

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR
GAZDASÁGI FOLYAMATOK ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
DOKTORI ISKOLA
KÖZÖSSÉGI GAZDÁLKODÁSTAN ALPROGRAM

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**GAZDÁLKODÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN
KÜLÖNÖS TEKINTETTEL
A KÓRHÁZAK FINANSZÍROZÁSÁRA**

Készítette:

KARNER TAMÁSNÉ

Témavezető:

**Prof. Dr. GIDAI ERZSÉBET DSc.
MTA Doktora**

SOPRON
2005

1. A kutatás célkitűzései

Az egészségügy a gazdaság speciális területe, piaci elégtelenségekhez vezető sajátosságokat hordoz magában, információs aszimmetria jellemzi, politikai és externhatások, egészségügyi lobby befolyásolja. A kormányzat ellenőrző és szabályozó tevékenységgel koordinálja, jogi kereteket biztosít, stabilizációs politikát határoz meg, az erőforrások elosztásának gazdasági hatékonyságát fokozza és jövedelemelosztást befolyásoló programokat dolgoz ki. Az egészségügyi rendszer a társadalom átalakulásának folyamatában kulcsszerepet játszik.

Ezt alátámasztja, hogy az egészség alapszükséglet, közgazdasági értelemben egy különleges jószág, amely mással nem helyettesíthető "árucikk",

- hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét,
- keresletét nem a fizetőképesség határozza meg,
- helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama nem tervezhető előre.

A világon az egészségügyi ellátás az egészségi állapotot mintegy 10 - 11 %-ban befolyásolja, ennek ellenére a közvélemény deklaráltan az egészségügyi ágazatra helyezi a felelősséget. Az egészségügy drága, a növekvő források nem tudnak lépést tartani a növekvő forrásigénnyel, vagyis a gazdasági növekedés nem képes fedezni az egészségügy műszaki és tudományos fejlődésének költségigényét. Tehát előtérbe kerül a technikailag lehetséges és gazdaságilag megengedhető konfliktusa.

Az egészségügy az egész világon jelentős ellátási és finanszírozási gondokkal küszködik. A szegény régiókban az anyagi források hiánya a fő probléma, de még a legfejlettebb és az egészségügyre legtöbbet fordító országokban is alapvető változtatásokat sürget maga az orvostársadalom, de a finanszírozók is változást akarnak.

A doktori értekezés szerzője évek óta foglalkozik az egészségügy gazdasági kérdéseivel, aminek eredménye lett a jelen doktori munka is.

Az értekezés célja egyrészt annak vizsgálata volt, hogy milyen mélyebb közgazdasági összefüggések alakították az egészségügy közgazdasági alapjaiban bekövetkezett változásokat.

Másrészt, tekintettel a hazai népesség egészségügyi állapotromlására és az egészségügyi ellátás között kialakult negatív résre, arra hívta fel a figyelmet, hogy alapvető racionális átalakításra van szükség. Ennek feltárása, kidolgozása az értekezés célja.

Harmadrészt a disszertáció megkísérli az egészségügyi ellátás legkritikusabb területének, a fekvőbeteg – szakellátásnak az átfogó rendszerű elemzését.

Végül a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszerének továbbfejlesztési lehetőségeit tűzi ki célul.

Ezen célok megvalósításához jelentős segítséget nyújtottak azok a tudományos kutatási eredmények és elemzések, melyek a szakirodalomban folyamatosan megjelennek.

2. Előzmények és az alkalmazott módszertan

Az egészséggazdaságtan, mint önálló tudományos diszciplína nemzetközi szinten az ötvenes években jelent meg, széleskörű hazai és nemzetközi szakirodalom áll rendelkezésre, bár komplex rendszer elemzésére támaszkodó hazai szakirodalom a nemzetközihez képest kisebb számban található. Különösen hiányos az egészségügy gazdálkodásában lezajló, gyorsuló változások nyomán követése, szakmai feldolgozása, egészségügyi ellátórendszerbe való integrálása. Kiemelt igény jelenik meg az egészségügy közgazdasági összefüggéseiben bekövetkező változások feltárására és elemzésére, amelyre az értekezés vállalkozott.

