

III. ORSZÁGOS ESETTANULMÁNY VERSENY*

2002. március 9–11. között került megrendezésre a III. Országos Esettanulmány Verseny a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetemen, tizenegy gazdasági felsőoktatási intézmény részvételével. Cikkünkben a rendezvény céljával és irányelveivel, a szervezési előkészületekkel ismerkedhetünk meg, aztán az esettanulmány rövid bemutatása, majd a győztes csapat, a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem hallgatóinak megoldási javaslata következik.

A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem *EVK Szakkollégiuma a Vezetési és Szervezési Tanszék* hathatós támogatásával felkarolta azt a három évvel ezelőtt megszületett ötletet, melynek célja az esettanulmány módszer hazai meghonosítása volt. Ma már nyugodtan mondhatjuk, hogy hagyomány lett ebből a kezdeményezésből. Hagyományos és rangos eseménynek számít az Országos Esettanulmány Verseny (OEV), mely az idei tanévben harmadszor kerül megrendezésre.

A magyar felsőoktatás ugyanis a kilencvenes évek elejéig jórészt a kontinentális típusú oktatás és számonkérés megközelítését alkalmazta. Ebben a rendszerben a hallgatók előadások, jegyzetek és könyvek segítségével elsajátítják a kijelölt tananyagot. A tananyagról jellemzően írásbeli, esetleg szóbeli vizsgán számot adnak, majd a vizsgát követően viszonylag gyorsan elfelejtik a tanultakat. Az oktatás egyoldalú, elméleti és a hallgatók sokkal inkább passzív szereplők. A diákok a tananyagot az esetek többségében kész megoldáshalmazként fogadják el.

* A szervezőbizottság: Szakmai koordinátor – Bakacsi Gyula; Szervezők – Babarcsi Katalin, Bacsó Gergely, Godó Viktória, Káldi László, Nagy Enikő, Rapcsák Erika, Szabó Zsuzsanna, Szukits Ágnes.

Az angolszász országok, különösen az Egyesült Államok már régen felismerték ennek a közelítésnek a korlátait és hibáit. Az esettanulmányok az elmélet helyett gyakorlati problémákra összpontosítanak, aktivitásra készítetnek, elősegítik a kommunikációs, elemző és problémamegoldó képességek fejlesztését. Az esettanulmányok ideális esetben felkeltik az érdeklődést, és további munkára ösztönöznek. Az esettanulmányok nem törekednek arra, hogy kész megoldásokat kínáljanak: mint ahogy az életben, több megfelelően alátámasztott megoldás is elfogadható.

Az esettanulmány versenyek a nyugati egyetemek üzleti oktatásának szerves részét képezik, és néhány éve Magyarországon is létjogosultságot nyertek. Azzal a küldetéstudattal vágtunk bele szervezői munkánkba, hogy ösztönözzük az esettanulmány-módszertan magyarországi elterjedését, a magyar egyetemek bekapcsolását a nemzetközi esettanulmány versenyek vérkeringésébe, továbbá, hogy elősegítsük a hallgatók, az akadémia és az üzleti világ kapcsolatainak szorosabbra fűzését.

Nagy örömünkre szolgált, hogy idén első alkalommal a teljes magyar gazdasági felsőoktatás képviseltette magát. A tizenegy résztvevő intézmény: *Budapesti Gazdasági Főiskola, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Debreceni Egyetem, Miskolci Egyetem, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Pécsi Tudományegyetem, Széchenyi István Egyetem, Szegedi Tudományegyetem, Szent István Egyetem és a Veszprémi Egyetem*. A felsőoktatási intézményeket négytagú csapatok képviselik, akik általában különböző szakterületeket (marketing, vezetés-szervezés, pénzügy, számvitel) képviselő negyed-, ötödéves hallgatók.

A jó esettanulmány célja, hogy gyakorlati üzleti problémát mutasson be. A jó esettanulmány reprezentálja a valóság komplexitását és strukturátlanságát, a hallgatókat alternatívák kialakítására, alternatívák közötti választásra ösztönzi. Az esettanulmányok feldolgozása során a hallgatók javaslatokat tesznek, érvelnek, problémákat oldanak meg, csakúgy, mint az üzleti életben.

A versenyzőknek összesen 17 óra állt rendelkezésre az esettanulmány megoldására, a prezentáció és a vezetői összefoglaló elkészítésére. A prezentáció nem az esettanulmány ismertetését, hanem a felvetődő problémára adott megoldás kidolgozását jelenti. A csapatok önálló javaslatokat dolgoznak ki, amelyeket elemzésekre, előfeltevésekre és következtetésekre alapoznak. A prezentációt a zsűri által feltett kérdések és az arra adandó válaszok követik, amelyek a megoldás kivitelezhetőségét, megfelelőségét ellenőrzik.

Számos vezető vállalat felismerte az esettanulmány módszer fontosságát, és egyetértett céljainkkal. Szponzoraink nem pusztán anyagilag támogatták rendezvényünket, hanem zsűritagokként szakmai kompetenciájukkal is hozzájárultak a verseny sikeréhez. A III. Országos Esettanulmány Versenyt a következő vállalatok támogatták: *Andersen, Deloitte & Touche, Fujitsu, Siemens Computers, IFUA Horváth & Partner, KPMG, Roland Berger, Shell Hungária, Wallis Motor és a World Class International.*

A verseny sikere és a résztvevők lelkesedése tovább erősítette bennünk azt az elhatározást, hogy a három éve útjára indított kezdeményezést magas szakmai színvonalú és a szakmai közvélemény előtt széles körűen elismert versennyé fejlesszük.

