A Semmelweis Egyetem konszolidációja innovatív menedzsment eszközökkel 2003-2009

Doktori értekezés

Dr. Stubnya Gusztáv

Semmelweis Egyetem
Mentális egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Pörzse Gábor, egyetemi docens, Ph.D.

Hivatalos bírálók: Dr. Boncz Imre tanszékvezető egy. docens, Ph.D.
Dr. Szócska Miklós intézetvezető egy. docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Papp Zoltán egyetemi tanár, D.Sc.
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Gaál Péter egyetemi adjunktus, Ph.D.
Dr. Hodosi György igazgató, Ph.D.

Budapest
2010

Tartalomjegyzék

Nyilatkozat 4

Rövidítések jegyzéke 5

1. Bevezetés 7

1.1. A Semmelweis Egyetem rövid története 8

2. Célkitűzés 14

3. Módszerek 17

4. Eredmények 19

5. Megbeszélés 24

5.1 A külső környezet részletes elemzése 24

5.1.1. A 2007-es reform: a struktúraátalakítás hatása a Semmelweis Egyetemre 24
5.1.2. A progresszív ellátás elemzése Magyarországon 29
5.1.3. A szakápolók helyzete és képzési lehetőségeik Magyarországon 45
5.2. A változtatások elvárás rendszere és a változtatási folyamat 53

5.2.1. A változtatási folyamat 54
5.3. A Semmelweis Egyetem konszolidációjának részletes összefoglalása 64

5.3.1. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program szükségessége 65
5.3.2. A Semmelweis Egyetem stratégiája 69
5.3.3. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program áttekintése, programbeosztás 70
5.3.4. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program projektjeinek részletes ismertetése 71
5.4. Belső struktúrákat érintő változtatási intézkedések 76

5.4.1. Út a klinikai vizsgálatoktól a klinikai hatékonyságjavító intézkedésekig 76
5.4.2. Szervezeti struktúra kialakítása 78
5.4.3. Gyógyszergazdálkodás 81
5.4.4. Informatika a menedzsment szolgálatában 93
5.5. Szervezeti expanziót befolyásoló intézkedések 101

5.5.1. Székhelyen kívüli képzési forma Hamburgban 101
5.5.2. Az Egyetem szerepe az OPNI megszüntetésével összefüggésben 103
5.6. Külső és belső vélemények elemzése 107

5.6.1. Dolgozói elégedettség mérés 107
5.6.2. A média szerepe a Semmelweis Egyetem irányításában 111
6. Következtetések 116

7. Összefoglalás 118

Summary 119

Mellékletek: 121

1. sz. melléklet 122

2. sz. melléklet 123

Ábrák tartalomjegyzéke:..... 124
Táblázatok tartalomjegyzéke:..... 125
Saját publikációk jegyzéke..... 126
A disszertációhoz kapcsolódó közlemények listája: 126
A disszertáció témájához nem kapcsolódó közlemények..... 128
Fontosabb szakmai előadások és interjúk..... 129
Irodalomjegyzék..... 131
Köszönetnyilvánítás..... 140

Nyilatkozat

Alulírott, Dr. Stubnya Gusztáv kijelentem, hogy ezt a doktori értekezést magam készítettem, és abban csak a megadott forrásokat használtam fel. Minden olyan részt, amelyet szó szerint, vagy azonos tartalomban, de átfogalmazva más forrásból átvettem, egyértelműen, a forrás megadásával megjelöltem.

Budapest, 2010. március 30.

……

Dr. Stubnya Gusztáv

Rövidítések jegyzéke

ABAP: Advanced Business Application Programming

AM: Assent Management

ÁNTSZ: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

ÁOK: Általános Orvostudományi Kar

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical classification system

BIK: Budai Irgalmasrendi Kórház

BW: Business Warehouse

CMI: Case Mix Index

CO: Controlling

EFI: Egyedi finanszírozás

Egyetem: Semmelweis Egyetem

EGYGYSZI: Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézet

EMK: Egészségügyi Menedzserképző Központ

ETK: Egészségtudományi Kar

EÜM: Egészségügyi Minisztérium

FOK: Fogorvostudományi Kar

FI: Financial Accounting

GYOK: Gyógyszerésztudományi Kar

GYTB: Gyógyszerterápiás Bizottság

HBCS: Humán Betegség Csoport

HEFOP: Humánerőforrás Operatív Program

IGYB: Intézeti Gyógyszerterápiás Bizottság

IKGR: Integrált Klinikai és Gazdasági Projekt

KIR: Kórházi Integrált Rendszer

KVM: Költségvetés – menedzsment

MESZK: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

MhI: Mentálhigiéné Intézet

MM FOOD: Materials Management - Food

MM: Materials Management

NP: Német pont

OEP: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

OITI: Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet

OKJ: Országos Képzési Jegyzék

OLAP: Online Aanalytical Processing

OPK: Országos Pszichiátriai Központ

OPNI: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet

OSZMK: Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ

ÖTV: 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról

SAP: System Application Products in Data Processing

SD: Sales and Distribution

SMP: Stratégiai és Működésfejlesztési Program

TAJ: Társadalombiztosítási Azonosító Jel

TEK: Területi ellátási kötelezettség

TF: Testnevelési és Sporttudományi Kar

TVK: Teljesítmény Volumen Korlát

VEN: Vitális Esszenciális Nemesszenciális

WHO: World Health Organization

1. Bevezetés

Doktori értekezésemben bemutatom a Semmelweis Egyetem 2003-2009-ig tartó időszakának főbb történéseit a menedzsment szemszögéből nézve. Áttekintem a külső környezet főbb mutatóit. Elemzéseim során alapvetően saját tapasztalataimra, gyakorló orvosként végzett kutatási eredményeimre, valamint az egyetemi folyamatok és menedzsment eszközök aktív résztvevőjeként elvégzett munkáimra hagyatkoztam. Az egészségügyi és felsőoktatási környezet alapos, minden részletre kiterjedő analízisével, és az összefüggések feltárásával segítséget kívánok nyújtani a jelenlegi és a jövőbeni döntéshozók számára. Az egyetemen személyes részvételemmel végrehajtott változtatási folyamatok elemzésének általánosításával olyan összefoglalást készítettem, amely alkalmas arra, hogy ezt a vezetési gyakorlatot mások számára is átadhatóvá tegyem. Igyekeztem igazolni, hogy a piaci környezetben alkalmazott menedzsment eszközök megfelelő adaptációval alkalmazhatóak egyetemi környezetben is. Bemutattam, hogy a stratégia és konszolidáció, valamint a stratégia és működésfejlesztés egymást támogató folyamatok, és ennek következtében a konszolidációnak nem kell egyet jelentenie az intézmények leépülésével. A fenti kérdésekre az általam is irányított változtatási projektek nemzetközi irodalomban is elfogadott analitikai módszerével adtam választ értekezésemben.

A Semmelweis Egyetem 2003 és 2009 közti időszakának története azonban nem érthető meg a régebbi korok, különös tekintettel a rendszerváltozás utáni egyetemi történések alapos ismerete, mélyebb elemzése nélkül. Dolgozatomban ennek megfelelően a Semmelweis Egyetem XXI. századi történetének első évtizedét vettem vizsgálat alá – azzal a szándékkal, hogy az egészségügyi felsőoktatási intézmények irányításának és menedzsmentjének módszertanát elemezzem.

1.1. A Semmelweis Egyetem rövid története

A Pázmány Péter esztergomi érsek által 1635-ben alapított Nagyszombati Egyetem orvosi karral történő kiegészítésére Mária Terézia átfogó, birodalmi szintű egészségügyi reformjának részeként került sor. A kar megszervezése Mária Terézia 1769. november 7-én kelt rendelkezése nyomán indult meg. (Ezt a dátumot tekintjük egyetemünk alapítási idejének.)

Mária Terézia 1780. március 25-én adta ki az egyetem „Magna Chartájának" is nevezett Diploma Inauguralét, amelyben az általános rendelkezések mellett rögzítette az egyetem jogállását, és fenntartásának anyagi alapjait. Az orvosi kar előbb Budára, majd a gyorsan fejlődő Pestre került.

Az intézményben az 1820-as évektől kezdve honosodott meg a gyakorlati oktatást hangsúlyozó klinikai irányzat. II. József uralkodása óta az orvosi oklevelek elfogadásának viszonossága is érvényesül, igaz, kezdetben csupán Bécs–Prága–Krakkó–Pest vonatkozásában. A pezsgő egyetemi életet produkáló századvéget I. Ferenc korának szellemisége váltotta fel, amelyet a központosítás, és a tanszabadság megvonása jegyében fogant 1806-os II. Ratio Educationis fémjelez. 1872-ben bevezetésre kerül az egységes orvosképzés, így 1878-tól már csak egyetlen orvosi diploma létezett „egyetemes orvosi tudományok doktora" megjelöléssel.

Az 1870-es években meginduló építkezések nyomán gyors egymásutánban alakultak a kivétel nélkül a kor színvonalának megfelelő, kielégítően felszerelt klinikák és tanszékek, főként az Üllői út tengelyében. A klinikum gyors fejlesztésével sikerült behozni az addigi jelentős lemaradásokat. Szembetűnően emelkedett a hallgatók száma is. Amíg az 1860-as években csak 400–500 fő között mozgott, addig az 1880-as évekre már meghaladta az 1000 főt.

Az első világháború idején a hadigazdaságra való átállás, majd a Monarchia gazdasági kimerülése drasztikusan csökkentette általában az oktatás, így az egyetem anyagi ellátását is. Az egyetemet szoros központi irányítás alá vonták és jelentős átalakításokat hajtottak végre. Alig kezdett normalizálódni a helyzet, mikor az 1929-es újabb válság ismét az oktatásra és egészségügyre fordított összegek csökkentését eredményezte. Az orvosok között is megjelent a munkanélküliség, az egyetemen több mint 10%-os volt a leépítés, leálltak a beruházások, és az ágyak negyedét anyagi

okokból üresen kellett hagyni. A hallgatók száma is erősen megcsappant (1925/26-ban 1729 fő, 1930/31-ben 1234 fő), ellentétben a nemzetközi tendenciával.

A II. világháború alatt Budapest ostromát a várossal együtt a kar is nagyon megsínylette. Hatalmasak voltak az épületkárok, és a felszerelések jelentős része is elpusztult. Ebben az idõszakban több kórházat is az egyetemhez csatoltak, klinikákká alakítva át őket. Ennélfogva az ágyszám az 1946-os 1178-ról 1955-re 3167-re duzzadt.

1950. szeptember 17-én az egyetem felvette Eötvös Loránd nevét, majd a következő évben a minisztertanács önálló egyetemekké alakította az ország tudományegyetemeinek orvosi karait. Ezzel 1951. február 1-én megalakult az önálló Budapesti Orvostudományi Egyetem. Az egyetemen belül 1955-re 3 kart alakítottak ki (általános orvostudományi, fogorvostudományi, gyógyszerésztudományi). 1969. november 7-én, az orvoskar alapításának 200. évfordulóján az egyetem felvette Semmelweis Ignác nevét. [1]

Az 1960-as évektől megélénkülő külkapcsolatok elősegítették a tudományos lépéstartást a nemzetközi színvonallal, számos külföldi felsőoktatási intézménnyel sikerült egyezményes kapcsolatba kerülni.

Az 1970-es évektől külföldi hallgatók is növekvő számban jöttek az egyetemre: 1983-ban németül, 1989-ben angolul is megindult az oktatás. Az 1990-es évek végén a 4000 hallgató közül minden harmadik külföldi. Egyetemünk minden karán folyik idegen nyelvű képzés, angol és/vagy német nyelven. A képzésekben a világ számos országából érkező hallgatók vesznek részt, akiknek létszáma az utóbbi években jelentősen megnövekedett. A legfrissebb adatok szerint a 2008/2009 tanév első félévében 10.430 hallgató kezdte meg tanulmányait egyetemünk karain, és a hallgatók 20%-a, mintegy 2103 fő külföldi **(1. táblázat)**.

1. **táblázat:** a Semmelweis Egyetem hallgatói létszámának alakulása karonkénti bontásban 2008/2009 tanév (Az adatok a TF, az ETK és a Doktori Iskola esetében magukba foglalják az esti és levelező tagozaton hallgatókat is)

Kar	**Hallgatói létszám**	**Külföldiek száma**	**Külföldiek aránya a karon (kerekítve)**
ÁOK	3357	1497	44%
FOK	730	268	37%
GYOK	672	122	18%
ETK	2919	154	5%
TF	2044	26	1%
Doktori Iskola	330	23	7%
Egyéb (EMK, MhI)	378	13	3%
Összesen:	**10.430**	**2103**	**20%**

Összesen 5 kontinens 62 országának fiataljai tanulnak nálunk, közülük 1355 fő angol nyelven, 562 hallgató német, és 186 diák magyar nyelven. A külföldi hallgatók közül mintegy 150 magyar nyelven tanuló diák határon túli magyar (román, szerb, szlovák és ukrán). A 2007/2008-as tanévhez képest a külföldi hallgatók aránya 18%-ról 20 %-ra emelkedett. Legnagyobb arányban német, izraeli, norvég, iráni és svéd diákok érkeznek hozzánk **(2. táblázat)**.

2. táblázat: az egyetemen tanuló külföldi hallgatók létszáma (országonként)

Legtöbb külföldi hallgató	Állampolgárság	Létszám
1.	német	526
2.	izraeli	294
3.	norvég	192
4.	iráni	188
5.	svéd	140
6.	görög	93
7.	ciprusi	80
8.	osztrák	56
9.	amerikai	55
10.	szlovák	50

Jelentős változást jelentett, hogy 1992-ben ismét az egyetemekre került a doktor- (PhD) képzés, amely napjainkra súlyának megfelelően, a lényegében kari attributumokkal rendelkező Egyetemi Doktori Iskola keretei között működik.

A nemzetközi együttműködések új perspektívája nyílt meg a 2008. szeptember 5-i ünnepélyes hamburgi tanévnyitóval, amellyel kezdetét vette a Semmelweis Egyetem és az Asklepios Kliniken, az egyik legnagyobb németországi klinikacsoport közös orvosképzése. Az új közös képzés keretében évente 42 hallgató kezdheti meg tanulmányait a budapesti Semmelweis Egyetemen. Az első két év sikeres lezárása után a hallgatók az orvosképzés második felét (klinikai képzés) az Asklepios Kliniken világviszonylatban is élen járó hamburgi intézményeiben teljesítik, a Semmelweis Egyetem EU-konform tanterve alapján.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem 2000. január 1-jén az Országgyűlés 1999. évi LII. törvénye alapján a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Orvostovábbképző (időközben Egészségtudományi) Karával és Egészségügyi Főiskolai Karával, továbbá a Magyar Testnevelési Egyetemmel integrálódott, amelynek köszönhetően létrejött a Semmelweis Egyetem. A közelmúlt történéseinek egyik legfontosabb – a karokat érintő – változása, hogy Egészségügyi Közszolgálati Kar

néven megalakult egyemünk hatodik kara, amely tevékenységét az oktatás, kutatás, valamint a közszolgálat (szakértői munka, szervezet-, és rendszerfejlesztés) területén fejti ki. Az új kar a Mentálhigiéné Intézet, az Egészségügyi Menedzserképző Központ, és az Egészségügyi Informatikai Fejlesztő és Továbbképző Intézet jogutódjaként, azok szellemi „örököseként" működik majd.

A korábbi Egészségtudományi Kar önálló intézményként, Országos Gyógyintézeti Központ néven folytatta működését. Mivel a magyarországi hatályos jogszabályok szerint új intézmény adósággal nem alapítható, ezért a kar korábbi tartozásállománya az Egyetemen maradt. Többek között ezen tényező vezetett oda, hogy 2003-ban az Egyetemnek közel 2 Mrd tartozásállománya lett.

Dolgozatomban ezen időszaktól kezdődően vizsgáltam az egyetem vezetésének döntéseit és azok hatását a magyarországi felsőoktatás, egészségügy és tudományos külső környezet adottságainak figyelembevételével. Megvizsgáltam továbbá azt is, hogy az alkalmazott innovatív menedzsment eszközök milyen mértékben voltak képesek szolgálni az egyetem minőségirányítási rendszerének[2] alapjait jelentő – alább idézett – küldetésnyilatkozatát.

E rövid történeti összefoglaló végigvezetett azon az úton, amely egyetemünk alapításától kezdődően bemutatja, honnan indult és hova jutott világszerte méltán ismert intézményünk a XXI. század kezdetére. Az e sorok alatt olvasható küldetésnyilatkozat pedig azt a jövőképet vetíti elénk amelyet az egyetem vezetése az egyetemi polgárokkal összefogva kíván megvalósítani.

KÜLDETÉSNYILATKOZAT

„A Semmelweis Egyetem minden dolgozója elkötelezetten tevékenykedik annak érdekében, hogy a XXI. századi Közép-Európa piacvezető orvos- és egészségtudományi egyetemének rangját kiérdemeljük és megőrizzük.

Egyetemünk Magyarországon és a Fővárosban is vezető szerepre tör az egészségügyi ellátás, az egészségfejlesztés, az orvos-, egészség- és sporttudományi képzés, a kutatás és klinikai innováció, a legkorszerűbb orvostudományi technológiák kidolgozása, kipróbálása, bevezetése és mindennapos használata területén.

Az Egyetem vezetése elkötelezett, hogy magasan képzett emberi erőforrások és az általuk használt modern technológia révén az orvos-, egészség- és sporttudományok valamint az egészségügyi menedzsment területén Közép-Európa tudásközpontjaként tevékenykedjen.

A Semmelweis Egyetem aktívan hozzá kíván járulni a népegészségügyi trendek negatív irányának radikális megváltoztatásához."

2. Célkitűzés

A Semmelweis Egyetem példáján és saját közvetlen klinikai, szakértői és felsővezetői tapasztalataim alapján olyan eszköztárat kívánok bemutatni, amelyet más egészségügyi felsőoktatással foglalkozó intézmények is felhasználhatnak. Külső környezetelemzéseimmel a jelenlegi és leendő egészségügyi és felsőoktatási döntéshozók számára kívánok segítséget nyújtani az összefüggések feltárásával. Az általam irányított projektek eredményeiből mások számára is általánosítható, a hipotézisekben részletezett megállapításokra szeretnék választ adni.

Értekezésem alapvetően három olyan kérdés köré épül, amelyek elemzése a vizsgált időszak meghatározó folyamataira vonatkozik. Alapvetően azokra a kérdésekre igyekeztem választ találni, amelyeken keresztül mind általánosságban, mind pedig a menedzsment tudományok számára is hasznosítható módszereket és gyakorlati tapasztalatot adhatok át.[3]

Hipotézisek:

- Az elemzések során feldolgozott innovatív menedzsment eszközök által megszerzett **vezetési gyakorlat tapasztalatai** általánosíthatóak és átadhatóak a vezetési gyakorlat fejlesztésére.
- A megszokott **piaci környezetben** használt menedzsment eszközök működhetnek innovatív eszközként a XXI. századi egyetemeken, az állam csökkenő szerepe és a gazdasági környezet gyengeségei közepette non-profit módon működő, költségvetési keretek között gazdálkodó **egyetemi környezetben.**
- Recesszív külső környezetben ezekkel az innovatív menedzsment eszközökkel biztosítható a fenntartható fejlődés. Ilyen körülmények között egy szervezet számára választható út az expanzió a stagnálás helyett. **Stratégia és konszolidáció**, illetve **stratégia és működésfejlesztés** együtt is működőképes lehet.

A vizsgált időszakban azokat a menedzsmentintézkedéseket emeltem ki és elemeztem, amelyek hozzájárultak a Semmelweis Egyetem konszolidációjához. Célom olyan módszertani analízis elvégzése volt, amely alkalmas a **tapasztalatok**

feldolgozásán keresztül bizonyos cselekménysorozatok **általánosítására** is. Ezzel lehetőség nyílik annak a vezetési gyakorlatnak az átadására, amelyet más, hasonló helyzetben levő intézmények is hasznosíthatnak. A menedzsment eszközök esetében lehetőségem nyílt a sikerek és kudarcok okainak, valamint tapasztalataim és részvételem okán az azokhoz vezető döntési folyamatoknak elemzésére is.

Sarkalatos pontja mai világunkban a gazdasági szemlélet térhódításának az is, hogy lehet-e egyenlőségjelet tenni a korszerű menedzsment eszközökkel irányított felsőoktatási intézmények és a vállalkozói formában működtetett egyetemek közé, mint ahogy az is, hogy az állami irányításnak szükségszerűen a rossz hatékonyságú irányítás szinonimája kell-e lennie. A második témakört tehát annak vizsgálata képezi, vajon milyen módon alkalmazhatóak a **piaci környezetben elfogadott és megszokott menedzsment eszközök**, technikák a magyar felsőoktatásban, illetve azon belül is az **egyetemi környezetben**. A válaszadás érdekében számos kérdés tisztázásra szorul, így többek között az, van-e egyáltalán létjogosultsága egy új típusú szemléletnek és eszközöknek az egyetemi irányításban, és ha igen, hogyan és milyen módon alkalmazva érhetjük el velük céljaink megvalósulását? Nem kevésbé fontos annak feltárása sem, hogy egyet jelentenek-e az új irányítási rendszerek a korunk alkotta törvényekben foglalt irányokkal, és az azokban hol erőteljesebben, hol kevésbé nyomatékosan sugallt átalakítási javaslatokkal.

Mindezek alapján tettem fel azt a megválaszolandó kérdést, hogy létezhet-e együtt stratégia és konszolidáció, illetve stratégia és működésfejlesztés? Elsősorban arra szeretnék itt rámutatni, hogy miképpen tudott a Semmelweis Egyetem az őt körülvevő külső környezethez úgy alkalmazkodni, hogy több száz éves történelme során kivívott vezető pozíciója és a magyarországi felsőoktatásban betöltött kiemelkedő szerepe mindvégig megkérdőjelezhetetlen maradjon. Célom elsősorban annak vizsgálata volt, hogy az adott helyzetben megtett válságkezelő intézkedések képesek-e a fejlődést szolgálni, létezhet-e előremenekülés restriktív környezetben? Valóban helytálló-e az a sokak által dogmaként számon tartott tézis, hogy a konszolidáció csak leépítést, restrikciót jelenthet?

Dolgozatomban az egyes tézisek megválaszolásán túl célul tűztem ki magam elé azt is, hogy a rendszerváltozás utáni évek – 2003-2009-ig terjedő időszakának – egészségügyet érintő történeti összefoglalóját megírjam, természetesen a teljesség

igénye nélkül. A Semmelweis Egyetem példáján keresztül kívánom igazolni azt, hogy a stratégia és konszolidáció, valamint a stratégia és működésfejlesztés egymást megtűrő, sőt erősítő tényezők akkor, ha megvalósításukra világos vízió és határozottan megfogalmazott stratégiai elképzelések mentén kerül sor.

3. Módszerek

Doktori értekezésemben a tudományos módszertanban és szakirodalomban ismert és elterjedt módszereket alkalmazom, melyek közül a társadalom- és vezetéstudomány ezen területein mind a kvalitatív, mind pedig a kvantitatív módszerek alkalmazása elfogadott.[4]

A *kvalitatív* elnevezés a vizsgálati módszer azon jellegére utal, hogy lényege nem a vizsgált folyamatok, jelenségek mennyiségének, intenzitásának, vagy frekvenciájának mérése, hanem az emberek közötti társas folyamatok, interakciók kialakulásának és működésének feltárása, leírása. A kvalitatív kutatás pedig e folyamatok társadalmi-közösségi funkcióját és jelentőségét vizsgálja.[5, 6]

Disszertációmban ezeknek megfelelően:

- a történeti részben történelmi feldolgozó kiadványokat használtam forrásként, vagyis forráskutatást alkalmaztam, amelynek alapján leíró jellegű összefoglalót készítettem;
- a környezet elemzéséhez megvizsgáltam a jogi környezetet, vagyis jogszabályelemzést és folyamatelemzést végeztem, továbbá mindezek mellett az országos és egyetemi adatbázisokból a környezet elemzéséhez szükséges statisztikai analíziseket is elkészítettem.
- a változtatások rendszerezését és analízisét feldolgozó részhez irodalmi áttekintést adtam, és több olyan metodikai módszert is leírtam, amelyek segítségül hívhatóak az alkalmazott menedzsmenteszközök átadhatóságának elemzéséhez.

Közvetlen betegellátási és klinikai kutatási tapasztalataim, publikációim segítségével kíséreltem meg elemzéseimet elmélyíteni és ezeken keresztül komplex megközelítést adni. A klinikai kutatások során alkalmazott rendszerszerű megközelítést és az ott szerzett tapasztalatokat ültettem át a szervezeti irányítás napi szintű problematikájába.

Gaál[7] egészségpolitikai szempontból felvázolt rendszere az egészségpolitikai sikeresség kritériumainak elemzését segít könnyebbé tenni az alkalmazott intézkedések során.

Scott[8] analitikai módszere alkalmas arra, hogy nagy szervezeteknél alkalmazva horizontális és vertikális elemzési mátrixban segítse a különböző intézkedések támadáspontját meghatározni, Kotter[9] változásvezetési folyamatelemzése pedig közelebb visz ahhoz, hogy saját intézkedési soraink hibalehetőségeit megtaláljuk.

Az innovatív menedzsmenteszközök alkalmazásáról írt részekben személyes tapasztalataimra, illetve a személyes tapasztalatszerzésen[10] alapuló elemzésekre támaszkodtam. Ezeket párhuzamosan folyamatosan összevetettem az irodalomban fellelhető hasonló projektekkel, valamint bizonyos projekteknél SWOT analízist is készítettem.

Kvantitatív analízist a külső és belső vélemények elemzésénél alkalmaztam. Az összehasonlító statisztikai módszereken kívül egy 800 fős, önkéntes részvételen alapuló mintán végzett kérdőíves felmérés statisztikai módszerekkel történt kiértékeléséből mutattam be releváns részeket.

Összességében elmondható, hogy az egyetem folyamatait, a megtett intézkedéseket több oldalról elemeztem. Alapvető fontosságú volt a személyes tapasztalatszerzés, amelyet objektivizálva kvalitatív és kvantitatív módszerek használatával végeztem analízist, és következtetéseimet ezen keretrendszer tapasztalataiból levonva fogalmaztam meg.

4. Eredmények

Véleményem szerint egy olyan meghatározó szerepet betöltő intézmény számára, mint amilyen a Semmelweis Egyetem is, ebben a környezetben a válságból kivezető utat kizárólag egy, a megfelelő stratégiák mentén „előremenekülő" fejlődésben megnyilvánuló jövőkép jelentheti, szemben egy olyan programmal, amely bizonyos működések, egyes tevékenységi körök leépítésével számol.

A kutatás célkitűzéseinek megfelelő példákon keresztül mutatom be a „közszférában" innovatívnak számító, piaci környezetben elterjedt menedzsmenteszközök felhasználhatóságát, alkalmazhatóságát.

Eredményeimet a célkitűzések fejezetben leírt struktúra szerint ismertetem.

1. A Semmelweis Egyetemen 2003-2009 között megtett menedzsment intézkedések eredményeképpen összességében egy sikeres konszolidációs folyamatot hajtottunk végre, amely nemcsak a gazdasági működést, hanem a szakmai működés főbb vonalait is érintette. Értekezésemben végigtekintve ezen időszak főbb folyamatain, kiemelve néhány konkrét intézkedést, elemezve azok sikereit és kudarcait, egy olyan gyakorlati vezetési „kalauz" jött létre, amely valóban alkalmas arra, hogy a hasonló problémákkal küszködő nagy intézmények azt részben, vagy akár egészében is hasznosíthassák.

Ahhoz, hogy az egyetemen végrehajtott menedzsmentintézkedéseket megértsük, elemeztem a külső környezet néhány kiemelkedően fontos, meghatározó tényezőjét. Így áttekintettem a 2006-2007-ben Magyarországon lezajlott egészségügyi reformfolyamatok főbb jellemzőit, különös tekintettel azoknak az egyetemre gyakorolt hatásait. Ezen elemzés túlmutat az egyetemen és olyan egészségpolitikai analízis jött létre, amely valamennyi egészségügyi szereplő és döntéshozó számára tanulságos megközelítést és részletet tartalmaz. A lezajlott reformfolyamat sok negatívuma mellett különösen kiemelkedően hátrányos intézkedése volt a magyarországi egészségügyi ellátás hierarchizáltságának törvényi eszközökkel történő megszüntetése. Azt azonban tudjuk, hogy törvényekkel az egyébként az egész világon ismert egészségügyi rendszereken belüli egymásra épültség nem szüntethető meg. Elemzésem második részében a magyarországi progresszív ellátási rendszer szakmai és gazdasági értékelését

adtam meg, amelyhez hasonló komplex elemzés mindeddig nem jelent meg. Ezen elemzés alkalmas arra, hogy az egészségügy döntéshozói számára szakmai alapokon nyugvó újraszervezési akarat esetén kiindulási pontként szerepeljen.

Jelen pillanatban a hazai egészségügyi rendszer legnagyobb kihívása a humánerőforrás krízis. Ez egyetemünket sem kerülte el. Az orvosok mellett az egészségügyben foglalkoztatott második legnagyobb és legfontosabb kör a szakdolgozói réteg. Ennek a körnek a hazai helyzete, a szakdolgozók képzésének ellehetetlenülése további súlyos krízishelyzetet idézhet elő hazánkban. Elemzéseink azon túl, hogy felhívják a figyelmet a legkritikusabb területekre, nemzetközi szinten is érdeklődésre adhatnak okot, különösen az Európai Unió tagországaiban. Ezen három környezeti elemzéssel értekezésemben olyan, a teljes magyarországi ellátórendszerre alkalmazható, általánosítható forrásmunka jött létre, amely a jelen és jövő döntéshozói számára is hivatkozási alapot teremthet egy szakmai alapokon álló egészségpolitikai keretrendszer megvalósítása során.

A részletesen elemzett külső környezetben az egyetem szűk mozgásterében alkalmazott menedzsment eszközök leírásával mások számára is alkalmazható általánosítható vezetési gyakorlati tapasztalatok rögzítése történt meg.

2. Vizsgálataim második részében választ kerestem a piaci eszközök közszférában történő hasznosíthatóságára. Az analízis során egyértelmű bizonyítást nyert, hogy a vezetéstudományokban ismert, és piaci környezetben régóta alkalmazott menedzsmenteszközök felhasználhatóak a közszférában is. Nem igaz az a hiedelem, amely szerint ezen eszközök csak piaci környezetben hatásosak, és az egyetemeken csak kudarchoz vezethetnek. Elővigyázattal kell azonban eljárni a tekintetben, hogy míg a piaci szervezetek esetében ezek használata a szervezeti kultúra és a jogszabályi környezet oldaláról is kellően biztosított, addig az egyetemeken ugyanazt az eszközt más módon, másmilyen jogszabályi környezetben, és ami a legfontosabb, teljesen más szervezeti és kulturális közegben kell alkalmazni. A használt menedzsmenteszközök átültethetőségéhez három, az irodalomban is ismert elméleti keretrendszert hívtam segítségül. Gaál[7] egészségpolitikai szemléletű problémaorientált programalkotási koncepciója segített a célvezéreltség, eszközválasztás és megvalósíthatóság szempontjából megvizsgálni az egyetemi folyamatokat. Scott[8] bonyolult analitikai módszere a különböző intézkedések kivitelezésénél megválasztott eszközök

támadáspontjainál nyújt segítséget azzal, hogy strukturáltan elkülöníti a regulatív, a normatív és a kulturális alapokon álló szervezeti beavatkozási lehetőségeket. A projektek és intézkedések megvalósításához Kotter9 nyolc lépcsős változtatásvezetési modelljét használtam.

Az innovatív menedzsment eszközök bemutatásához olyan kiemelt üzenetet hordozó változtatásvezetési projekteket sorakoztattam fel, amelyek képesek voltak az elméleteknek megfelelő analitikai módszerek szemléltetésére, illetve a fenti általánosítható vezetési gyakorlat tapasztalatainak közvetítésére.

Klinikai vizsgálataimból szerzett tapasztalataim nem csak a mély analitikai megközelítés képességével biztosították a rendszerszemléletű elemzés lehetőségét, hanem közvetlen párhuzamok alkalmazásával az összefüggések feltárásban is segítettek. Elemzéseim alapján megállapítható, hogy a biológiai rendszerek folyamatai, azok anomáliái, és a külső beavatkozásokra adott válaszai alkalmazhatóak lehetnek a társadalmi szervezetek hasonló típusú folyamatainak vizsgálatára is. Szervezetek irányításánál – hasonlóan más társadalmi folyamatokhoz – felhasználandók a biológiai szervezetek kutatásaiból szerzett tapasztalatok.

A Semmelweis Egyetem konszolidációjának ismertetésén keresztül a jelenlegi törvényi keretek között teljesen újszerű szervezeti megoldások alkalmazásai a felsőoktatás előtt álló hazai problémák megoldását is segítették, hiszen számos olyan modell kidolgozása történt meg közreműködésemmel, amelyek már eddig is általánosítható formában kerültek más intézményekben alkalmazásra. Ezek a későbbiekben képesek a felsőoktatás átalakítása során felmerülő problémák megoldásának támogatására is.

A gyógyszergazdálkodást érintő komplex intézkedési csomag bemutatásával teljes keresztmetszeti képet kapunk az egyetem, mint nagy szervezet összetett folyamatairól. Eddig szokatlan technikák adaptált alkalmazásával olyan eredményeket közöltünk, amelyek a magyar egészségügyi rendszerben mintaként szolgálhatnak.

Az informatikai kérdések nem kizárólag a felsőoktatási és egészségügyi rendszerek esetében jelentenek kiemelkedően nagy problémát. A piaci környezetben megszokott projektalapú változtatásvezetési programok megvalósítása egyetemi környezetben számos hibaforrást generál megfelelő adaptív menedzsmentintézkedések nélkül. Kotter[9] változtatásvezetési algoritmusának segítségével számos olyan

hibalehetőséget tártam fel, amelyek elkerülése más szervezetek számára segítségként szolgálhat abban, hogy az általunk elkövetett hibák ne ismétlődhessenek meg.

A bemutatott projekteken keresztül olyan összefoglaló jött létre, amely tapasztalataimon keresztül igazolja, hogy megfelelő adaptációval a felsőoktatási és egészségügyi vezetőknek lehetőségük van a piaci környezetben megismert menedzsment-eszközök alkalmazására.

3. Vizsgálandó, hogy vajon ezek az innovatív menedzsment eszközök képesek-e recesszív környezetben is megfelelő fejlődést biztosítani? Összeegyeztethető-e stratégia és konszolidáció, valamint stratégia és működésfejlesztés? Kutatásaim alapján két oldalról is megközelíthetjük a kérdést. Jól megfogalmazott, a szervezet résztvevőinek támogatását élvező jövőkép esetén a belső erőtartalékok megfelelő kiaknázásával lehet fejlődni. Megállapításaim szerint a gazdasági konszolidáció reális jövőkép nélkül lefelé futó spirál módjára a szervezet leépülését okozza. Az „előremenekülés" a szervezet országhatáron belüli és kívüli versenyhelyzetének megtartását, pozícióinak megőrzését, fejlesztését segíti. Ezek alapján, ha a belső tartalékok felhasználása nem kizárólag a külső környezet elvárásainak felel meg, hanem fejlesztésre is fordítódik, akkor olyan jövőbe mutató irányokba lehet az erőforrásokat allokálni, amelyek középtávon a gazdasági stabilitást is képesek lesznek szolgálni. Ezt igazolandó két mintát elemeztem.

(1) Hamburgban a Semmelweis Egyetem olyan, az Európai Unióban is különleges képzési formát hozott létre, amelynek révén egyedülálló módon, egyetlen magyar egyetemként ad ki diplomát Németországban. (2) Az OPNI megszüntetése kapcsán, amikor az egyetem számos területén hasonló nehézségekkel küszködött, képes volt új területeket is befogadni, evvel rövidtávon ugyan újabb problémákat idézett elő, középtávon azonban mind egészségügyi, mind pedig kutatási területeken versenyelőnyt szerzett. Ezen két példán keresztül azt mutatom be, hogy egy intézménynek recesszió esetén sem szabad feladnia hosszú távú elképzeléseit.

A szervezetek nagy kérdése ezen kívül, hogy vajon a programalkotás során a stratégia konszolidációval és működésfejlesztéssel együtt, egyidejűleg életképes-e? Ha, és amennyiben a működésfejlesztés tartalmát nem kizárólag csak a fejlesztésre vonatkoztatjuk, hanem valóban kiterjesztjük a működés átalakítására is, akkor nyugodtan kijelenthetjük, hogy konszolidáció nem is létezhet működésfejlesztés nélkül, mivel a későbbiekben éppen a rossz struktúra eredményeként kialakuló helyzet követeli

meg magát a konszolidációt. Vagyis, amíg az okokat (működésfejlesztéssel) nem változtatjuk meg, addig semmi sem garantálja azt, hogy nem alakul ki egy újabb konszolidációt igénylő helyzet. Ha azonban tisztán csak fejlesztésről beszélünk, akkor pedig – a fent leírtak alapján – annak elmaradása konszolidáció esetén a szervezetet közép- és hosszú távú kitörési lehetőségeitől fosztja meg.

5. Megbeszélés

5.1 A külső környezet részletes elemzése

A Semmelweis Egyetem helyzete, és a magyar orvosképzésben, egészségügyben, kutatásban betöltött központi szerepe miatt az itt végbement menedzsment folyamatokat nem tekintheti kizárólag saját belügyének. Éppen ezért az egyes egyetemi folyamatok elemzéséhez, és a megfelelő menedzsment eszközök kiválasztásához elengedhetetlen a tudományos léptékű környezet-elemzés is. Ehhez kapcsolódik még néhány olyan terület analizálása is, amelyek alapos és tudományos igényű ismerete nélkül nehéz, szinte lehetetlen önmagunk elhelyezése, és a megfelelő intézményi stratégia kialakítása.

A most következő fejezetben azokat a kiemelten kritikus területeket tekintem át, amelyek a magyarországi egészségügy, ezen keresztül pedig a Semmelweis Egyetem számára alapvetően meghatározó külső tényezőként szerepelnek. Az elmúlt években lezajlott reformfolyamatok elemzése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy az adaptált menedzsmentintézkedéseket megértsük. A reformok Semmelweis Egyetemre gyakorolt hatása biztosítja a külső környezet egészségpolitikai dimenzióját. Tekintettel arra, hogy ebben az időben a hazai egészségügy hierarchizáltsága törvény szerint megszűnt, fontos volt számomra, hogy ennek a progresszív ellátási rendszernek a szakmai elemzése mások számára is használható módon történjen meg. Magyarország előttünk álló időszakának legnagyobb kihívása az egészségügyben dolgozók elvándorlásának, az egészségügyi szektor elhagyásának megállítása. Az orvosoké mellett az intézmények gerincét adó szakdolgozói kar számának csökkenése a legnagyobb probléma. Ezért választottam a hazai szakdolgozói réteg problémáinak elemzését, a képzési anomáliák áttekintését értekezésem környezeti elemzési fejezetének harmadik célpontjául.

