

**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 érdekeltégi viszonyai 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

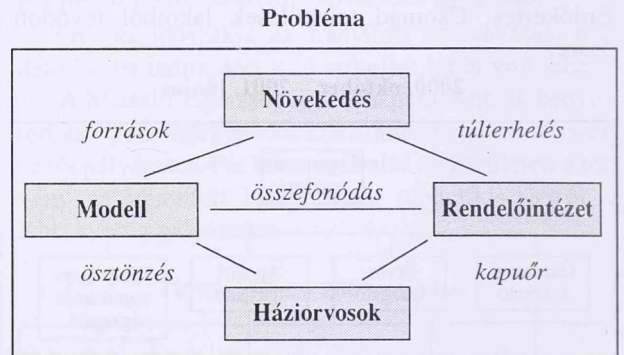
Egyesült Államok egészségügyi rendszeréből több alapelemet átvevő irányított betegellátási modell ennek megoldására kíván egy működőképes alternatívát adni a hatékonyság, a hatásosság és a méltányosság hármaskritériumát szem előtt tartva. Munkánk célja az volt, hogy a veresegyházi Misszió Egészségügyi 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 háziorvosok

vosok megfelelő ösztönzésére. Pedig a házi orvosok képezik a rendszer alapkövét, egyfajta kapuőri szerepet betöltve. Az ő feladatuk, hogy a betegeket a lehető legkörülményesebben lássák el és kizárólag indokolt esetben küldjék őket tovább a jóval költségesebb szakorvosi vagy kórházi kezelésre. Ezáltal komoly megtakarítások érhetők el az egészségügyi ellátás vertikumában. További probléma a veresegyházi rendelőintézet túlterheltsége, ami különösen az egyik tulajdonost, az önkormányzatot érinti érzékenyen. A túlterheltség oka a házi orvosok elégtelen ösztönzése mellett az, hogy a kockázatközösség bővülésével egyre magasabb a „beszivárgó” betegek száma. Az előbbi problémát az teszi különösen aktuálissá, hogy a minisztériumi pályázat elnyerésével a modell további kiterjesztésére teremtődött meg a lehetőség. A növekedéshez szükséges források azonban nem állnak rendelkezésre a modell és a veresegyházi rendelőintézet együttesen negatív eredménye miatt.

**Megoldandó kérdések**

A probléma feltárása során kirajzolódtak azok a konkrét kérdések, amelyekre választ kell adnunk. Közülük az egyik legsürgetőbb az ellátásszervező és a modellintézet különválasztása, amihez új szervezeti struktúrát és működési rendszert szükséges meghatározunk. Megoldandó feladat a rendszer kapuőri szerepét ellátó házi orvosok megfelelő ösztönzésének biztosítása. Arra is megoldást kell találnunk, hogy a nem helyi betegek ne a veresegyházi rendelőintézetet keressék fel, hanem a lakóhelyük szerint illetékeset. Javaslatokat kell adnunk továbbá a növekedéshez szükséges források megteremtésére is. Végül, de nem utolsó sorban érdemes a jövőbe tekintenünk és a modell tapasztalataiból kiindulva megvizsgálni az országos szintű kiterjesztés lehetőségeit.

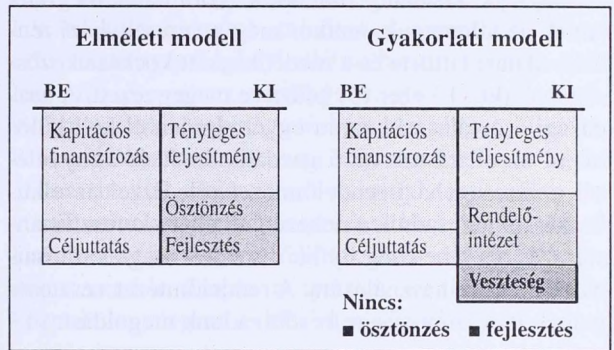
**Szakadék az elmélet és a gyakorlat között**

