

Konferencia-beszámoló: A közkórházak irányítása Franciaországban

A konferencia a budapesti Francia Intézet és a Magyarországi Franciabarát Orvosok Társasága szervezésében, illetve egyrészt a magyar Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, a Magyar Kórházszövetség, másrészt a francia Egészségügyi, Családügyi és Fogytékosügyi Minisztérium védnöksége alatt zajlott 2003. szeptember 29–30-án a Francia Intézetben. Az eseményre meghívást kaptak a magyar kórházak, rendelőintézetek vezetői, és jelentős érdeklődés nyilvánult meg a téma iránt, amelyet a résztvevők magas száma és az előadások után kialakult termékeny vita is igazolt.

Unió csatlakozásunk egyértelműen indokolja az ilyen és hasonló, az egyes különböző ellátó kultúrájú országokat testközelbe hozó konferenciáknak. Azonban rögtön felvetődhet a kérdés: miért éppen a franciák, és miért éppen Magyarországon? A kérdés megválaszolásához több tényező figyelembe vétele szükséges. Egyrészt a francia állam jelentős – és a hasonló méretű, gazdasági potenciálú európai országoknál is nagyobb, hangsúlyozottan állami – erőfeszítéseket tesz a kulturális, technikai és gazdasági együttműködés fejlesztésére régióinkban és hazánkban. Ennek a szándéknak egyenes „infrastrukturális leképeződése” a hazánkon túlmutató és regionális jelentőségű Budapesti Francia Intézet és az általa reprezentált programok széles skálája (ösztöndíjak, együttműködési fórumok: www.ambafrance.hu). Másrészt a WHO 2001-es, az egész világot átfogó és pontrendszeren keresztül az egyes országokat értékelő tanulmánya a francia egészségügyet emelte ki a legjobbként a hatékonyság, népegészségügyi mutatók, hozzáférés és nem utolsósorban a betegek értékelése alapján összesítve.

Nyilvánvaló, hogy egy ilyen pontrendszer felállítása számos szempontból szubjektívnek minősülő, vagy nem csak az egészségügynek betudható elemeket is tartalmazhat (pl: születéskor várható élettartam), azt azonban el kell mondani: a francia születéskor várható élettartam, az ellátottaknak a rendszerrel való elégedettsége, az ellátó személyzet elhivatottsága méltán válthat ki irigységet más európai országokban is. Ezek az értékek nem csökkenthetők azokkal a kritikákkal, amelyek megfogalmazódtak a pontrendszer felállítása kapcsán és azóta is. Nyilvánvaló tehát, hogy jól „eladható” exportcikk a francia, – amúgy még a napóleoni központosítási, racionalizálási eszme alapjain álló – ellátórendszer szervezete, működése. Nem érdektelen tehát magyar szemmel az átvehető tapasztalatok vizsgálata! Harmadrészt a francia kórházak keresik a közvetlen

kapcsolat kialakításának lehetőségét: e tárgyban novemberben várhatóan konkrét lépésekre is sor kerül a Magyar Kórházszövetség részvételével. A fentiek értelmében tehát néhány gondolat erejéig érdemes áttekinteni a konferencián elhangzottakat.

Az illetékes francia minisztériumot szakmai szempontból a legmagasabb rangú, és legtekintélyesebb vezetője, Edouard Couty az Egészségügyi, Családügyi és Fogytékosügyi Minisztérium Kórházi és Ápolási Főosztályának vezetője képviselte (felette már csak politikusok állnak, és hosszú ideje meghatározója a minisztérium munkájának).

A konferencia igyekezett didaktikusan felépítve bemutatni a közkórházak elhelyezkedését az ellátórendszerben, szervezetét, vezetőit, felügyelő szerveit, státusát, az átszervezések jelentőségét. A kórházak működésén túl külön előadások foglalkoztak a betegjogok érvényesülésével és a magánszektor szerepvállalásával is. Külön szekció tárgyalta az európai orvosi és szakdolgozói mobilitás lehetőségeit, illetve az intézmények uniós együttműködésének perspektíváit.

