

A hazai kórházi sürgősségi ellátás gazdálkodási és controlling lehetőségei

Krenyác Éva, Med-Econ Kft., Benedek Zsófia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Dózsa Csaba, Miskolci Egyetem, Med-Econ Kft.

Röviden áttekintjük az elmúlt 7 év sürgősségi ellátással kapcsolatos szakmapolitikai lépéseit, szervezési kérdéseit, fejlesztési programjait és definícióit, és elemezzük, hogy jelenleg milyen a kórházak sürgősségi osztályainak a pozíciója az intézmények gazdálkodásában. A javaslatok megfogalmazásához két konkrét kórház, egy vidéki és egy súlyponti fővárosi kórház adatait analizáljuk és hasonlítjuk össze controlling és finanszírozási szempontból. A sürgősségi ellátás szervezésével kapcsolatos következtetéseket a felhozott elemzett példák, az eddig megvalósult vagy még folyamatban lévő sürgősségi ellátás fejlesztésének lépései alapján összegeztük.

In our article, we examine the questions related to the emergency services, especially to the policy decision making, to the questions of management, and to the programs of innovations, in the last seven years. We also analyze, what kind of role have emergency departments in financial management of nowadays Hungarian hospitals. To formulate our recommendations, we analyzed two concrete hospital cases, one from the countryside, and one from the capital, to compare their financial and controlling aspects. Our conclusions have been summarized according to the analyzed examples and the experiences on development projects either realized or being in preparation on emergency health services.

BEVEZETÉS

A kórházi szintű (hospitális) sürgősségi ellátás szervezésének kérdésköre több évtizede számos egészségügyi ágazati vezetés homlokterében van, azonban a programtervek, stratégiai dokumentumok és elvi deklarációk megszületésén túl a programok gyakorlati megvalósítása hiányos maradt. Országos szinten csak részben sikerült a sürgősségi betegellátási szintek progresszivitási egymásra épülését és az esélyegyenlőség érvényesítését szisztematikusan biztosítani. A 2000-es évek elejétől a sürgősségi ellátórendszer fejlesztésére fordított források és szakmai programok átfogó ellenőrzését és értékelését végezte el az Állami Számvevőszék 2008-2009-ben. Elsőként Gógl Árpád miniszterségét említhetjük, amely időszak során a sürgősségi ellátás és szakorvoslás külön szakmakódon nyert megerősítést, és első körben került sor országos pályázatra a sürgősségi osztályok kialakítása céljából. Ezt követően a következő előre lépés 2004. II. félévétől következett be, amikor két éves elő-

készítést követően egy egységes sürgősségi program keretében a sürgősségi osztályok (és más, a sürgősségi ellátásban meghatározó szakmák: pld. traumatológia) differenciált fix összegű havi kiegészítő finanszírozásban részesültek. Elsőként „A sürgősségi betegellátás egységes rendszerének kiépítéséről” született feladatterv, majd 2005-ben a feladattervet a „21 lépés az egészségügy átalakítására” programba integrálva láthattuk, hiszen ennek első négy programpontja is a sürgősségi ellátórendszerrel foglalkozott. A „Hazai sürgősségi ellátás fejlesztésének programja” 2006. júniusra készült el (Dózsa et al), amely MOTESZ füzet formájában került kiadásra (2007 márciusában). Ez a program képezte alapját az Európai Unió Strukturális Alapjaiból származó fejlesztési források tervezésének is a 2007-2013. közötti időszakban, közel 30 md Ft összegben, beleértve a mentőszolgálat információs rendszerének, gépjármű parkjának és épület-infrastruktúrájának a fejlesztését is.

Ezt követően 2006. II. félév – 2008. I. félévében az SZDSZ által irányított Egészségügyi Minisztérium két éven át nem vitte tovább a programot, nem hozta létre a programmenedzsmentet, nem írta ki, vagy csak nagy késedelemmel a TIOP és TÁMOP-ban betervezett pályázatokat.

A „Biztonság és partnerség program” 2008-ban megálapította, hogy a sürgősségi ellátás minden dimenziója fejlesztésre szorul. A miniszteri program kiemelten fontosnak tartotta, a különböző szintek közötti informatikai kapcsolatrendszer kialakítását, a párhuzamosságok megszüntetését, az összehangolt működés biztosítását, a betegutak tisztázását, és az ellátási folyamat felgyorsítását. Jelenleg a kormány által is elfogadott Semmelweis Terv egész fejezetet szentel a sürgősségi ellátás problémáinak, és ezek megoldásainak vázolására, és radikális átalakítást tervez a főváros vonatkozásában is. A fő vezérelv az integrált, optimális feladat-megosztáson alapuló progresszivitási szintként azonos színvonalú szolgáltatás megteremtése. Az átszervezések, az ellátás hatékonyságának növelése mellett a minőségi javulást is célozzák. A Semmelweis Terv alapján a kialakítandó ellátórendszer – az integráció – által a hozzáférés térbeli és időbeli síkja is javulna, ezért a változtatás az esélyegyenlőséget erősítené. A sürgősségi ellátórendszer kialakításában fontos, hogy bármely pontjában tegye lehetővé a megfelelő időben és feltételek mellett történő betegellátást. Mindezek alapján felismerhető az az indirekt haszon, hogy a rendszerfejlesztés javítja az egészségi állapot visszaállításának esélyét, rövidül a kórházi bennfekvések időtartama és csökken a további egészségügyi kezelések költsége. A továbbiakban az ellátások minimumfeltételeiről szóló 60/2003. EüM rendeletben megszabott SO1 és SO2 definíciókat használjuk.

