

Az IME XVII. Vezetői eszköztár – Controlling Konferenciáról jelentjük

2. rész: Controlling-vezetői eszköztár

Az IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2017. december 7-én tartotta XVII. Vezetői Eszköztár – Controlling Konferenciáját. Jelen összefoglaló a controlling és vezetői eszköztár témájában elhangzottakat foglalja össze.

KONTROLLING

Répás Csabáné controlling főosztályvezető (ÁEEK) a fenntartó szemszögéből tekintette át az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények controlling adatszolgáltatását. Mint elmondta, 2016-ban sikeresen megtörtént az egységes elvekre épülő osztályos controlling rendszer kialakítása a fenntartott intézményekben. Az ÁEEK több mint 200 részletes elemzést végzett, kiértékelve, hogy az egyes intézmények milyen mértékben feleltek meg a módszertani elvárásoknak. 2017 első két negyedében a kórházak döntő hányada határidőre és további elemzésre alkalmas minőségben szolgáltatott controlling adatot az ÁEEK részére, csupán 8-9 intézménynek volt további segítségre szüksége. Az ÁEEK egyrészt az adatszolgáltatás formai és tartalmi követelményeinek való megfelelést, másrészt az adatok és az egyeztető híd egyezőségét vizsgálta. Mi történt 2017-ben? Szigorították a vetítési alapokat, jelentősen csökkent a határidő módosítást kérő intézmények száma, és az ÁEEK igyekezett minél gyorsabban reagálni az adatszolgáltatásokra. Az év folyamán az ÁEEK Controlling Osztálya továbbfejlesztette az elemző programot, adatszűrés és értékelést végzett, aggregált adatokat nyert ki, majd azokat elemezte. A kontrollerek számának növelése helyett bevonták a munkába a Térségi Igazgatóságok (TIG) munkatársait, akiket ezt megelőzően oktatásban részesítettek. Az ÁEEK Controlling Osztálya a TIG-ekkel együttműködve kezdte meg azt a közös munkát, amelynek célja az adatok összehasonlítása, elemzése és visszamutatása az intézmények számára. Répás Csabáné bemutatta azt az első, intézmények számára készített, jelszóval leírható visszamutatást, amely a teljesítmény, a gazdálkodás és a controlling témakörét öleli fel. Végezetül felhívta a figyelmet arra, hogy az ÁEEK elsősorban a beavatkozást igénylő területekre kíván összpontosítani. Nem a szankcionálás a célja, hanem az információk visszamutatása, és az intézményekkel való közös gondolkodás az előbbre lépés lehetőségeiről.

Török Attila kereskedelmi igazgató (Orgware Kft.) az átlagbér változásának controlling szemléletű feldolgozásáról tájékoztatót. Előadásában egy reprezentatív, 53 839 munkavállaló béradatait feldolgozó felmérés eredményeit mutatta be. Az EGVE felmérés az Egészségügyi Törvényt megelőző és a jelenlegi átlagbéreket vizsgálta, 55 intézmény által visszaküldött kérdőívek alapján. A tanulmány mind az egészségügyi, mind a gazdasági, műszaki és ügyviteli területen dolgozó munkavállalók

tekintetében elemezte az átlagberek változását 2012-2017 évben, régióként összesítve.