A modell bevételi oldalát alapvetően kapitáció (az ellátandó körzet lakosság száma) alapján határozták meg, ebből fedezik a ténylegesen elvégzett kezelések költségeit. A bevétel és a kiadások különbségeként elért megtakarítás nyereség formájában az ellátásszervezőnél marad. Ebből a nyereségből finanszírozható a rendelőintézetek fejlesztése, az orvosok ösztönzése és a különféle prevenciós programok. Összességében tehát a modell ellátásszervezője az általa működtetett és felügyelt teljes egészségügyi vertikum hatékonyságának növelésében érdekelt, és ezzel párhuzamosan lehetősége nyílik az ellátás minőségének folyamatos javítására is. Vajon valóban így működik mindez a gyakorlatban is? Az esettanulmányból az derül ki,

hogy sajnos nem. A modellkísérlet gazdasági összefonódása a veresegyházi rendelőintézetrel azt eredményezi, hogy a rendelő veszteségének finanszírozása teljesen felemészti a modell megtakarításait. Ennek következtében nem marad forrás a modell orvosainak ösztönzésére és a régió többi rendelőintézetének hasonló színvonalú fejlesztésére sem.

2. ábra

**Szakadék az elmélet és a gyakorlat között**



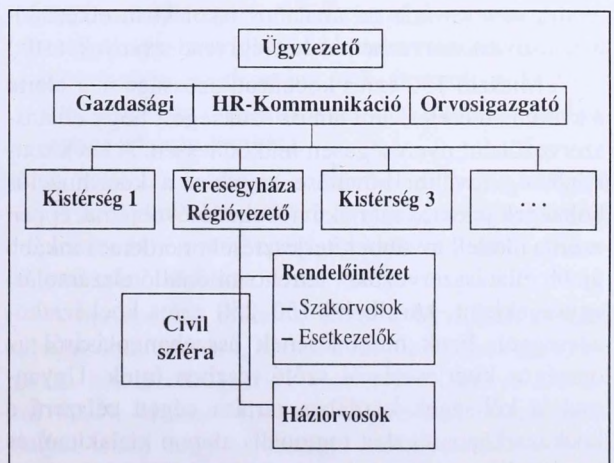
**Javaslatok**

**Az ellátásszervező és rendelőintézet szétválasztása**

A rendelőintézet veszteségeinek a modell megtakarításaiból történő keresztfinanszírozása, valamint a vezetők kettős (modellépítő és intézmény-működtető) szerepből adódó leterheltsége egyaránt kiküszöbölhető a modellkísérlet (mint ellátásszervező) és a veresegyházi rendelőintézet szervezeti és gazdálkodási különválasztásával.

3. ábra

**Szervezet és gazdálkodás elkülönítése**



A szervezeti elkülönítés olyan módon valósítandó meg, hogy a jelenleg kettős szerepben dolgozó vezetők a jövőben csak ellátásszervezői feladatokkal foglal-

kozzanak, a veresegyházi rendelőintézet pedig új, saját vezetés irányítása alatt működjön tovább. A teljes kockázatközösség (amely most fog 150 ezer főre bővülni) ellátását kistérségi alapon érdemes megszervezni, ahol a kistérségek az ellátásszervezőhöz tartozó, szervezetenként és gazdálkodásukban is elkülönült rendelőintézetek köré épülnek. A kistérség rendelőintézetének és házi orvosainak tevékenységét régióvezetők felügyelik és koordinálják. Az ellátásszervezőhöz tartozó egy-egy kistérség működése körülbelül megfelel annak az állapotnak, amikor még a veresegyházi rendelő ellátási területe és a modellkísérlet kockázatközösségének (kb. 13 ezer fő) lakhelye megegyezett. A gazdasági szétválasztás során egyértelműen el kell különíteni az ellátásszervező gazdálkodását és könyvelését a veresegyházi rendelőintézetétől. Ezzel az elkülönítéssel megszűnik a nehezen átlátható keresztfinanszírozás, és lehetőség nyílik a modell megtakarításainak célzott felhasználására. A rendelőintézet veszteségeinek megszüntetésére később adunk megoldást.