FORRÁSALLOKÁCIÓ A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSBAN

Az elmúlt években a sürgősségi ellátás fejlesztésére több csatornán is többletforrás volt elérhető. Az Egészségügyi Minisztérium 2005-ben – állami ingatlanok értékesítéséből származó rendkívüli bevételekből – négy pályázatot írt ki: a meglévő sürgősségi centrumok (SO1), sürgősségi betegellátó osztályok (SO2) gép-műszer fejlesztésére, a sürgősségi centrumok (SO1), sürgősségi betegellátó osztályok (SO2) létrehozására, fejlesztésére illetve a központi ügyeletek létrehozására, ügyeletek központosítására, valamint helikopter fel- és leszállóhely létrehozására. Ezen pályázati kiírások nyertes pályázataival (119 db) elnyert összeg 1,3 milliárd Ft értékben a mentőállomások létesítésére és új mentő gépjárművek beszerzésére (1. táblázat).

Egészségügyi Minisztérium által kiírt pályázatok	Támogatás maximum összege:
1. Központi ügyeletek létrehozása, illetve ügyeletek központosítása	
• Alkalmazott központi ügyelet létrehozása – az építészeti és tárgyi feltételek megteremtése	30 millió Ft
• Meglévő központi ügyeleti egységek berendezésének, ügyeleti gépjárműjainak beszerzése, illetve műszerteljesítés támogatása	5 millió Ft
• Azonos lefedési területű ügyeleti társulatok, őrszervezők létrehozása, illetve fejlesztése	10 millió Ft
2. Sürgősségi centrumok (SO1), sürgősségi betegellátó osztályok (SO2) létrehozására, fejlesztésére	
• Sürgősségi centrum (SO1) létrehozása	150 millió Ft
• Sürgősségi betegellátó osztály (SO2) létrehozása	100 millió Ft
• Sürgősségi centrum (SO1), vagy sürgősségi betegellátó osztály (SO2) fejlesztése (ideértve a már meglévő sürgősségi betegellátó osztály sürgősségi centrummá történő átalakítását)	70 millió Ft
3. Meglévő sürgősségi centrumok (SO1), sürgősségi betegellátó osztályok (SO2) gép-műszer fejlesztésére	10 millió Ft
4. Helikopter fel- és leszállóhely létrehozására a sürgősségi ellátásban résztvevő kórházakban	7 millió Ft

1. táblázat

Az Egészségügyi Minisztérium által 2005-ben kiírt pályázatok részletei

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv (majd a helyébe lépő Új Széchenyi Terv) keretében már a 2007-2008. évi, majd a 2009-2010. évi Akciótervben is megfogalmazódott a „Sürgősségi ellátás fejlesztése – SO1, SO2, (és ezeken belül gyermek sürgősségi), valamint eszköz- és informatikai fejlesztés a perinatális és neonatális intenzív centrumokban” pályázati konstrukció. Ezen pályázat új sürgősségi osztályok kialakítására (SO1 vagy SO2), meglévő sürgősségi osztály/fogadóhely magasabb szintre történő fejlesztésére (sürgősségi fogadóhelyről – SFH – SO2-re vagy SO1-re, SO2-ről SO1-re), illetve meglévő sürgősségi osztály (SO1 és SO2) korszerűsítésére biztosított forrást. A pályázat támogatta az építészeti elemeket (új épület építése, meglévő átalakítása, felújítása, bővítése, korszerűsítése, meglévő épület átépítése esetén gépészeti energetikai korszerűsítése), helikopter leszállóhely létrehozását, eszközfejlesztést, info-kommunikációt és az integrált diszpécser szolgálatot, 8,8 Mrd Ft támogatási keretösszeggel.

A 2008-2009. évi kétlépcsős sürgősségi pályázaton 26 kórház nyert el támogatást (2. táblázat), Kecskemét, Gyula, Békéscsaba, Szentes, Makó, Balassagyarmat, Székesfehérvár, Debrecen, Hódmezővásárhely, Szolnok, Ajka, Mohács, Nagykanizsa, Orosháza, Pécs, Siófok, Kaposvár, Fehérgyarmat, Szeged, Salgótarján, Dunaújváros, Szekszárd, Esztergom, Veszprém, Zalaegerszeg) összesen közel 12 milliárd forint értékben. Ezen projektek megvalósítása folyamatban van, illetve lassan lezárásra kerülnek. A sürgősségi pályáza-

tokon kívül megemlíthető forrásbevonásként még a később, 2009-ben kiírásra került TIOP 2.2.4-09/1 “Struktúrávaltoztatást támogató infrastruktúrafejlesztés a fekvőbeteg-szakellátásban” és 2008-ban a TIOP 2.2.7-07/2F/2 Infrastruktúra-fejlesztés az egészségpólusokban konstrukcióban meghirdetett pályázatok, mivel ezen projektek számos esetben tartalmaznak sürgősségi fejlesztéseket is (ezt tervezik a győri és egri megyei kórházakban vagy a miskolci megyei kórházban, is, ahol jelenleg nincs sürgősségi osztály).

Fejlesztések 2010-ig	Összesen	Nyugat-Dunántúl	Közép-Dunántúl	Dél-Dunántúl	Észak-Magyar.	Észak-Alföld	Dél-Alföld
Új sürgősségi osztály kialakítása	SO1 szint	1					
	SO2 szint						
Meglévő sürgősségi osztály/fogadóhely magasabb szintre történő fejlesztése	SFH-ről SO2-re		1	1			2
	SFH-ről SO1-re			1			
	SO2-ről SO1-re			1			1
	SO1-re		1	4	2	2	4

2. táblázat

Összegző táblázat: 2010-ig megvalósult sürgősségi osztály fejlesztések

Az uniós források hosszú távon csak akkor jelentenek megoldást, ha a kialakítandó sürgősségi egységek és tevékenységük integrálása és optimalizálása megtörténik a kórházak meglévő struktúrájába és szakmai munkájába. De még ebben az esetben is felmerül a kérdés, hogy mi lesz a források kimerülése után. A lefolytatott interjúk alapján a technológia 10 év alatti elavulásáról beszélhetünk, de a napi gyakorlatban használt eszközök, berendezések (például vizsgálóágy) esetében akár évenkénti csere is szükségessé válhat.