Ifj. Bakallár Sándor ügyvezető (BSoft Informatikai Kft.) általános controlling helyzetáttekintést nyújtott, számba véve a controlling 2014-től napjainkig tartó fejlődését kronológiai sorrendben. Mint ismert, 2016-tól minden ÁEEK fenntartású egészségügyi intézmény számára kötelező a kézikönyv szerinti működő egységes controlling rendszer üzemeltetése és a negyedévenként történő adatszolgáltatás az ÁEEK felé. 2017 januárjában megtörtént a kézikönyv kiegészítése (például a vetítési alapok, mértékegységek, ÁFA stb. tekintetében). A kezdő kontrollerek sokat fejlődtek, és az „újonc” intézményekben is kialakult a megfelelő gyakorlat. A controller szakma ma is hiányszakmának számít, és egyre inkább felértékelődik, az intézmények 10-15 százaléka outsourcing szolgáltatást vesz igénybe. A monitoring rendszerben újabb, még pontosabb indikátor-értelmezés készül az egységesítés, összehasonlíthatóság jegyében. A béradatok kapcsán az előadó felhívta a figyelmet arra, hogy ha azok helytelenek, akkor a controlling is invalid lesz. Pontos bér-allokációra sem a HR-nek, sem a számvitelnek nincs szüksége, azonban a controllernek annál inkább, aki ezért célszerű részt vennie a bérfeldolgozási gyakorlatban. Fontos a precíz bér-allokáció, a fix és változó bérelemek elkülönítése. Cél, hogy a controllingot ne csak kötelező adatszolgáltatásnak tekintsék az intézmények, hanem fejlesszék annak belső felhasználását. Van jó példa olyan érdekeltségi rendszerre, amelyben a premizálás alapja a controlling.

Kovácsné Balogh Ildikó osztályvezető (Békés Megyei Központi Kórház Döntéselőkészítési osztály) az intézményben kialakított egységes controlling rendszert és annak működését mutatta be. Mint elmondta, az eltérő controlling hagyományokkal rendelkező Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház és Dr. Réthy Pál Kórház Rendelőintézet 2016. április 1-jével megvalósult integrációját követően egységes, az intézmény hatékony működését támogató rendszer kialakítására törekedtek. A rendszer kiépítése során egyszerre jelentett okot és nehézséget a két kórház eltérő szakmai és gazdálkodási gyakorlata. Az előadó bemutatta a controlling tevékenység kialakításának lépéseit, a megvalósult rendszer segítségével lefolytatott osztályos egyeztetések gyakorlatát. Felvázolta azokat a jövőbeni feladatokat is, amelyekkel biztosítható a vezetői információs rendszer komplex működése.

Valid adatok nélkül a controlling nem tudja teljesíteni a feladatát, különösen igaz ez az esetszintű controlling esetén – világított rá előadása bevezetőjében **Dr. Vácidity József** főigazgató (Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet). A főigazgató olyan informatikai megoldással támogatott eljárásrendeket mutatott be, amelyek kiszolgálják az esetszintű controlling adatszükségletét. Kitért a közalkalmazotti és vállalkozói bérek szervezeti egységek közötti szétosztására, az esetszintű

gyógyszer- és szakmai anyag adatokra. Mint elmondta, minden lehetséges területen a GS1 szabványú vonalkódos rendszert alkalmazták. A kontrolling hozadéka – mondta –, hogy teljes körű felhasználási adatok állnak rendelkezésre minden beteg, gyógyszer és szakmai anyag tekintetében. A naprakész, gyógyítási időben rendelkezésre álló adatok nagyban segítik az ellátás hatékonyságát, az ellenőrzött felhasználás révén pedig kiküszöbölhetők a felesleges terápiák, és az illegális felhasználás is minimalizálható.