MISSZIÓ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT KHT. VERESEGYHÁZ¹

BEVEZETŐ

A nyári hőséget aznap délután kissé elviselhetőbbé tette az ügyvezető igazgatói szobába belopakodó szellő. Matejka Zsuzsanna kinézett az ablakon a veresegyházi dombokra, és úgy tűnt, mintha a dombok a szellő fuvaltatára hullámszerű táncot lejtjenének. Eszébe jutott, hogy mostmár tényleg ideje lenne a spanyol tengerpartra utazni, és hűsítő koktélok társaságában két hétre elfelejteni a mindennapok feladatainak sokaságát. Miközben gondolatban már a homokos strandon sétált, megcsörrent a telefon. A rövid beszélgetés pillanatokon belül vissza-

repítette a veresi dombok közé: az Egészségügyi Minisztérium elfogadta a Misszió Egészségügyi Központ Kht. pályázatát, és engedélyezte az irányított betegellátási modellkísérlethez hozzá tartozó 41 000 fős kockázatközösség 150 000 főre való bővítését.

Matejka Zsuzsanna már Felügyelő Bizottsági tagként bábáskodott a Misszió Egészségügyi Központ Kht. születésénél, majd fél éven belül felkérték a tulajdonosok az ügyvezető igazgatói tisztség betöltésére, feladatkörét a mai napig is nagy odaadással látja el. Ő hisz benne, hogy sikeres tevékenységük haszna messze túlmutat a szervezet keretein, hisz egy országnak szeretnének mintát mutatni. Szilárd meggyőződése, a Misszió Egészségügyi Központ Kht., és az általa képviselt új koncepció iránti mély elkötelezettsége hihetetlen energiát kölcsönöz neki a mindennapokban. Aligha van valaki a Misszió Egészségügyi Központ Kht.-ban, aki nála jobban ismerné a szervezetet, ezért – annak ellenére, hogy nagyon megörült a jó hírek – felelevenedtek előtte azok a problémák is, melyek megoldásra várnak, és a kockázatközösség bővülésével valószínűleg még hangsúlyosabbak lesznek. Hátradőlt a kényelmes igazgatói székekben, és gondolataiba merült.

A Kht. két tulajdonosa a veresegyházi önkormányzat és dr. Somody Imre magánszemély.

Dr. Somody Imre eképpen fogalmazta meg a szervezet megalapításának szükségességét:

– Összességében olyan új típusú egészségügyi ellátórendszer alapjait akartuk megteremteni, amely javítja az emberek életminőségét, közép- és hosszú távon növeli az egészségben eltöltött életek számát, a szakemberek kollegiális együttműködésével javítja a gyógyítás biztonságát, az egészségügyben rendelkezésre álló szűkös erőforrások ésszerűbb elosztásával, a felesleges párhuzamosságok csökkentésével pénzt szabadít fel az ellátórendszer jobb finanszírozására, és megváltoztatja a torz érdekelt-ségű egészségügyi rendszert.

Veresegyház önkormányzatának is fontos a Misszió Egészségügyi Központ Kht. működése:

– Számunkra kiemelt fontosságú – mondta Pásztor Béla polgármester –, hogy a betegek ellátása a városban történik, és nem kell Gödöllőre járniuk. Mindemelllett a Misszió megszólítja az embereket, prevenció programokat szervez, egészségesebbekké válnak Veresegyház lakói. Az első időszakban – meg kell mondanom őszintén – némi csalódást okozott a Misszió veszteséges volta, hiszen arra

gondoltunk, hogy az Egészségügyi Minisztérium és az OEP az első pillanattól befogadja a Misszió által nyújtható szolgáltatások körét. A nappali kórházat például igencsak késve fogadták el, pedig a modell-szervezés költségei szempontjából nagy jelentőséggel bír. 2001-ben az önkormányzati támogatás nyolcvanmillió forint volt, 2002-re tízmillió forinttal tervezzük csak a Missziót támogatni. Szeretnénk, hogy a Misszió hosszú távon megálljon a saját lábán, hogy a lehető legjobb minőségű betegellátást nyújtsa Veresegyház lakóinak, mindemellett pedig a Kht. vagyona gyarapodjon, jövedelme nőjön.

Matejka Zsuzsannát mindkettőjükhöz nyílt, őszinte, baráti viszony fűzte. Ügyvezető igazgatóként úgy koordinálta a Kht. mindennapi működésével kapcsolatos feladatokat, hogy mindkét tulajdonos elégedett legyen. Az elején ez nem is okozott különösebb gondot, hisz 1999 januárjától a Misszió Egészségügyi Központ Kht. csak az általa megépített veresegyházi rendelőintézetet működtette. 1999 júliusától indult az irányított betegellátási modellkísérlet, melynek egyik ellátásszervezőjévé vált a Misszió. Ekkor még a rendelőintézet ellátási területe és a modellkísérlet kockázatközösségének (13 000 fő) lakhelye megegyezett. A változások 2000 októberétől kezdődtek, amikor a kockázatközösség 41 000 főre való bővülésével még két másik régió is csatlakozott a Misszió által szervezett irányított betegellátási modellkísérlethez. Mindkét régiónak volt saját rendelőintézete, ennek ellenére, sok beteg a jobban felszerelt Misszió rendelőintézetét kereste fel.

– A testületi üléseken többször is felmerült a probléma, hogy Veresegyház finanszírozza a szomszédos települések lakóinak kezelését – tájékoztatta Pásztor Béla polgármester –, ami különösebben senkinek nem volt ínyére a testületi tagok közül.