Másik – az egészségpolitikusok körében gyakran felmerülő – kérdés, hogy a megnyert pályázatok közül mind a 26 kórházban létjogosultsága van-e a fejlesztések telepítésének. A 2. táblázatban látható, hogy a Dél-Alföldi régióban 8 sürgősségi projektet finanszíroznak közösségi forrásból: egyrészt a beruházások létjogosultsága vitatható, másrészt az intézetek fenntartására legalább 5 éves kötelezettségvállalás mellett a szükséges erőforrást – külön kiemelten a humán erőforrást – biztosítani kell a működéshez.

FINANSZÍROZÁS ÉS TELJESÍTMÉNYADATOK

A 2009. évre vonatkozóan megvizsgáltuk az egészségügyi ellátók sürgősségi osztályairól az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé lejelentett járóbeteg és fekvőbeteg sürgősségi ellátásának adatait. A járóbeteg ellátás területén 708 ezer esetet láttak el a hazai kórházak országos szinten, mely 2,8 millió beavatkozást jelentett (4 beavatkozás/eset). Az elemzésünk nem különböztette meg a sürgősségi ellátási szinteket, így az országos átlag (12 ezer eset) közel ugyanekkora szórást mutat. Ezen ellátásoknak a finanszírozása összesen 1,34 milliárd forintot tett ki, azaz az egy esetre jutó pont átlaga 1575 német pont volt. Mivel az egy esetre jutó beavatkozás szórása 1,96, így a finanszírozási oldalon is megjelenik egy jelentős eltérés: a kórházak 17%-a évi

40 millió forintnál, 28%-a 20 millió forintnál nagyobb bevételt ért el a sürgősségi járóbeteg ellátásból 2009-ben.

Amennyiben méretgazdasági számításokat akarunk végezni, a kecskeméti és a székesfehérvári kórház kiemelkedő értékét (44 ezer eset/kórház) leszámítva három csoportot tudunk képezni a teljesítményadatok elemzésére, 20-30 ezer esetet ellátó, 10-20 ezer esetet ellátó, és ez alatt működő kórházak. Természetesen ezeket alakításához hozzájárul még a fekvőbeteg ellátás keretében számított sürgősségi teljesítmény adatok.

A fekvőbeteg ellátás területén is megvizsgálva a teljesítményadatokat, arra a megállapításra jutottunk, hogy a sürgősségi ellátással foglalkozó intézetek adatait legalább SO1 és SO2-re bontva kell elemezni, mivel az egyes intézeti adatok eltéréseket mutatnak az átlagtól. A teljes adathalmazra vizsgálva a középérték mutatóit elmondható, hogy a lejelentett súlyszámok átlaga évi 328 (a 2009. évben lejelentett összes súlyszám 15,7 ezer). A finanszírozási esetszámok (HBCs) szerint ugyanezen adatok 1.033,2 súlyszám, 95,8%-os szórással, vagy a CMI tekintetében 0,35, 74,3%-os szórással. A többi mutatóra (ápolási napok, finanszírozási adatok, ágykihasználtsági mutatók) is ilyen eltérések jellemzők, az egyes intézetek betegforgalmából, ellátásából adódóan. Ennek okán az adatbázisból megvizsgáltuk az SO1 és SO2 ellátást végző intézeteket.

Az SO1-et működtető intézetek közül a két járóbeteg ellátást végző intézet – Kecskeméti Megyei Kórház, és Székesfehérvári Szent György Kórház – kiemelkedő teljesítményét igazolja a fekvőbeteg ellátás magas értéke. Ezt a két intézetet, valamint a minimális finanszírozási esetszámmal dolgozó intézeteket kivéve a listából egy stabil átlagot kapunk (1.992 HBCs finanszírozott esetszám[b1]). Ugyanilyen összefüggésre jutunk a CMI index (átlag 0,43) és az egyéb mutatók vizsgálatakor is. Így elmondható, hogy az intézetek közel azonos teljesítménnyel dolgoznak. A kiemelt intézetek létjogosultságát a területi hozzáférés esélyegyenlősége igazolhatja, de az adatokat elszámolásbeli különbözőségek, kódolási gyakorlat is befolyásolhatja.

Az intézetek SO2 szint szerinti elemzése már nem mutat ilyen szoros összefüggést. Az ellátók közötti szórás igen nagymértékű, a lejelentett súlyszám esetén 112,8%-os, finanszírozási esetszámnál 88%-os, CMI esetében 83%-os. Ez azt jelenti, hogy a kórházakat a járóbeteg elemzéshez hasonlóan csoportokra szükséges bontani, és az alapján vizsgálni a mutatókat. Egy ilyen elemzés során az intézetek menedzsmentje számára átláthatóvá válik a „piac” működése, és elszámolási, kódolási mechanizmusa. Természetesen a mutatók eltérése itt is nagyban visszatükrözi az egyes intézmények ellátott lakosságszámbeli, és egyéb hozzáférésebeli különbségeit.

Az ellátási teljesítményen felül a kórházak a sürgősségi osztály működtetéséért fix díjra jogosultak. A normatív havi fix díj hivatott fedezni a folyamatos műszakba, ügyeletbe szervezett rendelkezésre állás többletköltségét. A fix díjakat az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet és az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból tör-

tendő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szabályozza. A 3. táblázat adataiból látható, hogy 2011 januárjában egységesen 32%-os emelést hajtott végre a kormányzat a havi fix díjak vonatkozásában.

