

A csornai szervezésű irányított betegellátási modell

Dr. Krizmanich Mária, Juhász Gábor, Margit Kórház, Csorna

Az elmúlt tíz év jelentős társadalmi, gazdasági változásai után erőteljes, új társadalmi igényként jelentkezett az életminőség változásának igénye. Ez társadalmi szinten úgy fogalmazódik meg, hogy az emberek jobb színvonalú egészségügyi ellátást szeretnének kapni a társadalmi, gazdasági felemelkedésükkel párhuzamosan. Ez az egyre sürgetőbbé, erősödővé váló társadalmi szükséglet cselekvésre készteti az egészségügyi ellátó rendszer szereplőit is. Az új igényekhez az egészségpolitikások, az ellátórendszer különböző szereplői különböző módon próbálnak alkalmazkodni. A reform folyamatok egyik működő alternatívája az Irányított Betegellátási Modell. Az Irányított Betegellátási Modell általános céljai:

- A rendelkezésre álló közkiadásokból több és jobb minőségű egészség vásárlása és több egészségnyerés elérése. Amennyiben mind a technikai, mind az allokációs hatékonyság terén javulást lehet elérni, úgy az ily módon felszabaduló források a biztosítottak javára fordíthatóak.
- A felszabaduló források allokációján kívül másik cél a lakóhely közeli alap és járóbeteg ellátás bővítése a definitív ellátás érdekében. Így a biztosítottak szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek esélyei javulnak.
- Harmadik célja a modell működtetésének az ellátás szervezésének javítása úgy, hogy közben az egészségügyben dolgozók szakmai együttműködése javuljon.

AZ IBM MŰKÖDÉSÉNEK JOGI FELTÉTELE

A modell szervező bármely egészségügyi szolgáltató lehet, akinek érvényes OEP szerződése van, és az önkormányzat testületi döntés keretében az ellátás szervezését átadja a szervezőnek. Költségvetési törvény biztosítja a modellek többletforrás igényét. (1998. évi XCI. Tv., 2000. évi CXXXIII. Tv., a 43/1999. Korm. rendeletet módosító 257/2001. (XII.19.) Korm. rendelet).

Jelenleg az ország hét különböző pontján folyik a kísérlet. A hét helyszínen működő modellből négy háziorvosi alapszerveződött (a budapesti Béke téri Háziorvosi Szövetkezet, a kecskeméti Meditress Kft., a nyíregyházi NyírPromed Kft. és a sátoraljaújhelyi Dental-Med Co. Bt.), a veresegyházi Missszió Egészségügyi Kht. járóbeteg szakrendelőn alapuló modellt működtet, míg a dombóvári Egészségügyi Központ és a csornai Margit Kórház esetében az ellátás szervező maga a kórház.

A CSORNAI MODELLKÍSÉRLET: AZ INFRASTRUKTÚRA ÉS ELŐZMÉNYEK

A csornai modell 1999. július 1-én kezdte meg működését. A modell résztvevői: Margit Kórház fekvő és járóbeteg ellátása, és emelkedő számú háziorvosi praxis:

I. Pályázat

-1999 -2000. (1999. július 1-2000. szeptember 30.)
12 háziorvosi praxis, 20 200 lakos

II. Pályázat

Újabb 44 háziorvosi praxissal (70 818 lakos) pályáztunk, ebből 23 praxis befogadása történt meg (34 500 lakos), társszervezőként a Mosonmagyaróvári Karolina Kórház csatlakozott hozzánk az ellátási területükön modellben dolgozó 19 háziorvosi praxis ellátottjainak biztosítva a szakellátást.

-2001-es év (2000. október 1-2001. szeptember 30.)
35 háziorvosi praxis 54 700 lakos

III. Pályázat

17 háziorvosi praxissal (26 700 lakos) való bővítési pályázatunk sikertelenül végződött.

-2002-es év (2001. október 01-2002. szeptember 30.)
34 háziorvosi praxis 53 300 lakos

-2003-as év Folytatjuk a munkát és készülünk a IV. pályázatra!

Intézményünk a Margit Kórház Győr-Moson-Sopron megye „közepén” található kisvárosi kórház. A város lélekszáma 10 700 fő, ellátási területe 41 000 lakos. Tulajdonos Csorna Város Önkormányzata. Ágyszámát tekintve a megye legkisebb kórháza 205 ágygal, ebből 30 ágyon krónikus ellátás folyik. A 175 aktív ágy 5 osztály betegjeinek biztosít ellátást.