Az egészségügyi intézményt működtetni kellett, ezért az önkormányzatnak nem volt más választása, mint a zsebébe nyúljon, és az átmeneti időre pénzt adjon, azzal a kikötéssel, ha a rendszer majd jól fog működni, akkor a Misszió Egészségügyi Központ Kht. visszafizeti ezt az összeget. Matejka Zsuzsanna többször is hangsúlyozta, hogy:

– a rendelőintézet veszteséges, a működéséhez szükséges forrásokat a modellkísérlet megtakarításából biztosítjuk. Az önkormányzat full-extrás szolgáltatásokat szeretne a rendelőintézetben: ne legyenek várólisták, növeljük meg a rendelési óraszámokat, kisbuszok járnak a környéket, és hozzák az embe-

reket az intézménybe – mindez viszont rengeteg költség, amit a modellnek kell finanszíroznia. Amíg nem elég nagy a kockázatközösség, nem tudunk a modellkísérletből annyi nyereséget termelni, hogy a rendelőintézet működését fedezni lehessen, ezért az önkormányzat támogatott, viszont egyre inkább ki szeretne vonulni a finanszírozói szerepkörből, ezért a Kht. működésének szempontjából kiemelt jelentőséggel bírna a kockázatközösség bővülése.

A délutáni telefon meghozta a régen várt jó hírt: 150 000 fő egészségügyi ellátásának szervezéséből most már ki lehet gazdálkodni azt a megtakarítást, ami nemcsak a rendelőintézet működésének finanszírozását oldaná meg, hanem még maradna is belőle valami.

A kezdetektől kialakult egy bensőséges viszony a szervezet tagjai között, amit Lenhardt Viktória, a veresegyházi háziorvosok régióvezetője így jellemezte:

– Ez egy teljesen más szervezet, mint ami idáig az egészségügyben megszokott volt, abszolút más. A munkatársak mindannyian nagyon kitartóak és összetartóak, mindenkiben megvan a maximális segítségnyújtás egymás iránt. A felső vezetéssel nagyon jó a kapcsolatunk, sőt, mi több, komolyan mondom, a felső vezetéssel együtt egy nagy családot alkotunk. Amit munkahelyen el lehet várni, mindent megkapok. A menedzsment figyel a munkatársak problémáira, gondjaira, magánéletére.

A felső vezetés szintjén viszont sok minden megváltozott az utóbbi hónapokban. A 41 000-es kockázatközösség bővülést nem előzte meg, de nem is követte különösebb szervezeti változás, pedig többen felkeresték Matejka Zsuzsannát vezetői beosztásban dolgozó munkatársai közül.

Kuntár Ágnes HR és kommunikációs igazgató figyelmeztette:

– A feladataim egyre inkább a modell-szervezéshez kapcsolódnak, egyre kevésbé tudok a rendelőintézet minőségbiztosításával, a HR-rel, illetve egyéb belső feladatokkal foglalkozni, annak ellenére, hogy ezek a hatáskörök hozzám tartoznak. Az orvos-igazgatóval együtt folyamatosan képzéseket kell tartanunk az újonnan csatlakozott régióbeli kollégák számára, miközben 200 km-es körzetben utazgatunk, többnyire nem is vagyunk fizikailag itt a házban. Eközben az orvosok között kialakult két különböző hozzáállású csapat: A főállású szakorvosoknak van csak igazi modellszemléletük (számukra a megtakarítás az elsődleges, a betegek definitív, költséghatékony ellátása, az egzisztenciális

érdekeltség a modellkísérlethez köti őket). A vállalkozó, részidős szakorvosok esetében a hagyományos orvos szemlélet: teljesítménynövelés általi bevétel-növelés, a betegek toborzása a járóbeteg-szakellátásból a fekvőbeteg osztályokra vagy a magánrendelőbe, paraszolvencia-gyűjtés érvényesül – egzisztenciális érdekelttség a kórházhoz, illetve magánrendelőjéhez köti. Szakorvos hiány miatt kénytelenek vagyunk alkalmazni őket is, a modellkísérlet szempontjából viszont nem járulnak hozzá a megtakarításhoz.

Kovács Zsuzsa gazdasági igazgató mindennapjai sem teljesen gondtalanok:

- A modellkísérlet, illetve a rendelőintézet gazdálkodása egyaránt az én feladatom, ami eléggé tudathasadásos állapotot teremt. Ez azért van így, mert egy szervezet vagyunk, egy könyvelésünk van. Mindenki ehhez az egy szervezethez tartozik. Erőforrásaink nem engedték meg, hogy a két területre mindenhol két különböző embert alkalmazunk, és kvázi megduplázzuk a szervezetet. Ezért határidők előtt most is hosszú éjszakázások, túlórák vannak. Mindezekhez hozzájött még egy feladat: nemrégiben a Széchenyi-terv keretében az MTA Szociológiai Intézetével közösen nyertünk egy pályázatot életmód klubok működtetésére, és ezek szociológiai monitorizálására, melynek pénzügyi koordinálása szintén az én hatáskörömbé tartozik.
- Szervezetünket alapvetően a többvonalasság jellemzi – folytatja Kovács Zsuzsa –, ami nem minden esetben szerencsés, mert a hatáskörök és feladatkörök nincsenek egyértelműen meghatározva, ezért sokszor származnak konfliktusok abból, hogy átvesz valaki olyan feladatot, amit más is a sajátjának érez. Ilyen szempontból az egyik „legproblémásabb” terület pont az enyém, hisz a beosztottjaim mind a rendelőintézettel, mind a modellkísérlettel kapcsolatos tevékenységekben részt vesznek, és a munka szervezése nem megy minden esetben zökkenőmentesen. Hál’ Istennek az informatika viszonylag jól koordinálja ezt, a határidők megfelelő ütemezésével. A másik „problémás” terület pedig az orvos-igazgatóé, aki a ház igazgatója és orvos-szakmai felelőssége van a ház működésével kapcsolatosan, de tevékenységének jelentős részét mégiscsak a modellkísérletben betöltött szerepe teszi ki.