A tanulmány egyaránt támaszkodik a hazai és nemzetközi szakirodalomban található elemzésekre, ezeket felhasználva bemutatja az egészségügy sajátos közgazdasági jellemzőit, különös figyelmet szentelve az egészségügyi szükségletet befolyásoló tényezők elemzésére, a fekvőbeteg – szakellátás történelmi gyökereire. A fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási jellemzőinek korábbi és jelenlegi formáit elméleti és gyakorlati megközelítéssel dolgozza fel.

Az elméleti kutatások alapján rámutat a disszertáció arra, hogy az egészségügy közgazdasági jellemzőiben a rendszerváltás során nem alakultak ki az egészségügyi szabályozás azon elemei, amelyek a költséghatékonyságot támogatták volna. A jelenlegi ellátórendszer nem teszi lehetővé az orvosilag lehetséges és gazdaságilag hatékony működést.

Kiemelten foglalkozik a dolgozat a nemzetközi finanszírozási rendszerekkel, az állam szerepvállalásával a különböző finanszírozási modellekben, ezen túl a fekvőbeteg –

szakellátással és finanszírozásával, mely során kitér a fekvőbeteg - szakellátás történelmi gyökereinek összefoglaló bemutatására.

A kutatás információgyűjtés fázisai a hazai és külföldi szakirodalom tanulmányozása, a statisztikai adatgyűjtés, empirikus vizsgálatok a Csornai Margit Kórház és Rendelőintézetben, a Veresegyházi Misszió Egészségügyi Kht-ban és a Soproni Erzsébet Kórházban.

Az adatgyűjtést azok rendszerezése és szelektálása, statisztikai módszerekkel való elemzése, statisztikai táblák, grafikus ábrák készítése, kapcsolatvizsgálati módszerek alkalmazása, empirikus eloszlások elemzése, indexszámítás, korreláció- és regressziószámítás.

Az egészségügyi intézmények vezetőivel szakmai konzultációk történtek, továbbá az értekezés egy-egy témarészét konferenciákon megvitatták és szakmai cikkek formájában publikálásra kerültek.

A dolgozatban újszerű módszerként került alkalmazásra az input és output finanszírozás kapcsolatának vizsgálata regresszió számítással, a HBCS súlyszámok egészségügyi árindexszel való korrigálása, a rangkorrelációs együttható alkalmazása a fekvőbeteg – szakellátás mutatószámaira vonatkozóan, a teljesítményváltozás pénzügyi veszteségeinek levezetése, a civil szervezetek hiánypótló finanszírozó szerepének kérdőíves vizsgálata.

3. Az értekezés főbb megállapításai

Az egészségügyben egyre növekvő szakmai lehetőségek, és az ezzel párhuzamosan jelentkező igények mellett az egyre szűkülő források, a finanszírozás ellentmondásai és a gazdaságtalan működtetés nehéz helyzetbe sodorta az egészségügyi ellátókat. Általános tendencia a lakosság elöregedése, születéskor várható élettartam növekedése, a születési arány csökkenése. Az idős, krónikus betegségekben szenvedő népesség több és költségesebb ellátásra szorul. A szükségletek és igények bővülése miatt növekednek az egészségügyi ellátás költségei, a forrásnövekedés azonban nem tud ezekkel lépést tartani, így állandósul a rendszeren belüli feszültség. Az egészségügy gazdasági mozgástere az elmúlt években beszűkült, a gazdasági ösztönző rendszer nem tudott kellőképpen érvényre jutni, tovább él a szakmailag és gazdaságilag egyaránt célszerűtlen struktúra. Az egészségügyi kiadások és a gazdaság

fejlettségének nemzetközi tapasztalatai alapján megállapítható, hogy Magyarországon az egészségügyre fordított források GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban elmarad a fejlett országokéhoz képest. Az empirikus elemzések a Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Kórházban készített esettanulmány alapján egyértelművé teszik a teljesítményfinanszírozás hiányosságait is.

