

A Budapest Egészségügyi Modell: Integráció a Fővárosi Önkormányzat ellátórendszerében

Skultéty László, Dr. Vértés András, GKI Gazdaságkutató Zrt.

A Fővárosi Önkormányzat egészségügyi ellátórendszerének integrációja a Budapest Egészségügyi Modell (BEM) formájában valósul meg. Az integrációval az önkormányzat célja, hogy a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználásával a jelenleginél jobb minőségű és hosszú távon fenntartható ellátást biztosítson a betegek részére. A nemzetközi integrációs tapasztalatokat és az önkormányzat ellátórendszerét elemezve alakítottuk ki a tervezett struktúrát és készült javaslat a változtatásokra. A modell megvalósítása három egymásra épülő fázisban, a közbenső tapasztalatok folyamatos értékelését felhasználva történik.

The integration of the healthcare system, owned by the local government of Budapest, is being realized in the form of the so called Budapest Healthcare Model (BEM). The local government's aim with this integration is to offer the patients a higher quality and sustainable healthcare, using the available resources more efficiently. The planned structures and suggested changes were developed analysing international experience in healthcare system integration and assessing the present healthcare system of Budapest. The implementation of the model will take place in three phases built on each other, monitoring and evaluating interim experiences.

AZ INTEGRÁCIÓ IGÉNYE

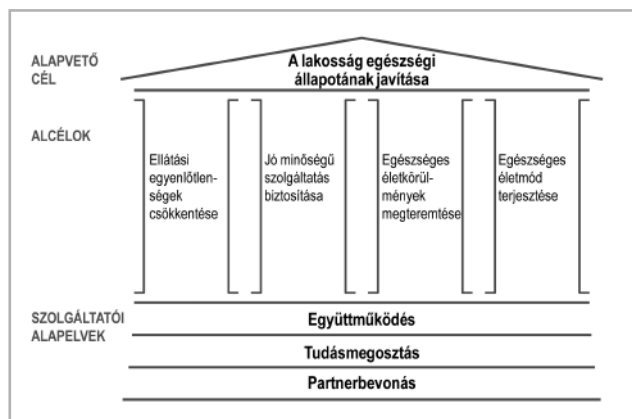
A Fővárosi Önkormányzat egészségügyi ellátórendszerének fejlesztési, stratégiai irányát meghatározó 2002-ben elfogadott Egészségpolitikai Cselekvési Program már regionális szintű integrációs irányt tartalmazott. Az önkormányzat kezdeményező szerepet vállalt a régió egészségügyi szolgáltatói közti együttműködésben, a kapacitások elosztásának optimalizálásában. A tervek azonban alkalmas jogi eszközök hiányában és a széthúzó tulajdonosi érdekek miatt nem vezettek eredményre. A RET-ek szintjén megoldhatatlannak bizonyuló regionális kapacitás-elosztásra az ún. „kapacitás-törvény” alapján 2007-ben került sor, mely a Fővárosi Önkormányzat intézményeiben összességében jelentős aktív ágy kapacitás-csökkentést és a működőképességet is érdemben befolyásoló feladat-változást eredményezett.

Az ágazatból történő forráskivonás (erősödő alulfinanszírozottság), valamint a kapacitás-törvény hatására a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi ellátórendszere jelenlegi struktúrájában hosszú távon fenntarthatatlanná vált: a jelenlegi, jelentős párhuzamosságokkal terhelt szerkezet működteté-

se, a szükséges humán erőforrás és a tárgyi fejlesztések biztosítása nem finanszírozható. Ugyanakkor a jogszabályi feltételek és a kórházak parciális érdekérvényesítése mellett az ellátórendszer strukturális átalakítása a jelenlegi keretek között nem kivitelezhető. Ezt igazolták az elmúlt évek kudarcai is. A Főváros vezetése felismerte, hogy a strukturális problémák megoldása intézményi szintű beavatkozásokkal nem lehetséges, ugyanakkor nincs a rendszerszintű beavatkozásokra alkalmas egészségügyi stratégiája, ezért elindította a „Budapest Egészségügyi Modell” projektet a rendszerszintű megoldási lehetőségek feltárása érdekében.

KONCEPCIONÁLIS SZINT

A Fővárosi Önkormányzat a projekt keretében kidolgozott új Egészségpolitikai Koncepciója megvalósításával azt célozta meg, hogy hosszú távú aktív intézkedésekkel a demográfusok által előrejelzett mértéket meghaladó ütemben emelkedjen a születéskor várható átlagos élettartam. Ennek eléréséhez a 1. ábrán látható alcélok azonosíthatók.



1. ábra
Célok és alapelvek az egészségpolitikai koncepcióban

Az ellátások területi egyenlőtlenségei a Fővárosi Önkormányzat ellátórendszerében szűnjenek meg, a más szolgáltatókkal való megegyezést igénylő esetekben is mérséklődjenek. A betegek lakóhelye és anyagi helyzete alapján lehetőleg ne legyenek különbségek a közfinanszírozott ellátásokhoz való hozzáférésben.

Budapest Főváros Önkormányzata olyan modell kialakítását tűzi ki célul, amely az adott környezeti feltételek között hosszú távon fenntartható, s a hatékonysága révén megtakarított forrásokból az arra jogosult állampolgároknak nyújtott szolgáltatások minősége stabilan, kiszámíthatóan fejleszthető. A légszennyezettség kritikus területein tartósan a

határértékek alá kerüljenek a mért értékek, a zajterhelés a leginkább érintett területeken érdemben csökkenjen, s a közcélú zöldterület növelésével a lakosság rekreációs szükségletei megfelelő szinten kielégíthetőek legyenek, összességében a környezeti feltételek a nagyvárosi adottságokhoz képest egészségesek legyenek, ne jelentsenek kockázatot a lakosság egészségi állapotára. A lakosság egészségesebb életmódot folytasson, mely érvényes mind a táplálkozás, a testmozgás, a lelki egészség, mind a kiemelt egészségkockázatot jelentő dohányzás és alkohol fogyasztás terén. A tudatos magatartással csökkenjen a szexuális úton terjedő betegségek előfordulása. Az emberek védettebbek legyenek a megelőzhető betegségekkel szemben.