Matejka Zsuzsanna megkérdezte az orvos-igazgatót is, hogyan vélekedik minderről. Jóna Gabriella ép-

pen csak tíz percre tudta otthagyni a rá várakozó orvos-kollegákat, miközben sietve megitta kávéját, elmondta neki:

- Orvos-igazgatóként a rendelőintézet és a modellkísérlet orvos-szakmai részét koordinálom. Az utóbbi időben prevenciós programok kidolgozásával, pályázatok írásával, a beteg-utak figyelésével és követésével, ennek informatikai háttérének a kidolgozásával is foglalkozom. Mindemellett a rendelőintézet operatív működésének koordinálása is az én feladatom. A munka mennyisége így is óriási, de a bővüléssel az eddigi 8 háziorvos helyett 25-öt kell követnem, és amennyiben majd 150 000 fős kockázatközösségünk lesz 85 háziorvos tevékenységének a monitorizálása is az én feladatom lesz.

Majd ezután rátért az utóbbi időben tapasztalható betegforgalom-növekedésre:

- Mivel műszerezettség szempontjából viszonylag jól felszerelt intézmény vagyunk, ahol beteg-előjegyzési rendszer működik, tehát a betegnek nem kell várnia, valamint odafigyelünk rá, megkérdezzük véleményét sok mindenről, ezért a betegforgalom megtöbbszöröződött. Ha rendelkezik beutalóval, bárki bárhonnán jöhet, technikailag képtelenek vagyunk különbséget tenni a modellkísérlethez tartozó és a többi beteg között. Ezért megjelentek a várólisták, és a várólisták egyre hosszabbak, ami a veresegyházi önkormányzatnak nem kimondottan tetszik. A kapacitásokat kellene mielőbb növelni, hogy ezt a konfliktust megoldjuk, de erre egyelőre nincs pénzügyi forrásunk.
- Zsuzsa – tette hozzá – mindenkinek hirtelen jött ez a bővülés. Már előre fel kellett volna készülni rá, végig kellett volna gondolni, melyek legyenek azok a lépések, melyeket a bővülés után meg kell lépni, ha megnyerjük a 150 000 fős bővítési pályázatot, én nem is tudom, hogyan fogom továbbra is ellátni a feladataimat.

Matejka Zsuzsanna tudja azt is, hogy jó ideje Jobban Eszter ápolási igazgatóra folyamatosan olyan feladatok hárulnak, amire nincs kompetenciája. Ha nem oldaná meg őket, akkor a rendelőintézet operatív működését érintené hátrányosan, ha pedig ellátja ezeket a feladatokat, a felső vezetés pár tagjával kerül konfliktusba, akik nem kifejezetten örülnek annak, hogy valaki más avatkozik olyan döntésekbe, melyek a saját kompetenciáik lennének.

- Szinte hetente kell belenyúlni a rendszer működé-

sébe – mondta egyik beszélgetés alkalmával Jobban Eszter –, tűzoltó-munkaként oldjuk meg, sokszor utólag a felgyűlt problémákat. Nekem pedig nem jut elég időm az ápolási koordinációs feladatok ellátására, hiszen a modellkísérlet szervezésébe is be kell segítenem, ugyanakkor az orvosigazgató vagy a gazdasági igazgató távolléte miatt sok esetben nekem kell(ene) ellátnom olyan operatív feladatokat a rendelőintézet működésével kapcsolatosan, melyek az ő hatáskörükbe tartoznának. Akikkel eddig egy csapatként együtt dolgoztam a rendelőintézet működtetéséért, azoknak egyszerűen nincs elég idejük, energiájuk ezt a feladatot ellátni.

Igaza van Eszternek – gondolta magában Matejka Zsuzsanna –, amikor az utóbbi vezetői értekezlet után félrevonta őt, és amikor már négy szemközt voltak, őszintén megmondta neki:

– Mindenki elégedetlen önmagával, a helyzetével és a teljesítményével.

Matejka Zsuzsannát azonban nem olyan fából faragták, mint aki egy pillanatra is meghátrál feladatai elől. Belátta, hogy az utóbbi hónapokban túl sok időt és energiát fordított arra, hogy az irányított betegellátási modellkísérlet létjogosultságáért és a Misszió Egészségügyi Központ Kht.-hoz tartozó kockázatközösség bővítéséért lobbizzon, miközben kicsit elhanyagolta a belső feladatok koordinálását. A sikeres pályázat, a kockázatközösség bővülése volt minden álma. Ilyen létszámú elláttal már nagyon komoly eredményeket lehet felmutatni. Nehogy maga a szervezet legyen gátja a rég várt lehetőség kihasználásának! Tudta, hogy még 16 órája van hátra a vezetői értekezletig, amikor munkatársaival is megosztja majd a jó hírt. Gyorsan írásztala fölé hajolt, tollat ragadott, hogy kidolgozza a változtatás forgatókönyvét.

Az irányított betegellátási modellkísérlet

Az irányított betegellátási modellkísérlet általános jellemzése

Az irányított betegellátási modellkísérlet egy új, sokkal rugalmasabb és költség-hatékonyabb szemlélet meghonosítását hivatott bevezetni a magyar egészségügyi rendszerbe: létezik egy ellátás-szervező, mely érdekelt az erőforrások jobb felhasználásban, és ehhez optimalizálja a beteg kezelését és a beteg útját az ellátás teljes vertikumában.

