

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Bódis József

Programvezető: Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Témavezető: Prof. Dr. Boncz Imre

TELJESÍTMÉNY-VOLUMEN KORLÁT (TVK) HATÁSA AZ
INTÉZMÉNYI FINANSZÍROZÁSRA

Doktori (Ph.D.) értekezés

Dr. Endrei Dóra

Pécs, 2012

1. BEVEZETÉS

Az egészségbiztosítás keretében nyújtott egészségügyi ellátások ellentételezésére ellenértéket az egészségügyi szolgáltatóknak az egészségbiztosító nyújt, ezt nevezzük egészségbiztosítási finanszírozásnak.

A magyar egészségügy finanszírozásának történetében az elmúlt 20 év változásainak jelentős állomásait követhetjük nyomon.

Az egészségügy finanszírozását 1990-ben a társadalombiztosítás (továbbiakban TB) vette át. A szektorsemleges finanszírozás 1992-ben került bevezetésre, a szolgáltatók tulajdonosi és gazdálkodási formától függetlenül kapják finanszírozásukat.

1993-ban kerül sor a kasszákra történő szétosztásra, majd a teljesítményalapú finanszírozásra való áttérés a következő változás. A fekvőbeteg szakellátás területén a HBCS (homogén betegségcsoport) alapú finanszírozás Európában elsőként nálunk került alkalmazásra. Ez az aktív fekvőbeteg szakellátás normatív finanszírozása, azaz az amerikai DRG rendszer elvén alapul, jellemzője az előre rögzített alapdíjak rendszere. Két fő szempontja van a besorolásnak, a gazdasági, vagyis az ellátás költsége, a másik a szakmai tudásigény oldal. Jelenlegi verziók száma: HBCS 5.0.

1996-ban elfogadták a szakellátási kapacitásokról szóló törvényt, 1997-ben pedig újabb jelentős állomás következett az egészségügyről szóló törvény valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény megalkotásával. Az egészségbiztosítási törvény szerint az állam az ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az Egészségbiztosítási Alapból (továbbiakban E. Alap) nem fedezhetőek. Az E. Alap tervezésére az állam költségvetésének tervezésekor kerül sor, hiányát bizonyos mértékig előretervezi a jogalkotó. 1999-ben Kormányrendeleti szinten biztosították az E. Alapból történő finanszírozás szabályait.

A 2003-as év, mint bázis alapján az aktív fekvőbeteg szakellátás, valamint a járóbeteg szakellátás területén a teljesítmény-volumen kereten alapuló finanszírozást 2004. áprilisában vezették be, mely az E. Alap túlköltésének lehetőségét korlátozta az intézményre szűkített meghatározással. 2004 és 2006 között alkalmazásra került a degressziós elv, a felső határ feletti teljesítések esetében. A 2003. évi bázisidőszak teljesítménye alapján (annak 98%-ban) került megállapításra és 5 %-os túllépésig 60 %, 5-10 % között 30 %, 10% felett 10 % finanszírozási arány meghatározásával. 2006-ban a TVK degresszió megszűnt. 2007-ben az új kapacitás leosztással tovább erősödött a

kapacitások, a betegforgalom, a teljesítmény, és a finanszírozás összhangjának megteremtése.

2009-ben az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (a továbbiakban EMAFT) technikát rövid ideig tudták alkalmazni. Ennek keretében a teljesítmény 70 %-a előre meghatározott fix Ft térítési díjjal, míg a teljesítmény fennmaradó 30 %-a ún. lebegődíjas rendszerben, havonta változó Ft térítési díjjal került finanszírozásra.

2010-ben visszatért a TVK szerinti finanszírozás, az alapdíj lecsökkent 146 eFt/súlyszám szintre. Az OEP a háromhavi kifizetésről átállt a kéthónapos fizetésre, ennek a finanszírozási következménye az volt, hogy egy havi finanszírozást az OEP kifizetett a szolgáltatóknak. 2011-ben struktúraátalakítás kezdődött a fekvőellátásban, az alapdíj növekedett 150 eFt/súlyszám, a TVK felett elért legfeljebb 10 % teljesítmény többletet az alapdíj 30 %-ával térítik. 2011-ben többlet TVK is került kiosztásra, szezonindex módosításra nincs lehetőség. 2012. júliustól az egészségügyi reformintézkedések mentén a Semmelweis Terv struktúraváltással kapcsolatos javaslatainak végrehajtásával új fekvőbeteg ellátási struktúra került meghatározásra, ehhez igazodóan módosult a kiközölt TVK is. A funkcióváltó egészségügyi szolgáltatók manuális szakmák esetében egynapos és járóbeteg ellátás ellentételezése után fennmaradó TVK mennyiségének 50 %-a, továbbá a nem manuális szakmák esetében a teljes TVK mennyiségének 50%-a a feladatot átvevő szolgáltatóhoz került. A fennmaradó 50 % központi tatalékalapba került, amely a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (a továbbiakban GYEMSZI) javaslata alapján a rendeletben meghatározott egészségügyi szolgáltatóik részére visszaosztásra került. A TVK mentes ellátások köre bővült a 05P 2081 AMI PCI-vel (egy vagy több stenttel)*HBCS, 05P 2082 AMI PCI-vel, stent nélkül *HBCS, 01M 015D Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA), praecerebralis érelzáródással, rtPA kezeléssel *HBCS. A TVK mentes ellátások ellentételezésére a korábbi teljesítmény arányában visszavonásra került a TVK a szolgáltatóktól. A szezonindex módosítására is lehetőség van +/-20 % mértékben.

A témaválasztás motivációit az alábbiak szerint foglalom össze.

Az egészségügyi közszolgáltató finanszírozása duális, fenntartói és egészségbiztosítási oldallal rendelkezik. Az egészségügyi közszolgáltatás biztosításának ellentételezése az OEP-el kötött szerződés alapján történik. A költségvetési intézmény gazdálkodásával szembeni (tulajdonosi) elvárás a nullszaldós eredmény. A veszteséges gazdálkodásnak számos oka lehetséges. Az okok között a finanszírozás elégtelensége szerepelhet.