5.1.1. A 2007-es reform: a struktúraátalakítás hatása a Semmelweis Egyetemre

A közelmúlt reformfolyamatainak[11] megértéséhez, elemzéséhez és a címben megfogalmazott beavatkozási lehetőségekhez közelebb jutni, azokat megérteni nem egyszerű.[12,13] Bár az egészségügyben még a múlt évben is jogszabályok hadával próbálták meg átszervezni a rendszer működését[14], kiindulópontként újra és újra a 2007

áprilisában hatályba lépett, ma már csak „egészségügyi reformként” elhíresült intézkedésekhez[15] kell visszatérnünk.[16] Az akkori történések olyan helyzetet teremtettek, amelyben több intézet, de különösen az egyetemi klinikák[17] – így a Semmelweis Egyetem is – jelentős struktúraváltásra kényszerült. A reform egyik legszembetűnőbb, és a hétköznapi ember számára is legkönnyebben értelmezhető lépése az ágyszámok jelentős arányú csökkentése volt. Egyetemünkre gyakorolt hatását az 1. számú táblázat ábra mutatja **(3. táblázat)**:

3. táblázat: a Semmelweis Egyetem ágyszámainak alakulása 2007. április 1. előtt és után (forrás: OEP)

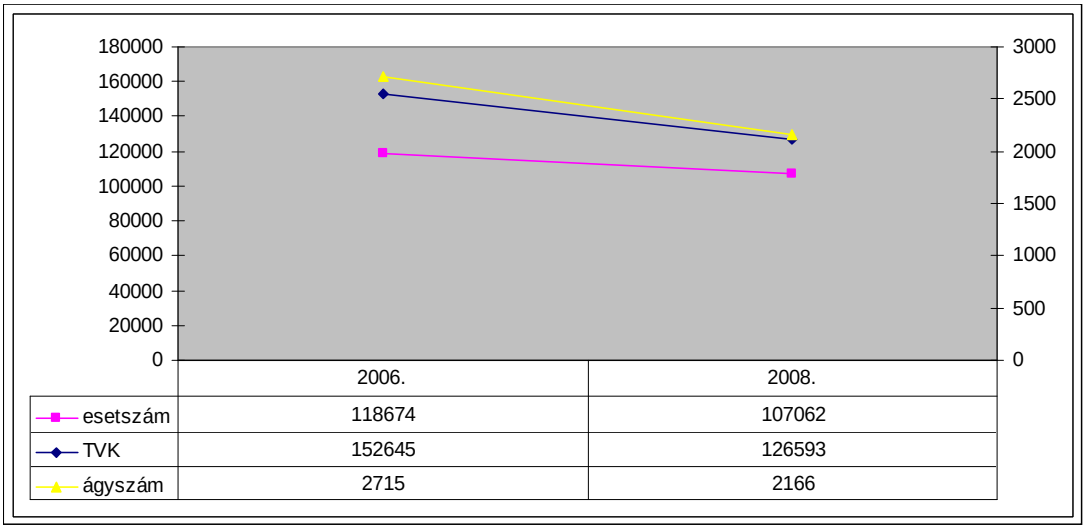
2007. április 1. előtt:	2007. április 1. után:
aktív ágyak: 2587	aktív ágyak: 2086 (-501 ágy, -19,37%)
krónikus ágyak: 128	krónikus ágyak: 80 (-48 ágy, -37,50%)
összesen: 2715	összesen: 2166 (-549 ágy, -21,2%)

Az ágyak számának csökkentése mellett további komoly problémát jelentett az, hogy ez az intézkedés maga után vont egy olyan egészségügyi kormányzati lépést, amelyre senki sem számított. Amennyiben ugyanis kizárólag csak a ténylegesen kihasználatlan ágyak kerültek volna leépítésre, és sor kerül az ellátások centralizációjára, úgy a Semmelweis Egyetem TVK-ja – éppen a központosuló ellátások miatt – nem csökkenhetett volna. Azonban nem így történt. Bár számos elemzés látott napvilágot a magyarországi ágyszámok helyzetéről, ezeket a döntéshozók teljes mértékben figyelmen kívül hagyták.[18]

A volumenkorlát csökkenése nem csupán az ágyak számát, hanem a finanszírozást tekintve is jelentős mértékű volt. 2007. I félévében a fekvőbeteg TVK még 70 990 súlyszám volt, a II. félévben viszont már csak 64 316, vagyis a megszorítások következtében az első félévhez képest a fekvőbeteg TVK 6 674 súlyszámmal csökkent, ami 974 420 eFt veszteséget jelentett az egyetem számára. 2008-ban tovább folytatódott a fekvőbeteg TVK csökkenő tendenciája (2007-hez képest 135 306 súlyszámról, évi 126 593 súlyszámra), vagyis 2008-ban az előző évhez képest

az egyetem vesztesége újabb 1 272 227 eFt-tal nőtt. Hasonló nagyságrendben váltak a „reform” áldozatává a vidéken orvostudományi képzést folytató egyetemek is.[19]

A kormányzati beavatkozás eredményeként a járóbeteg ellátás TVK-ja 2007. II. félévében 107 902 116 NP-al nőtt. Ez, bár 157 537 089 Ft értékű növekedést jelentett, a több irányból bekövetkező veszteséghez mérten mégis elhanyagolható arányú. 2008-ban ismét nőtt a járó TVK (2007: 1 979 613 563 NP, 2008: 2 039 163 087 NP), 59 549 524 NP-al, ez 86 942 305 Ft összegű bevétel növekedés, ami azonban szintén csekély pozitívum az elszenvedett veszteségekhez képest **(1. ábra)**.



	2006.	2008.
esetszám	118674	107062
TVK	152645	126593
ágyszám	2715	2166

1. ábra: néhány meghatározó mutató – esetszám, TVK, ágyszám – változása, 2006-2008 (forrás: OEP)

A fenti két tényező, vagyis az ágyszámok jelentős csökkenése, és az ezt követő drámai finanszírozás-megvonás vezetett el ahhoz a jelenséghez, amelyet bátran definiálhatunk folyamatosan fennálló válságként.

Mekkora mozgástere van egy ilyen kiélezett, és jogilag diszharmonikus rendszerben a menedzsmentnek? Milyen egyéb anomáliák befolyásolják a lehetőségeiket? Milyen eszközök állnak rendelkezésükre a beavatkozáshoz?

Ha az ágyszám, és a hozzá kapcsolódó TVK is csökken, akkor talán az intézményre rótt feladatok mennyisége is arányosan mérséklődik – gondolná a laikus, és mekkorát tévedne! A Területi Ellátási Kötelezettség bevezetése egy új típusú ellátási

kényszert jelentett a klinikák számára. Bizonyos szakmák – irracionális módon – pld. Budapesten nem kaptak ellátandó területet, más diszciplínák esetében pedig az ellátandó lakosságszám nem egy esetben több milliós populációt jelentett, olykor csak néhány tíz ágyra vonatkoztatva. Kilátástalan helyzet! A kapacitás, a hozzá kapcsolódó finanszírozás, és a kirótt feladatok egyensúlya teljes mértékben felborult. Mi maradt tehát az intézmény számára? A 2008. év vége előtt kapacitásváltoztatásra nem nyílt lehetőség, részben a jogszabályi háttér hiányosságainak, részben pedig az Alkotmánybíróság döntésének köszönhetően. Az új, ún. „salátatörvény”[20] hatályba lépését követően az ágyak átcsoportosításának lehetősége rugalmasabbá vált. A finanszírozási lehetőségek korlátozottak, bővítésükre csak további feladatok átvállalása esetén van mód, vagyis ettől a már fent említett triász kiegyensúlyozottsága még nem változik. Marad – mint lehetőség – az ellátandó feladatok csökkentése, ami azonban hosszú távon egy határozott jövőképpel rendelkező intézmény számára nem lehet reális alternatíva. Mit tehetünk tehát? Összeszorított foggal várjuk az újabb „szakmai” törvények életbelépését?!

5.1.1.1. A feladatkör változása

Az eddigiekhez közvetlenül és szorosan kapcsolódó kérdés az ügyeleti ellátás. A megyei kórházak esetében a probléma elenyésző, hiszen a területi ellátási kötelezettség alá eső, és az ügyeletben ellátandó lakosok gyakorlatilag fedik egymást. Nem így Budapesten. Ha végigtekintünk a Közép-Magyarországi régión, láthatjuk, hogy számos intézmény esetében, így a Semmelweis Egyetemen is, a 8 és 16 óra közt ellátandó betegek esetösszetétele szinte köszönőviszonyban sincs a 16 és 8 óra között ellátandó betegek eseteivel. A normál TEK mellett a Semmelweis Egyetem számos szakma esetében kiveszi részét a budapesti ügyeleti ellátásból is. Ha felidézzük a kapacitás – finanszírozás – feladat triászt, láthatjuk, hogy az első kettő stagnálása mellett milyen mértékű feladatnövekedéssel jár az előbb ismertetett helyzet fenntartása. Elég, ha az elmúlt időszakból példaként a szájsebészeti ellátást említjük meg, amely szinte valamennyi fent említett anomáliát magában hordozza. Ehhez társulnak azok az problémák, amelyek több, az ország teljes területére kiterjedő ellátási kötelezettséggel rendelkező szakmában (pl. progresszív érsebészet) jelentkeznek. A helyzetet csak tovább nehezíti a növekvő feladatmennyiséghez kapcsolódó növekvő humánerőforrás

igény, amelynek sokszor nem csupán financiális okokból kifolyólag nem lehet eleget tenni, hanem azért sem, mert nincsenek jelentkezők a meghirdetett álláshelyekre.

A menedzsment előtt nyitva álló megoldások tárháza rendkívül szűkös, hiszen csak a „*vállalom*”, vagy „*nem vállalom*” lehetősége közül választhat, és nem nehéz megmondani, hogy a helyzeten az egyre szoruló pénzügyi prés közepette is, a „*valahogy meg kell csinálni*” kényszere lesz úrrá.

Lehetőségeink – mint az már az eddig írtakból is világosan kiderülhetett – meglehetősen nehezek, csak igen szűk mozgásteret biztosítanak, és a gazdasági irányíthatóság kérdését csak tovább súlyosbítja a tervezhetetlenség. Közismert, hogy a nagy szervezetek, így a Semmelweis Egyetem is, rugalmatlanul alkalmazkodnak a változásokhoz, emiatt a havonta változó finanszírozási módszereket a napi gyakorlatba átültetni rendkívül nehéz. Szomorú, hogy néhány hetes vagy hónapos időszaknál hosszabb időre nem tervezhet a vezetés, lehetősége mindössze annyi, hogy a változásokhoz rövid idő alatt alkalmazkodni képes költségvetéssel áll a reform kihívásai elé.

Hol van már a szakmaiság az egészségpolitikai döntésekben...? A reform időszakában hány és hány szakmai szervezet, szakmai kollégium fogalmazott meg akár a teljes rendszert, akár csak egy-egy szakmát érintő reformjavaslatot, mindezidáig hiába! Az egyetem képviselői mindenkor a szakmai érdekek szem előtt tartásával, és az orvos-szakmai elvárások messzemenő figyelembevételével – szükség esetén több szakmával is egyeztetve – vettek (és vesznek) részt a regionális ellátási reform kialakításában, de minden erőfeszítés és szakmai odaadás ellenére sem sikerült az elképzeléseket keresztülvinni a döntéshozó mechanizmuson.[21, 22, 23, 24]

Milyen lehetőségek maradnak tehát a külső környezet hatásainak kivédésére? Az egyik a lobbi-tevékenység, amely hozzásegítheti az egészségügyi ellátórendszert egy olyan jogszabályi környezet kialakításához, amely megfelelő eszközöket biztosít a menedzsment számára a strukturális, ellátási kérdések rendezéséhez. A gazdasági stabilitás megtartása érdekében egy további lehetőség a „válságmenedzselés” eszközeinek bevetése. A válságmenedzselés lassan teljesen elcsépelt és lejáratott fogalomként él a köztudatban, hiszen már oly sok éve kényszerülnek élni vele a magyarországi egészségügyi intézmények. Az egyensúlyi gazdálkodás fenntartására tehát a jelenlegi struktúrában nem marad más lehetőség, mint a beruházások,

fejlesztések, eszközbeszerzések leállítása annak érdekében, hogy legalább a napi működés megoldható legyen.

5.1.1.2. A reform konklúziói: leépítés vagy fejlődés?

Hova vezethet a napi működés preferálása, szemben a hosszú távú, jövőbeni fejlesztések megvalósításának igényével? Szabad-e mindenhonnan forrást kivonni akkor, ha egy intézmény, jelen esetben a Semmelweis Egyetem, reális stratégiával és jövőképpel rendelkezik? A válasz egyértelmű: nem. Összeszorított foggal, de meg kell teremteni a szakmai működést még biztosítani képes, stabil gazdálkodás alapjait a szükséges belső struktúra átalakításával, de a jövőre szánt erőforrásokat nem szabad felélni. Az elképzelt és elfogadott jövőkép megvalósításának érdekében a legrosszabb választás a fejlesztési források elvonása, megszüntetése. Minden, a jövőbe ma befektetett forintra szükség van a hosszú távú, sikeres, fenntartható működés biztosítására.

5.1.2. A progresszív ellátás elemzése Magyarországon

A progresszivitás egy olyan, – az egészségügyi ellátásban kidolgozott – alapelv, amelynek lényege és célja, hogy az alapellátás elsődlegességének hangsúlyozása mellett progresszíven egymásra épülő ellátó rendszerek jöjjenek létre. Ebből adódik tehát, hogy míg az alapellátást minden településen biztosítani kell, addig a magasabb színvonalú ellátást nyújtó intézmények csak a nagyobb városokban, vagy éppen megyei szinten kell, hogy megjelenjenek, de hozzájuk hasonlóan a progresszivitás magasabb szintjét kell, hogy képviseljék a speciális feladatot betöltő országos intézetek és egyetemek[25] is.

A progresszivitás elvének figyelembevételével elkerülhető lenne az, hogy egy beteg kezelésekor egyből a legfejlettebb, és ebből következően legdrágább intézményt vegyük igénybe akkor is, ha az eset alacsonyabb szinten – esetleg pontosan az alapellátás keretében – is kezelhető lenne. A progresszivitást sokan, sokféleképpen próbálták értelmezni az elmúlt években.[26] Én a jelenlegi finanszírozási mutatókon keresztül, szakmai érvek alapján próbáltam meg a törvények által lazán kezelt rendszert definiálni.

5.1.2.1. A progresszív ellátás ismérvei

A 2007 áprilisában zajlott egészségügyi „reform” keretében elfogadott törvény egyetlen szóval sem tesz említést a progresszív ellátási rendről. A jogszabály értelmében az addig működő rendszert elméletben egy súlyponti kórházi hálózat váltja fel, ugyanakkor sem a súlyponti kórház fogalmát nem definiálják, sem pedig azt, hogy mi lenne egy súlyponti kórház feladata. A CXXXII./2006 törvény 1. sz. melléklete ugyan tartalmaz egy kórházakból álló felsorolást, de ennek alapján sem sejthető, hogy a jogalkotó milyen feladatot szándékozott a súlyponti kórházakhoz rendelni.[27]

Az előbbiekből adódó probléma akkor körvonalazódik igazán, ha a súlyponti kórházak mindegyikét progresszív ellátásra alkalmas helyként értékeljük, hiszen ekkor az összes aktív fekvőbeteg ellátásba bevont kapacitás 64,53 %-a ilyen lenne **(4. táblázat)**. Ilyen mértékű progresszív ellátó kapacitásra viszont Magyarországon nincs szükség, nem is lenne finanszírozható a rendszer.

4. táblázat: az aktív fekvőbeteg ellátásba bevont kapacitás mértéke (forrás: OEP)

országos aktív ágyszám	súlyponti kórházak aktív ágyszáma
44 408	28 658

Felvetődik azonban a kérdés: ha nem ezek a kórházak a progresszív ellátás letéteményesei, akkor kik azok, és hogyan működik az ellátó rendszer? Ki látja el a legsúlyosabb betegeket? Milyen és hogyan definiált kompetencia szintekkel dolgozunk? Milyen mutatók alapján tehetünk az ellátásban színvonalbeli különbséget a súlypontiként megjelölt kórházak között?

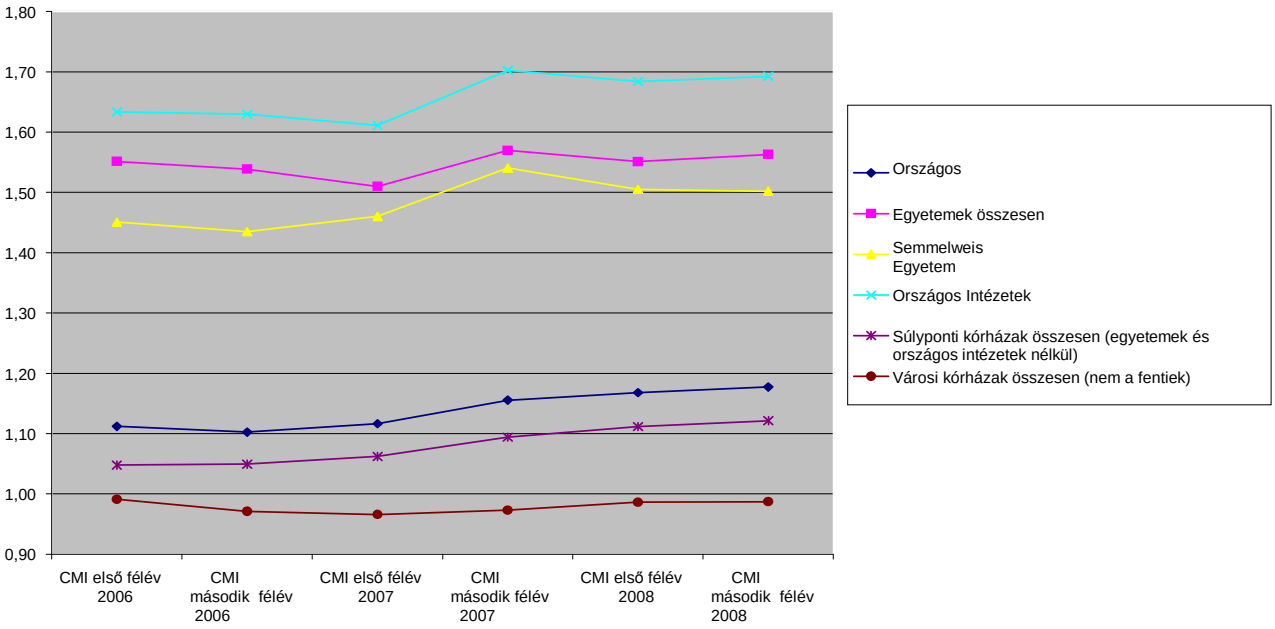
5.1.2.2. Mutatók a bevételi oldalon: HBCS finanszírozás adatai

A válaszadás nehézsége magának a HBCS rendszernek – mint finanszírozási technikának – a filozófiájában rejlik. Az átlagköltség finanszírozás alapján HBCS-be sorolt ellátási események között ránézésre nem lehet különbséget tenni, maga a besorolás ugyanis a ráfordítás mértékét nem reprezentálja. Joggal éri tehát a progresszív ellátókat – az egyszerűség kedvéért ezen túl az egyetemeket értve alattuk – az a vád,

hogy HBCS portfólióikban jelentős számban szerepelnek olyan, a HBCS besorolás alapján egyszerűnek minősülő esetek, amelyeket nem nekik, hanem a városi kórházaknak kellene ellátniuk. Akik azonban ezt a véleményt hangoztatják, figyelmen kívül hagyják azt a tényt, hogy az azonos HBCS besorolású esetek költségigénye a különböző szintű szolgáltatóknál jelentősen eltér, már csak a humánerőforrás szakképzettségének színvonala miatt is.[28]

5.1.2.2.1. Case mix index

Az azonos HBCS-vel rendelkező ellátások mellett is eltérés lehet a case mix indexben – amely bár vitatható indikátor – mégis csak azt jelzi, hogy a súlyosabb betegségben szenvedő betegek mely ellátási szinten jelentkeznek.

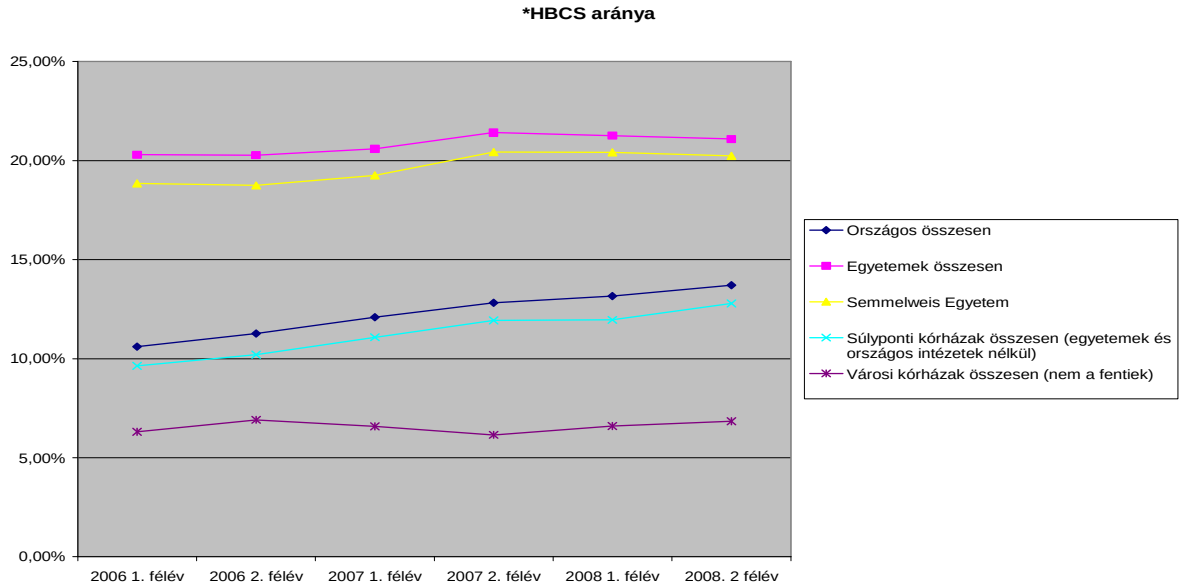


2. ábra: CMI alakulása intézménytípusonként (forrás: OEP)

A **2. számú ábrán** jól látható, hogy az országos intézetek, amelyekben csak a kiemelt betegségek kezelése folyik, a nagy HBCS súlyszámú, monoprofilú tevékenységük miatt messze túlszárnyalják a többi ellátót. Az azonban szintén igazolható, hogy az egyetemek jelentősen magasabb CMI-vel dolgoznak, mint a súlyponti kórházak, vagyis e mutató alapján nem vehetők egy kalap alá a súlyponti kórházakkal.

5.1.2.2.2. *HBCS

A HBCS finanszírozáson belüli speciális ellátási kötelezettség biztosítására szolgál a *HBCS rendszer.



3. ábra: HBCS arány alakulása intézménytípusonként (forrás: OEP)

Az ábra **(3. ábra)** alapján elmondható, hogy az egyetemek – köztük is a Semmelweis Egyetem – által ellátott esetek számában a *HBCS-k aránya 19-22% között mozog, és a „reformot” követően, 2007 második félévétől emelkedést mutat. Tehát a többi súlyponti kórházhoz viszonyítva - ahol ez az arány 2008 második félévében érte el maximumot, a 12,8%-ot – az egyetemek sokkal magasabb arányban láttak el progresszív eseteket.

Mondhatnánk azt is, hogy a csillagos HBCS-hez magasabb súlyszám tartozik, és ezáltal az ellátás a progresszív jellege tulajdonképpen elismerésre kerül, de csak akkor válik világossá, hogy a finanszírozó – anélkül, hogy a készenlétre fedezetet biztosítana – milyen különböző felkészültségbeli elvárást támaszt a súlyponti kórházak és az egyetemek között, ha megmutatjuk azt is, hogy az ilyen típusú HBCS-k közül az egyes szolgáltatók jogszabályi felhatalmazás alapján hány típust teljesítettek. A 9/1993 NM rendelet 4. számú melléklete[29] 246 különböző *HBCS-t nevesít (a kemoterápiás HBCS-ket szervenként külön-külön számítva), kijelölve az elvégzésükre jogosult szolgáltatókat is. Ezen reláció feldolgozásának eredményeként jött létre az alábbi táblázat

(5. táblázat), melynek számai jól szemléltetik, hogy milyen éles határ húzható az egyetemek és a többi súlyponti kórház között:

5. táblázat: *HBCS végzésére jogosult szolgáltatók (forrás: OEP)

Súlyponti Kórház	**szerződött *HBCS (db)**	**összes *HBCS %-ban**
SZTE SZAOTE Centrum, Szeged	227	92,28%
Pécsi Tudományegyetem	226	91,87%
DE OEC, Debrecen	210	85,37%
Semmelweis Egyetem	195	79,27%
Győr, Petz A. Megyei Oktató Kh.	170	69,11%
Miskolc, B.A.Z. M. Kh. Egyetemi Okt.	168	68,29%
Zalaegerszeg, M-i jogú Kórház	159	64,63%
Szombathely, Markusovszky M. Kh.	152	61,79%
Nyíregyháza, Jósa A. Megyei Kh.	143	58,13%
Székesfehérvár, Szt. György MKh.	137	55,69%
Szent János Kórház Ri., Bp.	135	54,88%
Kecskemét, B.K.M. Önk. Kórháza	131	53,25%
Gyula, Pándy Kálmán MKh. Ri.	129	52,44%
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár	127	51,63%
Szolnok, Hetényi G. MKh.	112	45,53%
Uzsoki u. Kórház, Bp.	110	44,72%
Szekszárd, Balassa J. M.-i Kh.	109	44,31%
Tatabánya, Szt. Borbála Kórház	109	44,31%
Veszprém, Csolnoki F. M. Kh. Ri.	101	41,06%
Salgótarján, Szent Lázár M. Kh.	99	40,24%
Eger, Markhot F. MKh.	97	39,43%
Szentes, Cs. M. Önk. dr. Bugyi I. Kh.	90	36,59%
Kistarcsa, Flór F. Kh.	78	31,71%
Bajcsy-Zsilinszki Kórház, Bp.	74	30,08%
Szent Imre Kórház, Fővárosi Önk.	67	27,24%
Sopron M.J.V. Erzsébet Kh. DEOEC	52	21,14%
Vác, Jávorszky Ödön Városi Kh.	18	7,32%

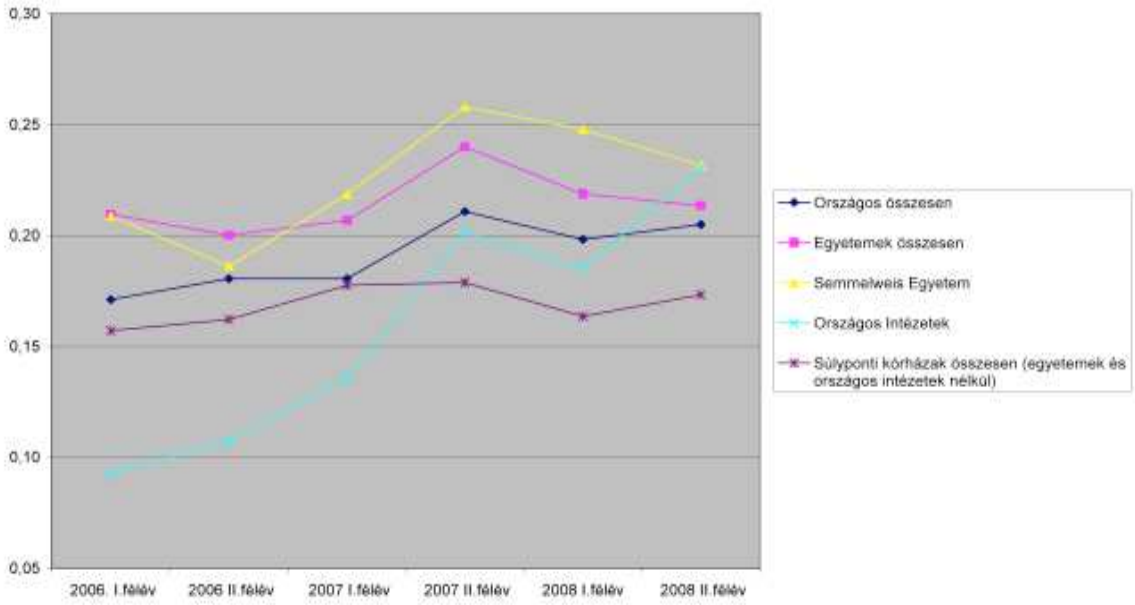
Kiskunhalas, Semmelweis Kh. KHT	16	6,50%
Dunaújv., Szent Pantaleon Kh. KHT	14	5,69%
Jáhn Ferenc Dél-Pesti Kh., Bp.	11	4,47%
Nagykanizsa, V. Kh. Ri.	5	2,03%
Fehérgyarmat, Szatmár-Beregi Kh.	2	0,81%
Sátoraljaújhely, Erzsébet VKh.	2	0,81%
Siófok, VKh.	2	0,81%
Karcag, Kátai Gábor Kh.-Ri.	1	0,41%
Ózd, Almási Balogh Pál Kh.	1	0,41%

5.1.2.3. Mutatók a kiadási oldalon

A progresszivitás bevételi oldalon jelentkező mutatói mellett célszerű a kiadási oldalon megjelenőket is elemezni, hiszen az ellátók ezen a területen még nehezebb helyzetben vannak. Tekintettel arra, hogy tételes, országosan egységes rendben elkészített betegszámlával – melyben az egyetemek, és más szolgáltatók költségszintjének különbözősége kimutatható lenne – nem rendelkezünk, olyan indikátorokat kellett keresnünk, melyek ezt a különbséget egyértelműsítik, és indokolják a szakmai színvonal eltéréséből adódó magasabb ráfordítások[30] létjogosultságát. Erre számos kutató tett próbálkozásokat az elmúlt években.[31]

5.1.2.3.1. Vér és vérkészítmény felhasználás

Bár a HBCS rendszer összemossa az egyes ellátási szinteken jelentkező költségkülönbségeket, a vérfelhasználás olyan indikátornak tekinthető, ami jelzi az esetek súlyosságát, a ráfordítások anyagi terhét.[32]

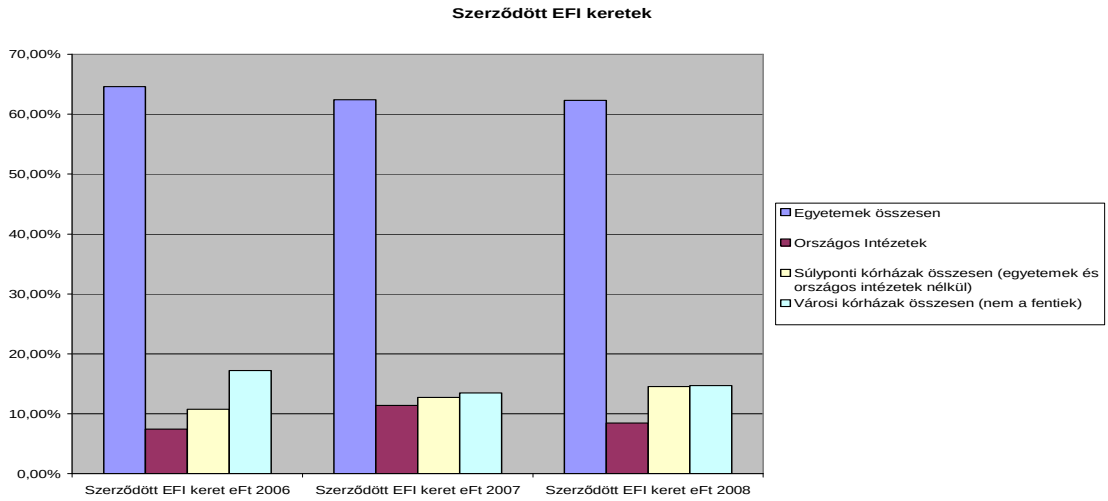


4. ábra: Egy fekvő esetre jutó vérfelhasználás intézmény típusonként (forrás: OEP)

Jól látható, hogy az egyetemek, így a Semmelweis Egyetem esetében az egy fekvő esetre jutó vér-, és vérkészítmény egység felhasználás **(4. ábra)** jelentősen meghaladja a többi súlyponti kórház azonos mutatóját. A felhasználás szakmai indokoltsága adott esetben ugyan vita tárgya lehet, de ettől függetlenül a költségvonzat egyértelműen eltérő, jelentős különbséget mutat az egyetemek javára, a súlyponti kórházakkal szemben.

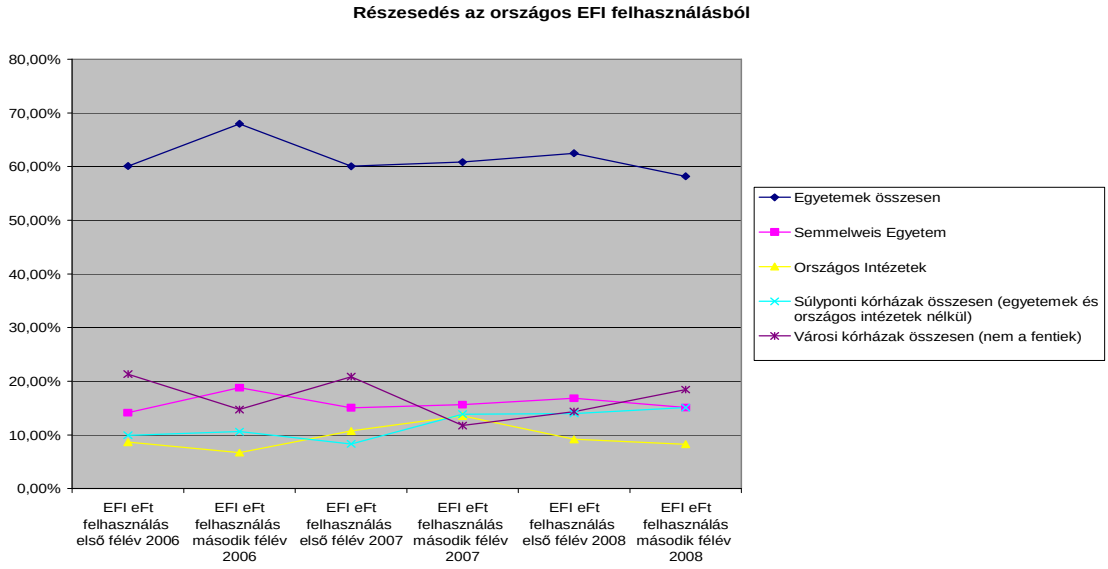
5.1.2.3.2. EFI keretek és felhasználás

Az egyedi finanszírozási eljárás, és az egyedi finanszírozású eszközök felhasználása olyan felkészültséget igénylő tevékenységek, melyek egyértelműen a progresszív ellátás kategóriájába sorolhatóak. Az ilyen típusú eszközök felhasználható maximális összegére a finanszírozó minden évben szerződést köt a szolgáltatóval. Az elmúlt években az éves keret felosztása a következőképpen alakult:



5. ábra: szerződött EFI keretek intézmény típusonként (forrás: OEP)

A diagram **(5. ábra)** azt mutatja, hogy a súlyponti kórházak szerepe kismértékben nőtt más résztvevők rovására. Ugyanakkor a szerződött EFI keretek csupán az egyedi finanszírozás lehetőségét rejtik magukban, így fontos azokat a felhasználásokkal összevetni annak érdekében, hogy megállapíthassuk, az egyes szolgáltatói csoportok mennyiben tettek eleget az ezen egészségügyi szolgáltatások terén irányukba megnyilvánuló elvárásoknak.



6. ábra: részesedés az országos EFI felhasználásból, intézmény típusonként (forrás: OEP)

Ha szemügyre vesszük, hogy a szolgáltatói kör milyen arányban részesedett az országos felhasználásból **(6. ábra)**, azt tapasztaljuk, hogy gyakorlatilag mindannyian a rendelkezésükre álló lehetőséggel megegyező mértékben éltek, a felhasználásból a kereteik arányának megfelelően vették ki részüket. Az azonban, hogy az EFI eljárások és eszközök költségeinek 60%-a általában az egyetemeken jelentkezik, és hogy egyedül a Semmelweis Egyetemen magasabb költség jelentkezik, mint az összes súlyponti kórházban együttvéve, véleményem szerint a progresszív ellátás bizonyítékaként értékelhető.

5.1.2.3.3. Transzplantációk

Arról, hogy mely szolgáltatók folytathatnak transzplantációs tevékenységet, a 18/1998. (XII. 27.) EüM[33] rendelet rendelkezik, amelynek 5. számú melléklete a klasszikus értelemben vett szervátültetéseket szabályozza, 6. számú melléklete pedig a szövetátültetésre szolgáló felhatalmazásokat tartalmazza:

5. sz. melléklet: Az adott szerv tekintetében szerv beültetésére, valamint élő személyből történő szervkivételre jogosított egészségügyi szolgáltatók

1. Debreceni Egyetem Egészségügyi Centrum, I. sz. Sebészeti Klinika (**vese**).
2. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Klinika (**vese; vese és hasnyálmirigy együtt**).
3. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzplantációs és Sebészeti Klinika (**vese; máj; vese és hasnyálmirigy együtt).**
4. Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika (**szív**).
5. Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Centrum, Sebészeti Klinika (**vese**).
6. Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (**gyermekszív**).

Transzplantációként értelmezendőek a 6. számú melléklet alapján a következők is:

6. számú melléklet: Szövetbeültetésre jogosult egészségügyi szolgáltatók

Csontvelő (ideértendő az összes haemopoetikus őssejtvételi forma)

a) Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórháza,

b) BAZ Megyei Önkormányzat Gyermek egészségügyi Központ,

c) Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,

d) Debreceni Egyetem Egészségügyi Centrum,

e) Szegedi Tudományegyetem II. Belklinika.

Szaruhártya

a) Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,

b) Szegedi Tudományegyetem,

c) Debreceni Egyetem,

d) Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar,

e) Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza.

Kötő- és támasztószövet

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM[34] rendelet alapján általános sebészet, gyermeksebészet, ortopédia és traumatológia tevékenységre működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók jogosultak.

Az OEP-től kapott adatok alapján a szervátültetések száma nem különíthető el a szövetátültetésekétől, ugyanakkor azt biztosan tudjuk, hogy a Semmelweis Egyetem esetében az adatok kizárólag a szervátültetésekre vonatkoznak. Más szolgáltatókat tekintve viszont a számok nehezen értelmezhetőek, de azt – joggal – feltételezhetjük, hogy a súlyponti kórházak, illetve városi kórházak esetében az adatok a szövetátültetések esetszámát fedik le. Az egyetemek progresszív szerepét, és országos jelentőségét az alábbi táblázat **(6. táblázat)** is igazolja:

6. táblázat: elvégzett transzplantációk számának alakulása intézmény típusonként (forrás: OEP)

	Transz-plantációk száma 2006 első félév	Transz-plantációk száma 2006 második félév	Transz-plantációk száma 2007 első félév	Transz-plantációk száma 2007 második félév	Transz-plantációk száma 2008 első félév	Transz-plantációk száma 2008 második félév
Országos összesen	**324**	**260**	**253**	**301**	**283**	**342**
Egyetemek összesen	219	193	189	218	191	213
Semmelweis Egyetem	108	108	99	104	95	96
Országos Intézetek	0	0	8	23	1	1
Súlyponti kórházak összesen (egyetemek és országos intézetek nélkül)	10	11	7	16	8	13
Városi kórházak összesen (nem a fentiek)	95	56	49	44	83	115

Gyakorlatilag minden szervátültetésre a négy orvostudományi egyetem valamelyikén kerül sor, ami természetes is, hiszen csak ezekben az intézményekben olyan magas éves szinten a beavatkozások száma, hogy a szakszemélyzet megfelelő gyakorlata biztosított. A transzplantációk végrehajtására alkalmas team-ek és infrastruktúra rendelkezésre állását egy olyan rendszer, amely csupán a teljesítmény alapján finanszírozott, nem tudja biztosítani. A progresszivitás rendelkezésre állás, biztonság és lehetőség is egyben, amely nem „termel” súlyszámot, esetet, de fenntartása folyamatos és állandó fix költséget jelent, és ennek fedezetét a teljesítményfinanszírozás nem tudja biztosítani.

5.1.2.3.4. „Hiányszakmák” reprezentációja

Hiányszakmák alatt jelen esetben nem a klasszikus értelemben vett hiányszakmákat értjük, hanem az úgynevezett kisszakmákban, és a kevés helyen megjelenő nagy szakmákban mutatkozó ellátási hiányosságokra, illetve a továbbutalási

rendben jelentkező, a súlyponti kórházak közti betegmozgásokra okot adó struktúrára szeretnénk rávilágítani.

Ilyen értelemben az alábbi táblázatban **(7. táblázat)** megjelenített valamennyi szakma „hiányszakmának" minősíthető (az adatok a CXXXIII/2006 tv. 1. sz. mellékletében[35] garantált kapacitásokat tartalmazzák).