A kutatási eredmények és következtetések az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Az egészségügyi ellátás, törvényi előírások alapján, Magyarországon alapvetően állami feladat, a szolidaritási elv érvényesülésével. Az állami beavatkozás indoka egyrészt a piaci kudarcok léte, hisz ilyenkor a piac nincs Pareto-hatékony állapotban, másrészt a jövedelmi egyenlőtlenségek. Empirikus vizsgálattal alátámasztásra került, hogy az országban, az elmaradottabb régiókban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés az egy főre jutó GDP alapján rosszabb, itt a születéskor várható élettartam is alacsonyabb.
2. A korábbi gazdasági rendszerek nem tekintették értékalkotónak az egészségügy tevékenységét, pedig fontos szerepe van a nemzeti össztermék termelésében. Ezért az egészségügyet nem az államháztartás kiadási oldala egyik szükségszerű, de kellemetlen tételének kell tekinteni, hanem az egyik legfontosabb szolgáltatási ágazatnak, az egészségügy nem „pénznyelő automata”, hanem a gazdaság innovatív húzóágazata.
3. A kutatómunka során beigazolódott, hogy sokoldalú népesedéspolitika kidolgozása szükséges a népességszám csökkenésének mérséklésére, a népesség egészségi állapotának javítására, a születéskor várható élettartam növelésére. Az egészségügy finanszírozása a napi politika befolyásától mentesen, közgazdasági alapokon nyugvó hosszú távú szabályozottsággal és a civil szféra által ellenőrzöten kell hogy történjen. A finanszírozás ellenőrzéséhez szükséges létrehozni olyan minőségi protokollokat, standardokat, amelyek az egész rendszer követelményeit szolgálják.
4. A kutatás azt erősítette meg, hogy a kötelező járulékfizetésre alapozott társadalombiztosítás közelíti meg legjobban a hatékony finanszírozás biztosítását, amely nem minimállátást ("szegényellátást") nyújt, hanem a szolgáltatások széles, de

meghatározott körét fedi le. A nemzetközi tapasztalatok is azt tükrözik, hogy a kötelező, jövedelemarányos járulékfizetésen alapuló biztosítás intézménye hatékonyan működtethető és ugyanakkor biztosítható a szolgáltatásokhoz történő széleskörű hozzáférés is, amit a jövedelemátcsoportosítás tesz lehetővé. A járulérendszer forrásoldal reformja során el kell érni, hogy minden állampolgár mögött legyen járulékfizető, és a befizetett járulék fedezze az igénybevett szolgáltatások átlagköltségét.

5. A szakirodalom tanulmányozása során beigazolódott, ha javul egy ország gazdasági fejlettsége, akkor a terciér ágazatok (ahova az egészségügy is tartozik) gazdaságon belüli aránya növekszik.
6. A finanszírozáson belül megjelenő paraszolvencia az egészségügyi rendszerben számos díszfunkciót hoz létre, ennek felszámolása összetettsége miatt, hosszú idő alatt képzelhető el Magyarországon.
7. Az elemzés során megállapítható volt, hogy elsősorban a finanszírozási díszfunkciók miatt nem válik lehetővé a szakmailag lehetséges, de gazdaságilag nem megengedhető ellentmondás. A kiadások indokolatlan növekedésének megakadályozására szükséges a finanszírozás elveinek ismételt átgondolása, a mesterséges teljesítménynövekedés megakadályozása, a közpénzek felhasználásának átláthatóvá tétele, az önkormányzatiság és intézményi autonómia tiszteletben tartása mellett szakmai és ellátási garanciák beépítése a jogi szabályozásba. Amíg az egészségügyi ellátórendszer struktúrája és az érdekeltségi rendszer nem alakul át úgy, hogy az ellátás tömege az alacsonyabb költségintű ellátóhelyek (járóbeteg - szakellátás, alapellátás) felé mozduljon el, addig az egészségügy forrásgondjai a folyamatos konszolidálás ellenére konzerválódnak.
8. Az Egészségbiztosítási Alap évenkénti bevétele a vizsgált időszakban 1993. évi bázisáron alacsonyabb, mint 1993 évben. Az 1993 – 2004 év közötti empirikus vizsgálat rámutat három vélt okra. Az egyik ok, a bevétel 86,4 %-át jelentő járulék és hozzájárulás a járulékmértékek csökkenése. A másik ok, a biztosítottak átlagos létszáma évenként átlagosan 2,87 %-kal csökkent. A harmadik ok pedig az, hogy nem az egészségügyi árindexnek megfelelően történt a bevétel tervezése.

9. Az Egészségbiztosítási Alap kiadása és azon belül a fekvőbeteg – szakellátás kiadása elemzése során látható, hogy 1994 – 1999 között mindkét tétel reálértéken csökkent, ugyanakkor 2000 – 2004 között minimális növekedés látható, ebből következik, hogy a népesség számára nem nyújt megfelelő ellátást. Számítások szerint 1990 – 2000 között reálértéken több mint 51 %-os forráskivonás történt az egészségügyből.