A TVK, mint finanszírozási technika a finanszírozás számára valóban felső határt biztosít, viszont az intézményi működésben kedvezőtlen gazdasági hatásokat okozhat.

A TVK-nak az adósságállomány megjelenéséhez, növekedéséhez, illetve újratermelődesben betöltött szerepét nem szabad önmagában elemezni.

Az intézményi gazdálkodás stabilitásának megteremtésében a bevételi oldal növelését a TVK keret növelése jelentheti. TVK keret bővítésének indoklását segítik az értekezésemben bemutatott elemzések.

Az intézményi belső allokáció alapelveinek meghatározásában is segítséget nyújtanak elemzéseim. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm.rendelet 27/B. § rendelkezései szerint a szolgáltató a TVK felhasználása során a szerződés szerinti ellátási kötelezettségeit az a)-e) pont szerint meghatározott prioritási sorrend figyelembevételével köteles teljesíteni:

- a) a működési engedélye szerinti szakmai kompetencia (a továbbiakban: szakmai kompetencia) körébe tartozó sürgősségi ellátások,
- b) szakmai kompetencia és az Eftv.szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó progresszív ellátások,
- c) szakmai kompetencia és az Eftv.szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó nem progresszív ellátások,
- d) szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó progresszív ellátások,
- e) szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó nem progresszív ellátások.

A TVK tehát nemcsak gazdasági, hanem szakmai anomáliákat is eredményezhet, hiszen az intézményi belső allokációval a menedzsment a biztosítottak egészségügyi ellátáshoz való sorrendiségét is meghatározza (várólista, betegfogadási lista).

Napi munkámban a finanszírozási technika ismerete, hatásainak számbavétele a vezetői lehető legjobb döntések meghozatalát is segítheti.

2. CÉLKITÚZÉS

A 2001-től folyamatosan növekvő teljesítményre technikai válasz volt a TVK bevezetése. A teljesítményérdekltség csökkentésére a TVK és a degresszív finanszírozás alkalmazása volt a kigondolt eszköz, azonban ez a módszertan nem mindenhol gátolta meg a betegforgalom növekedését.

A fekvőbeteg ellátásra vonatkozó elszámolt súlyszám a TVK bevezetését követően meghaladta a korlátot. 2004-2006 között a TVK feletti teljesítményt alacsonyabb összeggel finanszírozta az OEP, ez volt a degresszió módszere. 2007-ben a degresszív finanszírozást eltörölték, minden túteljesített súlyszám finanszírozatlan teljesítményként került meghatározásra. A túteljesítésekből fakadó veszteség minimalizálás érdekében teljesítmény visszafogás volt szükséges. 2008-ban negyedévente került kiközlésre a TVK, azonban magasabb TVK meghatározás történt. A 2009. évi EMAFT finanszírozás sajátossága – a rendkívül alacsony lebegő díjak – miatt a 2009. évi képzett TVK az elmúlt 6 év legalacsonyabb TVK szintjére került. 2010. évi TVK meghatározásánál a struktúra módosulás (pl. Baranya Megyei Kórház „integráció”) nem került elismerésre. A 2010. évben a TVK feletti teljesítmények nem kerültek finanszírozásra.

A fenti – jogszabályban és az államigazgatásban jól dokumentált folyamatok – hatásának szakmai elemzése, tudományos feldolgozása nem történt meg. A különböző egészségpolitikai és finanszírozáspolitikai viták tehát a folyamatok adminisztratív értékelésének szintjén folytak.

Az értekezés célja az, hogy az aktív fekvőbeteg szakellátás HBCs alapú, teljesítmény elvű elszámolási rendszerére rárakott TVK/EMAFT szerinti felső korlát hatását elemezzük és mind országos szinten, mind a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ szintjén feltárjuk a TVK/EMAFT okozta finanszírozási hatásokat.

Az értekezés célkitűzéseit az alábbiak szerint összegezzük:

- a teljesítmény-volumen korlát okozta finanszírozásváltozás számszerűsített hatásának bemutatása országos szinten 2004-2008. között
- a teljesítmény-volumen korlát okozta hatás intézményi csoportok közötti differenciálódásának feltérképezése (egyetemi klinikák) 2004-2008. között
- a TVK okozta finanszírozási változás hatása szakmai / szakmacsoportos bontásban 2004-2008. között
- a teljesítmény-volumen korlát miatt kieső intézményi (PTE) bevételek meghatározása 2004-2008. között
- az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) finanszírozáspolitikai hatásának bemutatása 2009-ben
- az EMAFT (2009) átvezetése a kizárólag fix térítésű TVK (2010) és a részben degresszív TVK (2011-2012) felé, és ezek hatásai országos és intézményi szinten

3. ADATOK ÉS MÓDSZEREK

3.1. Vizsgálatunkban a teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatásának számszaki elemzését tekinttük át az aktív fekvőbeteg szakellátás hagyományos teljesítmény mutatóira. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjában megvizsgáltuk az aktív fekvőbeteg szakellátás súlyszám, finanszírozási esetszám és ápolási nap adatait 2003-2008. között, vizsgálva a tárgyidőszakban érvényesülő regressziós trendeket. Meghatároztuk az egyes orvosi szakterületek és kórháztípusok TVK / degresszió miatti finanszírozási veszteségét.

3.2. Ezen elemzésünk célja a teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatásának bemutatása volt a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ (továbbiakban PTE KK) intézményi szintű finanszírozására az aktív fekvőbeteg szakellátásban. Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken alapulnak, mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak és az 2004-2008. közötti időszakot fedik le. A PTE KK-ban meghatároztuk az egy súlyszámra eső tényleges OEP térítési díjat, a TVK okozta finanszírozási veszteséget. Elemeztük a területi ellátási kötelezettségen kívüli, illetve a sürgősségi esetek arányát klinikai bontásban.

