

Az egészségügyi intézmények működést stabilizáló stratégiája Az immateriális javak jelentősége

Dr. Buda Klára, Dr. Csiba Gábor,

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

A szerzők az alábbi dolgozatukban a magyar egészségügy, mint nemzetgazdasági ágazat fő problémájának tartott gazdasági nehézségeket elemzik kórházi intézményi gazdálkodási szempontból. A bevezetett egészségügyi ágazati stratégiákat a stratégiai dokumentumok elemzésével mutatják be. Egy adott intézményben szerzett több éves tapasztalatokat felhasználva válságmenedzselési módszereket ajánlanak. A Balanced Scorecard módszer immateriális javakra vonatkoztatott alapelvei szerint elemzik a kórházak feladatait és lehetőségeit. Következtetnek arra, hogy a kórházak globális gazdasági problémái megfelelő eszközökkel bíró intézményi és ágazati stratégia nélkül nem oldhatóak meg.

In this publication the economic problems of the Hungarian healthcare are analyzed from institutional and hospital management point of view. The economic problems are inducing the main problems for the Hungarian healthcare. The implemented national healthcare strategies are described with the analysis of strategical documents. Methods of crisis management with several years of experience are demonstrated with one of the institutions of this sector. The duties and possibilities of the hospitals are analyzed according to the principles of immaterial goods and based on the Balanced Scorecard method. The authors conclude that the global economic problems of the hospitals cannot be solved by the institutions alone but with proper means and strategies at sectoral and institutional level.

BEVEZETÉS

Tanulmányunkban főként az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) fenntartásában működő fekvőbeteg szakellátó intézmények gazdasági helyzetével, adósságkezelésével és a Balanced Scorecard (BSC), egy kiegyensúlyozott mutatószám rendszer eszközeivel foglalkozunk. Hangsúlyozzuk, hogy az ún. „kemény” szervezeti tényezők mellett a „puha” tényezők szerepe is kulcsfontosságú.

ELADÓSODÁS

Évtizedek óta szakmai, tudományos és politikai fórumokon nagy érdeklődés és vita övezi az egészségügyi reform lehetőségeit. Az megállapítható, hogy a technológiai és társadalmi változások és fejlődés következményeként az egészségügyi rendszerek strukturális és finanszírozási jellemzőinek fejlesztése szükségszerű [1].

A közfinanszírozott intézmények bevétele túlnyomó részben (85-95%-ban) a volt Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP, jelenleg NEAK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) kifizetéseiből származik. Az e fölötti 5-15% bevétel eredhet vállalkozási tevékenységből, oktatásból, pályázatokból, klinikai kutatások végzéséből, bérleti díjakból, adományokból.

Az OEP adatai szerint az E. Alap kiadásainak reálértéke a 90-es évek közepén jelentősen csökkent, amely után a 2000-es évek elején 2006-ig reálérték emelkedés figyelhető meg. 2006-tól, az Európai Unió konvergencia programjának elfogadása után három év alatt az egészségügyi finanszírozásból 250 milliárd forintos forráskivonás történt. A kórházak fő bevételét adó gyógyító-megelőző kiadások reálértéke 2010 és 2013 között stabilizálódott [2]. A kifizetés nominális értéke 2013 óta fokozatosan nő.

A kórházi kiadásokat a működtetés, beruházások, fejlesztési igények generálják. A működtetési célú kiadások döntő többsége (50-70%) bér és bér jellegű kiadás. 5-15% gyógyszer, 10% közművek, további 5-10% szakmai anyagok és egyéb működtetési feladatokból származnak.

A kiadások vizsgálata alapján vannak olyan tényezők, amelyek a szabályozás illetve a tervek tükrében az elvártnál magasabb összeget érnek el, de a rendszer működésének fenntartásához nélkülözhetetlen tényezők. Ide tartoznak az orvosi bérek, melyek a közalkalmazotti bértábla szerint megállapított összegeknél esetenként jóval magasabbak. A Magyar Kórházszövetség 2012-es „Miből él a magyar orvos” című írásában megállapítja, hogy az orvosi jövedelmekről reális adatok nincsenek. A kiegészítő jövedelmek széles skálája megfigyelhető, pl. pótlékok, ügyeleti díjak, illetve vállalkozói megállapodásokkal az alkupozíciótól függő jövedelmeket kaphatnak, valamint a hálapénz változatlanul része a rendszernek [3].

Nemzetközi tapasztalatok szerint az orvosok szerepe a kiadások alakulásában nem kizárólag a jövedelmükben nyilvánul meg. Terápiás és diagnosztikai döntéseik, a technológia jelentős alkalmazása, a kereslet alakításában betöltött szerepük (kínálat indukálta kereslet [4]) alapján nagyobb jelentőségük van a kiadások túlzott növekedése szempontjából. A probléma megoldását nehezíti a jelenleg nem hatékonyan működő ellenőrzési rendszer [5].

A modern orvostechológiai eszközök és berendezések egyre nagyobb arányú alkalmazása – amely természetesen a modern egészségügyi ellátás alapja – számos további túlzott kiadás alapja lehet, amennyiben például azok ellátási strukturában való elhelyezése nem átgondolt. Tapasztalataink alapján a beüzemelt orvostechológiai berendezések és eszközök fenntartási költségeinek megállapításában a kórházak alkupozíciója nem jelentős, az üzemeltetés költsége

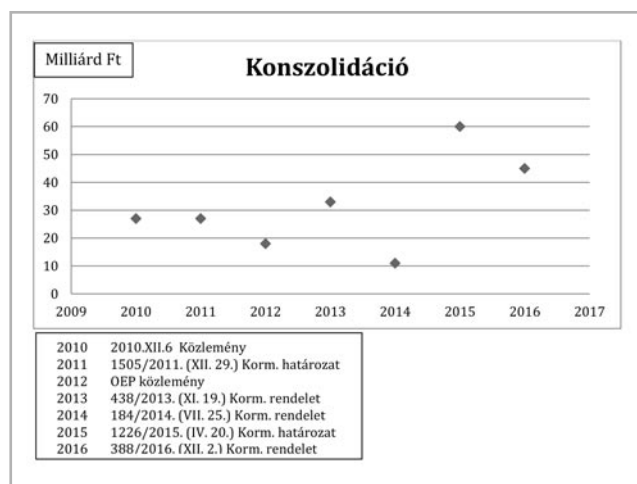
gei nehezen ellenőrizhetők. A fogyasztói társadalom egyes jellemzői az orvostechológia piacán is megfigyelhetők, az ipar érdeke itt is a fogyasztás minél nagyobb arányú növelése.