Sürgősségi ellátási forma megnevezése	Havi fix összegű díjazás mértéke (Ft/hó) 2011.-től		Havi fix összegű díjazás mértéke (Ft/hó) emelés előtt	
	II. szint	III. szint	II. szint	III. szint
Sürgősségi fogadóhely	1 267 200		960 000	
SO2 (megyei vagy a minimumot meghaladó profilú városi kórházban működő sürgősségi betegellátó osztály)	5 385 600		4 080 000	
SO1 (regionális vagy sokprofilú megyei kórházban működő sürgősségi betegellátó osztály vagy sürgősségi centrum)	10 454 400		7 920 000	
Speciális sürgősségi centrum (egy-egy szakterület regionális vagy országos feladatainak ellátására kijelölt centrum, ha a 24 órás folyamatos felvételt a hét minden napján ellátja)	2 280 960		1 728 000	
Traumatológia (a traumatológiai osztály a besorolási szinteknek megfelelő havi fix összegű díjazásra jogosult, ha a 24 órás folyamatos felvételt a hét minden napján ellátja)	II. szint	III. szint	II. szint	III. szint
	1 742 400	3 484 800	1 320 000	2 640 000

3. táblázat
Sürgősségi ellátási forma fix díja, és mértéke

Havi fix összegű díjazásból az eltérő szinteknek és szakmáknak megfelelően (sürgősségi osztály, traumatológia, speciális sürgősségi ellátás) az egyes kórházak jelenleg havi néhány 100 ezer forinttól (sürgősségi fogadóhely) maximum havi 10,4 millió Ft-ot kapnak, átlagosan 3,8 millió Ft-ot.

TERV ÉS VALÓSÁG: HOL TARTUNK MA?

A progresszivitás három szinten tagolt, melyből kettő lakosság közeli, prehospitalis ellátás (4. táblázat). A táblázat 0. szintjén kiemelendő, a 2004 óta működő Dr.Info lakossági tájékoztató portál, mely miniszteri döntés alapján lépett működésbe. A Dr.Info interneten nyújtott szolgáltatásait az Országos Mentőszolgálat szervezeti keretei között működő Call Center kiegészíti, melynek munkatársai jellemzően a Dr.Info Portál információk tartalmát használják.

Ellátási szint	Progresszivitási szint	Szolgáltatás, szolgáltató
0. szint:	egészségvonal - laikus telefonos/internetes	tanácsadó szolgálat, Dr. Info
1. szint:	prehospitalis sürgősségi ellátás	1/1 alapellátási (háziorvosi) központi ügyelet 1/2 mentés, légimentés
2. szint:	hospitalis sürgősségi ellátás	2/1 sürgősségi ellátást végző kórház (SFH, SO2 36-38 intézmény) 2/2 regionális sürgősségi ellátást végző kórház/centrum (SO1 18-20 intézmény) 2/3 speciális körképek és betegcsoportok (sürgősségi központja 4-5 intézmény)

4. táblázat
A sürgősségi ellátás progresszivitás elveit követő struktúrája

A prehospitalis ellátásban a sürgős esetek legnagyobb hányadát ellátó egységek a háziorvosi ügyeletek, a telefonos és interneten elérhető tanácsadó szolgáltatások (Pl.: Dr.Info, OMSZ Call Center). A háziorvosi ügyeletek szervezése heterogén képet mutat, de a 2009-es ÁSZ jelentés alapján hála a különböző támogatásoknak, a központi ügyeletek száma emelkedett, az általuk ellátott lakosság aránya már 2008-ban is 86% volt. A szervezésre jellemző, hogy a 47/2004. EszCsM rendelet a háziorvosi és OMSZ ügyeletek részére közös diszpécserszolgálat működtetését írja elő, mely sajnos nagyrészt nem valósult meg.

Az alapellátásban főleg az jelenti a problémát, hogy a házi orvosi szolgálatok, a sürgősségi ellátó osztályok, és a mentőszolgálat között nincs szoros szakmai alapokon nyugvó kommunikáció. A prehospitalis betegutak gyakran egymást keresztezik, felesleges ellátások, riasztások nehezítik az egyébként is eszköz és humánerőforrás hiánytól küszködő alapellátó szolgálatok és mentés működését. További probléma a városokban kialakult párhuzamosság a kórházi sürgősségi ellátás és az alapellátási központi ügyeletek között, és az ebből eredő nem megfelelő erőforrás allokáció. Az alapellátási rendszer talán legnagyobb kihívása a háziorvosokat, és szakdolgozókat érintő humánerőforrás deficit, valamint az ösztönzés hiánya a valós definitív ellátás elvégzésére. Mindemellett az egységes színvonalú ellátás a háziorvosi szakképzés és továbbképzés sürgősségi ellátás felé történő célorientáltságának hiánya miatt nem biztosítja a szakmailag és minőségileg megfelelő, és azonos színvonalú szolgáltatást az ország különböző területein. A betegek alapellátása, „ügyeleti” időben történő orvoshoz jutása, lényegében a kulcsfontosságú humán erőforrás (HR) és az ellátást jellemző összehasonlítható forgalmi adatok hiányában is elmondható, hogy az elmúlt években romlott, egyenlőtlen a hozzáférés időbeli és térbeli síkját nézve, az esélyegyenlőség elve nem érvényesül. Az alapellátók sürgősségi betegellátásának összehasonlítása, forgalmuk monitorozása, költségszámításuk eddig nem történt meg. A progresszivitás felsőbb szintjeire utaltak betegség csoportjainak (diagnózisának), a beutalás indokoltságának értékelése nem kerülnek rögzítésre.

