

## IME X. Jubileumi Vezetői eszköztár – Kontrolling konferencia összefoglaló

Nem ismételtető elégszer, hogy a jó vezető eszköztárának folyamatosan meg kell újulnia. A változó világ kihívásaihoz igazítani, karban tartani – főleg ha megkoptak már – újat alkotni. A karbantartás e téren a tapasztalatcserét, a jó gyakorlatok megosztását, mások jó gyakorlatainak befogadását jelenti. Mint ahogyan azt megszokhatták a résztvevők, e nagyjavításra mi sem alkalmasabb, mit az IME hagyományos, decemberi Kontrolling Konferenciája, mely idén is széles lehetőségeket kínált. Intézménygazdálkodási, egészségpolitikai körképet követően gyakorlati előadások mutatták be az intézményi gazdálkodás legjobb megoldásait a kontrolling feldolgozás, az energetika, a szolgáltatásmenedzsment területéről. Blokkot szenteltünk a központi informatikai rendszer, az Elektronikus Tér kínálta lehetőségek bemutatására, a törzskari funkciók ellátására. A lehetőség tehát adott volt a tapasztalatcserére, a tematika illeszkedett a napjaink kihívásaihoz. Azok számára, akik nem lehetnek jelen az egész napos eszmecserén, közreadjuk az előadások összefoglalóit.

### HELYZETÉRTÉKELÉS ÉS EGÉSZSÉGPOLITIKA

A nyitó prezentáció a hagyományok szerint alakult, **Őri Károly**, az ILEX Kft. ügyvezetője tartotta éwertékelő előadását „Intézményvezetés és gazdálkodás 2015-2016” címmel. A prezentáció négy fő témája a egészségpolitika 2015-16, az intézményi gazdálkodás, a TÁMOP 6.2.5.B kontrolling projektek, valamint az intézményi kontrolling 2015-16 volt.

**Dr. Vajer Péter**, a NEFI Alapellátásért felelős részleg vezetője „Lakosság-közel egészség szolgáltatások – az alapellátás új koncepciója” címmel tartott előadást.

Előadásában kifejtette, hogy európai uniós szinten is alapcél az alapellátás megerősítése, és a lakosság egészségügyi ellátásának áterelése a drágább kórházi ellátásoktól az alap- és járóbeteg ellátás felé. A háziiorvosi ellátással kapcsolatban évek óta megfogalmazott elvárás a népességügyi célok elérésében való aktív részvétel, kulcs szereplőként való megjelenés. A háziiorvosi praxisokban történik a legtöbb orvos-beteg találkozás, ami a betegellátás mellett lehetőséget adhatna betegségmegelőzésre is. Az a tapasztalat, hogy idő, forrás, tapasztalat, motiváció hiányában hatékony intervencióra csak eseti jelleggel kerül sor. A háziiorvosok jelentős része 60 év feletti (38%), a 40 év alatti orvosok aránya rendkívül alacsony (17%). A betöltetlen praxisok száma mára 284-re emelkedett. A korábbiakban kialakított és ideálisnak tűnő „egy praxis, egy orvos, egy nővér” működésmód mára inkább elszigetelt, szakmai

kontroll nélküli munkává vált, a nyújtott ellátás szakmai színvonala nagyon heterogén. Ahhoz, hogy az alapellátás betöltse a tőle elvárt szerepet az egészségnevelésben, primer, szekunder és terciér prevencióban, viselkedés megváltoztatásban, magatartásorvoslási feladatok ellátásában, ahhoz egyrészt attitűdváltásra, az alapellátás működésének és szerkezetének átalakítására, másrészt megfelelő számú és képzettségű humán erőforrásra van szükség. Úgy tűnik, hogy a feltárt problémák komplex kezelését az Alapellátási Koncepcióban megfogalmazott, az alapellátás szereplőinek önkéntes együttműködésén alapuló rendszer képes megoldani. Ehhez szükséges az alapellátás szereplőinek attitűdváltása, működésének és szerkezetének átalakítása, megfelelő számú és képzettségű humán erőforrás megteremtése. Csak ezekkel képes az alapellátás ellátni feladatát az egészségnevelésben, primer és szekunder prevencióban, viselkedés megváltoztatásban, magatartásorvoslásban.