7. táblázat: a hiányszakmák aránya az egyetemek és a súlyponti kórházak esetében (forrás: OEP)

	02 Sebészet és társszakmák	05 Csecsemő-, gyermekgyógyászat és PIC	10 Ortopédia	12 Onkológia és onkoradiológia	13 Szájsebészet	15 Intenzív ellátás	Összes ágyszám
DE OEC, Debrecen	227	101	40	116	10	80	1 499
Pécsi Tudományegyetem	175	114	46	88	10	33	1 203
Semmelweis Egyetem	278	250	90	187	20	80	1 944
SZTE SZAOTE Centrum, Szeged	132	229	50	53	0	43	1 197
Egyetemek összesen	892	614	226	444	40	236	5843
Súlyponti kórházak (egyetemeken kívül) összesen	2132	1688	463	925	81	447	28238
Egyetemek aránya	**27,58%**	**29,14%**	**32,80%**	**32,43%**	**33,06%**	**34,55%**	**17,14%**

A számok alapján kétség sem fér ahhoz, hogy ezekben a szakmákban az egyetemek az össz-ágyszámból való részesedésüknél (21,73%) jóval nagyobb arányban képviseltetik magukat. A nevesített szakmákban például az ügyeleti ellátás szinte teljes egészében az egyetemeken koncentrálódik, mivel a legtöbb súlyponti kórházban nem is vállalnak szakmai ügyeletet, vagy összevontan szervezik meg az ügyeleti beosztást, esetleg egyáltalán nincs is ügyeletes orvosuk. A legjobb példa erre a szájsebészet helyzete a Közép-Magyarországi Régióban.

2008 nyara óta a súlyponti kórházaknak lehetőségük van arra, hogy szakember-hiányra hivatkozva ne vegyenek részt az akut ügyeleti ellátásban. Az ebből adódó káosz

elkerülésére szolgáló megoldást abban látták, hogy a feladatot – ellátási érdekekből – az egyetemekhez rendelték, anélkül, hogy a megfelelően rendezték volna a finanszírozás kérdését. Mi ez, ha nem a progresszivitás elismerése?!

A nagy szakmákban – ilyen a gyermekgyógyászat, az ortopédia és az intenzív terápia – szintén jelentős kapacitásmennyiséget sorolnak az egyetemekhez, ezzel is alátámasztva azt, hogy az egyetemek gyakran a fél országra kiterjedő feladatkörrel vannak felruházva. Ugyanez igaz a speciális szakmák esetében is, így például a Semmelweis Egyetem területi ellátási kötelezettsége a gyermekszemészet esetében 4 892 254, a gyermek-tüdőgyógyászatban pedig 4 159 656 főt érint. A számokat vizsgálva jogosan vetődik fel a kérdés: milyen eseteket lát el a többi súlyponti kórház? Ha máshol ezek a szakmák alulreprezentáltak, vagy nem is léteznek, akkor valóban egyenlő progresszivitási szinten kell kezelni az egyetemeket és a súlyponti kórházakat?

5.1.2.4. Finanszírozási mutatók

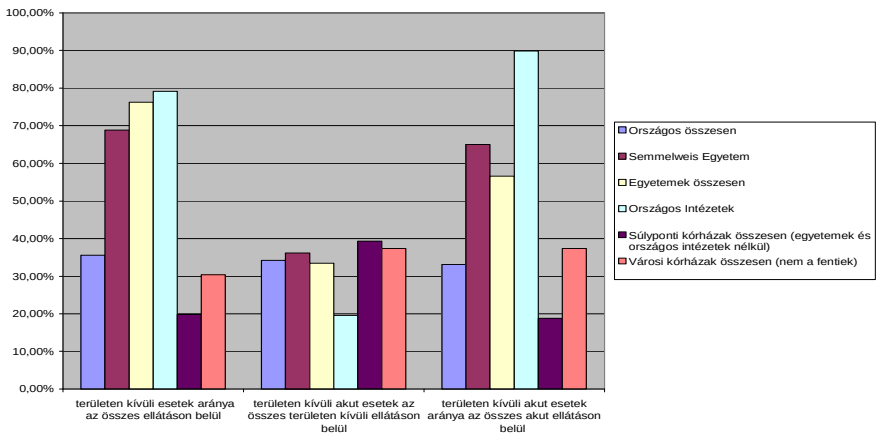
Az ellátás hierarchiájának (progresszivitási szintek) meghatározása mellett állandó problémát jelentett, és jelent mind a mai napig a progresszív ellátó helyek speciális finanszírozásának kérdése. Mint ahogyan az ellátások elemzésénél már láthattuk, számos olyan progresszív betegség létezik, amelyeknél az alacsony esetszám – és az ebből származó csekély bevétel – miatt a folyamatos ellátáshoz szükséges humán és infrastrukturális feltételek fenntartása nem, vagy nehezen biztosítható. És akkor még nem is beszéltünk ezen esetek kirívóan magas költségigényéről. E problémakör mélyebb megértéséhez igyekszünk a következőkben néhány újszerű, érdeklődésre számot adó szempontra rávilágítani.

5.1.2.4.1. Területi ellátási kötelezettség

Az egészségügyi „reformot” követően az intézmények finanszírozása (TVK) alapvetően a területi ellátási kötelezettséghez, és az aktív ágyak számának csökkenéséhez igazodva került megállapításra. Elméletileg a területi ellátási kötelezettség jelentette volna azt a korlátot, amely által a betegutak és az ellátások száma szabályozható lett volna, illetve ami meghatározta volna a beutalási rendet. A területi ellátási kötelezettség alapja az ÖTV-ben[36] garantált jog, problematikája nem újszerű, korábban is foglalkoztak szakértők az érintett kérdéssel.[37]

Az akkori egészségügyi miniszter, Dr. Molnár Lajos nevével fémjelzett területi „leosztás” azonban rend helyett zűrzavart okozott az addigi beutalási rend teljes felborulásával. Így fordulhatott elő például az, hogy egy pomázi lakos fekvőbeteg szakellátás tekintetében 6 városi kórházhoz, 5 súlyponti kórházhoz és 2 országos intézethez is tartozik egyszerre. Mit tehet ilyenkor a háziorvos? És mit tehet az egyik kórház, ha épp a belgyógyászaton fedezte fel, hogy kardiológiai vagy endokrinológiai természetű problémával kellene a beteget kezelni, fekvőbetegként ellátni? (a pomázi lakos ugyanis belgyógyászatból a Szent János Kórházhoz, kardiológiából a Budai Irgalmasrendi Kórházhoz (BIK), míg endokrinológiából a Semmelweis Egyetemhez tartozik). Ha a beteg érdekeit tartja szem előtt, akkor területen kívüli ellátottként felveszi a kórház megfelelő osztályára, ha azonban az intézmény anyagi érdekeit veszi figyelembe, akkor továbbküldi a területileg illetékes ellátóhoz. Felmerül tehát a kérdés, hogy kinek az érdekeit kezeljük prioritásként?

A szabályozás kuszasága azt eredményezte, hogy a területen kívüli ellátások aránya országos szinten is tekintélyes mértéket öltött, így például 2008-ban az összellátás 35,59 % területen kívüli fekvőbeteg ellátási esemény volt. Nehezen értelmezhető azonban az országos intézetek (hiszen ezek az intézmények elnevezésük alapján országos ellátást hivatottak biztosítani), és az ehhez az ellátói körhöz tartozó egyetemek területi ellátási kötelezettsége is. Okkal feltételezhető, hogy azok az intézmények, amelyekben az ellátások 70-80%-a területen kívüli betegek ellátását fedi le, magasabb ellátási színvonalat képviselnek, éppen ezért is ilyen nagyarányú a területen kívüli ellátási események részesedése **(7. ábra)**.

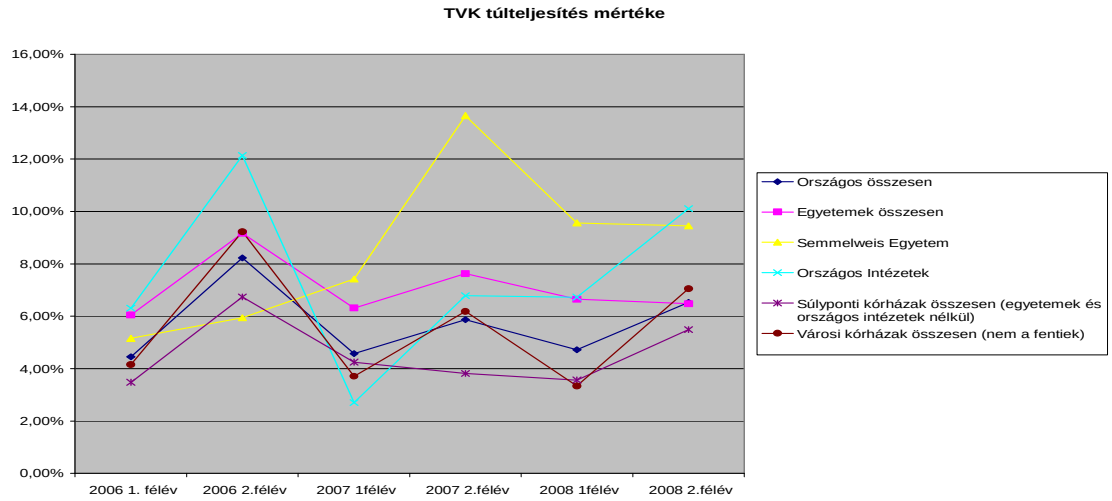


7. ábra: a területen kívüli ellátások arányának alakulás intézmény típusonként (forrás: OEP)

Árnyaltabb képet kapunk akkor, ha a területen kívüli ellátásokon belül az akut esetek arányát vizsgáljuk. Országosan az összes akut eset 33,08 %-a területen kívüli, míg ez az arány az egyetemeken 56,59 %, ami arra utal, hogy a betegirányítással foglalkozók elsősorban az akut eseteket küldik az egyetemekhez. A súlyponti kórházak esetében a területen kívülről érkező betegek aránya 20%-os, vagyis sokkal kisebb arányban látnak el nem finanszírozott feladatokat.

5.1.2.4.2. TVK túllépés

A teljesítmény volumen korlát a 2004-es év átmeneti torzszüleménye.[38] Átmeneti pénzügyi korlátozó eszközként jött létre egy teljesítményfinanszírozási rendszerben. Átmeneti ugyan nem lett, káros hatásait viszont évek hosszú sora alatt fejtette ki.[39] A progresszív ellátók helyzetét alapvetően a TVK túlteljesítésének mértéke határozza meg. Ezek az intézmények szakmai indokok alapján nem küldhetik tovább másik ellátóhoz a betegeket, ugyanakkor más súlyponti kórházak számára adott az a lehetőség, hogy a náluk jelentkező beteget egy klinikára helyezzék át. Ezzel szemben a 2007/2008 évi TVK leosztás egyáltalán nem tükrözte a progresszív ellátók helyzetét, hiszen nem az ellátott feladatokkal arányos módon került megállapításra.



8. ábra: TVK túlteljesítés mértéke intézmény típusonként (forrás: OEP)

Az adatok **(8. ábra)** azt mutatják, hogy a súlyponti kórházak vannak a legkönnyebb helyzetben, velük ellentétben az egyetemekről – különös tekintettel a Semmelweis Egyetemre – már korántsem jelenthető ki ugyanez. A TVK túllépés

következtében az egy súlyszámra vetített OEP bevétel 2008-ban erős változékonyságot mutatott.

8. táblázat: a bevételek alakulása intézményenként (forrás: OEP)

	teljesítmény bevétel eFt (TVK*alapdíj)	egy súlyszámra vetített bevétel eFt (teljesítmény bevétel/össz teljesített súlyszám)
Országos összesen	320 849 078	138
Egyetemek összesen	64 956 561	136
Semmelweis Egyetem	19 649 198	132
Országos Intézetek	19 190 192	134
Súlyponti kórházak összesen (egyetemek és országos intézetek nélkül)	155 668 419	139
Városi kórházak összesen (nem a fentiek)	61 384 709	138

A számok alapján **(8. táblázat)** kétség sem férhet ahhoz, hogy az a helyzet, amelybe a progresszív ellátók kerültek, egyre kevésbé kezelhető, és joggal tehetjük fel a kérdést: el lehet-e várni tőlük azt, hogy, ugyanazt a szolgáltatást kevesebb pénzből biztosítsák?

5.1.2.5. Összefoglalás

És itt érkeztünk el fejtegetésünk végéhez. Ma hazánkban az egészségügy hierarchiáját, valamint a progresszív ellátórendszert tagadó, illetve azt el nem ismerő finanszírozási és ellátási szabályozás él, amelyben a jóval nagyobb számú, és súlyosabb állapotú beteget ellátó szolgáltatók önhibájukon kívül kerülnek tarthatatlan gazdasági helyzetbe.

Ki kell emelnünk ugyanakkor azt is, hogy a progresszivitás kérdéskörét nem szabad kizárólag a gazdasági vonatkozások irányából megközelíteni. A betegek oldaláról szemlélve a kérdést a legsúlyosabb probléma az, hogy a törvényi szabályozás jelenleg nem ismeri el a betegellátás hierarchikus tagozódását, amelynek egyenes következménye a súlyos ellátási nehézségek kialakulása.

Az egyetemekkel szemben támasztott elvárások (EFI, transzplantációk, hiányszakmák jelenléte) nem csökkennek, ugyanakkor az olyan elvárások, mint a technológiai fejlesztések vagy a „hightech” biztosítása természetesnek tűnnek. Mindezen elvárásoknak úgy kell megfelelniük, hogy az egységnyi szolgáltatásért kapott finanszírozás még a városi kórházakétól is elmarad. Paradox módon így is képesek megvalósítani az egészségpolitika célját, vagyis a gazdasági racionalitást és hatékony működtetést úgy, hogy az egyre fogyatkozó forrásokból változatlan, sőt egyes esetekben még növekvő teljesítményt nyújtanak.

5.1.3. A szakápolók helyzete és képzési lehetőségeik Magyarországon

Az ápolóképzés célja ma olyan holisztikus szemléletű, a tudomány mindenkori szintjének megfelelően felkészült szakemberek képzése, akik maradéktalanul elvégzik az ápolási/gondozási feladatokat, segítik a különböző életkorú betegek, és egészséges emberek szükségleteinek kielégítését, rászorultságuk mértékében. A képzésben részt vevőket fel kell készíteni arra, hogy aktívan részt vegyenek a betegek egészségtudatos magatartásának kialakításában, legyenek felkészültek a prevenció lehetőségeit illetően, és segítsék a rehabilitációra szorulókat. Olyan megalapozott, széleskörű elméleti ismeretekkel és gyakorlati képességekkel, készségekkel rendelkező szakembereket képzünk, akik a szakmai képességek birtoklása mellett kiemelkedő magatartási, etikai értékekkel rendelkeznek, és ezek alkalmassá teszik őket az ápolási szakma művelésére. Ismerniük kell a szakma gyakorlásához kapcsolódó jogokat és kötelezettségeket, ezeket a munkavégzésük során érvényesíteniük kell, és mindig a rájuk bízottak védelmét kell elsődlegesnek tekinteniük, az élet, és az emberi méltóság tiszteletben tartásával kell feladataikat ellátniuk.

5.1.3.1. Az ápolók képzése, a képzési formák

Az ápolói létszám katasztrofális alakulásának egyik oka magában a képzésben rejlik. A jelenlegi oktatás legnagyobb problémája talán az, hogy megszüntették a régi képzési rendszerben jól bevált szakiskolákat, így most kétféleképpen szerezhető ápolói képesítés: OKJ képzés, illetve BSc képzés keretében.[40] Problémát az jelent, hogy az OKJ ápolói és a főiskolai diplomás ápoló képzés időtartama között csak egy év a különbség, átjárhatóság viszont nincs, és az ápolóképzés jelenlegi formájában nem része a bolognai folyamatnak.

Az Egészségügyi Minisztérium szervezésében szerezhető OKJ-s ápolói végzettség egy érettségire épülő, emelt szintű szakképesítés. A képzési forma lehet iskolarendszerű vagy felnőttképzés, a képzési idő előbbiben 3 év, utóbbiban pedig maximum 4600 óra. A jelenleg nappali tagozaton OKJ képzésre járó hallgatók létszáma rendkívül alacsony, a képzés kiüresedett, az érettségizett fiatalok számára nem kínál karrierlehetőséget ez a pálya.[41] A pontos létszámadatokat – amelyek bizonyítják, hogy a fővárosban 3 éven belül csak elhanyagolható számú pályakezdő ápoló végez – Budapest vonatkozásában a **9. táblázat** tartalmazza. [42]

9. táblázat: az OKJ ápoló képzésben végzett hallgatók számának alakulása (forrás: MESZK)

hallgatók	iskola megnevezése	iskolai hallgatói létszám (fő)
1. éves	Raoul Wallenberg	14
2. éves	Semmelweis Ignác	23
3. éves	Semmelweis Ignác	18

A bolognai rendszer hazai oktatásban történő bevezetése óta felsőoktatási intézmények képzésének keretében, szintén az érettségire épülő BSc alapfokozat is szerezhető, itt a képzési idő 8 félév. Az alapfokozat megszerzéséhez az Európai Unió tagállamainak hivatalos nyelvéből, vagy orosz nyelvből, vagy nemzeti és etnikai kisebbségi nyelvből középfokú „C” típusú államilag elismert nyelvvizsga, vagy azzal egyenértékű érettségi bizonyítvány, illetve oklevél szükséges. Az ápolói szakma iránt érdeklődők jelentős része a BSc képzést választja, miközben a mai betegellátó rendszerben az egészséges szakmai hierarchiát sem tudják kialakítani. A 2001 és 2008 között főiskolai szintű ápolói képesítést szerzők számának alakulását szemlélteti a **10. táblázat.**

10. táblázat: a főiskolai szintű ápolói képesítést szerzők száma (forrás: MESZK)

végzés éve	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	összesen végzettek fő	összesen végzettek %
nappali tagozat (fő)	**242**	**256**	**177**	**144**	**140**	**145**	**101**	**129**	**1334**	**29,31**
munka mellett (fő)	**527**	**374**	**352**	**380**	**409**	**382**	**401**	**392**	**3217**	**70,69**
mindösszesen (fő)	**769**	**630**	**529**	**524**	**549**	**527**	**502**	**521**	**4551**	**100,00**

Az amúgy sem túl fényes helyzetet csak tovább nehezíti, hogy az egyébként is kis létszámú pályakezdő évfolyamból csak néhány fő helyezkedik el kórházakban, klinikákon közvetlenül a betegágy mellett.

A magas szakképzettség természetesen nem jelent hátrányt – hiszen a jól képzett munkaerő emeli az intézmény és az ellátás színvonalát – ugyanakkor a relatíve alacsony szakképzettségű ápolói létszám miatt gyakori, hogy az alapápolási tevékenységet is a diplomás ápolók, vagy a szakápolók végzik. Megfigyelhető azonban az ezzel ellentétes tendencia is az intézményekben, vagyis alacsony képzettségű dolgozók látnak el szakápolási feladatokat, ami természetesen sokkal komolyabb veszélyeket rejt magában. Az ilyen, és ehhez hasonló helyzetek elkerülése érdekében a Semmelweis Egyetem Klinikai Központja saját maga is szervez szakápolói és szakasszisztensi képzéseket azért, hogy az ápolók és asszisztensek minél magasabb elméleti és gyakorlati tudással felvértezve végezzék munkájukat **(11. táblázat)**.

11. táblázat: a Semmelweis Egyetem szervezésében szakképesítést szerző ápolók száma

szakképesítés megnevezése	tárgyévben szakképesítést szerzett (fő)		képzése folyamatban van (fő)
	2007	2008	
egyetemi ápoló	0	1	2
diplomás ápoló	6	15	57
szülésznő	0	3	1
egyéb diplomás	2	3	7
OKJ ápoló	21	21	32
OKJ gyermekápoló	8	1	2
gyermek intenzív terápiás szakápoló	14	3	13
intenzív betegellátó szakápoló	7	1	18
egyéb szakápoló	5	0	3
asszisztens, szakasszisztens	13	8	23
aneszteziológiai szakasszisztens	1	1	6
pulmonológus–allergológus szakasszisztens	0	12	0
egészségügyi menedzser	0	0	2
ápolási asszisztens	4	1	1
műtőssegéd	5	0	1
egészségügyi operátor	0	6	0
összesen:	**86**	**76**	**168**

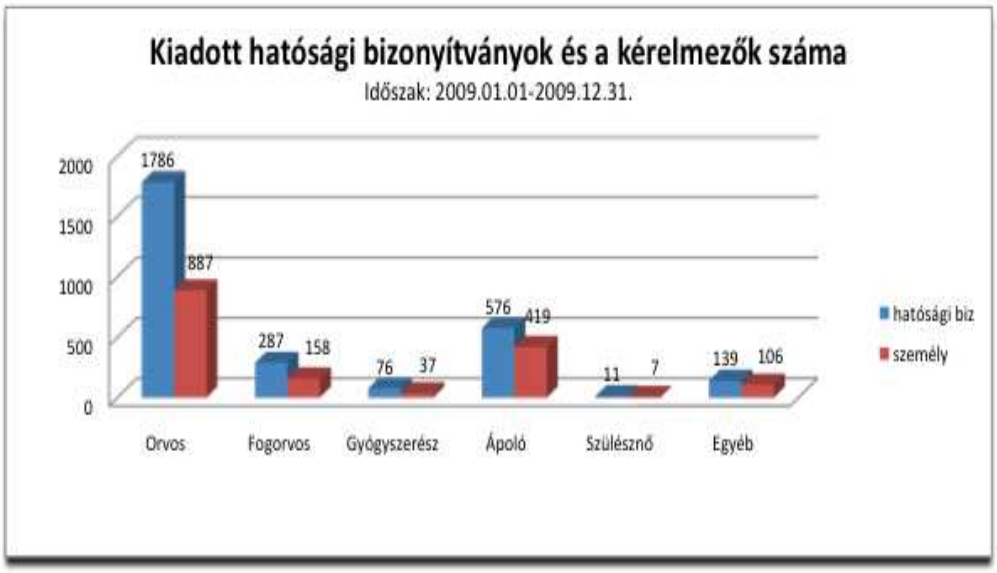
Évről-évre csökken a munka melletti ápolóképzést végzők száma is. Különösen igaz volt ez a 2007-es év vonatkozásában. A 2001-2007 között végzett 16991 ápoló 87,7 %-a oklevelét munka melletti képzésben szerezte meg. Tekintettel arra, hogy ők már amúgy is az egészségügyben dolgoztak, a végzést követően nem emelik az ápolói létszámot, viszont a képzés évei alatt az őket foglalkoztató kórházaknak, klinikáknak kell kigazdálkodniuk az oktatási napokra irányadó munkaidő kedvezményt, a szakmai

gyakorlatokra és a vizsgákra egyaránt. Gyakran az oktatási, és a vizsga költségeit is átvállalják a munkaadók, így például a Semmelweis Egyetem is.

5.1.3.2. Az alacsony ápolói létszám egyik legfőbb oka: a kivándorlás

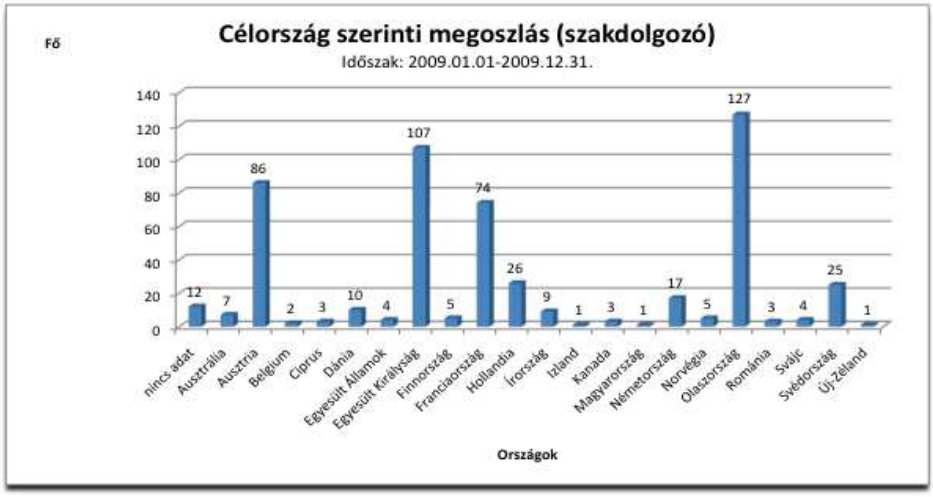
Az utánpótlás hiányán túl számos további okra is visszavezethető a szakdolgozói létszám ilyen mérvű visszaesése, melyek közül kiemelkedik a külföldi munkavállalás, a kivándorlás[43]. A kollégák többsége középfokú nyelvvizsgával, és nemzetközileg elfogadott diplomával rendelkezik, így különösen keresett munkaerőnek számítanak a fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező országokban is, ahol valóban kamatoztathatják megszerzett képesítésüket, tudásukat. Az egyértelmű uniós szabályozás következtében jelenleg már sokkal könnyebben is jutnak végzettségüknek megfelelő munkához, mint korábban. A napi, heti munkaterhelés jelentős különbséget mutat, ismételten a külföld javára, a szakmai kompetenciakörök tisztázottak, a külföldi orvoskollégák pedig elismerően nyilatkoznak a szakápolók felkészültségéről, és munkájuk során partnernek tekintik őket. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a fizetés egyes országokban a hazai bérek négy-öt, esetenként öt-hétszerese is lehet, de egyes speciális területeken, ilyen például az aneszteziológia, intenzív terápia, vagy az onkológia, még ennél is magasabb bérekről hallhatunk.[44]

Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) legfrissebb adatai szerint 2009-ben 419 ápoló, 7 szülésznő és 106 egyéb egészségügyi szakdolgozó kért hatósági bizonyítványt okleveleiről azért, hogy külföldön dolgozhasson. Az utóbbi évek összehasonlításából kiderül, hogy az ápolóknál is a tavalyi évben kívántak a legtöbben külföldön munkát vállalni. Míg 2005-ben 239 fő, 2006-ban 113 fő, az egészségügyi reform évében, 2007-ben 127 fő, 2008-ban 153 fő, addig 2009-ben összesen 532 egészségügyi szakdolgozó jelentkezett a hivatalnál **(9. ábra)**.



9. ábra: hatósági bizonyítványt igénylők száma 2009-ben (forrás: MESZK)

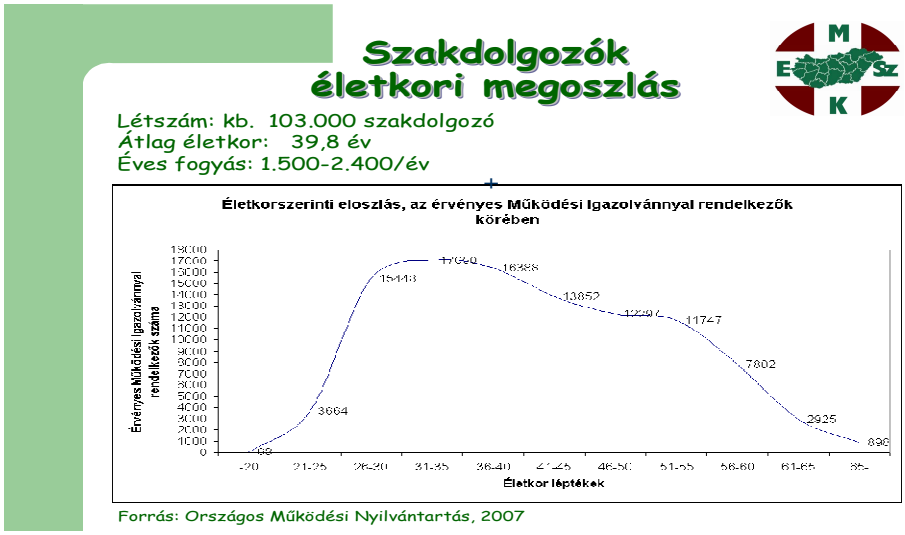
A kérelmező orvosok és ápolók közül a legtöbben Nagy-Britanniában kívántak dolgozni, összesen 499-en. Népszerű célország volt még Németország (284), Olaszország (147), Ausztria (146), Franciaország (103), és Svédország (100) is **(10. ábra)**. A tapasztalatok szerint az igazolást kérő orvosok, és ápolók egy része végül itthon marad. Tehát várhatóan kevesebb magyar egészségügyi dolgozó vállal külföldön munkát saját szakmájában, mint amennyi a statisztikákban szerepel, de a növekvő tendencia még így is elgondolkodtató, és ismerve a hazai végzettek számát, kifejezetten aggasztó.



10. ábra: a kivándorló szakdolgozók megoszlása célország szerint (forrás: MESZK)

5.1.3.3. A létszámcsökkenés egyéb okai: elöregedés, pályaelhagyás, financiális problémák

Az ápolók számának csökkenéséhez az is hozzájárul, hogy közülük sokan vonulnak nyugdíjba, a rendszerben maradó középkorú, nagy tapasztalattal rendelkező ápolók aránya viszont igen alacsony **(11. ábra)**.

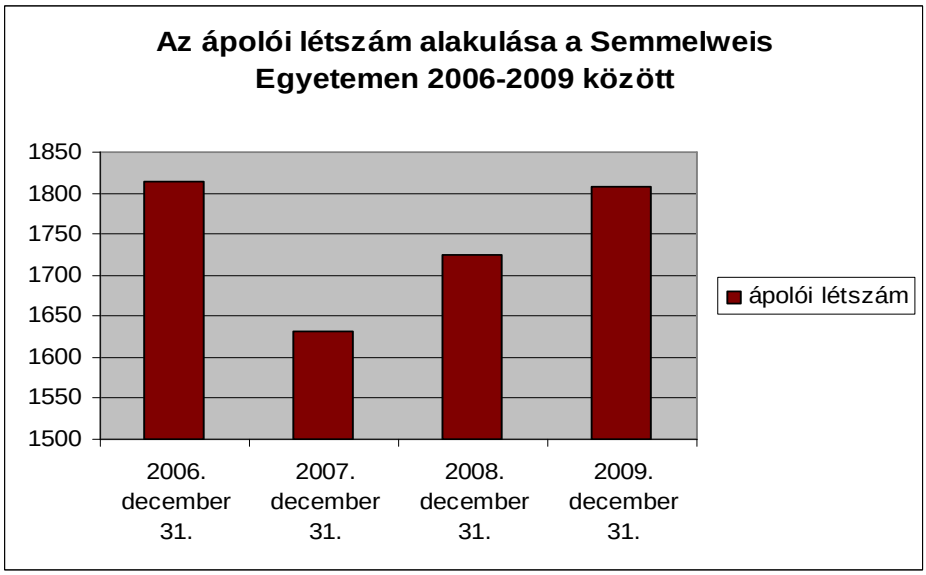


11. ábra: a szakdolgozók megoszlása életkor szerint (forrás: MESZK)

Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy az egészségügyi reform következményeként sok a pályaelhagyó. A megszüntetett, vagy átalakított profilú kórházakból elküldött ápolók a felmentési idő alatt nem helyezkedhettek el közalkalmazottként, csak abban az esetben, ha vállalták volna az erre az időre járó juttatásaik elvesztését. Ez azonban sokak számára olyan arányú bevételkiesést jelentett volna, amit nem kockáztathattak, inkább más területeken kerestek munkalehetőséget.[45]

Az eddigieken túl az egészségügyi ágazatot számos más nehézség is sújtja, így a finanszírozás nehézsége, a bérek és egyéb juttatások alacsony volta, és a hiányos tárgyi feltételek. Több éve elmaradt az egészségügyi szektorban a béremelés is, így az ápolói pálya már anyagilag sem vonzó. Sokan hagyják el a pályát megélhetési problémák miatt, olyan munkahelyet keresve, ahol jobbak a kereseti lehetőségek. Ez már csak azért is szomorú, mert főleg a magasan képzett, gyakorlott ápolókat veszítjük így el. Az intézmények menedzsmentjének tűzoltásszerű beavatkozásai, a bérek növelésére irányuló intézkedések olykor időlegesen elérik céljukat. Ilyen jellegű intézkedés volt

2008-ban a Semmelweis Egyetemen, amikor kizárólag intézményen belül a szakdolgozói kör átlagosan 10 % béremelésben részesült és a szakápolói létszám csökkenése évek óta megállt **(12. ábra).** Tagadhatatlan ugyanakkor, hogy hosszú távon ezek a gesztusok, rendszeren kívüli megoldások nem jelentenek valódi gyógyírt a problémákra.



12. ábra: az ápolói létszám alakulása 2006-2009 között (forrás: MESZK)

Nem szabad elfelejteni, hogy a munkavállalók mellett a munkáltatók is jelentős nehézségekkel küzdenek. A hiányos finanszírozás következtében csak részben biztosíthatóak az ápolás alapvető tárgyi feltételei. Az ápolók munkáját könnyítő eszközállomány nemcsak elavult, hanem kevés is, az épületek korszerűtlenek, a betegágyak, matracok elhasználódtak. A dologi költségek kényszerű csökkentése miatt gyakran akadozik az ápoláshoz szükséges anyagellátás is, ami az ápolóknál már csak a betegeket érinti érzékenyebben.

5.1.3.4. Összefoglalás

Kétségtelen, hogy a kritikussá vált ápolói helyzet megoldásához társadalmi összefogásra, és sürgős, kormányzati szintű beavatkozásra lenne szükség. Fel kellene számolni az intézmények finanszírozási problémáit, amellyel lehetővé válna a tárgyi

feltételek javítása, a bérek rendezésével maradásra lehetne bírni a még dolgozó ápolókat, a fiatalok szemében pedig újra vonzóvá válhatna az ápolói pálya.

Olyan intézkedésekre lenne szükség, amelyek rövid-, közép-, illetve hosszú távon oldanák meg a szakápolók helyzetének javítását. Rövidtávon elsősorban a bérek, béren kívüli juttatások rendezése, a kompetencia körök, és az oktatás kérdésének tisztázása lenne szükséges.

Közép-, és hosszú távon elsődlegesen arra van szükség, hogy az ápolóképzést beillesszék a Bologna-folyamat megfelelő képzési rendszerébe, amivel biztosítható lenne a képzési szintek közötti átjárhatóság és a karrierlehetőség, továbbá megteremthetőek lennének az élethosszig tartó tanulás feltételei. Nagyot lendítene a pálya népszerűségén az infrastruktúra fejlesztése is, hiszen az amúgy is alulfizetett ápolókra az albérlet fizetése és a mindennapi megélhetés olyan jelentős anyagi terheket ró, amit már nehezen tudnak felvállalni.[46] Ezért új, korszerű nővérszállók építésével, önálló garzonlakások kialakításával, illetve szolgálati lakások biztosításával bizonyos fokig mérséklődnének az anyagi problémáik, és talán kevesebben gondolkodnának a pálya elhagyásán, módosításán.

5.2. A változtatások elvárás rendszere és a változtatási folyamat

Az előző fejezetben három területet bemutatva ismertük meg a külső környezet főbb mutatóit. A változtatásvezetés következő lépéseként az elvárásrendszer feltérképezése következhet. Közismert tény, hogy egy szervezet vezetői felé bármely adott időpontban számos különféle csoport és intézmény támaszt elvárásokat. A felső vezetés feladata, hogy a szervezet missziójának és célhierarchiájának szellemében rendszerezze ezeket az igényeket, és mérlegelje megvalósításuk sürgősségét. Ahhoz, hogy a fenti elvárásokat távolabbról lehessen szemlélni, és felfedezhetővé váljanak a köztük levő kapcsolatok, elkészítettem a különféle csoportok és intézmények elvárási térkép-sablonját, amely alkalmas lehet arra, hogy feltüntesse azok sajátos elvárásait, és segítsen a megfelelő intézkedések meghatározásánál **(12. táblázat)**.[47]

12. táblázat: elvárási térkép sablon

	Bér	Munka-körülmény	Előmenetel	Szabályozottság	Fenntarthatóság	Gazdaságos működés	Szakmai vezető szerep	… … …
Orvosok								
Kutatók								
Szakdolgozók								
EÜM								
OM								
OEP								
……..								

5.2.1. A változtatási folyamat

A nemzetközi irodalom az elmúlt 30 évben számos alkalommal foglalkozott a nagy szervezetek irányításával, változtatásaival. Sokan, sokféle módon próbálták leírni, analizálhatóvá tenni ezen folyamatokat.

Az alábbi fejezetben három irányt, három olyan megközelítési módot mutatok be, melyek segítenek az általam irányított intézkedések elemzésénél. Először a változtatások egészségpolitikai megközelítését foglalom össze, majd W. Richard Scott a Stanford University professzora által közölt, és számos irodalmi utalással megírt analitikai módszerét ismertetem, amely a Semmelweis Egyetem bonyolult struktúrájához, változási mechanizmusaihoz talán a legközelebb áll, de amelyet – csak úgy, mint kortársai – részben a piaci környezethez szabott. A harmadik módszer már nem a célokat és a globálisan megközelíthető szempontrendszert tárgyalja, hanem a már elhatározott, egészségpolitikai célokkal releváns, megvalósíthatónak ítélt változtatási folyamatok véghezviteléhez visz közelebb.

Az alkalmazott innovatív menedzsmenteszközöknél a fenti analitikai és változtatásmenedzsment típusú megközelítéseket vettem figyelembe.

5.2.1.1. Az egészségpolitikai megközelítés

Gaál közleménye[48] a problémaalapú programalkotás során, mely a Semmelweis Egyetem konszolidációs programja esetén is helytálló, három alapvető definíciót rögzít[7]: a célvezéreltséget, a bizonyítékokon alapuló értékelést és eszközválasztást, valamint a megvalósíthatóság alapelvét. A Semmelweis Egyetem jelen értekezés alapját képező időszakának intézkedési ciklusát, az alkalmazott innovatív menedzsmenteszközök használatát ezen elvek alapján terveztük kivitelezni.

A célvezéreltséget globális célok tekintetében az egyetem küldetésnyilatkozata tartalmazza. A küldetési nyilatkozatból levezethető projekteket a bizonyítékokon alapuló értékválasztás és eszközválasztás motiválta, törekedve ebben a minél nagyobb egyetemi értékkonszenzusra. Az adott intézkedések megvalósításánál fő szempont az adott beavatkozások következtében kialakuló új működési rend megvalósíthatósága, a fenntartható működés biztosíthatósága volt.

5.2.1.2. A különböző hordozók bemutatása

A szervezeteket menedzsment szempontból közelítve, nagyságuktól függően igen bonyolult struktúraként lehet leírni. Az alábbi összefoglalás ezt a szerteágazó szerkezetet segít jobban megközelíthetővé tenni, amelynek révén a beavatkozási lehetőségeinkkel is jobban azonosulhatunk.

Scott[8] szerint a különféle intézmények, akár regulatív, akár normatív, akár kulturális-kognitív jellegük a hangsúlyos, különböző eszközökön, „hordozókon" keresztül valósulnak meg. [49] Modellje szerint a hordozók között a következő négy típust különíthetjük el: szimbolikus rendszerek, relációs rendszerek, szokások és műtárgyak. Ez a megkülönböztetés a három ismert tartópillér tekintetében nagyfokban ortogonális, ezzel lehetővé téve a kereszt-osztályozást (lásd: **13. táblázat**).

Az egyes kutatók módszertana nem csak abban tér el egymástól, hogy mely elemeket részesítik előnyben, hanem abban is, hogy mely hordozók szerepét hangsúlyozzák, éppen úgy, ahogy az intézményi keretrendszerek is különböznek a központi elemek és az alkalmazott, fontos hordozók tekintetében. *Nyilvánvaló, hogy a hordozók szerepe alapvető, ha az intézmények változásait tekintjük, akár egymás felé mutató, akár egymástól eltérő irányokról van szó.* A hordozók alapvető mechanizmusok

együttesére mutatnak rá, amelyek érthetővé teszik, hogy a gondolatok időben és térben hogyan mozognak, azokat ki és miként továbbítja.

A hordozók témakörének jelentős irodalma van, azokat mégis kevéssé megfoghatóvá teszi az a tény, hogy az irodalom példaként az alábbi címkéket alkalmazza: az újítások terjesztése, technológiai transzfer, szervezeti oktatás, reformok és közvetítők alkalmazása, vezetési szeszélyek és divatok, modernizáció.