Hospitalis szinten megfigyelhető, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet mellett – olykor helyett – a sürgősségi ok miatt a fekvőbeteg intézetekbe kerülő betegek fogadásának megoldási módszerét nagymértékben befolyásolják az adott terület, kórház infrastrukturális adottságai, az ellátásszervezés helyi irányelvei, a folyamatban lévő kórház-rekonstrukció.

- Összességében az ellátásszervezés alapvetően három, egymástól jól megkülönböztethető módszer szerint történik. A betegfelügyeleti rendszer és a sürgősségi ellátás nem különül el. Ez azt jelenti, hogy a különböző osztályokon a saját sürgősségi eseteiket munkaidőben és ügyeleti időben is ellátják.
- A szakmailag és fejlesztéspolitikailag egyaránt támogatott „egykapus” beléptetéssel működő rendszerben az esetek kórházi ellátása a sürgősségi részlegen történik. Az ellátottat a felmért szükségleteknek megfelelően (triage) járóbetegként vagy 24 órán belüli ellátás keretei között látják el. Ha betegségének súlyossága indokolja, akkor a szükséges diagnosztikai lépések és/vagy állapot stabilizálás, és/vagy konzíliumot követően, aktív fekvőbeteg egységben kapja meg a szükséges és definitív ellátást.
- A különféle munkamegosztás együttes működtetése: a sürgősségi osztály mellett megmaradt a sürgősségi ellátás egyes szakmák szerinti önálló szervezésére és fejlesztésére való törekvés, szakmai (speciális ellátások), infrastrukturális, személyes okok miatt.

KÖLTSÉGSZÁMÍTÁS, KONTROLL ÉS KÉT KÓRHÁZ ADATAINAK ÖSSZEHOSONLÍTÁSA

Az uniós forrással megvalósuló pályázatokban nagy kihívást jelentett a pénzügyi fenntarthatóság bemutatása, mivel az intézetek költségvetésükből és beszámolójukból nehezen választják le a sürgősséget külön költségviselőként, melynek elsősorban elszámolási okai vannak (mind bevételi, mind kiadási oldalon). Ennek a tevékenységnek a támogató eszköze a menedzsment-kontroll, vagyis a kontrolling.

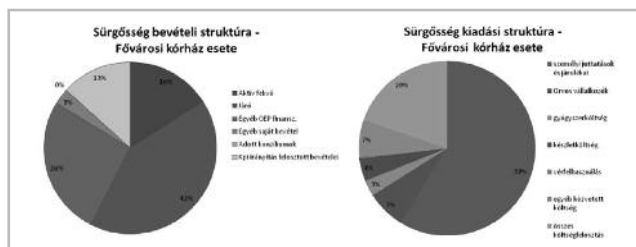
- A kontrolling felöleli a célmeghatározás, tervezés és a kontroll (a szó irányítási és szabályozási értelmében) folyamatait a pénzügyek és az előállítás/termelés területén.” Az így értelmezett kontrolling tartalma – résztvékenységként – a következő:
- rövid távú (éves) célkijelölés – tervezés és keretek kialakítása;
- folyamatos nyomonkövetés – mérés, elszámolás;
- tervektől való eltérések okainak elemzése – beszámolás.

A kórházakban lefolytatott interjúk alapján tapasztalunk szerint az osztályos keretek kialakítása jellemzően költségviselői/elszámoló elszámolás keretében történik.

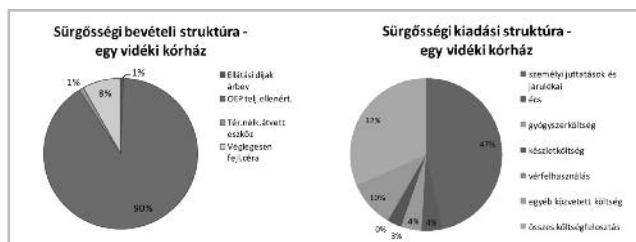
A sürgősségi ellátás szervezeti egység nyilvántartásában megjelennek az egyedi és az általános költségek. Az egyedi költségek közvetlenül kerülnek a költségviselőre, mivel ezek azok az erőforrások, melyek közvetlenül köthetőek a „szervezeti egység outputjához”, vagyis a sürgősségi osztály betegellátásához. Ilyen költségek jellemzően az ellátó személyzet bére és járuléka, a felhasznált vegyszergyógy- és vérköltségek, vásárolt szolgáltatások (vállalkozó orvosok), és ide sorolandó (lenne) az értéksökkenés is. Az általános költségek, melyek felmerülése nem köthető közvetlenül az outputhoz, csak az output előállításának egy szintjéhez, mint például az osztályra visszaosztott igazgatási személyi és dologi költségek, általános fenntartási költségek (karbantartás, rezsi stb.).

A legnagyobb problémát az okozza/okozhatja a kórházaknál, hogy a humánerőforrás deficit állapotából eredően a sürgősségi ellátásba olyan orvosokat, szakdolgozókat is bevonnak, akik más osztályon dolgoznak (jellemzően belgyógyászatban, sebészetben stb.), így a bérköltségek könyvelésénél figyelembe kell(ene) venni a sürgősségen eltöltött (tört)munkaidőt. Ehhez a jelenléti ívek gépi/manuális feldolgozására, szoftveres megoldásra, vagy egyéb megoldásokra van szükség a költségek pontos meghatározásához (a költség-hason összevetésének elvét figyelembe véve: az az információból nyerhető haszon – célszerűen – haladja meg az információ előállításának költségeit). A dologi kiadások esetében elszámolási probléma leginkább a ráosztott, közvetett költségeknél jellemző.

A továbbiakban bemutatunk két kórház (egy budapesti és egy vidéki – korábban súlypontinak nevezett – kórház) sürgősségi osztályának meglévő költség- és bevételstruktúráját, valamint feldolgozásának sarokpontjait. (Megjegyzés: a vizsgált intézetek üzemgazdasági, és nem költségvetési pénzforgalmi könyvelést folytattak.)