#### Az ellátásszervező szerepe és jellemzői

Az ellátásszervezők jelentik az új egészségügyi modell elszámolási egységeit, ahol az elvi számla megtakarításai felhalmozódnak. Ők döntenek az elért nyereség felosztásáról, ebből biztosítják az orvosok anyagi ösztönzését, továbbképzését, a hozzájuk tartozó intézetek kiegyensúlyozott fejlesztését, a megelőző programokat. Az ellátásszervezők feladata a kistérségi civil szférával, az oktatási intézményekkel való szoros kapcsolattartás, ezek integrálása az egészségüggyel. A civil szféra, az oktatás és az egészségügy regionális szintű szerves összekapcsolása jelentős multiplikátor hatást rejt magában. (Például az egészségtudatos életmódra nevelés már az általános iskolákban elkezdődhet, közösen szervezhetnek hétvégi rendezvényeket stb.)

A Misszió 150 ezres kockázatközössége már elérte a kritikus méretet, ami ahhoz szükséges, hogy ellátásszervezőként nyereségesen működhessen. A kockázatközösség további bővülése azonban a koordinációs költségek jelentős mértékű növekedésével járna, éppen ezért a modell további kiterjesztésekor érdemes inkább újabb ellátásszervezőket létrehozni önálló elszámolási egységekként, körülbelül 150–250 ezres kockázatközösséggel. Ezek működésének összehangolásáról az országos kiterjesztésről szóló részben írunk. Ugyancsak a költségek kordában tartása végett célszerű a kockázatközösségeket regionális alapon kialakítani és kistérségekre osztani, hogy a földrajzi távolságok ne okozzanak problémákat.

A Misszió ellátásszervező szolgáltatás-kínálata a jelenlegi helyzetben nem lehet teljes, mivel egyes

rendkívül költséges ellátástípusokat a modell egyelőre még nem képes finanszírozni. Következésképp a krónikus fekvőbeteg-ellátás rövid távon nem lenne része a modellnek, a különféle fizetős szolgáltatások igénybevételére (magánfinanszírozás bevonása) viszont a lehető leghamarabb lehetőséget kell adni. Amint a modell középtávon pénzügyileg önfenntartóvá válik, a kínált szolgáltatások köre kiterjeszhető az egészségügyi vertikum egészére, beleértve a krónikus betegségek kezelését is. Ezt legkésőbb a modell országos szintre történő kiterjesztésekor mindenképpen meg kell tenni.

#### Házi orvosok ösztönzése, beszivárgás, forrásteremtés – Hosszú távú működőképesség

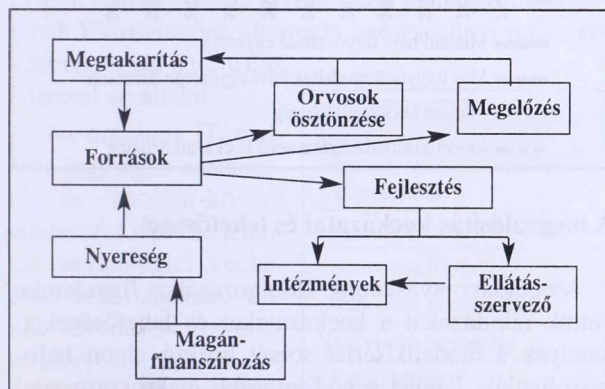
Az új egészségügyi modell elszámolási alapegységét tehát az ellátásszervező jelenti, ezen a szinten jelentkeznek a bevételek és a kiadások is. A rendelkezésre álló forrásokat elsősorban a házi orvosok megfelelő ösztönzésére kell fordítani, hogy betölthessék kapuóri szerepüket. Ennek lényege, hogy a hozzájuk bejelentkezett betegetek rendkívül körültekintően vizsgálják meg és csak a valóban indokolt esetekben utalják be őket a jóval költségesebb szakorvosi rendelésre vagy kórházi kezelésre. Ezzel jelentős megtakarítások érhetőek el az egészségügyi vertikum egészében, beleértve a túlzott gyógyszerfogyasztás megfékezését is. Mindez azonban nagyobb feladatot ró a házi orvosokra, ami csak megfelelő anyagi ösztönzők mellett várható el tőlük. Az ösztönzésből származó jövedelemnek nagyobbak kell lennie, mint a kieső gyógyszergyártói támogatás és a paraszolvencia mértéke. Az anyagi oldal mellett az orvosok ösztönzését erősíti még a kollegiális együttműködés légköre és a rendszer által finanszírozott szakmai továbbképzések is. A rendszerben fontos szerep jut a prevenció programoknak is, amelyek a költséges kezelések megelőzésével hosszabb távon szintén megtakarításokat eredményeznek.