3.3. Ezen vizsgálatunkban az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatását kívánjuk bemutatni a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ (továbbiakban PTE KK) intézményi szintű finanszírozására. Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken alapulnak, mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak és a 2009. április – 2009. október közötti 7 hónapos időszakot fedik le. Meghatároztuk az egy súlyszámra eső tényleges OEP térítési díjat, az EMAFT okozta finanszírozási veszteséget az előre meghirdetett OEP térítési díjhoz képest. Elemeztük a területi ellátási kötelezettségen kívüli illetve a sürgősségi esetek arányát klinikai bontásban.

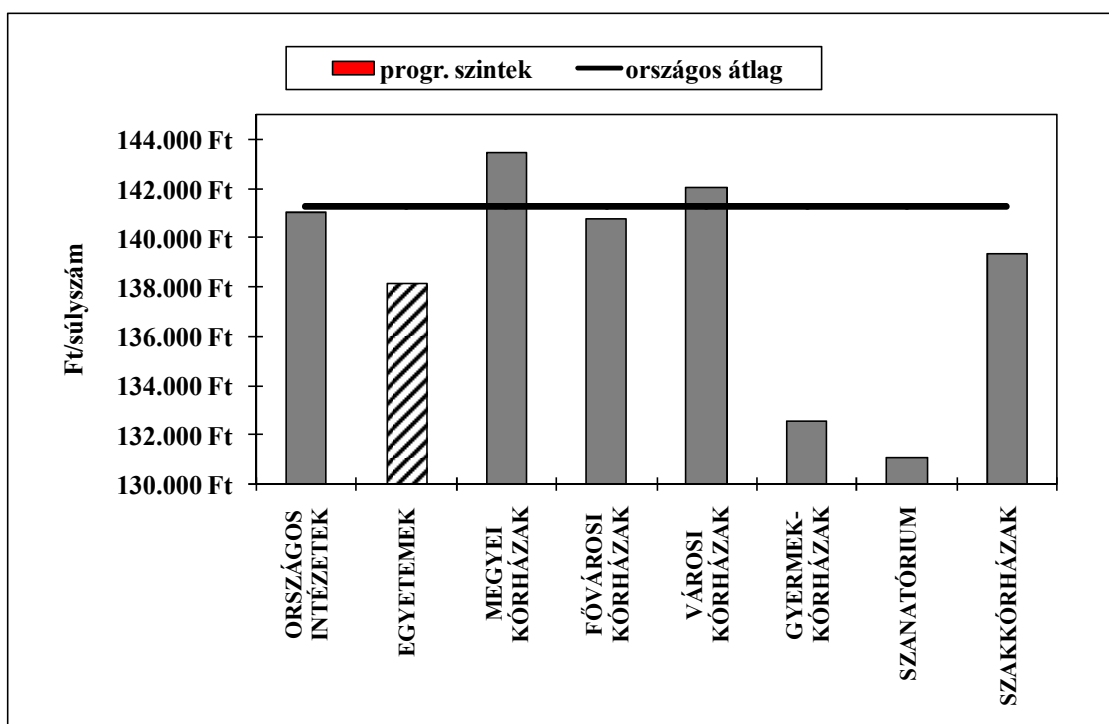
3.4. Elemzésünk utolsó fázisában a teljesítmény-volumen korlát (TVK) 2010-2012. közötti, a degresszív elszámolás irányába tett visszavezetését kívánjuk bemutatni.

Az elemzésben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé küldött jelentéseken alapulnak és mindenhol az aktív fekvőbeteg szakellátásra vonatkoznak. Elemzésünkben elsősorban a 2009-2012. közötti időszakot vizsgáltuk. Elemeztük a részlegesen (EMAFT vagy degresszív TVK révén) kifizetett aktív fekvőbeteg súlyszámok arányát az összes súlyszámon belül, meghatároztuk a vizsgálati időszakban a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ számára fellépő finanszírozási veszteséget és meghatároztuk a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívüli illetve sürgősségi esetek aránya a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központban 2008-2011. között.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Látható, hogy 2003-2006. között míg a városi (99,6 %), fővárosi (98,2 %) és megyei (102,7 %) kórházak esetszáma 2003-hoz képest nem vagy csak minimális mértékben emelkedett, addig az egyetemek (113,3 %) és az országos intézetek (114,3 %) esetszáma jelentős mértékben nőtt. Vagyis beigazolódott az a vélekedés, mely szerint a progresszivitási rend alacsonyabb szintjén lévő kórházakból az egyetemek és az országos intézetek felé tolodott el a betegmozgás.

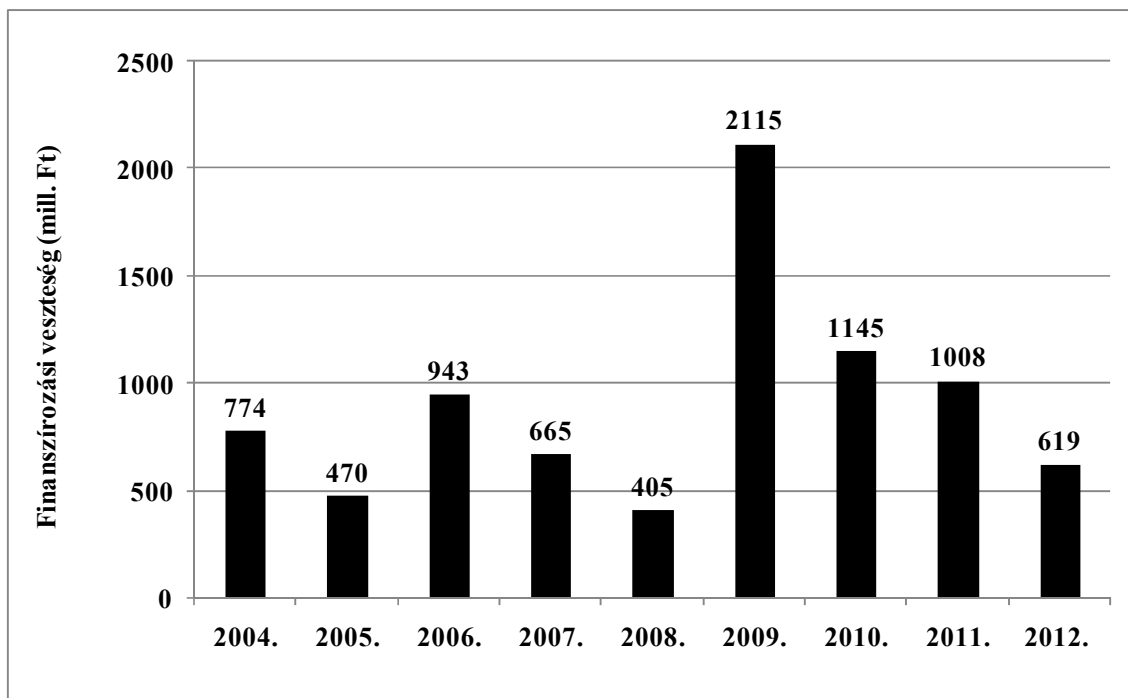
A TVK hatásaként 2004-ben 5,8 milliárd Ft, 2005-ben 9,1 milliárd Ft, 2006-ban 12,1 milliárd Ft, 2007-ben 18,8 milliárd Ft, míg 2008-ban 11,2 milliárd Ft nem került kifizetésre a kórházak számára.