**Dr. Rác Jenő**, a Magyar Kórházszövetség leköszönő elnöke „Magyar kórházi helyzetkép” címmel tartott előadást. Előadásában kifejtette, hogy kórházak adóssága az év végére a 60 milliárd forintos évközi adósságrendezés ellenére is meg fogja haladni a 40 milliárd forintot. A humán erőforrás krízis változatlanul nem enyhül. A tervezett struktúra átalakítás és a kiegyenlítő finanszírozási kvóták átcsoportosítása egyelőre még nem indult el. A „Jó Állam Jelentés 2015” szerint is az egészségügy területén nagyobb állami szerepvállalásra lenne szükség. A magán és a közellátás éles szétválasztása bevételi lehetőségtől fosztja meg a kórházakat, miközben nő a lakossági igény a magán ellátásokra. A várorlista csökkentési program mindenképpen sikeres volt, bár a rendelkezésre álló források nem kerültek teljes egészében felhasználásra. Kérdés, hogy az új államtitkár milyen konkrét intézkedési csomaggal kívánja elérni, azt a meghirdetett célját, hogy az egészségügy a lakosság igényeit és ne az ellátórendszer érdekeit szolgálja.

**Dr. Polák László**, a Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási és Poliklinikai Szövetség leendő elnöke „A járóbeteg ellátás helyzete 2015, kihívások 2016” címmel tartott előadást. Elemezte a járóbeteg szakellátó intézmények helyzetét, finanszírozását; felvázolta, milyen kihívásokkal kell szembenézni az elkövetkezendő időben a járóbeteg szakellátásban. Végül ismertette a járóbeteg szakellátásban folytatott lakossági konzultáció tapasztalatait. A konzultáció során országsszerte csaknem 8500-an válaszoltak a feltett kérdésekre. A válaszok alapján a megkérdezettek 95%-a szeretné, hogy kivizsgálása járóbeteg formában történjen, és ne kelljen messze utaznia, kórházba befeküdni. A la-

kosság 90%-a tartja szakmailag megbízhatónak és jól felszereltnek a szakrendelőt. Véleményük szerint megkerülhetetlen a helyi politikai döntéshozók felelőssége a járóbeteg-szakellátás fenntartásában.

**Molnár Attila**, az EGVE elnöke „2015 aktualitásai – Itthon és Európában” címmel tartott előadást. Értékelte az ellátó rendszer 2015. évi helyzetét. Javaslatokat tett a finanszírozás rendszerének valamint az intézményi struktúra átalakítására. Rövid kitekintést nyújtott az európai kórházügy helyzetére. Bemutatta az Európai Kórházigazgatók Egyesülete által kidolgozott globális szakmai munkaprogramot.

**Dr. Dózsa Csaba**, a Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar egyetemi docense, „A kör négyzögesítése: avagy hogyan készítsünk hosszú távú kórházi stratégiát dinamikus változó környezetben?” című előadásában elemezte a kórházi környezet „stabil elemeit”, a makrogazdasági és politikai környezetet, a kórházi környezet változó elemeit – az intézményi menedzsmentek mozgásterét, valamint a stratégiai tervezés szintjeit és elemeit.

**Babos János**, a Process Solutions Kft. ügyvezető igazgatója előadásában felidézte csaknem 15 év outsourcing előadásainak gondolatait és ajánlásait. Rámutatott, hogy a versenyszférában az outsourcing az ezredforduló stratégiai lehetőségéből mára iparággyá fejlődött, azaz bizonyosan kiforrott, e közben a hazai egészségügyben sok területen megmaradt a „lehetőség” szintjén, pedig „szakmafüggetlen gondolkodás-módként” az outsourcing az egészségügy megújulásának „rendszerszintű” alapeleme lehetne, mivel elvei az orvosszakmai területén is alkalmazhatók!

**Kovács László**, IFUA Horváth & Partners Kft. „Az osztályos kontrolling bevezetésének tapasztalatai 53 intézménynél” címmel tartott előadást. A TÁMOP 6.2.5/B „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című program keretében az IFUA Horváth & Partners Kft. végezte el az osztályos és esetszintű kontrolling implementációját. Az ÁEEK egységes kézikönyvén alapuló, 53 kórházat érintő bevezetésre a tervezettnél lényegesen kevesebb idő állt rendelkezésre, mely mind az intézményeket, mind pedig az implementációt végző szereplőket embert próbáló feladat elé állította. Az előadásban részletesen ismertetésre került, hogy milyen kihívásokkal kellett megküzdeni és milyen tapasztalatok keletkeztek a bevezetés során: a működést érintő átszervezési javaslatok kialakítása, a kórházvezetést érintő döntési pontok meghatározása, és a kontrolling rendszerek testreszabása tekintetében. A változtatásokat gyorsan kellett végrehajtani, azonban a szervezetek ennél lassabban módosítják saját működésüket, ezért az előadás arra is kitért, hogy a jövőben milyen fejlesztéseket érdemes még végrehajtani.