Az elért megtakarítások szabadon felhasználható forrásként az ellátásszervezőnél maradnak, akinek feladata a nyereség megfelelő elosztása. Ebből nemcsak az orvosok ösztönzése és a prevenció programok finanszírozhatók, hanem elegendő forrás marad a szükséges fejlesztésekre is. Itt az ellátásszervező működésének, infrastruktúrájának fejlesztése mellett a hozzá tartozó egészségügyi intézmények korszerűsítése a legfontosabb feladat. Ennek célja kettős. Egyrészt a források kiegyensúlyozott elosztásával az ellátásszervezőhöz tartozó valamennyi intézetet körülbelül azonos színvonalra kell fejleszteni. Az intézetek közötti minőségi különbségek megszűnésével ugyanis kiküszöbölhető a „beszivárgás”, ami jelenleg a veresegyházi rendelő túlterheltségi problémáját okozza.

Másrészt a fejlesztések révén technikailag jól felszerelt, továbbá jól képzett és érdekeltté tett orvosokkal működő egészségügyi intézmények kitűnő lehetőséget teremtenek a magántőke bevonására. Ez történhet úgy, hogy közvetlenül magánszemélyeknek kínálnak fizetős egészségügyi szolgáltatásokat, illetve történhet a vállalati szférán keresztül is. A vállalatok például kiegészítő juttatásként kiemelkedő egészségügyi ellátást biztosíthatnak munkatársaik számára, de ez a lehetőség a biztosítók számára is piacépes terméket jelenthet (kórház és biztosító hasonló együttműködésére hazánkban már van is példa). A magánfinanszírozás bevonása tényleges nyereségben fog lecsapódni, ami felhasználható forrásként a rendszerbe visszaforgatva újabb megtakarításokat és további nyereséget fog eredményezni.

4. ábra

#### Hosszú távú működőképesség



A visszaforgatott megtakarításoknak és nyereségnek köszönhetően a rendszer már középtávon önfinanszírozóvá válik. Ennek megalapozásához a jelenlegi helyzetben hosszú távú hitel felvételére van szükség, amiről a pénzügyi részben szólnunk majd.

#### Országos kiterjesztés

Véleményünk szerint körülbelül három év elég lesz ahhoz, hogy a rendszer bizonyítsa működőképességét és országos szintre is kiterjeszthetővé váljon. Javaslatunk az, hogy az ország teljes lakosságát regionális alapon ellátásszervezőkhöz kell rendelni, melyek egyenként 150–250 ezer fős kockázatközösségek ellátásáért felelnek. Az egyes ellátásszervezők felépítéséről és működéséről korábban már szóltunk. A körülbelül negyven-ötven ellátásszervező működését egy országos központ hangolja majd össze, a rendszer multilokális elven működik, magas szintű helyi önállóság megtartása mellett. A központ főbb feladatai lesznek az országos esetkezelő rendszer kiépítése és működtetése,

az egyes ellátásszervezők közötti elszámolás koordinálása (erre a magukat nem a saját ellátásszervezőjük területén kezeltetők betegek miatt lesz szükség), a különféle eljárások kidolgozása, az ellátásszervezők képzése és az országos rendezvények, programok megszervezése. A kamaraszerűen működő központ működési költségei az egyes ellátásszervezők nyeresége egy részének elvonásából fedezhetők. A központ feladata lesz továbbá, hogy egyfajta újraelosztó szerepet betöltve kiegyenlítsen az ország egyes területei közötti különbségeket, mindenhol egyformán magas színvonalú egészségügyi ellátást biztosítva. Erre azért lesz szükség, mert a szegényebb, idősebb korösszetételű, nagyobb megbetegedési gyakorisággal jellemezhető régiók ellátásszervezői soha nem lesznek képesek akkora megtakarítást elérni és annyi magántőkét bevonni, mint kedvezőbb helyzetben lévő társaik. Az ellátásszervezők megfelelő érdekeltiségének fenntartása miatt azonban csupán a nyereség egy részét szabad központilag elvonni és célzottan újra elosztani.