13. táblázat: az intézmény pillérei és hordozó

	Pillérek		
	Regulatív	*Normatív*	*Kulturális-kognitív*
Szimbolikus rendszerek	Szabályok Jog	Értékek Elvárások	Kategóriák Jellegzetességek Sémák
Relációs rendszerek	Kormányzatok Energiaellátó rendszerek	Uralmi rendszerek Hatóságok	Strukturális izomorfizmus Azonosság
Szokások	Protokollok Szabványos működési eljárások	Foglalkozások Beosztások Kötelességtudat	Hagyományok
Műtárgyak	Tárgyak, amelyek kötelező jellemzőknek megfelelnek	Tárgyak, amelyek konvencióknak, szabványoknak megfelelnek	Szimbolikus értékkel rendelkező tárgyak

Annak során, ahogy gondolatok és tárgyak időben és térben továbbítódnak, változáson mennek keresztül, egyéb gondolatokkal vagy tárgyakkal egészülnek ki és átalakulnak, Sahlin-Andersson szerint *szerkesztődnek*: „a modelleket újra és újra elmondják a különböző helyzetekben, minden helyzetben máshogy”.[50] Az, hogy milyen úton és mértékben szerkesztődnek, a hordozó típusától függ.

A **13. táblázat**[51] elemei az üzenet tartalmát írják le, azt, hogy mit közvetít. A hordozó a közvetítés jellemzőit hangsúlyozza.

5.2.1.2.1. Szimbolikus rendszerek

Scott feldolgozása szerint a kultúrát manapság szemiotikai rendszerként, szimbólumok gyűjteményeként kezelik. Az institucionalisták szerint a fontos szimbólumok a szabályok, értékek és normák teljessége, és ezekhez társulnak a viselkedést szabályozó besorolások, értelmezések, keretek, sémák, prototípusok és leírások. Ahogyan a 13. táblázat elemei is sugallják, az, hogy a szimbolikus rendszer mely jellemzői hangsúlyosak, attól függ, hogy az intézmény mely elemei számítanak elsődlegesnek. A *kognitív elmélet* követői a közös kategóriák, megkülönböztetések és jellegzetességek fontosságát hangsúlyozzák az érzékelés és az értelmezés során, a *normatív elmélet* követői a közös értékeket és a viselkedést szabályozó normatív elvárásokat emelik ki, míg a *regulatív elmélet* követői a konvenciók, szabályok és törvények szerepére mutatnak rá.

Mint ahogyan a fenti összefoglalásból is látható, a szervezetek irányításában három alapvetően különböző elmélet, pillér játszik szerepet. Természetesen vegytisztán elkülönülve ritkán figyelhetőek meg, azonban az elméletekkel foglalkozó szakemberek számára ezek külön tárgyalása az egyes rendszerek működésének megértéséhez elengedhetetlenül fontos. A szervezet a három pillér vegyítésével tud hatékonyan és eredményesen működni. Irányítási megjelenésük az alkalmazott menedzsmenteszközök pilléreken belüli dominanciájától függ. A Semmelweis Egyetem bonyolult struktúrájának leírásában és a beavatkozási területek meghatározásában ez a felosztás tökéletesen segít meghatározni az intervenciók célpontjait.

A három pillér megvalósulása a vertikális rendszert biztosító hordozókon keresztül történik. A **13. táblázatban** látható szimbolikus rendszerek, relációs rendszerek, szokások, műtárgyak képezik eme vertikális rendszer elemeit.

Az emberi nyelv, mint eszköz megjelenése, nagymértékben hozzájárult a szimbólumok térbeli és időbeli mozgásához. A helyi, mitikus kultúrák alapjait a beszélt nyelv teremti meg, de a szó ereje és távoli hatása sokszorosan fokozódik az írás és az azt terjesztő, a könyvtől a digitális adathordozókig terjedő hordozó rendszereken rögzített elméleti kultúra kialakulásával.

Harold Innis gazdaságtörténész a hordozókról és birodalomról szóló, nagyszerű áttekintésében a szájhagyomány útján terjesztett tradíció, és az írásbeliség összehasonlítása során a következőt írja:[52]

Az ábécé bevezetése azt mutatja, hogy a hang fontosabb, mint a kép, a fül fontosabb, mint a szem. A látványon alapuló kommunikációra birodalmak épültek, szemben a [földrajzilag lezártabb] görög politikai szervezettel, amely a szóbeli megbeszélés fontosságát hangsúlyozta.

Az írás megjelenését követően a szó terjesztésére használt médium jelentősen befolyásolta a továbbítás lehetőségét. Innis[53] megfigyelése szerint a kőre vagy agyagtáblára történő írás például jelentősen hozzájárult a tudás megőrzéséhez, míg a papirusz vagy a papír alkalmasabb volt az írott szöveg térbeli továbbítására. A nyomdatechnika későbbi megjelenése adott szöveg tömeges terjesztését tette lehetővé. Anderson[54] szerint a nyomtatott nyelv használata kiindulópontja volt az adatcsere és kommunikáció egységesítésének a „latin nyelv és a beszélt népnyelvek között", míg a „kapitalizmus és könyvnyomtatás" konvergenciája a nemzetek kialakulásához teremtette meg az alapot.

A jelenbe visszalépve, az információ- és kommunikáció-technológia fejlődése alapvetően hozzájárult a gondolatok és elképzelések világméretű terjesztéséhez, a piacok bővüléséhez, a különböző szervezetek összekapcsolásával és átalakításával az ellátási lánc meghosszabbodásához továbbá ahhoz, hogy mindinkább egy globális gazdasággal és bonyolult politikai összefüggésrendszerrel jellemzett közösség részévé váljunk. Appadurai megfigyelése szerint a film és a televízió a képiséget hangsúlyozza, a számítógép és a mobiltelefon privilégiuma a szó, a számítógépes hálózat pedig mindkettőt ötvözni tudja nagy távolságokon átnyúlva. Hosszú időn át az életet mítoszok, mondák és dalok modellezték. A mai globális média az elképzelt lehetőségek gazdagabb keverékét nyújtja: „A világ mind több részén ismernek meg egyre több lehetséges életutat, többen, mint valaha".[55] Azzal egy időben, hogy az új gondolatok elérhetővé válnak, a helyi tudás nyelvére fordítódnak, azzal ötvöződnek és keverednek: ez az *indigenizáció* folyamata. A sémák „áthelyezhetők", azaz „alkalmazhatók sokféle

és előre nem látható helyzetben, olyan összefüggésben is, amely kívül esik a keletkezésük körülményein”.[56]

5.2.1.2.2. A relációs rendszer, mint hordozó

Az intézményeket hordozhatják relációs rendszerek. Ezek olyan rendszerek, amelyek szereprendszereken, azaz társadalmi pozíciók hálózatában zajló jellegzetes interakciókon alapulnak. A bevándorlók új ötleteket, viselkedési módokat és kapcsolatokon alapuló elkötelezettségeket közvetítenek társadalmi határokon keresztül. A stabil relációs rendszerek jellemzően átnyúlnak a szervezeti kereteken, és azokkal kereszteződnek, példa erre a hasonló foglalkozásúak hivatással összefüggésben kiépített kapcsolatrendszere.

Az elkülönülő pozíciókba és szerepekbe szabályok és hitbéli elemek kódolódnak, a relációs rendszerek így intézményi elemeket építenek magukba és testesítenek meg. Ahogy azt a szimbolikus rendszereknél is láthattuk, bizonyos alapvető kapcsolati szerveződések nagyszámú szervezet esetében hasonlóak, mindez pedig strukturális izomorfizmust (formai hasonlóságot), vagy ekvivalenciát (azonosságot) teremt. Más formák egy-egy szervezetre lehetnek jellemzőek, helyi vélekedést testesítve meg, és létrehozva a szervezet egyedi „karakterrendszerét”.[57]

Az, hogy a relációs rendszer mely jellemzője hangsúlyos, attól függ, hogy az intézmény mely eleméről is van szó. A kognitív elmélet követői a szerkezeti modell-jelleget hangsúlyozzák. A felosztás és típusba sorolás gyakran kódolt a szervezetben: megjelenik az egyes részlegek és szerepek formájában. Példa erre a kódolt ismeretanyag, amely az egyetemek és akadémiai részlegeik kialakulását megalapozza.

A normatív és a regulatív elmélet követői szívesen láttatják a relációs rendszereket „kormányzati rendszerekként”, hangsúlyozva ezek normatív (hatósági) vagy végrehajtói (erőszakszervezeti) jellegét. A kormányzati rendszerre úgy tekintenek, mint amely kódrendszert, normarendszert és szabályokat hoz létre, és tartat be, miközben a résztvevők tevékenységét ellenőrzi és szankcionálja. Az új szervezeti közgazdászok, mint Williamson is, hangsúlyozzák, hogy a relációs rendszer, amely azért jött létre, hogy kormányozzon, az intézményi végrehajtó erő elsődleges hordozója.[58]

5.2.1.2.3. A szokások, mint hordozók

Intézményeket megtestesíthetnek és hordozhatnak strukturált tevékenységek is, rutinok és viselkedési szokások formájában. A szokások olyan hordozók, amelyek a résztvevők hallgatólagos megegyezését feltételező viselkedési mintákon – kifejezésre nem juttatott tudás- és hitelemekben mélyen gyökerező szokásokon – alapulnak. A szimbolikus rendszer elsődlegességének hangsúlyozásával szemben sokan a korai institucionalisták közül – pl. Veblen – a szokássá vált reakciók, rutinok, szabványos működési eljárások és hasonló, jellemző cselekvésminták rendszerét tekintik az intézmény fő jellegzetességének.[59]

March és Simon[60] az ismétlődő „teljesítmény-programokat" tekinti a szervezet megbízhatóságát meghatározó központi elemnek. Az utóbbi időben az evolúciós elmélet követői, pl. Nelson és Winter[61] a résztvevők felkészültségének, és a szervezeti rutineljárásoknak stabilizáló szerepét hangsúlyozzák: a hallgatólagos megegyezésen alapuló, tudatos választást, és cselekvést nem, vagy csak kevéssé feltételező tevékenységet, amelynek a szereplő esetleg nincs is tudatában.

Amennyiben a szokásokat úgy tekintjük, mint a szervezetet kódoló „géneket", Winter[62] szerint ezek a „kemény", technológiákban lefektetett aktivitásoktól a „képlékeny" (pl. repülőtéri ellenőrzés vagy gyorséttermi eljárások) szervezeti rutin aktivitásokig terjedhetnek. Ezek a minták viselkedési elemek széles skáláját magukba foglalják a szabványos működési eljárásoktól, és az egyes alkalmazottaktól elvárt felkészültségtől az olyan „összetett szervezeti aktivitásokig, mint egy munkakör, ipari termelési sorok, repülőjegy-foglaló rendszerek, a könyvelés alapjai vagy a háborúzás szabályai".[63] Az ilyen cselekvésrendszerek többet feltételeznek, mint „a szabályok és értelmezések" ismeretét, magukba foglalják a „cselekvési és probléma-megoldási módok elsajátítását" is.[64] Nagyrészt ilyenfajta felkészültség áll a szervezeti viselkedés állandóságának hátterében, biztosítva a megbízható teljesítményt, és a szervezeti merevséget is.

A szokásokat jellemzően relációs rendszereken belül sajátítják el, tartják fönn és újítják meg. A gyakorlati képzés és munka melletti tanulás gyakran szituatív jellegű, lehetővé téve, hogy a kezdő megtapasztalja azt, amit Lave és Wenger[65] „legitim perifériás részvételnek" nevez:

Ezzel akarjuk felhívni a figyelmet arra, hogy a tanuló szükségszerűen a foglalkozást gyakorlók csoportjában dolgozik és a tudás és felkészültség tökéletesítéséhez szükség van arra, hogy a tanuló fokozatosan, majd pedig teljes egészében átvegye a csoport szociokulturális gyakorlatát.

Az a tény, hogy az eljárásokat a gyakorló közösség oktatja és tartja fenn, azt eredményezi, hogy ezek nem ültethetőek át közvetlenül egy másik környezetbe, új résztvevők és viszonyok közé.

5.2.1.2.4. Műtárgyak, mint hordozók

Az antropológusok már rég felismerték az „anyagi kultúra", az emberi értelem által alkotott tárgyak jelentőségét a különböző feladatok megvalósításában. Alkalmazhatjuk Suchman[66] meghatározását: „A műtárgy egy meghatározott objektum, amelyet tudatos emberi tevékenység hozott létre vagy alakított át, a fizikai vagy kulturális környezet hatásai nyomán." A korai formák gyakran primitívek voltak, mint például a megfelelő formájú kövek és botok, a későbbi műtárgyak között viszont már technológiailag összetett, eszközt és programot is ötvöző komplex képződmények szerepelnek. A technológia szervezeten belüli szerepét vizsgálók korábban ezeket a jellemzőket egyirányúnak és meghatározónak tekintették a szervezeti felépítésre és viselkedésre gyakorolt hatás tekintetében.[67, 68] A későbbi elemzők a technológiát, mint társadalmi képződményt láttatták, és hangsúlyozták annak fontosságát, hogy hatásait milyen fokban közvetítik szituatív tényezők és értelmezési módok.[69] Mindenesetre, a műtárgyak legfontosabb jellemzője, hogy „technológiai és szimbolikus elemeket is ötvöznek".[70]

Orlikowski[71] vetette fel, hogy a műtárgyak és a technológia egységesen vizsgálhatók a Giddens[72] által kialakított elvi keretrendszeren belül, amely a társadalmi struktúrát, és az egyén befolyásolási képességét is figyelembe veszi. Az, hogy a műtárgyakat rendszerbe illeszkedésük pillanatában vizsgáljuk, egyrészt rávilágít arra, hogy emberi tevékenység termékei, másrészt arra is, hogy „kifejlesztésükkel és alkalmazásukkal" önmaguk is a szituáció „objektív és strukturális jellemzőinek részévé" válnak. Ezek a jellemzők gyakran rejtve maradnak a résztvevők és az elemző előtt is, mivel az eszközök készítői, és a készítés körülményei időben és térben elválnak azoktól,

akik ezeket az eszközöket valamely feladat elvégzésére felhasználják. Azok az elemzők, akik a tárgyak létrejöttére koncentrálnak, mindezen többszörös lehetőségeket nagyobb valószínűséggel veszik észre. A kiválasztott út áll szemben a „járatlan úttal”: a tárgyak felhasználására figyelő elemző elsődlegesen a tárgy kialakításából származó, az alkalmazót korlátozó tényezőket veszi észre. Bár ezek a különbségek léteznek, nem szabadna elfedniük, hogy a felhasználó maga milyen fokban kerül kapcsolatba a tárggyal, és mennyire változtatja meg a tárgy jelentőségét és használatát. Orlikowski[71] a következő megfigyelést teszi:

Bár az emberi tényező hangsúlyosabb szerepét feltételezhetjük egy technológia kezdeti kifejlesztése során, mindez nem kisebbíti a felhasználó lehetőségét, hogy azt (fizikailag és társadalmilag) megváltoztassa, mialatt azt alkalmazza. Egy technológia alkalmazása során azt felhasználója különböző módokon értelmezheti, igazíthatja és manipulálhatja.

Barley instruktív tapasztalati tanulmányában „azonos” technológiák, két kórház radiológiai osztályán lévő CT-készülék alkalmazásáról számol be, azt vizsgálva, hogy miben és mennyire térnek el a döntésmechanizmusok és a vezetési erőviszonyok az osztályok között[73] (lásd: 8. fejezet).

A műtárgyakat, mint az egyéb hordozókat is, tekinthetjük úgy, mint olyan tényezőket, amelyekre a három pillér mindegyike hatással van. Bizonyos műtárgyak és technológiák kialakítását a szabályozó hatóság megszabja, például biztonsági szempontok szerint. A modern társadalomban számos olyan tényező szerepel – az atomerőművek biztonságos voltát biztosító tényezőktől a kereskedelmi célú légi forgalom, és autóközlekedés biztonsági és teljesítmény-szabályrendszeréig –, amelyek a termékminőséget hivatottak biztosítani. A jog árnyékában, vagy annak alapján köttetett társadalmi szerződések, ahogy arra Suchman[66] rámutat, tekinthetők társadalmi műtárgyaknak. A technológiák megtestesítenek normatív eljárásokat, és ez utóbbiak alakítják is a technológiákat. Kereskedelmi és ipari érdekcsoportok gyakran fektetnek le gépek és technikai berendezések leírását rögzítő szabványokat, ahogy azt már korábban láttuk. Ezek az egyezmények rendszer-kompatibilitást teremtenek, egyúttal előnyöket biztosíthatnak a résztvevők számára, amelynek következtében a szabványhoz további résztvevők csatlakozhatnak.[74]

A műtárgyak bizonyos ötletek, szándékok együttesét is kifejezhetik, vagy megtestesíthetik. Bizonyos tárgyak szimbolikus jelentősége messze túlmutat az anyagi fontosságukon (példa erre a kenyér és a bor jelentősége áldozás során vagy a kapu jelentősége a futballpályán).

A fentiek rávilágítanak néhány mechanizmusra a sok közül, melyek mentén a szervezetek intézményi keretek közé szerveződnek. Egy adott szervezetet az intézményi keretek támogatnak is, ugyanakkor határait is kijelölik. Az adott szervezet keretein belül intézményesült jellemzők sokaságát foglalja magába, szimbolikus rendszerek, relációs rendszerek, szokások és műtárgyak formájában. Helyénvaló tehát arról beszélnünk, hogy a szervezeti összetevők és jellemzők milyen fokban intézményesülnek.

Az intézményi elmélet követőinek nagy többsége bizonyosan egyetért a fentiekkel. Azok, akik a kulturális-kognitív jelleget hangsúlyozzák, egy további, még sokkal végzetesebb megállapítást tesznek: a szervezet, mint egy meghatározott céllal alakult, eszközökkel bíró személy maga is intézményi folyamatok terméke: olyan alkotó folyamatoké, amelyek meghatározzák a kollektív résztvevők szerepkörét, általában és az egyes altípusok esetében is. Az intézményi elmélet ezen változata alapvetően megváltoztatja a szervezetnek és környezetének hagyományos elkülönítését. A szervezetbe környezete olyan módokon hatol be, amelyek sok elvi modell számára nem érzékelhető.

A Semmelweis Egyetem példáján is láthatjuk, hogy a három pillér (regulatív, normatív és kulturális-kognitív) különböző szintű hordozókon keresztüli megjelenése komplex, mátrixként jellemzi a szervezetet. Az ezeken keresztül véghezvitt változtatási elképzelések ezen ismeretek birtokában nagymértékben növelik a siker bekövetkezésének valószínűségét.

5.2.1.3. A változtatásvezetési folyamat

John P. Kotter a Harvard Egyetem professzora a változtatásmenedzsment nemzetközileg is elismert szaktekintélye nyolc pontban írta le a nagyszabású változások megvalósításának nyolc szakaszból álló folyamatát.[9]

1. A változás halaszthatatlanságának érzékeltetése
2. A változást irányító csapat létrehozása
3. Jövőkép és stratégia kidolgozása
4. A változtatás jövőképének kommunikálása
5. Az alkalmazottak hatalommal való felruházása az átfogó cselekvéshez.
6. Gyors győzelmek kivívása
7. Az eredmények megszilárdítása és további változások elérése
8. Az új megoldások meggyökereztetése a kultúrában

Ezen nyolc folyamat projektenként, a használt menedzsment eszközönként képes feltárni számunkra azokat a nyilvánvaló kockázati tényezőket, amelyeket egy projekt során kezelnünk kell, illetve a projektek megvalósítása során figyelnünk kell rájuk.

Az intézkedéseink, ha nem társulnak megfelelő változtatásmenedzsment szemlélettel, még a legjobb szándék esetén is vakvágányra futhatnak.[75, 76] Kotter módszerének gyakorlati alkalmazását egy későbbi fejezetben részletes gyakorlati példán keresztül világítom meg.

5.3. A Semmelweis Egyetem konszolidációjának részletes összefoglalása

Dolgozatomban a kiemelt innovatív menedzsmenteszközök alkalmazásánál és elemzésénél időbeli sorrendiséget alkalmazok.

Az áttekintendő időszak kezdete 2003. július 1., a Semmelweis Egyetem új rektora ettől a naptól kezdve Dr. Tulassay Tivadar. Az egyetem a történeti leírásban már említett integráció és dezintegráció terheit nyögte. Struktúrája változatlan formában vészelte át a rendszerváltozás óta eltelt 13 évet. Vezetési struktúrája dominánsan akadémia jellegű volt.

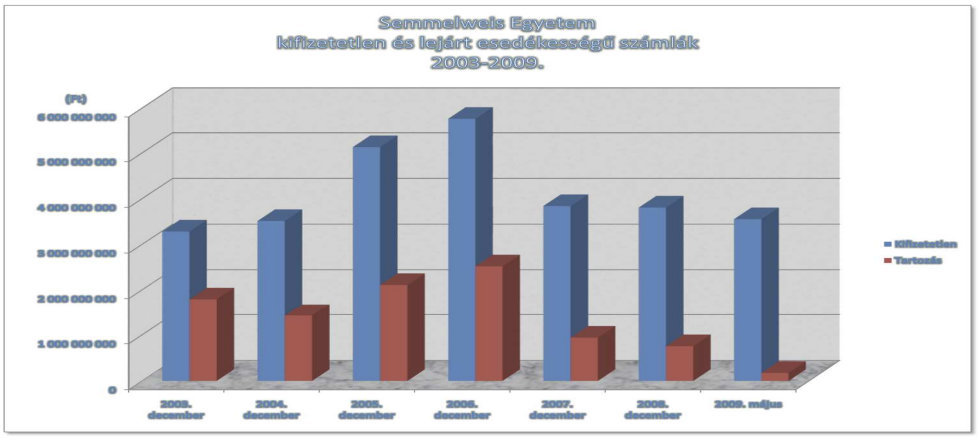
Az akkori Egyetemi Tanács egyhangú többséggel fogadta el az úttörő kezdeményezésnek számító szervezeti átalakítást, amely többek között létrehozta a Stratégiai és Működésfejlesztési Főigazgatóságot is. A korábbi, illetve az új elfogadott organogrammot az 1. és a 2. melléklet szemlélteti. Megjegyzendő ezen a helyen is, hogy ezt az újszerű elgondolást máig gyakorlatilag valamennyi magyarországi felsőoktatási intézmény átvette, intézménytől függően néhol apróbb változtatásokkal, az alapcélkitűzéstől azonban nem eltérve.

5.3.1. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program szükségessége

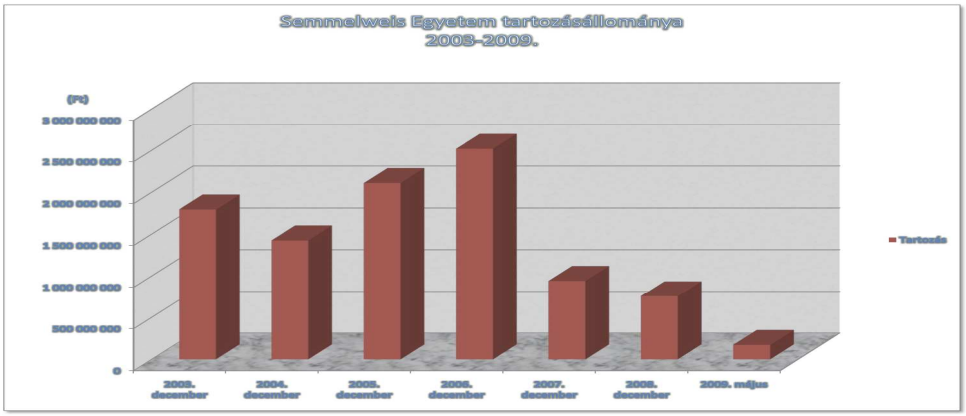
A 2003 márciusában a Stratégiai és Működésfejlesztési Programmal átfogó stabilizációs, és működésfejlesztési tevékenység indult a Semmelweis Egyetemen. A program egyben felkészülést is jelentett az új rektori, egyetemi-vezetői ciklusra. A személyek megfelelő szakmai és tartalmi felkészültsége fontos tényező egy ilyen jellegű program megindításánál.[77]

A rektor, és az új egyetemi vezetés hivatalba lépésével, illetve az új, működésfejlesztést és menedzsment-koordinációt lehetővé tevő szervezeti egységek megszervezésével – hasonlóan a külföldi példákhoz[78] – a program első szakasza véget ért. Szükségszerű lépés volt az eredmények kiértékelése, intézményesítése, kommunikációja és továbbfejlesztése valamint a következő időszakra érvényes stratégiai és működésfejlesztési program összefoglalása. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program kialakítása változatlanul a küldetés nyilatkozatban megfogalmazott céloknak megfelelően történt.

Az alapvető célok megvalósítása nem rövid távú feladat. Mivel a konszolidáció, a stratégia és a működésfejlesztés sok tekintetben szervezeti kérdésekkel foglalkozik, fontos megemlíteni, hogy a hatékonyságra, valamint a korszerű működésre való törekvésünk mindenekelőtt az egyetemen fejlődni vágyó hallgatók, a gyógyulni vágyó betegek érdekét és az emberiség javát szolgáló új tudás létrejöttét szolgálja. Ehhez a jelenlegi válságban az első lépcső a konszolidált működés feltételeinek és kereteinek megteremtése volt, ugyanis az egyetemünk jövőképében megfogalmazott nagyra törő célokkal szemben **az adósságcsapda szorításában, fejlesztési forrásoktól elvágva** kell fenntartani az oktatás és az ellátás elvárt színvonalát. A teljes konszolidációs időszak pénzügyi mutatói igazolják az alább ismertetendő intézkedési terv és végrehajtott cselekvési program sikerességét (**13. és 14. ábra**).



13. ábra: A Semmelweis Egyetem kifizetetlen és lejárt esedékességű számlaállománya 2003-2009



14. ábra: A Semmelweis Egyetem tartozásállománya 2003-2009

Egyértelmű, hogy **az egyetem jövőképének és stratégiai céljainak megvalósítása, a fenntartható működés biztosítása csak egy hatékony és átlátható gazdálkodási és irányítási rendszer segítségével érhető el**. Egy ilyen működési állapot nagyban segíti azt a munkát is, amelyet az egyetem és a karok vezetői az egyetemi lét lényegét megteremtő fejlesztési források megszerzéséért folytatnak. A jelenlegi gyakorlat nem fenntartható, az elkerülhető veszteségek finanszírozásának forrásai országos szinten elapadtak. A budapesti ellátási versenyben való helytállás kényszerítő ereje fokozódik annak következtében, hogy a regionális kapacitás-koordináció folyamatosan az egészségpolitikai prioritások között szerepel.

A 2003 márciusa óta folyó konszolidációs és stratégiafejlesztési munkálatok már eddig is számos eredményt hoztak. Ezek az eredmények megmutatkoznak a Semmelweis Egyetem szervezetének és irányítási rendszerének fejlődésében, amelyet jól reprezentál a Stratégiai és Működésfejlesztési Főigazgatóság gyors intézményesülése. A kódkoordinációs szervezet felállítása és céltudatos megvalósítása éves szinten mintegy 600 MFt többletbevételt eredményezett. E két kritikus lépés mellett a részprogramok is fontos eredményeket produkáltak.

5.3.1.1. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program keretei, és átfogó ütemezése

A megfogalmazott jövőkép elérésének érdekében átfogó Stratégiai és Működésfejlesztési Program indításáról döntött az egyetem vezetése. A Program alapdokumentuma e fejlesztési munka célkitűzéseit, kereteit, gyakorlati feladatait és folyamatát foglalja össze. Különös részletességgel került kifejtésre a Program 2003/04-es tanévre eső fázisa, amely az alapvető konszolidációs munka, a fejlesztések kereteinek megalapozása, és a „pilot" (bevezető kísérleti) programok megvalósításának jegyében telt.[79]

A Stratégiai és Működésfejlesztési Program:

- jól meghatározható, az alapműködés fejlesztésével foglalkozó vagy a normál működés keretein túlmutató feladatokkal;
- a feladatok elvégzésére pontosan rögzített határidőkkel;
- meghatározott erőforrásokkal;
- és a hagyományos szervezeti kereteken átnyúló projektszervezettel és felelősségi szerkezettel jellemezhető.

A Program során elérendő hosszú, közép és rövid távú egyetemi működés jellemzői:

0,5-1 éves távlatban az Egyetemről elmondható, hogy:

- elkészül az egyetem alaptevékenységekre vonatkozó stratégiai terve;
- a korszerűsített vezetői információs rendszer segítségével érvényes információkra, elemzésekre alapozott döntéshozatal és tervezés folyik;
- elkészül a 2004-es év költségvetési és OEP teljesítmény terve;
- korlátozott formában (klinikai teljesítmény-megállapodások, terv-tény beszámolók szintjéig, még nem kielégítő informatikai támogatással) működik a controlling rendszer;

- megszülettek a controlling rendszer bevezetését megalapozó döntések;
- a veszteséges klinikák, szervezeti egységek egyeztetett intézkedési terv alapján dolgoznak a válság leküzdésén;
- tudatos szervezeti kommunikáció folyik,
- az érvényes egyetemi, kari és tanszéki alapinformációk interneten hozzáférhetők;
- előállnak a döntéshozatalt és fejlesztéseket megalapozó alap adatbázisok (épület, életrajz, telefonkönyv stb.);
- a klinikai tömbök létrehozására irányuló megvalósíthatósági tanulmányok első verziója elkészül, ez tartalmazza a 2004-es irányítás, korszerűsítés döntés-előkészítését;
- az ebben foglalt előnyök és hátrányok ismeretében megalapozott döntés születik a klinikai irányítási koncepcióról;
- az integrált informatikai rendszer közbeszerzési kiírása megszületik, az eljárás az év vége felé döntéssel, és permentesen lezárul;
- a közbeszerzési feladatok hatékony ellátásának terve elkészül;
- a vezetők egységes informatikai munkacsoport felületen kommunikálnak, az iktatás elektronikus formában történik.

2-3 éves távlatokban terveink szerint elmondható, hogy:

- a válság mélypontján túljut az egyetem;
- szigorú intézkedési terv alapján a fenntartható működés feltételrendszerét intézményesíti;
- a fontosabb oktatási, kutatási és betegellátási stratégiai programok megvalósítása a szervezeti egységek szintjén folyamatosan zajlik,
- a stratégiai tervhez kötődő programok első eredményei (pl. új oktatóprogramok, regionális terv stb.) megmutatkoznak;
- az eddigi közérzetjavítás elsősorban nem anyagi előnyök biztosításával történik, ekkorra azonban érezhető javulás állhat be, a betegek és hallgatók elégedettsége érezhetően megnövekedik, ami a jelentkezések számában és a külföldi diákok esetében az egyetemen eltöltött időben is megmutatkozik;
- az egyetem szakmapolitikai „image”-e egyértelműen pozitív és egy dinamikus intézmény képe rajzolódik ki;

- beruházások indulnak, amelyek egy része a következő 2-3 év során befejeződik, és fokozatosan belépve javítják az egyetem működésének gazdaságosságát;
- a Kútvölgyi Klinikai Tömb megtartva VIP ellátó szerepét mintakórházzá fejlődik.

5-10 éves távlatban gondolkodva:

- kirajzolódnak a piacvezető szerep körvonalai;
- kiegyensúlyozott fenntartható gazdálkodás és működés jellemzi az egyetemet;
- stabil vezetés irányítja az ügyeket;
- a fontosabb stratégiai fejlesztések eredményei a hétköznapi működés részét képezik.

5.3.2. A Semmelweis Egyetem stratégiája

A konszolidációs és működésfejlesztési tevékenység elengedhetetlen eleme a jelenlegi egyetemi működés átgondolása. Az egyetem egész oktatási, kutatási és betegellátási tevékenységi metszete a különböző szakterületeket tekintve azonban olyan méretű, hogy nem lehetséges egyes programok indításakor egyenként, a különálló programok esetében akár egymással is ellentmondásban lévő vagy versenyző részcéljainak eseti összehangolásával stratégiát alkotni. Mindenképpen szükséges, hogy az egyes szakterületek felelősei megalkossák a szakterületük, illetve a felelősségi körük alá tartozó szervezeti egységek stratégiáját.

A stratégiai célok tartalmi átgondolása mellett azonban érvényesülniük kell a megvalósíthatóság feltételeinek is, a stratégiának a prioritások felállításán túl ezekre is ki kell terjednie, azaz olyan kérdésekre is választ kell adni, mint hogy:

- milyen erőforrások (humán, infrastruktúra, anyagi, információs) felhasználásával valósulnak meg a szervezeti egységek tevékenységei?
- milyen eszközökkel, milyen infrastrukturális keretek között, milyen épületekben kerül sor az új oktatóprogramok (klinikai, diagnosztikai, kutató stb.) indítására?
- milyen forrásokat használunk az új tevékenységek (klinikai eljárások stb.) kifejlesztéshez, és milyen forrásokat veszünk igénybe például a szükséges diagnosztikai, sport stb. eszközök beszerzéséhez (magántőke bevonása, stratégiai pályázatok stb.)?

A stratégiaalkotást a jelenlegi működési-gazdálkodási helyzetben több tényező meghatározottságában kell végezni:

- a döntések meghozatalát nem lehet a konszolidációs válságkezelési munka esetlegességének alárendelni, annak ellenére sem, hogy a konszolidációs és működésfejlesztési munka az egyik első számú egyetemi stratégiai prioritás;
- a működésfejlesztés szükségszerűségeinek, valamint a hatékony szervezeti működés kialakításának megfelelően kell alakítani az egyetem erőforrásainak (infrastruktúra – beleértve az előkészítés alatt álló fejlesztéseket, humán erőforrások, eszköz, anyagiak) felhasználását, tehát a működésfejlesztés során feltárt ellentmondásokat az alapműködés szintjén kell korrigálni.

A működésfejlesztési innovációk meg kell, hogy határozzák a stratégiaalkotást. A Semmelweis Egyetem szerteágazó tevékenysége és a szakterületek változatossága miatt a tervezőmunka csak a napi szakmai munkát végző egyetemi kollégák bevonásával, aktív részvételével lehetséges. Az ő módszertani támogatásuk a szervezetfejlesztés más ágazatokban bevett gyakorlata mentén megoldható.

Mindezekből következik, hogy szükség van egy tartalmi stratégiai összefoglalóra, amely szakterületek, és tevékenységek szerinti bontásban feldolgozva tartalmazza az egyetem alap és fejlesztési tevékenységeit, azok módszereit, továbbá a szükséges idő és erőforrás kereteket.

Az általános stratégia célok és keretrendszer ismertetésén túl minden intézkedés és program felsorolása meghaladja egy ilyen értekezés mennyiségi kereteit, ezért a következőkben mindössze ezek összefoglalására hagyatkozhatok.

5.3.3. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program áttekintése, programbeosztás

A Stratégiai és Működésfejlesztési Program az alábbi projektből áll (a programbeosztás a program első fázisának tekinthető Konszolidációs és Stratégiai Program kereteinek felhasználásával és megújításával készült).

1. projekt: OEP bevétel növelésének fenntartása és szervezetének intézményesítése, controlling rendszerhez csatolása (korábban *„Gyors gazdálkodási eredményjavítás – OEP bevételnövelés”* projekt);
2. projekt: pénzügyi konszolidáció, 2003. évi költségcsökkentés (korábban *„Gyors gazdálkodási eredményjavítás – Kiadáscsökkentés”* projekt);

3. projekt: controlling rendszer kialakítása, vezetői információs rendszer fejlesztése (a két korábbi projekt értelemszerű integrációjával);
4. projekt: működéskorszerűsítés (a korábbi *„Irányítási rendszer fejlesztése”* projektet integrálva);
5. projekt: Integrált Klinikai Működésfejlesztési Projekt (Kútvölgyi Fázis),
6. projekt: keretprojekt – az egyetem stratégiai kezdeményezései.

A programban felvázolt tevékenységek egymással szoros szakmai, szervezeti és sokszor szekvenciális összefüggésben állnak, tehát az annak keretében végzett tevékenységek nehezen elkülöníthetőek. A bevételnöveléssel és költségcsökkentéssel kapcsolatos gazdálkodási eredmények elérését célzó részprogramok elkülönülten történő kezelésére a mielőbbi konszolidáció, és későbbi átfogó szervezetalakítási lépések legitimitásának megalapozása érdekében van szükség.

5.3.4. A Stratégiai és Működésfejlesztési Program projektjeinek részletes ismertetése

1. projekt: OEP bevételnövelés fenntartása és szervezetének intézményesítése, controlling rendszerhez csatolása

A projekt célja:

- az első fázisban az egyetem által végzett betegellátó tevékenységek OEP finanszírozásból eredő hatékonyságnövelésének fenntartása, illetve esetlegesen annak tovább növelése;
- a teljesítmény-elemzésekre épített Klinikai Stratégiai Konzultációk koordinatív szerepén keresztül a jó teljesítmények fenntarthatóvá tétele, a teljesítménynövelés biztosítása;
- az OEP bevétel tervezésének alapját képező teljesítmény-tervezés becsatolása a tervezési-controlling rendszer fejlesztésébe;
- az egyetem gyógyító-megelőző ellátásainak hiánypótló, korszerűsítési intézkedései.

A projekt keretében az oktatási és kutatási tevékenység bevétel növelési lehetőségeinek feltárására nem kerül sor.

2. projekt: pénzügyi konszolidáció, 2003. évi költségcsökkentés, stratégiai audit, adatbázisok pótlása

A projekt célja:

- az egyetem működési költségeinek jelentős mértékű csökkentése, a rövidtávon realizálható költségcsökkentési lehetőségek feltárása révén;
- az egyetem pénzügyi konszolidációja;
- az egyetem stratégiai fejlesztéseihez, stratégiai döntéshozatalhoz szükséges adatbázisok pótlása;

Jelen projekt számos működéskorszerűsítési elemet tartalmaz, amelyek főleg gazdasági elemeket hordoznak. Az alapvetően orvos-szakmai elemeket tartalmazó működésfejlesztési teendőket a működésfejlesztési projektbe soroltuk.

Az OEP bevételnövelés intézményesítése, a 2003-as költségcsökkentési projektek sikeressége kulcsfontosságú lehet a teljes Stratégiai és Működésfejlesztési Program szempontjából. Egyfelől a korábbi eredmények bizonyítják, hogy ez az a terület, ahol viszonylag gyorsan komoly javulást lehet elérni a gazdálkodási eredményekben, másfelől az erőfeszítéseket koordináló intézkedési tervek sikeres megvalósításától egyenes út vezet egy új típusú klinikai vezetés intézményesüléséhez.

A projektek példaértékűek lehetnek a tekintetben is, hogy más projekteket miként kell megvalósítani, és azok miként járulnak hozzá végső soron az egyetem működésének korszerűbbé tételéhez. Ennek érdekében a projektek megvalósításakor a következő **alapelveket** célszerű figyelembe venni:

- gyors, kézzelfogható eredményt hozó kezdeményezések gyűjteményét kell összeállítani;

- szélesebb egyetemi együttműködésre kell építeni a projekteket, a napi adminisztratív munka változtatásával és a munkatársak bevonásával;

- önfenntartó kezdeményezéseket kell indítani: a kezdeményezések termeljék ki és – az eredményeket fenntartva – teremtsék meg a működésükhöz, illetve az ösztönzéshez szükséges forrásokat;

- fenntartható kezdeményezéseket kell indítani: az elért eredmények a projekt befejeztével ne semmisüljenek meg, a szervezet legyen képes azt saját erőforrásaiból folyamatosan reprodukálni;

- a kezdeményezések alanyai ne kényszerként, vagy újabb adminisztratív teherként, hanem támogató, és **a mindennapi munkát megkönnyítő** szolgáltatásként éljék meg az eredményeket és a megvalósítás folyamatát, éppen ezért a megvalósítás során nem szabad magukra hagyni a változtatáson dolgozó szakembereket és teameket;
- az eredmények lehetőleg legyenek **számszerűsíthetőek**, bizonyíthatóak, és képezzenek alapot a szakmai és szervezeti stratégiai fejlesztési döntéseinek meghozatalához;
- az eredmények legyenek jól **kommunikálhatóak**, rendszeres és céltudatos kommunikációval felhasználhatóak a további fejlesztési lépések hitelességének megalapozásához.

