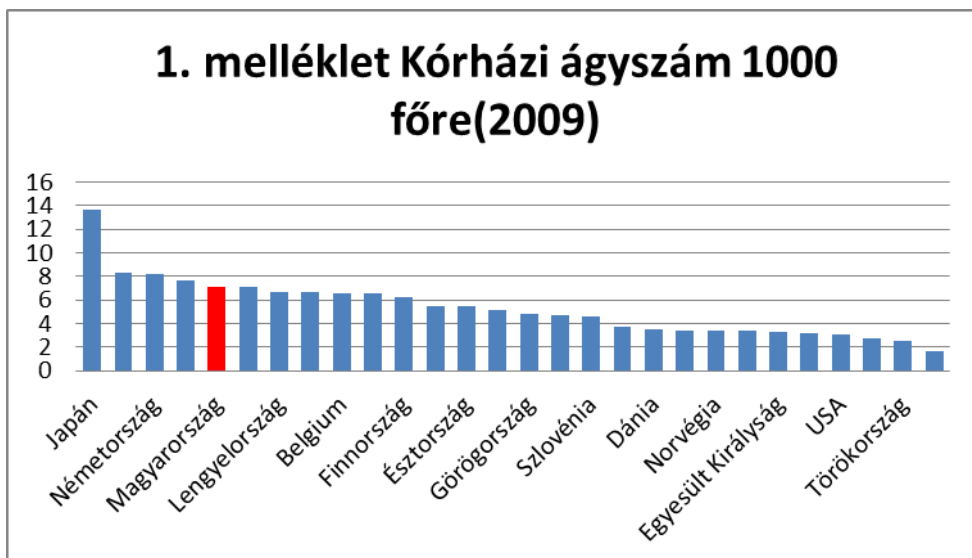
Egyik lehetőség a TVK emelésének kiharcolása. Jelentősebb emeléshez viszont az ellátási portfólió bővítésére, ehhez pedig újabb szakorvosokra lenne szükség, miközben a képzett munkaerőhöz való hozzáférés erősen korlátozott. Másrészt viszont, még ha sikerülne is újabb orvosokat munkába állítani, ez (főleg az alacsony bérek miatt) hozzájárulna a teljesítmények túlpörgetéséhez. A teljesítmény növekedésével párhuzamosan csökkenne a lejelentett súlyszámokon belül a valós, szükséges és szakmailag indokolt teljesítmény, pedig pont ennek a megakadályozása lenne a TVK létrehozásának célja.

Bár a TVK emelésének indokoltsága a fentebb leírtak miatt megkérdőjelezhető, tehetünk könnyebben alátámasztható megállapításokat is. Szükség lenne az egységnyi díjazás növelésére, mivel a kifizetett összeg nagysága az inflációnál kisebb mértékben növekedett. Biztosítani kellene az egyes szakágak szimmetrikusabb finanszírozását, illetve egy olyan országos monitoring rendszer kiépítése is indokolható lenne, mely pontosabb, objektív adatokat nyújtana az egyes régiók egészségügyi állapotáról. Bár a demográfiai adatok ismeretében tehetünk lazább becsléseket a jelenre és a jövőre vonatkozóan, felismerhetünk bizonyos tendenciákat (pl. a társadalom elöregedésével párhuzamosan csökken a fiatalabbakra jellemző megbetegedések, balesetek és a szülések száma, miközben egyre több lesz a daganatos, illetve szív- és érrendszeri megbetegedés), ám a teljesítményfinanszírozás helyes működéséhez pontos adatokra lenne szükség.