## KONTROLLING IMPLEMENTÁCIÓ

**Istvánovszki Krisztina**, az ÁEEK mb. gazdasági főigazgató-helyettese, „Osztályos kontrolling jelentősége” címmel tartott előadást. Prezentációjában kifejtette, hogy a fenntartónak mi a célja az egységes számlarend és a kontrolling bevezetésével – információ szerzés a fenntartói döntések megalapozásához, az egyforma szakmai profilú osztályok teljesítmény adatainak összehasonlítása, elemzése, a szükséges fenntartói beavatkozások előkészítése

**Elek Róbert**, az ILEX Kft. vezető tanácsadója „Az osztályos kontrolling célja, alkotóelemei” című előadásában kifejtette, a kontrolling eszköz, módszertani megközelítés, melynek megoldásai biztosítják az intézményen belül egy olyan gyógyító szervezeti egység (osztály) költségvetési és költségviselői rendszer kialakítását, mely lehetővé teszi a szervezeti egységek és a gyógyító tevékenységek fedezet- és eredmény számítását. Az osztályos kontrolling elemi költségviselői a szervezeti egységek és szakfeladatok (egészségügyi és nem egészségügyi) kombinációjaként kerülnek kialakításra. Ezek a költségviselők több szinten és több dimenzióban sűrűsíthetők, az eredmények (fedezetek) csoportokban is vizsgálhatók. Az osztályos kontrollingban megjelenik (legnagyobb sűrűsítésben) az intézmény szintű eredmény. Az osztályos kontrolling a kórház különböző vezető szintjeinek eszköze. Egyúttal irányítási eszköze lehet a fenntartónak. A fenntartói felhasználás lehetőségét a módszertan egységessége teremti, aminek révén az eredmények összehasonlíthatóvá válnak. Az osztályos kontrolling egységes, és elemeit tekintve kötelezően betartandó módszertanra épül.

**Nikliné Gáldonyi Edina** kontrolling munkacsoport vezető, ÁEEK, „Kontrolling implementációs projekt tapasztalatai” címmel tartott előadást. Előadásában elmondta, az egészségügy megújítása, fenntartható alapokra helyezése, a hatékonyan működő, minőségorientált, betegközpontú egészségügyi rendszer létrehozása érdekében az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) új projektet indított útjára „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” nevű TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 címmel. A program céljai között kiemelt szerepet kapott az intézményvezetés és a fenntartó által rendelkezésre álló gazdálkodási és döntéstámogató információk rendszerességének, egységességének és – végső soron – minőségének javítása, fejlesztése. Ezért a projekt keretében kifejlesztésre került az osztályos és az esetszintű kontrolling módszertan és kézikönyv, valamint megtörtént ezek gyakorlati alkalmazása is, melynek tapasztalatait veszem számba a következőkben.

„Egységes kontrolling és implementáció megvalósítása, ÁSTAR kapcsolódás” című előadásával **ifj. Bakallár Sándor** ügyvezető, BSoft Informatikai Kft., volt a blokk következő előadója. Előadásában elmondta, hogy az ÁEEK 2015 már-

ciusában kiadta az egységes kontrolling kézikönyvet. Az ebben megfogalmazott módszertanok gyakorlatba ültetéséről szól a TÁMOP 6.2.5/B projekt keretein belül megvalósult kontrolling implementációs projekt, amely 53 kórházat érintett. A megvalósításban természetesen a BSoft is szerepet vállalt, mint a legnagyobb tapasztalattal rendelkező és egyik legjelentősebb kontrolling szoftver szállító. A projektben részt vevő intézmények nagy részében a KVIK rendszer kontrolling moduljával történt a feldolgozás. Az ÁEEK vezetői információs rendszere, az ÁStAR (Ágazati Statisztikai Adatgyűjtő Rendszer) 2015-ben kiegészült a kontrolling adatkörrel, amiben szintén érintettek voltak. Prezentációjában e két projektben szerzett tapasztalatukat mutatta be.

