

Budapesti Corvinus Egyetem

Gazdálkodástudományi Kar

Vezetéstudományi Intézet

A mátrixkórház orvosszakmai és gazdasági előnyei - A Szent Imre Kórház mátrixstruktúrája -

Készítette: Atkány Katalin

Gazdálkodási-kommunikáció szak

Vezetés-szervezés szakirány

2010

Szakszeminárium-vezető: Dr. Antal Zsuzsanna

Köszönetnyilvánítás

A következő szakdolgozat 2010 tavaszán, a Budapesti Corvinus Egyetem Vezetéstudományi Intézetén készült diplomamunka keretében.

Szeretném kifejezni köszönetemet a konzulensemnek Dr. Antal Zsuzsannának, a Szent Imre Kórház orvosiigazgatójának Dr. Mezőfi Miklósnak, illetve a mosonmagyaróvári Kórház vezetőjének Dr. Vermes Tamásnak és kórház orvosiigazgatójának Dr. Bodnár Máriának, hogy a szakdolgozatom megírásához támogatást nyújtottak.

Köszönettel,
Atkár Katalin

Tartalomjegyzék

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	2
TARTALOMJEGYZÉK.....	3
1.BEVEZETÉS	5
1.1 CÉLKITŰZÉSEK	5
1.2 SZAKDOLGOZAT FELÉPÍTÉSE	6
2. EGÉSZSÉGÜGY, MINT SPECIÁLIS RENDSZER.....	7
2.1 AZ EGÉSZSÉGÜGYI SEKTOR SAJÁTOSSÁGAI.....	8
2.2 ÖSSZEGZÉS.....	13
3. EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ALAPELVEINEK VÁLTOZÁSA ÉS EZEK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNY STRUKTÚRÁJÁRA.....	15
3.1 EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ALAPELVEINEK VÁLTOZÁSA	15
3.1.1 Orvos technológia és diagnosztika eszközök, eljárások rohamos fejlődés	15
3.1.2 A lakosság átlagos életkorának és élettartamának növekedése.....	16
3.1.3 Az egészséget fenyegető tényezők növekedése	19
3.2 AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÁTALAKÍTÁSÁNÁL FIGYELEMBE VEHETŐ OKOK	19
3.3 KÓRHÁZ STRUKTÚRA KORSZERŰSÍTÉSÉNEK OKAI ÉS LEGSZÜKSÉGESEBB FELADATAI	21
3.3.1 Bürokratizmus csökkentése	22
3.3.2 Az adminisztráció centralizáltságának és az orvosi működés decentralizáltságának csökkentése	23
3.3.3 A folyamatokhoz és nem a standardokhoz igazodó szervezeti struktúra	25
3.3.4 Munkakörök újraszabályozása	27
4. MÁTRIXKÓRHÁZ STRUKTÚRÁJÁNAK BEMUTATÁSA, MŰKÖDÉSÉNEK LÉNYEGE.....	28
4.1 MÁTRIXSTRUKTÚRA MŰKÖDÉSE ÉS JELLEMZŐI	28
4.2 MÁTRIXSTRUKTÚRÁT LEÍRÓ STRUKTURÁLIS JELLEMZŐK	29
4.2.1 Munkamegosztás	29
4.2.2 Hatáskörmegosztás	30
4.2.3 Koordináció	31
4.2.4 Konfiguráció.....	32
4.3 MÁTRIXSZERVEZET	33
4.3.1 Mátrixvezetés (MV)	33
4.3.2 Mátrixegység (ME)	33
4.3.3 Metszéspontok (MP)	34

4.4 MÁTRIXKÓRHÁZ	35
4.4.1 Mátrixkórház általános jellemzői	36
4.4.2 A mátrixkórház összehasonlítása a hagyományos kórházi szervezeti formával	37
4.4.3 Mátrix vagy nem mátrix a jogi értemben vett mátrixszervezet?	40
4.5 A MÁTRIXSZERVEZET ALKALMAZÁSÁNAK KÖRÜLMÉNYEI, FELTÉTELEI	42
4.6 A MÁTRIXSZERVEZET TÍPUSAI	45
4.6.1 Funkcionális-tárgyi	45
4.6.1.1 Termékorientált mátrix	46
4.6.1.2 Projektorientált mátrix	47
4.6.2 Funkcionális-funkcionális	48
4.6.2.1 Betegellátási folyamat alapján	48
4.6.2.2 Résztvevők funkciója alapján	49
4.6.2.3 Ápolás, mint funkcionális egység	49
4.6.3 Funkcionális-regionális	51
4.6.4 Tárgyi-regionális	52
4.7 A MÁTRIXSTRUKTÚRA ALKALMAZÁSÁBÓL FAKADÓ ELŐNYÖK	52
4.8 A MÁTRIXSTRUKTÚRA ALKALMAZÁSÁBÓL FAKADÓ HÁTRÁNYOK	55
5. SZENT IMRE KÓRHÁZ BEMUTATÁSA	60
5.1 A KÓRHÁZ RÖVID TÖRTÉNETE	60
5.2 A MÁTRIXSTRUKTÚRA KIALAKÍTÁSÁNAK OKAI	61
5.3 AZ ÁTALAKÍTÁS FOLYAMATA ÉS MÉRFÖLDKÖVEI	64
5.4 A MÁTRIXOSZTÁLYOK FELÉPÍTÉSE ÉS KIALAKÍTÁSUK SZAKMAI HATÁSA	66
5.4.1 Operatív Szakmák Mátrix Szervezete	67
5.4.2 Belgyógyászati Szakmák Mátrix Szervezete	72
5.4.3 Sürgősségi Betegellátási Centrum	72
5.4.4 Kardiometabolikus Centrum	74
5.4.5 A Kórházban funkcionális egységként működő osztályok	74
5.5 A BETEGELLÁTÁS FOLYAMATA	75
5.6 A MÁTRIXSTRUKTÚRA KIALAKÍTÁSÁNAK GAZDASÁGI ÉS ORVOSSZAKMAI ELŐNYEI	76
5.7 A MÁTRIXSTRUKTÚRA KIALAKÍTÁSÁNAK ORVOSSZAKMAI HÁTRÁNYAI	77
5.8 A MÁTRIXOSZTÁLYOK KIALAKÍTÁSNAK HATÁSA AZ ELÉRT EREDMÉNY TÜKRÉBEN	78
5.9 A FEJLESZTÉSI FOLYAMAT ÉS AZ ELÉRT EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSE	80
6. ÖSSZEGZÉS	83
IRODALOMJEGYZÉK	85
MELLÉKLETEK	89

1.Bevezetés

1.1 Célkitűzések

A kórházak szervezetét és működését a közelmúltban számtalan hatás érte. A költségek lefaragása érdekében tett intézkedések meghozatalával együtt, egyre bonyolultabbá vált az egészségügyi ellátás szervezeti rendszere. Megdrágultak, egyúttal nagyon nehezen finanszírozhatóvá váltak a kórházak, melyek méreteiben és technológiai fejlettség tekintetében is megnövekedtek. Mindemellett az egészségügy mind szakmailag, mind a társadalmi szemléletmód tekintetében új irányokat vett, amikhez a XXI. század kórházainak eredményes működésük érdekében igazodniuk kell.

Egyre több nemzetközi és hazai gyakorlatban átalakított kórház példája és szakértők beszámolóit láttán, már születőben van néhány módszer, ami megoldást jelenthet a kórházi szervezet gondjára. Ezek közül jelen dolgozat az egészségügyi intézmények mátrixkórházakká történő átalakítását járja körül.

A mátrixkórház működésének megfigyelése során a következő kérdésekre keresem a választ:

- Melyek azok a feltételek, amelyek alkalmassá tehetnek egy kórházat a mátrixstruktúrára történő átállásra és abban történő hosszú távú működésre, illetve melyek azok a jellemzők, amelyek kizárják ennek bevezetését?
- Mennyire lehet hatékony egy ilyen jellegű szervezet gazdasági és orvosszakmai szemmel?
- A hatásosság valóban hatékonyságot is jelent? Valóban gyorsabban gyógyul-e a beteg ebben a rendszerben, és ha igen, az egyértelműen szakmailag is eredményesnek nevezhető?

A dolgozat a kórház strukturális átalakításának módját, hatásait és az ezeket befolyásoló tényezőket vizsgálja. Nem célja a magyarországi egészségügyi rendszer felépítésének, jellemzőinek, valamint finanszírozás módjának bemutatása. Azonban ezek a tényezők a

szervezetet közvetlenül befolyásoló jellemzők közé tartoznak, ezért a szerkezeti változások elemzésében ezek a szempontok is jelen vannak.

A mátrixkórház kialakítására hazánkban még kevés példa van, az általam bemutatásra kerülő Szent Imre Kórház, az elsők között található a vállalkozó szellemű egészségügyi intézmények között, ahol úgy gondolták, hogy a szerkezet átalakítás megoldást jelenthet a problémáikra. Azonban fontos kiemelni, ez a lehetőség még gyerek cipőben jár Magyarországon, jelenleg még nagyon kevesen próbálkoznak ilyen módon, és a kórházak esetében is kevés idő telt még el, hogy pontosan kialakulhasson a mátrixkórház valódi formája, amelyről valóban megítélhető lenne, hogy alkalmas vagy nem az egészségügyi szervezetek esetében.

1.2 Szakdolgozat felépítése

A dolgozat első részében az egészségügyi rendszer sajátosságait mutatom be, kitérve arra, hogy az elmúlt időszak társadalmi, technológiai változásai milyen új kihívásokkal szembesítették az egészségügyi intézményeket.

Ezt követően definiálom a mátrixkórház fogalmát, jellemzőit, kialakításának feltételeit és strukturális elemeit, majd azon formáit mutatom be, amelyek megvalósíthatóak lehetnek az egészségügyben.

A gyakorlati részben a Szent Imre Kórház rövid bemutatása után vázolom azokat a tényezőket, amik a kórházat a változás felé indították. Későbbiekben bemutatom az általuk bevezetett mátrixformát. Végül, mátrixstruktúra alkalmazásának előnyeit, illetve hátrányait fejtem ki a kórház tapasztalatai alapján.

2. Egészségügy, mint speciális rendszer

Egészségügyi világszervezet (WHO – World Health Organization) definíciója szerint¹ az egészségügyi rendszer része minden olyan tevékenység, amelynek elsődleges céljai:

- Hozzájárulni a lakosság egészének egészségének javításához, megőrzéséhez.
- Érzékenyen kezelni az emberek elvárásait, amikbe beletartozik az emberi méltóság védelme, bizalmasság és az önirányítás, valamint különös odafigyelés a speciális szükségletű és a hátrányosabb csoportok irányába.
- Mindenki számára hozzáférhető alapellátás biztosítása, és a túlköltekezés elleni védekezés.

Az egészségügy a társadalom számára nélkülözhetetlen szektor, az egészség megőrzése, megtartása tekintetében, így az eredményessége is a társadalom szempontjából kulcsfontosságú. Azonban, az elmúlt évtizedek tendenciái rendkívül ellentmondásosak voltak ezen a területen, mind globális, európai és hazai szinten is. Miközben az egészség értéke egyre inkább felértékelődik az egyén és a társadalom számára, addig ezzel párhuzamosan egyre erősödik az egészséget veszélyeztető tényezők aránya. (Ilyen káros tényezők lehetnek a világméretű járványok.)