Az elméleti közgazdasági megközelítés szerint akkor optimális az egészségügyi kiadások szintje, amikor egy további egészségügyre fordított erőforrás egység ugyanakkora (vagy kisebb) hasznot eredményezne a társadalomnak, mint ha azt az adott egységet más célra fordítanák (pl. oktatás, környezetvédelem stb).

10. Korrelációs számítás alapján megállapítást nyert, hogy szoros kapcsolat van az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak nagysága és a fekvőbeteg – szakellátás kiadásainak nagysága között, vagyis 99 %-ban magyarázza az egészségügyi kiadások növekedése a fekvőbeteg – szakellátás kiadásainak növekedését. A lineáris regressziós függvény meredeksége megmutatja, azt, hogy ha az egészségügyi kiadások 100 forinttal nőnek, akkor a fekvőbeteg-szakellátás kiadásai 27,5 forinttal nőnek.

11. Empirikus adatok felhasználásával összességében a fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszerében bevezetett teljesítmény-alapú finanszírozás az egészségügyi intézmények gazdálkodási gyakorlatában alapvető változásokat idézett elő. Míg 1990-ben országosan 104 ezer kórházi ágyon 2,2 millió elbocsátott beteget (21,5 beteg/ágy), addig 2002-ben 80 ezer kórházi ágyon 2,7 millió (33,8 beteg/ágy), a Soproni Erzsébet Kórházban 1990-ben 601 kórházi ágyon 12100 (20,1 beteg/ágy), 2002-ben 519 kórházi ágyon 18200 (35,1 beteg/ágy) elbocsátott beteget regisztráltak. A teljesítménynövekedés megakadályozására 2005-től bevezetésre került a teljesítmény volumenkorlát.

Továbbá fontos eredmények, hogy az egészségügyi dolgozóknak megfogalmazódott a költségtudatosság igénye, az egészségügy egészében egységes informatikai rendszer kialakítása, az egységes finanszírozás általánossá tétele, a minőségi követelményekkel való foglalkozás.

12. A kórházak működési költségeinek finanszírozása az Országos Egészségbiztosítási Pénztárból az Egészségbiztosítási Alap közreműködésével az aktív fekvőbeteg – szakellátás vonatkozásában a homogén betegcsoport (HBCS) súlyszámok szerint történik, ezek a súlyszámok nem inflációkövetők. Tényszámokra alapozva megállapítást nyert, hogy a tényleges súlyszám alapidíj forintértékének növekedése elmarad az egészségügyi inflációval korrigált súlyszám alapidíjtól. (2002. januári tényleges 95.000 forint, a 2002. januári deflált 131.378 forint). A HBCS továbbra sem tartalmazza az eszközpótlás finanszírozását.
13. Az input és az output finanszírozás kapcsolatát vizsgálva megállapítható, hogy a kórházi ágyszám és a HBCS súlyszám között szoros kapcsolat érvényesül. Egy plusz ágy a HBCS számot átlagosan 31,77-tel növeli. A kérdés az, hogy hol van az optimális ágyszám? Jelenleg erre a kérdésre a válasz még Magyarországon nem alakult ki.
14. Az elemzés során kimutatható volt, hogy a kórházak helyzetét változatlanul az alulfinanszírozottság határozza meg. Az önkormányzati kórházak (az összes kórház 65,2 %-a) folyamatosan jelentősebb adóssággal küszködnek, ehhez hozzájárul az is, hogy az önkormányzatok saját forrásból egyre kevesebbet fordítanak kórházaira. Az önkormányzatok kórházi kiadásai saját forrásból nominál értéken 1996 – 2002. között 2,5 %-os évenkénti átlagos csökkenést mutat. Ez a helyzet arra kényszeríti a kórházakat, hogy felmérjék adósságállományukat, átütemezzék tartozásaik kiegyenlítését, áttekinthetőbbé tegyék gazdálkodásukat (kontrolling rendszer bevezetése, üzemgazdasági szemlélet), ahol ez sem hoz megoldást az intézményekhez kirendelt önkormányzati biztossal oldatják meg ideiglenesen a válságkezelést.
15. Az intézmények menedzsmentjeinek új szemléletben szükséges gondolkodni az intézmények vezetéséről és irányításáról. Ez a szemlélet gyors alkalmazkodást, megfelelő helyzetfelismerést, folyamatosan aktuális és friss információkat, és állandó döntéseket követel a menedzsmenttől. Az empirikus felméréssel megállapítást nyert, hogy a Soproni Erzsébet Kórházban kialakításra került egy komplex nagy orvosi, és gazdasági informatikai rendszer, kiépült a kontrolling, aminek a helyi finanszírozással összefüggésben fontos szerepe van.