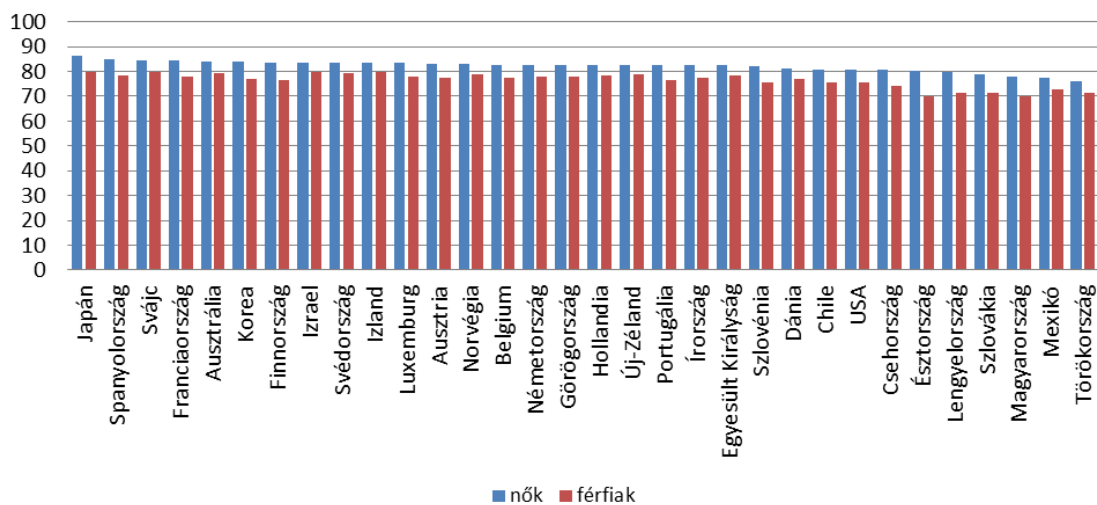
Dolgozatom során azonban fontos szerepet játszott, hogy valós túlélési eszközt adjak a kórház kezébe, ne csupán a központi segítség kiharcolására buzdítsam. Ennek feltételeként állapítottam meg, hogy a fedezeti pont elérhető a belső hatékonyság kismértékű növelésével, esetleg a kódolási optimalizálás visszaállításával. A hatékonyság növelésének feltétele, hogy az ágyszámok csökkentését átgondolt módon kellene megoldani, mert az jelenleg csupán a szobák kényelmesebbé tételét szolgálja. Szükség lenne valódi mátrixszervezet létrehozására az erőforrások (ágyak, nővérek) racionálisabb kihasználásának érdekében, ám a jelenlegi törvényi változtatások ezzel ellentétes irányban hatnak. A gyengébben teljesítő osztályok (szemészet, fül-orr-gégészet) esetén tanácsolható az egynapos ellátásra való teljes átállás. Emellett az egynapos ellátásban részesültek számára külön megfigyelő kialakítása is indokolt lenne, így költséghatékonyabb ellátást lehetne biztosítani, a felszabadult ágyakkal pedig az érintett osztályok (sebészet, szülészeti) jobban gazdálkodhatnának. Lehetőség esetén a teljes intézményi struktúra megváltozása is ajánlható lenne, egy kisebb, jól szervezett tömbkórház hatékonyabban láthatná el a feladatokat. A fent említett beruházások viszont nagyon költségesek, önkormányzati források hiányában a kórház beruházásait csak az OEP bevételekből tudja csak fedezni. Jelenleg a javasoltakkal részben ellentétes folyamatok zajlanak, a félkész mátrixszervezet leépítése, illetve a pavilonrendszer EU-s támogatásokból történő átszervezése nehézségeket okozhat a jövőben a kórház működésében.

7. Mellékletek

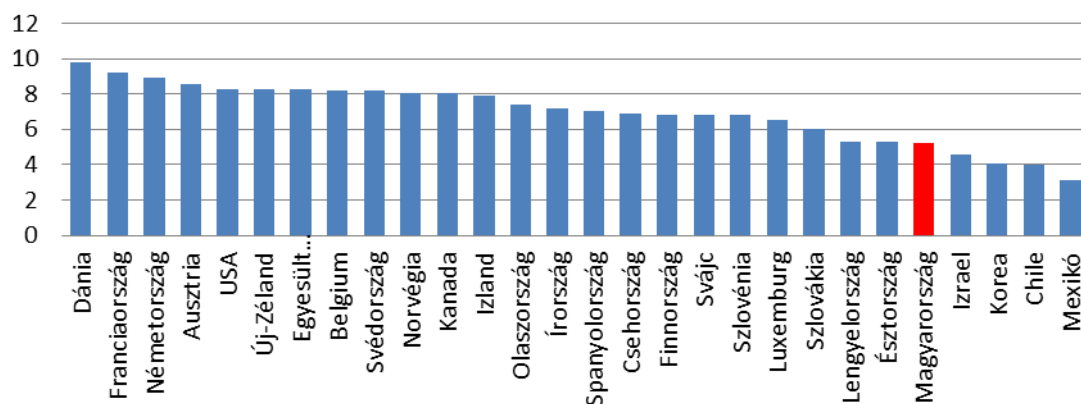
Mellékletek a 2. fejezethez (saját készítés a WHO adatai alapján):