EGÉSZSÉGTURIZMUS

Az Új Széchenyi Terv prioritásként jelöli meg az egészségipart, melynek egyik – Magyarországon tradicionális – szegmense, az egészségturizmus kapcsán villantott fel néhány gondolatot **Dr. Dózsa Csaba** egyetemi docens (Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar), az IME szerkesztőbizottságának tagja. A Turizmusszervező szak és szakirány oktatójaként elmondta, hogy a témában szakdolgozatok is születtek már, amelyek szerzői közül többen jelen is voltak a konferencián. Előadásában Dr. Dózsa Csaba az egészségügy és a gyógyturizmus viszonyát a gyógyászati ellátások teljesítményének és finanszírozásának tükrében elemezte az OEP adatbázisa alapján. Felvázolta a gyógyászati ellátásokat szabályozó EüM rendeleteket, amelyek alapján a fürdőgyógyászati ellátás, az orvosi rehabilitációs ellátások közé tartozó gyógyászati ellátás – főként a krónikus traumatológiai, ortopédiai, neurológiai népbetegségek rehabilitációs – kezeléseit teszik ki a terület legnagyobb hányadát. Újabb szakterületek is bekerültek a csomagba, mint például a komoly orvos-szakmai háttérrel igénylő komplex tüdőgyógyászati ellátás. Az alaprendelet a természetes gyógytényezőket szabályozza, és kimondja, hogy csak az a szolgáltató nyújthat gyógyvíz jellegű terápiát, amely minősített gyógyvízzel, gyógyfürdővel rendelkezik. Az alapsomag tartalmazza az orvosi rehabilitáció keretében TB támogatással (80 százalékos térítési díjjal) igénybe vehető gyógyászati ellátások tételes listáját, amely az utóbbi években egyéb rehabilitációs célú gyógyászati ellátással (18 éves kor alatti csoportos gyógyítás) és egyéb gyógytényezőn alapuló gyógyászati ellátással (szén-dioxidos gyógygázfürdő) bővült. Az előadó kiemelte, hogy a 263 szerződötett szolgáltató 43,6 százalékának csupán egyféle ellátásra van szerződése (túlnyomórészt a 18 év alatti csoportos gyógyításra), és 133 fürdő rendelkezik tágabb szolgáltatási spektrummal.

Bemutatta a gyógyászati ellátások díjainak és kezeléseinek alakulását, valamint a gyógyászati ellátások belső megoszlásának változását 2009-2016 között. Rámutatott, hogy az intézmények hol járóbeteg, hol fekvőbeteg szakellátás keretében számolják el a szolgáltatásokat, sokszor ugyanazon beteg esetében is. Mint elmondta, a közgyógyellátás jogcím esetében főleg külső környezeti tényezők játszanak szerepet az igénybevétel csökkenésében, mivel ebben az időszakban a közgyógyellátásra jogosultak száma országosan is lecsökkent. A hagyományos, NEAK által támogatott gyógyászati ellátási piac beszűkült, a térítési díjak aránya a 8 évvel korábbi 35 százalékról 2016-ra 27 százalékra csökkent. A 2012-es ártárgyalást

követően 2013-ban 4,1 milliárd forintra bővült a kassa, 2014-ben 4,3 milliárdra, amit a betegek által fizetett térítési díjak összege nem követett hasonló arányban. Jelenleg a piac újrafelosztása zajlik: „dübörgő” megyének számít Jász-Nagykun-Szolnok, Somogy és Hajdú-Bihar Megye, míg a fővárosban és Vas, Zala Megyékben jelentős mértékben átalakult a szolgáltatások szerkezete, és az alulfinanszírozott közfinanszírozott tevékenység helyett a jól fizető külföldi vendégek ellátását részesítik előnyben. Az OEP azzal, hogy megemelte a kasszát, növelte az állami támogatás-részesedést, de a térítési díjakban ez nem tükröződött.

A Nemzeti Turizmus Fejlesztési Stratégia szerint: „A tradicionális – természetes gyógytényezőkre épülő – gyógyturizmus alapját és folyamatosan bővülő keresletét az egyre jobban előregedő társadalom, valamint a 21. századi civilizációs betegségek biztosítják, fő vendégkörét elsősorban az orvosi javallatra gyógykezelést igénybe vevő vendégek (betegek) jelentik.” A továbblépés irányait a kontrollcsoportos klinikai vizsgálatokkal alátámasztott gyógytényezőkön alapuló hatékony gyógyászati kúrák, rehabilitációs csomagok kidolgozása, a magasabb támogatási összeg elérése és a turisztikailag is vonzó, ütőképessé rekreációs csomagok kifejlesztése, nevesítése és értékesítése jelenti. Dr. Dózsa Csaba reményét fejezte ki, hogy ehhez kapcsolódóan további elemzéseket mutathatnak be az IME elkövetkezendő konferenciáin.