Az irányított betegellátási modellek szervezése

Magyarországon 1999. július 1-től indult el a TB költségvetési törvény alapján kiírt OEP pályázat akkori kilenc nyertesével mintegy 140 ezer fő részvételével. 2000-re a résztvevők száma ötre csökkent, de az érintett lakosságszám elérte a kétszázezer főt. A 2001–2002. évi költségvetési törvény alapján kiírt pályázaton a résztvevő lakosságszám ötszázezer főre bővült (a lakosság 5 %-a), és a szervezők száma hétre emelkedett.

Az irányított betegellátási forma hazai bevezetése az elmúlt rövid idő alatt is élénk vitákat és viharokat váltott ki az egészségügy berkein belül és kívül is. Ezek egy része félreértelmezésből, a végrehajtás körüli problémákból ered, más részük azokat a dilemmákat feszegeti, amiket ez a finanszírozási forma felszínre hoz, és amelyek megnyugtató megoldása alkotó viták eredményeként kristályosodhat ki.

Az irányított betegellátási modell célja: a lakosság életminőségének javítása és a költséghatékonyabb forrásallokáció egyidejű ösztönzése.

A célok megvalósításának jogszabályok által biztosított eszközei alapvetően két területet érintenek:

- A költségvetési törvény alapján a modellben résztvevő lakosság egészségfejlesztését és a kötelezően elő nem írt prevenció programok megvalósítását az OEP 500,-Ft/fő/év összeggel támogatja. Ennek azért van különös jelentősége, mert a biztosító egyébként sokat és jogosan kritizáltan minimális forrást biztosít az egészség védelmére.
- A teljes körű, globális (egészségügyi ellátás teljes vertikumát érintő) egészségügyi ellátásra vonatkozó kapitáción alapuló finanszírozási technika imitálása¹. Ennek keretében az OEP kiszámítja az érintett lakosság kor és nem szerinti összetételének figyelembevételével a kockázatközösségre a költségvetésből jutó elvi bevételt, melyet elvi folyószámlára könyvel. Ezt az összeget a szervező azonban nem kapja meg, hanem az OEP valamennyi szolgáltatót az elvi folyószámla terhére, ugyanolyan rendszerben finanszíroz, mint az általános rendszerben. A résztvevő praxisokhoz bejelentkezett egyének TAJ száma alapján országosan teljes körűen begyűjti az igénybevett természetbeni szolgáltatásokat és TB támogatásokat, és ezt az elvi folyószámláról kiadásként levonja. A modellben résztvevők érdekeltek, hogy az elvi folyószámla bevétele nagyobb legyen, mint a tényleges kiadás, mert az így képződő megtakarítást az OEP a rendszerben résztvevők számára átutalja. A hatályos jo-

gi szabályozás értelmében a szervező a megtakarításra évente egy alkalommal vehet fel 70%-os előleget és év végén kerül sor a végelszámolásra.

Az irányított betegellátási modellkísérlet érdekeltiséget teremt a párhuzamosságok kiszűrésében és megszüntetésében, a költségtakarékosabb ellátás szervezésében.

Az elvi folyószámla bevétel kiszámításánál az OEP országos átlagok alapján korcsoportonként, illetve nő-férfi bontásban számítja ki az elvi folyószámla bevételt. Ennek kiszámításánál nem veszik figyelembe az adott kockázatközösség fokozott vagy csökkent megbetegedési gyakoriságát.

A betegutak követése

A magyar egészségügyben az a jellemző, hogy az egyes szolgáltatók külön-külön, egymással nem kommunikáló informatikai rendszereket működtetnek, regisztrálják az őket felkeresők ellátási adatait, az egyes betegek ellátásának adatait a házi orvos csak részben kapja vissza, így információ hiányában nem tud valódi gazdája lenni a saját praxisában élők egészségének. Az irányított betegellátás keretében a szűrés, a prevenció, és az ellátás szakmai és költség adatai a házi orvos kezében összefutnak, függetlenül attól, hogy azt az ő kezdeményezésére vagy a nélkül vette igénybe a beteg. Láthatóvá válnak a felesleges párhuzamosságok és a házi orvos, a szervező lehetőséget kap arra, hogy a beteg-utakat elemezve, értékelve, megbeszélve csökkentse a felesleges kiadások arányát, növelje a befejezett ellátások arányát a házi orvos, illetve a járó-beteg ellátás szintjén, költséghatékonyabb gyógyszerterápiás gyakorlatot valósítson meg. Mindezek érdekében diagnosztikus és terápiás protokollokat dolgoznak ki, közösen azokkal a szolgáltatókkal, akikkel együttműködnek a modellben.

A TAJ számokra összehozott betegút adatok értékelése és elemzése, egy „több szem többet lát” alapú biztonságosabb gyógyítást tesz lehetővé. A rendszer erősíti a házi orvosok „kapuőr” szerepének érvényre jutását és áttörést hozhat a túlzott gyógyszerfogyasztás elleni küzdelemben is. A Misszió Egészségügyi Központ által szervezett modellkísérletben ezer betegből átlagosan öt olyan személyt szűrt ki, akinek tíznél több orvos írt fel gyógyszert egymásról nem tudva. Ezen információk hasznosítása, a házi orvos kezében való összefutása jelentősen csökkentheti a gyógyszerfogyasztás okozta egészségkárosodásokat és költségeket is.

Az egészségfejlesztés és a prevenció

A modellszervezők által kidolgozott és vállalt egészségfejlesztési prevenció programok végrehajtása hozzájárul az érintett lakosság egészségtudatos magatartásának fejlesztéséhez, a betegségek időbeli felismeréséhez és kezelésbe vételéhez.