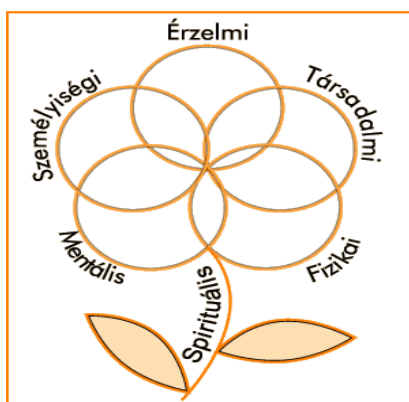
A nemzetközi pozitív példák, az európai uniós nyomás már nagyobb kényszert jelent a változás irányába, aminek fontosságát a hazai folyamatok (ilyen például, a gyengülő betegellátás, orvoshiány, felesleges betegküldözgetés stb.) is alátámasztják. S ezt a helyzetet erősítették az elmúlt évek egymásnak ellentmondó, nem az egész rendszert figyelembe vevő intézkedései, amelyek komoly problémákat jelentettek az egészségügyi intézményekben. A különféle reformok, megszorítások, átszervezések célja az volt, hogy csökkentsék a növekvő kiadásokat, de emellett minőségi szolgáltatást nyújtsanak. Ezek, a különféle kormány törekvések azonban nem érték el céljukat. A hibák egy része abból fakad, hogy nem egy, könnyen átlátható és a folyamatok minden részletét átható reformok születtek az elmúlt években. Például, a 2007-ben bevezetett,

¹World Health Organization honlapja: <http://www.euro.who.int/healthsystems>; letöltés: 2010. március 4.

majd 2008 elején eltörölt 300 forintos vizitdíj esetében, az emberek ellenkezése mellett maga az adminisztrációs költségek is gondot jelentettek. Vagy, a szintén 2007-ben a kórházi átszervezések kapcsán, nem volt elegendő az ágyszámok csökkentése, azoknak a megmarad kórházak fejlesztésével, illetve a bezárt kórházak utóéletével kapcsolatos konkrét tervekről is szólniuk kellett volna.²

A hiba másik forrása, a szektor sajátos jellemzőiből fakad, amik megakadályozzák, hogy egy más területen jól bevált módszer könnyen megfeleltethető legyen az egészségügyben. A szektor jellegzetességei azonban nem abból fakadnak, hogy olyan speciális jellemzőkkel rendelkezne, ami máshol nem figyelhető meg, hanem abból, hogy az üzleti vagy közszolgálati szektor más-más területein ezek a tényezők általában nincsenek együttesen jelen, illetve nem ilyen intenzíven, mint az egészségügyben.

2.1 Az egészségügyi szektor sajátosságai



1. ábra: Egészség-virágmodell

*Forrás: Pál Katalin – Császár Judit –
Huszár Anikó – Bognár József*

Az egészség értéke

A WHO definíciója szerint az egészség felfogható a testi, lelki, és szociális jólét állapotaként és nemcsak úgy, mint a betegségek és gyengeségek hiánya.³ A fogalomhoz szociológiai nézőpontból közelítve Parsons úgy véli, hogy az „egészség jelenthet egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot is, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes megvalósítani azokat a társadalmi szerepeket, melyeket környezete a munkahelyén, a családban elvár tőle”.⁴ Ezeken

² 65/2008. (III. 29.) Korm. rendelet a vizitdíj és a kórházi napidíj megszüntetésével kapcsolatos egyes kormányrendeletek módosításáról és hatályon kívül helyezéséről

³ WHO (World Health Organization) honlapja: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>; letöltés: 2010. március 8.

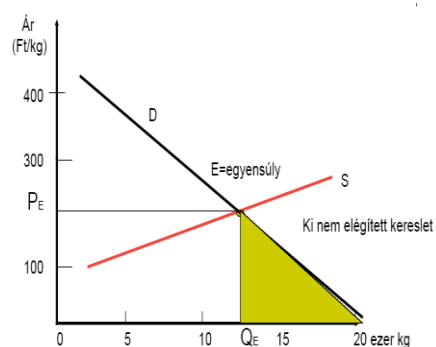
⁴ Az egészség fogalma; http://www.blathy.hu/tananyag/az_egeszseg_fogalma.pdf; letöltés 2010. március 8.

kívül még több meghatározás is létezik, de a többségi álláspont McLain 1997-ben⁵ tett megállapítását fogadja el, mely szerint az egészségnek fizikai, társadalmi (társas, szociális), érzelmi, személyiséggel kapcsolatos, mentális, valamint spirituális dimenziói vannak. Amint, azt az ábrán látható virágmodell is mutatja, ezek a tényezők szoros kölcsönhatásban állnak egymással.⁵

Épp úgy, ahogy a fogalmi meghatározás is rendkívül sokszínű, ugyanúgy nem lehet egyféleképpen és számszerűen meghatározni, hogy mit is ér az ember egészsége, élete. Gazdasági szempontból tekintve minden dolog annyit ér, amennyit valaki hajlandó fizetni érte.⁶ A szolgáltatások finanszírozása tekintetében ez meg is jelenik, az igénybe vehető/vett szolgáltatások színvonala és lehetőségek tekintetében, de az emberi érték meghatározásánál ez már nem vezet eredményhez. Az egészségre a gazdaság más szektorai is hatást gyakorolnak, például, káros zaj, anyagok révén. A különbség csupán az, hogy az egészségügy szerepe ebben a folyamatban az egészségre közvetlenebb, hosszabb távú és intenzívebb az esetek többségében.

Egyenlő hozzáférés elve

A demokratikus társadalmakban az egymás iránti szolidaritás jegyében az állam úgy szabályozza az egészségügyben való részvételt, hogy minimalizálja a belépéshez szükséges feltételeket, azaz az alapellátásokhoz való jogot minden állampolgára számára lehetővé teszi, ingyenes vagy csekély összeg ellenérték fejében. Ez azonban azt jelenti, hogy nem veszi, nem veheti figyelembe a fizető képes keresletet, mivel biztosítani kell mindenki számára az egészsége megőrzéséhez szükséges feltételeket.



2. ábra Egyenlőtlen hozzáférés a piaci modellben

Forrás: Dr. Pulay Gyula

⁵ Pál Katalin – Császár Judit – Huszár Anikó – Bognár József: A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában, <http://www.ofi.hu/tudastar/testneveles-szerepe>, letöltés: 2010. április 25.

⁶ Orosz Éva: Egészségügyi szolgáltatások 216. oldal; In: Papp Ilona (szerk.): Szolgáltatások a harmadik évezredben, AULA Budapest 2003.

Káros szelekció

Az egyenlő hozzáférés elve elvezethet a káros szelekció problémájához. A biztosítók belépésével elkezdődött egy bizonyos szelekciós folyamat, amely során lehetővé válik, hogy egyesek kikerüljenek az egészségügyi ellátásból. Ezért, akiknek valamilyen betegsége van, olyan biztosítókat keresnek, ahol kevésbé szelektálnak, azonban éppen ennek a kockázatnak a következtében a biztosítók magasabbra emelik díjaikat, ami viszont az átlagos betegeket visszavetheti.⁷

Morális kockázat

Az egyenlő hozzáférés elve kapcsán egy másik kérdés is felmerülhet, ugyanis a biztosító megjelenésével a biztosítások egy gyakori következménye itt is felbukkan, nevezetesen az, hogy minél nagyobb mértékben fedezi a biztosító a kárt, a biztosított annál kevésbé lesz érdekelt a megelőzésben, és abban, hogy a baj bekövetkeztekor a veszteség minél kevesebb legyen.

Ez az egészségügyben is igaz, a betegek a számukra biztosított ingyenes, illetve alacsony szolgáltatás igénybe vételekor nem mérik fel azok valódi szükségszerűségét, illetve a velük járó módszerek lényegességét. „A szolgáltatók morális kockázata abból eredhet, hogy egyszerűen hiányzik a költség-tudatosság vagy pedig abból, hogy az orvosok javadalmazására szolgáltatásonkénti díjtételeket (fee-for-service módszert) alkalmaznak.”⁸ Ezzel az orvosokat is arra ösztönözik, hogy a magasabb költségű eljárás irányba mozdítsák a betegeket, akik ismereteik hiányában hajlamosak elfogadni, hogy a drágább eljárás egyben jobb is.

Externális hatások

Az externális hatások akkor léphetnek fel, amikor a termelés vagy fogyasztás során harmadik félnek keletkeznek olyan pozitív vagy negatív előnyei, amik nem egyenlítődhetnek ki. Erre az egészségügyben két típus lelhető fel.

⁷ Kertész Krisztián: A piac és kormányzati tökéletlenségek rendszerezése és gazdaságpolitikai összefüggései. Az egészségügy gazdaság politikája 103. oldal

http://www.financeaccounting.bme.hu/letoltes/egyeb/KerteszKrisztian_disszertacio.pdf

⁸ Orosz Éva: Egészségügyi szolgáltatások 216. oldal; In: Papp Ilona (szerk.): Szolgáltatások a harmadik évezredben, AULA Budapest 2003.

- Például, védőoltás beadása során a helyzet azért előnyös a harmadik fél számára, mert minél többen részesülnek az adott oltóanyagban, annál kisebb a kockázata annak, hogy járvány alakuljon ki, illetve annak, hogy ő is elkapja a betegséget („önző” externáliás).
- A másik megközelítés szerint pedig, az a tudat eredményez pozitív hatást, hogy a közösségen belül senki nem marad ellátás nélkül („gondoskodó” externáliás).⁹

Információs aszimmetria

Az információs aszimmetria a piac minden olyan területén fennáll, ahol a fogyasztó kevesebb információval rendelkezik, mint az eladó, aminek hatásait az egészségügyben az ember saját bőrén érezheti. A szaktudás hiányában – a betegség és különféle eljárások kockázatának, a műhibák számának ismerete nélkül stb. – a beteg nem tudja mérlegelni betegsége gyógyításának milyenségére és mennyiségére vonatkozó orvosi utasításokat. (Természetesen, más szakvélemény kikérése, mint lehetőség, felmerülhet.) Ebben a helyzetben „az orvos rendkívüli befolyásoló erővel bír az egészségügyi ellátás kínálati és keresleti oldalára,”⁹ ezzel egyfajta függőségi viszonyt hozva létre, aminek következtében nem beszélhetünk egyenlő piaci alkupozíciókról. Illetve vannak olyan szituációk – altatás, eszméletlenség, kóma stb. – amikor az egyénnek a lehetősége sincs meg arra, hogy dönthessen az őt érintő beavatkozásról.¹⁰

Kontraszelekció

A biztosító és a beteg között az információs aszimmetria kétirányú lehet, és szabályozásfüggő, hogy melyik hatása az erősebb. Azokban az esetekben, amikor a beteg rendelkezik a több információval, elfordulhat, hogy az egyén már a betegsége ismeretében, vagy annak várható kialakulása miatt dönt a biztosítás mellett. Ennek elkerülése végett a biztosítók bizonyos feltételekhez kötik a szerződés megkötését,

⁹ Orosz Éva: Egészségügyi szolgáltatások 215. oldal; In: Papp Ilona (szerk.): Szolgáltatások a harmadik évezredben, AULA Budapest 2003.