ELLÁTÁSSZERVEZÉS, FINANSZÍROZÁS

„Mi is a betegbiztonságért küzdünk!” – szögezte le előadása bevezetőjében a Semmelweis Egyetem Kútvolgyi Klinikai Tömb Kiemelt Ambulanciáját vezető **Dr. Janecskó Mária** egyetemi tanár, az Egynapos Sebészeti Kollégiumi Tagozat tagja. Az egynapos sebészet történetét áttekintve elmondta: 1909-ben J. Nicoll számolt be először egynapos sebészeti beavatkozásokról a British Medical Journal folyóiratban, majd – elsősorban az USA-ban – egyre több ambuláns sebészeti részleg kezdte meg működését. 1995-ben megalakult a Nemzetközi Egynapos Sebészeti Társaság (International Association for Ambulatory Surgery, IAAS), amelynek a Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Társaság is a tagja, és egy hazai kolléga, G. E. Mohamed két éven keresztül az elnöke volt. Változás állt be az idevonatkozó definíciók terén: az a kritérium, hogy a beteg 23 órán belül távozik a beavatkozást végző intézményből, már a múlté. Mára ez az időintervallum 12 órára módosult (ambulatory surgery), a 23 órás ellátás pedig a kiterjesztett egynapos sebészetet (overnight stay) jelenti nemzetközi szinten. Az egynapos sebészet szervezeti formái közül a magyar szakma az intézeten belüli integrált formát támogatja, valamint a független, önálló ambuláns sebészeti centrumot.

Miért nem tud elterjedni Magyarországon az egynapos sebészet? – tette fel a kérdést az előadó. Azért, mert még mindig megoldatlan a posztoperatív ellátás. Sok országban jól működik a kórházi hotelszolgáltatás, az ambuláns obszerváció, a különálló szakfelügyelettel rendelkező motel és otthoni nővéri felügyelet, hazánkról azonban sajnos ez még nem mondható el. Márpedig – mutatott rá Dr. Janecskó Mária – ha nem bizton-

ságos a posztoperatív ellátás, akkor az egynapos sebészet sem az, ezen a téren tehát bőven akad teendők. Az egynapos sebészet – bár indulása a múlt század elejére datálódik – a XXI. század kihívása. Egyre időigényesebb és invazívabb sebészi beavatkozásokat végeznek ebben az ellátási formában, és mind több kísérő betegséggel rendelkező, idős beteg kerül egynapos sebészeti műtetre. Finanziális előnyt jelent, hogy az egynapos sebészet kisebb létszámú személyzetet és ágyat igényel, szűkíthető az infrastruktúra, és csökkenthetőek a műtét előtti vizsgálatok. Nem kevésbé fontos a pszichológiai hozadék: rövidül a várakozási idő, csökkennek a kórházi pszichés szövődmények, mérséklődik a nozokomiális infekciók valószínűsége, ezért a beteg gyorsabban visszakerül a mindennapi életbe. Az egynapos sebészet terjedésének gátja a megbízhatóság megoldatlansága, bizonyos gazdasági tényezők, valamint az egynapos sebészet végzésére alkalmas létesítmények hiánya. Dr. Janecska Mária hangsúlyozta: az egynapos sebészet egyenértékű a költséghatékony, minőségi betegellátással, ahol elsődleges szempont a megbízhatóság garantálása. Fejlődésének feltétele a kormányzati támogatás, az új módszerek (high-tech) bevezetése, az új gyógyszerek (például az újgenerációs alvadástgátlók) alkalmazása és az oktatás. Örömteli fejlemény, hogy a kormány döntése alapján uniós forrásból egynapos sebészeti ellátási központok kerülnek kialakítására. A Szakmai Kollégium azon dolgozik, hogy egynapos sebészeti ellátási teamek alakuljanak, és az ellátás olyan egynapos sebészeti centrumokban történjen, ahol aneszteziológiai ambulancia van, a beteg 24 órás ellátása biztosított, a posztoperatív felügyeletet az intézet nővérei látják el, és a hosszú távú követés is megoldott. A nemzetközi

trendekkel egyezően a szakma azt javasolja, hogy az egynapos sebészeti ellátás alapértelmezett ellátási forma legyen, és az elektív beavatkozások 75 százalékát egynapos sebészet keretében végezzék.