#### Pénzügyi elemzés

A rendelkezésre álló 2000. évi beszámoló segítségével megvizsgáltuk a vagyoni és jövedelmi helyzet mutatóit.

Általánosságban megállapítható, hogy a kht. helyzete a 2000. évre romlott, mérleg szerinti eredménye 94 millió Ft veszteség, mely 14 millió forinttal marad el az előző évi eredménytől. A vagyoni helyzet vertikális mutatói rávilágítanak a kötelezettségek arányának jelentős mértékű növekedésére.

- A kötelezettségek saját tőkéhez viszonyított aránya 60%-ról 156%-ra nőtt a tárgyévben. Ennek oka nagyrészt a rövid lejáratú kötelezettségek 100%-os növekedése (az állomány 62%-át, mintegy 197 millió forintot az önkormányzat által nyújtott rövid lejáratú kölcsön teszi ki).
- A saját tőke aránya a forrásokon belül 61%-ról 35%-ra csökkent 2000-re, amivel felborulni látszik a bázisévben még egészségesnek mondható finanszírozási szerkezet.

A horizontális mutatók közül a likviditási mutató ad aggodalomra okot, hiszen a forgóeszközök rövid lejáratú kötelezettségeihez viszonyított aránya 120%-ról 62,7%-ra esett vissza a tárgyévben. Megállapíthatjuk tehát, hogy a pénzügyi helyzetet erősen befolyásolja az önkormányzat által nyújtott rövid lejáratú kölcsön. A polgármester állítása szerint 2001-ben az önkormányzati támogatás nyolcvanmillió Ft volt, melyet 2002-re tízmillió Ft-ra terveznek csökkenteni.

Mindez azt jelzi, hogy a Misszió működését idáig jelentős részben az önkormányzat finanszírozta rövid lejáratú kölcsönrel. Ezek görgetése pénzügyi szempontból költségigényes és magasabb kamatköltségekkel jár. Javaslatunk szerint ezért a kht. működésének biztosítására hosszú távú (akár államilag támogatott) hitelfelvétel szükséges. Ez a hitel megadja a biztos alapot ahhoz, hogy a rendszer a korábban már bemutatott módon, középtávon pénzügyileg önfenntartóvá válhasson, amivel a hitel törlesztése is megoldott lesz.

1. táblázat

	1999-es bázis	2000/1999
Értékesítés nettó árbevétele	177 522	+ 42%
Anyagjellegű	92 754	+ 79%
Ráfordítások	103 884	+ 21%
Egyéb	82 137	+ 24%
Üzemi-üzleti eredmény	- 109 995	- 22%
Mérleg szerinti eredmény	- 80 271	- 17%
Kockázatközösség nagysága (2000-ben kb. 20 000)	13 000	+ 53%