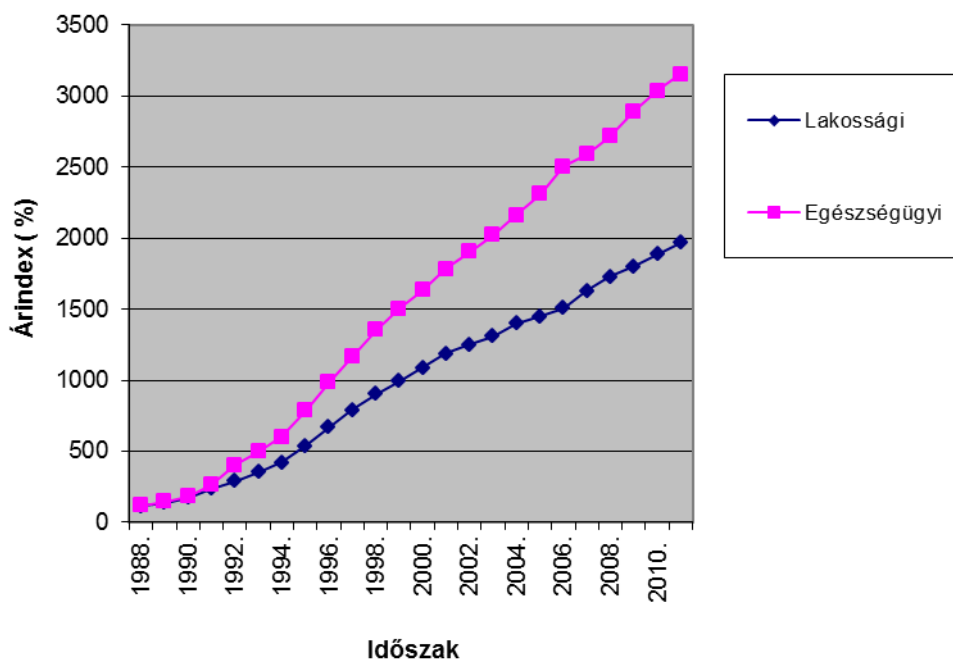
3. melléklet Várható élettartam (2009)



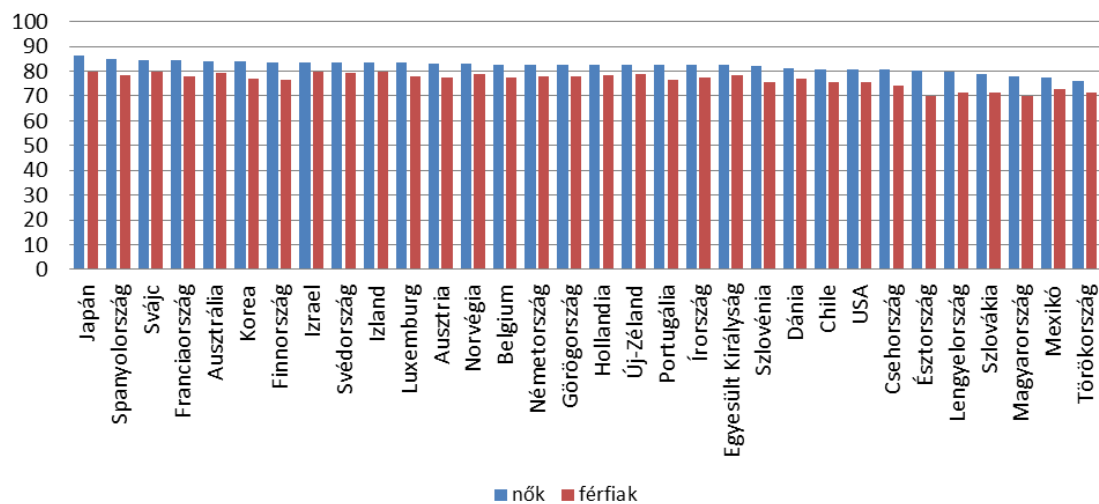
4. melléklet Eü-i kiadások (2009) a GDP %-ában