3. projekt: controlling rendszer kialakítása, vezető információs rendszer fejlesztése

A projekt célja:

- egységes, egyetemi szintű, az üzemgazdasági és pénzforgalmi szemléletet ötvöző controlling rendszer koncepcionális kialakítása és informatikai megvalósítása, amely átláthatóvá, hatékonyabbá teszi és megalapozza a tervezhető, felelős gazdálkodást, biztosítja a megfelelő gyorsaságú, megalapozott döntéshozatalt, és az eddiginél intenzívebb együttműködést, kommunikációt biztosít az egyetemi központ, a karok és az operatív egységek között;
- 2003 végére a 2004-es egyetemi költségvetési javaslat összeállítása;
- felelős, rugalmas, gyors döntéshozatalhoz szükséges beszámolórendszer kidolgozása.

4. projekt: működéskorszerűsítés, az irányítási rendszer fejlesztése

A projekt célja:

- a működéskorszerűsítés célja az, hogy a kialakított irányítási alapelvek mentén, a hatékonyság fejlesztésére tett erőfeszítések során feltárt lehetőségeket következetesen kihasználja, és végrehajtsa az ehhez szükséges szervezetalakítási, folyamatszervezési és informatikai feladatokat;
- az egyetem jövőképének, küldetésének és stratégiai alapelveinek, valamint egységes irányítási rendszerének kidolgozása, illetve továbbfejlesztése. Az irányítási rendszer révén olyan szervezeti és működési keretek kialakítása, amely

képes a gazdálkodási eredményeket javító intézkedések tartóssá tételére, önerőből történő továbbvitelére, és az egyetem fejlődési pályára állítására;

- megalapozni az egyetem proaktív részvételét saját jövőjének alakításában, és megalapozni az egészségpolitikai környezet befolyásolásának stratégiai képességét;
- az egyetem oktatási stratégiájának felállítása, az oktatási stratégiához szükséges döntések előkészítése (hazai és nemzetközi oktatási szolgáltatásfejlesztési stratégia, tantervi reform, oktatói értékelési rendszer, hallgatói megelégedettség);
- az egyetem betegellátási stratégiájának felállítása, az ehhez szükséges döntések előkészítése (hazai és nemzetközi oktatási szolgáltatásfejlesztési stratégia, beteg-megelégedettség);
- az egyetem kutatási stratégiájának felállítása, és az ehhez szükséges döntések előkészítése.

5. projekt: Integrált Klinikai Működésfejlesztési Projekt (Kútvölgyi Mintakórház Projekt)

A projekt célja:

- részletes működéskorszerűsítési program végrehajtása pilot projekt formájában néhány kiválasztott szervezetnél; olyan mátrix program, amelyben a SMP legtöbb eleme integrált formában kerül kidolgozásra és megvalósításra;
- első fázisban a Kútvölgyi Klinikai Tömb mintakórházként történő működtetésének kialakítása.

6. projekt: keretprojekt – az egyetem stratégiai kezdeményezései

Az egyetem Stratégiai és Működésfejlesztési Programjának lehetőséget kell biztosítania arra, hogy a bemutatott projektek mellett minden olyan stratégiai kezdeményezés véghezvihető legyen, amely az egyetem stratégiai céljait szolgálja, és a rendelkezésre álló vagy bevonható erőforrásokkal megvalósítható.

E kezdeményezések a programmenedzsment által központilag összefogott tervezési és megvalósítási folyamatban valósulhatnak meg. A stratégiai kezdeményezések a programot felügyelő Rektori Stratégiai Értekezlet és a rektor felkérése alapján válhatnak a konszolidációs programba illeszkedő projektté. Az általuk javasolt, és a rektor által felkért (kinevezett) projektvezetők az akadémiai vezetők köréből szerveződnek, és a mellékük rendelt adminisztratív kapacitások és csapatok

végzik a tervezés, megvalósítás munkálatait. A projektek csak az átfogó Stratégiai és Működésfejlesztési Programba, és annak projektrendszeréhez illeszkedve hajthatóak végre.

A jelenlegi stratégiai kezdeményezések a következők:

- regionális stratégiafejlesztés (1. lépés: pontos módszertan kidolgozása a regionális kapacitástervek elkészítéséhez, továbbá szoros, operatív kapcsolat kialakítása a Központi Régió tulajdonosaival és szolgáltatóival);
- a stratégiát támogató PR, marketing és kommunikáció fejlesztése;
- elektronikus egyetem;
- EEK (Elektronikus Egyetemi Közösség) hallgatói és dolgozói szolgáltatásfejlesztés;
- új egyetemi honlap és tartalomfejlesztési hálózat kialakítása (beleértve a tantervtámogatást);
- felkészülés E-content pályázatra;
- E-egészségügy, egészségpolitika, stb.

Infrastruktúra fejlesztési, PPP Programok:

- wellness;
- Oktatási Centrum;
- zágrábi kollégium;
- Evangélikus Egyház.

Pályázati iroda, forrásteremtés fejlesztése:

- forrástérkép;
- pályázati alapinformációk, eljárásrendek kidolgozása;
- elektronikus életrajzi kataszter felállítása.

Felkészülés az EU integrációra:

- egyetemi Európa nap;
- integrációs cheklist készítése.

A 2003-ban elkezdődött stratégiai fontosságú konszolidációs, és működésfejlesztési program rövid áttekintésével megfogalmazódott az a keretrendszer, amely meghatározta az ezt követő hat év működését. A következő fejezetekben ezen időszak néhány olyan emblematikus intézkedését emeltem ki, amelyek alkalmasak arra, hogy az elméleti áttekintésben tárgyalt analitikai, elemző módszerek hatékonyságára kellőképpen meggyőző példát nyújtsanak.

5.4. Belső struktúrákat érintő változtatási intézkedések

A szervezeti struktúrák és változtatás-menedzsment elméleti áttekintést követően a Semmelweis Egyetem konszolidációja után kiválasztottam néhány olyan intézkedést, illetve intézkedési csomagot, amelyek jól szemléltetik azokat a sikereket, illetve kudarcokat, amelyeket intézkedéseim során megéltem. Ezen projektek tapasztalatai is alkalmasak arra, hogy mások számára általánosított példaként szerephez jussanak a vezetői gyakorlat átadásában.

5.4.1. Út a klinikai vizsgálatoktól a klinikai hatékonyságjavító intézkedésekig

Tudományos tevékenységem során igyekeztem ötvözni a gyakorló, kutatásokat végző orvos által megszerzett tapasztalatokat a menedzsment napi működésében hasznosítható tudással. Korábbi vizsgálataim során számos olyan programban vettem részt, melyben a klinikai-élettani, és klinikai-laboratóriumi vizsgálatok játszottak főszerepet. Ezekben a vizsgálatokban olyan összefüggések váltak előttem ismertté, melyek elemi erejű felismerésekhez vezettek a nagy szervezetek irányításában. De miképpen értelmezhető az út a klinikai rendszer megközelítést követelő vizsgálatoktól a makro rendszerek irányításáig?

Dr. Csermely Péter, a rendszerbiológia és a biológiai hálózatok világszerte elismert szakértője szerint, egy gazdasági világválság közepén érdemes olyan válságmegoldó minták után nézni, amelyek életrevalóságukat az evolúció során már válságok millióin keresztül bizonyították.[80] Elfogadva ezt a megállapítást, és párhuzamot vonva saját kutatásaimmal elmondhatom, hogy az általam elvégzett és közölt klinikai vizsgálatok során az ember, mint szervezet sejtszintű tevékenységeinek vizsgálatától, az ember különálló szervrendszereinek vizsgálatán át tapasztalatot szereztem a teljes emberi szervezet működéséről. Ahogyan Csermely és munkatársai a

világ szakirodalmi trendjeinek megfelelően párhuzamot vontak a biológiai hálózatok és a társadalmakat felépítő gazdasági és szociokulturális hálózatok között[81], úgy ennek analógiájára sikerült elemzéseimben strukturálni az innovatív menedzsment folyamataim kimunkálását a sejttől a teljes szervezetig. A sejt részműködéseinek vizsgálatától (Na-Li countertransport), a szervrendszerek vizsgálatán keresztül (kardiovaszkuláris rendszer paraméterei, csontok denzitása) jutunk el a szervezet teljes működési anomáliáihoz, és fogalmazódnak meg bennünk a teljes szervezet hibás működésével kapcsolatos teendők.

Példaként emelném ki a művesekezelés alatt álló krónikus vesebeteg gyermekeknél végzett vizsgálatainkat, melyek során az akkor újszerű vizsgálati módszerrel, impedancia kardiográfiával határoztuk meg a keringési rendszerre jellemző főbb paraméterek változásait, hemodialízis során. A folyamatos kardiovaszkuláris monitorozás, a mellkasi impedancia mérésén keresztül, a dialízis során az adaptációs folyamat jobb megértését és kontrollját biztosította. Egy újszerű technikai megoldás révén lehetővé vált tehát, hogy az egyébként ismert és kontrollált dialízis során a szervezet válaszait, kardiovaszkuláris folyamatait jobban megértsük, miután leírtuk a szervezet víztereinek külső beavatkozás hatására létrejövő változásai. Mindezt kombinálva a Na^+/K^+-ATPáz aktivitásának mérésével komplex szervezeti folyamatanalízist kaptunk.

Fentiekkel párhuzamot vonva, egy - közgazdasági értelemben vett - nagy szervezet működése nem irányítható anélkül, hogy egységei (szervei) működését alaposan ismernénk, és sikeres intézkedések sem tehetőek a szervezet alapműködéseinek elemzése nélkül (sejtszintű működés).

A világon egyre inkább terjedőben vannak azok az ideológiai irányzatok, amelyek a biológiai rendszerek működési formáiból, rendszeréből kiindulva próbálnak párhuzamot vonni a társadalmi jelenségekkel. Nem véletlen tehát, hogy Magyarország jelenlegi válsághelyzetében ismételten fókuszba került a biológiai és társadalmi rendszerek közötti kapcsolatban tapasztalt hasonlóságok kiaknázásának lehetősége.[82]

Ezt ismerte fel Dr. Sólyom László, a Magyar Köztársaság köztársasági elnöke is, amikor - többek között - a fentebb idézett, és a biológiai hálózatokat jól ismerő nemzetközi szakembert, dr. Csermely Pétert kérte fel arra, hogy vegyen részt az aktuális társadalmi válsághelyzet megoldására létrejött Bölcsek Tanácsának munkájában.

Összefoglalásként tehát megállapítható, hogy a biológiai rendszerek folyamatai, azok anomáliái, és a külső beavatkozásokra adott válaszai relevánsak lehetnek a társadalmi szervezetek hasonló típusú folyamatainak elemzésével.

Fentiek alátámasztására álljon itt egy olyan klinikai hatékonyságot javító intézkedés, amelyen a fenti párhuzam szervezeti menedzsment-folyamatai jól végigkövethetőek.

A Semmelweis Egyetem történetének 2003 előtti időszakában számos klinikai diagnosztikai laboratórium működött. Hatékonyságuk, az infrastruktúra és az emberi erőforrások kihasználtsága messze elmaradt a szervezetben elérhető célértékektől.

Az egyetem vezetése egy olyan, centralizáción alapuló rendszer létrehozását tűzte ki célul, amelynek révén intézményünkben Magyarország legnagyobb, szakmailag egyik legelismertebb diagnosztikai laboratóriuma kezdheti meg működését. Természetesen ez a kérdés nem csak Magyarországon aktuális, hiszen a racionális szervezést a világ más tájain is élénk érdeklődés kíséri.[83]

Az egyetem egésze (analógia: a teljes emberi szervezet) számára a siker kritériumai: a hatékonyság, a szervezettség és a minőségi működés. Ez természetesen csak úgy valósulhat meg, ha az egyetem szervezeti egységeinek, a laboratóriumainak és klinikai betegellátó egységeinek megelégedésével, azok intakt működésével történik (analógia: az emberi test szervrendszerei). Természetesen, - az emberi test működéséhez hasonlóan - és az alulról építkezésnek megfelelően egészséges/funkcionális működés elképzelhetetlen a sejtek, jelen esetben a betegek és laboratóriumok harmonikus, intakt működése nélkül.

Az alkalmazott menedzsmenteszközök - a fenti párhuzamot követve - tehát csak úgy válhattak sikeressé, ha az átalakításra nem csak részegységek szintjén került sor, hanem mind vertikálisan, mind pedig horizontálisan megtörténtek azok a beavatkozások, intézkedések, amelyek egy jobb, hatékonyabb, magasabb minőségű laboratóriumi ellátás alapjait rakták le.

5.4.2. Szervezeti struktúra kialakítása

A szervezeti struktúra átalakítása hosszadalmas folyamat, amely az egyetem számos területére kiterjedt. Ennek részletes ismertetése meghaladja a jelen értekezés terjedelmi korlátait, ezért itt csak ezen intézkedések rövid említésére szorítkozhatok.

Ma már talán közhelynek számít annak kijelentése, hogy a felsőoktatás (és ezen túl a teljes közszféra is) Magyarországon válságban van.[84] De mit is jelent ez valójában? Mi is van tulajdonképpen válságban? A külső környezet? Mindenképpen. Hiszen jelen pillanatban sem a gazdasági működőképesség, sem pedig a biztos törvényi háttér nem adott a kiegyensúlyozott, minőségi és fenntartható magyar felsőoktatáshoz. A külső gazdasági szabályzók évről évre, vagy inkább hónapról hónapra változnak. A törvényi szabályozás, amely a megfelelő színvonalú működéshez szükséges hátteret lenne hivatott biztosítani - különösen az orvostudományi képzést folytató egyetemek esetében - bizonytalan és folyamatosan változó. A rendszerváltozás időszakában az országgyűlés egy új felsőoktatási törvényt fogadott el[85], amelyet 2006. március 1-i hatálybalépéssel a parlament egy annak koncepciójától alapvetően eltérő új törvényre[86] cserélt fel. Miért is fontos ez most számunkra jelen disszertáció keretei között?

2003-ban, amely év jelen dolgozat esetében sarokpontnak tekinthető, 1993. évi LXXX törvény - a felsőoktatásról - volt hatályban, tehát a konszolidáció folyamatát ennek alapján kellett megkezdeni. 2006-ben lépett hatályba az új felsőoktatási törvény (2005. évi CXXXIX. tv.), amely alapvetően ugyan csak formálisan, részleteiben mégis jelentősen átalakította (volna) a felsőoktatási intézmények irányítási szerkezetét. És itt jutottunk el ahhoz az óriási dilemmához, hogy lehet-e egy felsőoktatási intézményt közintézményi formában hatékonyan működetni, avagy a hatékonyságnak tényleg kulcsa-e a vállalkozói működtetés? Anélkül, hogy politikai síkra terelném ezt a gondolatmenetet, érdemes néhány szempontot ütköztetni annak érdekében, hogy a dolgozat célját tekintve eredményes lehessek.

Az egyetemek esetében régóta megfogalmazott elvárás volt a működés hatékonyabbá tétele.[87] A Semmelweis Egyetem konszolidációs programjában célul kitűzött elvárás szerint kialakított új szervezeti-működési rendet a 2. sz. melléklet szemlélteti. Alapvető változás volt a korábbiakhoz képest, hogy az egyetem versenyhelyzetének növelése érdekében az akadémiai irányítás mellett egy jelentősen gyorsabb adaptációra képes menedzsment jött létre. Ez utóbbi feladata volt a nem akadémiai jellegű tevékenységek irányítása, és más hasonló jellegű problémák képviselete a külső környezet szereplőinek irányába.

Az intézményi létnek számos olyan eleme ismert, amely alapvetően befolyásolja annak mindennapjait. Az akadémiai működés szempontjából például látszólag kevésbé

fontos területet jelent a közbeszerzések eljárási rendje, ha viszont az egyetem összköltségvetéséhez viszonyítjuk, óriási értékről van szó. A konszolidációs program megkezdésekor hatályos közbeszerzési törvény[88] paragrafusai csak ideig-óráig nyújtottak védelmet az egyetem számára. A Magyarország Európai Uniós csatlakozásakor hatályba lépett új törvény[89] azonban már biztosította azt a szabályozási hátteret, amely alapján a belső folyamatokat hosszabb távon is átláthatóbbá, racionálisabbá, és hatékonyabbá lehetett tenni. Erre támaszkodva készült el az egyetem új közbeszerzési modellje, amely azóta számos magyarországi felsőoktatási intézmény érdeklődését is felkeltette.

Az új működési modell szerint a közbeszerzéssel kapcsolatos stratégiai döntéseket a teljes mértékben transzparensen működő Állandó Közbeszerzési Bizottság gyakorolja, amely döntéseiért abszolút felelősséggel tartozik. Az új rendszer kialakításával a transzparencia jelentősen javult, az egyetem számára realizálható hatékonyság pedig érezhetően fokozódott.

Az új felsőoktatási törvény a korábbival ellentétben kötelező jelleggel írta elő az intézmények számára az Intézményfejlesztési Terv megalkotását, amely egyetemünkön széles konszenzuson alapulva jött létre, 5 évre előre rögzítve a Küldetésnyilatkozatban megfogalmazott céloknak megfelelő intézkedéseket. A dokumentum külön fejezetben foglalkozik az egyetem számára is kitörési pontot jelentő nemzetközi kapcsolatokkal, valamint az elkövetkezendő időszak stratégiai fontosságú területével a K+F-el, és az innovációval.[90, 91]

Az új felsőoktatási törvény biztosította a gazdasági társaságok létrehozásának lehetőségét is az egyetemek számára. A Semmelweis Egyetem élve a törvény adta jogával, számos (mintegy 10) ilyen típusú korlátolt felelősségű társaságot hozott létre, amely intézkedéssel, - ezt nyugodtan kijelenthetjük - e téren Magyarország leginnovatívabb egyetemeként az élen jár. Nem mellesleg érdemes még azt is megjegyezni, hogy ezen társaságok a törvényben előírt 3 éven belül képesek voltak/lesznek nyereségessé válni.

Annak igazolására, hogy összességében a strukturális reformok önmagukban nem sokat jelentenek, a következő fejezetekben néhány olyan intézkedés és projekt kiemelésével igyekszem szemléltetni azt, hogy egy új szervezeti szerkezetben miként lehet hatékony projekteket létrehozni és sikerre vinni.

Jelen fejezet jól mutatja azon szervezeti változtatási intézkedéseket, illetve lehetőségeket, amelyek képesek jelentősen befolyásolni a szervezet működését. A korábbi fejezetekben ismertetett Scott modell segítségével az intézkedések és azok támadáspontjai besorolhatók. Ezen besorolások nagymértékben segítik a változtatást kivitelezők helyzetét, hiszen a strukturált beavatkozások sikerének esélye jelentősen magasabb.

5.4.3. Gyógyszergazdálkodás

A Semmelweis Egyetem működésében kiemelt jelentősége van a klinikai gyógyszerellátásnak, továbbá hasonlóan fontos terület az ipari partnerekkel közösen végzett K+F tevékenység is. Az egészségügyben fokozottan igaz a közgazdaságtan azon alapelve, mely szerint szűkös erőforrások rendelkezésre állása esetén kiemelt jelentősége van az olyan folyamatok bevezetésének, melyek elősegítik a racionális gyógyszerfelhasználást a fekvőbeteg ellátó intézményekben.

Az intézeti, kórházi gyógyszerellátás hazai sajátossági közül kiemelendő, hogy kevésbé reagál érzékenyen a járóbeteg-ellátásban generált versenyre, a társadalombiztosítás támogatásváltozásaira. Ennek oka, hogy a gyógyszerfelhasználást legnagyobb volumenben olyan készítmények teszik ki (citosztatikumok, intravénás antibiotikumok, vérkészítmények, anesztetikumok stb.), amelyeknek értelemszerűen nincs, vagy nem jelentős a járóbeteg ellátásban történő felhasználása.

A finanszírozás szempontjából lényegi eltérés, hogy a kórházakban az egészségbiztosító - néhány kivételtől eltekintve - nem közvetlenül finanszírozza a gyógyszerfelhasználást, hanem közvetetten, a HBCS-n keresztül.

A hazai jogi szabályozás (2006. évi XCVIII. törvény; 41/2007 EüM rendelet) előírja, hogy a fekvőbeteg gyógyintézetben a gyógyító-megelőző tevékenység folytatása során biztosítani kell a beteg számára a gyógykezeléséhez szükséges, és Magyarországon alkalmazható gyógyszerekhez történő hozzáférést. [92, 93]

A Semmelweis Egyetemen végrehajtott változtatások során mindig a hatályos rendelkezések szem előtt tartásával próbáltuk meg a gyógyszerellátást racionalizálni.

A már említett rendelet tényszerűen felsorolja az intézetvezető főgyógyszerész, valamint az Intézeti Gyógyszerterápiás Bizottság (IGYB) feladatait. Az intézeti gyógyszerellátás egyes területeit számtalan jogszabály szabályozza, sajnos sok esetben

egyes területeken nem a hatékonyság irányába mutatóan (pl.: gyógyszerközbeszerzés), vagy ellentmondásosan (pl.: beteg által behozott gyógyszerek kérdése).

A 41/2007-es EüM rendelet további sajátossága, hogy a súlyponti kórházak kivételével minden más kórháznak lehetősége van más intézeti gyógyszertárral szerződést kötni a gyógyszerellátás biztosítására. Az egészségügyben elterjedőben van az a gyakorlat, hogy egyes kórházak a kórházi gyógyszerellátást működtetésbe adják. Az elmúlt években egymás után jelentek meg olyan közbeszerzések, melyek nem csak a gyógyszer beszerzésére, hanem a teljes kórházi gyógyszerellátási rendszer megszervezésére, működtetésbe adására írtak ki.

Az egyetem számára egészségpolitikai kérdés volt, hogy milyen mértékben vesz részt ilyen, és ehhez hasonló privatizációs ügyletekben. Az átalakítást célzó intézkedéseknek, és jelen dolgozat szerzőjének célja is az volt, hogy megmutassa, miként lehet a jelenlegi állami egyetemi rendszeren belül hatékonnyá tenni a gyógyszergazdálkodást anélkül, hogy alapvető strukturális kérdésekhez hozzá kellene nyúlni.

Az intézeti gyógyszerellátás jelenlegi helyzetét, nehézségeit foglalja össze az Állami Számvevőszék 0707 számú, az állami és önkormányzati kórházak gyógyszergazdálkodásának elemzéséről írt jelentése, melynek releváns pontjai a Kórház c. lap 2007. szeptemberi számában, és az Állami Számvevőszék vizsgálatában is megjelentek.[94, 95]

Ha a nemzetközi - jellemzően észak-amerikai, nyugat-európai - kórházi gyógyszerellátási gyakorlatot hasonlítjuk össze a hazaival, a következő alapvető megállapításokat tehetjük. Magyarországon jellemzően a kórházi gyógyszerészek munkakörét egyelőre a gyógyszerbeszerzések intézése, és a gyógyszerellátás biztosítása jelenti, ugyanakkor egyre jellemzőbb annak a nyugati tendenciának terjedése, hogy a gyógyszerészek klinikai, osztályos tevékenységként részt vesznek a viziteken, személyesen segítik a terápiaválasztást, monitorozzák a betegek gyógyszerterápiáját, elkészítik a beteg gyógyszer-anamnézisét, elbocsátás előtt tájékoztatást adnak a gyógyszeres terápiával, a gyógyszerek mellékhatásaival, kölcsönhatásaival kapcsolatosan.

A kórházi gyógyszergazdálkodás fejlesztését technikai eszközök is nagymértékben segítik. Az informatikai rendszerek mellett korszerű (intézeti

gyógyszertári-osztályos) raktározási technikák, és széles körben használt *unit-dose* rendszerek állnak a szakemberek rendelkezésére, amelyek lehetővé teszik a gyógyszerek felhasználásának nyomon követését az ellátás során.

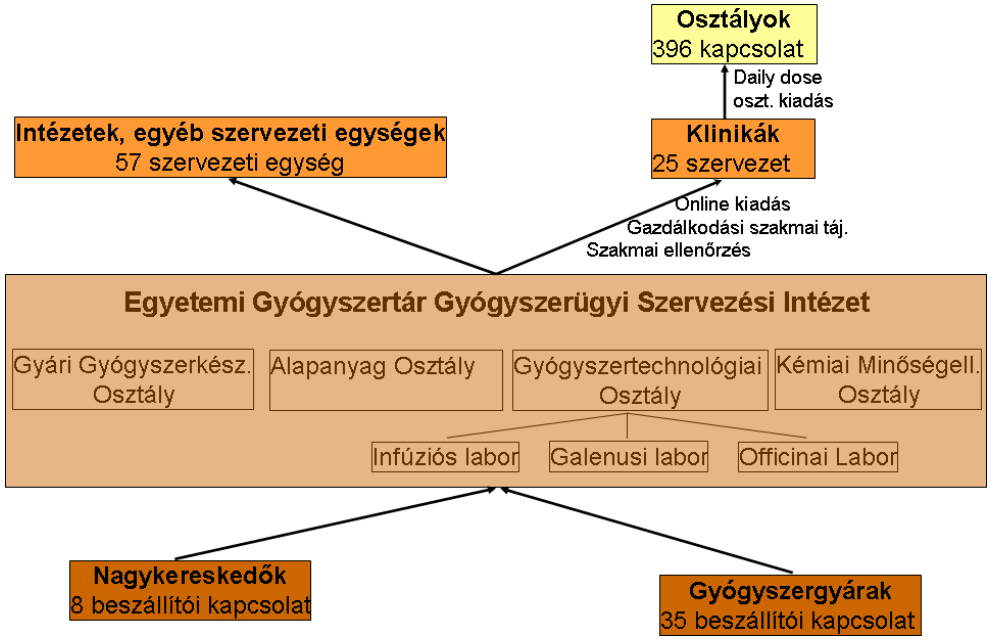
Általában nagy hangsúlyt fektetnek a kórházi gyógyszerellátás egyes indikátorainak figyelemmel kísérésére, ezek közül a gyógyszerelési problémák felmérését, megoldását kell kiemelnünk. A kórházi, klinikai gyógyszerészek ezirányú tevékenységének eredményességét olyan felmérések eredményei támasztják alá, amelyek szerint az osztályos klinikai gyógyszerészek számával arányosan csökken a gyógyszerelési problémák, gyógyszerelési hibák száma.[96]

Tevékenységünk során a WHO gyógyszerterápiás bizottságokra és a racionális kórházi gyógyszergazdálkodásra vonatkozó főbb megállapításait tartottuk szem előtt.[97] Racionális gyógyszerfelhasználáson definíciószerűen a következőket értjük: „*A beteg részére a klinikai szükségleteinek megfelelő gyógyszert, egyéni szükségleteinek megfelelő adagolásban (helyes dózis, frekvencia, időtartam) szükséges biztosítani. A gyógyszer megfelelő minőségben, állandóan elérhetően, a beteg és a társadalom számára legkedvezőbb költséggel álljon rendelkezésre.*" Ennek megvalósulását azonban a terápia megválasztása (a gyógyszerfelírás), illetve a gyógyszerellátás során észlelhető hiányosságok egyaránt korlátozzák.

A racionális gyógyszerfelhasználás kulcsa, hogy az intézményben álljon rendelkezésre egy, az intézmény lehetőségeihez mérten minőségi és költséghatékony gyógyszerellátást biztosító alaplista. Egyetemünk életében újdonság volt az, hogy olyan központilag koordinált gyógyszer alaplista jött létre, amelyet a különböző szakterületek képviselői konszenzus útján alakítottak ki. Alapelvként azt határoztuk meg, hogy az alaplistán a gyakori betegségek megfelelő evidenciával rendelkező gyógyszerei nemzetközi szabadnév megjelöléssel szerepeljenek. Ilyen fontos alapelvként került kimondásra az is, hogy az analógok között összehasonlító elemzéseket kell végezni, amelyekben a kezelés teljes költségét módosító tényezőket (pl.: a többszöri beadásból eredő injekciós tű, munkabér stb.) is figyelembe kell venni. Az egyetemi gyógyszergazdálkodást feldolgozó tanulmányainkban részletesen foglalkoztunk ennek szakmai elemzésével is, amelynek ismertetésétől – tekintve, hogy jelen dolgozat kereteit meghaladja (pl. Naranjo teszt[98]) - kénytelen vagyok eltekinteni.

5.4.3.1. A Semmelweis Egyetem gyógyszerellátási helyzetének bemutatása

A Semmelweis Egyetem gyógyszerellátásának megszervezése a Gyógyszerésztudományi Karhoz tartozó Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézetének (EGYGYSZI) feladata. Az egyetem gyógyszerellátása hármas szintű tagozódást mutat: Egyetemi Gyógyszertár, klinikai gyógyszerszobák, klinikai gyógyszerellátó osztályok. Az EGYGYSZI heti rendszerességgel ún. nagyrendelésekkel, és napi statim gyógyszerkiszállításokkal látja el a klinikákat. Az Egyetemen jelenleg 17 klinikán, (a Szemészeti Klinika esetében mindkét telephelyen) működik gyógyszerszoba. A Kútvölgyi Tömbben elhelyezkedő klinikákon nincs gyógyszerszoba, és a Fogorvostudományi Karhoz tartozó klinikák közül is csak az Arc-Állcsont-Szájsebészeti és Fogászati Klinikán van. Az egyetem gyógyszerellátásának struktúráját az **15. ábra** szemlélteti.



15. ábra: a Semmelweis Egyetem gyógyszerellátási kapcsolatrendszere

A gyógyszerellátást mindössze 7 klinikán koordinálja gyógyszerész. A klinikák többségének esetében a gyógyszerszobából napi-heti rendszerességgel kerülnek fel a klinikai osztályokra a gyógyszerek, ahol azok kiosztását nővérek végzik. Négy klinikán működik az ún. *unit* vagy *daily dose* gyógyszerelosztási rendszer.

5.4.3.2. Semmelweis Egyetem gyógyszerellátási hatékonyságának javítása

2003-ban az egyetem konszolidációs programjának keretében került sor a gyógyszerellátás helyzetének áttekintésére is. Ezt az indokolta, hogy az elemzések szerint a bérköltségek mellett a legnagyobb, és évről-évre dinamikusan 16-18%-kal emelkedő költséget a gyógyszerkiadás jelentette az egyetem számára. Az átalakítás szükségszerűségét az is alátámasztotta, hogy a gyógyszerellátás centralizált kontrollja nem valósult meg.

A változás célja az volt, hogy egy hatékonyabb, orvos-gyógyszerész szakmai szempontból jobban koordinált egyetemi gyógyszerellátás valósuljon meg, amelyben az adott folyamatok jól nyomon követhetőek, ellenőrizhetőek. A továbbiakban ezen változások közül a IGYB működésének megújulása, és az egyetemi gyógyszerbeszerzési elvek kialakításának folyamata kerül bemutatásra. E mellett az elmúlt években megvalósult egy új informatikai rendszer bevezetése, és a keretgazdálkodás is. Az egyetem kidolgozta a részletes gyógyszerellátási szabályzatokat, az adományok, rabattok centralizált elosztásának mechanizmusát, a klinikai gyógyszerfelelősökkel történő rendszeres szakmai kapcsolattartás csatornáit.

5.4.3.3. Semmelweis Egyetem Intézményi Gyógyszerterápiás Bizottságának tevékenysége

Az IGYB megalakulására 2004. március 1-jén került sor. A GYTB elnöki posztját nagy tekintélyű, elméleti, gyakorlati, és külföldi tapasztalatokkal egyaránt rendelkező orvos-professzor tölti be, társelnöke az EGYGYSZI igazgatója, akinek helyettese pedig titkárként vesz részt a bizottság munkájában. Az IGYB tagjai az egyes szakmai területek (aneszteziológia, sebészet, belgyógyászat, pulmonológia, onkológia, gyermekgyógyászat, neurológia, pszichiátria, szülészet-nőgyógyászat, transzplantológia) reprezentánsai. A 2007-ben megújított Bizottság kiegészült az egyetem stratégiai irányítását képviselő taggal, valamint a kórházhigiénéért és az antibiotikum politikáért felelős tagokkal, majd 2009-től tovább bővült az ápolókat képviselő delegálttal, aminek köszönhetően az IGYB összetételére vonatkozó WHO irányelvek végre maradéktalanul teljesülnek.

A transzparencia jegyében, minden IGYB tag nyilatkozott az esetleges gyógyszergyári kutatási érdekeltségeiről, és minden ülés jegyzőkönyve, valamint az

elemzések is elérhetőek az EGYGYSZI intranetes honlapján. Kiemelt hangsúlyt fektet a Bizottság a megfelelő tájékoztatásra és kommunikációra, ezért az egyes területekért felelős bizottsági tagok, egyben az adott területen a klinikák részéről az albizottságokba delegált munkacsoport elnökei is, ami által biztosítható az is, hogy egyes kérdésekben a klinikák konszenzusos véleménye jelenjen meg az IGYB-ben. A bizottság szoros kapcsolatot tart fenn a gyógyszerfelelős orvosokkal, az EGYGYSZI-vel közösen szervez tájékoztatókat, továbbképzéseket számukra. A Bizottság a nyári hónapok kivételével havonta ülésezik.

2004-es megalakulás óta az IGYB főbb feladatai, eredményei az alábbiak voltak:

- megalkotta, és folyamatosan karbantartja az egyetem teljes és szűkített alaplistáját;
- kidolgozta az alaplistára kerülés, illetve az onnan történő törlés feltételeit;
- kidolgozta, és állandóan felülvizsgálja a generikus és analóg helyettesítés lehetőségeit;
- kidolgozta, és folyamatosan frissíti a gyógyszertender kiírás szakmai elveit;
- megalkotta a Semmelweis Egyetem sürgősségi, életmentő listáját;
- folyamatosan elemzi az egyetem gyógyszer felhasználásának adatait, szükség esetén változtatásokat javasol a felhasználásra vonatkozóan;
- bizonyos időszakonként megtárgyalja az egyetem gyógyszerellátását érintő szakmai, gazdasági problémákat, és szükség esetén ezekre megoldási javaslatokat fogalmaz meg;
- meghatározott időközönként vizsgálja egyes területek HBCS bevételeinek és gyógyszerköltségeinek alakulását;
- kiemelt területként foglalkozik az egyetem onkológiai készítményeinek, valamint antibakteriális készítményeinek felhasználásával, a szakmai irányelvek alakulásával;
- hangsúlyt fektet az egyes klinikák gyógyszerekkel kapcsolatos problémáinak megoldására (helyettesítési-egyenértékűségi problémák, mellékhatások, gyógyszerelési problémák);
- az elmúlt időszak új feladataként elősegíti az egyetemi gyógyszerelési probléma jelentését, valamint a citosztatikus keverékinfúzió készítés, a biztonságos citosztatikus gyógyszerfelhasználás feltételrendszerének kialakítását;
- nemrég alakult klinikai gyógyszerellátási munkacsoportjával a klinikai gyógyszerellátási módszerek egységesítését, hatékonyságának javítását célozza;

- 2006-tól kezdődően az Intraneten elérhetővé tette a klinikák antibiotikum felhasználásának adatait a gyógyszerutilizációs módszerekkel történő további feldolgozáshoz;
- 2008. év harmadik negyedévétől klinikai bontású gyógyszer-felhasználási elemzéseket biztosít on-line.

Mindezek mellett azonban számos további, új megoldandó feladat vár még az IGYB-re, így például a már említett citosztatikus keverékinfúzió készítés OGYI irányelvben (OGYI-P-64-2007) megfogalmazott feltételeknek történő megfeleltetése, valamint az új biológiai terápiákat, és azok helyettesíthetőségi elveit figyelembe vevő szabályozás megalkotása, továbbá a klinikákon belüli eltérő gyógyszerellátási gyakorlat összehangolása.

5.4.3.4. A gyógyszerbeszerzés elveinek kidolgozása az Egyetemen

Az optimális gyógyszerellátás egyik alapfeltétele, hogy a gyógyszerbeszerzés szakmai és gazdaságossági szempontok szerint valósuljon meg. Különösképpen igaz ez egy olyan nagy, és összetett szervezetben, mint a Semmelweis Egyetem. Az egyre szűkösebbé váló finanszírozási környezetben kiemelten fontos feladat a gyógyszerbeszerzés teljes centralizációja, és az eddigi bázis-szemlélet mellett a szükséglet (igény) alapú felmérés megjelenítése.

A cél az volt, hogy igény alapú gyógyszerfelmérés útján olyan gyógyszerbeszerzési versenyt valósítsunk meg a beszállítók között, amely lehetővé teszi, hogy a gyógyszerek az addiginál kedvezőbb áron álljanak az egyetem rendelkezésére. Továbbá mindezen, beszerzésre vonatkozó alapelvek betartatása érdekében az EGYGYSZI a klinikai rendelésekben foglaltakat – szükség szerint - automatikusan helyettesíti, így érve el a tényleges költségmegtakarítást.

A két legfontosabb alapfeltétel, premissza, amelyek mentén dolgozni kellett, egyrészt a nem kifejezetten gyógyszerbeszerzések lebonyolítására megfogalmazott közbeszerzési jogszabályok betartása, másrészt az egyetemen rendelkezésre álló gyógyszerkeret betartásának biztosítása.

A gyógyszerbeszerzések kiírása most már évek óta több szervezet együttműködésével valósul meg. Az egyetem Stratégiai Működésfejlesztési és Igazgatásszervezési Főigazgatósága koordinálja a teljes folyamatot, a Közbeszerzési

Igazgatóság (később Semmelweis Beszerzési Kft.) a közbeszerzés lebonyolításáért, illetve a jogi teendőkért felel, az EGYGYSZI a tender gyógyszerész szakmai előkészítéséért, az IGYB pedig a tender orvos-szakmai előkészítéséért felelős. Az egyetem egészét érintő szempontok érvényesülését, valamint a gazdasági, szakmai, és hatékonysági tényezők harmonizálását szolgálja, hogy a bizottság elnöki teendőit a stratégiai főigazgató, míg a titkári teendőket az IGYB titkára látja el. A résztvevő szervezetek tagjaiból áll a tender kiírása előtti utolsó ellenőrzést végző, és a beérkezett ajánlatokat elbíráló bizottság. Az EGYGYSZI további feladata, hogy a tender értelmében beérkező klinikai rendeléseket folyamatosan felülbírálja és helyettesítse, az IGYB pedig az ezzel kapcsolatos szakmai kifogásokat megvitatja.

A megváltoztatandó gyógyszerbeszerzés, helyettesítés előnyei között sorolható fel:

- racionalizálódik a gyógyszerfelhasználás, így érvényesíthetőek a költség minimalizációs szempontok, transzparens lesz a gyógyszer-helyettesítés;
- tudható, hogy adott időszakra az adott gyógyszerkeretből milyen gyógyszereket kap a klinika;
- több gyógyszer beszerzése válik lehetővé;
- egyszerűsödik a gyógyszerkészletezés, elkerülhetővé válik, hogy azonos hatóanyagú, de más gyári gyógyszernevű készítmények legyenek készleten;
- stabil felvevő piacot biztosítunk a beszállítóknak, ami nagyobb kedvezmények elérését teszi lehetővé, az adott beszerzés időtartama alatt a beszerzés „automatizálható”;
- a klinikai rendelések a gyógyszertender értelmében helyettesíthetőek, ez megfelelő informatikai háttérrel könnyen megvalósítható.

A hátrányok között említhető meg az a tényező, hogy adott időszakra vonatkozó beszerzésnél kevéssé rugalmasan lehet reagálni azon folyamatokra, amelyek egy-egy generikum megjelenésével további árcsökkentést biztosíthatnának (ez nem a centralizált beszerzés és a helyettesítés, hanem a közbeszerzés kritikája).