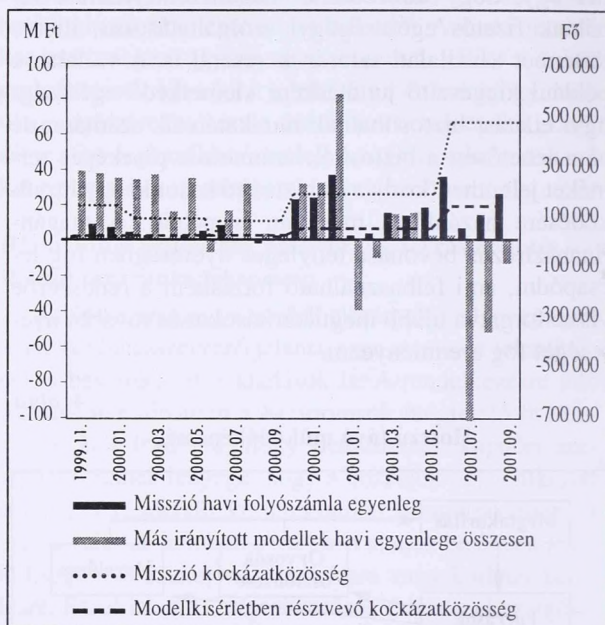
Az üzemi-üzleti eredmény (amely jobban tükrözi a kht. jövedelemtermelő képességét) 22%-kal marad el az 1999-es értéktől. Fő összetevői az értékesítés nettó árbevétele és a ráfordítások közül az anyag- és személyjellegű, illetve az egyéb költségek. Jól látható, hogy a kockázatközösségből fakadó 53%-os növekedést árbevétel szintjén nem sikerül teljesíteni. A ráfordítások három fő kategóriája hozzávetőlegesen azonos bázisról indulva 2000-ben merőben más eloszlást mutat, mint az előző évben. Az anyagjellegű költségek 79%-os növekedése inkább a mintarendelő költséghelyhez kapcsolható, míg a személyjellegű és egyéb költségek jobban megoszlának a modell és a rendelőintézet között.

Ez a megállapítás tovább erősíti azt a feltételezésünket, hogy a modellkísérletből származó megtakarítás (nyereség) a mintarendelő működésének finanszírozására folyik el a közös könyvelési és elszámolási rendszerből fakadóan. Ha ez a tendencia tovább folytatódik, a mintarendelő magas költségei állandósulása miatt a Misszió veszteséges marad, ami az egész modell létét veszélybe sodorja.

A Misszió Kht. teljesítményét érdemes összevetni az országban párhuzamosan futó hasonló jellegű modellkísérletek eredményével. A legalkalmasabb mutatót erre (az állam által sajátosan kialakított érdekeltségi rendszerhez igazodva) az elvi folyószámla egyenleg havi megtakarításai jelentik. Ezek az ábrán havonta külön-külön, nem pedig kumuláltan vannak feltüntetve. A grafikon adatai alapján megállapíthatjuk, hogy a kht. eredménye más modell-kísérletekhez viszonyítva kiemelke-

dő, és országosan a kockázatközösségből mind nagyobb hányadot von irányítása alá (1999 novemberétől 2001 júliusára részesedését 9%-ról 31%-ra növelte).

5. ábra



A megvalósítás kockázatai és lehetőségei

Megoldási javaslatunk kidolgozásakor figyelembe vettük mindazokat a kockázatokat és lehetőségeket, amelyek a modellkísérlet sorsát hosszú távon befolyásolhatják. Ezeket a legfontosabb makrokörnyezeti befolyásoló tényezőket a PESTEL modell segítségével azonosítottuk.

6. ábra

Makro-tényezők

<b>Political</b>	Lobby és választás * <b>Modell sorsa</b>
<b>Economic</b>	Életszínvonal javulása * <b>Magánfinanszírozás lehetősége</b>
<b>Socio-cultural</b>	Öregedő népesség, krónikus betegségek, társ. szakadék * <b>Költségrobbanás és forráshiány</b>
<b>Technological</b>	Országos IT-rendszer kiépítése (esetkezelő rendszer) * <b>Ellátás-szervezők együttműködése</b>
<b>Environmental</b>	Környezet okozta betegségek * <b>Költségnövekedés</b>
<b>Legal</b>	Kötelező szerződés a területi ellátóval, szabad orvoslás * <b>Állami beavatkozás</b>

Az ellátásszervezőkre épülő egészségügyi modellkísérlet sorsa hosszú távon politikai tényezők (választások, egészségügyi szabályozás) függvénye, következésképp a modellkísérlet tulajdonosai és vezetői ré-

széről folyamatos lobbizásra van szükség a modellkísérlet létjogosultságának elismertetéséért a változó politikai viszonyok közepette.