Az intézmények gazdálkodására általános befolyásoló hatással bírnak még egyes gazdasági folyamatok, mint pl. ÁFA emelkedés, árfolyamváltozások, illetve az infláció. Emellett a bürokratikus rendszer nehézségeket okoz a napi működés hatékonyságában.

Az egyes intézmények egyedi tulajdonságai is befolyásolhatják a költségeket, mint például a kórházi menedzsment hibái, illetve a műszaki és infrastrukturális rendszer elavultsága.

Mindezekon kívül a kiadások folyamatos növekedésében szerepet játszanak olyan tényezők, melyekre a rendszernek nincs közvetlen hatása. Ilyenek pl. a morbiditási – pl. krónikus betegek számának növekedése –, illetve demográfiai okok – pl. elöregedés.

2007 óta időről időre növekszik a fekvőbeteg szakellátó intézmények adóssága, (határidőn túli, ki nem fizetett számlaállomány), amely 2016 október végére ismét elérte a 45-50 milliárd forintot. Ez gyakorlatilag egyhavi finanszírozási összegnek felel meg a vizsgált kórházszektor vonatkozásában. A következő diagramon 2010 és 2016 között kormányrendeletben, kormányhatározatban, OEP közleményben megjelent, ÁEEK fenntartású intézmények adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatások összegei szerepelnek (1. ábra).



1. ábra

Egészségügyi szolgáltatók adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatás összege és hivatkozott források 2010-2016

A kórházak gazdálkodását tudományos, elméleti ill. gyakorlati gazdasági, és jogi, jogszerűségi szempontból szakemberek, szervezetek folyamatosan vizsgálják és kutatják. Az Állami Számvevőszék 2013-ban megállapította, hogy 2011-ben az OEP bevétel 20 kórház közül 17-nél nem fedezte a gyógyító tevékenység költségeit. Rácz Jenő az Egészségügyi Gazdasági Szemle 2013. áprilisi számában olvasható interjújában kijelentette, hogy a finanszírozásra szánt összeg „az ellátórendszer működőképességét az adott szolgáltatási csomaggal a szakmai eljárásrendeknek megfelelően lehetetlenné teszi [6].

A rendszer számos elemével kapcsolatban évek óta változtatási javaslatok látnak napvilágot. Ilyen például az egészségügy forrásteremtése, finanszírozási módok, strukturális jellemzők megváltoztatása (munkamegosztás, hálókörök, szerkezet, tulajdonviszony, koordináció), érdekeltégi rendszer kialakítása [7]. Ezen témákban például a Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület is kifejtette javaslatait: „18+1 pont”. A forrásteremtésre adtak azóta elfogadott javaslatokat, mint a „Chipsadó”, az alkohol és dohánytermékek egészségügyi járuléka vagy az „Extrémadó” [8].

Nem minden változtatás és kezdeményezés – még ha jogszabályi keretek között zajlott is – hozta a várt eredményeket. Erre példa a 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, ill. ennek a törvénynek a végrehajtási rendelete, a 337/2006. (XII. 28.) Kormányrendelet, melynek eredményeként egyes intézmények szintjén többletfeladatok jelentkeztek, a kapacitás és teljesítmény volumen keret felosztások viszont változatlanok maradtak. Ez növelte a forráshiányt. Uniós programok során számos fejlesztés, szakmai program valósult meg, mint pl. a kistérségi járóbeteg ellátó intézmények létrehozása, melyek tovább súlyosbították az anyagi és az ellátásszervezési problémákat. Kimaradt a rendszerfejlesztés elképzeléseiből az egyetemi klinikák és az önálló járóbeteg ellátók bevonása a reformba (a szakellátó rendszer hozzávetőlegesen 38-40%-a). A középmagyarországi régióba nem juthatott európai uniós forrás. Így ott az ellátásszervezési hiányosságok mellett az infrastrukturális problémák is jelentősek maradtak.

AZ ÁGAZATI STRATÉGIA FŐBB JELLEMZŐI

2010-ben indult el a törekvés, hogy a törvényi szabályozáson kívül szükség van átfogó, a jövőt meghatározó tervezésre. Így készült el 2011 májusára a Semmelweis terv, amely átgondoltan tervezte összefogni a megelőzés, a szűrés, a gyógyítás, a forrásbevonás és az egészségügy irányításának elképzeléseit [9]. Programterve nem valósult meg maradéktalanul.

Az „Azonnali pénzügyi-gazdasági intézkedések” terv maradt, 2010-től 2015-re az ellátórendszer adóssága 27 milliárd Ft-ról 60 milliárd Ft-ra nőtt. Az ellátórendszer minden évben konszolidációra szorult. „Szakellátók Finanszírozása” sem a HBCs, sem a német pont értéke 2009 májustól egészen 2016. augusztus 1-ig nem nőtt, a TVK – kisebb kórházaktól eltekintve (onkológiai HBCs-k, várólista csökkentés) nem változott az elmúlt években. 2016. augusztus 1-től HBCs súlyszám és német pont érték növekedés következett be, de ez a 2012-13-as béremelés finanszírozásba való beépítését szolgálta csak.

Az „Állami egészségügyi szervezési intézményrendszer” kialakult, de a 2011-ben létrehozott GYEMSZI szervezetét 2015 februárjában átalakították és 2015 márciusától Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) néven szerepel tovább. Az irányító szervezetek működésében megtalálható párhu-

zamosságok mellett, az ellentmondásos működés és hiányos kommunikáció változatlanul jellemző.

Az „Ágazati informatika fejlesztése” szempontjából az elektronikus TAJ kártya, és a betegadatok elektronikus továbbításának rendszere, valamint az egészségügyi intézmények biztonságos informatikai összeköttetése eddig nem valósult meg. Az Egységes Egészségügyi Elektronikus Ellátó Tér 2017-re ígért bevezetése talán változást hoz.