¹⁰ Kertész Krisztián: A piac és kormányzati tökéletlenségek rendszerezése és gazdaságpolitikai összefüggései. Az egészségügy gazdaság politikája 103.
http://www.financeaccounting.bme.hu/letoltes/egyeb/KerteszKrisztian_disszertacio.pdf

például, a kórelőzmények bejelentési kötelezettségéhez a biztosítás megkötése előtt, vagy az első pár hónapra nem vonatkozik a biztosítás stb.¹¹ Ez a szituáció, azonban kontraszelekcióvá is alakulhat, ugyanis a biztosító – a bizonytalan helyzetből fakadó magasabb kockázat miatt – megemeli a fizetendő biztosítási járulékot. Melynek következménye az lesz, hogy – pontosan – az egészségesebb emberek, azaz az alacsonyabb lebetegedési kockázattal bíró egyének fogják visszautasítani a biztosítási szolgáltatást.

Azonban az esetek nagy részében különféle adatok – például: géntérkép, lakóhely – és foglalkozás szerinti kockázatok – például: kor, életvitel stb. – ismeretében a biztosítók már rendelkeznek a megfelelő információkkal, amelyek segítségével pontosabb képet tudnak kirajzolni, mint a beteg. Még ha a törvényi szabályozás gátat is vet a biztosítók részéről a válogatásnak, akkor is megvannak a közvetett eszközök (Ilyen megoldás lehet az interneten való szerződés) a szelekcióra.

Monopolhelyzet

Az állami tulajdonú szolgáltatók általában – de nem kizárólagosan – monopóliumok, továbbá legtöbbször ez a monopolstátusz az állam által garantált.¹² A finanszírozási, támogatási és más szabályozásoknak köszönhetően a szervezetek többségéből a „biztosnak” tűnő helyzet következtében hiányzik az eredményesség hajszolása, az üzleti életben megszokott verseny irányította változások.

Kiadások emelkedése

Egyrészt, az életkor előrehaladtával növekszik az egészségügyi szolgáltatások és a hozzájuk kapcsolódó gyógyszerek, terápiák stb. igénybe vétele, ami jelentősen növeli a költségeket. Másrészt az egészségügyi technológiák fejlődése – amelyek hatékonyabbá teszik az orvosi tevékenységet – nagymértékben hozzájárulnak a kiadások növekedéséhez.

¹¹ Kertész Krisztián: A piac és kormányzati tökéletlenségek rendszerezése és gazdaságpolitikai összefüggései. Az egészségügy gazdaság politikája 105. oldal

http://www.financeaccounting.bme.hu/letoltes/egyeb/KerteszKrisztian_disszertacio.pdf

¹² Papp Ilona (szerk.): Szolgáltatások a harmadik évezredben; Orosz Éva: Egészségügyi szolgáltatások; 218.

2.2 Összegzés

A sajátosságok figyelembevételével elmondható, hogy ez a szektor – bizonyos jellegzetességeivel együtt – ugyanúgy viselkedik, mint bármely, az üzleti világban megfigyelhető iparág.

Az egyik legfontosabb különbség azonban a két szektor között, a hozzáférés kérdése, míg az üzleti életben megtehető, azáltal, hogy valaki nem képes kifizetni az adott szolgáltatás, termék árát, kizárható annak használatából. De az egészségügy estében ez nem tehető meg, miután mindenkinek állampolgári és biztosítási jogaiba beletartozik, hogy az alapvető ellátásokban részesüljön. A hasonlóságok azonban a magasabb szinten már jelentkezhettek ebben a kérdésben is, s ez komoly kihívást és morális kérdéseket vet fel ebben a szférában. Mivel a technika és az orvostudomány fejlődésével mára egyes, régebben gyógyíthatatlan betegségek váltak kezelhetővé, ezek azonban, ma még komoly anyagi vonzattal járnak. Így az esetek többségében a szolgáltatásból történő kizárás, életekbe is kerülhet.

A különbség még a két szektor között, hogy a közszféra, és magában az egészségügy rendszerében a verseny, mint olyan nem létezik, és ez monopolhelyezethez közeli állapotba helyezi az egészségügyi intézményeket. Azonban összehasonlítva ezeket az üzleti világban ismert, sikeresen működő, az adott iparágban egyeduralkodónak nevezett vállalatokkal, láthatjuk, hogy azok teljesítményükkel, egyedi erőforrások birtoklásával stb. vívták ki azt a pozíciót, amelynek folyamatos fenntartásával, korszerűsítésével vetnek gátat újabb vállalatok megjelenésének. A kórházak esetében, melyek próbálnak megfelelni az állami szabályozásoknak, előírásoknak, azonban nem ez a helyzet. A fentebb említett tényezők – mint például, az egyenlő hozzáférés biztosítása – által teremtett sokszor paradoxon helyzet okán, illetve néha az állami szabályozások következtében, az egészségügyi intézmények „kényszerültek”, hogy ne használják ki megfelelően kapacitásaikat. Ehhez kapcsolódóan más a két területen uralkodó személelmód, ami megmutatkozik a szervezet vezetésének, irányításának, döntéshozatalának stb. kérdéseiben és a tervezések időtartamában, az előregondolkodás tekintetében is.

Az információ, mint a piaci és kormányzati kudarc egyik legfőbb okozója, mind az üzleti mind pedig az egészségügyben a lehetőséget teremti meg a megfelelő döntés meghozatalához. Az üzleti életben ez verseny előnyhöz vezethet, az egészségügyben a beteg számára a megfelelő ellátás biztosítását jelenti, néha más betegek megelőzésével.

Ezek a jellemzők vezetnek ahhoz, hogy az alacsony ráfordítással – ingyenesen – hozzáférhető egészségügyi szolgáltatások, az embereket nem arra kényszerítik, hogy átgondolják, valóban szükségük van-e igénybe vételükre. A másik oldalon viszont, erre nincsen felkészülve a rendszer. A bürokratikus útvesztőben a beteg akár napokat is eltölthet, ahol nemcsak a szervezeti „eszmével”, hanem az információ hiányával is szembe kell néznie. S ezt a fajta kiszolgáltatottságot az orvosok, ápolók ellensúlyozhatják egyedül.

3. Egészségügyi rendszer alapelveinek változása és ezek hatása az egészségügyi intézmény struktúrájára

3.1 Egészségügyi ellátás alapelveinek változása

Az egészségügy szerepe mára sokat változott, a területet érintő és befolyásoló tényezők átrendezték környezetét, feladatait. Mások lettek a prioritások, más szükségletek kerültek előtérbe, s ezekre a 21. századi kihívásokra az egészségügyi szervezeteknek meg kell felelnie. Ezek a változások:

- az orvos technológiai és diagnosztikai eszközök, eljárások rohamos fejlődése,
- a lakosság átlagos életkorának és élettartamának növekedése,
- valamint az egészséget fenyegető tényezők növekedése.

3.1.1 Orvos technológia és diagnosztika eszközök, eljárások rohamos fejlődése

Utóbbi években az egészségügyben alkalmazott technológiák óriási fejlődésen mentek keresztül, amelyek korszerűbbé tették az egészségmegőrzés ösztönzésének, a betegségek előrejelzésének, megelőzésének és kezelésének módját.¹³ Ezek egy része, az orvos technológiai területekre vonatkozik, melyek segítségével pontosabb, és hatékonyabb feladatvégzés valósulhat meg. (Ilyen forradalmi újítások: a genomika, a biotechnológia és a nanotechnológia vívmányai.¹⁴)

A rendszer változását érintő másik terület az információs és kommunikációs technológiai (IKT) eszközöket foglalja magába, amelyek révén az egészségügyi ellátás elérhetővé válhat mindenki számára, függetlenül az időbeli és a térbeli korlátoktól.¹⁵ Az elektronikus egészségügyön keresztül lehetővé válna, a megelőzés, a diagnózis, a

¹³ Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013 (EU Fehérkönyv) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU:PDF> letöltés: 2010. április 10.

¹⁴ Dr. Baráth Lajos: Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században; Egészségügyi gazdasági szemle 2008/3.

¹⁵ Pervasive Health conference, 2006; <http://www.pervasivehealth.org/2006/index.html> letöltés: 2010. április 10.

kezelés, az egészségellenőrzés és az egészséges életmód támogatása, anélkül, hogy a beteg ténylegesen belépne egy egészségügyi intézménybe.

Ezek közé, az IKT eszközök által megteremthető lehetőségek közé tartozik, a betegek és az egészségügyi szolgáltatók közti kommunikáció, az egészségügyi intézmények közötti adatátvitel, valamint a betegek, illetve az egészségügyi szakemberek egymás közti információcseréje. „Magában foglalhatja továbbá az egészségügyi információs hálózatokat, az elektronikus beteg-nyilvántartási adatbázisokat, a távorvoslási szolgáltatásokat, illetve a pácienseket – támogató és monitoráló – hordható vagy hordozható berendezéseket.”¹⁶ Ezek alkalmazása jelentős haszonnal jár a közösség egésze számára, mivel használatukkal könnyebbé válik az ellátás igénybevétele, javul az ellátás minősége és hatékonysága.

Jelenleg a környezetbe ágyazott rendszerek egyik legfontosabb alkalmazási területe az egészségügy. „Az egészséggel kapcsolatban régóta halljuk a médiából, hogy a hangsúly áttevődik a kórházról az otthoni ellátásra, a beavatkozásokról az életminőség javítására, a gyógyításról a megelőzésre.”¹⁷ Ezek a változások azt eredményezik, hogy egyre fontosabbá válnak a környezetbe ágyazott egészségügyi rendszerek alkalmazásai, amelyek biztosítják az orvosi távfelügyeletet, visszajelzést, tanácsokat adva az egészség megőrzésére, a kórházi kezelés elkerülésére.