**Török Attila**, az Orgware Kft. munkatársa „HR kontrolling” címmel tartott előadást.

Az előadás során bemutatásra kerültek azon hatékony kontrollig eszközök, illetve ezek JDolBer Humánügyiviteli rendszerrel történő informatikai támogatásának lehetősége, melyek napjainkban számos területen (pl. humán, gazdaság, képzés) segíthetik a kontrollerek munkáját. A prezentáció kitért az adatforrásokra, módszerekre, alapvető célokra, gyakorlati szempontokra és esetlegesen előforduló tervezési hibákra. Kontrolling nincs konkrét mutatószámok nélkül, ezért példa jelleggel bemutatásra került néhány tipikus bér-gazdálkodási, munkaidő és létszám, valamint képzés kontrolling mutatószám is. Záró gondolatként szó esett a JDolBer Humánügyiviteli Rendszer KIRA, ÁStAR és HE-NYIR adatkapcsolatáról.

**Farkas Rita**, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház finanszírozási és kontrolling osztályvezetője „Eszerszintű kontrolling implementáció célja, a pilot tapasztalatai a Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórházban” címmel tartott előadást.

A betegenkénti „esetrészletes ráfordításgyűjtés” bevezetése, „implementációja” Intézményükben központi akarat mentén történt, de hogy a kötelező találkozik-e a belső igényekkel, van-e csatlakozási pont a stratégiával, az nem feltétlenül biztosított. Egy multinacionális vállalatnál nem kérdés, hogy egy „termék” előállítási költségét tudni kell, hogy az árki alakítás biztosított legyen. De ez értelmezhető-e az egészségügyi szektorban? Értelmes munka rengeteg idővel és ráfordítással megteremteni ennek feltételeit, amikor dik-tált a finanszírozás? Ezekre a kérdésekre próbált meg választ adni az előadás.

**Solti Gábor**, IFUA Horváth & Partners Kft. „Fekvőbeteg-ellátás finanszírozás szimulációja: hogyan lehet megalapozni a díjak módosítását?” címmel tartott előadást, melynek fő mondanivalója annak megvilágítása volt, hogy egy finanszírozási szimulációs eszköz pontosan milyen hozzáadott értéket jelenthet az egészségügyi ágazat egésze számára. A fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszerén történő módosítások hatásainak komplex vizsgálatára jött létre a TÁMOP

6.2.5/B pályázat keretében az a szimulációs eszköz, amelynek funkcionalitása az előadás keretében bemutatásra került. Így az előadás során átfogó képet kaphattunk arról, milyen kérdések megválaszolásában segítheti az alkalmazott modell a fenntartót. Ilyenek például: pusztán a finanszírozás díj emelése hogyan változtatja meg az egyes intézmények és a teljes intézményrendszer (első körben a 104 ÁEEK intézmény) finanszírozási helyzetét. HBCS súlyszám átrendezésnek milyen hatása lenne egyes intézményekre, vagy az intézményrendszer egészére? Hogyan segíthet ebben az esetszintű költséggyűjtés? Milyen TVK optimalizálási lehetőségek vannak a rendszerben? Hogyan lehet ezt kihasználni? A fent felsorolt eseteket egyszerre alkalmazva mi lesz az összegző hatás a finanszírozás és az intézmények oldaláról?

## UNIÓS PROJEKTEK EREDMÉNYEI BLOKK

**Szabó Bálint**, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ munkatársa „Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér ágazati bevezetése” címmel tartott előadást, mely az EESZT ágazati bevezetésével foglalkozott. Előadásában kiemelte, hogy az EESZT központját létrehozó Európai Unió által támogatott projekt után a rendszerrel kapcsolatos legfontosabb feladat az, hogy az Ágazat mielőbb használatba vehesse azt. A prezentáció keretében bemutatásra kerültek az EESZT tervezési irányelvei, a legfontosabb nézőpontok, valamint a rendszer céljai eléréséhez szükséges eszközök és az ágazati bevezetés megvalósításának módja.

**Dr. Kovács Arnold**, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ munkatársa „Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér szabályozási koncepciója” címmel tartott előadást. Az előadás az EESZT jogi szabályozásának koncepciójával foglalkozott.