- Belgyógyászat osztály – Kardiológiai részleggel
 - Általános sebészeti osztály
 - Szülészet-nőgyógyászati osztály
 - Neurológiai osztály – Stroke részleggel
 - Pulmonológiai osztály
- Járóbeteg szakellátás ambulanciákon, szakrendeléseken és gondozókban történik.

Az alkalmazottak száma 308 fő, ebből 38 orvos, 210 ápoló és szakasszisztens, egyéb munkakörökben 60 fő dolgozik.

A kórházban a szakellátás pavilonos rendszerben, 6 épületben történik. Címzett támogatásból történt két épület teljes és egy épület részleges rekonstrukciója, amely 1995-re fejeződött be. A rekonstrukció folytatására újabb címzett pályázat készült, amely ötödik éve vár elfogadásra.

Kórházunk az 1990-es évek közepétől folyamatos küzdelmet folytat létéért. 1996-ban a bezárás réme fenyegette, azóta pedig a gazdasági ellehetetlenülés. Az egészségügyi ág-

azatból az elmúlt közel tíz évben folyó folyamatos forráskivonás kórházunkat is megviselte, mivel tulajdonosunk támogató szándékán kívül nem képes fenntartói feladatainak maradtalanul eleget tenni.

A kórház vezetése a bezárás Damoklész kardjának árnyékában fogalmazta meg 1995-ben missziós nyilatkozatát, amely fő elhatározása a túlélés, az előre menekülés lehetőségeinek maximális kihasználását jelentette és jelenti ma is a betegellátás színvonalának folyamatos emelése mellett. Ez a tulajdonos egyetértése és támogatása mellett történt és történik. A betegirányítási modell sikere e stratégiát napjainkban visszaigazolja azzal, hogy a lakosság körében a kórház által biztosított ellátások területén elenyésző az elvándorlás más kórházak felé (lásd később, eredmények).

Költségcsökkentési céllal jelentős alkalmazotti létszámcsoökkentés történt 1996 óta. A kiszervezett szolgáltatásokat is figyelembe véve összességében közel 30%-os létszámleépítés történt kórházunkban. A kórház egyre növekvő adminisztrációs igényének megfelelő informatikai szolgáltatás megteremtése sem volt egyszerű feladat és a mai napig nem fejeződött be. A minimális jelentési kötelezettséget biztosító felszereltségi szinten a továbblépést, úgy tűnt az 1998-ban megnyert ún. világbanki pályázat elnyerése fogja biztosítani. A hidegzuhanyt a projekt év végi törlése jelentette a kórház döntéshozói és a támogató önkormányzat számára.

MIT VÁRTUNK A MODELLTŐL?

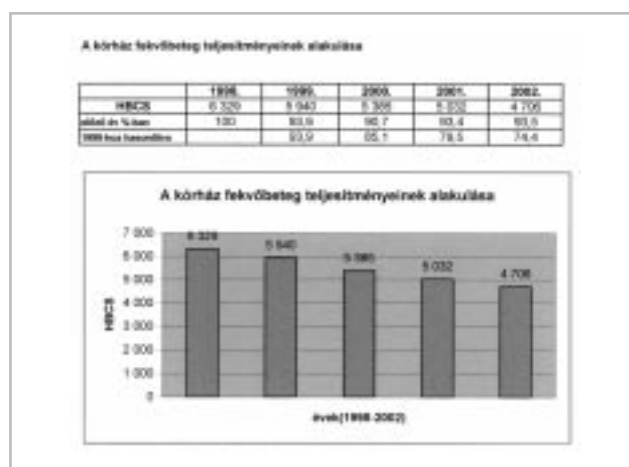
- Kórházunk legyen a térség „működő” orvos szakmai központja.
- Ismerjük meg erősségeinket és gyengeségeinket környezetünk jelzései alapján.
- Információt az elvándorlási szokásokról, az általunk nyújtott szolgáltatások értékéről, a modellfinanszírozás adta mozgásterről (elvi kassza lehetőségei).
- A kórház informatikai és kommunikációs rendszerének fejlesztési lehetőségét.
- Többletbevételt (működésre, fejlesztésre).
- Az ellátási szintek egymásra épülő, kommunikáló, egymást segítő és kiegészítő egységét.
- A prevenciók tevékenység segítségével a lakosság egészségtudatos magatartásának alakítását.
- Felkészülést a több biztosítós egészségügy bevezetésére, megvalósítása esetére.
- Ne elsődleges érdekünk legyen a teljesítmény generálás (sámánkodás).