A „Tulajdonlás és menedzsment” témában 2012-2013-ban megtörtént a részleges államosítás, melyből kimaradt az egyetemi klinikák és speciális ellátók (pl. Honvédkórház) egységes irányításba vonása. A törekvések ellenére nem valósult meg a járóbeteg ellátás integrálása és államosítása (az ellátó rendszer 9%-a).

„A magyarországi sürgősségi ellátórendszer fejlesztési terve” tekintetében a sürgősségi ellátók hálózata nem jött létre, nem integrálódott maradéktalanul és a magyar kultúrától még mindig idegen.

Az „Alapellátás” változatlan fenntartása mellett egyre több a betöltetlen praxis, amely miatt a „kapuőr” szerep ellátása nem teljes és nem teljeskörű. A „Gyógyszerpolitika” tekintetében az állami szerepvállalás nem valósult meg. A lédig gyógyszerellátás, mint az egyik stratégiai lehetőség csupán terv maradt. A „Minőségfejlesztés” érdemben csak papíron létezik, a minimumrendelet elméleti szintű követelményeket fogalmaz meg. Nincs egységes ágazati minőségbiztosítási rendszer, a BELLA program teljeskörűen nem valósult meg, csak tesztüzemben indult el.

2012. az államosítás éve

A következő időszak ágazati stratégiája, az „Egészséges Magyarország 2014-2020” program az előző tervhez hasonló elveket fogalmaz meg [10]. A dokumentum újdonsága, hogy a részletes ágazati célokhoz öt témában – „Ágazati gazdálkodás”, „Alapellátás kompetencia megerősítése”, „Intézményirányítás professzionális működtetése”, „Betegségmenedzsment rendszer, kapacitás tervezés kialakítása”, „Specifikus népegészségügyi célkitűzések” – indikátorokat, ún. „eredménytermékeket” rendel, amelyeken keresztül a célok elérése mérhető lehet.

Az irányt, alapelveket és módszertant tartalmazó ágazati stratégia mentén működő, átgondolt egészségügy egyelőre elmélet. A stratégia készítésének és leginkább a megvalósítás módszerének tanulási folyamata nagyon lassú. Napjainkban számos központi intézkedés rövid távú, a hosszabb távú, átfogó, hatáselemzéssel alátámasztott lépések programokban léteznek, megvalósulásuk nem teljes. Például a Semmelweis Terv megvalósulásának nehézségeiről az ellátó rendszer torz képét bemutatva fogalmaz meg vitairatot Dr. Ónodi Szűcs Zoltán [11].

Az átfogó ágazati stratégia megvalósítási koncepciójának hiányára utal például az, hogy az intézmények gazdasági pozíciójának javítása évek óta ún. konszolidációval, adósságrendezéssel, „kasszasöpréssel” történik, amelyek állami pénzügyi támogatást jelentenek a felhalmozott adósság kifizetése céljából.

A jogszabályi alapú eseti konszolidációs keretösszegek nemcsak a lejárt szállítói állomány kiegyenlítését szolgálják, hanem az esetek többségében szerkezeti-szervezeti változtatásokhoz, intézkedési tervekhez és azok megvalósításához kötődnek.

MŰKÖDÉS STABILIZÁLÁS – BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÓRHÁZ

A helyzet javítására a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház menedzsmentje komplex megvalósítási tervet dolgozott ki. A 2. ábrán az adott évi jogszabályok irányelveinek megfelelő intézkedéseket mutatjuk be.

2006. évi CXCVII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről	Intézkedések 2006-2011-ig	- Létszám leépítés - Kéretgazdálkodás bevezetése - Gyógyszer alaplista bevezetése - Betegutak újrászabályozása, szakmacserék a helyi kórházak között - A gyermekorvosi ügyelet koncentrációja, a Kórházban elhelyezése - Bévétel növelő és kiadás csökkentő intézkedések - Főigazgatói ellenőrzések fokozása, szigorítása - 5 azonos fenntartó alá tartozó kórház egyesítése, feladatok újracsatolása
2012. évi CCIV. törvény Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről		- A Csillagpont projekt első üteme befejeződik - Belső struktúráváltás (intézetek kialakítása) - Térségi struktúráváltás (TIOP 2.2.6) keretén belül szakmai harmonizáció elindítása + városi kórházak között, pl. a térségi sürgősségi betegellátás újraszervezése
2013. évi CCXXX. törvény Magyarország 2014. évi központi költségvetéséről		- Az egyesített kórházak egyes részlegeinek átadása, megosztása a térség kórházaiával - Funkcionális és földrajzi elosztás
2014. évi C. törvény Magyarország 2015. évi központi költségvetéséről		- Fedezet javító intézkedések - Az előző évi funkcionális és földrajzi alapú integrációk folytatása
2015. évi C. törvény Magyarország 2016. évi központi költségvetéséről		- Szakmai harmonizáció folytatása, a két miskolci kórház párhuzamosságainak megszüntetése - További fedezetjavító intézkedések (fajlagos költségek csökkentése, pl. kiürült épületek bezárása)

2. ábra

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház menedzsmentjének adott évi jogszabályok irányelveinek megfelelő intézkedései. Saját kidolgozás.

Az intézkedési tervek elfogadását követően az állam konszolidációt hajtott végre. Az évenkénti konszolidációk részleges eredménnyel jártak. Az adott évi pénzügyi problémákat megoldották, de hosszútávú pénzügyi megoldást a teljes rendszer számára nem hoztak.

Helyileg olyan megoldások valósultak meg, amelyek adott koncepció mentén fokozatosan racionalizálták (racionalizálják) az infrastruktúrát, betegutakat és a működést. A feladatok újracsatolása révén csökkent a kórházak száma, egyszerűbb betegutak jöttek létre, az erőforrás koncentráció eredményeként a működési (technikai) hatékonyság javult.

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház vezényletével 2008-tól kezdődően a megye – térség egészségügyi ellátásának párhuzamosságait fokozatosan megszüntették, meghatározták a leghatékonyabb

betegutakat, erőforráskoncentráció révén a humán, a pénzügyi és technológiai kihívásoknak eleget tettek. Ez a „csillagpont” koncepció és filozófia, melyhez európai uniós fejlesztési források társultak.