Franciaország évente és lakosonként csaknem 2600 eurót költ egészségügyre, amelynek 75%-át a társadalombiztosítás fedezi, 10%-a direkt lakossági hozzájárulások, 10 és 3% a kölcsönös egészségpénztárak és biztosítók részaránya, amelyeket az állami és vállalati források egészítenek ki. Ennek a magyar szemmel szép összegnek (Magyarországon vásárlóerő-paritáson talán 600 Eurónyi kiadás jut évente egy lakosra) 61%-a jut a kórházi szektorra. Franciaország 4200 kórházának negyede közkórház, azonban az ágyak 70%-a itt található, és az összesített kórházi költségvetés 80%-át is a közkórházak finanszírozása teszi ki. Az egészségügyi kiadások növekedésének hivatott gátat szabni az 1996 óta minden évben a parlament által megszavazott Nemzeti Egészségügyi Kiadás Céllelőirányzat (amelyet persze egy-egy kimagasló gazdasági növekedést felmutató esztendő kivételével soha nem sikerült betartani), amely tartalmazza a francia állam költségvetését jelentősen meghaladó egészségügyi kiadások sarkozásait.

A francia társadalombiztosítás intézményrendszerének fejlődésében fontos és szimbolikus lépés volt a 2000. esztendő, amikor a teljes körű társadalombiztosítás bevezetésre került, amely az állampolgárságra való tekintet nélkül minden tartózkodási engedéllyel rendelkező számára elérhető. A rendszer fő eleme, hogy a rosszabb gazdasági hely-

zetben lévők számára a TB fedezi a copaymenteket finanszírozó kiegészítő kölcsönös biztosításokat, az ellátásokat így elérhetővé téve a rosszabb anyagi körülmények között élők számára is, másrésztől szociális indokok alapján, vagy a krónikus betegségük folytán egyes ellátottak mentesülnek a copayment fizetése alól.

A közkórházak önálló költségvetési intézmények, helyzetük sajátos: a helyi polgármester hivatalból a felügyelő bizottság elnöke, a kórházigazgatót a miniszter személyesen nevezi ki, és hivatalból a miniszter a munkáltatója is. A kórház felett a felügyeletet a minisztérium regionális hivatala látja el. A menedzsment munkáját egyebek mellett orvosszakmai tanácsadó vezető testület és személyzeti vezető-testület segíti. Fontos szempont, hogy az orvosi bizottság vezetője a kórházigazgató mellérendeltje, rá direkt hatása, vele kapcsolatban munkáltatói jogai a kórházigazgatónak nincsenek, ami jelentősen beszűkíti mozgásterét, és számos szempontból korlátozza lehetőségeit a szervezeten belül. A kórházigazgatók egyébként nagyrészt jogi vagy közgazdasági diplomával rendelkeznek, állami versenyvizsgát követően 27 hónapos népegészségügyi-menedzseri képzést kapnak. E képzés egyetlen helyen, a rennes-i népegészségügyi iskolában folyik, így igen centralizáltak tekinthető.

A kapacitások kialakítása, a forrásallokáció szintjén Franciaországban is érezhető volt a kompetenciák, döntési szintek szétforgácsolódása. A demográfiai, orvos-technológiai változások, az infokommunikációs fejlődés hatásai a statikus francia kórházi rendszerben is alapvető átalakítások szükségességét vetették fel. A rendszer dinamikus átalakítása, az ellátórendszer hatékony működése, a népegészségügyi céloknak való megfelelés, a kórházak működésének koherensebbé tétele céljából regionális szinten Kórházi Ügynökségeket (Agence Régionale d'Hospitalisation-ARH) hoztak létre 1996-ban. Ezen ügynökségek feladata főként az, hogy a döntéseket kiemelje a klasszikus intézményi logika szintjéből regionális szintre, kutatva az ellátórendszer hatékonysági elemeit regionális szinten. E témakörben az ügynökség egyengeti a magán- és közkórházak együttműködését, összeolvadását, közös működtetését a megfelelő ellátási szerkezet kialakításával. Ennek fő eleme egy, az ügynökség által kidolgozott 5 éves regionális szakmai fejlesztési terv, amelyekhez az egyes kórházaknak csatlakozniuk kell saját szakmai tervükkel. Ez utóbbiakat a Regionális Kórházi Ügynökség hagyja jóvá, ellenőrzi megvalósulásukat. E helyen meg kell említeni, hogy a francia szakmai fejlesztési program párhuzamba vonható az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról szóló magyar törvényekben az egészségügyi intézmények, gyógyintézmények számára kötelezően elkészítendő szakmai fejlesztési tervekkel. Talán a magyar rendszerben (egyelőre még) kevésbé megalapozottak a regionális tervezés lehetőségei, hiszen e regionális tervek nem kimunkáltak. E szakmai programok kialakítását egyébként Franciaországban non-profit, társasági formában működő regionális egészségügyi adatgyűjtő, elemző szervezetek segítik.