3.1.2 A lakosság átlagos életkorának és élettartamának növekedése

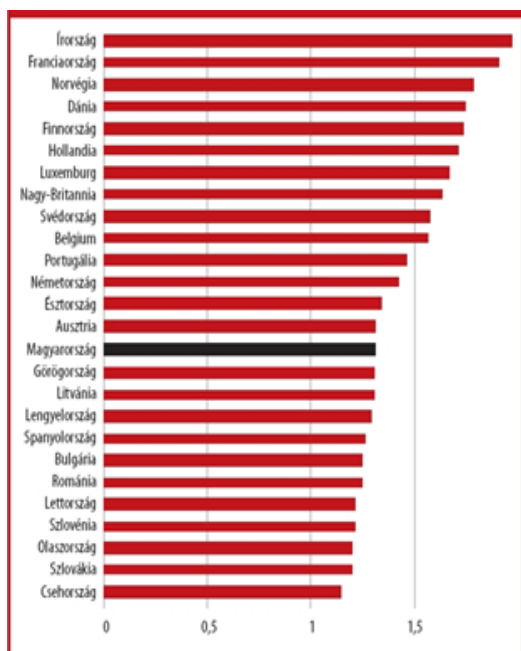
Amíg a világ egyes régiói a túlnépesedés veszélyével néznek szembe, addig Európa több országában ellenkező tendencia rajzolódik ki. Írország, Franciaország és a skandináv országok helyzete mondható elfogadhatónak. Magyarország a középső pozíciók egyikén helyezkedik el ezen a listán, ami már nem nevezhető kedvező helyzetnek. Az európai országokhoz hasonlóan hazánkra is jellemző az a tendencia, hogy az egyre csökkenő születésszám mellett, a születéskor várható átlagos élettartam növekvő tendenciát mutat. Ennek magyarázata, az egyre inkább kiteljesedő jólét, illetve

¹⁶ ICT for better Healthcare in Europe;

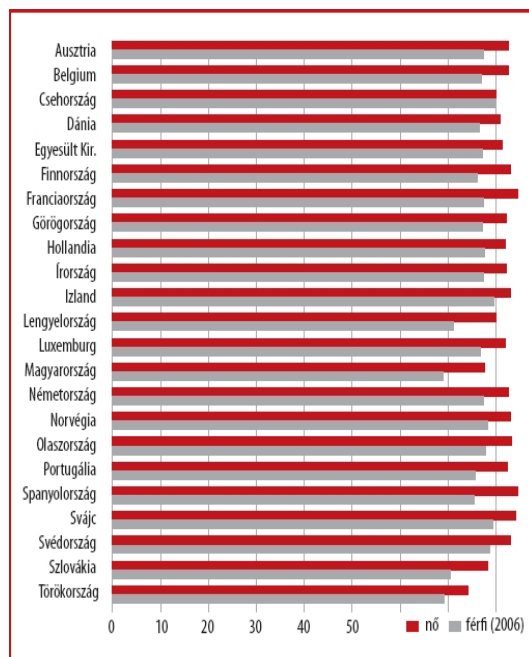
http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/index_en.htm, letöltés: 2010. április 13.

¹⁷ Pervasive Health 2006' konferencia összefoglalója: <http://konferencia-tudasbank.hu/reports/view/22> letöltés: 2010. április 10.

az egészségügyi ellátás érzékelhető javulása.¹⁸ 2050-re az EU lakosságán belül a 65 évnél idősebbek száma 70%-kal, míg a 80 évnél idősebbek száma 170%-kal fog emelkedni¹⁹. Nem mindegy azonban, hogy a születéskor várható átlagos élettartamunkat, milyen egészségi állapotban éljük meg, azaz mennyi egészséges életév áll még előttünk.



3. ábra: Világ népességének alakulása, 2006.



4. ábra: Születésszám alakulás Európában; 2006.

Forrás: Egészségügyi gazdasági szemle

Ez azonban nemcsak az egyének életminősége szempontjából fontos, hanem gazdasági tekintetben is. Köztudott ugyanis, hogy az átlagemberek „egészségügyi költségei” életük utolsó szakaszában ugrásszerűen megnőnek. Ezek a változások – valószínűleg – megnövelik az egészségügyi ellátás terheit, miközben a népességben a dolgozók aránya csökken. Ez a tagállamok egészségügyi kiadásait 2050-re a GDP 1-2%-ával

¹⁸Dr. Ari Lajos: Öregség, rehabilitáció, egészségipar <http://www.orvosilapok.hu/egeszsegugyi-gazdasagi-szemle/oregseg-rehabilitacio-egeszsegipar>; letöltés 2010. április 11.

¹⁹ Az Idősek nemzetközi napján, 2006. szeptember 29-én közzétett Eurostat népesedési előrejelzések.

megemelheti.²⁰ Ez visszavetítve az egészségügyre, egyes becslések szerint 1% GDP-ből ráfordítás növekmény, mintegy egy évvel növeli az egészséges életévek számát.²¹

Az Európai Unió tagországaiban végzett vizsgálat alapján²¹, amelyben azt nézték meg, hogy az átlag ötvenéves férfiak és az átlag ötvenéves nők körében, mekkora a várható életévek száma és ebből mennyi az egészségesen eltöltött idő, látható, hogy átlagosan a férfiak esetében 10-15 míg a nőknél 15-20 év az ami már intenzívebben szól a betegségek, az öregedés kezeléséről. Ezek a demográfiai tendenciák komoly változásokat okoznak a tünettípusokban, és megnehezítik az EU egészségügyi rendszereinek fenntarthatóságát. E tekintetében is hatékonyabbá válik, ha a megelőzésre, a tudatos egészséges életmódra nevelik a társadalmat már fiatal kortól, nem csak tűzoltó feladatokat látnak el az egészségügyi rendszer szereplői.

	FÉRFIAK		NŐK	
	Várható életévek	Várható egészséges életévek	Várható életévek	Várható egészséges életévek
Ciprus	29,52	15,92	32,86	13,71
Finnország	28,48	12,86	34,15	13,87
Olaszország	30,37	20,63	35,31	20,86
Egyesült Királyság	29,46	19,74	32,69	20,78
Portugália	28,12	14,90	32,92	12,67
Lettország	21,31	11,02	29,32	12,74
Litvánia	21,74	11,49	29,90	11,86
Észtország	22,42	9,05	30,52	10,42
Magyarország	22,72	10,78	29,40	11,39
Szlovákia	23,68	12,28	29,96	13,07
Németország	28,96	13,56	33,41	13,55
Ausztria	29,08	14,53	33,70	15,66
Cseh Köztársaság	25,61	14,77	30,72	16,26
Szlovénia	26,81	15,34	32,44	17,25
Franciaország	29,57	18,01	35,37	19,74
Luxemburg	28,78	17,99	33,60	18,16
Belgium	28,67	18,42	33,39	18,66
Görögország	29,43	19,7	33,02	20,81
Spanyolország	29,48	19,16	35,02	18,62
Lengyelország	24,62	16,48	31,23	20,16
Irország	29,50	18,91	33,24	20,17
Svédország	30,28	20,22	34,05	20,31
Hollandia	29,14	20,21	33,28	20,40
Málta	29,07	21,68	32,74	22,58
Dánia	28,30	23,64	31,94	24,12

5. ábra: Várható még hátralévő egészséges életévek szám átlag ötvenéves európai férfi és nő esetében, 2006.

Forrás: Egészségügyi gazdasági szemle

Emellett azonban az egészséges öregedés támogatása tekintetében a társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők – ilyen például, a munkanélküliség aránya –

²⁰ Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013 (EU Fehérkönyv) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU:PDF> letöltés: 2010. április 10.

²¹ Dr. Ari Lajos. Öregedés, rehabilitáció, egészségipar; <http://www.orvosilapok.hu/egeszsegugyi-gazdasagi-szemle/oregseg-rehabilitacio-egeszsegipar> letöltés: 2010. április 11.

következtében kialakult egyenlőtlenségek kezelésére is nagy hangsúlyt kell fordítani, amelyek egyrészt meggátolják, hogy az egyének a megfelelő körülményeket biztosítsák maguk számára – ilyen lehetőségek a helyes táplálkozás, rendszeres sport stb. – valamint komoly pszichés zavarokhoz és káros szokás kialakuláshoz is vezethetnek.

3.1.3 Az egészséget fenyegető tényezők növekedése

A világméretű járványok, nagyobb fizikai és biológiai balesetek és a bioterrorizmus komolyan veszélyeket jelent az egészségre nézve. Az újonnan megjelenő, például a klímaváltozáshoz kapcsolódó egészségügyi veszélyekkel kapcsolatban is fellépések szükségesek, mivel ezeknek a közegészségre és az egészségügyi rendszerekre gyakorolt direkt hatásuk van.²² Ezek a változások az egészségügy szervezettől gyors, és komplex reagálást követelnek meg, ami nemcsak az orvosok munkavégzésében jelentkezik. Például, egy járvány felbukkanása esetén többek között nyomon kell követni az adott járvány kialakulását a világ több részén, készleteket kell létrehozni a vírus elleni gyógyszerekből és eszközökből, biztosítani kell azok eljuttatását a lakosság felé és tájékoztatni őket a helyzet alakulásáról.

3.2 Az egészségügyi ellátórendszer átalakításánál figyelembe vehető okok²³

Egészségügyi ellátás alapelveinek változása, több lényeges pontban módosította az egészségügyi intézmények legfontosabb céljait, feladatait. Ezek a tudományos és technikai fejlesztések, a társadalmi változások és a populáció egészségi állapotának átalakulása jelentősen megváltoztatta az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni

²² Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013 (EU Fehérkönyv) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU:PDF> letöltés: 2010. április 10.

²³ A fejezet jelentősen támaszkodik Dr. Baráth Lajos: Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században című cikkére; <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2008jun/10-12.pdf> letöltés: 2010. április 13.

igényeket. Ezek a kihívások komoly kényszert jelentenek a szolgáltató struktúrájának, az intézményhálózatának átalakítására, és belső profiljának a módosítására is, mely kérdéseket az alábbi okok figyelembevételével lehet és kell tervezni:

- Jelentősen nő az igény a primer prevencióra. Egyre inkább terjed nemzetközi és hazai szinten is az a szemlélet, hogy a megelőzésre kell fektetni a hangsúlyt az egészségügyben, mivel ezzel komolyabb betegségek kialakulását akadályozhatjuk meg, illetve kisebb költséget jelent, mint a betegség kezelése.
- A prevenció egyik eszközével, a védőoltással számos betegség megelőzhetővé válik. Az orvostudomány fejlődésével pedig, egyre több betegség megelőzésére nyílik lehetőség. A védőoltások szerepe azért is nagyon fontos, mert egy fertőző betegség lefolyásáról sohasem lehet tudni, hogy kinél lesz enyhe és kinél szövődményes, akár kórházi kezelést igénylő. A betegségek kezelése fájdalmasabb, bonyolultabb és többnyire drágább is, mint a megelőzésük.
- „Az aktív fekvőbeteg-ellátás iránti tényleges szükséglet csökkent.”²⁴
- „A szűkülő aktív fekvőbeteg-ellátás intenzívvé, jelentős technikai igényűvé, a korábbinál jóval rövidebb időtartamúvá és igen költségessé válik.”²⁴
- Az orvostechika és technológia fejlődése lehetővé tette, a kórházon belüli betegellátási folyamatának gyorsítását, illetve megteremtette a nappali ellátási formák környezeti feltételeit.
- „A rövid idejű, igen intenzív és igen költséges aktív fekvőbeteg-ellátás mellett megjelenik az igény az eddigieknél szélesebb körű és jóval igényesebb, differenciált fekvőbeteg-gyógyintézeti rehabilitációra.”²⁴
- A társadalom élettartamának növekedése felértékelte az ápolási szükségletek arányát
- Erősödik a diagnosztika (képalkotó diagnosztika, labordiagnosztika, patológia, elektrodiagnosztika) szolgáltató jellege.
- Részben a fekvőbeteg-gyógyintézeti szolgáltatások kiváltására, bővül a házi ápolás. A cél, hogy ne kerüljön kórházba az a beteg, akit a megfelelő feltételek megteremtésével otthonában is el lehet látni. Aki pedig kórházba kerül, minél

²⁴ Dr. Baráth Lajos: Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században, 11. oldal. ; <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2008jun/10-12.pdf>; letöltés: 2010. április 13.

előbb visszatérhessen otthonába és ameddig még szükséges – az orvosi ellátás mellett – az ápolási ellátást is megkapja.

- Jelentősen nő a háziorvosi szolgáltatások iránti mennyiségi és minőségi igény.