Az IGYB, amely amellett, hogy megfogalmazza a gyógyszerbeszerzések orvos-szakmai szempontjait, még a bíráló bizottság munkájában is részt vesz, a nagy gyógyszerfelhasználással rendelkező klinikák véleményformáló szakembereit foglalja magába. Így tehát a bizottságban minden kulcsszereplő jelen van, akik ismerik a specifikáció-alkotás folyamatait, és tudják azt kommunikálni az adott szervezeti egység

felé, hátrányt jelent viszont az, hogy a kisebb klinikák nem képviseltetik magukat, vagyis kikerülnek a döntéshozatalból. Fontos szempont az is, hogy az egyetem felső vezetése elkötelezett a fejlesztési folyamatok iránt, és az is, hogy az IGYB minden döntése transzparens és nyomon követhető (jegyzőkönyvek elérhetőek az intraneten).

5.4.3.5. A gyógyszerek beszerzésének tervezésénél, valamint a megfelelő hatástani csoportokon belüli verseny kialakításához használt tények, érvek és elvek

Ezek különösen:

- a bázis alapú szemlélet kiegészítése az IGYB szakmai véleményével, igény alapú felmérésével. Az IGYB tagjai egy-egy szakmai terület (antibiotikumok, aneszteziológiában használt készítmények, onkológiai terápiában használatos gyógyszerek stb.) referensei, akik az adott területen dolgozó egyetemi kollégáikkal egyeztetik a szakmai szempontokat, igényeket, majd ezt az IGYB felé írásban összesítve jelzik;
- hatóanyag alapú kiírás, a lehetséges területeken maximalizálva a generikus versenyt. Ahol a generikus verseny nem elegendő, szakmai szempontokat figyelembe véve kell kialakítani az ATC 5 közötti analóg versenyt (hasonló alapon, mint ahogy a terápiás fix támogatás működik);
- volumen kiírások kialakítása (hatáserősségek közötti tartomány meghatározása);
- csoportképzési elvek. A tabletta és a parenterális gyógyszerforma együttes, egy gyártótól történő kiírásánál nagyobb kedvezmény számítható. Egyes injekciós, infúziós készítményeknél az eltérő hatáserősségek azonos gyártótól kerüljenek beszállításra;
- az EGYGYSZI a klinikai rendelések teljesítésekor a tendernyertes, kedvezőbb Napi Terápiás Költségű gyógyszereket adja ki;
- a tudatos helyettesítéssel teljesíthetővé vállnak a gyógyszertenderben vállalt kötelezettségek.

A 2007-es évtől kezdődően a tender előkészítésénél egy új területtel, – az antibiotikum felhasználással – is szigorú szakmai szempontok szerint kezdett el foglalkozni az IGYB. Egy külön albizottság foglalkozott az antibiotikum felhasználás racionalizálási lehetőségeivel. Ennek alapján történt meg a makrolidek, II. és III. generációs cefalosporinok esetében összevont, nem hatóanyag alapú, hanem analóg (ATC 5) kiírás. Hosszú vitát követően, - szintén új elemként - az infúziók

vonatkozásában a zsákok és a műanyag flakonok bizonyos szakmai szempontok mellett ekvivalensen kerültek kiírásra.

A beszerzési eredményeket értékelve az elmúlt években a nagykereskedelmi árhoz képest elért kedvezmények százalékos mértéke folyamatosan nő: **2005: 18%; 2006: 25%; 2007: 31,16%; 2008: 34,4%**, és ezek az adatok a kedvezményesen érkező (adomány, rabatt) gyógyszerekből eredő további kedvezményeket még nem is tartalmazzák.

További lényeges elem, hogy a kiírt tételek hány százalékára nem érkezik ajánlat. Ezek aránya az elmúlt években 10% körül alakult. Ezen tételek között jelentős arányban szerepelnek azok, melyek szabadárasak, esetükben a gyártó a tender fix áras kötelezettségét nem kívánta betartani.

A klinikai kifogások esetében megállapítható, – figyelembe véve, hogy számos kényes területen (alacsony molekulatömegű heparinok, antibiotikumok) történt változtatás az eddigi egyetemi gyakorlathoz képest – hogy a gyári gyógyszerek vonalán kevesebb kifogás érkezett a klinikák részéről. Ez egyrészt a jó szakmai előkészítésnek, másrészt az EGYGYSZI helyettesítési elfogadottságának, és az elért kedvező áraknak köszönhető. Az elmúlt időszakban csak a transzplantált betegeknél alkalmazandó egyes gyógyszerekkel kapcsolatban érkezett olyan kifogás, kérés, amelyet az IGYB-nek meg kellett tárgyalnia.

Az elmúlt évek gyakorlata során többször is felvetődött, hogy hogyan lehetne a közbeszerzési eljárást rugalmasabbá tenni abba az irányba, hogy a tenderkiírás alatti időtartamban megjelenő új generikumokat figyelembe véve reagálni tudjon az árverseny változásaira. Erre jelenthet megoldást az egyetem új közbeszerzési kiírása, amely a keretközbeszerzésben egyes hatóanyagok esetében eltérő időtartamú (féléves, éves, kétéves) ajánlatkérési terminusokat jelölt meg. Azon készítményeknél, ahol új generikumok belépése várható, rövidebb időtartamon belül lesz árverseny. Ahol stabilabb a piac, ott hosszabb időtartamra történhet meg a beszállítás rögzítése.

A hatékonyságot a jövőben az is tovább növelheti, ha még inkább a morbiditást alapul vevő igény szerinti felmérés kerül előtérbe. Ezt ki lehet egészíteni a már említett, és a WHO által ajánlott ún. VEN kategorizálási segédletben foglaltak szerint. Szükséges azon területek további vizsgálata is, ahol a hatóanyag szerinti kiírásból, a hatástani csoportokat magába foglaló versenyre lehet áttérni. Igazán jelentős minőségi előrelépést

azonban az jelentene, ha a beszerzések bírálatában a költség oldal mellett az elérhető „egészségnyereség” is megjelenhetne. Hiszen jelenleg a kiírásoknál azt feltételezzük, hogy két azonos hatóanyagú, de különböző gyártó által gyártott gyógyszerrel folytatott terápia ugyanolyan eredményes, így a döntésnél az ár az elsődleges szempont (a közbeszerzési eljárás költség minimalizációs jellegű). Ehhez képest főleg az analógok közti összehasonlítást javítaná, ha az eltérő „egészségnyereség” is súlyozási szempontként szerepelne az értékelésnél, így teremtve meg a költség-hatékonysági szempontok bevezetésének alapját a gyógyszerbeszerzésben.

A Semmelweis Egyetem példája is jól mutatja, hogy **egy intézmény konszolidációja nem történhet kizárólag gazdasági szempontok alapján**. Hosszútávon fenntartható, gazdaságilag sikeres, és a szakmai működést garantáló konszolidációs tevékenység csak és kizárólag valamennyi érintett terület bevonásával képzelhető el. A megszokott menedzsment-technikák innovatív alkalmazásával olyan újszerű működési rendet lehet létrehozni és működtetni, amely túl azon, hogy a hatékonyságot fokozza, a benne élő és dolgozó emberek elégedettségét is növelni képes.

Mindezen folyamatok illeszkednek abba a nemzetközi tendenciába, amelynek eredményeként az elmúlt években a gyógyszerellátás az egyszerű anyagellátási folyamatokhoz képest felértékelődött, és intézményi szinten stratégiai fontosságú területté vált. Nem szabad azonban arról sem elfelejtkezni, hogy a kórházak gyógyszerellátása nemcsak intézeti szinten fontos stratégiai elem, hanem nemzeti szinten is meghatározó része az egészségügyi ellátásnak. Hiszen a kórházi betegellátáson túlnyúló, a járóbeteg-ellátást is befolyásoló hatása van a gyógyszergazdálkodás, gyógyszerbeállítások, kórházból távozó betegek gyógyszerekkel kapcsolatos oktatási szintje stb. kapcsán. Mindezen szempontokat figyelembe véve lényeges, stratégiai jelentőségű az intézeti gyógyszerellátás megfelelő kontrollja, és szakmai irányvonalak melletti további fejlesztése.

Az intézményi gyógyszerellátás racionalizációja a dolgozatban használt Scott modell alapján az intézmény működésének számos elemét befolyásolta. A regulatív pillérekhez tartozó jogi keretrendszer kialakítása alapos szakmai előkészítést kívánt, amelyben az első fontos lépés a különféle egyetemi szabályzatok hatályos törvényeknek megfelelő átalakítása volt. Ezek megalapozottága alapvető jelentőségű a sikeres változtatásokra irányuló folyamatokban.

Az egyes szabályozó pilléreken nyugvó változások nem lehettek volna sikeresek, ha a normatív, és a kulturális-kognitív pilléreken nyugvó reformok nem történtek volna meg. Ezek alapján jött létre a belső szabályzatokra támaszkodó, és a meghatározott pozíciót betöltők szervezeti interiorizációjára (normatív pillér) épülő új gyógyszergazdálkodás. Az új folyamatok olyan hagyományt teremtettek, amely a folyamatban résztvevőkben képes volt mély meggyőződéssé alakulni. Azáltal, hogy az egyetemi gyógyszerellátás, gazdálkodás és beszerzés átalakítása a megfelelő gazdálkodási hatékonyságot elérve zajlott, sikeres változtatásmenedzsmenti projektté válhatott. A teljes projekt előnyeinek és hátrányainak szemléltetésére SWOT analízist végeztem (**14. táblázat**).

14. táblázat: SWOT analízis a gyógyszergazdálkodás átalakításával kapcsolatban

erősségek	**gyengeségek**
- jelentős költségmegtakarítás, - transzparencia, - az egyetem tekintélyének, szakmai vezető szerepének kihasználása, - az egyetem betegellátási volumenének kihasználása, - generikus program elindítása a szakmával egyeztetve, - egyértelmű helyettesítések, és a párhuzamos gyógyszerfelhasználás csökkenése miatt logisztikai előrelépések	- a "gyógyítás szabadságának" korlátozása, - többlet erőforrás igény, - a hatékonyság szem előtt tartása helyett a költségek minimalizációjára törekvés, - az előrelépések jellemzően a beszerzési oldalra korlátozódnak, - bizottságok működtetési kényszere
- egységes elvek megjelenítése a beszerzést követően a felhasználói oldalon is, - költséghatékonysági elvek szerinti megközelítés a legnagyobb költségigényű területeken, - befogadási szempontok szigorítása az új terápiák esetében (alaplista)	- a generikus programok kifulladása csökkenti a megtakarítások bázisát, - kizárólag gazdasági szempontok figyelembe vétele
lehetőségek	**veszélyek**

5.4.4. Informatika a menedzsment szolgálatában

Az informatika világának robbanásszerű fejlődésével párhuzamosan az egészségügyi intézmények sem tudták elkerülni azt a kényszert, hogy alapműködésük informatikai támogatása a menedzsment intézkedéseinek középpontjába kerüljön. Magyarországon - külföldi minták alapján - közlemények számos esetben foglalkoztak a nagy egészségügyi intézmények informatika rendszereinek bevezetéséhez kapcsolódó tapasztalatokkal.[99, 100, 101, 102, 103, 104]

A Semmelweis Egyetem vezetése új, a mai kor követelményeinek megfelelő, integrált informatikai rendszer révén kívánta megvalósítani az egységes adatbázison működő elektronikus beteginformációs és gazdasági rendszer kiépítését.[105] Mint a kiemelt jelentőségű fejlesztési területek egyikének, az informatikai fejlesztéseknek – és ezzel együtt az Informatikai Igazgatóságnak – koordinálása is a feladatomat képezte, amelyből következően a projekt közvetlen irányítását is elláttam.

Az Integrált Klinikai és Gazdasági Rendszer (IKGR) központilag menedzselt megvalósítása lehetőséget biztosított az addig egymástól független klinikai kiegészítő, egyedi fejlesztésű „szigetszerű" kisrendszerek integrációjára, valamint azok adatainak, törzsállományainak egységes rendszerbe foglalására is. Az egyetem által 2004-ben kiírt pályázati felhívásra számos cég nyújtotta be ajánlatát. A nyertes vállalta, hogy a lépcsőzetes bevezetés mellett, kettős elvárásként az egyetem megtartandó, jobbára elavult gépparkján is üzemelő, de a korszerű webes technológiákat is szolgáltatásként biztosító rendszermegoldást telepít a felhasználók számára. Ez a kényszerű kettőség nagy kihívást jelentett mindkét fél számára, de az ebből adódó problémák megoldása, nehézségek áthidalása bizony nem ment könnyen. A projekt időszaka alatt heti rendszerességgel vettem részt egyeztetéseken a projekt külső résztvevőivel, és az egyetem illetékes szakembereivel annak érdekében, hogy megvitassuk a projekttel kapcsolatos további teendőket.

Az az igény, hogy a Semmelweis Egyetemen új, a gazdasági, medikai és oktatási adathalmazok között átjárhatóságot biztosító, integrált, egységes ügyviteli folyamatokat támogató informatikai rendszer jöjjön létre, régóta megfogalmazott gondolat volt.

A legmegdöbbentőbb az volt, – és ma is ezt emelném ki az összes váltást sürgető érv közül – hogy a mindenkori vezetés kaotikus állapotú adatokra támaszkodva hozott meg súlyos gazdasági következménnyel járó döntéseket. Ez az állapot, mint eredmény,

persze nem egyik napról a másikra alakult ki: éppen ezért a sürgető változás hátterében kezdetektől fogva nem a felelős keresése állt.

A rendszer életkora önmaga kényszerítette ki „nyugdíjazását”: bár számos módosításon esett át, de a vele dolgozó munkatársak fluktuációja igen magas volt. A gazdasági rendszer működésképtelensége azonban csak egy volt a sok-sok indok közül, melyek az egyetem vezetőivel beláttatták: ideje megoldást találni a tornyosuló problémákra.

5.4.4.1. Az egyetem változást indukáló kórállapota

Milyen nehézségekkel nézett tehát szembe az Egyetem 2003 végén, amikor a vezetőkben megszületett a cselekvés szándéka? Felsorolásszerűen, a teljesség igénye nélkül, csak néhányat kiragadva a legfontosabb közül:

- lassú folyamat-átfutás (sok papír alapú folyamat, át nem gondolt ügyvitel);
- rengeteg manualitás (nyilvántartásokban, adatrögzítésekben);
- pontatlan, egymásnak ellentmondó, hiányos adatok (párhuzamos, azonos funkciójú, vagy egymást kiegészítő, de egymással összeköttetésben nem feltétlenül álló, különböző fejlesztésű számítógépes rendszerek);
- tevékenységek, nyilvántartások párhuzamossága (a szervezet nagyságánál fogva soha nem jutott kellő energia az időközben egyre bonyolultabbá váló folyamatok átgondolására);
- nehezen és kétségesen ellenőrizhető kötelezettségvállalás (magas az emberi hiba lehetősége: egyes bizonylatok lerögzítésének időbeli igénye, szélsőséges esetben elfelejtése, mindez számos telephelyen, számos szervezeti egység decentralizált gazdálkodásában);
- idejétmúlt, ellentmondó, vagy hiányos szabályzatok alkalmazása (szervezeti nagyságból következően);
- az üzemgazdasági szemlélet teljes hiánya.

Ebben a helyzetben született meg az elképzelés arról, hogy:

- munkatársaink feladatvégzését megkönnyítő,
- a hatékonyságot növelő,
- gyorsabb és pontosabb döntéshozatalt elősegítő,
- rugalmasan alakítható,

• gazdálkodási biztonságot teremtő, és

• nem utolsó sorban a kiinduló helyzetet megszüntető, meghatározó informatikai támogatásra lenne szüksége az Egyetemnek.

Ezen problémák meghatározását követően került sor a megfelelő gazdasági és medikai rendszer kiválasztására.

5.4.4.2. A megvalósítás kezdetei

A Semmelweis Egyetemen 2005. január 1-én vette kezdetét az Integrált Klinikai és Gazdasági Rendszer (IKGR) projekt. Az IKGR projekt elnevezésében a hangsúly az „integrált" szón van, amely végső célkitűzésként tulajdonképpen az egyetem tevékenységeit kiszolgáló különféle szoftverek egymással összekapcsolódó informatikai rendszerének létrehozását, tehát a meghatározott célokat kiszolgáló teljes rendszerközi adatáramoltatást foglalja magába, beleértve a képi adatáramlást is.[106, 107, 108] Az integráció magában foglalta az egészségügyi tevékenységet kiszolgáló – az IKGR projekt másik jelentős szoftvereként bevezetendő – „MedSolution", az oktatási tevékenységet kiszolgáló „Neptun", és a gazdálkodási tevékenység számára szintén az IKGR keretén belül bevezetendő „SAP" rendszer egymással történő informatikai összekötését. Természetesen az integrációban helyet kaptak a más szakterületek által használt szoftverek is, mint például az élelmezési tevékenységet támogató program. Ezek részben kiváltással (más szoftverre történő cserével), részben kapcsoló modul kialakításával (adatcsere folyamat informatikai megoldásával), vagy más módon kerültek az egyetem informatikai vérkeringésébe.

A szoftver-bevezetéseken (azok egyetemre történő paraméterezésén) túl az IKGR projekt általános informatikai eszközfejlesztést is magában foglal. Az infrastruktúra fejlesztése ugyan csak részben szolgálja a bevezetendő programok működtethetőségét, ám jelentősen hozzájárul az Egyetem informatikai színvonalának emeléséhez. A hardver-fejlesztések sokak által nem látható része a szerver- és hálózatfejlesztés, amely az adatfeldolgozás és adatáramlás gyorsaságát, illetve az adattárolás biztonságát hivatott növelni.[109]

5.4.4.3. A bevezetés sikertörténetének állomásai a számok tükrében

Az IKGR kiépítése a medikai területen a MedSolution telepítésével, illetve a gazdasági részlegeknél az egyetem gazdálkodását új alapokra helyező SAP integrációjával alig több, mint 3 év alatt valósult meg. Az integráció fontos része volt, hogy a medikai területek feszített ütemű rendszerbevezetése mellett már 2005 nyarán egy BPR felméréssel megindult az egyetem gazdálkodási folyamatainak helyzetfelmérésére. Az SAP alrendszerek gyakorlati bevezetésének előkészítése, a folyamatos paraméterezések és finomhangolások 2005 őszétől zajlottak. Az értékesítés (SD) 2006. januári indulását követően az SAP pénzügyi (FI), majd anyaggazdálkodási (MM), eszközgazdálkodási (AM), keretgazdálkodási (KVM) moduljait rekordidő alatt vezették be. Végül a kontrolling, (CO) és az élelmezési (MM FOOD) modullal zárult le az SAP projekt első szakasza.

Az egyetem 2006-ban egy HEFOP pályázaton elnyert támogatás segítségével SAP adattárházas, és OLAP megoldású üzleti intelligencia megoldást biztosító (BW) rendszert is telepített, melynek a felső vezetés számára kifejlesztett Vezetői Információs Rendszere – az éles SAP rendszerből naponta frissülve, és a medikai havi információs adatokra támaszkodva – nyújt adatokat az elemzésekhez, áttekintésekhez, tervezésekhez, és az indikátor rendszer kialakításához.

A rendszer teljes kiépítése során az egyetem szinte minden szervezetét érintő alkalmazásokat valósítottak meg, melyek így a kórházi működés valamennyi feladatkörét lefedték. A 2005-ben indult, többlépcsős bevezetés keretében egy év alatt minden klinikán megtörtént a járó, fekvő, diagnosztika és labor alapfunkcionalitások elindítása, majd – a korábbi SOTE-KIR rendszerek (korábban használt informatikai rendszer) átmeneti működésének megszűntével - a teljes körű használatba vétel. Ennek során az egyetem 8500 dolgozója közül közel 5700 munkatárs kapott képzést, és került betanításra. A MedSolution ma már 9500 felhasználó (pl. asszisztens, orvos, medikus, hallgató, diagnosztikai dolgozó) számára nyújt hozzáférést, míg a SAP rendszerek szolgáltatásai 1500 költséghely nyilvántartásán keresztül mintegy 2500 fő részére biztosítják az egyetemi rendszer elérhetőséget.

5.4.4.4. A bevezetés és áttérés megoldott feladatai

A medikai-klinikai rendszerek bevezetése során a legfőbb dilemmát és feladatot a klinikai önállóság és egyediség, illetve az egyetemi egységesítés és standardizálás ellentéte jelentette. A klinikai önállóságot az egységesítés számos területen korlátozta. A legnagyobb feladatot az egyetem medikai informatikai csapata számára az addig önálló és intézetenként független betegtörzsek egységesítése jelentette. Végeredményképpen a betöltésre került betegtörzs 98%-ban teljesnek tekinthető. A bevezetés alapelvárásaként a korábbi SOTE-KIR adatok (betegtörzs, beteg ellátási események), valamint egyéb törzsállományok (pl. cikktörzs, szállítói és vevői törzsek, gyógyszertörzs, eszköztörzs, diéta törzs) áttöltését követelte meg az egyetem. Medikai területen két évre visszamenőlegesen, azaz 2003-tól kezdődően az adatokat 95-99%-os teljességgel sikerült betölteni. A nem azonosítható adatok a TAJ bevezetés előtti eseményekre terjedtek ki. Biztonsági okokból a korábbi betegellátási adatok – az új rendszerbe betöltött adatokkal párhuzamosan – továbbra is elérhetőek maradtak minden klinika, intézet saját szerverén.

A második fázisban bevezetett modulok már megvalósították az integrációt a MedSolution és a SAP rendszer között, a közös működés előfeltétele a két struktúra közötti eltérések összehangolása volt. Példaként említve az OEP-kód (ÁNTSZ-kód), és a költséghely kódjának megfeleltetése és azonos értelmezése hosszú, aprólékos egyeztetéseket igényelt, mind az informatikai fejlesztő cégtől, mind a korábbi gyakorlathoz szokott egyetemi dolgozók között.

Hasonló volt a helyzet az élelmezés, gyógyszer, vér, konszignáció, anyag, betegszámla, ráfordítás, OEP bevétel elszámolás, és a fekvőbetegeknek végzett szolgáltatások elszámolása, illetve a keretgazdálkodás kapcsán. Az SAP bevezetésének kulcsproblémáját az üzemgazdasági nyilvántartás pénzforgalmi elszámolását biztosító pénzügyi átforgatás, valamint a három hónapos késéssel beérkező OEP bevétel elszámolás üzemgazdasági könyvelésének dilemmája jelentette. Az üzemgazdasági és pénzforgalmi könyvelési elvárások számos váratlan probléma azonnali megoldását igényelték a vezetéstől. A gazdasági rendszer moduljainak adatai a standard riportokon kívül csak az ABAP fejlesztési riportok, és query készítések révén érhetőek el, ilyen módon a felső vezetés egyedi információs igénye csak az egyetemi support csapat támogatásával biztosítható.

A bevezetések során a klinikai oldal szakembergárdájának idő és kapacitás hiánya miatt a szolgáltató szakembereire a tervezettnél nagyobb feladat hárult az igények felmérése és rendszer modulok paraméterezése során. Az egyetemi struktúra változásai miatti átparaméterezések – például a tavalyi ágyszám-csökkenés átvezetése – szintén többlet terhet róttak a bevezetőkre. A projektvezetésben történt fluktuáció, az üzemeltetési vezetők huzamosabb idejű hiánya a bevezetések időnkénti megcsúszását, az üzemeltetéssel foglalkozó csapatok túlterhelését eredményezte. A később stabilizálódott support csapatok, és a vezetés hatékony együttműködése lehetőséget nyújtott a projekt bevezetési fázisának sikeres lezárására.

A már említett, egymástól eltérő medikai és gazdasági struktúra, a két rendszert érintő határterületi modulok nyilvántartási és azonosítási szintjének, kódrendszerének kidolgozása, a klinikai-intézeti önállóságot és elszámolási igényt kielégítő költséghely (kötelezettség vállalási és keretgazdálkodási) szintjének meghatározása a Kontrolling Igazgatóság munkatársainak nagy kihívást jelentő feladata volt. A gazdálkodási rendszerben a valós és alternatív szervezeti struktúra kidolgozása különösen nehéz feladat elé állítja a kontrollinggal foglalkozó munkatársakat. Az egyetem számára esetenként kardinális problémát jelentő szervezeti változások, átszervezések (összevonások és szétválások), illetve a fluktuáció kezelése jelentős előkészítési, szervezési, egyeztetési, oktatási és továbbképzési igényekkel járnak együtt. Az egyetem speciális helyzetéből és méretéből adódóan, a szakmailag kompetens támogatói kör nagy létszámú munkavállalói gárdájának egyidejű összeszervezése – az oktatási, kutatási és külföldi előadásokat tekintve - nem kis terhet ró a szakmai területre.

Végül a bevezetési fázis végleges lezárásaként, a medikai és gazdálkodási folyamatokat rögzítő és dokumentáló belső egyetemi szabályzatok adott helyzethez igazodó módosítása jelentett óriási feladatot a központi egységek számára. A szabályzatokat az informatikai rendszerek elvárási és szolgáltatási körével, bizonylataival és dokumentumaival, az ellenőrzési és adatáramlási, adatvédelmi és adatkezelési kritériumokkal kellett kiegészíteni, majd kiadni. A naprakész módosítást az IKGR bevezetésével párhuzamosan futó, Semmelweis Egyetem Minőségirányítási és Környezetvédelem fejlesztési projektje biztosította, támogatta, amely projekt eredményeként a Semmelweis Egyetem az ISO2001 minősítést is sikeresen megszerezte.

5.4.4.5. A Semmelweis Egyetem IKGR projekt bevezetésével kapcsolatosan nyert tapasztalatainak összefoglalása

Az SE IKGR projekt bevezetése a gazdasági és medikai feladatok magvalósítását tekintve eredményesen zárult le. A projektvezetés, a bevezetésben együttműködő munkatársak: orvosok, informatikusok, asszisztensek, gazdasági vezetők, pénzügyi előadók, továbbá számos érintett munkakörben dolgozó kolléga, és nem utolsó sorban a bevezetést biztosító szolgáltató munkatársai áldozatos, fáradtságot nem ismerő munkájának köszönhetően a MedSolution rendszerek alapszolgáltatásait, funkcionalitását rekordidő alatt sikerült általános, teljes körű használatba venni.

A vezetők számára a rendszerek integrált, biztonságos, naprakész működtetésén túl az operatív és stratégiai döntéseket elősegítő, alátámasztó adatszolgáltatás, a finanszírozást és gazdálkodást támogató ellenőrzések, statisztikai kimutatások jelentik a legnagyobb hasznot. A projekt sikerének záloga a bevezetést követő üzemeltetés, support támogatás. A szinte havonta változó medikai és gazdasági szabályozás nyomon követése, az időben sajnálatosan visszanyúló és visszaható jogszabályi, jelentési vagy elszámolási algoritmus változásainak informatikai és szakmai ellenőrzése jelenti az igazi kihívást a support csapatok, az informatika, valamint a SE központi, klinikai és intézeti egységei, és a szolgáltató fejlesztői számára.

Az e fejezetben leírt projekt megvalósítása természetesen számos nehézségbe ütközött. Az elkövetett hibák - leszögezve, hogy az informatikai rendszer bevezetése szükségszerű és elkerülhetetlen volt - a korábbi fejezetekben már vázolt Kotter-féle változtatásmenedzsment szakaszokon követhetőek végig.

1. A változás halaszthatatlanságának érzékeltetése

   Mint ahogyan az a leírásból is kiderül, az informatikai rendszer bevezetésének szükségszerűsége sokak előtt nyilvánvaló volt, de nem mindenki előtt. Az egyetem vezetése ugyan törekedett a változások minél szélesebb körben történő elfogadtatásra, a szervezeti ellenállást azonban nem lehetett felszámolni. A szakirodalomból ismert, a „régihez ragaszkodás” állapotán nehéz csupán kommunikációval felülemelkedni.

2. A változást irányító csapat létrehozása

   Bár az egyetem vezetése létrehozta a csapatot, a változással érintett munkatársak egy része nem volt érdekelt abban, hogy aktívan részt vegyen a változtatási

folyamatban. Ezeket a hiátusokat külső szakértővel próbálta meg a projekt irányításáért felelős vezetés pótolni, ugyanakkor tagadhatatlan, hogy a szervezeten kívülről érkező belépő jelentős hátrányt jelent a projekt számára, még akkor is, ha egyébként megfelelő szaktudás birtokában van.

3. Jövőkép és stratégia kidolgozása

   A megfelelő időpontban elkészült.

4. A változtatás jövőképének kommunikálása

   A változás kommunikálása az előző pontokhoz hasonlóan megtörtént, kérdés azonban, hogy erre az érintettek számára kellő mélységben került-e sor. (ld. dolgozói elégedettség vizsgálat eredményei).

5. Az alkalmazottak hatalommal való felruházása az átfogó cselekvéshez.

   Tekintettel arra, hogy 2004 táján a közalkalmazotti rendszerben korábban nem megszokott projekt szemlélet került kialakításra, a projektben résztvevők rendelkeztek a megfelelő felhatalmazásokkal, hatáskörrel és erőforrásokkal a projekt megvalósításának tekintetében.[110]

6. Gyors győzelmek kivívása

   A projektben résztvevők csapata arra törekedett, hogy gyors győzelmek szülessenek, ez az elképzelés sajnos nem valósult meg teljes körűen. Ezzel a projektek egyik kulcstényezője sérült, ami miatt a projekt teljes ideje alatt számos hiba következett be.

7. Az eredmények megszilárdítása és további változások elérése

   Az elért eredmények megszilárdítása megtörtént. A projektben kulcsszerepet betöltők a primer szervezeti struktúrában is előbbre léptek, és a projekt eredményeképpen létrejött rendszer működésében kulcspozíciót töltöttek/töltenek be. Újabb, az előzőhöz kapcsolódó projektekben a korábban a sikerhez hozzájárulók ismét szerepet kaptak. Meg kell említeni, hogy negatív személyi konzekvenciái is voltak a projektnek, hiszen a szervezeti ellenállást különösen fokozó, a szervezeten belüli régebbi hatalmi pozícióikat mindenáron megőrzők távozni kényszerültek a szervezetből.

8. Az új megoldások meggyökereztetése a kultúrában

   Több-kevesebb sikerrel, de a projekt eredményeként létrejött új szervezeti folyamatok beépültek az egyetem belső kultúrájába. Különösen igaz ez a

gazdasági rendszer működésére, ugyanakkor a medikai rendszernél a felhasználók megfelelő kiszolgálása és megelégedettség hiányában ez kevésbé volt sikeres.

Kotter nagyszabású változások megvalósításának nyolc szakaszból álló folyamata tökéletes keretrendszert biztosít ilyen és ehhez hasonló nagyságrendű változások menedzseléséhez, irányításához. Különösen fontos ez, hogy megelőzzük azokat a tévedési lehetőségeket, amelyek a projektet vagy a változtatási folyamatokat tévútra vezetnék.[9] Az informatikai rendszer bevezetése során szerzett tapasztalatok, a kivívott sikerek és az elszenvedett kudarcok elemzésével és általánosításával, olyan vezetési gyakorlat birtokába kerültem, amely átadása kulcsa lehet mások sikerének.

5.5. Szervezeti expanziót befolyásoló intézkedések

A Semmelweis Egyetem életében a válság és konszolidáció közepette logikusan merül fel a kérdés, hogy vajon elegendő-e a jelenlegi tevékenységi portfóliót konszolidálni, avagy a kimenekülés kulcsa a válság közepette is a növekedés. Én ez utóbbi mellett foglaltam állást, aminek alátámasztására két jelentősebb projekt részleteit foglalom össze.

5.5.1. Székhelyen kívüli képzési forma Hamburgban

A nemzetközi együttműködések új perspektívája nyílt meg a 2008. szeptember 5-i ünnepélyes hamburgi tanévnyitóval, amellyel kezdetét vette a Semmelweis Egyetem és az Asklepios Kliniken **(16. ábra)**, az egyik legnagyobb németországi klinikacsoport közös orvosképzése. Az új közös képzés keretében évente 42 hallgató kezdheti meg tanulmányait a budapesti Semmelweis Egyetemen. Az első két év sikeres lezárása után a hallgatók az orvosképzés második felét (klinikai képzés) az Asklepios Kliniken világviszonylatban is élen járó hamburgi intézményeiben teljesítik a Semmelweis Egyetem EU-konform tanterve alapján.[111]

Hosszú út vezetett azonban odáig, hogy az Európai Unióban egyedülálló, határokon átnyúló képzési forma alakulhasson ki. Hozzávetőleg négy évig tartott annak a konstrukciónak az előkészítése, amely végső soron elnyerte a Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság (MAB) támogatását. A kialakításnál figyelembe kellett venni a magyarországi és németországi felsőoktatást szabályozó hatályos törvényeket és rendelkezéseket, valamint az ez idő tájt ismert európai uniós direktívákat.

A konstrukció kialakításában, lévén hogy ilyen jellegű képzési formának nem voltak magyarországi előzményei, magyar részről részt vettek a Semmelweis Egyetem munkatársain kívül az Oktatási és Kulturális Minisztérium, az Oktatási Hivatal és a Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság szakértői is.

A megfelelő jogi konstrukció kikristályosítása során számos vitát és jogi értelmezést követően a felek egy újszerű, innovatív megoldási forma, az ún. „székhelyen kívüli képzőhely" elnevezéssel jelzett működési modell mellett döntöttek. Hosszas előkészítést követően, 2007 év végén került sor a kétoldalú szerződés aláírására, majd 2008 júliusában történt meg a sikeres akkreditáció. Az első évben a késői akkreditáció miatt elhúzódó PR tevékenységnek köszönhetően csak mintegy 20 hallgató kezdhette meg hamburgi tanulmányait, a 2. évben azonban már jelentős volt a túljelentkezés. Emiatt a harmadik, 2010-ben induló tanévben már közös felvételi eljárást kell majd alkalmazni annak érdekében, hogy csak a szerződésben rögzített, mintegy 42 hallgató kezdje meg tanulmányait Hamburgban.

A hamburgi oktatás folyamatos minőségellenőrzéssel kísérve azóta is mindenki megelégedésére zajlik. Miért volt ez olyan fontos a Semmelweis Egyetem számára?

2004 májusában, Magyarország Európai Uniós csatlakozásával addig ismeretlen perspektívák nyíltak meg előttünk az élet számos területén. Az uniós szabályozás átvétele egyben új lehetőségeket is jelentett a frissen csatlakozó országok számára, olyan lehetőségeket, amelyek megvalósítására korábban vagy nem is volt esély, vagy csak nehézkes eljárások során lettek volna megvalósíthatóak.

Nem volt ez másképp Egyetemünk esetében sem. Magyarország legnagyobb, és világszerte elismert diplomát adó orvostudományi egyetemén 25 éve képeznek német nyelven orvosokat. Ennek ellenére, - egészen a közelmúltig - nem történt kezdeményezés egy közös képzés kialakítására, pedig tagadhatatlan és vitathatatlan, hogy egy ilyen együttműködésben óriási lehetőségek rejlenek mindkét fél számára, az oktatás, a kutatás és a hallgatókat is érintő tapasztalatszerzés, tapasztalatcsere terén egyaránt. Az európai közösségi jogi normák és az egyes országok törvényi előírásainak betartása, valamit az akadémiai és pénzügyi szempontok összecsiszolása komoly kihívás volt mindannyiunk számára.

Az itt bemutatott, és mindezidáig példa nélkül álló innovatív képzési modell olyan új utat mutat Európa számára, melyben a klasszikus akadémiai és a privát világ

úgy működik együtt, hogy a profitérdekeltség nem írja felül a tradicionális akadémiai értékeket. Mertünk nagyot álmodni, az álmunkat megvalósítani, és merészségünkkel olyan új értéket teremtettünk, amelynek – és ebben biztosak vagyunk – Európa-szerte akadnak majd követői.

Az azóta eltelt időszakban példaként tekintve a „hamburgi modell”-re, több hasonló nemzetközi együttműködés kezdődött, vagy kezdődik az egyetem különböző karainak részvételével:

- gyógytornászképzés (Lugano),
- közös implantológus képzés (Berlin),
- hagyományos kínai orvoslási képzés (Kína),
- egészségügyi menedzserképzés (Szlovákia).

A fentiekből is látszik, hogy az egyetem a Bevezetésben leírt Küldetési Nyilatkozata alapján a restriktív konszolidáció helyett, törekedve kelet-európai vezető pozíció betöltésére a nemzetközi expanziót választotta, sikerrel.

5.5.2. Az Egyetem szerepe az OPNI megszüntetésével összefüggésben

2007. Egy szám. Egy évszám a XXI. század hajnalán. Egészségügyi reform Magyarországon. Egy tragikus év a magyar pszichiátria számára. Megszűnt az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, vagyis a „Lipót”.

2007. Ugyanaz az évszám. Viharos reformév Közép-Kelet Európa vezető orvostudományi egyeteme, a Semmelweis Egyetem számára. Drámai megszorítás, soha nem látott kapacitáscsökkentés, tragikus forráscsökkenés. Két rövid hír. Két tragikus történés. Ebben a helyzetben két út állt a Semmelweis Egyetem előtt: a leépítési spirál, avagy a nehéz körülmények között is fejlődni, bővülni. A fejezetben bemutatom miként zajlott le egy megszűnő intézmény értékeinek részleges megmentése, és vajon hogyan tudnak az OPNI-ban létrehozott értékek tovább élni a Semmelweis Egyetemen.

Az egészségügyi reform első fázisában az OPNI a 860 ágyából elvesztett 156-ot, a megmaradt 704 ággyal megtartotta aktív-ágy kapacitását. A további lépéseket abban a hitben várták a dolgozók, hogy az egészségügyi kormányzat méltányolja az intézmény gazdasági stabilitását, szakmai és tudományos eredményeit, az évszázados múltra visszatekintő tudományos és betegellátó kultúrát, valamint azt a szellemiséget, amit a társadalom perifériájára szorított pszichiátriai és neurológiai betegek ellátásával és

képviseletével az intézet mindig is felvállalt. Az intézmény olyan kérdésekben hallatta szavát, mint a depresszió és az öngyilkosság problémája, az alkohol- és drogfogyasztás, az időskori elbutulás, az agyi katasztrófák és következményei, az epilepszia, és a gyermekpszichiátria.

2007 tavaszán, a Közép-Magyarországi RET azon ülésén, amelyen a további ágyszám-korrekciókról kellett volna határozatot hozni, és amelyen jelen voltak az egészségügyi intézmények vezetői, tulajdonosai, érdemi kérdésben nem született döntés, a levezető elnök pedig közvetlenül a megnyitást követően a tiltakozások ellenére berekesztette az ülést, ily módon miniszteri kézbe adva a döntést. Nem hivatalos formában közkézen forgott az ülés során az a javaslat, amelyet végül maga a közigazgatási határozat is tartalmazott, és amelynek értelmében az OPNI elvesztette teljes fekvőbeteg ellátási kapacitását, azaz az OPNI megszűntése, felszámolása elkezdődött[112]. Az intézet vezetése a döntésre magyarázatot sem akkor, sem azóta nem kapott.

A fekvőbeteg-, illetve az ambuláns kapacitás különböző intézményekhez, – a pszichiátriai ágyak 9 intézménybe, a neurológiai ágyak az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetbe – kerültek, amely intézmények ezt többnyire saját ágyszám-, és kapacitás-csökkentésük kompenzációjának tekintették. A tényleges ágyszám lényegesen alacsonyabb lett az átalakításra ígért források elmaradása miatt, így például az OITI-ben a 90 neurológiai ágyból áthelyezésre került 60, de valójában jelenleg 30 ágy működik igen nehéz körülmények között, és hasonló a helyzet a Szt. István Kórházban is. Az intézet orvosai mintegy 30 intézménybe szóródtak szét, többen az EU más országaiban, illetve az USA-ban találtak munkalehetőséget.

Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet betegellátással, oktatással, kutatással és szakma-szervezési feladatok ellátásával foglalkozó országos intézményként működött.

Sajnos az OPNI bezárása egyben annak a kiemelkedő szakmai munkának is véget vetett, amelyet nemzetközi folyóiratokban megjelent közlemények fémjeleztek.[113, 114, 115, 116, 117] Eltűnt a betegellátás rendszeréből az a fertőző pszichiátriai osztály és elme-belosztály is, amelyekre pedig – tekintettel az ellátandó betegekre – igen nagy szükség lenne. A Gaszner, Magyar és Szauder főorvosok által vezetett osztályok feloszlottak, Rihmer és Frecska főorvosok összevont osztályai döntő többségében

átkerültek a Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömbjébe, ahol egyesülve az ottani, Faludi professzor vezetésével működő osztállyal létrejött a Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály. Döme főorvos osztálya pedig a Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórházában folytatja tevékenységét.