A KONCEPCIÓ MEGVALÓSÍTÁSÁNAK ALAPELVEI

Az együttműködés, illetve annak intenzív formája az integráció, mely az ellátórendszer szolgáltatásai közötti koherenciát, az ellátások és a prevenció szinergikus hatásait erősíti. A Fővárosi Önkormányzat más szakterületeivel való együttműködés eredményeképp a különböző szakpolitikákban prioritásként kell megjelennie a lakosság egészségi állapotának. Az együttműködés vezet a kapacitások összehangolásához, a felesleges párhuzamosságok kiküszöböléséhez, a fejlesztések egymáshoz illeszkedéséhez, a szakmai programok egységességéhez. Az együttműködés így javítja a kapacitások kihasználtságát, csökkenti a széttagoltságot és az erőforrás-felhasználás hatékonyságát növeli. A progresszív ellátás különböző szintjei közötti szakmai együttműködés javítja az alacsonyabb szintek szolgáltatásainak minőségét. Az együttműködést olyan alapelvként kell kezelni a koncepcióban, mely meghatározó az eszközök kijelölésében, s az érintettek magatartásában. Az együttműködést az érdekeltség megteremtésével és adminisztratív eszközökkel is támogatni kell.

A tudásmegosztás hozzájárul az ellátórendszer különböző szintjein felhalmozott szakmai, ellátásszervezési tudás és tapasztalat hasznosulásához. Az egészséges életmódhoz, az egészségkockázatokhoz és azok mérsékléséhez kapcsolódó tudásnak és technikáknak széles körben kell elterjedniük. Cél a partnerek bevonása, mely nélkülözhetetlen ahhoz, hogy az egyes érintettek tevékenysége egymást erősítve járuljon hozzá a közös cél, a lakosság egészségének javításához.

AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS ÉS INTEGRÁCIÓ TERÜLETEI AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI KONCEPCIÓBAN

A horizontális együttműködés egyrészt az ellátásban a Főváros ellátórendszerével azonos típusú ellátást nyújtó más szolgáltatókkal, a prevencióban és az alapellátásban a kerületi önkormányzatokkal, valamint a Főváros más szakpolitikaival, más szakterületei szolgáltatásaival, fejlesztéseivel és szabályozó tevékenységével való együttműködést jelenti (lásd 2. ábra). A Fővárosi Önkormányzat egészségügyi ellátórendszere együttműködik más, vele azonos ellátásokat Budapestén, illetve Pest megyében nyújtó szolgáltatók-



2. ábra
Az integráció és együttműködés területei az egészségpolitikai koncepcióban

kal, valamint tulajdonosaikkal annak érdekében, hogy a költségesen fenntartható kapacitásaik kihasználtsága és a méretgazdaságosság javuljon, a fejlesztési tervek ne keresszék, hanem kiegészítsék egymást.

A vertikális együttműködés a lakossággal, a betegekkel, a dolgozókkal és az ellátórendszer különböző szintjeivel való együttműködést jelenti. A betegek ösztönzése a megelőzésre, informálása az ellátórendszer hozzáférési szabályairól és lehetőségeiről csökkenti az indokolatlan igénybevételt. A háziorvosi rendszerrel, a járóbeteg szakrendelőkkel és a progresszív ellátókkal együttműködve kialakítható a budapesti betegellátás egységes rendszere. A gyorsan áramló szakmai információk, a tapasztalatok hatékonyan hasznosulva szakmailag jó minőségű és költséghatékony ellátást tesznek lehetővé.

A vertikális integráció a Főváros ellátórendszerében új kórház-struktúrát alakít ki, mely a területi kórházak és a progresszív ellátóhelyek, valamint szakkórházak területileg a szükségletekhez illeszkedő, az adottságokat figyelembe vevő rendszerére épül.

A horizontális integráció keretén belül a Fővárosi Önkormányzat a fenntartott kórházi intézményrendszerét a jelenlegi parciális intézményi érdekeket szolgáló rendszerből, csoport-optimumon működő ellátórendszeré alakítja. A Főváros a stratégiai irányítást bevezetve, a kiszolgáló tevékenységek funkcionálisával, a finanszírozás centralizálásával és a szükségletekhez igazodó allokálásával, valamint a vagyongazdálkodás centralizálásával eléri, hogy a kórházak alapfunkciójukra, a gyógyításra koncentrálhassák erőforrásaikat. Az integráció révén megtakarítható forrásokat az ellátórendszer a szolgáltatások minőségének és a betegek kiszolgálásának fejlesztésére fordítja.

NEMZETKÖZI INTEGRÁCIÓS TAPASZTALATOK

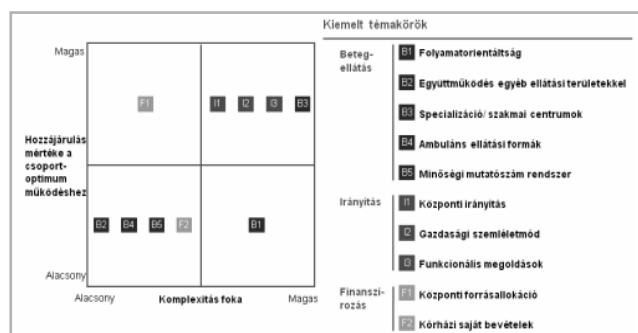
Az Európai Unió országaiban, az elmúlt évtizedben is több szakértői elemzés és tanulmány vizsgálta az egészségügyi ellátási struktúra átalakításának lehetőségeit, és fogalmazott meg javaslatokat a kormányok, a minisztériumok és a fenntartók számára a kórházi intézményrendszer fenn-

tartható működési megoldásaira vonatkozóan. A struktúra-átalakítási intézkedések háttérében közös megfontolások álltak: a demográfiai, epidemiológiai, orvos-technológiai, finanszírozási és a szakmai humán erőforrással kapcsolatos tendenciák a jelenlegi struktúrák kiigazítását illetve új pályára állítását igénylik.