FŐ TEVÉKENYSÉGEINK A MODELLLEN BELÜL, A TELJESSÉG IGÉNYE NÉLKÜL:

- a háziorvos „kapuőr” szerepének erősítése
- betegutak követése, szervezése (TAJ számhoz rendelt adatbázis segítségével)
- gyógyszer felírás (rendelési) szokások elemzése
- párhuzamos ellátások kiszűrése
- gondozási, szűrési, adatvagyon kezelése, elemzése

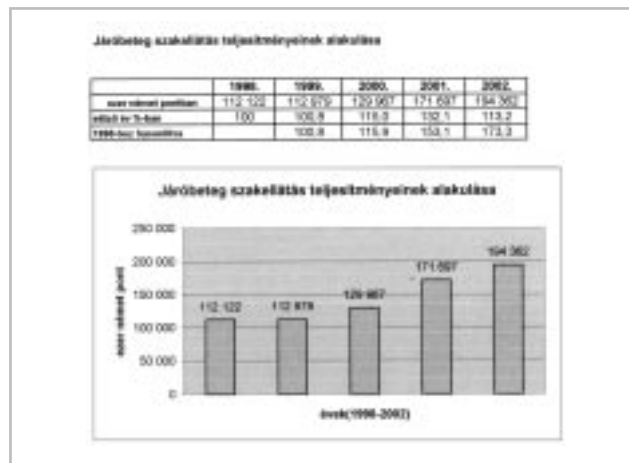
- továbbképzési tervek következetes végrehajtása
- protokollok készítése a háziorvosok és szakorvosok együttműködésével
- prevenciók éves tervekben elhatározott célkitűzések megvalósítása

KÓRHÁZUNK EREDMÉNYEI AZ ELMÚLT IDŐSZAKBAN, ILLETVE IRÁNYÍTOTT BETEGELLÁTÁSI MODELL KAPCSÁN

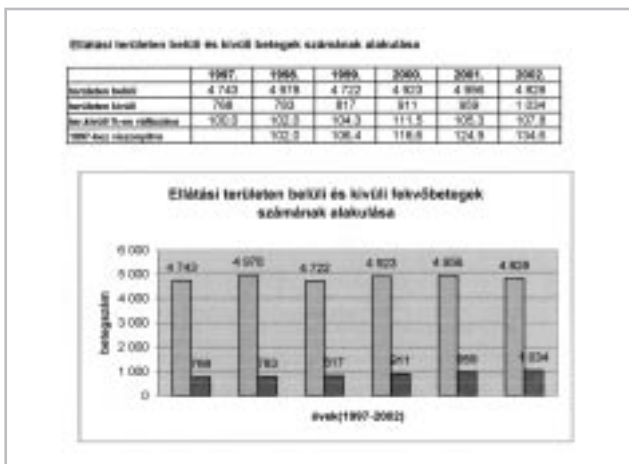


1. ábra

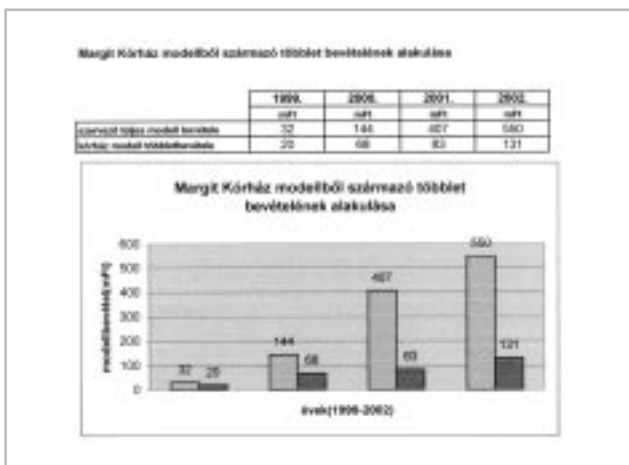
Az 1. ábrán a fekvőbeteg ellátás teljesítmény számai érzékelhetően mutatják a kórházi igénybevétel csökkenését. Az 1998-as évhez viszonyítva a 25%-os csökkenés tartalmazza a HBCS verziók változásait, a modellben végzett szűrővizsgálatok többlet igénybevételeit és a területen kívüli betegellátási szám növekedéséből (3. ábra) adódó többlet teljesítményeket is. A járóbetegellátás teljesítmény növekedése a szűrővizsgálatok számának jelentős növekedéséből (kardiovaszkuláris-, emlő-, vastagbél-szűrés), az ún. privatizált ellátások érdekeltségének növekedéséből és az egyéb