Az OPNI-tól a Semmelweis Egyetemhez került többek között:

- a Molekuláris Neurológiai Osztály;
- a Neuropatológiai Osztály;
- a Klinikai Pszichológiai Tanszék;
- a Neurokémiai és Neuropszichológiai Laboratórium;
- a Vascularis Neurológiai Tanszék (jelenleg tanszéki csoport);
- az OPNI Múzeum és Könyvtár.

5.5.2.1. Az Országos Pszichiátriai Központ

Az egészségügyi miniszter, – az OPNI volt főigazgatójának javaslata alapján – 2008 decemberében létrehozta az Országos Pszichiátriai Központot.[118] A pszichiátriai szakma egyik fontos érvét Lehóczky Pál, a Magyar Pszichiátriai Társaság főtitkára a következőképpen fogalmazta meg: "Nem az ágyak hiányoznak, hanem az a koncentráltság, ami ott megvolt". A miniszter, az egyetem rektora, és az országos tisztifőorvos háromoldalú megállapodása alapján a Központot a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika területén alakították ki, felette a szakmai irányítást és felügyeletet a Klinika mindenkori igazgatója gyakorolja. Az OPK az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezeti keretei között működő Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) önálló szervezeti egységeként, főosztályaként került kialakításra, melynek vezetője Dr. Németh Attila, a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának docense. Az OPK tevékenysége során szorosan együttműködik a szakma egyéb szervezeteivel, így többek között a Magyar Pszichiátriai Társasággal, és a Pszichiátriai Szakmai Kollégiummal is.

Az OPK létrehozásának célja egyértelműen egy olyan új típusú, az ágazat egészét felölelő szakmai és módszertani központ kialakítása volt, amely biztosítani tudja a szakterület országos szintű összefogását, szervezését, és képviseletét.

A fentiek alapján is látható, hogy az OPNI megszűnése túlmutatott egy országos intézet megszűnésén. A megszűnés alapjaiban befolyásolta mind a Semmelweis Egyetem, mind pedig az érintett szakmák működését.

Ebben a fejezetben röviden egy hosszú, minden érintett számára keserves folyamatot mutattam be. Két intézmény, két út. A Semmelweis Egyetem szempontjából, - annak ellenére - hogy nem a lét és nem lét kérdése volt a tét, nagyon sok tanulsággal jártak a fent részletezett 1-1,5 év eseményei. További leépítések, vagy minden erőnkkel fejlesztés és a jövő építése? Nyilvánvalóan ez utóbbi az egyetlen lehetőség, amelyet egy jövőképpel rendelkező intézmény választhat. Példaként szolgál erre a vázolt történet is, az, hogy miként menthette meg önmaga stabilitását is kockára téve egy egyetem a nagyhírű, értékek széles tárházával rendelkező országos intézetet.

És mi a tanulsága ennek a történetnek? Kik nyertek vele? Kik veszítettek? Nyertese, nyugodtan kijelenthetjük, nem volt. Legalábbis igazi nyertese semmiképpen. De talán ez esetben nem is ez volt a lényeg. Talán hosszú évek erőfeszítéseinek eredményeként egyszer elmondhatjuk, hogy az egyetemen nem voltak jelentős kárvallottak. Kik veszítettek? Mindenképpen a magyar pszichiátria és neurológia. Az ott dolgozó szakmai műhelyek, szakemberek. És azok a betegek, akik kevesebben ugyan nem lettek, de sokkal kisebb helyen, túlzsúfolt intézményekben kell gyógyulniuk. És valóban, mi a tanulság? Valószínűleg az, hogy lehet bármilyen jó és hasznos egy egészségpolitikai célkitűzés, azt a szakma megkérdezése nélkül, annak ellenében, avagy mások, esetleg külföldi minták megtekintése nélkül egyetlen egészségpolitikusnak sem lenne szabad felvállalnia, kockáztatva a biztos kudarc, az állandó kármentés kényszerét.

És mi a tanulság az egyetem számára? Hová vezethet a napi működés preferálása, amikor már jövőnket áldozzuk fel? Szabad-e mindenhonnan forrást kivonni akkor, ha egy intézmény, jelen esetben a Semmelweis Egyetem, reális stratégiával és jövőképpel rendelkezik? A válasz egyértelmű: nem! Ha összeszorított foggal is, de meg kell teremteni a szakmai működést még biztosítani képes, stabil gazdálkodás alapjait a szükséges belső struktúra átalakításával, a jövőre szánt erőforrásokat azonban semmiképpen nem szabad felélni. Az elképzelt, és elfogadott jövőkép megvalósításának érdekében a legrosszabb választás a fejlesztési források elvonása, megszüntetése. Minden, a jövőbe ma befektetett forint képes csak a hosszú távú, sikeres és fenntartható működést biztosítani.

5.6. Külső és belső vélemények elemzése

A fentebb ismertetett változtatási projektek kivitelezése, maga a változtatásvezetési folyamat nem vihető végbe a külső és a belső véleményformálók véleményének ismerete, esetlegesen véleményének alakítása nélkül. Az alábbi fejezetben mind a belső, mind pedig a külső kommunikáció elemzésére teszek kísérletet.

5.6.1. Dolgozói elégedettség mérés

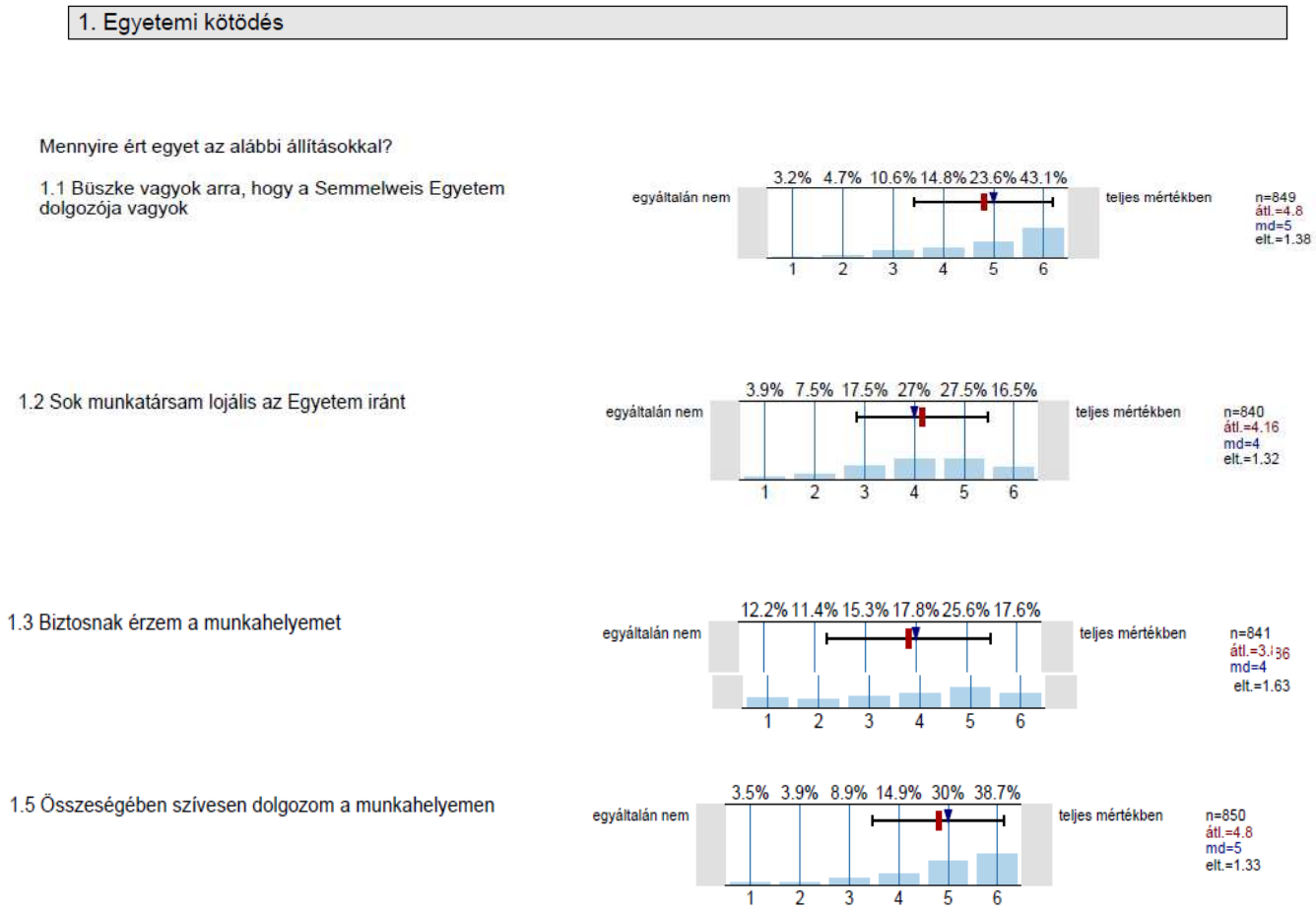
A Semmelweis Egyetem történetében nem volt hagyománya sem az oktatók hallgatók általi véleményezésének, sem pedig annak, hogy az egyetem vezetése a dolgozók véleményét kikérje. 2009-ben részben ezen hiány felszámolására, részben a dolgozók valódi véleményének, és az egyetemi vezetési irányokhoz való viszonyának megismerésére, részben pedig a minőségirányítási rendszer kiépítéséhez önkéntes alapon szervezve kérdőíves felmérést végeztünk. A kérdőívet mintegy 800 egyetemi dolgozó, egyetemi polgár töltötte ki.

Tekintettel arra, hogy a kérdőív igen sok kérdést tartalmazott, csupán néhány olyan eredmény kiértékelését emeltem ki, amelyek a doktori értekezés témájára vonatkoznak.

Az egyetemi vezetés számára fontos volt annak megismerése, hogy a dolgozók vajon miként viszonyulnak az egyetemhez, annak stratégiájához, és mennyire ismerik az abban megfogalmazott víziót.

Elsőként az egyetemi polgárok egyetemükhöz történő viszonyulását emeltem ki, azt, hogy milyen mértékben kötődnek hozzá. A válaszok ismerete rendkívül fontos, hiszen egy adott egyetemi cél elérésének érdekében, vagy egy változtatásvezetési program mentén az egyetem jövőképével azonosulni tudás szempontjából alapvető jelentőségű a résztvevők belső motiváltsága.

Az első diagramcsoportban **(16. ábra)** ezekre kapunk választ. Jól látható, hogy az itt dolgozók lojalitása az egyetem iránt átlag feletti, így a jobbító szándékú stratégiára nyitottak lehetnek, érdemes és lehet velük jövőt építeni.

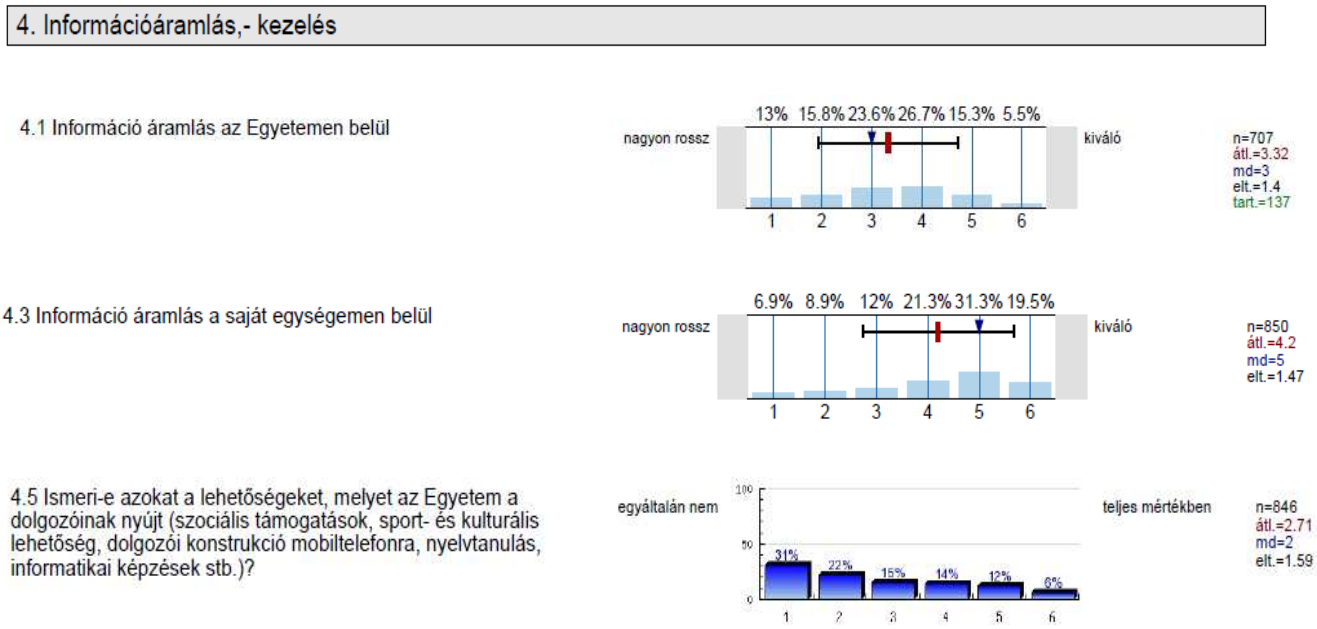


16. ábra: dolgozói elégedettség mérés – egyetemi kötődés

A változtatásvezetési projektek másik fontos ismérve a megfelelő információáramlás. Az információ felülről lefelé, alulról felfelé, illetve vertikális irányú áramlása szintén a jó együttműködés és sikeres projektek záloga. Itt az előző, igen jó értékekhez képest már rosszabb eredményeket kaptunk **(17. ábra)**. Jól látszik, hogy míg a saját szervezeti egységen belüli információáramlás még az elfogadható szinten belüli tartományban van, addig az egyetemen belüli információ csere már inkább a javítandó kategóriába esik.

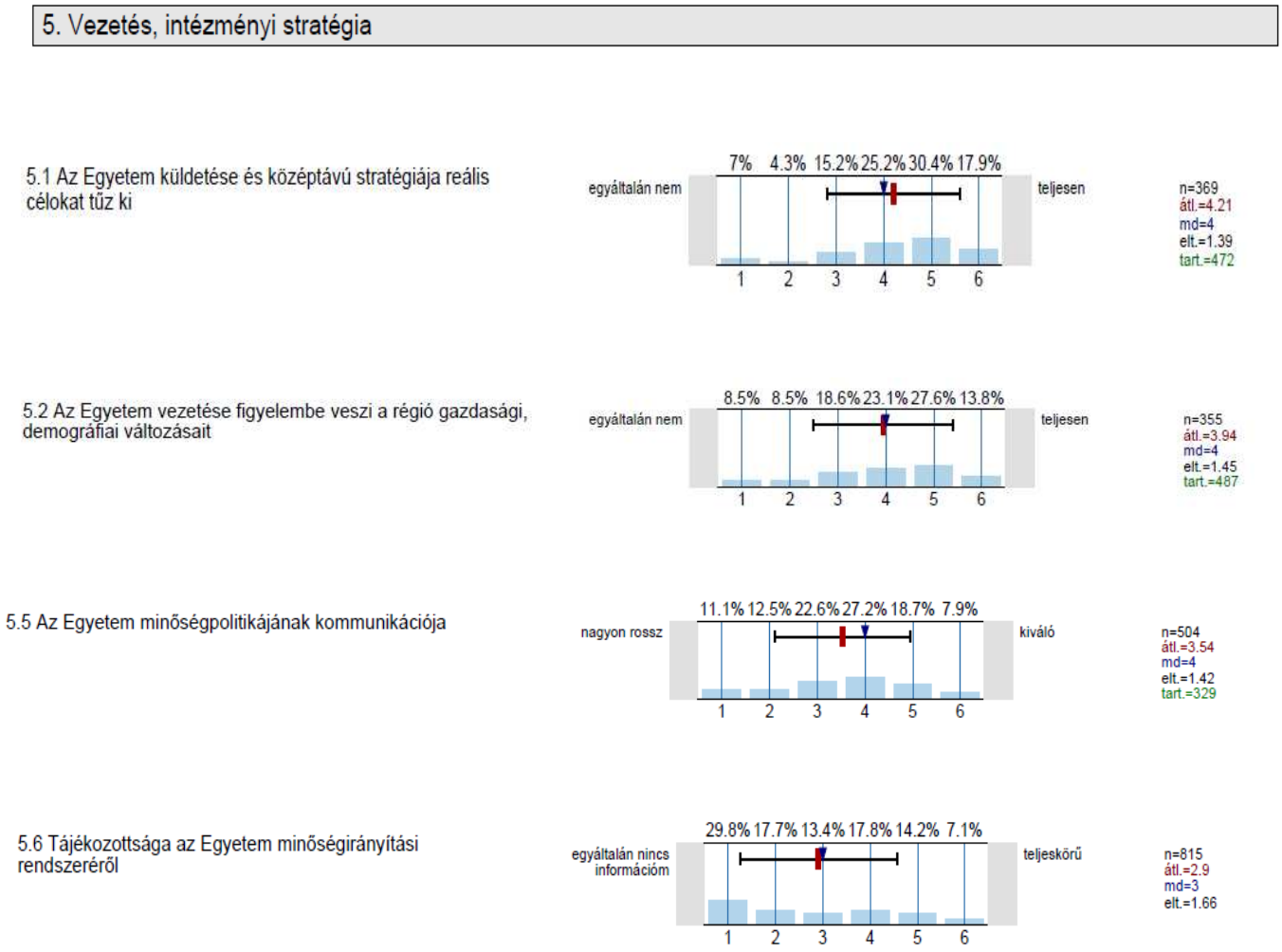
A mindenkori egyetemi vezetés, és más gigaszervezetekben dolgozó vezetők számára egyaránt tanulság, hogy nem lehet időt és energiát spórolni a dolgozók megfelelő informálásán. Az optimális kommunikáció megvalósításához valamennyi

csatornát ki kell használni, és adaptálni kell a XXI. század nyújtotta kommunikációs lehetőségeket. A kor talán módosította azt a régi mondást, mely szerint „az információ hatalom”, arra, hogy „az információ áramlás a projektek sikerének kulcsa”.



17. ábra: dolgozói elégedettség mérés – információáramlás, - kezelés

Utoljára, de nem utolsó sorban az egyetemi dolgozók intézményi stratégiáról, és minőségirányítási rendszerről **(18. ábra)** nyilvánított véleményét emeltem ki. Míg a stratégia minőségi kritériumairól jónak mondható visszajelzések érkezetek, addig a már részben bevezetett és auditált minőségirányítási rendszer ismertségével kapcsolatban lesújtó vélemény körvonalazódott. Tény és való, hogy míg az egyetem stratégiájáról mind a belső, mind pedig a külső fórumokon sokat és sokféleképpen kommunikált az egyetem vezetése, addig a minőségirányítási rendszer kapcsán tett intézkedések inkább lokális jelleggel, az egyes szervezeti egységekre korlátozódtak.

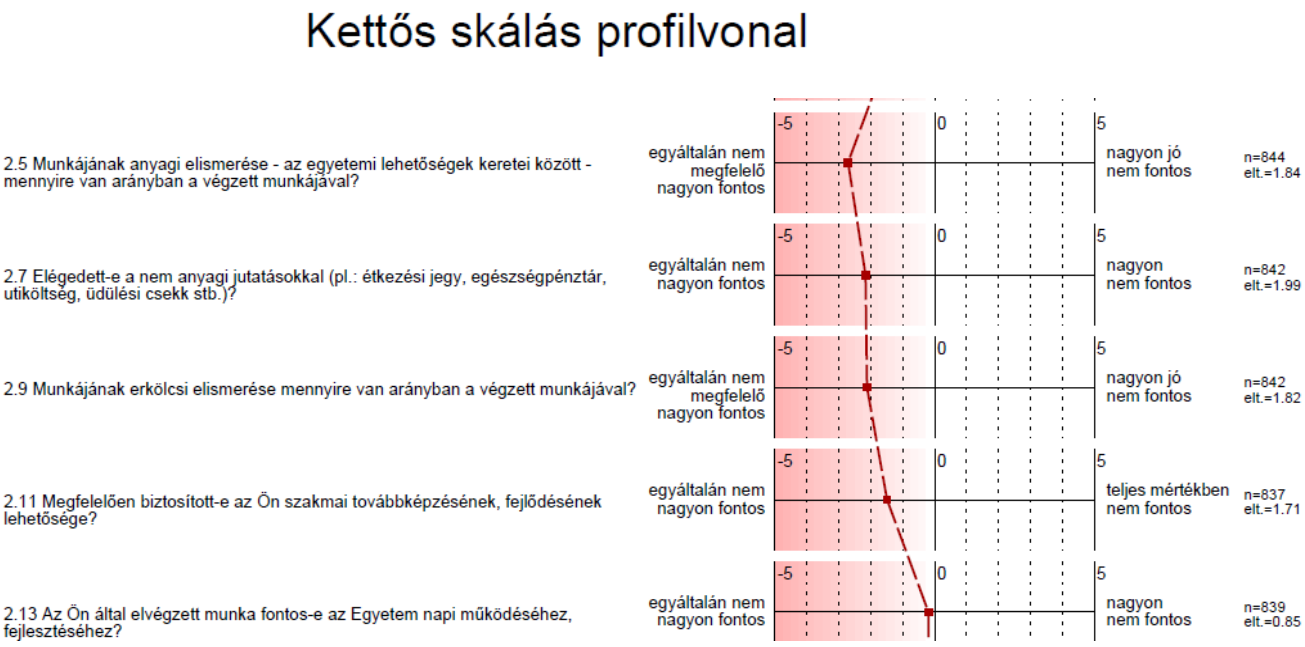


18. ábra: dolgozói elégedettség mérés – vezetés, intézményi stratégia

Más módszerrel ugyan, de vizsgáltuk az intézmény dolgozóinak az egyetemen belüli helyzetükkel kapcsolatos megelégedettségét. A válaszok - nyugodtan mondhatjuk - nem kizárólag az egyetem vezetésének szóltak, hiszen a kérdésekre adott feleletekben a legrosszabb értékek okainak alakulása leginkább a külső körülményekre vezethetők vissza.

Az egészségügyi és felsőoktatási dolgozók életkörülményei 2009-re tragikussá és katasztrofálissá váltak. A dolgozók elismerése messze elmarad nyugati társaikétól, így az egyetem menedzsmentje számára lehetőségként mindössze az akut tűzoltás marad, behatárolva az igen szűkre szabott külső mozgástér által. A **19. ábrán** szemléltetve a kettős skálás profilvonalnál a megvalósulásból kivontuk a fontosságot. Tehát a „0”-hoz közeli érték az optimális, és minél inkább a pirosba tolódik egy kérdés

eredménye, annál hathatósabb beavatkozást igényel a helyzet. Ezek alapján körvonalazódik a menedzsment számára az elkövetkezendő évek legfontosabb intézkedéseinek tartománya.



19. ábra: dolgozói elégedettség mérés – a dolgozók elégedettsége egyetemen belüli helyzetükkel

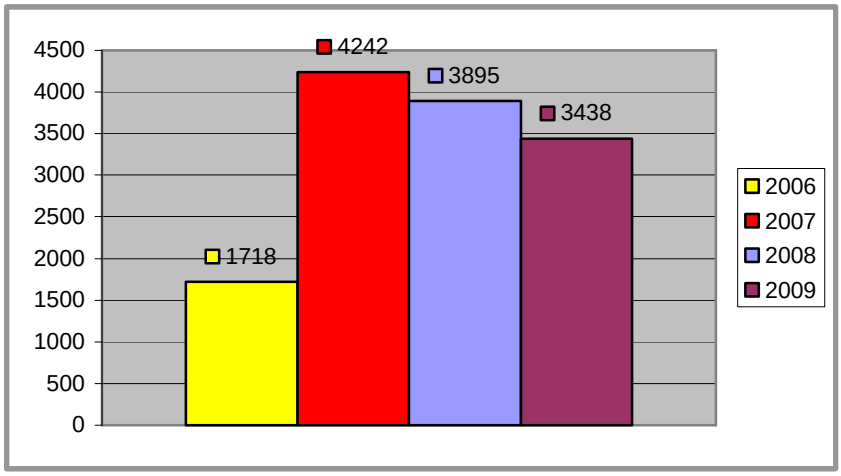
A fejezetben leírtakat összefoglalva elmondható, hogy megfelelő kérdésekkel olyan, a vezetés számára is fontos dolgozói vélemények állíthatóak elő, amelyek mind a napi irányításban, mind pedig a változtatási projektek kivitelezésénél igen nagy hatásfokkal alkalmazhatóak. Tanulságként szolgálhat más szervezetek vezetői számára is, hogy érdemes erőforrást áldozni ilyen, és hasonló kérdőíves vizsgálatok elvégzésére, mert az értekezésben korábban leírt Kotter-féle nyolc hiba egy része még időben kiküszöbölhetővé válik, és nagyobb esély lesz arra, hogy a vezetők sikeres projektekkel a hátuk mögött tekintsenek az újabb kihívások elé.

5.6.2. A média szerepe a Semmelweis Egyetem irányításában

A XXI. század intézményirányításában a belső kommunikáció mellett elengedhetetlenül fontos a harmadik hatalmi ág, a média megfelelő alkalmazása.[119, 120, 121] Célul fogalmazódott meg az, hogy a médiajelenlét hangsúlyozásával jelentős lobbi és nyomásgyakorlási eszköz legyen az egyetem kezében. Emellett fontos szempont volt

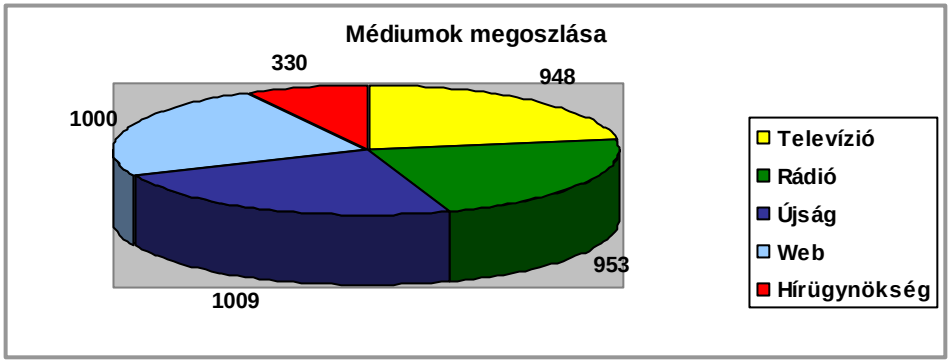
az is, hogy vezető orvostudományi képzőhelyként intézményünk az országos médiában mintegy viszonyítási ponttá váljon. A végeredmény számszerűsíthető kimutatásának érdekében 4 egymást követő év adatait elemeztem, melynek során érdekes, nem várt tapasztalatokkal is gazdagodtunk.

Első szempontként a 2006-2009 közti időszak sajtómegjelenéseinek számát vizsgáltam. A **20. ábrán** jól látható, hogy a konszolidáció első szakaszának végén, amikor a médiatevékenység még nem került az intézményi menedzsment fókuszába, a sajtómegjelenések száma jelentősen eltért a későbbi, 2007-2009 közötti időszak adataitól. A 2007 utáni csökkenés egyértelműen a külső egészségpolitikai környezet „békésebbé" válása miatt következett be, anélkül, hogy az egyetem médiában betöltött szerepe mérséklődött volna.

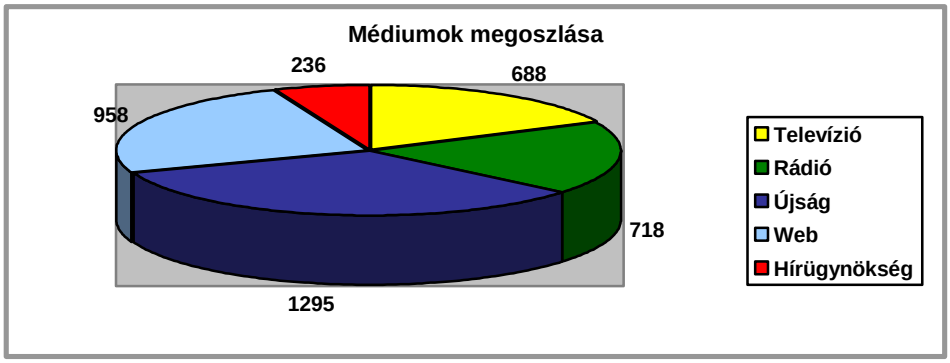


20. ábra: A Semmelweis Egyetem sajtómegjelenései – írott, illetve elektronikus sajtó - 2006-2009 között, (alkalom/év)

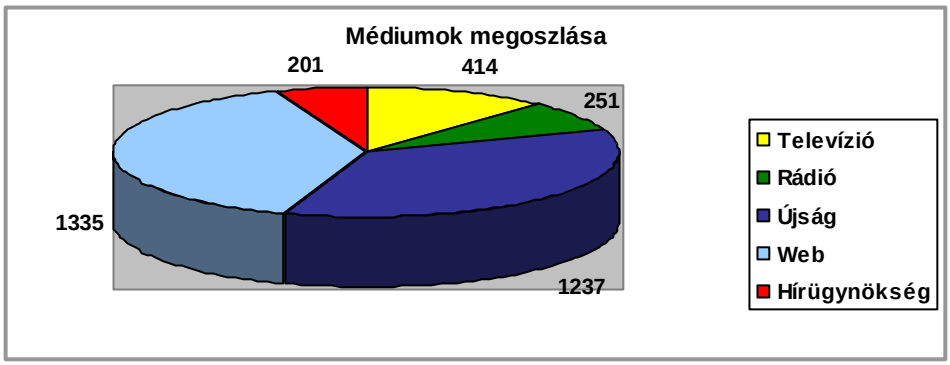
A média megjelenések összesített elemzését követően az egy évre jutó sajtómegjelenések számát vizsgáltam, a különböző médiumok szerint. A **21-23. ábrákon** grafikusan jelenítettem meg a médiumok különböző ágai közötti megoszlást, a **15. táblázatban** pedig a különböző médiumok közötti megoszlás látható 2006 és 2009 között táblázatos formában.



21. ábra: sajtómegjelenések megoszlása a médiumok különböző ágai között 2007



22. ábra: sajtómegjelenések megoszlása a médiumok különböző ágai között 2008



23. ábra: sajtómegjelenések megoszlása a médiumok különböző ágai között 2009

15. táblázat: A Semmelweis Egyetem sajtómegjelenéseinek megoszlása a különböző médiumok között 2006 - 2009

	2006	***2007***	***2008***	***2009***
ÉVES ÖSSZES:	**1718**	**4242**	**3895**	**3438**
%-os felosztásban				
Televízió	23%	22%	18%	12%
Rádió	20%	22%	18%	7%
Újság	42%	24%	33%	36%
Web	11%	24%	25%	39%
Hírügynökség	4%	8%	6%	6%
Számszerűen				
Televízió	387	948	688	414
Rádió	349	953	718	251
Újság	724	1009	1295	1237
Web	174	1002	958	1335
Hírügynökség	64	330	236	201

Mint ahogyan az ábrákból és az adatokból is látszik, az elmúlt években olyan nemzetközi trendek magyarországi megjelenésének vagyunk szemtanúi, amelyek mellett az egyetemi menedzsment sem mehet el szó nélkül. Az itt látható trendeknek be kell épülniük az intézmények kommunikációs stratégiájába.

Fontos megjegyezni, hogy a tudatos média-menedzsmentnek köszönhetően sikerült elérni, hogy a média megjelenések 98,4%-a pozitív, vagy semleges emocionális megítélésű volt, vagyis megállapíthatjuk, hogy az egyetem által megfogalmazott célkitűzések megvalósultak.

A vizsgálatok során - ha csak érintőlegesen is - de érdemes kitérni a sajtómegjelenések tartalmi kérdései mellett azok gazdasági hasznára is.

2007 májusától az Observer Budapest Médiafigyelő Kft. folyamatosan nyomon követi az országos heti- és napilapokban történő megjelenések forintban kifejezhető (olvasottság, karakterszám, illetve hirdetési ár alapján számított) reklámértékét is. 2007 májustól közel 268 millió Ft, 2008-ban közel 245 millió, míg 2009-ben több mint 684 millió Ft az országos heti- és napilapokban megjelent Semmelweis Egyetemmel kapcsolatos cikkek reklámértéke. Ez azt jelenti, hogy az említett időszakokban átlagosan napi 1,5 millió Ft-ot, átlagosan kb. napi 1 millió forintot, valamint átlagosan kb. napi 2.5 millió forintot ért az újságokban közölt megjelenésünk.

Fontos megjegyezni, hogy 2009-ben az adatok az országos havilapok és a regionális újságok reklámértékeit is tartalmazták. Ennek tudható be, hogy a 2008. évi megjelenési számhoz képest tapasztalt 10-12%-os csökkenés ellenére is az átlagos napi reklámérték 2,5-szeresére, azaz a napi 1 millió forintról (2008) napi 2,5 millió forintra (2009) Nőtt. Ez arra is enged következtetni, hogy a Semmelweis Egyetem hírei az egész országban elérték az olvasókat.

Továbbra sem vizsgálták azonban – a reklámértéket tekintve – a megjelenések 2/3-át (a 64%-ot kitevő rádiós, televíziós, hírügynökségi, webes megjelenéseket, valamint a nyomtatott sajtómegjelenések között 1-2%-ot kitevő szakmai újságokat).

A fenti elemzések is egyértelműen bizonyítják, hogy egy egyetem milyen módon pozícionálhatja saját magát, hiszen a médiát maga mellé állítva is érhet el sikereket és forintokban is mérhető gazdasági haszon előállítására képes.

6. Következtetések

Doktori értekezésem céljául azt tűztem ki, hogy elemzem a Semmelweis Egyetem 2003 és 2009 közti történetének időszakában saját személyes részvételemmel lezajlott változásokat és az alkalmazott intézkedéseket. A célkitűzésekben leírt hipotézisekre, szempontokra az ott alkalmazott sorrend szerint válaszolok, illetve annak alapján vonom le a következtetéseket.

1. Vizsgálataim és tapasztalataim alapján megállapítottam, hogy a Semmelweis Egyetemen a 2003 és 2009 közti időszakban alkalmazott innovatív menedzsmenteszközök, illetve az általuk véghezvitt konszolidáció, annak sikereivel és kudarcaival együtt számos olyan sajátossággal bírnak, amelyek általánosítva más intézmények hasonló problémáira is képesek válaszokat adni. Az értekezésben bemutatott változtatási folyamatok, és azok egyes intézkedései, akciói a Semmelweis Egyetem belső környezetéből kiemelve is képesek világosan megszabni a konszolidáció irányait. Megállapítható, hogy az elemzett konszolidációs intézkedések rendszerbe foglalásával egy vezetési gyakorlatot átadni képes „kalauz” jött létre, amelynek további elmélyítése és bővítése a további időszak folyamatos feladatait jelenthetik.

2. Az az állítás, miszerint a piaci menedzsmenteszközök egyetemi keretek között alkalmazhatóak, értekezésem alapján egyértelműen igazolást nyert. Ha azonban a kérdést úgy tesszük fel, hogy vajon alkalmazhatók-e adaptáció nélkül, „egy az egyben” átvéve, a válasz már egyértelműen tagadó. A kiemelt jelentőségű üzenetet hordozó projektek körében folytatott vizsgálataim alapján egyértelműen arra a következtetésre jutottam, hogy a piaci környezetben elfogadott menedzsmenteszközök a szervezeti kultúrához alakítva, és jogi környezet figyelembe vételével, bizonyos módosításokat követően alkalmazhatóak az egyetemeken. Következik-e ebből szükségszerűen az, hogy ezzel egyidejűleg az egyetemeket piaci környezetbe helyezzük? Válaszom ismételten csak nem, tekintettel arra, hogy a piaci környezetben alkalmazott menedzsmenteszközök modifikált változatai képessé teszik az egyetemeket arra, hogy a jelenlegi jogi szabályozás által biztosított keretrendszert megtartva, és az

egyetemi szervezeti kultúrához alkalmazkodva az adott szakmai területeken reális versenyhelyzetbe kerülhessenek más piaci résztvevőkkel. Klinikai vizsgálataimmal összevetve megállapítottam, hogy a biológiai rendszerek folyamatai, azok anomáliái, és a külső beavatkozásokra adott válaszai párhuzamba állíthatóak a társadalmi szervezetek hasonló típusú folyamatainak elemzésével.

3. Vizsgálataimmal azt is igazoltam, hogy a konszolidáció folyamata, illetve a szervezetek leépülése, leépítése közé nem tehetünk egyenlőségjelet. Mindemellett igazoltam, hogy világos jövőképpel, a belső erőforrások racionális kiaknázásával és felhasználásával, valamint megfelelő előrelátással recesszív környezetben is biztosítható a fejlődés fenntartása a napi egyensúly megbomlása nélkül is. Sikerült továbbá bizonyítékokkal alátámasztanom azon állításomat, amely szerint az adott szervezet tagjainak támogatásával, tiszta vízióval, a külső környezet folyamatainak elemzésével és alapos ismeretével, a **stratégia és konszolidáció**, valamint a **stratégia és működésfejlesztés** nem csupán egymást megtűrő fogalmak, hanem közép- és hosszútávon egymást nélkülözni nem képes, szervezeti működést befolyásoló tényezők. A fenti folyamategyesítés továbbgondolása és elmélyítése, valamit járulékos adaptációs lehetőségek kidolgozása további segítséget nyújthat a magyarországi egészségügyi és felsőoktatási rendszer előttünk álló átalakítási folyamataiban.

7. Összefoglalás

Értekezésemben vizsgálataim és saját tapasztalataim alapján meghatároztam azokat a piaci eszközöket, menedzsment technikákat, amelyek megfelelő adaptációval az állam által felügyelt és tulajdonolt közintézmények szintjén is alkalmazhatóak. Ezekre alapozva határoztam meg azt a jövőképet, amely az Európai Unió egyik vezető orvostudományi egyeteme számára nyitva állhat, és definiáltam a jelenlegi magyar ellátórendszerben az ellátási hierarchia csúcsán elhelyezkedő, progresszív ellátást nyújtó orvosegyetemi klinikák helyzetét, feladatát. Áttekintettem a fenti tevékenységek megértéséhez szükséges külső egészségpolitikai és finanszírozási környezetet, a progresszív ellátás magyarországi helyzetét, az egészségügyi tevékenység ellátáshoz alapvetően szükséges szakápoló ellátottság hazai viszonyait. Bemutattam és elemeztem a Semmelweis Egyetem 2003-2009 közti időszakának személyes részvételemmel végzett főbb menedzsment intézkedéseit, áttekintettem az egyetem expanziót szolgáló stratégiai lépéseit. Az intézkedések hatásait belső kérdőíves módszerrel és médiaelemzéssel térképeztem fel. Összefoglaltam az elemzések során feldolgozott innovatív menedzsment eszközök közvetítésével megszerzett **vezetési gyakorlat tapasztalatait, és ezekből más, hasonló problémákkal küszködő szervezetek számára is alkalmazható, általánosítható megállapításokat tettem.** Klinikai vizsgálataim alapján rámutattam arra, hogy a biológiai rendszerek folyamatai, azok anomáliái, és a külső beavatkozásokra adott válaszai vonatkozhatnak a társadalmi szervezetek hasonló típusú folyamatainak elemzésére is. Igazoltam, hogy a megszokott **piaci környezetben** használt menedzsment-eszközök miképpen, milyen módosításokkal alkalmazhatók a XXI. századi egyetemeken, az állam csökkenő szerepe és a gazdasági környezet gyengeségei közepette non-profit módon működő, költségvetési keretek között gazdálkodó **egyetemi környezetben**. Bizonyítottam, hogy ezekkel az innovatív menedzsment eszközökkel recesszív külső környezetben is biztosítható a fenntartható fejlődés. Menedzsment eszköz analízisen keresztül alátámasztottam, hogy **stratégia és konszolidáció**, illetve **stratégia és működésfejlesztés** nem csak egymást megtűrő vezetői elképzelések, hanem szoros egymás mellett élésük egy szervezet közép- és hosszú távú sikerének egyedüli záloga.