A megyei tulajdonú intézményeket 2011-ben öt kórház egyesítésével egy szervezetbe, a B.-A.-Z. Megyei Kórházba integrálták. Itt vannak a térség legképzettebb szakemberei, a korszerű technológia és eljárások, valamint a legnagyobb pénzügyi ráfordítást igénylő beavatkozások. A csillag mentén helyezkedik el a többi ellátó: családorvos, önálló járóbeteg ellátás, területi kórházak, melyeknek a rendszerben meghatározott feladatokat kell ellátnia. Ennek eredményeként 2012-re az egyesített kórházak gazdasági helyzete átmenetileg stabilizálódott. Ezt követően elindult a szakmai harmonizáció a két, Miskolcon található kórház, valamint az egyenlő megyei intézmények között.

2015-ben EMMI utasítás (12/2015. (IV.10)) nyomán Megyei Egészségügyi Egyeztető Tanácsok alakultak. Ennek célja az volt, hogy egy adott megyén belüli egészségügyi szolgáltatók egymás között konszenzussal vagy többségi akarat alapján alakítsák ki a megyében működő intézmények közös stratégiáját, melynek célja az intézményi adósságok megszüntetése volt. Ez volt az első olyan szervezeti keretek között elindított, „alulról” jövő ötleteken és kezdeményezéseken alapuló pilotnak minősíthető program, mely figyelembe vette az egyes intézmények érdekeit, de ezek fölé helyezte a közös cél, az ellátás teljessége és a finanszírozhatóság biz-

tonsága elvét. Bár a teljes megvalósítás elmaradt, hatására a B.-A.-Z. Megyei Kórház menedzsmentje 2015-re vonatkozó intézkedési tervet készített, melynek kivonata a 3. ábrán olvasható.

STRATÉGIA – BALANCED SCORECARD

2015-ben fenntartói pilot program [12] indult meghatározott számú kórház bevonásával, a Balanced Scorecard (BSC) módszertan szerint egyéni kórházi stratégia elkészítésére. A program lezárult, a stratégiák elkészültek, a további központi lépések nem ismertek. A Balanced Scorecard módszer az 1992-es kidolgozása után a 2000-es évek első évtizedének végére az egyik legelismertebb stratégiai menedzsment rendszer lett.

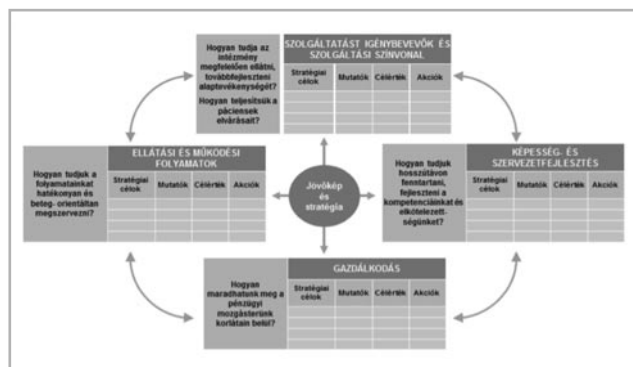
Egy 2008-as globális – 1430, különböző iparágban szereplő nemzetközi nagyvállalat menedzsmentje körében végzett – kutatás szerint a 25 leginkább alkalmazott menedzsment eszköz közül sorban a hatodik volt [13]. Ugyanezen kutatás a megelégedettséget is vizsgálta, amelyben az 5,0 maximum pontszámból 3,83-at ért el. Az eredmény érdekessége, hogy a legmagasabb elégedettségi pontszámot az egészségügyi szektorban érte el. A BSC módszer [14] előnye, hogy találkozik benne a vállalat múltbéli működése és jövőbeli célja. Alkalmazza a hagyományos, pénzügyi, számviteli számításokon alapuló elemzéseket, amelyek a múlt eredményeire utalnak, és emellett a jövőbeli teljesítményt hozó tényezőket vizsgálja a hosszú távú versenyképesség javítása érdekében.

„Kiegyensúlyozott mutatószám rendszer”: a nevéből is adódik, hogy mutatókat, mérőszámokat képez, amelyek a külső és belső viszonyokat egyaránt jellemzik. Megmutatja például a „vevők” számára fontos értékeket, a kritikus működési folyamatokat, a fejlődési és a tanulási potenciált. Kiegyensúlyozott, mert vizsgálja a megelőző időszak eredményeit és a leendő, elvárt teljesítményeket. Kiegyensúlyozott, mert objektív – számszerűsített, az eredményre és a teljesítményre vonatkozó – és szubjektív – egyéni megítéléstől függő, az eredményt meghatározó – mutatókat alkalmaz. Mindezen túl olyan átfogó menedzsment rendszer, amely a