Az ágazatra ható tényezők következtében a nagyobb intézményeket fenntartó tulajdonosok arra kényszerültek, hogy a működőképesség és finanszírozhatóság hosszú távon történő biztosítása érdekében strukturális szintű változásokat adjanak a kihívásokra. Az átalakítás elsődleges fókuszterületeként a fenntartók a kórházak irányítási rendszereit menedzsment-alapú szemléletmód alkalmazásával egységesítik és összevonják, megteremtve annak lehetőségét, hogy a kórházak alaptervékenységükre, a betegellátásra fordítsák erőforrásaikat.

Másodsorban a fenntartók hatékonyságnövelési lépések keretében látnak hozzá kórházaik működési folyamatainak fejlesztéséhez, melynek részeként a betegellátást támogató funkcióikat professzionizálják, és a rendelkezésre álló infrastrukturális körülményeket optimalizálják. Mindezzel párhuzamosan a minőségi betegellátás elősegítése érdekében betegmenedzseri rendszereket és egynapos ellátási formákat vezetnek be.

A kihívásokra adott kormányzati, fenntartói válaszok jellegét és mélységét jelentősen befolyásolják a helyi egészségügyi rendszerek adottságai és a szabályozottságuk sajátosságai. Ugyanakkor egyértelműen azonosítható az átalakítások közös jellemzője, miszerint a működési környezet változásaira és a strukturális kihívásokra megfelelő fenntartói válasz az integrált, csoport-optimumon működő kórházi struktúra kialakítása (3. ábra).



3. ábra
A benchmark elemzéssel azonosított integrációs témakörök

Az integrált kórházi struktúrák sarokpontjainak azonosítása és a fenntartói mozgástér meghatározása után konkrét sikertényezők azonosíthatók:

- Feladatmegosztás/Hatáskörök: a korábban széttagolt kórházi intézményrendszer integrációja révén lehetővé válik a stratégiai és operatív jellegű feladatok szétválasztása, melynek eredményeként erősíthető a kórházi működés betegellátásra helyeződő fókuszsa.
- Erőforrás-gazdálkodás: az integráció megteremti az intézmények összehangolt és hatékonyabb erőforrás-gazdálkodásának lehetőségét.

- Finanszírozás: a működéshez szükséges források biztosítása az egy kézben összpontosuló irányítás révén javítható. A finanszírozóval (biztosító) szemben erőteljesebb az alkupozíció és a külső finanszírozási források is bevonhatók.
- Integrált szakmastruktúra: a sikeres integráció sarokpontja a meglévő szakmastruktúra átalakítása a betegellátási igényeknek megfelelően. Az integrációval egyidejűleg kell megteremteni a betegek számára könnyen elérhető alapellátást és sürgősségi ellátást, valamint a magas progresszivitású, specializált ellátást nyújtó szakmai centrumok rendszerét.
- Kiszolgáló funkciók hatékonyság-növelése: az integráció korai szakaszában meg kell teremteni az alaptervékenységet kiszolgáló funkciók összevonását, mely mérhető hatékonyságot eredményez és így a kapcsolódó működési költségek csökkennek.

AZ ÁTALAKÍTÁSI FOLYAMATOK TAPASZTALATAI

Az integrált kórházi struktúrák kialakításához vezető transzformációs folyamat sikerkritériumai a nemzetközi projekt tapasztalataink alapján három szakaszhoz kapcsolhatóak:

- A koncepció kidolgozásának teljes folyamatában szükséges a különböző érdekeltségi körökkel való együttműködés. Az így nyert tapasztalatok, észrevételek, javaslatok adaptációjával nagymértékben növelhető a koncepció megvalósításának sikere. Az is nyilvánvaló, hogy a szakmai-gazdasági integráció, és a decentralizált funkciók optimális egyensúlyának megteremtése a jelenlegi helyzet mélyreható és alapos megismerését igényli, mely konstruktív együttműködés nélkül nem érhető el.
- A struktúra kialakítása során az implementáció gyorságában meghatározó a kulcspozíciók mielőbbi betöltése, ahol kritikus kiválasztási szempont a szakmai háttér, az elismertség, valamint az új koncepció iránti elkötelezettség. Mindezek érdekében szükséges az integráció alapját jelentő rendszerek és folyamatok (pl. IT, beszerzés, kontrolling) összehangolása, és a rugalmas változás-menedzsment biztosítása a váratlanul fellépő kihívások kezelésére.
- Végül a működés első szakaszában az új koncepció sikeressége a kezdeti eredmények folyamatos nyomon követése, az újonnan átalakított szakmastruktúra "finomhangolása", és az implementáció során kapott visszajelzések integrálása révén teremthető meg.

A FŐVÁROSI ELLÁTÓRENDSZER STRUKTURÁLIS ÉS MŰKÖDÉSI PROBLÉMÁI

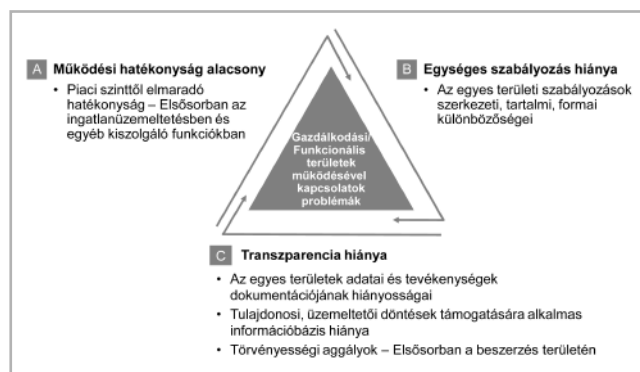
Az intézményrendszer áttekintése

A Fővárosi Önkormányzat fenntartásában működő egészségügyi intézmények Magyarország legnagyobb, egy kézben lévő egészségügyi ellátórendszerét alkotják. A 12 intézmény által fenntartott kapacitást a fekvőbeteg-ellátásban közel 6400 aktív és több mint 4400 krónikus ágy alkot-

ja, a járóbeteg-szakellátásban pedig közel heti 41 ezer óra kapacitás áll rendelkezésre. Az ellátórendszer személyi háttere is egyedülálló: a betöltött létszám közel 15 ezer fő, melyből több mint 2200 fő szakorvos és 8000 feletti a szakdolgozók létszáma. Az intézmények összesített vagyoni értéke meghaladja a 129 milliárd forintot. Az egészségügyi ellátást kiszolgáló ingatlan-infrastruktúra is szerteágazó és rendkívül összetett: összességében 90 telephelyen 460 épület áll a betegellátás rendelkezésére. A jelenlegi struktúrában azonban nem lehetséges kihasználni a nagy esetszámokból fakadó optimalizálási lehetőségeket.