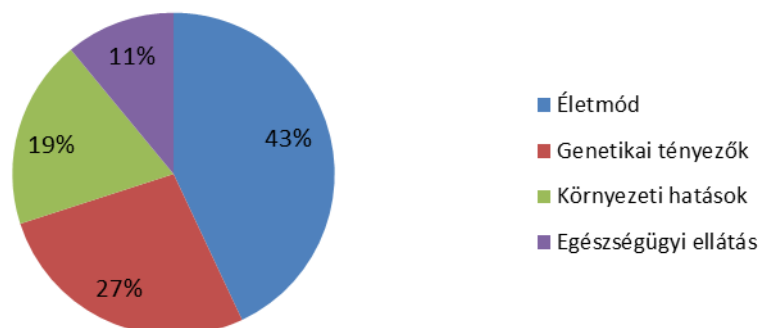
5. melléklet Kumulált egészségügyi és lakossági árindex (%), 1987.
év = 100 %



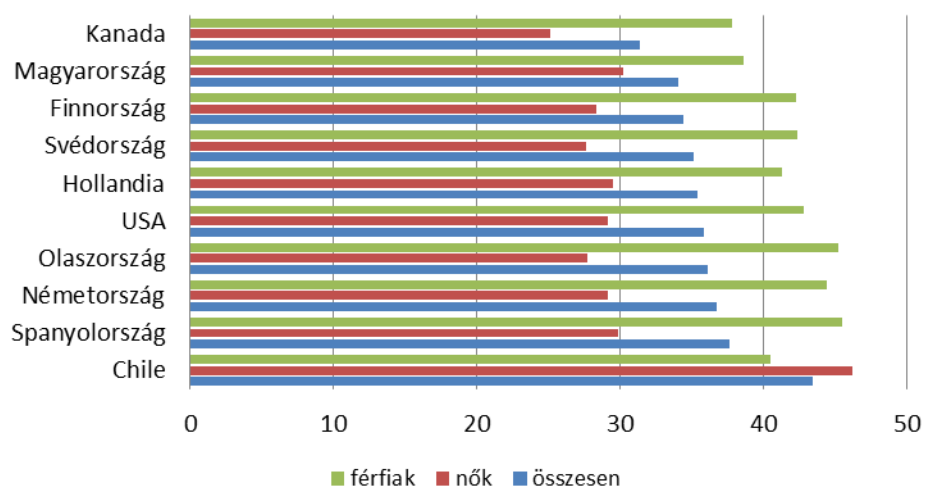
6. melléklet Várható élettartam (2009)