A.) saját használat (ÁÉEK - Intézmény)	A/1 Bevételek	- Orvossal, nővérszálló, Lakótelep díjmelése: 15%	Megvalósult
		- A kórház szolgáltatási díjának 10%-os emelése	Megvalósult
		- Ágyhasználat növelése. SBO III. szint megszerzése.	Részben megvalósult
		- Kázinobarcai sebészet a miskolci központba kerül	Nem valósult meg
		- Miskolci kórházak szakmáscseréje	Megvalósult (sebészet)
	A/2 Kiadások csökkentése	- Szülészeti áthelyezése, az épület funkciója megszűnik	Megvalósult
		- Az egyik nővérszálló, Központi Raktár épület funkciójának megszűnése	Részben valósult meg
		- Veszeteseg osztályok ágyzárnának lecsökkentése	Ágyzárnacsökkentés megvalósult
		- Gyógyszer, kötszer, fertőtlenítőszer kiadások csökkentése. Rendelés szigorítása.	Megvalósult
		- Szolgáltatások mennyiségének csökkentése (mosás, étkezés, takarítás, szállítás, őrzés-védelem, kézbézszer, FMC)	Részlegesen megvalósult
		- 100 millió forint/év feletti beszállítói és szolgáltatói szerződések újratárgyalása.	Megvalósult, részleges eredmény
		- Tokaj, Mezőkövesd, Özd ellátási területe kerüljön vissza B.-A.-Z. megyei keretek közé a szűkös HBSCS-vel	Megvalósult
		- Úres épületek, telkek (5 db) értékesítése, hasznosítása	Folyamatban
		- Minimumrendelést hatályon kívül helyezés	Nem valósult meg
		- Szakmai Kollégiumok hatáskörének újraszabályozása.	Nem valósult meg
B.) ágazati intézkedést igénylő (EMMI-Egészségügyi Államtitkárság)	B/1 Bevételek	- Bizonyos hosszútávú szerződések újratárgyalása.	Nem valósult meg
		- A nagy értékű technológiák szerviz költségei kerüljenek a BackOffice-ba.	Nem valósult meg
		- Beruházások, felújítások költségét ne az OEP kaszából fizessék.	Nem valósult meg
		- Nagy kiserelésű gyógyszerek alkalmazása a Kórházakban. A gyógyszer árának 10-20%-a a csomagolás, mely megakadályozható lenne ezáltal.	Nem valósult meg
		- A labor kassza TVK-jának emelése vagy a beküldő (házi orvos) lehetőségeinek kvóta formájában való korlátozása, esetleg a túl sok laborot generáló háziorvosok „bűntetése” emiatt.	Nem valósult meg
	B/2 Kiadások csökkentése	- Közalakított törvény hatályon kívüli helyezés, teljesítményarányos bérzés bevezetése.	Nem valósult meg
		- Kázinobarcai aktív ellátásának megszüntetése, szülészeti és sebészeti Megyei Kórházhoz tartozó, Izsófalva bezárása.	Nem valósult meg
		- Szikszói Kórház bezárása. Sátoraljai helyi Kórház sürgősségi kórházra alakítása.	Nem valósult meg
		- Özd, Sátoraljai helyi, Kázinobarcai a B.-A.-Z. Megyei Kórház Telephelye legyen	Nem valósult meg

3. ábra

A B.-A.-Z. Megyei Kórház menedzsment 2015-re vonatkozó intézkedési tervének kivonata. Saját kidolgozás.



4. ábra

TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 – „Szervezeti hatékonyság az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” elnevezésű projekt, BSC dimenziók

szervezet stratégiájába illeszthető, a stratégia minden elemét lefedő, és mutatószámain keresztül a megvalósulás mérését lehetővé tevő, illetve a visszacsatolásokon keresztül a tanulást elősegítő eszközöket tartalmaz.

A 4. ábrán a TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001-„Szervezeti hatékonyság az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” elnevezésű projekt Stratégiai munkacsoportja által kialakított BSC dimenziók láthatók.

Az BSC egészségügyi alkalmazhatóságáról számos tudományos munka készült, zömmel angol nyelven. Robert Kaplan, a Harvard Business School professzora 2001-ben írt először cikket arról, hogy az általa kidolgozott rendszer alkalmas-e az egészségügyben történő alkalmazásra. Ezt követően számos cikk jelent meg e témában. Kaplan alapműnek tekinthető publikációi bemutatják a stratégiai teljesítménymérést [15], a Balanced Scorecard alkalmazását az egészségügyi ellátó szervezeteknél [16]. Javaslatot ad, hogyan oldjuk meg az egészségügy költség-krízisét [17], hogyan kellene fizetnünk az egészségügyi ellátásért [18], valamint bemutatja hogyan nem csökkenthetők az egészségügyi kiadások [19].

A Kaplan-Norton szerzőpáros szerint fontos alapelv, hogy míg a profitorientált szervezeteknél a pénzügyi mutatók által meghatározottak fogalmazhatóak meg fő célként, addig a non-profit szervezeteknél a pénzügyi nézőpont nem cél, hanem korlát.

Mivel előre meghatározott költségvetés szerint gazdálkodnak, ezért a siker meghatározása nem történhet a kijelölt pénzügyi mutatók elérésével. A sikert és a fejlődést abban lehet mérni, hogy mennyire tudják kielégíteni a „vevők”, a páciensek igényeit, elérni az ez irányban megfogalmazott missziójukat.

Másik fontos megállapításuk [20], hogy „ha egy szervezet értékének több mint 75%-át adják az immateriális javai, akkor stratégiájának alakítását és végrehajtását kifejezetten az immateriális eszközök mozgósításának és összehangolásának kell szentelni”. Az immateriális javak Kaplan és Norton megfogalmazásában a következők: emberi tőke, információs tőke és szervezeti tőke. Lényeges megállapítás mindezen kívül, hogy nem növekvő költségvetési keret esetén úgy javíthatják a költséghatékonyságot, hogy javítják az egyes működési folyamatok hatékonyságát. Ezen alapelvek és az immateriális javak az egészségügyben legélesebben a betegellátó intézmények szintjén meghatározóak. Tudományos összehasonlítások szerint a magyar kórházak működése között jelentős, 20-25%-os hatékonyság különbségek is előfordulnak, amely alapján felvethető az egyes intézmények stratégiai és operatív menedzsmentjeinek hatásosság és hatékonyság különbsége [21].

A kórházak startégiái menedzsmentjei a BSC alkalmazásával átlátható, mérhető, hatékony és karcsú rendszert hozhatnak létre. Ennek tükrében az alábbi fontos szempontokat lehet átgondolni:

A emberi erőforrás stratégiát le kell bontani konkrét akciótervekre. Felül kell vizsgálni a meglévő emberi erőforrást és a képzés szükségességét – a meglévő humán erőforrás mennyiségi és minőségi szempontból elegendő-e a feladat-

hoz. Meg kell határozni az erőforrásokat, amely szükséges a megfelelő számú és képzett munkaerő megszerzéséhez.

Meg kell határozni a stratégiai munkaköröket. A stratégiai munkakörökben a megfelelő képzettségű és képességű munkatársak alkalmazása alapvető fontosságú. Felül kell vizsgálni a meglévő humánpolitikai szervezetet – szükség van-e képzésre, fejlesztésre, szervezeti átalakításra. Amennyiben bármely szempont belső erőből nem oldható meg, ebben az esetben térségi-központi beavatkozás szükséges.