16. A fekvőbeteg – szakellátás finanszírozási rendszerének megváltoztatása elkerülhetetlen. Egyik megoldásként az irányított betegellátási rendszer széleskörű kiterjesztése látszik, de az irányított betegellátási rendszer számos előnye mellett pl. a prevenció előtérbe helyezése, sok veszély is jelen van pl. az egészségügyből lehet még kivonni pénzt. A csornai modell sikerének legfontosabb eredménye nem a megtakarítás nagysága, hanem az, hogy a kórház köré szerveződve kialakult egy olyan rendszer, amely a kórházra, mint tudásbázisra alapozva képes volt az ellátás színvonalát emelni. A felszabaduló forrásokat a rendszer fejlesztésére és a lakosság teljesebb ellátására lehet fordítani. A Misszió Egészségügyi Kht vizsgálatával megállapítást nyert, hogy érdemes a prevencióra költeni, mert a ráfordítás már egy éven belül megtérül. De az IBR kritikai feldolgozásával előtérbe került, hogy az erőforrás-kivonás veszélye jelentős, emiatt széleskörű bevezetését további részletes elemzéseknek és hatástanulmányoknak kell megelőzniük. Másik megoldás lehet a mátrix kórház alkalmazása, amivel jobb kapacitás-kihasználás érhető el, de bonyolultabb, lassabb a döntési folyamat. A Soproni Erzsébet Kórházban így próbálják növelni az ágykihasználtságot.
17. Az Európai Unióhoz való csatlakozással új pályázati lehetőségek nyíltak meg, amelyek az elmaradott régiókban az infrastruktúra fejlesztésére használhatóak fel.
18. A kérdőíves felmérés eredménye alapján megállapítást nyert, hogy szükség van a civil szervezetekre, az egészségügy területére pénzt szerveznek, segítenek a munkavállalók oktatásának, továbbképzésének finanszírozásában.

4. Az értekezés új, illetve újszerű eredményei

Az egészségügy közgazdasági megalapozottságára építve a szerző a finanszírozási rendszer teljes körű feldolgozását végezte, kiemelten a fekvőbeteg – szakellátás területén, megállapításait empirikus vizsgálatokkal is alátámasztotta. Ehhez hasonló szerkezetű, komplex feldolgozása a kérdéskörnek a hazai szakirodalomban nem található.

Új és újszerű eredmények az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Empirikus vizsgálattal is igazolt, hogy a közfinanszírozás dominanciája biztosítja a populációs szintű egészségnyereség maximalizálását. A privatizáció bizonyos területeken hasznos lehet, de csak mint eszköz és nem cél.
2. Az állami szerepvállalás biztosítja a mindenki számára hozzáférhető egészségügyi ellátást, ami két vonatkozásban is nélkülözhetetlen. Egyrészt a hatékonyságnövelés miatt, ami az adminisztrációs tevékenység költségeinek csökkentését biztosítja és lehetővé teszi pl. az externáliák költségeinek, a kutatásnak, továbbképzésnek a finanszírozását. Másrészt a társadalmi igazságosság elvének érvényesülése miatt, ami az egyenlő esélyt az egyenlő igénybevétel lehetőségéhez is jelenti.
3. Az egészségügy egy olyan terület, ahol szinte minden részterület szabályozott, de hiányzik az egészségügynek, mint ágazatnak a szabályozása. Az Országgyűlés a „lakosság egészsége iránt érzett felelősségétől áthatva” törvényt alkotott az egészségügyről de nem fogalmazta meg az alapvető, a rendszer szabályozott működéséhez elengedhetetlen rendező elveket, aminek következménye a jelenlegi zűrzavaros finanszírozásban csapódik le. Tehát a döntéshozók részére fontos, hogy tekintsék át az összefüggés-elemzések azon eredményeit, amelynek alapján legalább megközelíthetően definiálható az egészségügy feladatköre.
4. Az egészségügyi forrásallokációs döntéseket olyan politikamentes, optimális szakmai összetételű, független civil szerveződéseknek szükséges meghozni, melyek nincsenek alárendelve az államnak, az önkormányzatoknak.