Az intézményrendszer jelenlegi működésének kiemelt problémái

- A strukturális alulfinanszírozottság a 2007-es kapacitás-törvényre vezethető vissza, amely során az aktív fekvőbeteg ellátási kapacitás csökkentését csak részben követte a kórházak országos szintű feladat-ellátási kötelezettsége. A finanszírozási helyzetet tovább nehezítették a teljesítményvolumen-korláthoz kapcsolódó anomáliák.
- A humán erőforrás területén a kórházaknak egyszerre kell megküzdeniük a közalkalmazotti jogviszonyhoz kapcsolódó szabályozás kötöttségeivel, az egészségügyi szektor munkaügyi szabályozásának korlátaival, a bér-színvonal és javadalmazási rendszer magánszférától való elmaradásával, valamint a külföldi egészségügyi munkaerő-elszívó hatással.
- A kórházak gazdálkodását az egyes funkcionális területeken az egységes szabályozás, a transzparencia hiánya valamint az alacsony működési hatékonyság jellemzi (4. ábra).



4. ábra
Kiemelt rendszerszintű problémák

Szakmai feltételek

Szinte minden jelentős orvosi szakma megtalálható az önkormányzat kórházaiban. Az aktív fekvőbeteg osztályok ágykihasználtsága jelentős különbségeket mutat. Néhány szakma, így pl. a nőgyógyászat, addiktológia túlterhelt, míg alacsony az ágykihasználtság a gyermek bőrgyógyászati, gyermekszemészeti osztályokon. A krónikus ellátásban az ápolási és krónikus belgyógyászati osztályok ágykihasználtsága az aktívhoz képest valamivel jobb, míg a „kényszer-

specializálódott” krónikus és rehabilitációs osztályoké alacsony. Járóbeteg-ellátásban az egy óra alatt ellátott betegek száma alacsonyabb az országos átlagnál.

A betegforgalmi adatok alapján megállapítható, hogy a betegek a lakóhelyükhöz közelebb eső vagy jobban megközelíthető ellátást keresik, függetlenül a területi illetékességtől, ám e téren igen nagyok a különbségek: a belgyógyászati és ideggyógyászati betegek túlnyomó többsége a TEK-nek megfelelően vesz igénybe ellátást (75%, illetve 78%), míg ugyanez az arány a sebészeti és nőgyógyászati szakmákban sokkal alacsonyabb (30%, 38%).

A vizsgált nagy esetszámú szakmákban az önkormányzat kórházai összességében „betegvesztők”, azaz a más fenntartóhoz elvándorolt és a más fenntartó területéről érkezett betegek egyenlege negatív (a teljes ellátott esetszám 14%-a). Jelentős ugyanakkor az önkormányzat ellátórendszerén belüli betegmigráció is.

Az intézmények betegfelvételének közel fele a saját járóbeteg-szakellátásból és a saját osztályos visszarendelésből származik. Azáltal, hogy részben intézményileg, s így szervezetenként is elvált egymástól a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátás, romlott a két ellátási szint együttműködése, és ez a folyamat szakmailag is dezintegrálta az ellátást.

Az ellátás szervezeti rendszere alapvetően orvosszakmánként, illetve esetenként szub-specialitásonként kialakított osztályokban folyik. Mátrix osztályt egyelőre kizárólag a Szent Imre Kórház működtet (belgyógyászati és sebészeti mátrix osztály). A sürgősségi osztályt magas szakmai színvonalon hosszabb ideje működtető kórházak tanúsága szerint egyértelmű, hogy ez az ellátási forma a magas szintű betegellátást és az egész kórház gazdaságos működését is segíti. A sürgősségi osztályok működtetésével egyenletessé tehető a fővárosi intenzív ügyelet ellátása, szemben a jelenlegi, igen gyakori ügyeleti lemondásokkal.

A GAZDÁLKODÁSI SZAKTERÜLET JELENLEGI HELYZETÉNEK ÁTTEKINTÉSE

2008-ban a Fővárosi kórházak bevételei a támogatók értékével megközelítették a 92 milliárd Ft-ot. A tartozásállomány 2008. év végén összességében 5,4 milliárd Ft volt, amelyből 590 millió Ft lejárt szállítói állomány. Az intézmények bevételeinek legnagyobb részét kitevő OEP bevételek és a saját bevételek 2008-ban nem fedezték a működési kiadásokat. A lejárt szállítóállomány az összes kiadás 5,5%-a (2008 vége). Az évek óta görgetett adósságállomány jellemzően ugyanahhoz a néhány kórházhoz kapcsolódik.

A tulajdonosi informatikai rendszer jelenleg nem képes az intézményrendszer teljesítményének értékelésére, minősítésére és összehasonlítására. A kórházak különböző informatikai rendszereket használnak gazdálkodási tevékenységük támogatásához. A gazdasági rendszerek több modul, integrált rendszerek, ugyanakkor a kórházak nem használják ki a rendszer általi lehetőségeket, így sok a manualitás a rendszerek közötti kommunikáció során.