3.3 Kórház struktúra korszerűsítésének okai és legszükségesebb feladatai

A kórházak szervezetét és működését a közelmúltban sokféle hatás érte. Így nemcsak a nemzetközi nyomás, a társadalmi változások, hanem a belső, egyre inkább elavult rendszere is erősíti, hogy a jelenlegi felállás nem működik már jól. Az elmúlt időszakban a költségek lefaragása és az eredményesség érdekében tett hazai intézkedések – ilyen intézkedések voltak: a vizitdíj, a kórházi átszervezések stb. – egyre bonyolultabbá tették az egészségügyi ellátás szervezeti rendszerét. „Megdrágult, és így nagyon nehezen finanszírozhatóvá vált a kórház, mind méreteiben, mind pedig indusztralizáció tekintetében.”²⁵ A hazai tapasztalatok azt mutatják, hogy a kórházak működésük jelenlegi színvonalának fenntartásához is, több állami támogatásra lenne szükségük. Azonban nem csak a gazdasági helyzet, és a támogatások mértéke hozta nehéz helyzetbe az egészségügyet, hanem maguk a szervezetek is, amelyek rendkívül bonyolultak és magasan tagolt bürokratikus intézmények. Ezek irányítása, koordinálása és finanszírozása problémák tömegét hordozza magával. A központosított döntéshozatal, a lassú információáramlás szinte lehetetlenné teszi a szervezet hatékony, gyors működését.

A mai intézményi struktúrák, már nem igazodnak az egészségügyet érintő kérdésekhez, nem támogatják sem a betegek hatékony ellátását, sem a célszerű munkafolyamatok lebonyolítását. „A kórház struktúrájának szükségszerűen kell idomulnia a megváltozott körülményekhez. Ezért a kórház intézményi szerepe, szervezeti felépítése és tevékenysége folyamatosan újraértelmeződik”.²⁵ A kórháznak, gyors és teljes körű válaszokat kell adnia a környezete által felvetett problémákra, aminek láthatóan a jelenlegi rendszer az útját állja.

A kórházi struktúra korszerűsítésének a leglényegesebb feladatai:

- Bürokratizmus csökkentése.
- Az adminisztráció centralizáltságának és az orvosi működés decentralizáltságának csökkentése.
- A folyamatokhoz és nem a standardokhoz igazodó szervezeti struktúra.
- Munkakörök újraszabályozása.

3.3.1 Bürokratizmus csökkentése

A kórház átalakításának egyik legfontosabb kérdése, hogy egy alapvetően bürokratikus szervezeti jellemzők mentén működő intézményt, miként lehet kevésbé szabályozott keretek közé emelni, úgy hogy az valóban működőképes lehessen.

A bürokráciát ma lassúnak, feleslegesnek, időpocséklónak tartjuk, ahol a túlzott adminisztráció a gátját szabja a szervezet hatékony működésének. A 20. század elején viszont Weber még annak pontosságát, tárgyilagosságát, szakértelemét, meghatározott előléptetési rendszerét, kiszámíthatóságát és megbízhatóságát emelte ki. Weber bürokrácia modellje a munkamegosztást, szabályozottságot, hierarchiát, aktaszerűséget, személytelenséget²⁶ tartotta a sikeres szervezeti végrehajtás alapjának. E modell hátrányainak kritikusai többek között azt vetették fel, hogy nem lehet csak teljesen szabályozott szervezetről beszélni, mert a „személyes kapcsolatok informális struktúrákat eredményeznek”²⁷ Emellett, a szabályok mindenekelőtti követése – egyes esetekben – öncélú, hatástalan viselkedést eredményez, ami szervezet kárára lehet. Kritikaként emelték ki továbbá, hogy a szervezeti hierarchia nem minden esetben tükrözi a szakértők tudását, emiatt megkérdőjelezhetővé válik a garantált előrelépés kérdése is.

²⁵ Dr. Baráth Lajos: Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században, 11. oldal. ; <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2008jun/10-12.pdf> letöltés: 2010. április 13.

²⁶ Tari Ernő: Max Weber bürokrácia-tanának szervezet elméleti jelentősége korlátja (Tananyag-segédlet) 24. oldal; In: Szöveggyűjtemény a Szervezet és vezetélmélet tárgyhoz Vezetéstudományi intézet, Budapest, 2004

²⁷ Tari Ernő: Max Weber bürokrácia-tanának szervezet elméleti jelentősége korlátja (Tananyag-segédlet) 27. oldal; In: Szöveggyűjtemény a Szervezet és vezetélmélet tárgyhoz Vezetéstudományi intézet, Budapest, 2004

Kritikai szemszögből nézve, a bürokráciára a következő idézet megfelelő lenne, mely szerint, „a bürokrácia célja, hogy a hozzá nem értést és a fegyelmezetlenséget kompenzálja.”²⁸ Azonban, ez nem teljesen igaz, valamilyen szinten minden szervezet számára szükségesek a szabályok, melyek a keretét adják a működésének. Azonban ezek arányára figyelve, kell meghatározni a fontosabb elveket, de nem szabad mindet a szabályok alá rendelni, mert ezzel a fejlődését korlátozza a szervezet. Ha minden eseményre létezik előre meghatározott válasz, akkor a váratlan helyzetek, óriási problémákat okozhatnak.

A kórházak esetében a legfontosabb, hogy azok az adminisztrációs utak, feleslegesnek vélt feladatok, kerüljenek ki a folyamatból, amik miatt a mai rendszerben a beteg napokat veszít el az ide-oda küldözgetés miatt, illetve az orvosok is kevésbé tudnak koncentrálni a tényleges feladatokra, a betegek ellátásra.

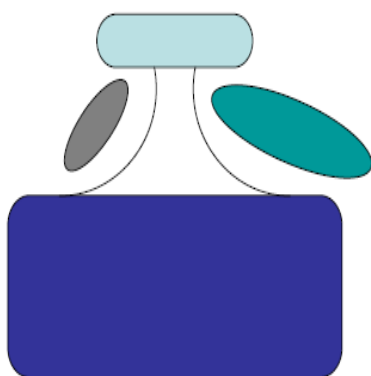
Azonban, a bürokratikus elemek csökkentése során figyelembe kell venni, hogy a kórházakban számos olyan tényező – betegek biztonsága, fertőzés veszélyek, teljesítmény elszámoltatás – játszik fontos szerepet, amely esetében a szabályozottságnak igen fontos feladata van. A mátrixkórházak esetében a leggyakrabban ilyen irányú problémaként, a nosocomiális fertőzések terjedésének nagyobb veszélyét szokták említeni, ami a nyitott osztálystruktúra miatt, a higiéniai szabályok szigorú betartását követeli meg az intézménytől.

3.3.2 Az adminisztráció centralizáltságának és az orvosi működés decentralizáltságának csökkentése

Henry Mintzberg struktúratipologizálása szerint,²⁹ a kórházakat a szakértői bürokráciát támogató struktúra jellemzi. Ennek egyik alapeleme, hogy míg a szervezet egy része hierarchikus, centralizált formában működik, addig a másik rész munkájának elvégzéséhez nagyfokú autonómia szükséges. Az orvosok szakképzettsége jelenti a fő támpontot a rendszerben, mivel itt a szervezet nem munkafolyamatokra vagy az

²⁸ Dr. Dénes Ferenc: Akvizíciók, szinergiák; Változásvezetés előadás, 2010. március 24.

²⁹ Henry Mintzberg : Szervezettervezés: divat vagy összhangteremtés; Harvard Business Review, 1981. január-február,



6. ábra: A szakértői bürokrácia

Forrás: Henry Mintzberg

outputokra támaszkodnak, hanem a szakemberek képességeire. A rendszer e jellegzetessége szerint az intézmény lényegében az orvosok képességeire, szaktudására épül. Ez azt eredményezi, hogy a vezetőség a hatalmának egy részéről lemond azáltal, hogy az orvosok bizonyos szakmai ügyek tekintetében szabad kezet kapjanak. Ennek következtében, a struktúra rendkívül decentralizált lesz számos – mind operatív, mind stratégiai – döntés vonatkozásában a hatalom leszáll végig a hierarchián,³⁰ az

orvosok szintjére. Másrészt pedig, adminisztratív területeken egy rendkívül centralizált, lassú rendszer határozható meg, ahol a sokszor túlzott intézkedések jelentősen meghosszabbítják a betegek ellátásának folyamatát, és nehezítik a kommunikáció áramlását azáltal, hogy fölösleges utak bejárására kötelezik az egészségügyi rendszer szereplőit.

Az ilyen mély hierarchia, pedig elszigeteli a dolgozók teamjeit egymástól, a döntések sok szinten mennek keresztül, amíg megoldás születi rájuk. S így a szervezetet érintő kérdések, javító, innovatív kezdeményezések nehezen érvényesülnek.

Az átalakítás folyamatában ennek a kettőségnek az egyensúlyba hozása az egyik kulcsfeladat.

A kórházi szervezetek változtatásának kisebb hierarchia szintet kell előírnia, ahol az adminisztrációs területek nem korlátozzák a betegek gyógyításának hatékonyságát, nem állnak a szervezeten belüli csoportok együttműködésének útjában. S amelyben a középvezetés – osztályvezető főorvosok – szerepe egyre csökken és nő a szervezet „emberközpontúsága,” a döntési jogkörök decentralizáltsága. A kisebb szintű hierarchiában a decentralizált működés hatékonyabbá válhat, annak következtében, hogy csökken az erőforrások szétaprózódása, valamint a párhuzamosan végzett

³⁰ Henry Mintzberg : Szervezettervezés: divat vagy összhangteremtés; Harvard Business Review, 1981. január-február, 6. oldal

tevékenységek száma. Ez a változtatás rámutathat a szervezetben feleslegesen jelenlévő, többször elvégzett tevékenységekre, munkakörökre.

3.3.3 A folyamatokhoz és nem a standardokhoz igazodó szervezeti struktúra

A jelenlegi rendszer egyik nagy hiányossága, hogy csak olyan környezetben alkalmazható, amely bár rendkívül bonyolult, de hosszútávon stabilak a környezeti feltételei.³¹ Ennek egyik okozója a standardizáltság, ami egyben a rendszer egyik legnagyobb erőssége, és legnagyobb veszélyforrása is. Ugyanis, hiába válnak gyorsabbá, automatizáltabbá a szervezet számára elvégzett napi feladatok, de az idő előre haladtával, változnak a szükségletek, mind a betegek, mind a dolgozók részéről, és a környezet más-más kihívásokkal szembesíti a szervezetet, amire a standardizáltságon³² alapuló intézmény nem tud reagálni. Ez a merev, hasonló feladatokkal szembesülő, azokat rutinszerűen megoldó rendszertől, olyan változtatást igényel, amelyet bár a funkcionális szervezeti elemek is jellemeznek, de a legerősebb tulajdonságuk a rugalmasság. A gyors alkalmazkodás képessége megadja annak lehetőségét, hogy a szervezet könnyebben és jobban odafigyeljen az egészségügyi rendszerben bekövetkezett környezeti változások által módosított elvárásokra és azokat teljesítse is.