5. Az egészségügyi ellátórendszer bevételi oldalát célszerű lenne kiegészíteni az élvezeti cikkek és táplálékok adójából származó bevétel egy részével, ami fedezheti az adott termékek által okozott egészségkárosodás kezelési költségeit.
6. Reorganizációs típusú konszolidáció végrehajtása szükséges, ami azt jelenti, hogy az állam nem az adósságát akarja az intézménynek kifizetni, hanem szakmai átalakítást is kell végezni a területi szükségleteknek megfelelően. Magyarország régióit megvizsgálva megállapítható, hogy a jelenlegi elosztó rendszerben oda jut kevesebb pénz, ahol a születéskor várható élettartam a legalacsonyabb és nagy a szegénység. Tehát regionális morbiditás-felmérés alapján, amely a népesség jelenlegi és várható egészségügyi állapotfelmérésén alapul, az egészségügyben a kórházstruktúra átalakítandó.
7. Optimális erőforrás-elosztást elméletileg az a megoldás jelentené, amely erőforrás felhasználása mellett az egészségi állapotban elérhető pozitív változás, az „egészségnyereség” maximális.
8. Átláthatóvá kell tenni a szolgáltatások rendszerét, az egészségügyben elköltött közpénzek sorsát, elsősorban a költségnyomonkövetés és a finanszírozás oldaláról.
9. Kórházakban a népesség előregedése miatt célszerű lenne a szerkezetátalakításban az ápolási ellátást szolgáló ágyak számát növelni.
10. A HBCS kalkulációnál az a célszerű, ha a súlyszámok inflációt követő mértékben változnak és közvetlenköltség-arányokat fejeznek ki. Így keletkezik érdekeltség az igényesebb, bonyolultabb esetek vállalásában. Ha a súlyszámok inkább fejeznek ki ápolási időt, mint költségarányokat, akkor az alacsony közvetlen költségű esetek vállalásában érdekeltek a kórházak.
11. A HBCS súlyszámok módosítására az intézményeknek fel kell készülniük, például a szakmai struktúra finanszírozási rendszerhez való hozzáigazításával, a kódolási lehetőségek korrekt kiaknázásával.

12. A vegyes, kettős vagy duális finanszírozási rendszer, bizonyos módosításokkal képes betölteni a szerepét:

- 12.1. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a működési költségek mellett az eszközpótlást is finanszírozza meg, mégpedig teljesítményarányosan, így az amortizáció költsége is itt kerüljön beépítésre.
- 12.2. A tulajdonosok az eszközbővítés finanszírozására elegendő nagyságú pénzügyi forrásokat biztosítsanak.
- 12.3. Célszerű lenne működtetni egy központi intézményt az eszközbővítés, és fejlesztés finanszírozásának biztosítására. Megoldást jelenthet egy Egészségügyi Tőkefejlesztési Pénztár (ETP) létrehozása, amelyet az állami költségvetés, alapítványok, egyéb források finanszíroznának a felhasználás civil ellenőrzésével.

5. Az eredmények gyakorlati alkalmazhatósága

A kutatás fő célkitűzése közé tartozott a gyakorlatorientált eredmények kimunkálása, amelyek közül itt a legjellemzőbbek kerültek kiemelésre:

1. A vizsgálatoknál alkalmazott statisztikai elemző módszerek a továbbgondolkodást segíthetik, nevezetesen a finanszírozás összefüggéseinek vonatkozásában, a kórházak megítélésének sorrendjében, az input és az output finanszírozási rendszer szoros összefüggésében, az infláció követésében.
2. A különböző fekvőbeteg – szakellátási finanszírozási rendszerek javasolt módszereinél az előnyök és hátrányok bemutatása adalékul szolgálhat a napjainkban szükségessé vált változtatások tervezéséhez, megvalósításához.
3. Az inflációval korrigált súlyszámmal kapcsolatos számítással lehetővé válik az értéken történő homogén betegségcsoport szerinti finanszírozás.
4. Hasznosíthatók lehetnek a strukturális változtatásokra tett javaslatok, melyek a regionális betegségfelmérésen alapuló kórházszerkezet átalakítását célozzák. A

demográfiai kutatásból származó előrejedésre rámutató helyzet miatt az ápolási osztály férőhely bővítésre tett javaslat fontos.