A személyi feltételek jelenlegi helyzetének áttekintése

A személyi feltételek biztosítása a működési kiadások 50%-át tette ki 2008-ban. Az orvoshiány szembetűnően a diagnosztikai egységeket jellemzi. A szakdolgozók utánpótlásának hiánya a meglévő létszám minőségi mutatóit rontja. A szakképzésben résztvevők száma kritikusan csökken. Az intézményekben a fluktuáció mértéke átlagosan 17%, ami a természetesnek tekinthető munkaerőmozgás kétszerese, és erősen keresleti jellegű munkaerőpiacon valósul meg. Ez mind szakmai-munkaszervezési, mind humán erőforrás menedzsment oldalról jelentős terhet ró az intézményekre. A minimumfeltételek alapján megállapított szervezett állásokat aktív fekvőbeteg osztályokon 90, krónikus osztályokon 80,8%-ban tudják betölteni a kórházak. A változatos ügyeleti formák költségigénye nehezen azonosítható. Egyetlen intézmény tért át egységesen az ügyelet műszakos munkarenddel történő megvalósítására, a többi kórház vegyes megoldásokat alkalmaz.

A BESZERZÉSEK HELYZETE

Az önkormányzat kórházainak összesített beszerzése (áru, szolgáltatás, építési beruházás/felújítás) 2008-ban 45,6 milliárd Ft-ot tett ki, mely a működési kiadások mintegy 49%-a. Előrelátó beszerzési stratégia hiányában meghatározó az egyedi és rövidtávú tervezés, a kórházi beszerzési területek szigetszerű működése, az együttműködés és tapasztalatcsere hiánya. Ezek következtében az intézményekben alkalmazott beszerzési eszközök, módszerek, technikák jelentősen különböznek, és eltérő hatékonysággal kerülnek alkalmazásra. Így sem intézményi szinten, sem rendszerszinten nem realizálódott a területben rejlő hatékonyságnövelési potenciál. A Főváros által kezdeményezett, a beszerzési tevékenységet a teljes intézményrendszer szintjén átfogó központosítási kísérlet nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. A központosított közbeszerzés mindaddig csekély szintű sikerességének oka, hogy a döntési, irányítási, ellenőrzési és szankcionálási hatáskör, valamint a személyi, tárgyi, infrastrukturális feltételek hiányában a – központosításra kijelölt – FEBESZ nem rendelkezik hatékony eszközzel a központosított beszerzés stratégiai céljainak elérésére.

Informatika

A gazdálkodási és betegadminisztrációs információk jelen formában és az informatikai rendszerek sokfélesége mellett nehezen összekapcsolhatók, az egységes gazdálkodás kialakítását nem teszik lehetővé. A gazdálkodási és betegadminisztrációs rendszerek tehát rendelkezésre állnak, ezek integrációja azonban csak középtávon valósulhat meg a jelenlegi csekély átjárhatóságból kifolyólag.

Ingtatlangazdálkodás

Az ingatlanban lekötött vagyon becsült piaci értéke több mint 129 milliárd forint, ennek ellenére az intézmé-

nyek sem az ingatlanguzaldalkodás alapjául szolgáló nyilvántartással, sem pedig e jelentős vagyon megőrzéséhez szükséges stratégiával, eljárásrenddel nem rendelkeznek. Az egészségügyi intézmények nagyon szétszórtan, 92 telephelyen helyezkednek el, mely jóval meghaladja az ideális mértéket. Ezzel szemben az ingatlan vagyon 10 telephelyen koncentrálódik. Vagyongazdálkodási stratégia hiányában nem valósul meg az új fejlesztések következtében feleslegessé vált régi területek értékesítése, ezek általában nem közvetlen egészségügyet szolgáló funkciókat kapnak. Az alulról szerveződő, szakmánként, szerkezetenként tervezett felújítások konzerválják a meglévő struktúra hibáit.

A KISZOLGÁLÓ FUNKCIÓK JELENLEGI HELYZETÉNEK ÁTTEKINTÉSE

A kiszolgáló funkciók – élelmezés, mosatás, takarítás, vagyonvédelem, műszergazdálkodás, környezetvédelem, szállítás, energiagazdálkodás – 2008-ban közel 20 milliárd forint kiadást jelentettek, melyen belül az energiagazdálkodás 5 milliárd forinttal a legjelentősebb tétel. A kiszolgáló tevékenységek az intézményrendszer dolgozói állománya 28%-ának, közel 4000 embernek a munkáját igénylik.

Jelenleg kórházanként elkülönülten, eltérő gyakorlatot követve – teljesen saját hatáskörben, részben, vagy teljesen kiszervezve – történnek a kiszolgáló tevékenységek. A kvalifikált erőforrás hiánya, a döntések esetlegessége, heterogenitása és átláthatatlansága nem biztosítja e funkciók megfelelő irányítását. A sztenderdek és a szakmai kontroll hiánya szükségtelenül magas költségszintet és alacsony elvárásokat eredményez. Az intézmények nyilvántartásai a kiszolgáló funkciók területén kritikusak, a minimális szintet alig érik el.

A KÉSZLET- ÉS ESZKÖZGAZDÁLKODÁS HELYZETE

Az önkormányzat kórházaiban az eszköz- és készletgazdálkodás egyaránt a kórházak legnagyobb vagyoni értékét képviselő területei közé tartoznak. Az intézmények tulajdonában lévő eszközállomány – jelentős különbségek mellett – összességében fizikailag és technológiájában is elavult. A gép, műszer, berendezés és felszerelések eszközfajta használhatósági foka (nettó záró / bruttó záró érték) 2008. év végén mindössze 25,2% volt. A használhatóság csökkenésével párhuzamosan évről-évre fokozatosan csökken az eszközállomány értéke, mivel az állomány fejlesztésének mértéke elmarad az amortizáció szintjétől. A kórházak jelentős részében a készletgazdálkodási folyamatok sem gazdasági, sem szakmai értelemben nem megfelelően kontrolláltak. Bár a kórházak mindegyike működtet keretgazdálkodást, a készletgazdálkodás működési hatékonysága nem megfelelő. A kórházak többségében hiányzik a készletgazdálkodást támogató informatikai háttér, melyek következtében nincs lehetőség a folyamatba épített keretgazdálkodás megvalósítására.