1. ábra

Az egy aktív súlyszámra kifizetett éves átlagos országos Forint érték progresszivitási szintenként (2008)

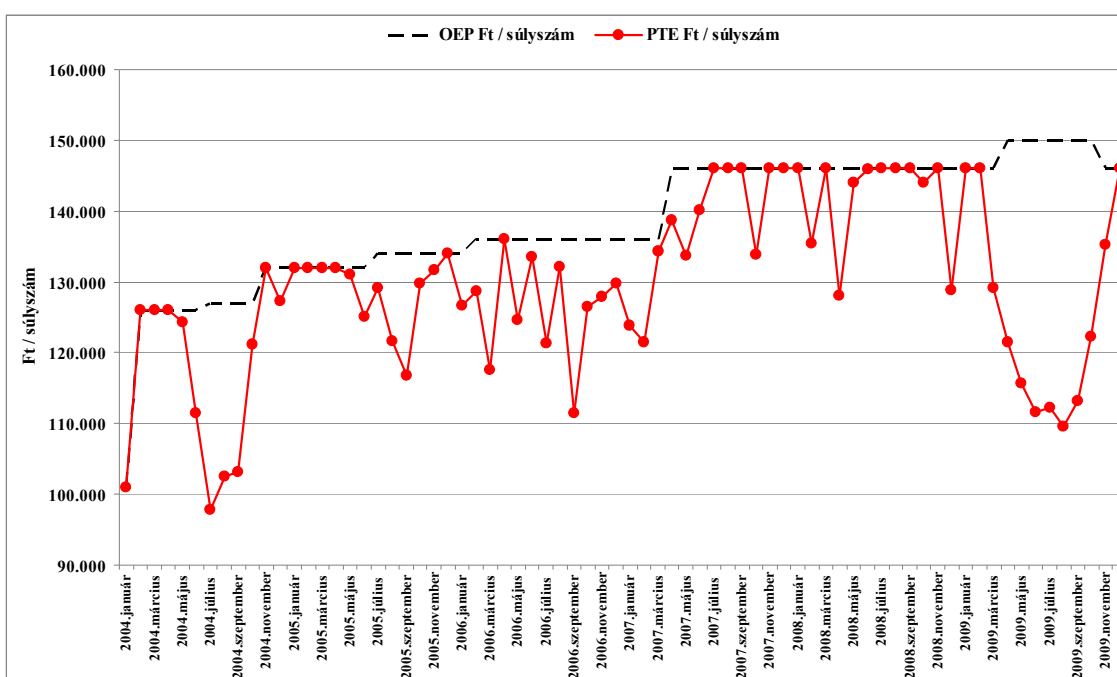
4.2. A PTE KK egy súlyszámra eső Forint térítési díja a TVK bevezetését követően elmaradt az OEP által előre meghirdetett díjtól. A vizsgált 5 év alatt, vagyis 2004-2008. között a PTE KK esetében a TVK okozta veszteség 3,256 milliárd Forintot ért el, ami 2012-re meghaladta a 8 milliárd Forintot. A PTE Klinikai Központ egészségnek vonatkozásában az ellátott esetek 25,3 %-a, illetve a teljesített súlyszám 24,5 %-a a területi ellátási kötelezettségen kívülről érkező betegek ellátását jelentette. A sürgősségi esetek arányának vizsgálata a teljes betegellátási volumenen belül azt mutatta, hogy az esetek 31,5 %-a, míg a súlyszámok 36,1 %-a származott sürgősségi betegek ellátásából.



2. ábra

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozási veszteség mértéke 2004-2012. években

4.3. A PTE KK egy súlyszámra eső Forint térítési díja elmaradt az OEP által előre meghirdetett díjtól a TVK bevezetését követően. A vizsgált 2009.évben a PTE KK esetében a TVK és EMAFT okozta veszteség 2,1 milliárd Forintot ért el. A PTE Klinikai Központ aktív fekvőbeteg-szakellátásban az ellátott esetek 23,2 %-a, illetve a teljesített súlyszám 22,8 %-a a területi ellátási kötelezettségen kívülről érkező betegek ellátását jelentette. A sürgősségi esetek arányának vizsgálata a teljes betegellátási volumenen belül azt mutatta, hogy az esetek 33,8 %-a, míg a súlyszámok 39,2 %-a származott sürgősségi betegek ellátásából.