Az egészség tudatosságot erősítő, a lakosság életmódját változtató programok végrehajtása csak és kizárólag a kistérségek civil szerveződéseinek, iskoláinak, egyházainak aktív bevonásával és közreműködésével valósíthatók meg. A modell keretében képződő adatbázis fontos inputját képezi a települések konkrét, végrehajtható egészségterveinek kialakításához.

A prevenció programok érdemi kivitelezése, az egészségfejlesztést célzó aktivitások, a betegút adatok informatikai feldolgozása, elemzése, értékelése, visszacsatolása; az OEP felé való adatszolgáltatási kötelezettség, az orvosok képzése, költség-hatékony gondolkodásmód kialakítása, a protokollok kidolgozása, karbantartása komoly szakember és idő igényt indukál. A kockázatközösség bővülése a szervezési, informatikai költséget is értelemszerűen növeli. Erre 2001. december 31-ig 500,- Ft/fő/év modellszervezési keretet biztosít a jogszabály.

A Misszió Egészségügyi Központ Kht. által végzett prevenció programokkal 2000. évben ezer lakosból átlagosan 23 olyan új beteget szűrt ki és vettek gondozásba, akikre korábban az egészségügy nem költött. A prevenció indukálta költségnövekedésnek kisebbnek kell lennie, mint a betegutak racionalizálásával elérhető megtakarítás ahhoz, hogy a szervezőnek valóban anyagilag is megérje a prevenció programok korrekt végrehajtása. A Misszió Egészségügyi Központ Kht. esetében a mérleg 2000-ben pozitív volt, mert a gyógyszerkasszán és a kórházi kiadások mérséklésén elért megtakarítás jóval nagyobb volt, mint az újonnan kiszűrt és kezelésbe került betegek költsége.

Az érdekeltiségi rendszer

A jelenlegi általános finanszírozási rendszer egyik legnagyobb problémája, hogy a szolgáltatók szintjén teljesítménynövelésre, TB-támogatás igénybevétel növelésre ösztönöz. Az irányított betegellátási modell ezzel szemben, a szolgáltató szintjén, a teljesítmény finanszírozás előnyeit megtartva a teljesítmény indokolatlan fokozásában való érdekeltiséget szünteti

meg, amennyiben a szervező az egyes szolgáltatói szintek számára megfelelő érdekeltségi rendszert működtet. Például a kórházakat a megtakarítás arányos részének visszapótlásával arra ösztönzi, hogy csak a szakmailag indokolt eseteket vegyék fel, és különféle teljesítmény-elszámolást manipuláló programokkal ne fokozzák a bevételt. Ennek a feltétele, hogy az ösztönzés mértéke nagyobb legyen, mint az intézmény kieső bevételére eső fix költsége. Ugyanúgy például a gyógyszerárak érdekeltsége is biztosítható, amennyiben a gyógyszerkasszán képződő megtakarítás árrés-tömeg hányada visszapótlásra kerül.

A modellkísérletben résztvevő orvosok jövedelme viszont erőteljesen függ a paraszolvencia mértékétől és a gyártói dotációktól. Ezek a pénzek a tevékenységhez kötötten kvázi azonnal felvehetőek, szemben a modellkísérleti megtakarításból származó érdekeltséggel, amelynek a kifizetése esetleges és utólagos. Ebből következően az egyes orvos számára a modellkísérleti célok elérését célzó költségtakarékos gyógyítási gyakorlat csak akkor érdek, ha az ebből származó jövedelem nagyobb, mint a gyártói szponzoráció és a paraszolvenciát érzékelhetően nem csökkenti.

A Misszió Egészségügyi Központ Kht. úgy próbálja hatékony együttműködésre ösztönözni a szakorvosokat, hogy bérezésüknek 40%-a teljesítményarányos rész, 40%-a időarányos, 20% pedig a betegelégedettségi vizsgálatoktól függ. A szakorvosok bére az egészségügyi átlagbér négy-ötszöröse, az asszisztensek bére másfélszerese az egészségügyi átlagbéreknek, a menedzsmentnek pedig piaci béreket fizetnek.

Környezeti kitekintés

A betegek mozgását a szabad orvos- és intézményválasztás miatt értelemszerűen semmi nem korlátozza. Ebből következően a külső szolgáltatókhoz fordulók a „hagyományos” érdekeltségi rendszer szerint végzik a betegellátást, ami a szolgáltatás mennyiségének optimalizálását a szervező számára igencsak megnehezíti. Olyan esetekben, amikor az esetelemzés kapcsán nyilvánvaló, hogy indokolatlan költséggenerálás történt (pl. egyidejűleg párhuzamos szolgáltatás igénybevétel) a szervezők az OEP segítségét kérhetik a költség jogosságának ellenőrzésében. Az OEP azonban szakmai értékelésre nem jogosult, csak az adminisztráció pontosságát, megfelelőségét tudja ellenőrizni. Ez pedig jelentős eredményt a szervezők számára alig hoz.

Az irányított betegellátási modell ellenzői tévesen azt állítják, hogy a megtakarítás arra utal, hogy van tar-

talék az egészségügyben, ezért még több pénzt lehet belőle kivonni. Holott alapvetően nem erről van szó, mivel a megtakarítás csak a forrásallokációs hatékonyság javításával érhető el; a szervezőnek nincs áralku pozíciója, azaz az államilag központilag meghatározott áron vásárolja a szolgáltatásokat.

A modellkísérlet szervezője jelenleg a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltatóval köthet szerződést a betegek ellátására, nincs lehetősége arra, hogy akár szakmai, akár költséghatékonysági megfontolások alapján rendszerszerűen versenyeztesse a szolgáltatókat.