A BUDAPEST EGÉSZSÉGÜGYI MODELL BEMUTATÁSA

A Budapest Egészségügyi Modellben a Fővárosi Önkormányzat által fenntartott kórházak csoport-optimumon működő intézmény-rendszert alkotnak, amely a nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat magas minőségi szinten, gazdaságosan biztosítja. A javaslatnak ennek megfelelően két fő eleme van:

- a Fővárosi Önkormányzat kórházi struktúrájának átalakítása (a szakmasztruktúra kialakításának főbb irányai), valamint
- a szakmai átalakításokat megvalósítani képes, gazdaságosan működtethető intézményrendszer kialakítása.

Az átalakítás során figyelembe kell venni, hogy az egymásra épülő rövid és középtávú lépések, valamint a hozzánk csatlakozó fejlesztések konzisztensek legyenek, támogassák a kitűzött célok elérését. A létrehozandó modell célja egy a szükségleteknek megfelelő méretű, szakmai összetételű, rugalmas, ugyanakkor összességében gazdaságosan működtethető ellátóhely-hálózat kialakítása.

A kórházi struktúra átalakításának rendező elvei:

- Progresszivitás szerinti tagozódás, a technológia (eszközök, műszerek) koncentrációja, a specialitások centralizálása, mely a szakmai ellátás mélységét jelenti egy-egy szakterületen, és nem a kórházakat kategorizálja. A szakmai tevékenység maga után vonja a személyi és tárgyi feltételek koncentrációját is.
- Lakossághoz közeli tömegellátás biztosítása alapszintű területi kórházakkal.

Az egyes ellátóhelyek telepítése során rendező elv, hogy a technológia-intenzív aktív ellátások lehetőség szerint tömbkórházakban koncentráltan kerüljenek elhelyezésre, míg a krónikus kapacitások esetén felhasználhatóak a kisebb önálló, de jó infrastrukturális adottságokkal rendelkező helyszínek is. A járóbeteg ellátás területén a Fővárosi Önkormányzat és kerületi önkormányzatok viszonyának tisztázása a cél. A szakambulanciákat, mint a járóbeteg ellátás specializáltabb szintjét kell definiálni és ehhez rendelni a kompetenciákat, illetve csatornázni a betegforgalmat.

A rendszerben három ellátóhely típus kiépítése javasolt: A rendszer első eleme az alapszintű területi kórházi ellátás, mely biztosítja az alapvető, első lépcsős fekvőbeteg háttérrel. Szakmai profilját a sürgősség, az alapszintű szakmák, intenzív terápia, alapszintű diagnosztika, egynapos ellátások alkotják. Az aktív fekvőbeteg ellátás területi kórházai, mint ellátóhelyek természetesen nyújtanak, nyújthatnak járóbeteg szakellátást és krónikus fekvőbeteg ellátást is, a helyi szükségletek és kínálat függvényében. A progresszív ellátóhely a diagnosztika és a terápia tekintetében koncentrálna a szakmai tudást, illetve a kiszolgáló infrastruktúrát. A fővárosi progresszív ellátóhelyek egyben saját területtel rendelkező területi kórházként is működnek. Szakmai profiljuk a területi kórház profilján túlmenően a centralizált szakmákból

és specialitásokból, szakmai centrumokból, centralizált diagnosztikából, opcionálisan krónikus osztály(ok)ból és ápolási osztályból áll. A struktúra harmadik elemét a szakkórházak (pl. pszichiátriai, gyermekórház) alkotják.

Az ezen elvek mentén kialakítható struktúra a jelenleginél kevesebb kórházat igényel, a mainál lényegesen kevesebb telephelyen működik, a progresszivitás szerint kellően tagolt, a mai súlyponti rendszernél kevesebb, de lényegesen jobban felszerelt progresszív ellátó helyet tartalmaz, rugalmas, jól alkalmazkodik a betegigényekhez és ezáltal a nyújtott ellátási színvonal lényegesen magasabb, mint a jelenlegi modellben, valamint a mainál alacsonyabb költségekkel, hatékonyabban működtethető. Ugyanakkor kialakítására a jelenlegi modellben nincs mód, mert nem adottak egy ilyen volumenű átalakítás jogi (kapacitás átrendezés korlátai), pénzügyi és szervezési feltételei. A BEM javaslat második pillére a struktúra kialakítására, hatékony működtetésére alkalmas intézményrendszer felépítését tartalmazza.

A BEM MEGVALÓSÍTÁSÁNAK LEHETSÉGES MÓDJA

A BEM célkitűzéseinek megvalósítására alkalmas szervezet meghatározására a benchmark példákkal alátámasztott szervezeti elméleti modellek és jellemzőik alapján került sor. Ezek alapján a BEM modellalkotási mozgásterét két dimenzió: a csoporton belüli irányítás központosításának foka, és a független gazdálkodó egységek közötti együttműködés, azaz az integráció foka határozza meg. Az integráció mélységétől, valamint az irányítás központosításának fokától függően a kórházi intézményrendszer integrált menedzsmentjének három alternatívája alakítható ki, melyek között alapvető feladat- és hatáskör-eltérések mutatkoznak.