3. ábra

Az OEP által meghirdetett és a PTE Klinikai Központ által realizált Ft/súlyszám értékek 2004-2009. között havi bontásban

4.4. A részlegesen (EMAFT vagy degresszív TVK révén) kifizetett aktív fekvőbeteg súlyszámok aránya az összes súlyszámon belül ugyanis igen eltérő. Az EMAFT esetében 2009-ben a finanszírozott országos teljesítmény 25-30 %-a került a lebegődíjas elszámolás alá. A degresszív TVK esetén pedig 2011-től a finanszírozott országos teljesítmény 1-7 %-a került elszámolásra a degresszív sávban, mindez pedig előre kiszámítható, 45.000,- Ft/súlyszám értékkel. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ számára a legnagyobb veszteség (2,1 milliárd Ft) a 2009. évben keletkezett, amikor év közben bevezetésre került az EMAFT rendszer. 2010-ben és 2011-ben a PTE finanszírozási vesztesége mérséklődött 2009-hez képest, azonban még mindig igen magas volt (1,46 illetve 1,3 milliárd Ft). A részleges finanszírozás hatására 2004-2012. között a Pécsi Tudományegyetem 8,1 milliárd forintos bevétel kiesést szenvedett el.

HÓNAP	EMAFT arány	degresszív TVK arány		
	2009.	2010.*	2011.	2012.
Január	0,0%	0,0%	5,1%	4,8%
Február	0,0%	0,0%	5,9%	4,8%
Március	0,0%	0,0%	4,5%	7,3%
Április	30,0%	0,0%	4,6%	5,1%
Május	28,0%	0,0%	6,6%	6,5%
Június	29,1%	0,0%	6,4%	5,9%
Július	30,3%	0,0%	2,7%	3,2%
Augusztus	27,4%	0,0%	1,5%	2,2%
Szeptember	25,9%	0,0%	3,5%	1,1%
Október	27,5%	0,0%	3,8%	--
November	0,0%	0,0%	5,7%	--
December	0,0%	0,0%	4,6%	--

1. táblázat

Részlegesen (EMAFT vagy degresszív TVK révén) kifizetett aktív fekvőbeteg súlyszámok aránya az összes súlyszámon belül

(2010-ben még nem volt degresszió)*

5. MEGBESZÉLÉS, ÖSSZEFOGLALÁS

Értekezésemben a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) okozta finanszírozásváltozást számszerűsítve kívántam bemutatni, különös tekintettel a teljesítmény-volumen korlát okozta finanszírozásváltozás számszerűsített hatásaira, országos szinten, szakmai / szakmacsoportos bontásban és a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ kapcsán intézményi szinten.

Elemzéseink főbb következtetéseit az alábbiak szerint foglalhatjuk össze.

5.1. A TVK, mint egy mechanikus, kizárólag fiskális jellegű eszköz, beváltotta a teljesítmény bizonyos mérséklésére vonatkozó elvárásokat. Azonban viselkedése eltér a szokásos „fünyíró elvtől” és igen eltérő hatással volt az intézményrendszer egyes szereplőire, különösen hátrányosan érintve az egyetemi klinikák finanszírozását. Kiemelt eredménye elemzésünknek annak számszerű bizonyítása illetve megerősítése, hogy a progresszivitási rend alacsonyabb szintjén lévő (városi, fővárosi és megyei) kórházakból az egyetemek és az országos intézetek felé tolódott el a betegmozgás.

5.2. A teljesítmény-volumen korlát bevezetése jelentős mértékben csökkentette a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ egészségbiztosítási finanszírozását 2004-2008. között. A fő problémát abban határozhatjuk meg, hogy a TVK kezdeti megállapítása (2003-2004) óta nem történt meg annak utánkövetése, elemzése és a tényleges betegforgalomhoz történő korrekciója. Ezen diszkrepanciát tovább fokozta a 2007. április 1-én hatályba lépett új kórházi kapacitás leosztás. Mindezek eredőjeként teljesen elváltak egymástól a kapacitások (ágyszámok), a betegforgalom (ellátott esetek száma), a teljesítmény (a teljesített súlyszám) és a finanszírozás (a ténylegesen megfinanszírozott súlyszám).

5.3. Az előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) bevezetése jelentős mértékben csökkentette a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ – amúgy sem elégséges – egészségbiztosítási finanszírozását 2009-ben.

5.4. Az EMAFT alkalmazása – a TVK-hoz képest is – még kiszámíthatatlanabbá tette az intézmények finanszírozását. Az EMAFT esetében az intézményi bevétel több mint egy negyede lebegő díjjal került finanszírozásra, ezáltal jelentős bizonytalanságot okozva a bevételi oldalon. Ezzel szemben a degresszív TVK keretében 2011-től a finanszírozott teljesítmény lényegesen kisebb része, 1-7 %-a került degresszív (részleges) finanszírozás alá, és ez a rész is fix térítési díjjal (45.000,- Ft). A degresszív TVK 2011-es ismételt alkalmazása révén kiszámíthatóbbá vált az intézményi finanszírozás, ugyanakkor a forráskivonás mértékét csökkenteni sikerült, de megállítani nem.

Elemzésünk során bizonyítottuk illetve számszerűsítve kimutattuk, hogy a betegmozgás az egyetemek és az országos intézetek felé tolódott el. A TVK rendszer bevezetésének vesztesei az országos intézetek, az egyetemek és a gyermekkórházak voltak, a legnagyobb mértékű bevétel csökkenést szenvedték el a potenciális bevétel nagyságához viszonyítva. Az egy aktív súlyszámra kifizetett éves átlagos Ft érték alapján azonban legmagasabb értékkel a megyei és városi kórházak teljesítménye került díjazásra.

A TVK hatásainak összegzését a 2. táblázat szemlélteti.