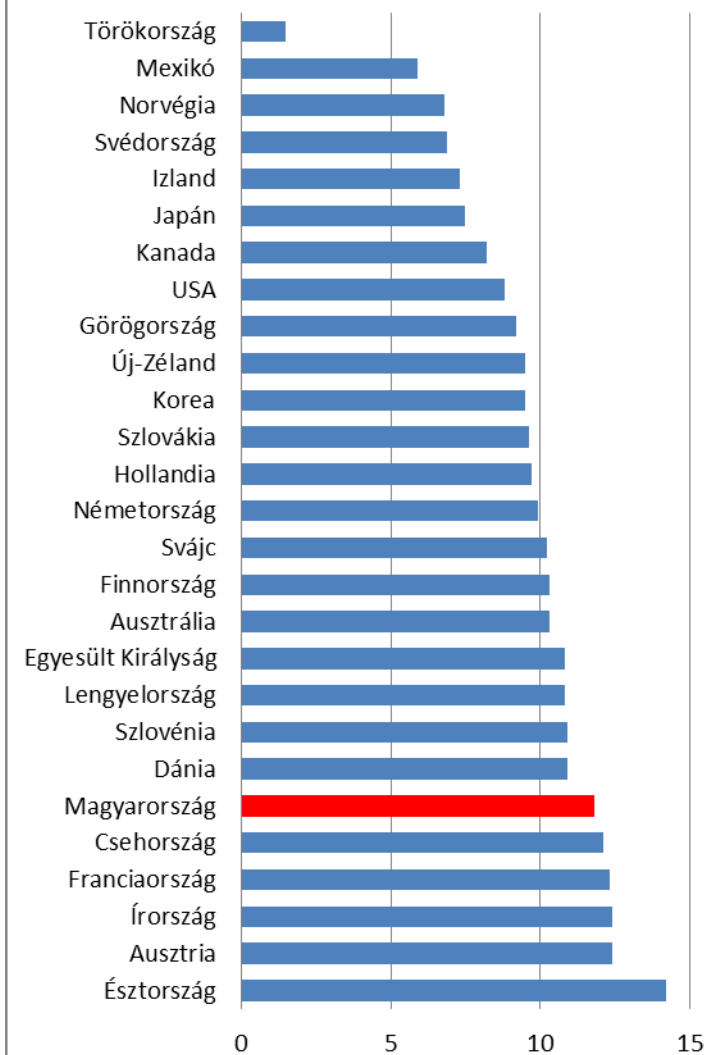
7. melléklet Egészségi állapotot befolyásoló tényezők