- Az integrált pénzügyi menedzsment működtetése ott célszerű, ahol az odatartozó vállalkozások tekintetében az eredményességből adódó tőkegyarapodás átfogó tulajdonosi gondolkodás szerint kerül átcsoportosításra azon üzleti területekbe, ahol a tökeműködés a legnagyobb hozamot hozhatja. Más tényezőket nem részletezve, ezen alapvető jellegénél fogva a homogén tevékenységi szerkezetű egészségügyi működtetés menedzselésére nem látszik alkalmazható formának. Ezen irányítási modell ugyanis a működés tartalmi elemei tekintetében sem stratégiai, sem operatív szinten nem nyújt tényleges fejlesztést és tényleges előrehaladást.
- Az integrált stratégiai menedzsment esetében az intézményrendszer tagjainak irányítására egymással összehangolt rendszerek mentén kerül sor. Megvalósítása esetén a központ a kórházak stratégiájának és a költségvetésének jóváhagyásával irányít, és kialakításra kerülhetnek központi szolgáltató egységek is. A működési modell előnye, hogy keretében megvalósulhat a központi kapacitás-tervezés és erőforrás-allokáció, ezáltal egy hatékonyabb rendszer jöhet létre, amely képes külső forrásbevonásra is. A fővárosi kórházak elemzése és értékelése mind orvos és ápolásszakmai, mind intézményi

működtetési területen ugyanakkor azt mutatja, hogy egy-egy intézményen belül is alacsony fokú a sztenderdek szerinti működés, a rendszerekkel támogatott minőség garantálása, így nem valósítható meg az intézményeken belüli és az intézmények közötti összehasonlíthatóság, teljesítménymérés. Ezen kompetenciák kifejlesztése nélkül, csak stratégiai szintű irányítással nem érhető el megfelelő eredmény sem a hatékonyság, sem az egységköltségek mentén való működtetés, sem az intézmények közötti teljesítménymérésben, ezért a kórházak stratégiai menedzsment holdingban való működtetése nem javasolható.

- Az integrált operatív menedzsment megvalósítása esetén a központ végez a gyógyításon kívül minden olyan, jelenleg a kórházakban folyó tevékenységet, amely centralizált módon hatékonyabban és biztonságosan ellátható. Az operatív menedzsmenttel biztosítható az alapfolyamatok sztenderdizált kialakítása és optimalizálása, továbbá létrehozhatók egységes támogatórendszerek a működtetéshez, valamint a részletező kulcsmutatók révén analitikusan és szintetikusan is irányíthatók az egyes intézmények és az intézmények összessége. Ez lehetővé teszi egységes tervezési, allokációs és monitoring rendszer alkalmazását, amely tartalmi és pénzügyi értelemben is menedzselhetővé teszi a 100 Mrd Ft éves költségű intézményrendszert. Ezen működési móddal biztosítható a középtávú fejlesztéseken túlmenően az aktuális, operatív kérdések menedzselése is.

Megvalósítás

Az intézmények mérete, valamint számosságának következtében a működés egy gazdasági társaságokból álló, kétszintű, elismert társaságcsoporthoz (operatív holding szervezeti struktúrában) valósítható meg. A holding kialakításának szervezeti alapja biztosított azáltal, hogy a Fővárosi Önkormányzat 2008-ban megalapította a Fővárosi Egységközpont Zrt.-t.

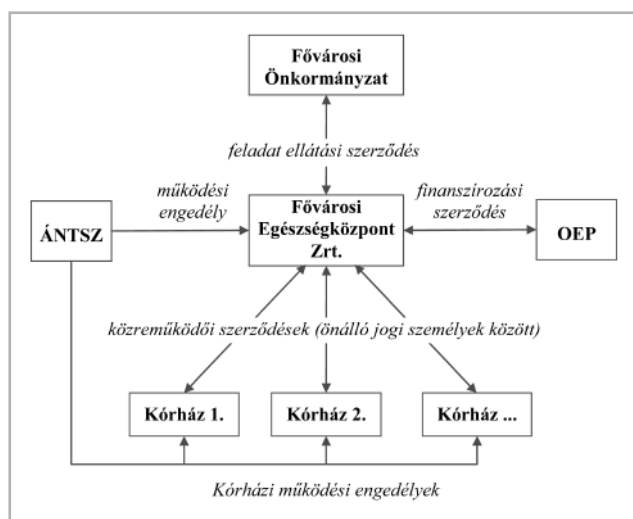
A Budapest Egészségügyi Modell az integrációval elérhető csoportszintű hatékonyságnövelésről szól. Az operatív holding működésének kialakítása – a szükséges jogi háttér megteremtését követően is – egy több évig tartó, dinamikus, a központi szervezet alkalmassága és az integráció foka közötti iterációs folyamat eredménye. A cél állapotban olyan szervezet kerül kialakításra, amelyben

- a kórházak teljes mértékben az alaptevékenységükre, a gyógyító ellátásra fókuszálhatnak,
- a működés csoportszintű összehangolását, a kórházak folyamatainak egységesítését a holdingközpont végzi az irányító és kontroll jogosultság megteremtésével,
- a gyógyításhoz szükséges feltételeket a központ osztott szolgáltatások keretében bocsátja a kórházak rendelkezésére, ezáltal lehetővé válik a mérethatékonyságból fakadó tartalékok kihasználása.

Mindezek eredményeként nő a csoport működési hatékonysága, és az ezáltal felszabaduló belső források, vala-

mint a bevonható külső források megteremtik annak a lehetőségét, hogy megkezdődjön a jelenlegi kórházi struktúra átalakítása egy modernebb, a mai igényekhez jobban illeszkedő felépítés irányában. A struktúra átalakítás megkezdése következtében további tartalékok szabadulnak fel (telephely, ingatlan, eszközök és a kapcsolódó működési költségek), amelyek felhasználásával újabb és újabb átalakítások kezdődhetnek. Végeredményben egy jobb kórházi szerkezetben, modernebb infrastruktúrával működő ellátás alakítható ki, vagyis nő a betegek számára nyújtott ellátási színvonal.

A Fővárosi Önkormányzat kórházainak operatív holdingban való működtetésének kiemelt feltételei az alábbiak (5. ábra):



5. ábra
Az intézményrendszer szerződéses viszonyai

- kórházak OEP finanszírozásának központosítása,
- holding központ társaság rendelkezési jogának biztosítása a – fejlesztésekhez felhasználható – vagyon fölött,
- a központ tulajdonosi irányítási jogkörének megteremtése a kórházak fölött.