A Regionális Kórházi Ügynökségek hatáskörébe tartozik a kapacitásszabályozás, az egyes kórházak között kialakítandó közös ellátó felületek, kórházi egyesülések koordinációja. A Közép-Franciaországban található Limousine régióból láttunk szép példákat közös aneszteziológiai-sebészeti ellátók létrehozására kórházi együttműködés formájában, magánkórházak összevonására, közös diagnosztikai (MRI) labor kialakítására. Az ügynökségektől azt várja az egészségügyi kormányzat, hogy kezelje a hozzáférhetőség/hatékonyság/minőség egymásnak sok szempontból ellentmondó prioritásait, hogy az individuális helyett a kollektív megközelítésmód kerüljön előtérbe, és támogassa a betegérdekek érvényesülését.

A francia kórházak finanszírozási technikája alapvetően egyfajta napi átlagáron alapult 1983-ig, azóta átálltak a globális kórházi költségvetés technikájára. Ez utóbbi tudta kezelni a napidíjas rendszer túlkezelésre, túlzott igénybevételre ösztönző hatásait, azonban a teljesítmények és a megfelelés mérésének hiányában a rendszer stagnálásához vezetett, egyedül az évenkénti automatizmusok (bűdzsémelés) kijárásiában érdekeltté téve az intézményeket. Így szánták el magukat a következő nagy ugrásra, amely a HBCS bevezetése lesz, 2004. évtől. Ez előbb a kórházi bűdzsé 10%-ra vonatkozik csak, amely részarányt évente 10%-kal szeretnének emelni (óvatosabban, mint annak idején Magyarországon...). A HBCS technikáját idáig is alkalmazták a kötelező betegadat-jelentések alapján kialakított case-mixszerű mutatók alapján a kórházi globális költségvetés pontosítására, 5–10%-os módosítására, azonban a HBCS-k a direkt díjszabásban is meg fognak jelenni ezek után. Ezen a téren a 10 éves magyar tapasztalat akár támogathatja is a franciaországi bevezetést... Politikailag nehezebb lesz kezelni az egyes régiókban az adott HBCS-re jutó költségek nagy változékonyságát: betegekre jutó költségek a párizsi és a côte d'azuri régióban a legmagasabbak... Hasonlóan gondot jelent az eltérő magán- és közkórházi költségszintek kezelése. A HBCS rendszer részeként nemzeti ár-volumen szerződéses kialakítását is tervezik, a magánkórházakra kidolgozott, és alább ismertetett rendszer szerint.

A konferencia nem nélkülözhetette a kórházi jövőkép felvázolását sem. A nagy ívű projekt a „Kórház 2007” nevet kapta, és a kórház-finanszírozás fent leírt változásain túl a kórházak belső működésének teljes megújítását, és a tőkeberuházások jelentős növelését tűzte ki célul.

A tőkeberuházások a működési költségek 6%-a alá estek az 1998–2002-es években, amely elégtelen a kórházi átalakítások, és az informatika rohamos fejlődésének kezelésére. Ezért a következő években (2003–2007 között) a működési költségek 10%-ra emelik a felhalmozási kiadásokat, prioritást szentelve a sürgősségi, az újszülött intenzív ellátás, és az onkológiai kezelés feltételeinek javítására. A mindennapi cselekvési programok szintjén ez elsősorban a közös önkormányzati-kórházi projektek elősegítésében, a kór-

házi informatikai fejlesztések (többek között a betegdokumentációknak az ellátók közötti megosztására vonatkozó fejlesztések) támogatásában nyilvánul meg.