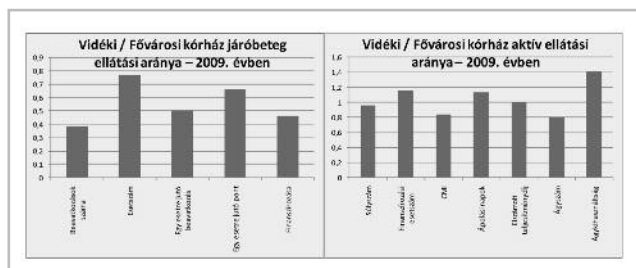


1. ábra
Egy fővárosi kórház sürgősségi bevételi és kiadási struktúrája



2. ábra
Egy vidéki kórház sürgősségi bevételi és kiadási struktúrája

Az 1. és 2. ábrából jól látszik, hogy a kórházi könyvelések és elszámolások milyen eltérő kiadási és bevételi struktúrával rendelkeznek. Mindez nemcsak és/vagy nem feltétlenül a teljesítményi és finanszírozási eltérésekből adódik, hanem a költség- és bevételi elszámolás különbözőségéből. (A teljesítmények összehasonlítását a 3. ábra mutatja.)



3. ábra
A két bemutatott kórház teljesítményének összehasonlítása

A bevételek alapját a társadalombiztosítási alap bevétele (aktív fekvőbeteg, járóbeteg szakellátás, fix díj finanszírozása) képezi, illetve a sürgősségi osztálynak minimális egyéb/saját bevétele van (10-15%). A bevételek nagy „dilemmája” az átadott betegek OEP finanszírozásának megosztása, mivel a finanszírozás csak részben fedi le a sürgősségen lefedett költségeket. Jellemzően a magas költségek a beteg sürgősségi felvételét követően jelentkeznek, amikor megkapja az első ellátást, esetleg azonnali költséges műtéteken esik át, viszont a finanszírozás már a beavatkozást végző osztály bevételeit képezi. Ezen bevételek egy része – például a költségekhez arányosítva – a sürgősségi ellátást illetnék meg.

A közvetlen kiadások esetében nincs nagy mozgástér, mivel általában elsődlegesen (5. számlaosztályba) a központilag meghatározott számlatükör alapján könyvelik számlaszámokra a bejövő számlákat és tételeket, melyek már a könyveléskor költségviselőkre kerülnek. A közvetett és felosztott költségek költségviselőre osztása a vezető (kontroller támogatásá-

val) által kialakított elvek alapján történik, mely – amint az 1-2. ábrából is látszik, – elég változó lehet. A költséghelyek felosztási aránya, a közvetett költségek meghatározása, mind befolyásolja a kiadások nagyságát, és mivel például a karbantartási, rezi költségek, a teljes igazgatási, „törzskari” szervezet költségei összességében magasra tehetőek, így a felosztási arányok meghatározásánál jelentős kiadás-befolyásoló hatása lehet. A kiadások jellemzői alapvetően ezekből adódóan a személyi juttatások magas aránya, a dologi költségekből jelentős: gyógyszer, szakmai anyagok, közvetett költségek 30-40%-os aránya.

A teljesítmények összehasonlításából látszódik, hogy a járóbeteg ellátás területén a vidéki kórház arányaiban kevesebb esetet látott el (23%), és beavatkozások száma is alacsonyabb (több mint 60%), melyből következik a többi mutató arányos alulteljesítése is. A fekvőbeteg ellátás területén a kiugró eltérés talán csak az ágyszámnál és ebből adódóan az ágykihasználtságnál jelentkezik, de ez indokolható a területi ellátási kötelezettségből adódó lakosság szám eltéréseivel.

A kórházak támogatásában nagy előrelépés lenne, ha országos tájékoztatás készülne a legfontosabb teljesítményadatokról és így a kórházak legalább a bevételi oldal tekintetében megismernék és elhelyeznék kórházukat a „sürgősségi ellátás palettáján”. A kiadási oldal és annak struktúrája (közvetlen és közvetett költségek) megítélése és benchmark készítése már kevésbé megoldható a hazai egészségügyi környezetben (pedig ennek hozzáadott értéke az intézetek információ-ellátottsági fejlesztését nagyban előmozdíthatná).

Összegezve a kialakított sürgősségi osztályok előnyeit elmondható,

- hogy a költséghatékonyság szerint és az uniós irányelvek elfogadásával járó munkaidő korlátozások szempontjából kedvező megoldás, hogy a sürgősségi osztály fogadja a beteget, és csak szükség esetén kér konzíliumot a szakorvostól, így az aktív osztályok betegellátását könnyíti, és a humán erőforrással hatékonyabban tudnak gazdálkodni az intézetek;
- a 6-24 órán belüli definitív ellátás eredményeként csökkent az aktív osztályok által szervezett ügyeleti járóbeteg és fekvőbeteg ellátások száma;
- a rendszer kiszűri a fekvőbeteg ellátást nem igénylő betegeket és járóbetegként definitív ellátást biztosít;
- a beérkező beteg a sürgősségi egységből arra a fekvőbeteg osztályra kerül, ahol végül a szükségleteinek megfelelő ellátást kapja, azaz „tisztázott, lerövidült betegúton” közlekedik az intézetben;
- a többletforrásoknak köszönhetően a sürgősségi ellátó egység mellé telepített diagnosztikus eszközök kihasználtsága javul a folyamatos használatlalt;
- az intézményi kompetenciaszintek, és a speciális esetek (pl. mérgezés, égési sérültek) ellátásának jogosultsága tisztázódott;
- a finanszírozás a növelt fix díjaknak köszönhetően javult, így a sürgősségi ellátó egység eredménye javítható, a bevételek már lefedhetik a kiadásokat.