A kommunikációs stratégia megvalósítása során át kell vizsgálni az információ áramlás szabályozottságát, irányíthatóságát – befolyásolhatóságát.

Meg kell határozni, szükség esetén átalakítani a külső és belső kommunikációs eszközöket, csatornákat, az alapvető kommunikációs szabályokat. Átláthatóvá kell tenni, hogy honnan, milyen formában, milyen jogosultsággal és hová érkezik az információ, eléri-e a célját. Biztosítani kell az adatbiztonság és validitás folyamatos megvalósíthatóságát. Az információs technológia hardver és szoftver állományának áttekintése, értékelése, szükség esetén fejlesztése elengedhetetlen.

Át kell tekinteni, hogy az információk kezeléséhez létezőnek-e megfelelő szervezeti keretek – jogszabálykövetés, a releváns információk körének időszakos áttekintése, a kommunikáció fejlesztése, oktatás, imázsépítés. Mindez az egészségügy perspektívája, jövő generációk megnyerése szempontjából sürgős és fontos.

A szervezet kialakítása során meg kell határozni a szervezet méreteit, átláthatóság, hatásosság és hatékonyság szerint a működési folyamatait. Meg kell vizsgálni, hogy minden szervezeti szinten hatékony-e a koordináció és kooperáció, a szervezet állandósága és a külső vagy belső kihívásokhoz igazított változtatások aránya megfelelő-e.

A működési folyamatok felülvizsgálatára megfelelő számú és képzettségű emberi erőforrást kell összpontosítani. Ki kell alakítani, vagy felülvizsgálni és frissíteni az ellenőrzés módjait, biztonságát és hatékonyságát. Vizsgálni kell a szervezeti kultúra egyes jellemzőit, és szükség szerint ki kell dolgozni a változtatási irányokat. Ebben a megközelítésben az alábbi kérdések megválaszolásával még közelebb juthatunk a megvalósításhoz, illetve a szükséges lépések megtételéhez.

• **Hogyan lehet mérni az egészségügyi szervezet immateriális javait?**

Kaplan-Norton szerint az immateriális eszközök értéke nem abból adódik, hogy mennyit érnek, vagy mennyi pénzt költöttek fejlesztésükre, hanem hogy mennyire összehangoltak a szervezet stratégiai prioritásaival. Párhuzamot vonnak a materiális javak likviditási mértéke és az immateriális javaknak a „stratégiai rendelkezésre állása” között. Minél nagyobb a rendelkezésre állás, annál intenzívebben járulnak hozzá az érték (pénz) létrehozásához.

Az alkalmazottak végzettsége, képzettsége, összehangoltsága, a kommunikáció, a motiváló szervezeti kultúra, a hozzáértő vezetés, a stratégiai munkakörök minőségi betöltöttsége utalhat a szervezet immateriális javainak értékére.

• Hogyan lehet befektetni az immateriális javakba, hogy a hosszú távú eredmények felé induljunk el?

Az intézményi stratégiának megfelelő stratégiai munkaköröket ki kell emelni, megfelelően képzett munkaerőt alkalmazni, képezni és továbbképezni. Ki kell dolgozni a teljesítmény mérés és teljesítmény alapú forráselosztás módszertanát, hatékony ösztönző és érdekeltiségi rendszereket. A kommunikációs stratégiában prioritásként kell kezelni az imázs építést. A szervezeti kultúra fejlesztését előtérbe kell helyezni.

• Miért fontos a kiegyensúlyozott mutatószám rendszer alkalmazása a célok eléréséhez szükséges stratégiák kidolgozásában?

Az általános meghatározáson túl azért, mert folyamatos gondolkodásra és ciklusos változtató-javító munkára ösztönöz. Alkalmazása során minden működési területet figyelembe kell venni.

Pénzügyi oldal: keresni a hatékonyság fokozásának lehetőségeit, azok eszközeit, amelyek nem szabnak gátat a további fejlődésnek – pl. háttérszolgáltatások (back office) egyéb formáinak vizsgálata költséghatékonyság szerint (outsourcing, captive center, shared service), szakmai fejlesztések – pl. kontrolling további fejlesztése.

Immateriális javak területén: összekapcsolás a stratégiával, „stratégiai rendelkezésre állás” meghatározása minden immateriális eszköz alapegységeinél (pl. egyes munkakörök, IT eszközök, szervezeti tulajdonságok).

Belső folyamatok területén: BPR (Business Process Reengineering: Üzleti folyamatok újjáalakítása) jellegű átvizsgálás és a szükséges elemek cseréje, javítása, kockázat szerinti átvizsgálás.

„Vevői érték” területén: kiegyensúlyozott minőség, folyamatos fejlődési utak keresése.

AZ IMMATERIÁLIS JAVAK FIGYELEMBE VÉTELE A STRATÉGIAI MENEDZSMENTBEN – BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÓRHÁZ

A fentiek eredményeképpen a B.-A.-Z Megyei Kórház menedzsmentje a BSC módszertan alapján elkészített stratégia megvalósítását az immateriális javakat előtérbe helyezve kezdte el. Az alábbiakban néhány példa olvasható, amelyek bemutatják a törekvéseket.

Emberi erőforrás

A középvezetői réteg 2 év alatt megújult, valamint belső pilot programként elindult a duális vezetés, mint hatékonyabbnak vélt vezetési módszer megvalósítása, amely számos tapasztalatot hozott. A hagyományos felfogás szerint egy kórházi osztály vezetőjének meg kell osztania erejét és idejét a szakmai és szervezési-irányítási feladatok között. A mai kor követelményei mindkét feladatkörben professziona-

litást várnak el. Ennek teljesítése egy személy képességeit, idejét és lehetőségeit is meghaladja. Ezért dolgoztuk ki azt a módszert, hogy egy kórházi osztályt egy szakmai és egy menedzser vezető irányít. A szakmai vezetőnek elsősorban az orvos szakmával, a menedzser vezetőnek pedig az ügyvezetéssel, szervezéssel, irányítással kell foglalkoznia. Az alábbi néhány példában bemutatjuk, hogy a két éves pilot programot az adott területen miért ítéltük sikeresnek. Az első számú orvos szakmai vezető rendszerbe foglalta a magas szintű betegellátáson kívüli fő feladatait, a konzultációs, oktatási, továbbképzési feladatokat. A rendszeres oktatás és konzultációk a szervezeti egység valamint a teljes kórház kollektív tudását növeli, a szakmai minőséget fejleszti. Vele együttműködésben a menedzser vezető átvizsgálta és újrászabályozta a folyamatokat. Ezt a tevékenységét folyamatosan végzi. A munkaerő megtartása érdekében teljesítménymérést és a teljesítménnyel arányos kiegészítő díjazást, ösztönzőrendszerrel dolgozott ki, vezetett be és működött. Fokozatosan fejleszti a betegellátó szint tervezési és ellenőrzési gyakorlatát. Folyamatos kockázatelemzés és kezelés jellemzi. A felsővezetéssel kapcsolatot tart az integráció érdekében.