Azonban a rendszer változását gátolja a kórházakra még mindig nagyon is jellemző szabályozott, formalizált működés. Ugyanis a jelenleg uralkodó rendszerben a dolgozók előre meghatározott irányelvek szerint végzik a munkájukat. „Teljesítményüket, magatartásukat előre meghatározott – részletes – szabályok alapján kontrollálják,”³² kevés teret adva ezzel az egyéni döntéseknek.

A mátrixszervezet egy lehetőség, ahol a vertikális és horizontális rendeződés révén nem az osztályvezető főorvosok kerülnek fókuszba, hanem a beteg. Azonban, ez a fajta megoldás, alapjaiban változtatja meg a szervezeti elveket, a működési rendet.

³¹ Henry Mintzberg: Szervezettervezés: divat vagy összhangteremtés; Harvard Business Review, 1981. január-február, 7. oldal

³² Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, 2009.

Egy szervezet strukturális átalakításakor az egyik legfontosabb, a bürokratikus elemeknek – standardizáltság, szabályozottság, formalizáltság – kezelése. Ez azért is fontos, mert ezek a tényezők egymástól elválaszthatatlanok, az egyikből következik a másik.³³ Egy standardokon alapuló szervezet csak erős szabályozással lehet valóban működő képes. Ezért a szervezet átalakításakor figyelembe kell venni, hogy ezeket egymással egyensúlyban kell meghatározni.

Egy rugalmasabb struktúra kevesebb szabályozottságot, nagyobb autonómiát követel meg a szervezettől. Az eddig rendkívül kötött formákhoz szokott kórházak esetében, ez lehet a legnagyobb feladat, és talán a szerkezeti átalakítás sikertelenségének előidézője is.

Szervezeti jellemző	Meghatározás	Mérték	
		Erős	Gyenge
Standardizáltság	A feladatok ismétlődésének gyakorisága	Ismétlődő, rutinszerű feladatok	Változó, egyedi feladatok
Szabályozottság	A feladatvégzés módjának, szabályainak meghatározása	A munkatársak előre kialakított szabályok szerint járnak el	A munkatársak az igényeknek megfelelően saját maguk alakítják a szabályokat
Formalizáltság	A szabályok közlésének, közreadásának módja	Írásban rögzített szabályok – részletek szabályozása – keretek szabályozása	Nincsenek írásban rögzített szabályok (a vezető szóbeli utasításokat ad, vagy rábízta a kivitelezés módját a munkatársaira)

1. Táblázat: Standardizáltság, szabályozottság, formalizáltság

Forrás: Dobák Miklós – Antal Zsuzsanna

³³ Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, 2009.

3.3.4 Munkakörök újraszabályozása³⁴

A jelenlegi struktúráról, amelyben tisztázottabbak a felelősségi kérdések illetve mindenki tudja, ki kihez tartozik, egy környezethez jobban alkalmazkodó, de a szervezeti, személyi és hatásköri kérdések tekintetében sokszor teljesen összekuszálódó, új struktúrára való átállás, rendkívül bonyolult feladat. A szervezet tagjainak egy szabályozott, formalizált keretből kell egy számukra teljesen ismeretlen, lazább keretekkel rendelkező organizmust kialakítaniuk. Ez a megoldás, bár egy a környezethez jobban idomuló szervezetté teszi, de kérdéses, hogy ez valóban több pozitívumot jelent-e, s nem egy olyan tényezőt változtat meg kórház, ami ebben az esetben negatívummá is válhat.

Ezen kérdésben a mátrixmenedzsment szerepe kulcsfontosságú lesz, először is mérlegelniük kell, hogy a kórház számára milyen finomításokkal, milyen formában is történjen a változás. Másrészt az új felépítéssel járó feszültséget is kezelniük kell. A legnagyobb probléma itt, hogy az eddig megszokott feladatok teljesen ártérítelődnek. A változás következtében több munkakör válhat szükségtelenné, jöhet létre, alakulhat át a szerepe. Ennek koordinálása, megértetése, és működési kereteinek megteremtése a vezetők feladata.

³⁴ Az alfejezet jelentősen támaszkodik Dr. Baráth Lajos Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században című cikkére, 11. oldal;letöltés: <http://www.weborvos.hu/adat/egsz/2008jun/10-12.pdf>; 2010. április 13

4. Mátrixkórház struktúrájának bemutatása, működésének lényege

4.1 Mátrixstruktúra működése és jellemzői

A következő két alfejezetben a mátrixszervezet fogalmát definiálom, majd a szervezeti modell alapjait leíró strukturális jellemzőket mutatom be, kitérve a mátrixstruktúrában történő alkalmazásuk sajátosságaira.

A mátrixszervezet lényege abban határozható meg Davis és Lawrence³⁵ szerint, hogy a hagyományos egyvonalas struktúrával szemben, itt a menedzserek két vezető felé tartoznak beszámolási kötelezettséggel. Így a két nézőpont mentén történő működés következtében mind a két irányítási elv egyenlő szerepet kap a döntéshozatal során, ami lehetővé teszi a fókuszáltabb környezeti válaszképességet. Szerintük, ez a fajta struktúra bevezetése akkor válhat szükségszerűvé, amikor:

- az adott vállalat egyszerre két területen akar megfelelni,
- bizonytalansággal kell megbirkózniuk, ami magas szintű információ feldolgozást követel,
- valamint finanszírozási és humánerőforrás korlátokkal kell szembenézniük.

A mátrixszervezet esetében a legfontosabb kérdés, hogy az elsődleges munkamegosztási szinten szimultán alkalmazott két munkamegosztási elvet,³⁶ milyen módon tudja alkalmazni, az adott szervezet. A két választott elv ebben a szervezeti formában egymással párhuzamosan végzi tevékenységét, teljesen azonos súlyt képviselve a szervezet működési folyamataiban. A felsővezetők számára, pedig a feladat ennek a két dimenziónak a koordinációja és kontrollja lesz.

³⁵ Stanley M. Davis and Paul R. Lawrence: Problems of Matrix Organizations Harvard Business Review 1978.

³⁶ Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és koordináció; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1992.

4.2 Mátrixstruktúrát leíró strukturális jellemzők ³⁷

„A szervezeti struktúra azon jellemzők összessége, amelyek a szervezeti egységek és szervezeti tagok formális, hosszabb távon érvényes együttműködési kapcsolatait írja le.”³⁸ Ezek a jellemzők adnak arról képet, hogyan működik maga a szervezet, milyen szemlélet mentén irányítják, és milyen módszerrel teszik ezt.

A szervezet alapjait jellemző strukturális jellemzők közé soroljuk:

- a munkamegosztást,
- a hatáskörmegosztást,
- a koordinációs eszközöket
- és a konfigurációt.

4.2.1 Munkamegosztás

„A munkamegosztáson egy nagyobb feladatkomplexum részfeladatokra bontását és e részfeladatok egyes szervezeti egységekhez való telepítését értjük.”³⁹ A munkamegosztás képezi az alapját a szervezetek tagolásának is. Attól függően, hogy egy szervezet az elsődleges munkamegosztás szintjén, hány munkamegosztási elvet – funkcionális, tárgyi, illetve regionális – alkalmaz, a következő kategóriák határozhatóak meg:

- Egydimenziós szervezet: A három munkamegosztási elv közül csak az egyiket alkalmazza. (Például: egyszerű, funkcionális szervezet,)
- Kétdimenziós szervezet: A három munkamegosztási elv közül kettőt alkalmaz, egymáshoz viszonyítva azonos súllyal. (Például: mátrixszervezet)

³⁷ A fejezet jelentősen támaszkodik Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és vezetés c. könyvére és Dobák Miklós 2008. évi Szervezet- és vezetéstudomány c. előadásaira

³⁸ Dr. Drótos György Szervezet- és vezetéstudomány előadás, 2008.

³⁹ Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és vezetés; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1996. 43. oldal

- Háromdimenziós szervezet: A három munkamegosztási elv mindegyikét alkalmazza szimultán egymással. (Például: tenzorszervezet)

4.2.2 Hatáskörmegosztás

A hatáskörök megosztása a szervezeti egységek vezetői által ellátandó feladatokhoz rendelt döntési, döntés előkészítési, véleményezési stb. hatáskörök kiosztását, elhatárolását jelenti.⁴⁰ A szervezet jellegét alapvetően az határozza meg, hogy ezek a kompetenciakörök kinek a kezében összpontosulnak. A szervezetek egy részénél, a vezetőség kezében összpontosulnak ezek a feladatkörök (ezt nevezhetjük centralizált döntéshozatalnak), míg más esetekben alsóbb szinten kialakított elképzelések jelennek meg a vezetői döntésben (ezt hívjuk decentralizált döntéshozatalnak).

Attól függően, hogy az irányítás, mely irányból és milyen formában – szakmai, illetve függelmi irányítás – érkezik, megkülönböztethetünk egyvonalas és többvonalas szervezetet. Az első esetben csak a közvetlenül az adott egység vezetőitől, míg a második esetben a más egységhez tartozó vezetőktől is érkezhethet az utasítás.

A mátrixszervezet esetében a feladatok és a hatáskörök nem igényelnek, olyan magas fokú szabályozottságot mint, ahogy az – például – a funkcionális szervezetek estében tapasztalható. A mátrix jellegéből fakadóan a metszéspontokban létrejövő találkozások során az azonos súllyal bíró, két dimenzió együttesen dönt a kérdésekben, itt a cél a különböző képességek, elvárások, elképzelések összevetése, ami egy erősen formalizált és szabályozott keretben nem valósulhat meg.

⁴⁰ Budapest Corvinus Egyetem, Vezetéstudományi Intézet, Vezetés és szervezés tanszék: Közszolgálati Szervezetek Vezetése Jegyzet, Budapest 2007.

4.2.3 Koordináció

A koordináció a szervezeti egységek és a bennük dolgozók munkájának egymással való összehangolását jelenti, amely révén a munka- és hatáskörmegosztás elve alapján elkülönült szervezeti egységek egy folyamat részét képezik, nem pedig egymástól elhatárolva tevékenykednek.

Az alkalmazott koordinációs eszközök egyik lehetséges osztályozása:⁴¹

- Strukturális koordinációs eszközök (Ezek például az ad hoc és állandó bizottságok, team, projekt, termékmenedzserek stb.) a szervezet alapstruktúrájába beépülve látják el a szervezeten belüli vertikális – ilyen például: a hierarchia – és horizontális koordinációt.
- Technokratikus koordinációs eszközök a formalizáltabb eljárások (Ezek például a szabályok, szabályzatok, tervek, programok, költségkeretek stb.) révén valósítják meg a koordinációt.
- Személyorientált koordinációs eszközök segítenek a szervezetek tagjai számára azonosulni a szervezeti célokkal, feladatokkal. (Ilyen alkalmazott eszköz például: a konfliktus feloldás, vezető-kiválasztás stb.)

A mátrixszervezet rendkívül konfliktusos szervezet, ami több tényezőből fakad. Először is a döntést megalapozó megbeszélések, együtt gondolkodás során magvalósuló véleményütközések által kialakult konfliktusoknak köszönhetően. Másrészt a hatalmi harcok révén, amelynek következtében egyes fontos döntések elmaradnak vagy elhúzódnak. Ezekből eredő konfliktusok feloldására általában személyorientált koordinációs eszközöket – ilyen koordinációs elemek a vezető-kiválasztás, kommunikációs készség fejlesztése stb. – alkalmaznak, ezek segítik a szervezetben megvalósuló feszültségek feloldását, kompromisszumok létrejöttét.