A Misszió Egészségügyi Központ Kht. küldetése

Meggyőződésünk, hogy kezdeményezésünkkel hozzájárulunk mind közvetlen, mind tágabb értelemben vett környezetünk jobbá tételéhez

Igyekezetünk kiterjed arra, hogy a környéken élő polgároknak felelősségteljes magatartást alakítsunk ki a saját és mások egészségének védelme iránt, valamint megnyerjük együttműködésüket, közös céljaink megvalósításához.

Sikerességünk mércéje, ha modellértékű rendszerünk létrehozásával és működtetésével hozzá tudunk járulni a magyar egészségügy nagy kihívásaira adandó válaszokhoz.

Szemléletváltással az emberi kapcsolatokra építő, átfogó, magas szakmai színvonalú ellátást hoztunk létre, amely hatékony módon vezet a gyógyuláshoz, a teljesebb élethez.

Zártan értelmezett egészségügyi szerepvállaláson túl olyan programokat valósítunk meg, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, a betegségek megelőzéséhez, s így egy aktívabb, jobb minőségű élethez.

Igen fontos, hogy olyan munkahelyi légkört alakítsunk ki, melyben a résztvevők azonosulnak a közös célokkal, felelősséget éreznek és vállalnak a rájuk bízott lakosság egészségi állapotának jobbításában, és ezen célok megvalósítása érdekében maximális elkötelezettséggel működnek együtt.

Óriási jelentőségét és felelősségét érezzük annak, hogy új szellemiségű intézményünk befolyással bír az egyéni és csoportos kapcsolatokra, a helyi közösségekre, a civil szerveződések létrejöttére és működésére, melyeknek komoly összetartó, védő és megtartó hatása van.

A Misszió Egészségügyi Központ Kht. által végzett tevékenységek

A Misszió Egészségügyi Központ Kht. egészségügyhöz kapcsolódó fő tevékenységei az alábbiak szerint foglalhatók össze (a felsorolás nem tartalmazza a kiszolgáló gazdasági, műszaki, informatikai tevékenységeket):

- járóbeteg szakellátás,
- nappali kórházi ellátás,
- központi idegrendszeri és agykárosult rehabilitáció,
- irányított betegellátási modell szervezés,
 - egészségkommunikáció és prevenció:
 - ◆ egészségkommunikáció (lapkiadás), civil háló (társadalmi tanácsadó testület), közösségi és családi rendezvények,
 - ◆ iskolai egészségnevelési programok, betegoktatás, káros szenvedélyek kialakulását megelőző programok,
 - ◆ rizikófaktor szűrés, rizikófaktorok csökkentése, gondozásba vétel, betegségmentesítés,
 - esetkezelő rendszer működtetése:
 - ◆ betegút követés,
 - ◆ protokollok kidolgozása,
 - ◆ családorvos képzés,
 - ◆ költségelemzés,
 - ◆ értékelés.

1999 nyarán az irányított betegellátás csak modellkísérletként indult Magyarországon, azóta két bővítési pályázatot követően a modell szervezésére 2002. december 31.-ig kötött szerződést az OEP a Misszió Egészségügyi Központ Kht.-val is. Vélhetőleg csak a 2002. áprilisi választásokat követően fog eldőlni, hogy mi lesz az irányított betegellátási modellek sorsa, azaz megszüntetik-e az ilyen típusú ellátásszervezést, vagy országos méretűvé fejlesztik a rendszert.

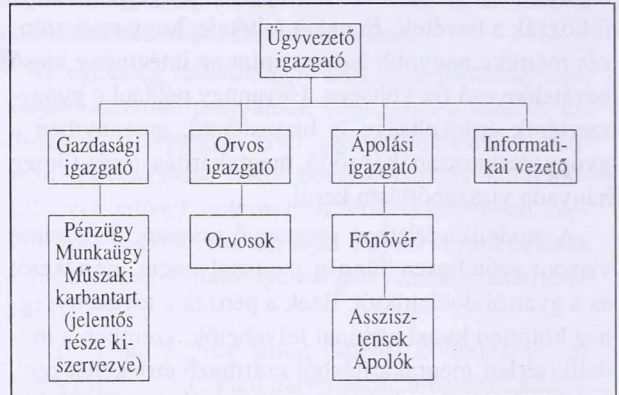
A Misszió Egészségügyi Központ Kht. Története

A Kht. alapítása

A Misszió Egészségügyi Központ Közhasznú Társaságot 1996-ban dr. Somyi Imre és Veresegyház Önkormányzata hozta létre, azzal a céllal, hogy a veresegyházi lakosság életminőségének és egészségi állapotának javítását szolgálja. Létrehozásában ugyanilyen jelentőségű volt az a gondolat, hogy egy modellértékű intézmény jöjjön létre, mely jelentős szerepet vállal a mai magyar egészségpolitika előtt álló kérdések megválaszolásában. Ennek köszönhető, hogy

az intézmény építésével párhuzamosan elkezdődött annak a modellkísérlet koncepciónak a felvázolása, melyben az egészségügy nagy kihívásai és az azokra adható válaszok állnak a vizsgálatok középpontjában.

1999. január – 1999. június



1999 januárjától a Kht. rendelőintézetként működött. Az ügyvezető igazgató egy szakorvos, aki igazgatói teendői mellett szakrendelést is végzett. Ebben az időszakban Matejka Zsuzsanna a Felügyelő Bizottság elnöke. A gazdasági igazgató is csak heti 2 napot töltött a szervezetnél, vállalkozói státusban.