**Dörnyei Márton** Portál alrendszer projektvezető, ÁEEK, „TIOP – 2.3.2. és KMOP – 4.3.3. A EESZT portál az ágazat részére” című előadásában bemutatta, hogy milyen webes felületen érhető el az EESZT, milyen alapelvek mentén kerültek kialakításra a portálok, milyen hozzáférési követelmények teljesítése szükséges az ágazati portál használatához, milyen szolgáltatásokat, funkciókat biztosít.

**Héja Gergely** eRecept alrendszer projektvezető, ÁEEK, „TIOP – 2.3.1. Elektronikus recept szolgáltatás az EESZT-ben” címmel tartott előadást, melyben kifejtette, a projekt olyan központi szolgáltatásokat valósít meg, amelyek lehetővé teszik az országos kiterjedésű eRecept funkció megteremtését, és csatlakozási felületet hoz létre az OEP EKOP 2.3.7 fejlesztése során létrejövő ártámogatási rendszerrel. A szolgáltatások lehetővé teszik a vényrendelés és kiváltás valamennyi – az ártámogatáson kívüli – központi funkciójának támogatását.

## INTÉZMÉNYI MEGOLDÁSOK

**Dr. Stumpfne Dr. Rabóczki Anita, Jeczkó János,** Parád-fürdői Állami Kórház előadása a „Parád-fürdői Állami Kórház fő- és kiszolgáló épületeinek energia racionalizálása” elnevezésű projekt eredményeit mutatta be, amelynek megvalósítására közel 313 millió Ft, 100%-os támogatási intenzitású, vissza nem térítendő, európai uniós támogatást nyert el a KEOP keretében az intézmény. A projekt célja az 1930-as években készült épületegyüttes hőveszteségének csökkentése, a szigetelés, nyílászárók, fűtőberendezések korszerűsítése, élettartamának növelése, a fosszilis energiahordozók kiváltása megújuló energiával.

A fejlesztés eredményeként a főépületet utólagosan hőszigetelték, nyílászáró cserével, a padlásfödém cseréjével és szigetelésével, a világítás korszerűsítésével. Megújuló energiaforrásként a napelemek, napkollektorok kerültek az épületre, a főépületet ellátó kazánházba faaprítékos kazánt telepítettek, melegvíz készítő rendszert átalakították, a nyílt égésterű gázkazánokat cserélték zárt égésterű kondenzációs gázkazánokra, a fűtést korszerűsítették. Az előadás a felújítás előtti majd az azt követő egy év energetikai költségét elemezte és az ezzel kapcsolatos tapasztalatokról számolt be.

**Dr. Molnár Andrea, Dr. Ajzner Éva,** a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Nyíregyháza munkatársai „Laboratóriumi diagnosztikai ellátók szakmai kötelezettségei nem piaci alapú közfinanszírozásból egy nagy integrált kórház gazdasági igazgatójának és laboratóriumi szakmavezetőjének aspektusából” címmel tartottak előadást.

Előadásukban kiemelték, hogy az orvosi laboratóriumi medicina az egyik leginnovatívabb orvosszakmai terület, melynek használata a gyógyító megelőző orvoslásban extenzíven fokozódik, finanszírozása azonban elégtelen, mivel egy „nem karbantartott”, legalább tíz éve nominál értéken befagyasztott „zárt kasszából” történik. Ez a laboratóriumi vizsgálatok mélyen érték alatti finanszírozottságát eredményezi, a laboratóriumokat zömmel üzemeltető kórházak számára pedig komoly finanszírozási nehézséget okoz. Az előadás szerzői – az egyik legösszetettebb hazai kórházkomplexum gazdasági igazgatója és laboratóriumi szakmavezetője – a laboratóriumi diagnosztikai szolgáltatók szakmai kötelezettségét állították párhuzamba a finanszírozás elégtelenségével. Az előadás egy többtelephelyes, csaknem teljes megyét kiszolgáló óriáskórház laboratóriumi szolgáltatási feladatait és annak költség hatásait elemezte, ahol a laboratóriumi diagnosztika 3-5%-ot képvisel a kórház szolgáltatási portfóliójában. A laboratóriumi diagnosztika, ahogy az országosan is jellemző, negatív fedezettel működik és ez romló tendenciát mutat az emelkedő betegforgalom és növekedő vizsgálatszámok miatt. Az előadás bemutatta a kórházkomplexum tevékenységeinek szakmai és finanszírozási szempontból történő racionalizálására tett törekvéseket, melyek a terület veszteségességének mérsékléséhez vezettek, de azt nem szüntették meg. A veszteségtermelés

legfőbb oka, hogy az OEP finanszírozása messze nem értékkevető.