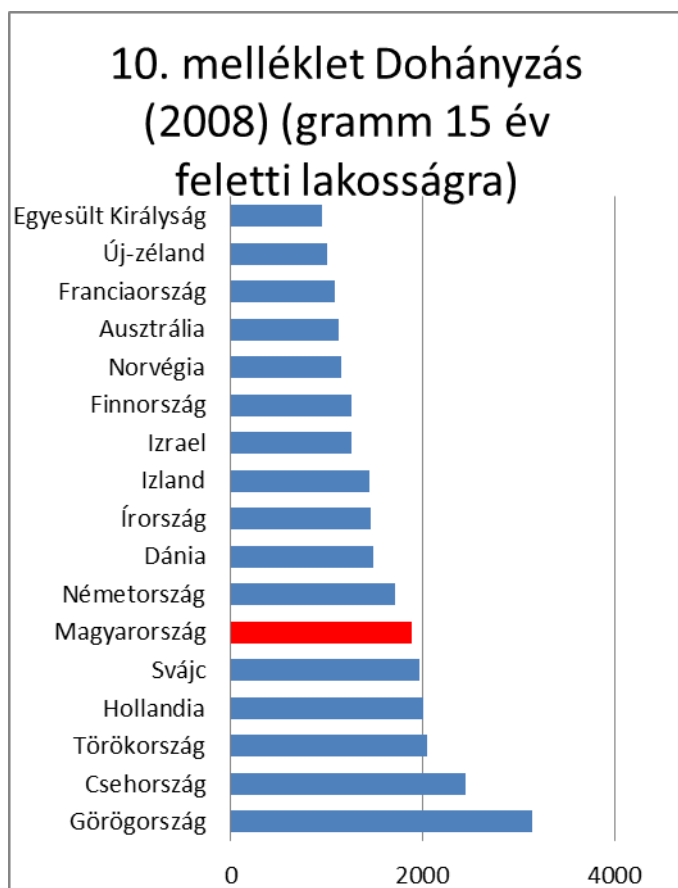


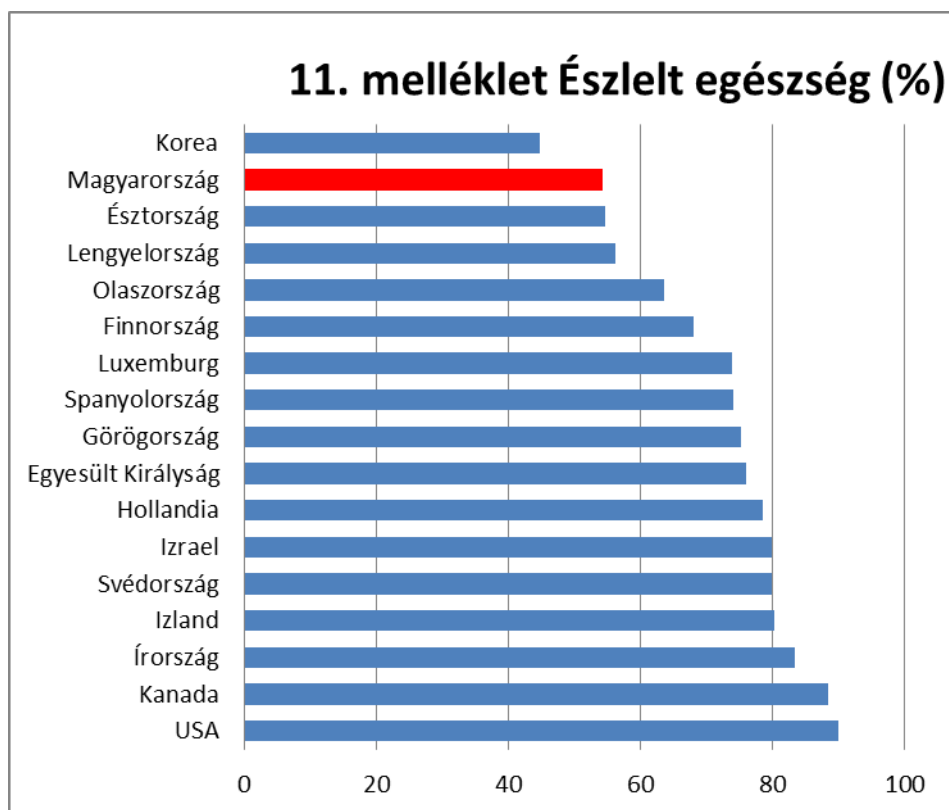
8. melléklet Túlsúlyos népesség %-ban (2009)



9. melléklet
Alkoholfogyasztás (2008)
(liter 15 év feletti lakosságra)







4.2.3 fejezet mellélete:

A számításokhoz felhasznált elméleti háttér elérési útvonala:

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2F193.6.12.228%2FuiGTK%2Fuisz%2Fvgte_1.pdf&ei=cGlwT9uxK8eOswbbh5zICQ&usg=AFQjCNFEbVAssFkZqmaq7eC7M1SMKBHjNA&sig2=jjiIyeqqy-hi03z9_-36kg

Eredményeim:

Belgyógyászati Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	132 419,32	1673,7	221 630 215,74
2010	151 050,60	2340,61	353 550 547,07
	Teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	1673,7	1879	0,864444129
2010	2340,61	2650	0,88403857
1.,telj. díj vált hatása	43608562,69		
2.,teljesítményváltozás	95131587,68		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	88255678,91		
2.b.,CMI változásából	6875908,773		
összesen	138740150,4		

Sebészeti Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	132 722,17	1767,02	234 522 725,96
2010	147 084,51	1444,76	212 501 821,45
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	1767,02	1543,239237	1,145007176
2010	1444,76	1470,544002	0,982466351
1.,telj. díj vált hatása	20750141,47		
2.,teljesítményváltozás	-42771045,98		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-11047337,46		
2.b.,CMI változásából	-31723708,52		
Összesen	-22020904,51		

Szülészet-Nőgyógyászati Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	132 479,16	1035,27	137 151 703,53
2010	151 070,85	822,92	124 319 221,57
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	1035,27	2060,793378	0,502364774
2010	822,92	1758,496275	0,467968009
1.,telj. díj vált hatása	15299468,4		
2.,teljesítményváltozás	-28131950,35		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-20118738,29		
2.b.,CMI változásából	-8013212,065		
Összesen	-12832481,95		

Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Osztály			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	133 143,33	918,36	122 273 512,72
2010	151 481,54	692,25	104 863 095,23
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	918,36	1107,19485	0,8294475
2010	692,25	835,8000519	0,828248333
1.,telj. díj vált hatása	12694621,89		
2.,teljesítményváltozás	-30105039,38		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-29971594,66		
2.b.,CMI változásából	-133444,7128		
Összesen	-17410417,49		

Fül-orr-gégészeti Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	131 039,86	71	9 303 829,92
2010	150 749,87	45,54	6 865 148,96
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	71	125,3186436	0,566555765
2010	45,54	117,4104144	0,387870192
1.,telj. díj vált hatása	897593,8206		
2.,teljesítményváltozás	-3336274,787		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-587117,9055		
2.b.,CMI változásából	-2749156,881		
Összesen	-2438680,966		

Szemészeti Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	131 140,82	288,19	37 793 472,27
2010	160 094,84	198,35	31 754 812,33
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	288,19	474,1033242	0,607863276
2010	198,35	345,0239594	0,574887612
1.,telj. díj vált hatása	5743031,123		
2.,teljesítményváltozás	-11781691,07		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-10289650,26		
2.b.,CMI változásából	-1492040,808		
Összesen	-6038659,946		

Bőrgyógyászati Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	131 899,54	275,05	36 278 967,52
2010	150 350,85	273,49	41 119 453,05
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	275,05	311,7986891	0,882139693
2010	273,49	298,4419368	0,916392659
1.,telj. díj vált hatása	5046248,807		
2.,teljesítményváltozás	-205763,277		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-1554109,104		
2.b.,CMI változásából	1348345,827		
Összesen	4840485,531		

Ideggyógyászati Részleg			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	132 051,82	1622,75	214 287 088,65
2010	150 580,34	1458,04	219 552 152,73
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	1622,75	1930,519698	0,840576764
2010	1458,04	1890,472787	0,771256804
1.,telj. Díj vált hatása	27015319,12		
2.,teljesítményváltozás	-21750255,04		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-4445194,783		
2.b.,CMI változásából	-17305060,26		
Összesen	5265064,081		

Reumatológia			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	136 136,20	84,93	11 562 047,53
2010	150 370,09	183,73	27 627 496,08
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	84,93	125,937046	0,674384565
2010	183,73	266,2571791	0,690047121
1.,telj. díj vált hatása	2615191,913		
2.,teljesítményváltozás	13450256,63		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	12882532,19		
2.b.,CMI változásából	567724,4425		
Összesen	16065448,55		

Központi Intenzív			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	132 365,94	747,35	98 923 683,45
2010	153 634,25	604,79	92 916 456,05
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	747,35	153,0278725	4,883750833
2010	604,79	146,4153903	4,130645
1.,telj. díj vált hatása	12862860,66		
2.,teljesítményváltozás	-18870088,06		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	-4274587,924		
2.b.,CMI változásából	-14595500,14		
Összesen	-6007227,4		

Akut Pszichiátriai Osztály			
	teljesítménydíj	teljesítmény	teljesítményérték
2009	147 755,23	847,08	125 160 500,81
2010	151 356,34	890,6	134 797 956,65
	teljesítmény	finanszírozott esetszám	CMI
2009	847,08	782,947468	1,081911667
2010	890,6	884,2305923	1,007203333
1.,telj. díj vált hatása	3207148,203		
2.,teljesítményváltozás	6430307,639		
2a.,betegforgalom változásából adódóan	16190928,61		
2.b.,CMI változásából	-9760620,975		
Összesen	9637455,8428		