Erre az időszakra az irányított betegellátási modellkísérlet indításáért való erőteljes lobbizás volt jellemző. A Misszió Egészségügyi Központ Kht. is benyújtott az Egészségügyi Minisztériumhoz egy ellátásszervezői pályázatot. Pár hónapon belül megszületett a törvény az irányított betegellátási modellkísérletről, a Kht. nyert a pályázaton

1999. július – 2000. október



1999 július 1.-től indul az irányított betegellátási modellkísérlet. Röviddel azután menedzsmentváltás történik: Matejka Zsuzsanna lesz az ügyvezető igazgató.

Hivatkozások

- Csedő Zoltán – Kuntár Ágnes – Szócska Miklós – Matejka Zsuzsanna – Husser Katalin: Egy változó szervezet egy változó egészségügyi rendszerben, Orvostudományi Értesítő, 2001, 74 (1):22-27.
- Donkáné Verebes Éva – Dózsa Csaba: Az irányított betegellátási modellkísérlet kezdeti tapasztalatai és a továbblépés lehetősége, Egészségügyi Menedzsment, 1999. október
- Glatz Ferenc (szerk.): Egészségügy Magyarországon, MTA, Budapest, 2001
- Jankó Albert-Béla: Amerikai egészségügy: a nagy port kavart HMO-k, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39 (1): 33-37.
- Kincses Gyula: Egészség (?) – Gazdaság (?), Praxis Server Kft., Budapest, 1999.
- Köck, Ch. M.: Managed care: a gyógyító rendszer megzabolásának amerikai formája, in Heimerl-Wagner, P., Köck, Ch. M.: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje, Perfekt, Budapest, 1999, 56-58.
- Kuntár Ágnes: A Misszió-modell, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest, 2000
- Matejka Zsuzsanna: Az irányított betegellátás a szervező szemével, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2001, 39 (4): 355-362.
- Matejka Zsuzsanna: Az irányított betegellátási modell bővülése, mint vezetői probléma a Misszió Egészségügyi Központ szervezésében, Veresegyház, 2002.
- Matejka Zsuzsanna: A Misszió és a házi orvosok együttműködése, Egészségügyi Menedzsment, 2001. július-augusztus, 67-69.
- Mihályi Péter: Magyar egészségügy: diagnózis és terápia, Springer Orvosi Kiadó Kft., 2000.
- Orosz Éva: Félúton vagy tévúton – Egészségügyünk félmultja és az egészségpolitika alternatívái, Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest, 2001.
- Varga Attila: Komplex életmód program az egészség megőrzéséért, Egészségügyi Menedzsment, 2001. július-augusztus, 9-11.

* * *

KOCZOK JUDIT – RIBÁRSZKI ANIKÓ –
CSIBI FERENC – ERDŐS ATTILA

A MISSZIÓ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT ESETE

A jelenlegi állami egészségügyi rendszer torz érdekeltviszonyai nem ösztönzik sem a rendelkezésre álló szűkös források hatékony elosztását, sem pedig a színvonalas szolgáltatást, a lakosság életminőségének javítását. A Somody Imre nevével fémjelzett és az

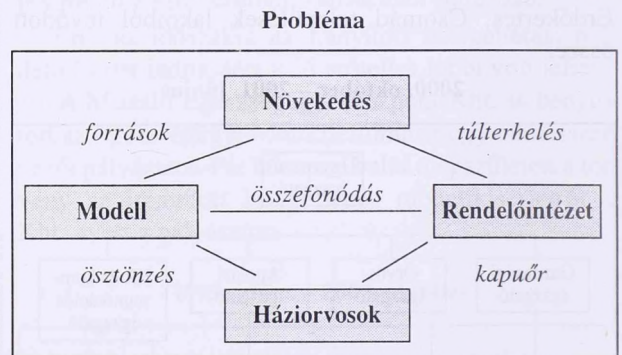
Egyesült Államok egészségügyi rendszeréből több alapelemet átvevő irányított betegellátási modell ennek megoldására kíván egy működőképes alternatívát adni a hatékonyság, a hatásosság és a méltányosság hármaskritériumát szem előtt tartva. Munkánk célja az volt, hogy a veresegyházi Misszió Egészségügyi Központ Kht. nyereséges működésének alapfeltételeit és a megvalósítási forgatókönyvét a tulajdonosok, a FEB, illetve a vezetők elé tárjuk. Mindez a kockázatközösség 150 ezer főre történő bővülése kapcsán vált igen sürgetővé.

Írásunkban elsőként azonosítjuk a Misszióval kapcsolatos problémákat és a megoldásra váró kérdéseket. Ezt követően bemutatjuk megoldási javaslatunkat, melyeket pénzügyi elemzéssel is alátámasztunk. Végezetül elemezzük a megvalósítás kockázatait és lehetőségeit, és bemutatunk egy általunk javasolt megvalósítási ütemtervet is.

A probléma meghatározása

Az eset megoldása kapcsán első teendőnk a probléma pontos meghatározása és értelmezése volt, amit az alábbi ábrán foglaltunk össze.

1. ábra



Meglátásunk szerint a probléma a sikeres modellkísérlet és a veszteségesen működő veresegyházi rendelőintézet szoros összefonódásában gyökerezik, ami a kockázatközösség bővülésével vált egyre súlyosabbá. Ez az összefonódás mind gazdálkodási, mind pedig szervezeti szinten megjelenik. Szervezeti oldalon szembeötlő a munkakörök homályos definiálása és a munkatársak leterheltsége a kettős munkaköri kötelezettségek nyomán. A gazdálkodási összefonódás a közös könyvelésen, valamint a rendelőintézet veszteségeinek a modellkísérlet nyereségéből való finanszírozásában érhető tetten. A betegekkel túlterhelt rendelőintézet vesztesége teljes egészében feléli a modellkísérlet megtakarításait, így nem marad pénz a házi-