**Dr. Ringelhan Birgit,** Soproni Gyógyközpont, Patológiai Osztály munkatársa „Telepatológia a gyakorlatban” címmel tartott előadást. Előadásában elmondta, a Magyar Patológusok Társasága által 2012-2013-ban készített tanulmány adatai szerint Magyarországon 270 patológus látja el a patológiai feladatokat. 23%-uk nyugdíjas. Országosan 685 patológusra volna szükség a minimum feltételek alapján. A nem egyetemi patológiai osztályokon a túlterheltség 305%. A teljesen önállóan lelevező patológus képzése minimálisan 10 évet vesz igénybe. Mivel a patológiai osztályok feladata országszerte a nagyszámú, magas minőségű, precíz diagnózis felállítása, ez a patológiai munka digitalizálásával, valamint a telepatológiával oldható meg. A szövegek korszerű, precíz feldolgozása, a metszetek digitális metszescanнерrel való digitalizálása lehetővé teszi nemcsak a szakmai konzultációt különböző intézetek között, hanem távlelevezés útján – az országos kapacitások optimálisabb kihasználása révén – a leletátfutási időt csökkentését is. Természetesen speciális központok azonnal hozzáférhetnek a betegek szövettani metszeteihez, speciális reakciók eredményéhez. Ennek következtében a betegek kezelése hamarabb kezdődhet, optimalizálható. A digitális patológia és telepatológia az egész rendszert terhelő pluszköltséget okozó téves kezeléseket minimalizálja. A betegek gyógyítása főleg – de nem kizárólag – az onkológiai ellátási rendszerben lényegesen javul.

„Onkológiai betegút menedzselés gyakorlati megvalósítása” címmel tartott előadást **Dr. Cselik Zsolt.**

Előadásában arra hívta fel a figyelmet, hogy az onkológiai betegségben szenvedők száma évről évre nő. Jelenleg ez Magyarországon a második leggyakoribb halálozási ok, a magyar lakosság 3%-a érintett valamilyen daganatos betegségben. 2013-ban az egészségügyi kormányzat százhatvan milliárd forintot fordított az ellátásra. A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Klinikai Onkológiai Centruma valamint a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centruma komplex onkológiai ellátást biztosít betegei számára. Ennek megvalósításához egységes informatikai rendszerre volt szükség. A 16 hónapig tartó multidiszciplináris fejlesztési munka fő célja a beteg ellátórendszeren belüli útjának, az egyes szakmai tevékenységek idejének menedzselése volt. A megvalósult Oncologic program (Hospitaly Kft.) az érintett orvosszakmai, folyamatszervezési, valamint az informatikai előremutató együttműködés eredménye. A szoftver segítségével a beteg a törvényi, jogszabályi követelményeknek megfelelően, protokollok által meghatározott úton jut el a betegség felfedezésétől/kivizsgálástól a kezelés utáni követéses vizsgálatokig.

**Dr. Rákay Erzsébet,** Szent János Kórház és Északbudai Egyesített Kórházak, „Megelőzni az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzéseket! – a leghatékonyabb be-

tegbiztonsági program és nehézségei” címmel tartotta előadását.

Kifejtette, a megbiztonság alapelemei között évtizedek óta kiemelkedő helyet foglal el az infekciókontroll. Megelőzni minden lehetséges módon az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzéseket a megbiztonság alapvető feladata. De vajon mennyire lehetséges ez? A nemzetközi szakirodalomban megjelent a téma vonatkozásában a „zéró tolerancia” fogalma, törekvés arra, hogy nullára csökkentsük ezeket a fertőzéseket. Az előadás témája kapcsán elgondolkodhatunk egy kicsit azon, vajon Magyarországon mennyire biztosítottak az egészségügyi ellátás során azok az alapvető feltételek, amik akár gondolati szinten lehetővé tennék, hogy ezen a területen a „zéró” felé akárcsak elmozduljunk? A kérdés költői. A választ mindannyian ismerjük.

