

# Kapacitástervezés a németországi kórházakban

A kórházak kapacitását az üzemeltetés és a termelési tényezők határozzák meg. Az üzemeltetési tényezőket, mint a kórházi szolgáltatások nyújtásához szükséges ágyszám vagy az osztályok, mindaddig szövetségi tartományi szinten a kórházügyi tervek keretében állapították meg. Németországban a kórházak fölös kapacitásokkal rendelkeznek, ami feltehetően a kórházügyi tervezés és az állami beruházási támogatás helytelen ösztönzőrendszerének tulajdonítható. A DRG-rendszer 2004. évi bevezetése óta azonban a kórházak erőteljesebb versenyhelyzetbe kerültek, ami megköveteli a hatékonyabb kórházügyi tervezést és a kapacitások jobb menedzsmentjét.

■ **Dr. Boris Augurtzky, Prof. dr. Ludwig Kuntz, Roman Mennicken**

## **A szabályozási környezet:**

Hivatalosan a kórházi beruházásokat a szövetségi tartományok finanszírozzák, miközben az üzemeltetési költségek a betegekre, illetve ezek betegpénztáira hárulnak (ez a duális finanszírozás, amely az 1972. évi kórházfinanszírozási törvényen alapul). Mivel a kórházaknak pályázniuk kell a beruházásért, ez a rendszer először is adminisztratív többletköltségekhez vezet, másodsor pedig a beruházásról szóló döntést nem szükséges az üzemeltetési költségekkel való tekintettel optimalizálni. A kórházak ágyanként egy kiegészítő átalánytámogatásban részesülnek, ami az ágyak megtartására ösztönöz. Ez tehát erősíti a beruházások és az üzemeltetés egy forrásból történő (monista) finanszírozása, a kórházaknak a beruházások fölötti teljes felelőssége iránti igény erősödését. Ebben az összefüggésben figyelemreméltó, hogy az állami források szűkössége következtében a duális finanszírozás fokozatosan átvált a monista rendszerbe. Ma már a kórházi beruházások 20%-át maguk a kórházak finanszírozzák – ami ellentétes a törvénnyel.

A kórházi kapacitások tervezését az egyes szövetségi tartományok végzik. A kapacitást mindmáig az ágyak számával határozzák meg. A szövetségi tartományok többsége az ágykihasználtság „megkívánt értékével” („Soll-Wert”), a demográfiai folyamatokkal, a kórházi ápolási idővel (Ápldő) és a kórházi tartózkodás gyakoriságával (TartGyak), az ún. Hill-Burton-formula segítségével prognosztizálja az ágyak iránti jövőbeli szükségletet.

$$\text{Ágykapacitás} = (\text{Ápldő} \times \text{TartGyak} \times \text{Lakosság}) / \text{Ágykihasználtság} \times 365 \text{ nap.}$$

Egyes szövetségi tartományok további információkat is felhasználnak, mint pl. a kórházi diagnosztikus és teljesen eltérő módszereket is alkalmaznak. Ennek eredményeként az egyes tartományok kórházügyi tervei között különbségek vannak

az alkalmazott metodika, a részletezettség és a tervezési horizont tekintetében. A németországi fölös kapacitások minden jel szerint a duális finanszírozásból és a tartományi kórházügyi tervezésből adódó hamis ösztönzőkből eredeztethetők.

## **Kapacitástervezés és –menedzsment**

Az esetszámok emelkedésével, az ápolási idő csökkenésével és a betegeknek az ambuláns szektorba való átáramlásával a kórházaknak a hatékony folyamatmenedzsmentre kell összpontosítaniuk, miközben ezzel egyidejűleg ágyakat építenek le. Annak érdekében, hogy a merev kórházügyi tervek keretében reagálhassanak a piaci változásokra, a kórházaknak már most át kell csoportosítaniuk a tartományi kórházügyi terv szerinti kórházi ágyakat vagy akár osztályokat a régióban működő különböző kórházak között. A kórházak a régióhatárhoztól függetlenül együttműködhetnek a szolgáltatások vásárlásának optimalizálása érdekében.

A bürokratikus kórházügyi tervezés és az egyre versenyorientáltabb kórházi szektor közötti feszültség feloldására való tekintettel azonban arra számíthatunk, hogy a jövőben a szövetségi tartományok fokozottabban a keretfeltételekre korlátozzák kórházügyi terveiket. A kevesebb rendelkezést tartalmazó stratégiai kórházügyi tervezés sokkal nagyobb jelentőségűvé válik.

A kórházak iránti szükségletek prognózisa:

A kórházaknak állományuk (pl. ágyak, személyzet, műtők) tervezése során különböző külső feltételeket kell figyelembe venniük. A legfontosabb fejlemények:

- a regionális demográfiai változások;
- a technikai előrelépés és
- a jogszabályok változása.