Szereplők	Pozitív hatás	Negatív hatás
Egészségpolitika (OEP költségvetés, Minisztérium)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jól tervezhető kiadások ▪ egyszerű számítási technika ▪ kevés adminisztráció ▪ egészségpolitikai konfliktus áthelyződése intézményen belülré 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ várólisták megjelenése, bővülése ▪ indokolatlan betegutak kialakulása, torzulások ▪ elváltak egymástól a szükségletek, kapacitások, a betegforgalom és a finanszírozás
teljes kórházrendszer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ költségzemplélet változása további költségérzékenység irányába ▪ erősebb késztetés a tervezhetőség irányába 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ forráskivonás ▪ vezetői konfliktus delegálása az intézményi menedzsment és a szakmai vezetők közé
egyetemi klinikák	<ul style="list-style-type: none"> ▪ költségzemplélet változása további költségérzékenység irányába ▪ erősebb késztetés a tervezhetőség irányába 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ átlagnál magasabb forráskivonás ▪ megnövekedett betegforgalom ▪ vezetői konfliktus delegálása az intézményi menedzsment és a szakmai vezetők közé

2. táblázat

A TVK hatásainak összegzése

6. ÚJ EREDMÉNYEK, GYAKORLATI HASZNOSÍTÁS

Az értekezésben bemutatott kutatásaink új eredményeket és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is produkáltak.

Kutatásunk során kapott *új eredményeket* az alábbiak szerint foglaljuk össze:

1. Meghatároztuk a teljesítmény volumen korlát (TVK) által részben vagy egészében ki nem fizetett egészségbiztosítási finanszírozás összegét.
2. Szakmai / szakmacsoportos bontásban felmértük a TVK bevezetésének hatását az egyes orvos-szakmai szakterületekre.
3. Intézményi szinten, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ vonatkozásában számszerűsítettük a TVK okozta bevétel kiesést.
4. Kimutattuk az EMAFT („lebegőpontos”) rendszer okozta finanszírozási anomáliát.
5. Rámutattunk arra, hogy a TVK bevezetése az országos egészségpolitikai szinterről az intézményi menedzsment szintjére irányította a finanszírozási konfliktusokat.
6. Kimutattuk, hogy az EMAFT lebegődíjas finanszírozása lényegesen kiszámíthatatlanabbá tette a kórházfinanszírozást a TVK-hoz képest is.

Eredményeink *gyakorlati hasznosítást* illetően az alábbi javaslatokat fogalmazzuk meg:

1. TVK *hatékonyságrontó elemeit szükséges kiküszöbölni*, hiszen számos egészségügyi intézményben (pl. az egyetemi klinikákon) rendelkezésre állnak a képzett szakemberek, a sokszor nagyértékű gépek-műszerek, a műtők, azonban finanszírozás (TVK) hiányában nem végezhetők pl. műtétek, vagyis üresen áll a műtő.
2. Tényleges, valós, indokolt *ráfordításon alapuló finanszírozási paraméterekre* van szükség. A TVK bevezetésével ugyanis elmaradt a HBCs rendszer korábbi költségkarbantartása. Ez pedig oda vezet, hogy nem csupán a TVK vált egy kissé módszertanilag megalapozatlan finanszírozási technikává, hanem az alapját képező HBCs rendszer költség tételei is elrugaszkodtak a valóságtól.
3. A HBCs díjtétel 2007. óta a 146.000-150.000 Ft/súlyszám tartományban mozog. Fontos lenne, hogy a TVK bővülés helyett a *díjtétel is emelésre kerüljön*, hiszen hiába kap egy intézmény több TVK-t, ha az egységnyi teljesítmény díja nem változik.
4. Feltétlenül indokolt lenne a *betegmozgások utánkövetése* a TVK rendszerben, . Ha egy városi, fővárosi vagy megyei kórház továbbküldi a betegeit magasabb progresszivitási szintre (egyetemek, országos intézetek), akkor ezen betegmozgásokat a TVK rendszer nem tudja kezelni, vagyis a fogadó intézmény TVK-n felül (fedezet nélkül) látja el a beteget. Alapvető fontosságú az egészségügyi szolgáltatók közötti garanciális esetek vizsgálata, mivel a betegellátási terminológiában sajnos ma is gyakran összerosódik az egészségügyi intézmények közötti áthelyezés és az egészségügyi szolgáltatók közötti garancia fogalma.
5. A korábban megszűnt progresszivitási díj helyett célszerű lenne visszaállítani a *progresszivitás elismerését a finanszírozásba*.

7. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton is köszönetemet fejezem ki,

Boncz Imre professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar) a doktori értekezés készítése során nyújtott témavezetői tevékenységéért;

Bódis József rektor úrnak (Pécsi Tudományegyetem), aki a doktori iskola (PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola) vezetőjeként indította el és támogatta az egészség-gazdaságtani kutatási témámat;

Kollár Lajos és **Decsi Tamás** professzor uraknak (Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ), akik főigazgatóként az értekezés létrejöttét támogatták;

†**Kriszbacher Ildikó** professzor asszonynak (Pécsi Tudományegyetem ETK), aki személyesen is sok segítséget adott;

Munkatársaimnak a PTE I.sz. Belgyógyászati Klinikán, a Pécs Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Népjóléti Főosztályán, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Orvosigazgatásnál, az Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézetében, valamint a Pécsi Tudományegyetem Gazdasági Főosztályán együttműködésükért;

*Családomnak, szüleimnek, testvéremnek, férjemnek **Gábornak** és **Bianka, Alíz, Adél** leányaimnak megértésükért és támogatásukért.*

8. PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

PUBLIKÁCIÓK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN:

1. **Endrei D.**, Decsi T, Bódis J, Zemplényi Antal, Ágoston I, Molics B, Boncz I. *Az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának visszavezetése a degresszív TVK irányába 2010-2012. között.* Egészség-Akadémia, 2013, in press
2. **Endrei D.**, Kollár L, Lampek K, Ágoston I, Betlehem J, Molics B, Zemplényi A, Boncz I. *A TVK hatása az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítménymutatóira 2004-2008 között.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2011; 49(1): 2-9.
3. **Endrei D.**, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I, Boncz I. *Az előre meghatározott alaplíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAF) hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására.* Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2011;10(S1):30-34.
4. **Endrei D.**, Kollár L, Bódis J, Imhof G, Zemplényi A, Vas G, Boncz I. *A teljesítményvolumen-korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ intézményi finanszírozására (2001-2008).* Orvosi Hetilap, 2010;151(31):1270-4.
5. Boncz I, Németh M, Orosz E, **Endrei D.**, Molics B, Ottó S. *FIT Performance in Early-Stage Colorectal Cancer.* Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention 2011;20(7):1562.
6. Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, **Endrei D.**, Zemplényi A, Boncz I. *A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra.* Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2009; 47(4):.5-11.
7. Ágoston I, Vas G, Imhof G, **Endrei D.**, Betlehem J, Boncz I. *A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai.* Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2009, 47(4):3-7.

AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT IDÉZHETŐ KONFERENCIA ABSZTRAKTOK:

1. **Endrei D.**, Kollár L, Zemplényi A, Gázsó T, Boncz I. *A TVK hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ intézményi szintű teljesítménymutatóira 2008-2010 között.* Magyar Epidemiológia, 2011; 8(4): S41-S42.
2. **Endrei D.**, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I., Lampek K, Boncz I. *The effect of reimbursement via preannounced performance base-fee on the health insurance reimbursement of the Clinical Centre of the University of Pécs.* Magyar Epidemiológia, 2010, 7(4):S25-26.
3. Zemplényi A, **Endrei D.**, Boncz I, Kalo Z. *Evidence based structural reform in the provision of hospital care: the case study of merging two institutions in Hungary.* Value Health; 2012; 15(7): A305.
4. Boncz I, Ágoston I, Vas G, Lampek K, **Endrei D.**, Sebestyén A. *Financing of the Hungarian health care: facts and trends.* Magyar Epidemiológia, 2010, 7(4):S15.
5. Boncz I, **Endrei D.**, Molics B, Ágoston I, Turcsanyi K, Domján P, Betlehem J, Oláh A, Sebestyén A. *Increased market share of private, for-profit health care providers from the Hungarian health insurance budget between 2006-2009.* Value in Health; 2011; 14(7): A552.

AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN TARTOTT KONFERENCIA PREZENTÁCIÓK:

1. **Endrei D.**, Kollár L, Zemplényi A, Gázsó T, Boncz I, *A TVK hatása a PTE KK intézményszintű teljesítménymutatóira 2008-2010 év között.* Magyar Epidemiológiai Társaság VI. Kongresszusa, Pécs, 2011
2. **Endrei D.**, Kollár L, Bódis J, Imhof G, Zemplényi A, Vas G, Boncz I. *A teljesítményvolumen korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására.* Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) IV. éves kongresszus, Budapest, 2010. június 30.
3. **Endrei D.**, Gratz B., *Egészségügyi Marketing a PTE Klinikai Központjában” - Marketing, Public Relations és Reklám az egészségügyben – XIII. Országos Konferencia, Budapest, 2010.*
4. **Endrei D.**, Ágoston I, Vas G, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. *Financing of the Hungarian health care: facts and trends.* International Conference of Preventive Medicine and Public Health, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
5. **Endrei D.**, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I, Lampek K, Boncz I. *The effect of reimbursement via preannounced performance base-fee on the health insurance reimbursement of the Clinical Centre of the University of Pécs.* International Conference of Preventive Medicine and Public Health, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
6. **Endrei D.**, Saághy A. *Egyetemi HR rendszerek megújításának lehetőségei.* Humán Szakemberek Országos Szövetsége (HSZOSZ) Szakmai Konferencia, Győr, 2010.
7. **Endrei D.**, Saághy A. *Egyetemi HR rendszerek megújításának lehetőségei.* Humán Szakemberek Országos Szervezete (HSZOSZ) Szakmai Konferencia, Pécs, 2009.
8. **Endrei D.**, *Egészségügyi adatok kezelése az önkormányzatnál-azaz a bőség zavarában.* IV. Egészségstatisztikai Fórum, Budapest, 2004.
9. Zemplényi A, **Endrei D.**, Boncz I. *A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja és a Baranya Megyei Kórház 2010-ben megvalósított integrációja.* IME-META VI. Országos Egészséggazdasági Továbbképzés és Konferencia – Az egészség-gazdaságtan felértékelődése forrásszűke idején, 2012.
10. Kollár L, **Endrei D.** *Egészségügyi átalakítás az egyetemi klinikák oldaláról.* IME-META VI. Regionális Egészségügyi Konferencia – Régiók és térségi ellátás-szervezés, Budapest, 2011.
11. Kollár L, **Endrei D.** *Pécs városi és Megyei betegellátási centralizáció.* IME-META V. Regionális Egészségügyi Konferencia – Régiók és térségi ellátás-szervezés, Budapest, 2010.

EGYÉB TÉMÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK:

1. Szabados E, Fischer GM, Toth K, Csete B, Nemeti B, Trombitas K, Habon T, **Endrei D.**, Sumegi B. *Role of reactive oxygen species and poly-ADP-ribose polymerase in the development of AZT-induced cardiomyopathy in rat.* Free Radical Biology and Medicine 1999;26(3-4):309-17.

EGYÉB TÉMÁBAN MEGJELENT KÖNYV-FEJEZETEK :

1. Késmárky G, Tóth K, Vajda G, Habon L, Halmosi R, Habon T, **Endrei D.** *Hemorheological alterations after percutaneous transluminal coronary angioplasty.* In: Cardiovascular Flow Modelling and Measurement with Application to Clinical Medicine, Eds.:S.Sajjadi,G.Nash, M.Ramplung, Oxford University Press, 163-174,1999
2. Sohár E, **Endrei D.** *A pécsi kistérség egészségügyi és szociális közfeladatainak közös ellátása* IDEA PROGRAM, 2006.