**Dr. Pásztélyi Zsolt** ügyvezető igazgató, Vasútegészségügyi NK Kft., Budapest

„Labortevékenység kiszervezés – szolgáltatásmenedzsment kicsit másképpen” címmel tartott előadást. Bemutatta, 10 évvel ezelőtt milyen tényezők vezettek a labortevékenység kiszervezésére a teljes vasútegészségügyi ellátórendszeren belül, és miként változtatta meg a szerződés alapvető szempontjait az időközben bevezetett teljesítményvolumen korlát. Az idő előrehaladtával azóta már 3-szor ismételt kiírt kiszervezés sikertörténet a társaság számára, hiszen folyamatosan csökkent a fajlagos költség, amely jelenleg a piacon elérhető legkedvezőbbek között van. Jól kiszámítható, széles palettát felvonultató szolgáltatáshoz jutottak, amely az ellátók és a betegek számára egyaránt megelégedést hozott, fő előnye a szabályozottság és a jó kommunikáció a megrendelő és a szolgáltató között. A társaság megőrizte az irányítást a laborszolgáltatások felett, a vérvételt maga végzi. A siker kulcsa a kiszámítható szerződéses paraméterek miatti egyre fejlettebb szolgáltatói alkalmazkodás, amely költségcsökkentést tett lehetővé, illetve az egyértelmű szolgáltatási elvárásrendszer (SLA: Service Level Agreement), amely mindkét fél számára előnyöket hoz: hosszú távon. A rendszer stabilitása lehetővé tette ezt a hosszú távot.

## ÁGAZATI TÉMÁK

**Dr. Deczky Zoltán**, az ÁEEK munkatársa előadása „TÁMOP 6.2.5/B Orvosi Laboratórium” címmel hangzott el. Rámutatott, hogy a laboratóriumi technológia fejlődése következtében az egy labor egységben elvégezhető vizsgálati szám és megbízható eredmény elérés exponenciális gyorsodást mutat. Ezzel az innovációval a magyar orvosi laboratóriumi rendszer nem tartott lépést, melynek oka, hogy a jogszabályi háttérben meghatározott szerkezet a feladatot túlzottan kicsi területhez/populációhoz rendeli. A rögzített szerkezethez illeszkedő finanszírozási szisztéma – a finanszírozási korlátokkal együtt – nem teszi lehetővé az egyes egységek méretgazdaságosság alapján tervezett és szervezett ellátási struktúráját és az egészségügyi szolgáltatói

szinten túlműködés lehetőségét. Mindezek eredményeként rendkívül heterogén a magyar orvosi laboratóriumi rendszer gazdasági helyzete, – hatékonysága, valamint az egyes intézmények számára súlyos anyagi terhet okoz a kötelezően ellátandó vizsgálatkérések teljesítése. Figyelembe véve a több szakmai szereplő részéről elhangzott és alátámasztott hiányosságokat és kitörési pontokat, megoldást csak a rendszer alappilléreitől kezdődő, folyamatszemiélelen alapuló, országosan egységes struktúra kialakítása jelenthet. A TÁMOP 6.2.5/B jelű projekten belül önálló munkacsoport foglalkozott ezzel a kiemelt területtel, az előadás betekintést nyújt a munkacsoport eredményeibe.

**Dr. Laczó Andrea** az ÁEEK részéről „TÁMOP 6.2.5/B – Patológia szakterület” címmel tartott előadást. Elmondta, a patológia szakma egyike azon diagnosztikai szakmáknak, mely a daganatok diagnosztikájában nagy jelentőséggel bír. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ TÁMOP 6.2.5/B „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” konstrukciója keretében megtörtént a patológia szakma helyzetfelmérése. Ez a nemzetközi benchmarkon, stakeholder elemzésen túl a patológia szakma teljesítményének, finanszírozásának, humán erőforrás ellátottságának, elemzésére fókuszált. Az elvárható és kívánatos célok közül kiemelendő a hosszú lelet átfordulási idő csökkentése, a gazdaságos és szakmailag is indokolt labor üzemméret meghatározása. Ezek elérése érdekében kijelölték a szükséges változtatás fókuszpontjait, melyek közül kiemelendő a munkaszervezés, a szakmai minimum feltételek újragondolása, logisztikai és egységes informatikai rendszer kialakítása. Az eredménytervekben javasolt modell igyekszik választ adni a patológia diagnosztika legsúlyosabb problémáira, egyben támogatja a szükséges szervezeti struktúra változtatásokat is.