A sikerhez hozzájárultak a megfelelő személyi képességek és ambíciók. A kórház vezetése a kialakított rendszer elemzése után azt a következtetést vonta le, hogy a programot folytatni kell. Ennek alappillére a megfelelő személyek megtalálása és képzése.

A személyi megújítás a felsővezetői réteget is érintette. A szakmai irányításba új, külső vezető érkezett, aki az eddigi mechanikus működést dinamizálta. A stratégia fontosságát felismerve, a BSC módszertant ismerő, ambíciózus vezetővel egészült ki a stratégiai menedzsment.

Az oktatásnak és továbbképzésnek új formáját alakítottuk ki. A Kórház a Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar Gyakorlati Módszertani és Diagnosztikai Intézet Kihelyezett Intézeti Tanszéke lett. Bővítettük az oktatásra alkalmas helyiségek körét és felszerelését. A gyakorlati oktatás rendszerét új alapokra helyeztük, meghatároztuk a gyakorlati oktatók számát, feladatait.

Szervezet

A TIOP 2.2.7 pályázat elvei mentén kialakított intézeti struktúra megvalósítása, valamint a kórházak közti szakmacserék, szakmai harmonizáció következtében az új szervezeti egységek és szervezeti kultúrák integrálása után a kórházi működési folyamatok teljeskörű felülvizsgálatát határoztuk el. Mind a betegellátó, mind a háttér osztályok működési folyamatainak felülvizsgálata elkezdődött 2016-ban. A felülvizsgálatot gazdaságossági, hatékonysági és szakmai elvek mentén újraszabályozás követi. Az eddigi tapasztalatok – orvostechológiai berendezések üzemeltetésének folyamata, beszerzések folyamata – alapján számos hiányosságot javítottunk, így csökkentettük a bürokráciát, tisztáztuk a függelmi viszonyokat, kiküszöböltük a párhuzamosságokat. Egyúttal tartalékokat tártunk fel a személyi képes-

ségek terén. Mindezek alapján a következtetés az, hogy a folyamat újraszabályozást a szervezet egészén végig kell vinni.

Kommunikáció

Felismertük a helyes kommunikáció és megfelelő kommunikációs csatornák alkalmazásának szükségességét és pozitív hatását. 2016-tól a kórházi imázs megújítása kezdődött el, amely egy új arculat kialakítását és a kommunikációs stratégia fejlesztését jelenti. Az egységes arculat jelzi az összetartozást, az egymásra utaltságot és az együtt gondolkodást. A menedzsment célja ezzel az, hogy erősítse a szervezet iránti elkötelezettséget.

A kommunikációs stratégiában régi és új elemeket használunk fel. A figyelmet a modern kommunikációs csatornák mellett (honlap, közösségi oldalak) a Csillagpont Rádióra összpontosítjuk, amely országos viszonylatban egyedülálló, mindenki számára érthető kommunikációs eszköz a betegek

és a dolgozók nevelése-tájékoztatása érdekében. A menedzsment fő célja a pozitív kommunikáció erősítése.

Mindezen fejlesztések kezdeti lépései a bemutatott egészségügyi szervezeti kultúrát érintő paradigmaváltásnak.

KONKLÚZIÓ

Az egészségügyi ellátó intézmények működésének hatékonyabbá tételéhez alapvető a megfelelő stratégia kialakítása és megvalósítása. Az egészségügyi rendszerben érdemi fejlődést, stabilitást akkor lehet elérni, ha minden ellátó egység átlátható folyamatokkal rendelkezik, stabil gazdálkodást folytat, a teljes rendszer stratégiája egységes, átgondolt, megvalósítható, és az egészségügy strukturális, finanszírozási és irányítási rendszerei hatékonyak.

Évtizedek óta az egészségügyi reform főként a (fizikai) infrastruktúra átalakításáról szól. Az immateriális javak jelentősége háttérbe szorult. A Balanced Scorecard módszertan szerint a jelentőségük bizonyított.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Hegedűs M: Az egészségügy intézményi rendszerében végbement és folyamatban lévő integrációs folyamatok gazdasági hatásainak értékelő elemzése, 2015., PhD disszertáció
- [2] Dr. Boncz I: Egészségpolitikai esettanulmányok, 2015, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- [3] Magyar Kórházszövetség: Miből él a magyar orvos? 2012.
(http://www.korhazszovetseg.hu/archivum/mibol_el_a_magyar_orvos_)
- [4] Lepp Gazdag A: Néhány gondolat a magyar egészségügy reformjához, 2004, 7. oldal
<http://vmek.oszk.hu/04400/04426/04426.pdf>, megtekintve 2017.02.10.
- [5] Simon Kis G: Egészségügyi reform 2008, Gyógyszerár, VII. évf. 1. szám, 4-5 oldal.
- [6] Rácz Jenő interjú: Hogyan hat a gazdasági válság a magyar egészségügyre? 2013, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 51. évf. 1. szám 17-18. oldal.
- [7] Sinkó E: Az egészségügyi rendszer működése az elmúlt négy évben 2014. Egészségügyi Gazdasági Szemle 52. évf. 2-3 szám. 2-4 oldal.
- [8] Csiba G: A Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület javaslatai, 2010.
http://medicalonline.hu/cikk/a_strategiai_szovetseg_a_magyar_korhazakert_egyesulet_javaslatai
- [9] Újraélesztett egészségügy – Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2010.
- [10] „Egészséges Magyarország 2014-2020”, Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2014.
- [11] Ónodi-Szűcs Z: A Semmelweis Terv margójára, Vitairat, 2011, Medical Tribune
- [12] TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001-„Szervezeti hatékonyság az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” projekt
- [13] Rigby D, Bilodeau B: Bain's Management Tools and Trends Survey, 2009
- [14] Kaplan, Norton: Balanced Scorecard. Eszköz ami mozgásba hozza a stratégiát, 2000.
- [15] R.S. Kaplan Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations – Nonprofit Management and Leadership, 2001.
- [16] Inamdar N, Kaplan RS, Reynolds K: Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations/ Practitioner's Response, Journal of Healthcare Management, 2002.
- [17] Kaplan RS, Porter ME: How to solve the cost crisis in health care, , Harvard Business Review, 2011.
- [18] Porter ME, Kaplan RS: How should we pay for health care? Geography, 2014.
- [19] Kaplan RS, Haas DA: How not to cut health care costs, Harvard Business Review, 2014.
- [20] Kaplan RS, Norton: Stratégiai Térképek. Hogyan alakulnak át az immateriális javak pénzügyi eredménnyé? Panem Kiadó, 2002.
- [21] Dózsa Cs: A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es években – 2010, PhD értekezés