EGYÉB TÉMÁBAN MEGJELENT IDÉZHETŐ KONFERENCIA ABSZTRAKTOK:

1. **Endrei D.** Czopf L, Juricskay I, Tóth K. *Mevacor szerepe a sekunder prevencióban postinfarctusos hyperlipidaemiás betegeken.* Magyar Belgyógyászok Társasága Dunántúli Szekciójának 42. Vándorgyűlése, 1995. június 22-24. Pécs
2. Sümegi B, Tóth K, Habon T, **Endrei D.** Juricskay I. *Zidovudin indukálta kísérletes cardiomyopathia patkányokon.* Magyar Kardiológusok Társasága 1995. Évi Tudományos Kongresszusa, 1995. Május 3-6., Balatonfüred. Card. Hung., Abstracts: 43.
3. Molics B, Éliás Z, Ágoston I, Vas G, Endrei D, Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. *Utilization of physiotherapy services in Hungary.* Value in Health; 2011; 14(7): A353.
4. Tóth K, Habon T, Czopf L, **Endrei D.** Juricskay I, Mozsik Gy. *The hemorheologic and hemodynamic effects of Olicard Retard (isosorbit-5-mononitrate) in patients with ischemic heart disease.* Clinical Hemorheology, 1995; 15:474.
5. Czopf L, Tóth K, Habon T, **Endrei D.** Mozsik Gy, Róth E. *The effect of isosorbide-5-mononitrate on the production and metabolism of reactive oxygen species and rheological parameters in patients with ischemic heart disease.* Clinical Hemorheology, 1995; 15:475.
6. Czopf L, Tóth K, Habon T, **Endrei D.** Mozsik Gy, Róth E. *The effect of isosorbide-5-mononitrate on the production and metabolism of reactive oxygen species and rheological parameters in patients with ischemic heart disease.* XV. Kísérletes Sebész Kongresszus, 1995. augusztus 31. – szeptember 1-2., Pécs
7. Késmárky G, Vajda G, Habon T, Czopf L, **Endrei D.** Róth E, Tóth K. *Szabadgyökös és haemorheológiai paraméterek alakulása coronaria angioplastica során.* Cardiologia Hungarica 98: 22., 1998.
8. Ágoston I, Vas G, **Endrei D.** Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. *Legislation of hospital capacities in Hungary.* Magyar Epidemiológia 7(4) p. S7. 2010.
9. Molics B, Éliás Zs, Ágoston I, Vas G, **Endrei D.** Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. *A fizioterápiás jellegű tevékenységek éves egészségbiztosítási finanszírozásának meghatározása a járóbeteg szakellátásban.* Magyar Onkológia 8:(4) p.62. 2011.
10. Molics B, Éliás Zs, Ágoston I, Vas G, **Endrei D.** Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J., Schmidt B., Boncz I. *A fizioterápiás jellegű tevékenységek éves egészségbiztosítási finanszírozásának meghatározása a járóbeteg szakellátásban.* Magyar Epidemiológia 8: (4) S62. 2011.

EGYÉB TÉMÁBAN TARTOTT KONFERENCIA PREZENTÁCIÓK:

1. **Endrei D.** Czopf L., Juricskay I., Tóth K. *Mevacor szerepe a secundaer prevencióban postinfarctusos hyperlipidaemiás betegeken.* XLII. Dunántúli Belgyógyász Vándorgyűlés, 1995. június 22-24., Pécs, Magyar Belorvosi Arch. Suppl., 48,124, 1995.
2. **Endrei D.**, Sohár E. „ *A központi ügyelet a Pécsi Többcélú Kistérségi Társulásban*” Orfű, Pécsi Kistérségi Nap, 2005.
3. **Endrei D.**, *Egészségesebb generációért*” Iskolaegészségügy-táplálkozás konferencia, Pécs, 2006.
4. **Endrei D.** *Egészség érték, társadalmi érték.* Ápolók Nemzetközi Napja, Pécs, 2008.
5. Ágoston I, Vas G, **Endrei D.**, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. *A Magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolútizmustól a II. világháborúig.* IME-META VI. Országos Egészséggazdasági Továbbképzés és Konferencia, 2012. június 20.-21.
6. Ágoston I, Vas G, **Endrei D.**, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. *A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11.-18. sz. kezdete közötti időszakban.* IME-META VI. Országos Egészséggazdasági Továbbképzés és Konferencia, 2012. június 20.-21.
7. Czopf L, Tóth K, **Endrei D.**, Halmosi R., Röth E. *Nitrate and lovastatin treatment influences the metabolism of reactive oxygen species in patients with ischemic heart disease.* First International Symposium on Myocardial Cytoprotection. Pécs, Hungary, September 26-28, 1996.
8. Ágoston I, Vas G, **Endrei D.**, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. *Legislation of hospital capacities in Hungary.* International Conference of Preventive Medicine and Public Health, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
9. Lampek K, Ágoston I, Vas G, **Endrei D.**, Sebestyén A, Boncz I. *The Changes of Health Status of Hungarian Population after the Economic and Social Transition.* International Conference of Preventive Medicine and Public Health, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
10. Vas G, Ágoston I, **Endrei D.**, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. *Changes of hospital bed capacities in Hungary.* International Conference of Preventive Medicine and Public Health, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
11. Tóth K., Czuriga I., **Endrei D.**, Mezey B., Szaados E. *A kardiológiai rehabilitáció társadalmi környezete Európában és hazánkban.* Magyar Kardiovaszkularis Rehabilitációs Társaság Kardiológiai Rehabilitációs Napok, Szeleste, 2011.
12. Tibold A., Horváth J. A., Huszár A., **Endrei D.** *Kockázati illetménypótlék az egészségügyi szektorban – anomália és anakronizmus.* Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság XXXI. Nemzetközi Kongresszusa, Budapest, 2011. október 6-8.
13. Molics B, Éliás Z, Ágoston I, Vas G, **Endrei D.**, Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. *Utilization of physiotherapy services in Hungary.* ISPOR 14th Annual European Congress (poster presentation), Spain, Madrid, 5-8 November 2011.
14. Ágoston I, Molics B, Vas G, **Endrei D.**, Boncz I. *Hospital structure reforms in Hungary.* 9th European Conference on Health Economics (poster presentation), Switzerland, Zürich, 18-21 July, 2012.
15. Boncz I, Ágoston I, Molics B, Vas G, **Endrei D.** *The Hungarian health insurance pharmaceutical budget decreased between 2006-2010.* 9th European Conference on Health Economics, Switzerland, Zürich, 18-21 July, 2012.

Közlemények összesített impact factor: 8,202