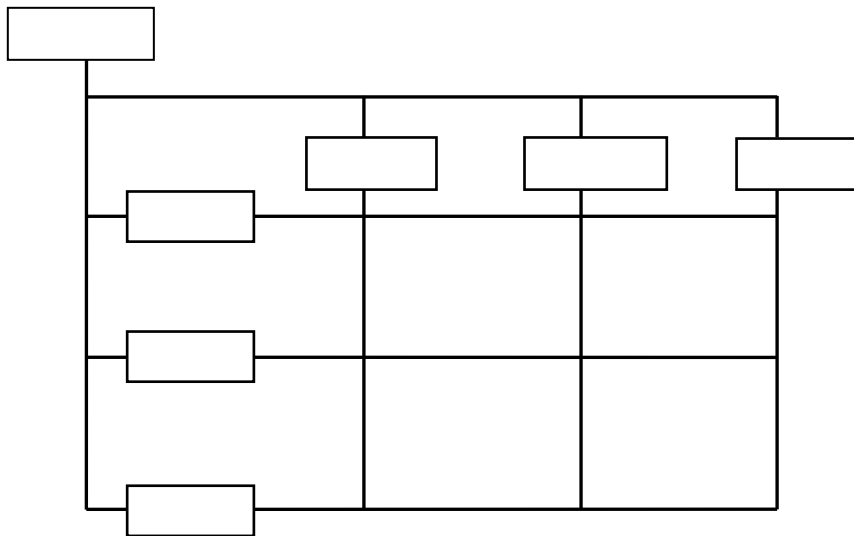
⁴¹ Dr. Drótos György Szervezet- és vezetéselemélet előadás, 2008.

4.2.4 Konfiguráció

A másodlagos vagy származtatott strukturális jellemzőnek nevezett konfiguráció, a fentebb említett strukturális jellemzők – munkamegosztás, hatáskörmegosztás, koordináció – révén meghatározott szervezeti váz, amely a következő kategóriákba sorolható:

- A szervezet mélységi tagolása a hierarchikus szintek számát mutatja.
- A szervezet szélességi tagoltsága egy vezető alá közvetlenül tartozó alárendeltek száma a hierarchia egyes szintjein.
- Az egyes szervezeti egységek mérete az egyes egységekben foglalkoztatottak számát jelenti.

A mátrix konfigurációja a két dimenzió mentén történő irányításnak megfelelően mutatja a szervezet felépítését.

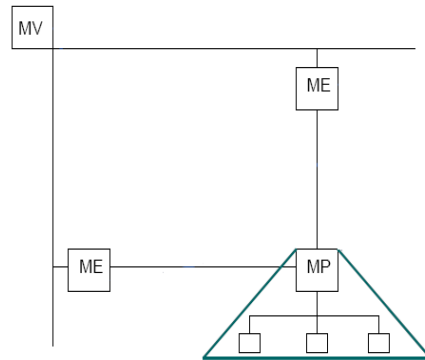


7. ábra: Mátrixszerkezet konfigurációja

Forrás: Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és vezetés

4.3 Mátrixszervezet⁴²

A mátrixstruktúra modellje pontosan bemutatja, hogyan épül fel egy mátrixstruktúra, és egyben rámutat a szervezeti forma jellegzetes vonásaira is. Az ábrán látható, hogy a mátrixvezetés által irányított két dimenzió belül találhatók a mátrixegységek. A két vezetési elv találkozásánál, a metszéspontok találhatók, amelyben elhelyezkedő egyes egységek mindkét dimenziónak felelnek.



8. ábra: A mátrixstruktúra szereplői

Forrás: K. Bleicher Organisation (1991)

4.3.1 Mátrixvezetés (MV)

A mátrixszervezet élén álló vezetőség szerepe, hogy meghatározza az intézmény működését befolyásoló két irányítási elvet, amely megfelelően képes alkalmazkodni a környezeti feltételekhez. A vezetőség tradicionális szerepeit – ilyenek például az utasítás, irányítás stb. feladatok – ebben a struktúrában felváltják a koordináló, delegáló feladatkörök. A vezetőség legfontosabb szerepe itt a mátrixegységek számára megteremteni a kereteket, és segíteni a probléma megoldásához alkalmas folyamatok, készségek elsajátítását.

4.3.2 Mátrixegység (ME)

Az ábrán látható, hogy a két munkamegosztási elv alapján kialakított dimenziókban, a mátrixközpontban helyezkednek el a mátrixegységek. Ezek az egységek tehát az egyik,

⁴² A fejezet jelentősen támaszkodik K. Bleicher Organisation (1991) c. könyvére

illetve a másik dimenzió specializált egységei, amelyek azonos jogosultságokkal és kötelezettségekkel rendelkeznek a komplex feladatok megoldásában.

A mátrixegységek vezetőinek feladata a dimenziók koordinálása, illetve az, hogy a problémamegoldás folyamatában az adott dimenzió speciális képességei, ötletei helyet kapjanak.

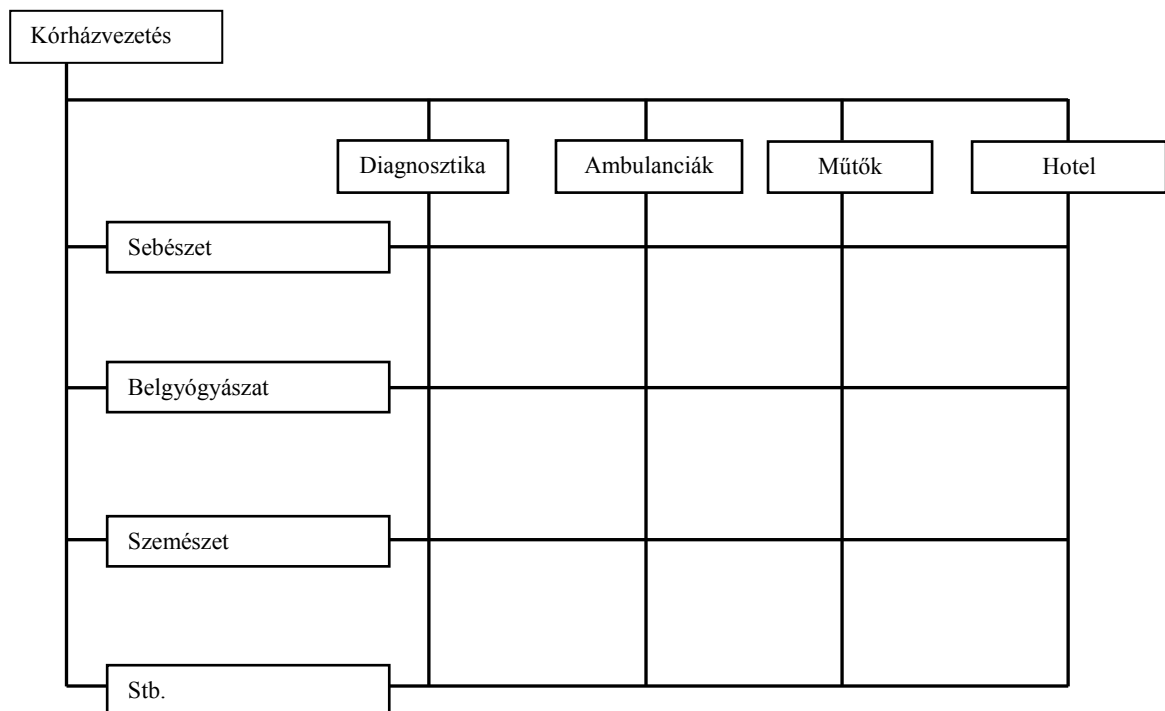
4.3.3 Metszéspontok (MP)

A dimenziók által létrehozott metszéspont mutatja be igazán a mátrixstruktúra lényegét, itt lép életbe a két nézőpont szerinti irányítás, a két elv participatív és kooperatív kiegyenlítése. A mátrixszervezet metszéspontjának azonban más jellegzetessége is van, tartalmától függően, amelyből kétfélet különböztethetünk meg.⁴³ Az egyik esetben a metszéspont a szervezet előtt álló feladatokat, problémákat jeleníti meg, ekkor a metszéspontban nincsen szervezeti egység. A másik lehetőség, amikor a metszéspontokban egy szervezeti egység áll. Ez a fajta megoldás segítheti, hogy a két nézőpont által irányított egységek a saját ismereteik, tudásuk tekintetében vitassák meg és alakítsák ki a szervezetet működését segítő lépések folyamatát.

⁴³ Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, 2009. 200. oldal

4.4 Mátrixkórház⁴⁴

„A mátrixkórház-szervezet esetében a funkcionális, illetve a tárgyi irányítási elvek lesznek a szervezet kialakításánál, valamint a működésénél érvényesülő szempontok.”⁴⁵ Az alábbiakban látható szervezeti ábra alapján ez úgy képzelhető el, hogy „a funkcionális elvű – vertikális – vonalon a diagnosztika, ambulancia, műtők, hotel stb., míg a tárgyi elvű – horizontális – vonalán az egyes klinikai szakok: a sebészet, belgyógyászat, szemészet stb. helyezkednek el.” Az egyes osztályok e tagolás alapján az egész fekvőbeteg-ellátó részben, egyetlen egységként működnek. A régebben kialakított szakterületenkénti tagozódást, amikor is a beteg vándorolt a betegségével a kórházban, felváltja a funkcionális kategorizálás, ahol már a beteghez rendelik az orvosokat, orvosok csoportját. Ezekben a kórházakban már nem léteznek a hagyományos értelemben vett betegosztályok, hanem az egész fekvőbeteg részleg egy osztályként működik, amelynek legfeljebb elkülönített részlegei vannak. (Ilyen például a felnőtt – gyermek, férfi – nő, kivizsgálási – posztoperatív, lábadozó részlegek stb.)



9. ábra: Mátrixkórház struktúrája

⁴⁴ A fejezet jelentősen támaszkodik Papp Éva A fekvőbeteg ellátás helyzete Magyarországon – mátrix struktúra című cikkére; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39. évfolyam 4.szám

⁴⁵ Papp Éva: A fekvőbeteg ellátás helyzete Magyarországon – mátrix struktúra; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39. évfolyam 4. szám 324. oldal

4.4.1 Mátrixkórház általános jellemzői⁴⁶

A mátrixstruktúra egyik fontos jellemzője, hogy kihasználtabbá válnak a szervezet erőforrásai. Így míg egy funkcionális szervezeti formában működő kórház esetében a gyógyításhoz szükséges berendezéseket, helyiségeket, az emberi erőforrásokat külön használják, addig a mátrixszervezetben ez közös igénybevétellel történik. A gyakorlatban ez úgy képzelhető el, hogy nincsenek külön sebészeti, nőgyógyászati műtők, hanem az egyes műtők kihasználtsága határozza meg, hogy éppen hol történnek a műtétek. Így azokban az esetekben, amikor a sebészeti műtőben – a betegek magas száma miatt – már nem tudják ellátni a pácienseket, átirányíthatják a őket a kisebb beteg forgalmú nőgyógyászati műtőben is.