5. Konzekvensen szét kell választani a napi politikát és az egészségügy finanszírozását. Hatékony szabályozás esetén a fejlődőképes, a forrásokat jó hatékonysággal felhasználó egészségügyi intézményeknél olyan forrásoknak kell keletkezniük, amelyek a megfelelő szintű beruházások megvalósítását lehetővé tennék. Ezt segítené elő az eszközpótlás finanszírozását szolgáló amorizáció beépítése a HBCS rendszerbe, a szerző által kidolgozott modell szerint.
6. A disszertáció hiánypótló segítséget nyújt az oktatásban is a fekvőbeteg – szakellátás intézményi és finanszírozási jellemzőinek rendszerbe foglalásával és empirikus vizsgálatával.
7. A szakmai szövetségek, érdekképviseltek számára is nyújt újat. A disszertáció a szektorsemlegesség elvére alapozva figyeli az eseményeket, vizsgálja az összefüggéseket. Más ágazatok számára is tanulságos lehet, adalékul szolgálhat a fejlődési irányok megfogalmazásához, fejlesztési programok kidolgozásához.

6. Publikációk az értekezés témakörében

Szakkikkek és tanulmányok:

Karner Tamásné [2001]: Magyarország lakosságának egészségi állapota az externáliák tükrében *Gazdaság & Társadalom* 1-4. szám 124-150

Karner Tamásné [2003]: Egészségpolitika *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 5. sz. 58-62

Karner Tamásné [2003]: Az egészségügyi igazgatás szerepe az egészségügyi gazdálkodásban, kiemelten az Erzsébet kórházban *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41. évf. 6. sz. 55-64

Karner Tamásné [2004]: Az egészségügyi marketing szerepe *Marketing&Menedzsment* XXXVIII. évfolyam 1. szám 62-76

Karner Tamásné [2005]: Történelmi gyökereink az egészségügy gazdálkodásában, kiemelten a fekvőbeteg – szakellátás területén *Egészségügyi Gazdasági Szemle* (megjelentés alatt)

Konferencia előadások:

Humán erőforrás-gazdálkodás konferencia Balatonföldvár [2003]: A magyar egészségügy helyzete nemzetközi összehasonlításban

Magyar Tudomány Napja Konferencia Nyugat-Magyarországi Egyetem KTK Sopron [2003]: Amortizáció az egészségügyben (megjelenés alatt)

Konferencián korreferátumok:

„Az egészségügy helyzete nemzetközi összehasonlításban” nemzetközi egészségügyi konferencia Párizs [2003]: A magyar népesség egészségügyi állapota (Prof. Dr. Gidai Erzsébet előadásához)

„Hatékonyság és gazdaságosság az egészségügyi ellátásban” nemzetközi konferencia
Sopron [2004]: A kórház-finanszírozás hazai tapasztalatai (Prof. Dr. Dézsy József előadásához)

Konferenciákon való részvétel:

”Egészség és Gazdaság Európa Fiatal Generációjának, a Megelőzés Kihívásai” MOTESZ konferencia Budapest [2001]

„Vállalkozó egészségügy – egészségügyi vállalkozások” a Világ gazdaság egészségügyi konferenciái Budapest

2002 „Hosszútávú egészségpolitika vagy koncepcióváltás?”

2003 „Gyógyszerpiaci változások és a gyógyítás”

2004 „Magyar egészségügy az EU-ban”

„Soproni Nemzetközi Turizmusmarketing-konferencia az Európai Unió tagság jegyében Sopron [2004]

Egyéb témához kapcsolódó szakmai tevékenységek:

Orvos/gyógyszerész – közgazdász posztgraduális képzés akkreditációs anyag elkészítése

Egészségügyi menedzsment posztgraduális képzés akkreditációs anyag elkészítése

Statisztika, Mikroökonómia tantárgyak oktatása az orvos/gyógyszerész – közgazdász és egészségügyi menedzsment posztgraduális képzéseken

Kórházlátogatások szervezése, lebonyolítása, kötelező szakmai gyakorlat ellenőrzése az orvos/gyógyszerész – közgazdász és egészségügyi menedzsment posztgraduális képzéseken

Képzés szervezése az orvos/gyógyszerész – közgazdász és egészségügyi menedzsment posztgraduális képzéseken