- az uniós pályázatok költség-haszon elemzése rákényszerítette a pályázó kórházakat az eredmény szemléletre, és a sürgősségi egységek kontrolling szemléletű módszertanának, működtetésének átgondolására.

A sürgősségi ellátás átalakításának előnyei mellett az intézetek adatai alapján sok hiányosság és kérdés adódik:

Prehospitális szinten:

- Sem az egyes szolgáltatók (alapellátás, orvosi ügyelet, OMSZ, sürgősségi osztályok, kórházak) sem teljes rendszer szintjén nem koherens az egyes ellátói profilok és a kiszolgáló szakterületek funkcionális kapcsolati rendszere és kapacitása.
- 2006-ban elkészült a hazai sürgősségi ellátás fejlesztésének programja. Ebben részletesen meghatározták a minőségügyi követésre alkalmas indikátorokat, melyek alkalmazása nem került be a sürgősségi osztályok napi gyakorlatába. Sajnos a meglévő kevés „sürgősségi” szakmai protokollokról is elmondható, hogy mennyiségi és minőségi szempontból is elégtelenek, annak ellenére, hogy szakmai egyetértés van a sürgősségi orvostan létjogosultságával kapcsolatban.
- A képzett szakemberek mennyiségi hiánya orvos, szakápolói szinten továbbra is fennáll
- A lakossági egészségügyi tájékoztatás diszfunkciója, a telefonos és egyéb informális kommunikáció elégtelensége miatt indokolatlan nagy mértékű a sürgősségi ellátás prae-hospitalis szintjének használata.
- Mind a központi házi orvosi rendszer telephelyeinek elhelyezkedése, mind a mentésszervezés regionális adottságai, mind az infrastrukturális hiányokból adódóan a lakosság alapellátáshoz való hozzáférése nem egyenletes az ország különböző régióiban.
- A kontrolling alkalmazása már megjelent a kórházakban, de általában a sürgősség területén nincs a napi gyakorlatban, pedig ezt az egyre inkább szűkös források megkövetelnék (például az OEP bevételek megosztásánál, a költségek pontosabb meghatározásánál stb.).
- A finanszírozás teljesítmény-adataiból kiderül, hogy a sürgősségi ellátás „kódolása”, kórházanként nagyon változó, van olyan intézet, ahol a lejelentett súlyszám – az intézet fontosságából feltételezhetően – a töredéke a valóságnak. Az SHBCs kód-karbantartása a fentiekből és a szakmai indokokból megérett a változásra, módosításra.

Hospitális szinten:

- Nem tisztázott a sürgősségi osztályon elvégzett diagnosztikai vizsgálatokra és terápiás beavatkozásokra jutó költségek visszaosztásának módja, szabályozási háttere.
- Nincs elfogadott és egységesen alkalmazott módszer a sürgősségi betegellátás költségeinek bemutatására.
- Hiába írja elő már 2004-től jogszabály a sürgősségi betegellátás egységes rendszerének szakmai elveit, eszközeit és formáit, ezek humán erőforrás, szervezési, anyagi hiányosságok miatt részben valósultak csak meg. (A Minisz-

teri rendelet 2. számú melléklete 4602. szakmakód alatt tartalmazza a sürgősségi betegellátó osztály működésének személyi és tárgyi feltételeire, a szükséges szakmai háttérre vonatkozó követelményeket.) A személyi feltételek között a progresszivitási szinteknek megfelelően a szakorvos létszámot konkrétan megjelölték, de azon belül tág teret biztosítottak annak, hogy milyen – oxylógus-sürgősségi, vagy más (belgyógyász, traumatológus, sebész, aneszteziológus) – szakorvos látja el a feladatot. A szakmai minimumfeltételek, a minőségi követelmények teljesítését az ÁNTSZ regionális intézetei az OTH koordinálásával ellenőrzik. A sürgősségi betegellátásban a humán erőforrás biztosítása az ellátórendszer átalakításához, a szervezeti, tárgyi feltételekhez képest a megadott határok ellenére sem történt meg.

- A sürgősségi ellátás betegforgalmi adataiból a készített elemzéseket nem egészítette ki orvosszakmai vélemény az ellátások indokoltságáról, protokollokról, hiányosságokról.
- A sürgősségi osztályok betegforgalmi adatait, hasonlóan a gazdasági monitoringhoz, intézményenként nem egységes szempontok szerint értelmezik.
- A sürgősségi ellátás hatékonyságát, az esélyegyenlőség érvényesülését jellemző mutatók (indikátorok) nem kerültek bevezetésre, gyűjtésre, értékelésre, valamint a meglévő finanszírozással összefüggő teljesítményadatok nem alkalmasak (nem hivatottak) az ellátás minőségének nyomon követésére.
- Az azonos szakirányú elektív és sürgősségi folyamatok szétválaszthatatlanok, a szervezési hiányosságok és a humán erőforrás mára minden egészségügyi szakirányt és ellátói szintet érintő hiánya miatt. 2009-ben az ÁSZ jelentés szerint az SBO folyamatos működése lehetővé tette a sürgősségi és a tervezhető (elektív) betegellátás szétválasztását. Jelenleg gyakran az elektív ellátást végző osztályokra kerülnek célirányosan az adott szakirányon belül sürgős ellátást igénylő betegek, és az egyébként zajló elektív programok tervezésében (torlódásában), – a külön az akut ellátásra biztosítandó humán erőforrás és eszköz hiányában – nagy szerepet játszanak.

A szervezeti átalakítások kitűzött céljainak érvényesülését, vagyis az ellátás hatékonyságának javulását, az esélyegyenlőség érvényesülését, a hozzáférhetőség és ellátás minőségének javulását a meglévő adatok alapján nem lehet számszerűsíteni, ezért „csak elméletben” jelenthet előnyt a rendszerfejlesztés a korábbi ellátási sémákkal szemben.