A magyarországi gazdasági teljesítmény és az élet színvonal fokozatos javulása a magánfinanszírozás növekvő mértékű bevonásának lehetőségét teremti meg. A magánfinanszírozás növekvő aránya a modellkísérleten belül a politikának való kiszolgáltatottságot is mérsékelheti.

A hagyományos egészségügyi modellre egyre növekvő terhet rónak a magyar népesség társadalmi eredetű problémái: a fokozatosan öregedő népesség, a krónikus betegségek magas száma, a társadalom peremére szorultak államilag finanszírozott ellátásának terhei. Ezek a kedvezőtlen folyamatok a jelenlegi állami rendszer mellett egészségügyi költségrobbanáshoz és súlyos forráshiányhoz vezethetnek, ami ugyanakkor kedvező lehetőséget jelent az irányított betegellátási modell térnyerésének, hiszen stabil pénzügyi működésének köszönhetően alternatív egészségügyi rendszerként képes ezt a terhet az államtól átvállalni.

Az országos IT-rendszer (egységes esetkezelő és betegút-követő rendszer) kiépítése jelentős technológiai kockázatot rejt magában. Ennek kivédésére az ellátásszervezők folyamatos és szoros együttműködésére van szükség. A Misszió, mint élen járó ellátásszervező vezetheti, koordinálhatja ezt a kezdeményezést és saját „legjobb gyakorlatával” összhangban alakíthatja

ki az országos rendszert, melynek felügyeletét később az országos központ veszi majd át.

Környezetszennyezés okozta „civilizációs betegségek” terjedése további jelentős költségterheket eredményezhet a jövőben.

Jogi oldalról a területi ellátóval való kötelező szerződés és a szabad orvosválasztás jelent kötelezettségeket az ellátásszervezőkre. A törvényi szabályozás módosulása, az esetleges állami beavatkozás lehetősége következtében az ellátásszervezőknek folyamatosan jogi kockázatokkal is számolniuk kell.

### Ütemezés

Megoldási javaslatunkat egy ütemezési tervvel is kiegészítettük. Gantt diagramon tüntettük fel az általunk különösen fontosnak ítélt megoldandó feladatokat. Halvány színnel jelöltük az előkészítő és szinten tartó tevékenységeket, sötéttel pedig az aktív megvalósítást.

	2001		2002				2003				2004			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Különválasztás														
Hosszú lejáratú hitel felvétele														
Szakorvosok felvétele														
Háziorvosok beszerzése														
Háziorvosok ösztönzése														
Oktatás, képzés														
Megelőző kampányok														
Intézetek fejlesztése														
Fizetős szolgáltatások bevezetése														
Szerződés biztosítókkal, vállalatokkal														
Szelektív várólista (pilóta projekt)														
Kiterjesztés országos szintre														

### Lábjegyzetek

<sup>1</sup> Minden jog fenntartva. Az anyag egészében vagy részletekben történő sokszorosítása, elektronikus eszközök segítségével való tárolása vagy bármely formában és eszközzel való átvitele csak a BKÁE Vezetési és Szervezési Tanszék engedélyével lehetséges. Copyright© 2002 BKÁE Vezetési és Szervezési Tanszék. Az esetet Csedő Zoltán PhD hallgató készítette Bakacsi Gyula egyetemi docens konzulensi közreműködésével, órai viták elősegítése céljából, nem pedig bizonyos vezetői helyzetek hatékony vagy nem hatékony kezelésének bemutatására.

<sup>2</sup> Az OEP a kapitáció alapján kiszámított összeget egy elvi folyószámlára utalja, de valójában az egészségügyi szolgáltatásokat éppúgy finanszírozza, mint azon szolgáltatók esetében, akik nem részei az irányított betegellátási modellkísérletnek. Év végén, amikor az ellátásszervezői tevékenység során sikerült költség-hatékonyabb szolgáltatásokat szerezni, az elvi folyószámlán megjelenő megtakarítást (azaz a kapitáció alapuló finanszírozás illetve a „hagyományos” finanszírozás közötti különbséget) az OEP átutalja az ellátásszervezőnek.