Summary

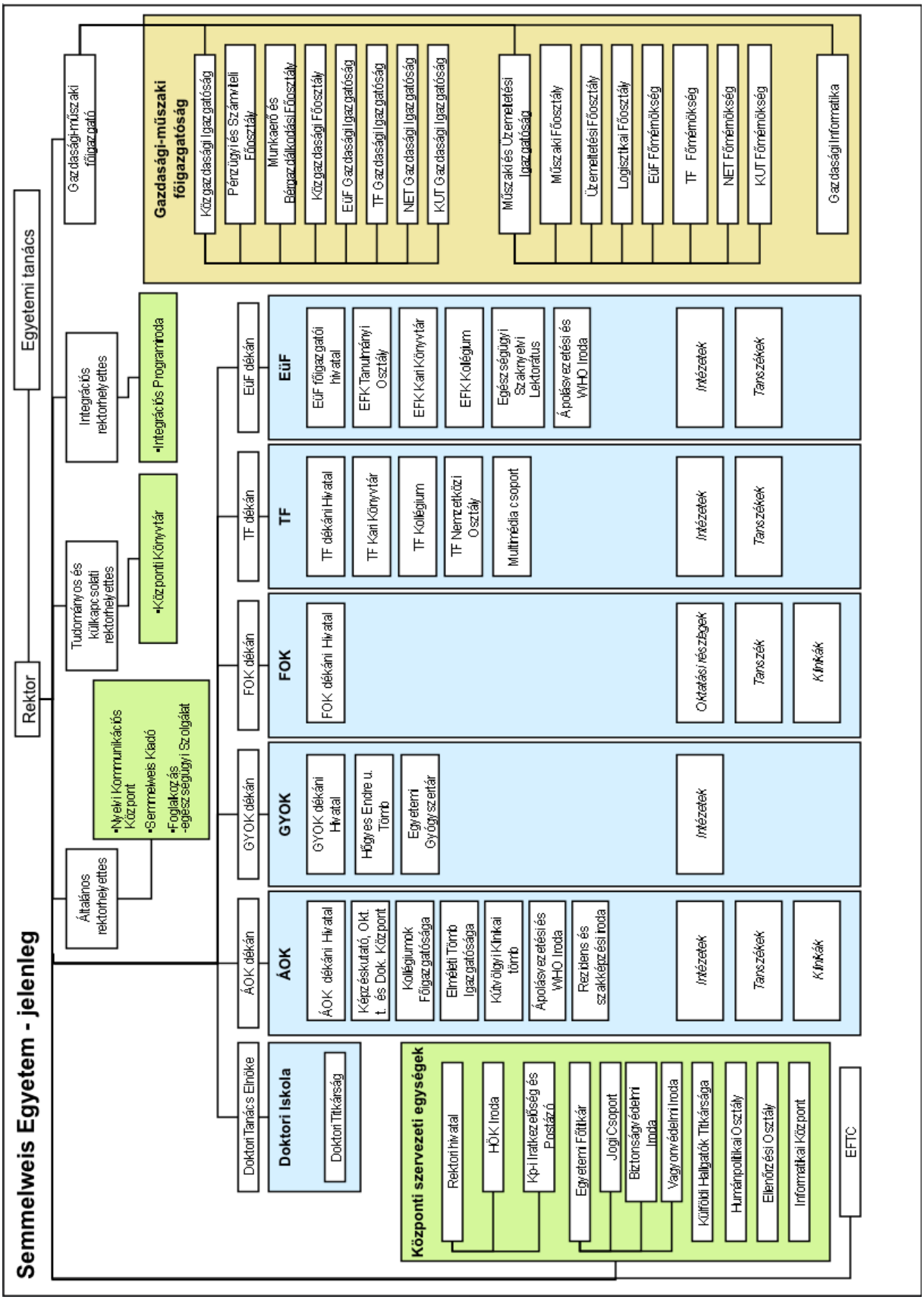
In this thesis, working on the basis of my research and own experiences, I set out those sets of market tools and management techniques which, with appropriate adaptation, may also be applied at the level of public institutions supervised and owned by the state. Working from these foundations, I define a vision of the future that lies open for one of the leading medical universities in the European Union as well as the situation and tasks of the medical university departments offering a progressive healthcare service and positioned at the pinnacle of the provision hierarchy in the current Hungarian healthcare system. I review the external health policy and financing environment necessary for a full understanding of the above activities, the Hungarian situation of progressive provision and the domestic relations of specialist nursing fundamentally required for conducting healthcare activities. The principal management measures implemented with my personal involvement at Semmelweis University in the period between 2003 and 2009 are presented and analysed and I discuss the strategic steps taken for the expansion of the university. Through the use of in-house questionnaires and media analysis I map out the impacts of measures. I summarize **the experiences of management practice acquired through innovative management means**, processed during the analysis, **and from these I formulate statements that can be generalized and put into practice at organizations struggling with these and similar problems**. On the basis of my clinical investigations I establish that the processes of biological systems and their anomalies, as well as their answers given to external interventions, can be relevant through the analysis of processes of social organizations of a similar type. Furthermore, I justify how, and with what modifications, the management tools used in the typical **market environment** can be applied in universities of the 21st century operating in a **university environment** in which the role of the state is diminishing, and which function within budgetary frameworks in non-profit forms amidst the weaknesses of the economic environment. In this thesis I prove that, even in a recessionary external environment, sustainable development is possible using these innovative management means. Through management means analysis I underpin the assertion that **strategy and consolidation**,

as well as **strategy and operational development** are not merely mutually tolerant managerial concepts but rather their existence in close alliance is the only pledge of the medium- and long-term success of an organization.

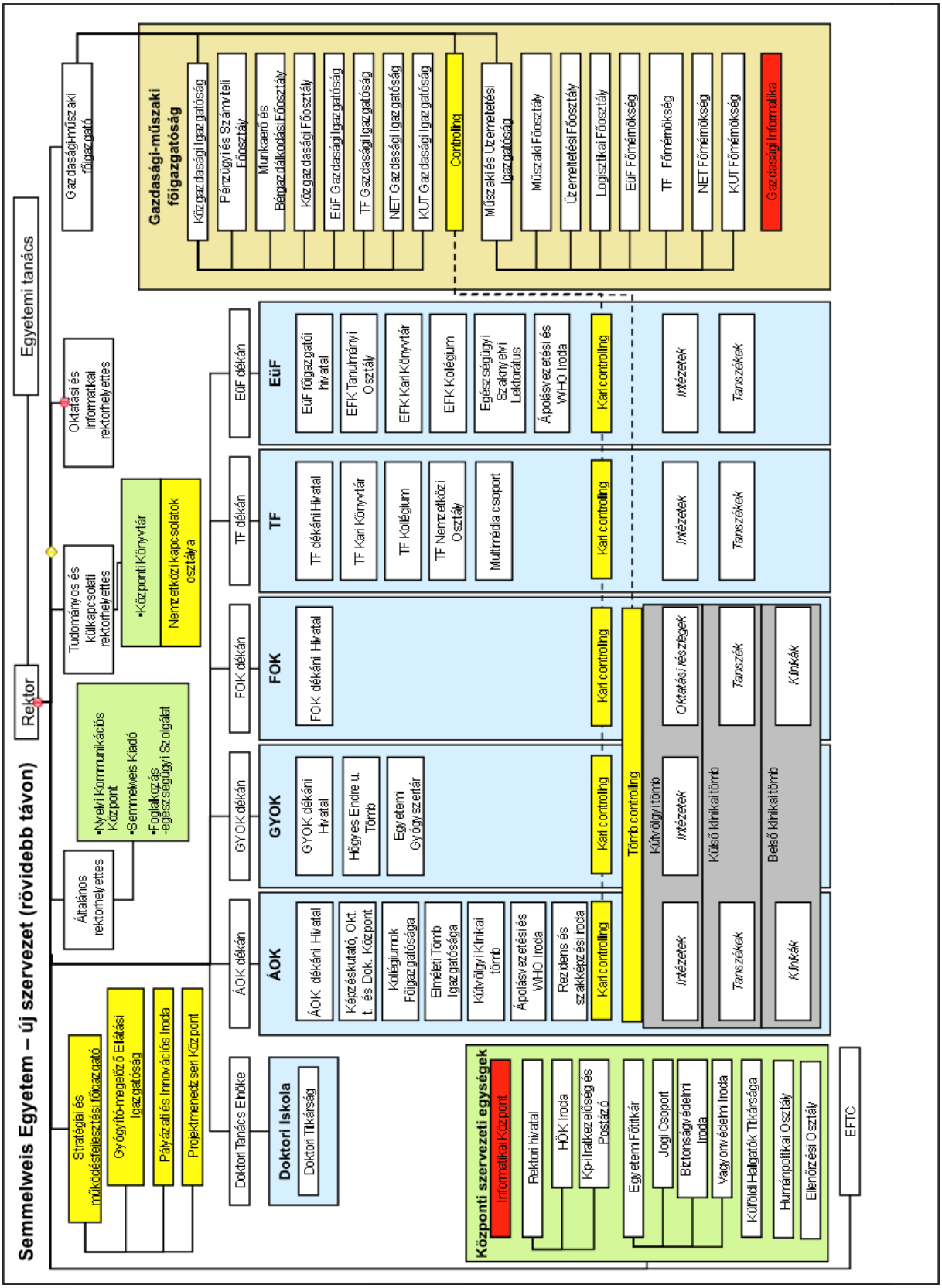
Mellékletek:

1. sz. melléklet: Semmelweis Egyetem organogrammja - jelenleg
2. sz. melléklet: Semmelweis Egyetem organogrammja – új szervezet (rövidebb távon)

1. sz. melléklet



2. sz. melléklet



Ábrák tartalomjegyzéke:

1. ábra: Néhány meghatározó mutató – esetszám, TVK, ágyszám - változása, 2006-2008 (forrás: OEP)
2. ábra: CMI alakulása intézménytípusonként (forrás: OEP)
3. ábra: HBCS arány alakulása intézménytípusonkénti (forrás: OEP)
4. ábra: Egy fekvő esetre jutó vérfelhasználás intézmény típusonként (forrás: OEP)
5. ábra: Szerződött EFI keretek intézmény típusonként (forrás: OEP)
6. ábra: Részesedés az országos EFI felhasználásból, intézmény típusonként (forrás: OEP)
7. ábra: A területen kívüli ellátások arányának alakulás intézmény típusonként (forrás: OEP)
8. ábra: TVK túlteljesítés mértéke intézmény típusonként (forrás: OEP)
9. ábra: Hatósági bizonyítványt igénylők száma 2009-ben (forrás: MESZK)
10. ábra: A kivándorló szakdolgozók megoszlása célország szerint (forrás: MESZK)
11. ábra: A szakdolgozók megoszlása életkor szerint (forrás: MESZK)
12. ábra: Az ápolói létszám alakulása 2006-2009 között (forrás: MESZK)
13. ábra: A Semmelweis Egyetem kifizetetlen, és lejárt esedékességű számlaállománya 2003-2009
14. ábra: A Semmelweis Egyetem tartozásállománya 2003-2009
15. ábra: Semmelweis Egyetem gyógyszerellátási kapcsolatrendszere
16. ábra: Dolgozói elégedettség mérés – egyetemi kötődés
17. ábra: Dolgozói elégedettség mérés – információáramlás, - kezelés
18. ábra: Dolgozói elégedettség mérés – vezetés, intézményi stratégia
19. ábra: Dolgozói elégedettség mérés – a dolgozók elégedettsége egyetemen belüli helyzetükkel
20. ábra: A Semmelweis Egyetem sajtómegjelenései 2006-2009 között, éves összesítésben
21. ábra: Sajtómegjelenések megoszlása a médiumok különböző ágai között 2007
22. ábra: Sajtómegjelenések megoszlása a médiumok különböző ágai között 2008
23. ábra: Sajtómegjelenések megoszlása a médiumok különböző ágai között 2009

Táblázatok tartalomjegyzéke:

1. táblázat: A Semmelweis Egyetem hallgatói létszámának alakulása karonkénti bontásban 2008/2009 tanév
2. táblázat: Az egyetemen tanuló külföldi hallgatók létszáma (országonként)
3. táblázat: A Semmelweis Egyetem ágyszámainak alakulása 2007. április 1. előtt és után (forrás: OEP)
4. táblázat: Az aktív fekvőbeteg ellátásba bevont kapacitás mértéke (forrás: OEP)
5. táblázat: *HBCS végzésére jogosult szolgáltatók (forrás: OEP)
6. táblázat: Elvégzett transzplantációk számának alakulása intézmény típusonként (forrás: OEP)
7. táblázat: A hiányszakmák aránya az egyetemek, és a súlyponti kórházak esetében (forrás: OEP)
8. táblázat: A bevételek alakulása intézményenként (forrás: OEP)
9. sz. táblázat: Az OKJ ápoló képzésben végzett hallgatók számának alakulása (forrás: MESZK)
10. sz. táblázat: A főiskolai szintű ápolói képesítést szerzők száma (forrás: MESZK)
11. sz. táblázat: A Semmelweis Egyetem szervezésében szakképesítést szerző ápolók száma
12. sz. táblázat: Elvárási térkép sablon
13. táblázat: Az intézmény pillérei és hordozói
14. táblázat: SWOT analízis a gyógyszergazdálkodás átalakításával kapcsolatban
15. táblázat: A Semmelweis Egyetem sajtómegjelenéseinek megoszlása a különböző médiumok között 2006 – 2009

Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz kapcsolódó közlemények listája:

1. **Stubnya G**: A Semmelweis Egyetem a változások tükrében. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2008; 7(3): 14-17.
2. Jákó K, **Stubnya G**: Az egészségügyi "reform" hatásai. A Semmelweis Egyetem. Kórház, 2008; 15(3): 56-57.
3. **Stubnya G,** Jákó K: Progresszív ellátás Magyarországon. Orvosképzés, 2009; 4: 213-222.
4. **Stubnya G**: Beavatkozási lehetőségek a változó külső környezetben a Semmelweis Egyetemen. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2009; 8(1): 17-19.
5. Pörzse G, **Stubnya G**: Stratégiai forrásmenedzsment a Semmelweis Egyetemen: külső források, tervek és lehetőségek. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2006; 5(6): 21-26.
6. Reusz GS, Miltényi G, **Stubnya G**, Szabó A, Horváth C, Byrd D J, Péter F, Tulassay T: X-linked hypophosphatemia: effects of treatment with recombinant human growth hormone. Pediatric Nephrology, 1997; 11(5): 573-577.
7. Tulassay T, Dobos M, Luczay A, **Stubnya G**, Reusz GS, Vásárhelyi B, Sallay P, Szabó A: Sodium-lithium countertransport in children with nephrotic syndrome. Pediatric Nephrology, 1999; 13(6): 510-513.
8. Miltényi G, Tory K, **Stubnya G**, Tóth-Heyn P, Vásárhelyi B, Sallay P, Szabó A, Tulassay T, Dobos M, Reusz GS: Monitoring cardiovascular changes during hemodialysis in children. Pediatric Nephrology, 2001; 16(1): 19-24.
9. Kiss R, **Stubnya G**: A integrált informatikai megoldások szerepe a szervezetmenedzsment modernizálásában a Semmelweis Egyetemen. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2006; 5(1): 46-49.
10. Juhász I, **Stubnya G**: Egy giga-projekt bevezetésének tapasztalatai. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2008; 7(7): 54-56.

11. Hankó B, **Stubnya G**: A Semmelweis Egyetem gyógyszerellátási hatékonyságának javítása. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2009; 8(5): 14-20.
12. **Stubnya G**, Balogh Z, Csetneki J: Zur beruflichen Situation von Pflegefachkräften und Geburtshelfern in Ungarn. PflegeRecht, 2009; 9: 428-434.
13. **Stubnya G**, Nagy Z, Bagdy Gy, Molnár M J, Harmatta J, Kovács G, Perczel Forintos D, Simon L, Bitter I: A válságból kivezető út. Az OPNI megszűnésétől a Semmelweis Egyetemig. Psychiatria Hungarica, 2009; 24(3): 193-204
14. **Stubnya G**, Hantos Á, Weidenhammer J, Tulassay T: Innovatives Medizinstudium der Semmelweis Universität Budapest am Asklepios Campus Hamburg. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 2010 (**közlésre elfogadva**)
15. **G Stubnya**, Z Nagy, CH Lammers, Z Rihmer, I Bitter: Deinstitutionalization in Europe. Two recent examples from Germany and Hungary. Psychiatria Danubia, 2010. (**közlésre elfogadva**)

Könyvfejezet

- **Stubnya G**, Balogh Z, Csetneki J: Ausbildung und berufsrechtliche Kompetenzen der Gesundheits- und Krankenpflege in Ungarn. In: Roßbuch R: Berufsbild Pflege. Neue Ausbildungsmöglichkeiten und Kompetenzen und deren Auswirkungen auf das Ausbildungs- und Berufsrecht und den Berufsstatus der Pflege.

A disszertáció témájához nem kapcsolódó közlemények

1. Pörzse G, **Stubnya G**: Gyógyító-, kutató- és oktatóközpont. A Semmelweis Egyetem a Budapest Fejlesztési Pólus programjaiban. Gazdasági Tükörkép Magazin, 2006; 6(7): 10.
2. **Stubnya G**.: Egészségpolitika. Orvosképzés, 2007; 92(1): 104.
3. **Stubnya G**.: Be van betonozva? IT Business, 2007; 5(47): 15.

Fontosabb szakmai előadások és interjúk

Előadások:

- Az egyetem stratégiai menedzsmentje és gyakorlata. Budapest: Semmelweis Egyetem Baráti Körének ülése, 2010. január 27.
- Ápolóképzés Magyarországon. Budapest: Dr. Batthyány László Orvoskör és a Brankovics István Alapítvány kongresszusa, 2010. január 23.
- Fókuszban az egészségipar. Budapest: I. European SME Week, 2009. május 6-14.
- Beavatkozási lehetőségek a változó külső környezetben a Semmelweis Egyetemen. Budapest: IME - VIII. Kontrolling Konferencia, 2008. december 03.
- Az egészségügyi szakemberképzés kihívásai Magyarországon az egyetemek szemszögéből. Budapest: Egészségügyi Emberi Erőforrás Fórum, 2008. június 18.
- A hatékony közbeszerzési menedzsment lehetőségei a Semmelweis Egyetemen Budapest: Egészségügyi Menedzserképző Központ – Közbeszerzési szakmai továbbképzés, 2008. május 07.
- Gyermek-szak(?) - ellátás(?) - szervezés(?), avagy hogyan tovább Közép-Magyarországi Régió. Gyermek szakellátás a Semmelweis Egyetemen. Debrecen: Magyar Kórházszövetség XX. kongresszusa, 2008. április 04.
- Core-competenciák védelme, mint stratégiai szükségszerűség. Debrecen: Magyar Kórházszövetség XX. Kongresszusa, 2008. április 02.
- Közép-magyarországi régió gyermekellátásának területi és funkcionális megosztása. Budapest: KM RET ülés, 2008. március 26.
- A Semmelweis Egyetem a változások tükrében. Budapest: IME - III. Regionális Egészségügyi Konferencia, 2008. február 20.
- Egészségpolitka a gyermekorvos szemszögéből. Budapest: Gyermekgyógyász kötelező szintentartó tanfolyam (Semmelweis Egyetem), 2007. június 09.

- Társadalombiztosítási rendszerünk a gyermekorvos szemszögéből. Budapest: Gyermekgyógyász szakvizsgára felkészítő tanfolyam (Semmelweis Egyetem), 2007. február 24.
- Stratégiai irányok és fejlesztések a Semmelweis Egyetemen. Budapest: Közbeszerzés Konferencia, 2007. február 21.
- A győztesek felelőssége. Tájkép csata után. Budapest: CEBC - Ágazati Kerekasztal Beszélgetések, 2007. február 02.
- A kőkorszaktól az atomkorig – energiagazdálkodási problémák a Semmelweis Egyetemen. Szeged: XII. Magyarországi Egészségügynapok, 2006. május 4-6.
- Társadalombiztosítási rendszerünk a gyermekorvos szemszögéből. Budapest: Gyermekgyógyász szakvizsgára felkészítő tanfolyam (Semmelweis Egyetem), 2006. február 24.
- A Régió egészségügyi fejlesztési tervei. Budapest: KM RET ülés, 2005. április 21.
- A konszolidációs és stratégiai program egy éve a Semmelweis Egyetemen. Tihany: VII. SAP Konferencia, 2004. szeptember 12.
-

Interjúk:

- Már se minőség, se mennyiség nincs a hazai felsőoktatásban? Gazdasági Tükörkép Magazin, 2010; 3: 9.
- Az orvosképzés hiánycikk egész Európában. Gazdasági Tükörkép Magazin, 2009; 5: 12.
- Hungary’s leading medical university uses AGFA HeathCare PACS to strategically glow services. We’ll take you there - ECR (European Congress of Radiology), 2008: 7-8.
- Stratégiai lépések. Integrált informatikai rendszer a Semmelweis Egyetemen. Kórház, 2007; 6: 78-79.
- Beruházások a jövőnek. Kórház, 2006; 6: 66-67.

Irodalomjegyzék

[1] Monos E. (szerk.): Rectores Medici. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2005. 23. p.

[2] Auditált klinikák. Minőségügyi standardizálásba kezdett a Semmelweis Egyetem. Kórház, 2008; 15(4): 18.

[3] Szócska M: A menedzsment alapjai. In: Kékes E et al. (szerk.): Egészségügyi informatika. Budapest: Medicina, 2000.

[4] Szócska M.: Fenntartható változtatások vezetésének feltételei magyar egészségügyi szervezetekben [doktori értekezés]. Budapest: Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, 2008. 167 p.

[5] Denzin NK, Lincoln YS: Introduction. Entering the Field of Qualitative. In: Denzin NK, Lincoln YS: Handbook of Qualitative Research. London: Sage**,** 1994**.** 1-3. p.

[6] Mason J.: Qualitative Researching. London: Sage, 2001.

[7] Gaál P.: A probléma-orientált programalkotás koncepciója. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2005; 4(4): 8-10.

[8] Scott RW.: Institutions and organizations. Ideas and interests. London. Sage, 2008.

[9] Kotter JP.: A változtatások irányítása. Budapest: Kossuth, 1999.

[10] Pörzse G.: Az Európai Unió közös kutatás-fejlesztési politikájának és programjainak fejlődése, különös tekintettel az élettudományok területére [doktori értekezés]. Budapest: Semmelweis Egyetem, Patológiai Doktori Iskola, 2007. 151 p.

[11] Bodnár V, Tanács Z: Egészségügyi reform. Függetlenül a tulajdonos szerkezettől? Kórház, 2005; 11(1-2): 21-22.

[12] Sinkó E.: Degresszív egészségpolitika Magyarországon? IME. Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2004; 3(2): 11-14.

[13] Sinkó E.: Értékrendváltás az egészségügyben. Esély, 2006; 17(6): 28-43.

[14] Dózsa Cs.: 2006-2007-es évek az egészségügyben: reformtervek és programok kavalkádja. Magyarország Politikai Évkönyve, 2007; 20(1): 889-914.

[15] 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről (Eft.)

[16] Szócska M, Réthelyi JM, Normand C: Managing healthcare reform in Hungary. Challenges and opportunities. British Medical Journal, 2005; 331(7510): 231-233.

[17] Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Endrei D, Zemplényi A, Boncz I: A 2007. április 1-jei egészségügyi reformintézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009; 47(4): 5.

[18] Vas G, Kóti Cs, Imhoff G, Ágoston I, Vas B, Boncz I: Kórházi ágyszámok összehasonlítása nemzetközi viszonylatban. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2008; 46(6): 39.

[19] Boncz I.: A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítménymutatóira, különös tekintettel az egyetemi klinikák helyzetére. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2007; 6(4): 21-26.

[20] 2008. évi CVI. törvény az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról.

[21] Sinkó E.: Az egészségügy 2008-ban: bukott reformkísérlet után I. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2009; 8(3): 5-10.

[22] Sinkó E.: Az egészségügy 2008-ban: bukott reformkísérlet után II. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2009; 8(4): 5-11.

[23] Sinkó E.: A magyar egészségügy. Bukott reformkísérlete után. Társadalomelméleti és Kulturális Lap, 2009; 38(5): 2-7.

[24] Sinkó E.: A magyar egészségügy. Bukott reformkísérlet után. Nemzeti Érdek, 2009; 3(1): 3-8.

[25] Tulassay T.: A magyarországi progresszív betegellátás szerepe és gondjai. Kórház, 1998; 5(8): 2-6.

[26] Boncz I, Sebestyén A: Az egyetemek szerepe a progresszív betegellátás rendszerében. Orvosi Hetilap, 2003; 144 (11): 523-528.

[27] Sinkó E.: Diszfunkcionalitások a magyar egészségügyben. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2009; 8(7): 9-12.

[28] Dózsa Cs.: A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2005; 4(4): 18-23.

[29] 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről.

[30] Bordás I.: Bevétel/közvetlen költség arány vizsgálata HBCS 4.2 adatok alapján. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2000; 38(5): 512.

[31] Boncz I, Sebestyén A: Normatív (HBCS szerinti) és tényleges kórházi gyógyszerköltség az aktív fekvőbeteg szakellátásban. Gyógyszerészet, 2002; 46(9) 543-546.

[32] Miskovits E.: Mennyit költöttünk vérkészítményre 2005-ben? Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2006; 44(2): 42.

[33] 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint tárolásra és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról.

[34] 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről.

[35] 2006. évi CXXXII. törvény 1. sz. melléklet.

[36] 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról (Ötv).

[37] Kereszty É.: Az önkormányzatok területi ellátási kötelezettsége az egészségügyben. A Falu, 1997; 12(1): 55-59.

[38] 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről.

[39] Fendler J, Szummer Cs: Táncolni gúzsba kötve, de pontosan. Teljesítménytervezés és teljesítményszabályozás a TVK jelenlegi feltételei mellett. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2007; 6(5): 6-10.

[40] Betlehem J, Boncz I, Kriszbacher I, Illei Gy, Tahin T, Bódis J: Az ápolóképzés változása hazánkban az Európai Felsőoktatási Térségben. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2008; 7(1): 27-32.

[41] Csóka M.: A Semmelweis Egyetemen folyó diplomás ápolóképzés tizenhat éve. Orvosi Hetilap, 2006; 147(25): 1189-1194.

[42] KSH Évkönyv, Budapest: KSH, 2007.

[43] Csetneki J.: Ápolók kritikus helyzetben. Hivatásunk 2008; 3(2): 4-5.

[44] Balogh Z.: „Mi lett veled nővérke?" Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009; 47(1): 15-22.

[45] Köbli M, Nagy L, Pálfiné Dr. Szabó I: Kiégés szindróma vizsgálata az ápolók körében. Nővér, 2008; 21(6):11-20.

[46] Balogh Z, Borbás I, Lakó E (szerk.): Az ápolás helyzete Magyarországon. Budapest: ETI, 2008.

[47] Beckhard R, Harris RT: Organizational transitions: managing complex change. Michigan: Addison-Wesley Pub. Co., 1987. p.117.

[48] Gaál P.: Értékkonszenzus a magyar egészségügyben. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2005; 4(4):11-15.

[49] Jepperson RL.: Institutions, institutional effects, and institutionalization. In: Powell WW, DiMaggio PJ (szerk.): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago: Chicago University Press, 1991. p. 143-163.

[50] Andersson SK.: Imitating by editing success: The construction of organization fields. In: Czarniawska B, Joerges B: Translating Organizational Change. New York: Walter de Gruyter, 1996. p. 69-92.

[51] Scott RW.: Institutions and organizations. Ideas and interests. London. Sage, 2008. p. 78.

[52] Innis HA.: Empire and Communications. Toronto: University of Toronto Press. 1972. p. 332.

[53] Innis HA.: Staple, Markets, and Cultural Change. Montreal: McGil-Queen University Press, 1995. p. 332.

[54] Anderson B.: Imagined Communities: Reflection on the Origin and Spread of Nationalism. London: Verso, 1983. p. 44-45.

[55] Appadurai A.: Modernity at Large. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1996. p. 53.

[56] Sewell WH.: A theory of structure: Duality, agency, and transformation. American Journal of Sociology, 1992; 98: 1-29.

[57] Selzinck P.: Leadership in Administration. New York: Harper & Row. 1957.

[58] Williamson OE.: Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives. Administrative Science Quarterly, 1991; 36: 269-296.

[59] Veblen TB.: Why is economics not an evolutionary science? Quartely Journal of Economics, 1998; 22: 403-414.

[60] March JG, Herbert AS.: Organizations. New York: Wiley, 1958.

[61] Nelson RR, Winter SG: An Evolutionary Theory of Economic Change. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press, 1982.

[62] Winter S.F.: Survival, selection, and inheritance in evolutionary theories of organization. In: Jitndra V.S. (szerk.): Organizational Evolution: New Directions. Newbury Park: CA: Sage, 1990. p. 269-297.

[63] Miner AS.: The social ecology of jobs. American Sociological Review, 1991; 56: 772-785.

[64] Hanks WF.: „Foreword". In: Lave J, Etienne W: Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. p. 13-26.

[65] Lave J, Wegner: Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. p. 29.

[66] Suchman MC.: The contract as social artifa ct. Law & Society Review, 2003; 37: 91-142.

[67] Blau PM, McHugh FC, Mckinley W, Phelps KT: Technology and organization in manufacturing. Administrative Science Quarterly, 1976; 21: 20-40.

[68] Woodward J.: 1958. Management and Technology. London: H.M.S.O., 1958.

[69] Bijker WE, Hughes T, Pinch T, et al.: The Social Construction of Technological Systems. New Directions in the Sociology and History of Technology. Cambridge: MIT Press, 1987.

[70] Gagliardi P.: Artifacts as pathways and remains of organizational life. In: Gagliardi P (szerk.): Symbols and Artifacts. Views of the Corporate Landscape. New York: Walter de Gruyter, 1990. p. 3-38.

[71] Orlikowski WJ.: The duality of technology: Rethinking the concept of technology in organizations. Organization Science, 1992; 3: 398-427.

[72] Giddens A.: The Constitution of Society. Berkeley: University of California Press, 1984.

[73] Barley SR.: Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. Administrative Science Quarterly, 1986; 31:78-108.

[74] Kantz ML, Shapiro C: Network externalities, competition, and compatibility. American Economic Review, 1985; 75: 424-440.

[75] Szócska M.: Változtatás-menedzsment, mint az érdekek integrálásának eszköze. Kórház, 1999; 6(3): 26-29.

[76] Szócska M.: Változásmenedzsment. Egészségügyi Gazdasági Szemle,1999; 37(4): 414-420.

[77] Groves KS.: An examination of leader social intelligence and follower openness to organizational change as key components of charismatic leadership [dissertation]. Claremont (CA): The Claremont Graduate University, 2002. 166 p.

[78] Gu Y.: An assessment of the relationship between board composition and healthcare organization financial performance [master's thesis]. Houston (TX): The University of Texas School of Public Health, 2009. 54 p.

[79] Stewart LJ.: The influence of strategic alliance participation on cost management system design [dissertation]. Wisconsin (IL): The University of Wisconsin-Madison, 1997.

[80] Csermely P, Kovács I, Mihalik Á, Nánási T, Palotai R: Hogyan küzdik le a válságokat a biológiai hálózatok, és mit tanulhatunk tőlük? Magyar Tudomány, 2009; 170(11): 1381-1389.

[81] Csermely P.: Hálózatok 2007-ben. Hogyan erősítené a hazai társadalmi tőke az ország pozícióit a nemzetközi gazdasági hálózatokban? Magyarország Politikai Évkönyve, 2007; 20(1): DVD melléklet.

[82] Csermely P, Fodor I, Joly E, Lámfalussy S: Szárny és teher. Budapest: Bölcsek tanácsa Alapítvány, 2009.

[83] Hughes JJ.: Organization and information at the bed-side: The experience of the medical division of labor by university hospital's inpatients. (Volumes I and II) [dissertation]. Chicago (IL): The University of Chicago, 1995. 339 p.

[84] Bodnár V, Tanács Z: A közfeladatok felülvizsgálata Magyarországon 2007-ben. „ A minisztériumok feladat- és hatáskörébe tartozó közfeladatok felülvizsgálatának szervezése és támogatása, és javaslattétel a szükséges módosításokra". Magyarország Politikai Évkönyve, 2007; 20(1): 410-433.

[85] 1993. évi LXXX. törvény a felsőoktatásról (hatályon kívül helyezve)

[86] 2005. évi CXXXIX. törvény a felsőoktatásról (Ftv.)

[87] Madarász GI.: Változtatni kell az egyetemek menedzsmentjén - Sótonyi Péter, a Semmelweis Egyetem rektora. Magyar Felsőoktatás, 2001, (10): 16-17.

[88] 1995. évi XL. törvény a közbeszerzésekről (hatályon kívül helyezve)

[89] 2003. évi CXXIX. törvény a közbeszerzésekről

[90] Pörzse G.: A Semmelweis Egyetem kapcsolódási lehetőségei az Európai Unió Innovative Medicines Intiative kezdeményezéshez. Gyógyszerészet, 2006; 50(8): 514-518.

[91] Pörzse G.: Az élettudományok támogatása az Európai unióban. Orvosképzés, 2006; 81(1): 59-67.

[92] 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

[93] 41/2007. (IX. 19.) EüM rendelet a közforgalmú, fiók– és kézigyógyszertárak, továbbá intézeti gyógyszertárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről

[94] Lóránth I.: Csökkenő gyógyszerfogyasztás. Kórház, 2007; 6: 25-27.

[95] Állami Számvevőszék: Jelentés az állami és önkormányzati kórházak gyógyszergazdálkodásának elemzéséről (0707). [Internet] Budapest: Állami Számvevőszék, 2007. [megnézve: 2010. március 17.]
Megtalálható: http://www.asz.hu/ASZ/www.nsf/jelentesek.html

[96] Bond CA, Raehl CL, Franke T: Clinical Pharmacy Services, Hospital Pharmacy Staffing, and Medication Errors in United States Hospitals. Pharmacotherapy, 2002; 22: 134-147.

[97] Holloway K, Green T: Drug and therapeutics committees. A practical guide. Geneva: WHO; 2003.

[98] Naranjo A, Shear NH, Lanctot KL: Advances in the diagnosis of adverse drug reactions. Journal of Clinical Pharmacology, 1992; 32: 897-904.

[99] Bacskó P.: Az egészségügyi informatika külföldön és Magyarországon. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2008; 46(6): 26.

[100] Harangi J.: Egészségügyi informatika lehetőségei és alkalmazásának hatásai. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2005; 4(4): 52-54.

[101] Csidei I, Horváth L, Pendli J: A tervezhetőség, mint sikertényező. Informatika, kontrolling, minőség, eredményesség. Kórház, 2005; 11(3): 26-29.

[102] Édes I.: Lépést tartani a korral. Egészségügyi és informatika. Kórház, 2003; 10(11): 29-30.

[103] Dömölki B.: Az informatika szerepe a szervezetek működésében. Egészségügyi Menedzsment, 2000; 2(6): 47.

[104] Kozmann Gy, Szakolczai K: Gondolatok az egészségügyi informatika fejlesztéséről. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2003; 2(6). 34-38.

[105] Stubnya G.: Stratégiai lépések. Integrált informatika rendszer a Semmelweis Egyetemen. Kórház, 2007; 14(6): 78-80.

[106] Hodosi Gy.: Telemedicina. A teleradiológia Európában és Magyarországon. Kórház, 2005; 11(6): 38-39.

[107] Hodosi Gy.: Egészségügyi információs rendszerek és ezen belül a képi információ. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2002; 1(2): 37-39.

[108] Hodosi Gy.: A képalapú diagnosztika forradalma. Egészségügyi Menedzsment, 2004; 6(3-4): 68-70.

[109] Aszódi G, Auer Zs: Világszínvonalon. Kompromisszumok nélkül IT infrastruktúrafejlesztés a Semmelweis Egyetemen. IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2006; 5(1): 50-51.

[110] Antal Zs, Bodnár V, Dobák M: Szervezeti alapformák. Duális szervezetek. In: Dobák M.: Szervezeti és vezetési formák. Budapest; Közgazdasági és Jogi Kiadó, 1997. p. 92-101.

[111] Orvosképzés külföldön. A Semmelweis Egyetem Németországban. Kórház, 2008; 15(1-2): 13.

[112] Szepesi A, Bene Zs: Rekviem az OPNI-ért. Búcsúzunk hazánk egyik legrégebbi kórházától. Kórház, 2007; 14(1-2): 69-72.

[113] Rihmer Z, Arató M, Szentistványi I, Bánki MC: The red blood cell/plasma lithium ratio: Marker of biological heterogeneity within affective íllness? Psychiatry Research, 1982; 6: 197-201.

[114] Rihmer Z, Arató M: The dexamethasone suppression test as clinical aid and research tool in patients with affective disorders. Psychopharmacology Bulletin, 1984; 20: 174-177.

[115] Rihmer Z, Barsi J, Arató M, Demeter E: Suicide in subtypes of primary major depression. Journal of Affective Disorders, 1990; 18: 221-225.

[116] Rihmer Z, Aksikal HS: Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining suicide statistics from many countrie. Journal of Affective Disorders, 2006; 94: 3-13.

[117] Rihmer Z.: Suicide risk in mood disorders. Current Opinion in Psychiatry, 2007; 20: 17-22.

[118] Lóránth I.: Az OPNI helyett... Pszichiátriai módszertani központot terveznek. Kórház, 2008; 15(10): 20.

[119] Asbóth K.: Mit beszél a média az egészségügyről? Kommunikáció és informatika. Kórház, 2007; 14(7-8): 44-46.

[120] Lóránth I.: Árthat is, segíthet is a média. A figyelem középpontjában az orvostudomány. Kórház, 2006; 12(2-3): 70.

[121] Hunya É.: ”Ne szólj szám, nem fáj fejem?" - A média és az egészségügy kapcsolata. Egészségügyi menedzsment, 2002; 4(2): 81-85.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet elsőként **Tulassay Tivadar** rektor úrnak fejezem ki, akinek hívó szava lehetővé tette, hogy az elemzett időszakban aktívan részt vehessek a Semmelweis Egyetem irányításában. Köszönöm a támogató szavakat prof. **Sótonyi Péter** rector emeritus úrnak, aki tanácsaival, programvezetőként végig egyengette értekezésem elkészültét. Köszönöm továbbá prof. **Szél Ágoston** rektorhelyettes úrnak a bátorítást és segítő szavakat.

Köszönettel tartozom továbbá témavezetőmnek **Pörzse Gábornak**, aki szigorú útmutatásaival segítette értekezésem létrejöttét.

Hálás vagyok mindazon vezetőtársaimnak, akikkel ebben az időszakban együtt dolgozhattam, különösen ezen évek rektorhelyetteseinek prof. **Ádám Veronika** rektorhelyettes asszonynak, prof. **Fejérdy Pál**, prof. **Kollai Márk** és prof. **Kopper László** rektorhelyettes uraknak. Külön köszönöm az együtt töltött éveket és segítőkészséget **Ivády Vilmos** főigazgató úrnak.

Köszönöm közvetlen munkatársaim támogató, segítő hozzáállását Kapin Gabriellának, Reichardt Krisztinának, Lukács Adriennek és Orosz Nikolettának.

Köszönöm szerzőtársaim segítségét is, akikkel sikerült elmélyülnünk a közelmúlt történéseiben, és elemeznünk az elmúlt évek sikereit és kudarcait.

Külön köszönöm valamennyi egyetemi polgár támogatását az elmúlt hat év egyetemi folyamatainak tökéletesítésében.

Utoljára, de nem utolsó sorban nagyon köszönöm szüleim és feleségem támogatását, valamint fiaim, Bence, Marci és Jancsi sok-sok lemondását annak érdekében, hogy kellő időt és energiát szentelhessek az egyetemnek és jelen értekezésnek.