**Dr. Bágyi Péter**, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Debrecen „TÁMOP 6.2.5/B – Képkötő” címmel tartotta a diagnosztikai blokk harmadik előadását. Előadásában elmondta, hogy a TÁMOP 6.2.5/B-13/1-2014-0001 pályázat keretében megvalósult az „Egészségügyi szakfeladatok országos működtetésének vizsgálata” projekten belül a képkötő diagnosztikai szakfeladat felmérése, elemzése és az egészségpolitikai döntéshozók által kiválasztott működési modell kidolgozása. A modellelemek kidolgozásához a szakértői csapat azonosította a folyamatokat, IT-rendszereket, felelősöket és mutatószámokat. Meghatározták a szakmai folyamatstruktúrát a tevékenység teljes spektrumára vonatkozóan. Az ellátórendszer átszervezéséhez négy intézménytípus kialakítását javasolták: egyéni ultrahang, alapszint, középszint, csúcpszint. Azonosították az informatikai rendszerek együttműködésének követelményeit. Kialakították az ellátó intézmények, a központi szervezet, fenntartó és egyéb kapcsolódó szervezetek közötti munkamegosztást és a szakmai folyamatokhoz tartozóan átfutási időkre, minőségre és volumenre vonatkozó mutatószámokat azonosították.

**Bakacsi Gyula**, SE EMK „Konfliktus és kooperáció az egészségügyben” címmel tartotta a konferencia záró előadását. Kifejtette, az egészségügyben is egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítunk az együttműködő (kooperatív) stratégiáknak, a rendelkezésünkre álló erőforrások szinergikus kombinálásának. A kooperatív stratégiák racionális oldala a szinergiák felismerése és kölcsönös előnyökre vezető menedzselése. A kooperatív stratégiáknak ugyanakkor a szinergia menedzsmellett van egy magatartási oldala is: milyen konfliktuskezelési hajlamokkal állunk a konfliktusainknak, és ezek az egyéni illetve kulturális kódok által befolyásolt hajlamaink vajon segíte-

nek-e bennünket a kooperatív megoldások megtalálásában?

A SE EMK Msc programjának 7 évfolyama több mint 200 hallgatója által kitöltött konfliktus kezelés kérdőívek (Thomas-Killman) feldolgozása alapján azonosítható volt néhány jellegzetes konfliktus kezelési mintázat (egészséges önérték vezéreltség, zéró összegű játszma, méltányosságra törekvés, másik félre irányultság, altruista-önérdeket háttérbe szorító stb.). A mintázatokból felrajzolható egészségügyi „konfliktus-térkép” felmutatása mellett az előadás kitért arra is, hogy ezek a hajlamok hogyan érintik a kooperációra való képességünket, illetve hajlandóságunkat.

*Tamás Éva*

Az IME 2015 évi hat konferenciáján elhangzott mintegy 170 előadás előadói közül, a hallgatóság szavazatai alapján értékeltük ki az „IME év előadója díj 2015” nyertesait. 2011 óta negyedik alkalommal hirdethettünk eredményt és ünnepelhetjük a győzteseket. A díjak átadására az első három helyezett számára hagyományosan az IME évzáró konferenciáján került sor.

### DÍJAZOTTJAINK: „AZ ÉV IME ELŐADÓJA” 2015

#### 1. helyezett

**Dr. Szlávik János**

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet

IV. IME Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencia, 2015. október 14-15.

*„HIV/AIDS fertőzöttség jelenlegi helyzete hazánkban”*  
előadása

#### 2. helyezett

**Dr. Nagy Kamilla**

SZTE Szent Györgyi Albert Klinikai Központ

IV. IME Országos Infekciókontroll Továbbképzés és Konferencia, 2015. október 14-15.

*„Dolgozói egészségvédelem a 21. században a nagy idegenforgalom és migráció idején”* előadása

#### 3. helyezett

**Prof. Dr. Kaló Zoltán**

Syreon Kutató Intézet Kft., ELTE Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

IME-META IX. Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia, 2015. június 24-25.

*„A gyógyszerkiadások nemzetközi összehasonlításának módszertani kérdései a kelet-közép európai országokban”*  
előadása

#### 3. helyezett

**Dr. Csernavölgyi István**

Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház

X. IME Jubileumi Regionális Egészségügyi Konferencia, 2015. február 26.

*„A Fejér Megyei ellátás helyzete és lehetőségei az egészségügyi struktúra újragondolása kapcsán”* előadása

*Szerkesztőségünk nevében szívből gratulálunk Nyerteseknek!*