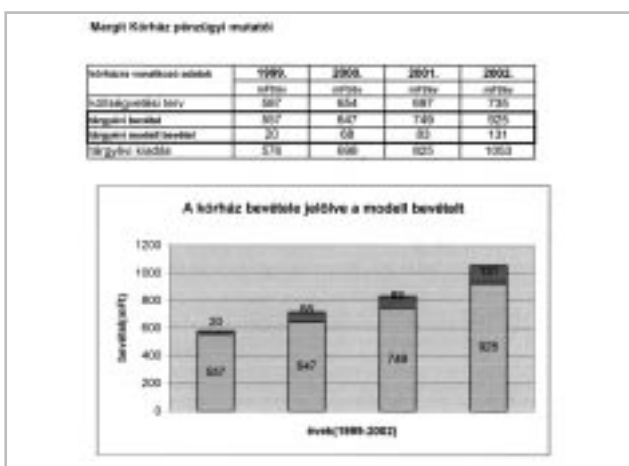
2. ábra



3. ábra



4. ábra



5. ábra

szekunder prevenciók munkája hozadékaiból keletkezett (2. ábra). A kórház saját és szervezői eredményei a 4. és 5. ábrákon láthatóak.

KÖVETKEZTETÉSEK

Mint a fentiekből is látható, a városi kórházak – és köztük a Csornai Margit Kórház – működését az elmúlt évtized során folyamatos fenyegetettség jellemezte. A kórházi ágyszámok csökkentése elsősorban ezeket az intézményeket érintette. Ugyanakkor az elkészítő egészségi állapottal találkozó területi ellátás jogosan észlelte, hogy az amúgy is halmozottan hátrányos helyzetben lévő populáció egészségügyi ellátásának centralizálása tovább ronthatja a betegek esélyeit. Csorna, illetve vonzáskörzete egészségi állapotát jelző mutatók egy relatíve jól ellátott megyén belül egyértelműen jelezték és jelzik a sürgető feladatokat mind a primer prevenció, mind a kuratív ellátás, mind a szekunder prevenció szintjén. A feladatok és a kórházi ágyszám csökkentési törekvések közötti ellentmondás csak úgy oldható fel, ha egy adott régió egészségügyi ellátórendszerét a meglévő szükségletekre építi, illetve alakítja át.

Egy olyan rendszer, melyben látótérbe kerülnek az ellátandó betegek és integrált szemlélettel az egészségi állapot általános javítására lehet törekedni, jó a betegnek, jó a szervezettebb tevékenységet végző ellátónak egyaránt.

Egy olyan rendszer, mely az alapellátás, a szakellátás és a kórházi ellátás szintjén egyaránt tervezhető jövőképet ad hosszútávon is, megfelelő rugalmassággal jól működtethető.

Az irányított betegellátási modellt új szervezeti formaként értékeljük. Az új szervezet megtervezésekor végiggondoltuk a lehetséges kapcsolódási pontokat a rendszer különböző szereplői között. A kapcsolatot 3 fő eszköz segítségével próbáltuk megvalósítani: a minőségbiztosítás, az informatika, és a prevenció.

Minőségbiztosítás

A csornai Margit kórház minőségbiztosítási rendszerét 1996-ban kezdte el kiépíteni. A JCA megismerése és a próba akkreditációt követően a standard alapú minőségbiztosítási rendszer működtetését folytattuk. A kórházban működő ellátási protokollokat a háziorvosokkal együttműködve kiterjesztettük a prae-hospitalis időszakra. A háziorvosokkal egyeztetve minden évben képzési tervet készítünk és havonta szakmai továbbképzést tartunk. Előrelépésnek tekintjük, hogy ellátási területünkön néhány betegcsoportban, pl. hipertónia, ISZB, 2-es típusú diabetes mellitus ugyanolyan elvek szerint történik az ellátás és gondozás, mint a kórházban. A protokoll fejlesztés, a szinkronba hozott ellátás kiszámíthatóbbá teszi a szolgáltatást és megalapozza a kontrollált, minőségi betegellátást.