A belső működés megújulásának felvázolásánál annak a tovább nem tartható helyzetnek megváltoztatása bizonyult a legfontosabbnak, hogy senki nem főnöke senkinek: a kórházigazgatónak nincsenek munkáltatói jogai az orvosi szakmai testület vezetőjét illetően, akinek hasonlóan nincsenek jogai (és így felelőssége sem) az osztályvezető főorvosokra vonatkozóan, akik szintén nem vezetői a beosztott orvosoknak és a személyzetnek. E helyzet megoldására a „Kórház 2007” terv részeként a modern kontrolling elveknek megfelelően felelősségi és elszámolási egységek létrehozását tervezik, amelyek kialakításában a kórházigazgató és az orvosszakmai bizottság elnöke egyaránt részt fog venni. Az általuk alkotott vezető team feladata ezek után inkább a kitűzött tervek, az egyes egységekkel kötött megállapodások megvalósulásának követése lesz. Az osztályvezető főorvosokat beosztottaik kapcsán munkáltatói jogokkal ruházzák fel, és az ápolásvezetővel egyetemben hozzájuk menedzser-asszisztenseket rendelnek a gazdálkodási feladatok elvégzésére. Elvárás, hogy az ellátó osztályok jobban integrálódjanak a kórház falain túli szolgáltatókkal alkotott ellátási hálózatokba. Nem titkolt célja a reformoknak az egyéni teljesítmények jobb követése, ezzel együtt más foglalkoztatási formák megjelenése a közsférában is.

Külön előadás számolt be a magánkórházak működéséről, helyzetéről, az ellátórendszerben betöltött szerepéről. E heterogén csoport non-profit és for-profit szektort is tartalmaz, az előbbiek átvállalhatnak közellátási feladatokat is, ilyenkor szintén globális finanszírozásban részesülnek. A for-profit kórházak egyedi betegszámla alapján kapják meg bevételeiket, amelyeket azonban a költségvetés sarokszámainak tartása céljából ár-volumen megállapodás szabályoz: amennyivel adott évben a vállalt teljesítmény felett számláznak, annyival csökkennek az ellátási tarifák (árak) a következő esztendőben. E kórházak szolgáltatásaihoz min-

den biztosított éppúgy hozzájut. Profiljukat, méretüket tekintve a magánkórházak leginkább 30–500 ágyasak, az egynapos sebészet, szülészet-nőgyógyászat, onkológiai kemoterápiás és hemodialysis szakmákban működnek, lefedik a rehabilitáció csaknem teljes spektrumát, és növekvő a részarányuk a geriátriai ellátásban is. Tulajdonosaik sokszor orvosok, vagy non-profit civil szervezetek, általános menedzsmentjüket nem orvos végzi. Nagyobb részt a beavatkozások orvosi díjtételei alapján fizetik az orvosokat, de itt is előfordulnak alkalmazott orvosok. A fentiekén túl az orvosoknak a gazdálkodásban betöltött szerepe különbözteti meg őket a közkórházaktól, vagyis, hogy itt az orvosok sokkal inkább érdekeltek a gazdaságos működés fenntartásában. A méretgazdaságossági szempontok a magánkórházakat sem kerülhették el: a '90-es évek közepén összeolvadási hullám zajlott le e körben (évi 40–50 összeolvadás), amely 2003-ban újraindult. A magánkórházaknak a közkórházaknál 30%-kal alacsonyabb bevétele van hasonló case-mix mellett, azonban a szövődményes esetek Franciaországban is a közkórházakban, az intenzív osztályokon landolnak, míg a magánkórházak leoperálják a szövődménymentes eseteket... Ennek ellenére, és talán ennek köszönhetően a magánellátók a legutóbbi kimutatások szerint romló gazdasági helyzetben vannak: jövedelmezőségük az 1995-ös 3%-ról 0%-ra esett vissza 2001-re. Így a befektetők – az előre ki nem számítható magas kockázatok miatt – elfordulnak a szektortól.

A konferencia szervezői nem csak a gazdálkodási-vezetési szempontokat szerették volna közel hozni a résztvevőkhöz, hanem a mindennapok küzdelmeit is a francia közkórházak életéből. Elmondhatjuk, hogy a konferenciát jól kiegészítette a lyoni közkórházak munkatársairól készített film, amely bemutatta embert próbáló mindennapi munkájukat, és a magyar nézők többségében elismerést kiváltó elkötelezettségüket a gyógyító munka iránt.

*Dr. Pásztélyi Zsolt
felelős szerkesztő*