A Budapest Egészségügyi Modell kialakítása fokozatosan, három fő fázisban képzelhető el. Az átalakítás fázisokra bontásának indoka az óvatosság elve, amely azt a peremfeltételt biztosítja, hogy az átalakulás folyamatában az ellátás biztonsága ne sérüljön. Ennek megfelelően az egyes fázisokban csak olyan feladatok kerülhetnek a Zrt. hatáskörébe, amelyekhez a szükséges tárgyi és humán erőforrások és a szervezeti, jogi, működési feltételek rendelkezésre állnak. Az I. fázisban megtörténik a kórházak működésének összehangolását igénylő szervezési feladatok elvégzése, valamint megkezdődik egyes, mérethatékonyságból származó szinergiák kihasználása. A II. fázis során a Zrt. az I. fázisban megkezdett kiszolgáló funkcióján túl ellátja a csoport pénzügyi-gazdasági irányítását a finanszírozás központi felosztása és az erőforrások allokálása révén. A konstrukcióban a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi ellátási kö-

telezettségét a Zrt. teljesíti, az ehhez szükséges egészségügyi szolgáltatásokat a továbbra is költségvetési szervként működő kórházaktól vásárolja meg. Lehetővé válik a finanszírozás központosítása, és a csoporton belül egy endofinanszírozási rendszer működtetése. A III. fázisra az I. és II. fázisban megkezdett szolgáltatási és ellátási funkciók összeszervezése lényegében kialakul. A közös tevékenysé-

gek SLA-k (service level agreement) alapján működnek, az indikátorrendszerek mérhetővé és követhetővé teszik az adott tevékenységet. Mindezen tevékenységek teljes kiépítésükben tételesen folyamatszabályozottak, software-vezéreltek. E feltételek együtt minőségi kényszert jelentenek mind a szolgáltató, mind a szolgáltatást vásárló szempontjából.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Skultéty László a GKI Egészségügy-kutató Intézet Kft. ügyvezetője. 1996-ban végzett okleveles közgazdászként. 1996-2002 között a GKI Gazdaságkutató Rt. kutatásvezetője. Számos lakossági és vállalkozói felmérés koordinátora, vezető elemzője. 2002-ben a GKI Egészségügy-kutató Intézet Kft. ügyvezetőjeként indította el az egészségügyi vállalkozások

gazdasági várakozásainak, valamint az önkormányzatok egészségügyi ellátórendszerükkel kapcsolatos véleményének monitorozását.



Dr. Vértés András okleveles közgazdász. Diplomáját 1975-ben a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte, 1977-ben egyetemi doktori címet szerzett. 1981-1987 között az Országos Tervhivatal csoportvezetője, majd több pozíció betöltését követően főosztályvezetője. 1987-1992 között a Gazdaságkutató Intézet igazgatója.

1992-ben kollégáival megalapította a GKI Gazdaságkutató Rt-t, melynek elnök-vezérigazgatója lett. Jelenleg a GKI Gazdaságkutató Zrt. elnöke.

2009 őszén indul a magyarországi Ornish program

Ismeretes, hogy hazánkban és a világ legtöbb országában szív- és érbetegségben több ember hal meg, mint az összes többi betegségben együttvéve. Arról viszont kevesen tudnak, hogy ezek a betegségek csupán az életmód megváltoztatásával szinte teljesen (95%-ban) megelőzhetőek, meglétük esetén akár vissza is fordíthatóak.

Dean Ornish kaliforniai orvosprofesszor munkássága tudományosan bizonyította, hogy életmódváltással a szív- és érrendszeri elváltozások jelentős része visszafordítható. A program speciális zsír- és cukortartalmú étrend, a stresszoldó technikák alkalmazása és a rendszeres testmozgás. A módszer filozófiájának lényege, hogy következetes betartását nem a haláltól való félelem, hanem a boldogság és a szeretet motiválja leghatékonyabban. „Az öröm erősebb motiváló erő a félelemnél” – vallja Ornish. Módszere nem csupán a betegség megállítását és visszafejlődését, hanem a résztvevők életminőségének érezhető javulását is eredményezheti.

A magyarországi kardiovaszkuláris betegségekről, azok rizikóiról, szekunder prevencióról azon belül is a Quintessben 2009 őszén induló Ornish programról, a Szívbarát Klubról, 2009. szeptember 23-án nyilvános kerekasztal beszélgetést tartottak a Quintess Médiaklubjában az érdeklődő szakembereknek és újságíróknak.

Karádi Pál a Quintess alapítója bejelentette, hogy mindazok számára, akik már megkapták infarktus vagy más szív- és érrendszeri betegség formájában az életmódjukkal kapcsolatos első súlyos figyelmeztetést, immár elérhető lesz az Ornish módszerre épülő hat hetes szekunder prevenció program.

A **Tahy Ádám** kardiológus főorvos vezette Szívbarát program célja, hogy – Ornish professzor módszerét követve – a páciens szív- és érrendszeri állapotának és rizikófaktorainak ismeretében egyénre szabott javaslatokat tegyen, és gyakorlati útmutatót adjon: milyen életmódot kellene a páciensnek követnie. Az ajánlások lényege, hogy a páciens ne csak elfogadja, hanem élvezni is tudja az új életmódot. Tahy Ádám prezentációjában döbbenetes adatokkal illusztrálta az életmód változtatás szükségességét, valamint azt, hogy Magyarországon miért van különösen szükség a program beindítására.

A beszélgetés résztvevői **Marton István** professzor és beszélgetőtársai, **Dr. Karádi István**, egyetemi tanár, belgyógyász és **Dr. Merkely Béla**, egyetemi tanár, kardiológus, egyetértettek abban, hogy az egyénnel, annak személyiségével kell foglalkozni, ha valóban eredményesen akarjuk felvenni a harcot a szív- és érrendszeri betegségek ellen.

„A Quintess Ornish program egy kezdet, ami ha sikeres, kibővíthető lesz népegészségügyi szintre. Higgyen önmagában a beteg, hogy képes legyen az életét megváltoztatni.” – így foglalta össze Tahy Ádám a 2009 őszén induló Szívbarát programot.

További részletek a Quintessről és az Ornish programról: www.quintessclub.com