Informatika

A modell gazdasági eredménye lehetővé tette a kórház informatikai hálózatának és rendszerének fejlesztését, továbbá a háziorvosokkal történő informatikai kapcsolat megteremtését. Az egészségügyi ellátás az eddig egymástól elkülönült események halmaza helyett egy betegdokumentációban követhető kezelési láncná alakult át.

Prevenció

Az IBM a hagyományos szolgáltatói struktúrába kötelezően beemeli a prevenciót. Két rendelet szabályozta eddig is a preventív tevékenységet, de megfelelő érdekeltségi rendszer hiányában eléggé mostoha funkciója volt az egészségügyi ellátásban, amelyet a lakosság egészségi állapotát jelző mutatók is alátámasztanak. A kórházi ellátásban csak a szekunder és a terciér prevenció elvei érvényesülnek. A modellen belül, mint új szervezeti formában primer prevenció elvei is érvényesülnek a különböző programokban. A prevencióra is részletes program készül évről-évre.

A működő modell eredményei

Gazdasági: A modellben résztvevők számára többletbevételt jelent, amely a résztvevők számára működési biztonságot és fejlesztési lehetőséget biztosít.

Társadalmi: a modellkísérletben részvevő lakosság a modell szervező révén működtetett egészségfejlesztő, prevenciós programok keretében az egészségvédelmet, egészsé-

megőrzést tudatosabban éli meg, beépül a lakókörnyezetbe, az egészségvédelem társadalmasodik.

Ellátásszervezői: olyan új funkció az egészségügyi struktúrában, mely korábban nem működött, sem az állam, sem a tulajdonos önkormányzatok nem vállalták fel. Az érdekeltségi viszonyok megváltoznak, az egészségügyben tapasztalható autokratikus, a személyes presztízs által vezérelt kultúrát felváltja egy partneri, együttműködésen alapuló team munka. A beteg utak követése lehetővé teszi a felesleges ellátások kiszűrését, a rendelkezésre álló források jobb allokálását.

Egészségpolitikusok számára: a felhalmozott adatok alapján egészség térkép készíthető az adott földrajzi területről, a szükségletekhez lehet alakítani a kapacitásokat, intézményi fejlesztési tervek készíthetők hosszabb távra.

A kórház szempontjából: A kórház szakmai presztízse nőtt. A lakosság, a civil szervezetek bevonásával sikerült a helyi egészségpolitikai aktivitást fokozni. A kistérség gazdasági fejlesztési elképzeléseihez az önkormányzat számít az ellátásszervező aktivitására.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Krizmanich Mária, a csornai Margit Kórház igazgató főorvosa. Általános orvosi diplomát szerzett 1974-ben a POTE-n. 1980-ban belgyógyász, 1991-ben kardiológiai szakvizsgát tett. 1995-től a csornai

Margit Kórház igazgató főorvosa. 1997-ben kórházi menedzser, 1999-ben egészségügyi menedzser diplomát szerzett.

Szaktanfolyamok: Gyógyszervizsgálatok helyes klinikai gyakorlata: Budapest – 1995, Kalifornia – 1998., Döntéshozás a vezetésben: Budapest – 1999.



Juhász Gábor, a csornai Margit Kórház gazdasági igazgatója. Okleveles gépészmérnöki diplomát szerzett 1978-ban, majd 1986-ban gazdasági mérnöki végzettséget. 1995-ben végezte el az egészségügyi menedzserképzőt. 1980-1986 között főenergetikusként

dolgozott a MÁV Körzeti Üzemfőnökségén, Győrben. 1986-88-ig számviteli vezetőként. 1989-től 1995-ig a Gróf Esterházy Kórház, Pápa gazdasági igazgatójaként dolgozott. 1995-98 között a Prometheus Rt. Észak-Dunántúli Régió, Győr régióigazgatójaként tevékenykedett.

1999-től tölti be a csornai Margit Kórház gazdasági igazgatói munkakörét.