A sürgősségi ellátás különböző szintjeinek input és output finanszírozási adatai, ha mérésükre egyáltalán sor kerül, önmagukban akkor is alkalmatlanok az ellátás minőségének folyamatos nyomon követésére, összehasonlításra, benchmarkingra.

Összességében a megfelelő tevékenység monitorozáshoz szükséges jellemző indikátorok nem kerültek kialakításra és bevezetésre.

KONKLÚZIÓ

Az általános cél, hogy a sürgősségi ellátóhelyek hálózatának kialakítása által az ország egész területén progresszivitási szintenként egységes színvonalú, állandóan megfelelő humán erőforrással rendelkező és működő ellátási rendszer jöjjön létre. Az elmúlt évek programjai és fejlesztései nyomán eddig ez csak részben sikerült. A kormányzati akarat a rendszerfejlesztésre reményeink szerint ezekben az években megvan.

A különböző véleményeket összevetve ugyanakkor elmondható, hogy a sürgősségi ellátás optimális működéséhez számos további lépésre van szükség:

- Az erőforrások koncentrálására különösen a városokban a kórházi sürgősségi osztályos hálózat teljessé tételével, valamint az esélyegyenlőség javítása érdekében további célzott fejlesztésekre a ritkábban lakott vidéki területeken a mentőszolgálat és alapellátási ügyelet tekintetében.
- A sürgősségi esetek betegútjainak elemzésére.
- A hospitalis és praehospitalis rendszer minőség, folyamat indikátorainak kifejlesztésére, alkalmazására.
- A mindenkori és progresszivitás minden szintjét érintő ellátás menetét pontosan leíró, egységes protokollok és szakmai irányelvek bevezetésére, alkalmazására követelmény szinten.
- Alap- és kórházi ellátás integrációja: alapellátási egység létrehozása vagy szervezeti integrálása a kórház, mentőállomás közvetlen közelében a progresszivitás összes

szintjének definitív ellátását biztosítandó, a felesleges párhuzamos betegutak kiszűrésére.

- A betegutak menedzselésére, kommunikáció fejlesztésére, megfelelő egységes diszpécser szolgálat kifejlesztésére.
- Az országos teljesítményadatok – legalább középtételek szerinti – „közzététele”, egészségbiztosítási pénztári elemzése, mely iránymutatást ad az intézeteknek a sürgősségi ellátásban történő „elhelyezkedésükre”.

A statisztikák és megfelelő indikátor-rendszer hiányában nemcsak a korábbi rendszerekkel történő összehasonlítás kivitelezhetetlen, hanem a ma működő szolgáltatók sürgősségi tevékenységeit sem lehet megfigyelni, összehasonlítani illetve az újítások hatékonyságát, költségvonatát monitorozni. A kórházak az időszakonként közzétett teljesítmény és finanszírozási adatok összehasonlításával fejleszteni tudnák a sürgősségben alkalmazott gazdasági, kontrolling és egyéb módszertanokat, illetve el tudnák helyezni magukat a hasonló ellátást végző intézetek körében. Ez talán a kórházak közötti együttműködést is elősegíthetné. Valószínűleg a bevételi oldal „közzététele” jelent könnyebb, olcsóbb és gyorsabb megvalósíthatóságot, a kiadási oldal már aggályokba ütközik. Igaz, hogy a kórházak közpénzekből gazdálkodnak, mégis várhatóan nagy ellenállásba ütközne, és nehéz lenne egy központi adatbázist, majd ez alapján egy benchmarkot kialakítani a működések monitorozására. Pedig egészségügyünk profitálna belőle.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] ÁSZ Jelentés (2009, augusztus): A sürgősségi betegellátó rendszer kialakítására, fejlesztésére fordított pénzeszközök felhasználásának ellenőrzéséről (Ssz.: 0924).
- [2] Dózsa Csaba, Dr. Belicza Éva, Dr. Berényi Tamás, Dr. Burányi Béla, Dr. Engelbrecht Imre, Dr. Mezőfi Miklós, Dr. Pikó Károly, Dr. Szepesi András, Dr. Takács Zoltán, Borcsek Barbara (2006, június): A hazai sürgősségi ellátás fejlesztésének programja, MOTESZ füzet.
- [3] Dózsa Cs., Dr. Gresz M., Borcsek B., Sántha K. Boncz I.: A sürgősségi ellátórendszer átalakításának koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2004. 42(5): 5-16.
- [4] Dr. Varga Csaba (2010): A sürgősségi ellátás fejlesztése, mint lehetőség a magyar egészségügy racionalizálásában. Diplomamunka, Budapesti Corvinus Egyetem.
- [5] www.nfu.hu – sürgősségi pályázatok listája.
- [6] Biztonság és Partnerség programja, 2008.
- [7] Semmelweis Terv, 2011.
- [8] Controlling Portál (<http://www.controllingportal.hu/?doc=alap&p=1&PHPSESSID=0303640fc586c70554d7d0c62f9ea93d>).
- [9] Dobák Miklós (1998): Szervezeti formák és vezetés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- [10] NHS Modernization Agency [2003].

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Benedek Zsófia orvos, 2007-ben szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2010-ben a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában egészségügyi szakmenedzser oklevelet szerzett. 2007 és 2009 között sebész

rezidensként a Semmelweis Egyetem alkalmazta, 2009-től a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórházában dolgozik, sebész szakorvosjelöltként.

Krenyácz Éva bemutatása lapunk VI. évfolyamának 8. számában, **Dózsa Csaba** bemutatása pedig lapunk X. évfolyamának egészség-gazdasági különszámában olvasható.