8. Forrásjegyzék

Szakirodalom

- Ajtay András, dr. [2008], „Az egészségpolitika húsz éve” Egészségügyi Gazdasági Szemle, XLIX. évfolyam, 3. szám, 36-43. oldal
- Baráth Lajos, dr. [2008], „Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században” Egészségügyi Gazdasági Szemle, XLVI. évfolyam, 3. szám, 10-12. oldal
- Boncz Imre, dr.; Nagy Júlia, dr. [2003], „10 éves a HBCS: A Homogén Betegségcsoportok (HBCS) rendszerének tapasztalatai finanszírozói oldalról ” Egészségügyi Menedzsment, V. évfolyam, 2. szám, 21-27. oldal
- Budánovics Noémi [2007], „Esetszintű költségelemzés és fedezetszámítás megvalósítása, valamint betegszámla előkészítésének lehetőségei” IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, VI. évfolyam, 5. szám, 28-33. oldal
- Kincses Gyula, dr.; Surján György, dr.; Kováts Tamás, Szilágyi Éva, Szirmai László [2003], „Tanulmány Magyarország régióinak egészségügyi helyzetéről”, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest
- Kovács Gábor, dr. [2004], „A csúcsára állított piramis” Pharmorient: Gyógyszerészeti tájékoztató folyóirat, XI. évfolyam, 12. szám
- Lóránth Ida [2011], „Merre tovább HBCS?” Egészségügyi Gazdasági Szemle, XLIX. évfolyam, 2. szám, 16-19. oldal
- Szabadsfalvi András, dr. [2004], „Emelkedő átlagéletkor, növekvő kór: Demográfiai változások hatása az egészségügyi ellátásra” Kórház, XI. évfolyam, 11. szám, 4-5. oldal

Varga-Hatos Katalin; Karner Cecília [2008], „A lakosság egészségügyi állapotát befolyásoló tényezők” Egészségügyi Gazdasági Szemle, XLVI. évfolyam, 2. szám, 26-33. oldal

Források

Atkár Katalin [2009], „A mátrixkórház orvosszakmai és gazdasági előnyei – A Szent Imre Kórház mátrixstruktúrája”, Budapesti Corvinus Egyetem, Vezetéstudományi Intézet, szakdolgozat

Bosnyák János - Gyenge Magdolna – Pavlik Livia – Székács Péterné [2010]: Vezetői számvitel, SALDO Kiadó

Chikán Attila [2008]: Vállalatgazdaságtan, Budapest, Aula Könyvkiadó

Dobák Miklós - Antal Zsuzsanna [2010]: Vezetés és Szervezés, Aula Könyvkiadó

Jack Hirshleifer – Amihai Glazer – David Hirshleifer [2009]: Mikroökonómia: Árelmélet és alkalmazásai – Döntések, piacok és információk

Kiss Tímea [2009], „Az egészségbiztosítási rendszer finanszírozási dilemmái Magyarországon – Verseny, fejkvóta, egészség”, Budapesti Corvinus Egyetem, Befektetések és Vállalati Pénzügyek Tanszék, szakdolgozat

Masszi Laura [2010], „A magyar egészségügyi rendszer jellemzői és reformja”, Budapesti Corvinus Egyetem, szakdolgozat

Németh János [2011], „Az egészségügy finanszírozásának modelljei és kérdései, különös tekintettel a magyarországi aktív fekvőbeteg-ellátásra vonatkozóan”, Budapesti Corvinus Egyetem, Matematikai Közgazdaságtan és Gazdaságelemzés Tanszék, szakdolgozat

Egyéb dokumentumok

Karátsonyi Annamária: „Egészségügy pénzügyei”, előadás, Budapesti Corvinus Egyetem, 2011. október 14.

Internetes források

Molnár Andrea, dr. – Winkler Sándor [2008], „Stratégiai és operatív controlling az egészségügyben - tapasztalatok és kilátások” előadás diasora, Jóna András Oktató Kórház MCE konferencia, Nyíregyháza, 2006. október 12-13.

Letöltés helye:

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mce.hu%2Ffiles%2Fnyiregyhaza%2FJonaAndrasKorhaz_MCEkongresszusa.ppt&ei=tHFvT7DGOMWSswamytHPAg&usg=AFQjCNFbXfY-PpCO9joTz_nGjunBhV2mWg&sig2=TXhqooDqXvCucqCOAiQ9cA

Letöltés időpontja: 2012. 03. 25

Egészségügyi reformtörekvések és egyenlőség átmeneti helyzetben (anoním)

Letöltés helye: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1274>

Letöltés időpontja: 2012. 03. 24

Az Erzsébet Kórház honlapja:

Letöltés helye: <http://www.ujhelykorhaz.hu/>

Letöltés időpontja: 2012. 03. 25