Dr. Reiter József főigazgató (Betegápoló Irgalmasrend, BIK, Budapest) az egyházi kórházak finanszírozásába nyújtott betekintést, amelynek teljes anyaga lapunkban cikk formájában olvasható.

VEZETŐI ESZKÖZTÁR

Dr. Papik Kornél ügyvezető igazgató (Budai Egészségközpont Kft.) a stratégiai mutatószámrendszer kialakításának és alkalmazásának lehetőségeit tekintette át. Mint elmondta, a szervezetek megfelelő irányításához számos, különböző területről származó információ és gyakran ad hoc jelleggel érkező, nem feltétlenül rendezett adat folyamatos elemzése, értékelése szükséges. Az egyes adatsorok mennyisége és azok értelmezése már önmagában is nehézséget okozhat, de a legnagyobb problémát az jelenti, ha nem áll rendelkezésre minden releváns elemzés, illetve azokat nem veszik teljes mértékig figyelembe a döntéshozatal során. Az előadó gyakorlati példán keresztül mutatta be, hogy a gazdasági-pénzügyi adatokon túl milyen egyéb területeket is érdemes folyamatosan mérni és elemezni annak érdekében, hogy a szervezet a stratégiájában megfogalmazott hosszú távú célok mentén haladjon. A bemutatott elemző rendszer az adatokat könnyen elérhető formában, összefüggéseiben teszi hozzáférhetővé.

Munkatársunktól

Meghatározzák a leggyakoribb magyarországi daganatos betegségekre jellemző onkogenetikai eltéréseket a hatékonyabb terápia alkalmazásához

A Semmelweis Egyetem, az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a 3DHISTECH Kft. szakemberei feltérképezik a Magyarországon leggyakrabban előforduló daganatok hazai betegekre specifikus onkogenetikai eltéréseit, hogy így tudják kifejleszteni a leghatékonyabb kezelési és diagnosztikus módszereket.

Az onkogenetika a különböző tumorokban előforduló, terápiás célpontként használható genetikai eltérések vizsgálatával foglalkozik.

A magyar onkogenom és személyre szabott daganatdiagnosztika és -terápia nemzeti program célja a leggyakrabban előforduló hazai daganatok (emlőrák, vastagbélrák, melanoma, tüdőrák, valamint hematológiai, urológiai és májdaganatok) részletes molekuláris genetikai jellemzése, a hazai betegségekre specifikus eltérések azonosítása, ezáltal pedig a korai diagnosztikához, a követéshez, valamint a hatékony kezeléshez szükséges eljárások kifejlesztése. A kutatáshoz szükséges technológia- és műszerfejlesztés is része a projektnek. A munkának különös jelentőséget ad, hogy Magyarországon magas a daganatos megbetegedések okozta halálozások aránya.

A NVKP_16-1-2016-0004 számú projekt a Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból biztosított 1,46 milliárd forintos támogatással, a nemzeti versenyképességi és kiválósági program kiemelkedő halálozási kockázattal járó betegségek gyógyításának eredményességét lényegesen javító nemzeti alporgram finanszírozásában valósul meg.

A projektben a Semmelweis Egyetem patológiában és onkológiában érintett intézetei és klinikái, az Eötvös Loránd Tudományegyetem bioinformatikai munkacsoportja és az orvosdiagnosztikai eszközöket fejlesztő 3DHISTECH Kft. vesz részt. A konzorcium vállalta egy külföldön dolgozó magyar kutató hazahívását és alkalmazását is.

Meghatározzák a leggyakoribb magyarországi daganatos betegségekre jellemző onkogenetikai eltéréseket a hatékonyabb terápia alkalmazásához.

Bővebb információ a www.semmelweis.hu oldalon olvasható.