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Oktató Kórházban. Stratégiai menedzsmenttel 2012 óta, a

Dr. Buda Klára Miskolcon született, a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen 1999-ben szerzett általános orvosi diplomát. 2006-ban a Miskolci Egyetemen orvos-közgazdász szakképesítést kapott. 2006-tól rezidensként, 2010-től radiológus szakorvosként dolgozik a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi

Miskolci Egyetem Vállalkozáselmélet és Gyakorlat Doktori Iskola doktoranduszaként foglalkozik behatóbban. 2014 óta tanársegédként a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karán oktat. 2015-től vezeti a B.-A.-Z. Megyei Kórház Klinikai és Intervenciós Radiológiai Centrumát. 2016-ban egészségügyi menedzser specialista szakképesítést szerzett a Corvinus Egyetemen. 2016-ban Intézete stratégiai igazgatóhelyettesének nevezték ki. Ebben a funkciójában a kórház orvosi műszer gazdálkodásának irányítója. Fentiek mellett gyakorló radiológusként is dolgozik.



is. Számos társadalmi megbízatásnak tesz eleget. A Magyar

Dr. Csiba Gábor főigazgató főorvos a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház vezetője. Egészségügyi menedzser, jogi szakokleveles orvos és szakközgazdász, a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Intézetében részmunkaidős főiskolai docens. A kórház irányítása mellett jelentős szerepet vállal a civil szférában

Máltai Szeretetszolgálat Miskolci Csoportjának helyi vezetője, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Közgyűlés tagja, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Önkormányzat Egészségügyi Bizottságának és az Észak-magyarországi Regionális Egészségügyi Tanácsnak is elnöke. A 2009-ben megalakult Stratégiai Szövetség a Magyar Kórházakért Egyesület létrehozásában kiemelkedő szerepet játszott, az egyesület elnökeként mindent megtesz annak érdekében, hogy az egészségügyi intézmények működőképessége továbbra is fennmaradjon.

Lufikkal a beteg gyerekekért

Jókívánságokkal teli lufik repültek fel a Klinikán a betegek világnapja alkalmából. A „Hallják meg az égiek kívánságainkat!” rendezvényen egészséges és beteg gyerekek közösen hívták fel a figyelmet a gyermekgyógyászat fontosságára.

„Sok egészséges és boldog percet kívánok!” – ilyen és ehhez hasonló üzenetekkel teli lila lufik repültek fel a Debreceni Egyetem Gyermekhematológiai-Onkológiai Tanszéke előtt február 14-én délelőtt. Az egyetem óvodásai, valamint a tanszék korábbi és jelenlegi betegei mintegy 200 lufit engedtek el.

– „Az észak-alföldi régióban nincs másik ilyen intézmény, mint a miénk. Ennek megfelelően évente úgy 100-120 új beteg kerül be hozzánk” tájékoztatót Kiss Csongor tanszékvezető. Nagobbik felük leukémiás daganatos megbetegedéssel, kisebbik felük pedig súlyos vérzékenységgel, vérszegénységgel. Utóbbiak döntő többségét meg tudják gyógyítani, a daganatos betegségben ma Magyarországon körülbelül 80 százalékos a sikerarány, amit a tanszékvezető nagyon szép eredménynek tart.

– „Nyilvánvalóan nem lehetünk ezzel elégedettek, még akkor sem, ha korábban ez az arány pont a jelenlegi reciproka volt, vagyis 20 százalék volt a gyógyulási arány. Nem csak a magyar gyermekonkológusok, hematológusok, hanem a külföldi szakemberek közössége is arra törekszik, hogy a következő néhány évtized alatt éppoly kevésbé lehessen belehalni gyerekkori daganatos betegségbe, mint akár egy tüdőgyulladásba” hangsúlyozta Kiss Csongor. Elmondta: az osztályon a létszám mindig változó, de általában 13-15 gyerek a fekvőbeteg, a napi szakrendeléseken pedig körülbelül 30-an vannak.

A tanszéken működő Leukémiás Gyermekekért Alapítvány már 27. éve támogatja a tanszék munkáját, illetve a jótékonyági események szervezéséből is kiveszik a részüket.

– „Mivel az alapítvány tagjai is itt dolgoznak, azonnal látjuk, mire van szükség, miben kell segíteni, az egyszer használatos eszközöktől kezdve a tisztítószereken át a komfortos szobákkal bezárólag” – sorolta Hetey Attiláné.

Az alapítvány kuratóriumi tagja elmondta: az alapítvány bevételeinek a döntő többsége az adók 1 százaléka, de vannak rendszeres támogatók is, akik között nem csupán helyi vállalkozásokat találni, hanem a Debreceni Egyetem hallgatói is rendszeresen adakoznak. Hozzátette: a külföldi egyetemisták is milliós nagyságrendben gyűjtenek a számukra, így az éves költségvetésük 30-35 millió forint körül is mozoghat.

Sajtóiroda – SBD