Mivel a kórházak elsősorban regionális szintű szolgáltatók, a kórházi szolgáltatások iránti keresletet erőteljesen befolyá-

solja a regionális demográfiai szerkezet. A menedzsmentnek el kell készítenie a kereslet prognózisát – aminek gyakran az esetátalányok szintjére is ki kell terjednie. A kórházügyi tervezésnek lehetőség szerint figyelembe kell vennie a jogszabályok változásait. Németországban a törvényhozó a kórházi eseteknek az ambuláns kezelés területére való átirányítását követeli. Ez azt jelenti, hogy egyes DRG-knál a kórházi esetek száma csökkenhet, jóllehet az esetek összességének száma emelkedni fog. A kórházi és az ambuláns kapacitásokat ennek megfelelően kell tervezni.

A kórházi menedzsmentnek nehézségei lesznek a konkurens üzleti stratégiáinak és a szabadfoglalkozású (ún. „letelepedett”) orvosok beutalási szokásainak a tervezési folyamatban való figyelembevételével. Németországban a kötelező betegpénztárak betegeit (a lakosság 90%-a) a sürgősségi esetek kivételével csak orvosi beutalóval fogadják be a kórházakba. Az orvosok beutalási szokásainak tehát komoly befolyása lesz a kórházi esetszámok alakulására.

### Opciók a tervezés és a menedzsment területén:

A diagnózisok, az eljárások és a levezetett DRG-k adatait tartalmazó jelenlegi termékportfóliók elemzése alapvető fontosságú a rendelkezésre álló kapacitások optimalizálásához. A kereslet prognózisával együtt ezek alkotják a kapacitástervezés alapjait. A stratégiai kapacitástervezés módszerei a beruházások elméletétől az Operations Research-ből származó hatékonyságelemzésig terjednek.

A rendelkezésre álló kapacitások optimalizálását elsősorban a kooperációk mozdíthatják elő. A horizontális és vertikális integráció egyaránt pozitív hatást gyakorol a kapacitások felhasználására. A horizontális, tehát más kór-

házakkal való kooperáció a szolgáltatások területén vezet megtakarításokhoz és javítja a beszállítókkal szembeni tárgyalási pozíciót. Az ilyen kooperációk a betegirányításra is felhasználhatók, ami adott esetben hozzájárulhat a kórházak tehermentesítéséhez. A kapacitások kihasználása a kórházi kezelések minőségét is befolyásolni látszik. A szabadfoglalkozású orvosokkal való vertikális kooperáció a beutalási szokások pozitív alakulásához és a piaci részesedés bővüléséhez vezet. Az ellátási láncolat másik végén megvalósuló vertikális kooperációk, pl. a rehabilitációs központokkal és ápolási otthonokkal való kooperációk, hozzájárulnak a kezelési folyamat és az ellátás minőségének javításához.

A kapacitások hatékony felhasználásának Németországban eddig is igen nagy jelentőséget tulajdonítottak, az ágyszámokat és a szakterületeket ugyanis a tartományi kórházügyi tervek keretében rögzítették. Mindazonáltal valószínűsíthető, hogy a jogi szabályozás a tartományokban a jövőben mérséklődni fog. A kórházak ebben az esetben az ellátási kötelezettség keretében szélesebb vállalkozói szabadsággal fognak rendelkezni kapacitásaiknak a termékportfólióhoz való hozzáigazításában.

*Hospital, 2007. 5. sz., 25-26. p.*

---

*Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Essen  
Univ.-Prof. dr. Ludwig Kuntz, Universität Köln, WiSO Fakultät, BWL & Sozialwissenschaften  
Roman Mennicken, Universität Köln, WiSO Fakultät, BWL & Sozialwissenschaften*

*Fordította: Komáromi Béla*

## **Irodalomjegyzék**

---

1. Augurzky B., Engel D., Krolop S., Schmidt C. M., Schmitz H., Schwierz C., Terkatz S.: *Krankenhaus Rating Report 2007: Die Spreu trennt sich vom Weizen*. RWI: Materialien. 2007:32.
2. Busse R., Schreyögg J., Gericke C. (Eds.): *Management im Gesundheitswesen*, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. 2006
3. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2006): *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*. Berlin: DKG. Zugriff vom 24. October 2004: <http://www.dkgev.de/pdf/1047.pdf?title=Bestandsaufnahme+zur+Krankenhausplanung+und+Investitionsfinanzierung+in+den+Bundesl%E4ndern+%28Stand%3A+Janaur+2006%29>
4. Kortevoß A.: *Krankenhausplanung unter Bedingungen der German-Diagnosis Related Groups*, München: Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität. 2005
5. KHG: *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze* BGBI. I S. 1972:1009.
6. Kuntz L., Scholtes S., Vera A.: *Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany*: *European Journal of Health Economics*. 2007;8:213–223.
7. Mennicken R.: *Capacity Utilisation and Quality of Care in German Hospitals: Working Papers on Healthcare Management Nr. 8*, Cologne: Chair for Healthcare Management. 2007
8. Preater J.: *Queues in Health: Health Care Management Science*. 2002;5(4):283.
9. Sachverständigenrat (SVR) *zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, Bonn. 2007
10. Sibbel, R.: *Produktion integrativer Dienstleistungen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag/GWV Fachverlage GmbH. 2004
11. Vera, A.: *Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen- Ein empirischer Vergleich von horizontalen und vertikalen Kooperationen*: *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*. 2006;76(8/9): S1–31.