Az ágy kihasználtság növelése a mátrixkórházban a következőképpen valósulhat meg, mivel nincsenek szakmanként meghatározott ágyszámok, így előfordulhat, hogy a tanítási szünetben megnövekedett számú mandulaműtetre váró gyerekek a sebészeten kapnak egy szabad kórtermet.⁴⁷

A mátrixstruktúra alkalmas arra, hogy „az orvosok egy része ne főállásban dolgozzon az adott intézményben, de ennek ellenére bizonyos esetben lehetősége legyen egy-egy ellátás elvégzésére.”⁴⁸ Az orvos beutalja a beteget az adott fekvőbeteg intézménybe, ahol el tudja látni. Ez a beteg számára nagyobb biztonságot jelent, mindamellett, hogy csökkenhet a várakozási idő is.

Az egyik legszembetűnőbb változások az ápolás területén figyelhetőek meg ebben struktúrában, mert itt az ehhez tartozó feladatok fogják meghatározni, hogy melyik beteget, hol kezelik, így az ápolás igényéhez rendelik a különböző erőforrásokat.

A mátrixszervezet hatékony alkalmazása lehetetlen lenne bizonyos informatikai rendszerek alkalmazása nélkül, melyek többek között segítik a beteg áramlás követését, és az optimális ágykihasználtság meghatározását.

⁴⁶ A fejezet jelentősen támaszkodik Papp Éva A fekvőbeteg ellátás helyzete Magyarországon – mátrix struktúra című cikkére; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39. évfolyam 4.szám

⁴⁷ Mátrix a kórházban: Neóként sűrögnek az ápolók; <http://www.webapolok.hu/news.php?readmore=129> 2010. április 12.

⁴⁸ Papp Éva A fekvőbeteg ellátás helyzete Magyarországon – mátrix struktúra; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39. évfolyam 4.szám 325. oldal

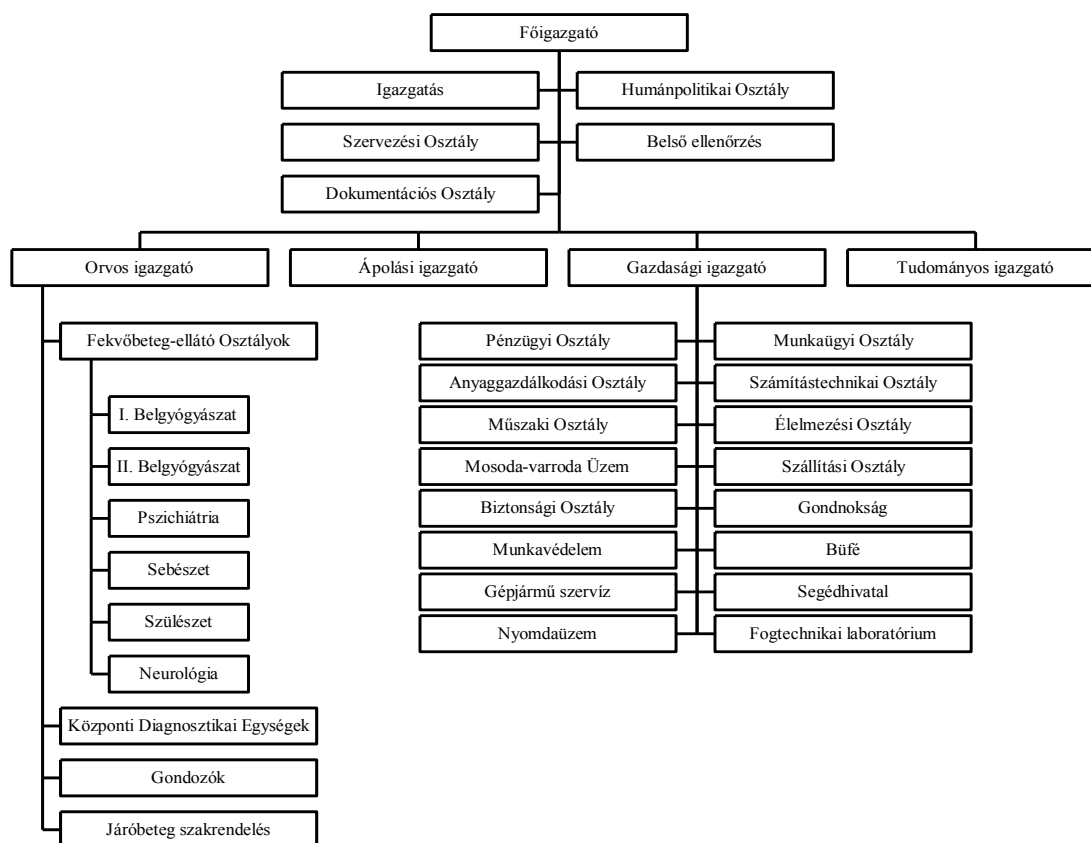
A zárt osztálystruktúrát nélkülöző mátrixszervezetekben nagyobb az esélye a fertőzéseknek, ezért nagyon fontos „az ellátás során a sterilitás szabályainak betartása, a kifogástalan higiénia. Ehhez természetesen nem hiányozhatnak az alapvető eszközök (egyszer használatos eszközök, gumikesztyű stb.)”⁴⁹

Gazdasági szempontból ez a fajta rugalmas szervezeti forma támogatja ágykihasználtság növelését, a kevesebb erőforrás igénybevételét, ezáltal jelentősen csökkentve a kórház költségeit. A szerkezet nagy hiányossága azonban az, hogy a finanszírozási rendszer még nem kellően alkalmazkodik a mátrixstruktúrához. „A mátrixkórház elterjedéséhez a valós teljesítményeket követő, rugalmas finanszírozási rendszer szükséges. A bemerevített ágysztruktúrához igazodó finanszírozás akadályozza a rendszer szélesebb körben való elterjedését.”⁴⁹

4.4.2 A mátrixkórház összehasonlítása a hagyományos kórházi szervezeti formával

A kórházak esetében lassan teret nyernek azok a megoldások, melyek túlmutatnak a hagyományosnak nevezhető funkcionális szervezeti formán és az abban jelenlévő hierarchikus szerveződési elveken, amelyek eredményeként az intézmény szervezeti egységei egy szigorú alá- és fölérendeltségi struktúrában működnek. A változó környezeti kihívások megkövetelik a gyors válaszképességet. A kórházakat azonban mind a mai napig jelentősen korlátozza a felállított centralizált szerveződés, ami problémákat okoz az intézmény eredendő céljai és funkciói teljesítésében: jelentősen lelassítja a fő tevékenységet. Ennek következtében nem biztos, hogy az adott szituációban felmerülő lényeges információk oda és akkor kerülnek, amikor arra valóban szükség van. Ezekben a struktúrákban a túlzott formalizáltság, a kommunikáció lassúsága révén az információáramlása hátráltatja a szervezet működését. A kórházvezetés és a beosztott dolgozók irányába történő gyorsabb információáramlás megoldására alakították ki a mátrix szervezeti felépítést.

⁴⁹ Papp Éva A fekvőbeteg ellátás helyzete Magyarországon – mátrix struktúra; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39. évfolyam 4.szám 325. oldal



10. ábra: Funkcionális kórház struktúrája

Azonban nagyon fontos hangsúlyozni, hogy bár a mátrix szerkezeti felépítés sok pozitív tényezőt hordoz magában, a struktúra jellemzőből fakadóan több veszélyt is rejt magában. Ezért fontos mérlegelni, hogy bár a jelenlegi rendszer láthatóan nem működik jól, de a mátrixstruktúra valódi megoldást jelent-e. S, összevetve ennek a két struktúrának a sajátosságait, a mátrixszervezet felé húz-e a mérleg nyelve?

A most még hagyományosnak nevezett funkcionális kórház nem más, mint az alapegységek lazán működő halmaza,⁵⁰ melynél az egyes osztályok a másiktól lényegében függetlenül végzik tevékenységüket. A mátrixkórház esetében viszont már egy nagyobb egységet alkotnak. A mátrixkórházban nincs szakmánként rögzített ágyszám, a kapacitások rugalmasan átcsoportosíthatók a szakmák igényeinek megfelelően.

A mátrixkórházak estében gazdálkodási és szakmai vezetési feladatok különválnak, ezáltal mindkét terület nagyobb figyelmet kaphat.

⁵⁰ Dr. Kincses Gyula: A magyar egészségügy átalakításának társadalmi-gazdasági peremfeltételei. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994.

A gazdasági egységekkel, azonos súllyal bíró funkcionális egységek kölcsönös együttműködési tevékenységének középpontjában a beteg áll, akinek az ellátásához szükséges szakmai és tárgyi feltételek biztosítása, egyes esetekben felszámolhatja az osztályok orvosi szakmák szerinti szerveződését.

Míg a hagyományos kórház zárt struktúrára és osztályokra épül, addig a mátrixszervezetként működő kórházat elvégzendő feladatok szerint alakítják ki. Az egyes osztályok szakma-specifikusak, azaz egy-egy szakterülethez tartozó betegségek teljes ellátási folyamatára szerveződtek.⁵¹ Ezáltal az orvosok és szakápolók a szakmai feladatokra összpontosíthatnak, munkaidejük és feladataik szakmaisága növelhető, illetve a közös erőforrások használatával optimalizálható például a műtők, az ágyak stb. kihasználtsága. Az erőforrás csökkentés például az ápolások tekintetében is nyomon követhető: ahol ápolási feladatok szerinti az elhelyezés, ott javulhat az ápolás minősége, felesleges utak és tevékenységek szüntethetők meg, valamint maximalizálható az egység kapacitások kihasználása. Ezekkel a változásokkal a betegek ellátása személyre szabottabbá válik, a kórházi ellátás-kezelés ideje ennek következtében csak a szükséges mértékű lesz.

A legnagyobb különbség a kettő között, hogy míg a funkcionális kórházak osztályokra vannak felosztva, addig a mátrixstruktúránál megszűnnek a hagyományos értelemben vett betegellátó osztályok. Eközben az orvosszakmai csoportok jórészt megmaradnak, de a betegellátás infrastruktúrája nem épül ki párhuzamosan, hanem „központosításra” kerül.

Ez arra ad lehetőséget, hogy a korábban kihasználatlanul működő műtőket, eszközöket, magasabb fokon tudják alkalmazni, és így az egyes szakmák számára, ezek együttesen álljanak rendelkezésre. Például a klinikai osztályok esetében a közösen igénybe vett egységek jobb hatásfokkal hasznosíthatóak. „A sürgősségi esetek ellátására készletben tartott ágyak – a pufferkapacitás – és a személyzet száma is csökkenthető, ha a fekvőbeteg-ágyakat a különböző szakmák együtt használják.”⁵² Az a kórházi tapasztalatok alapján, az egyes területek sürgősségi esetei tömegesen nem egyszerre fordulnak elő, így lehetőség nyílik az átcsoportosításokra.

⁵¹ Kátai Gábor Kórház honlapja:

<http://74.125.77.132/search?q=cache:EciT3fu0zC0J:www.freeweb.hu/kgkorhaz/index.htm+szakma-specifikusak,+korh%C3%A1z+m%C3%A1trix&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu>

⁵² Dr. Bodnár Mária: A belgyógyászati jellegű mátrix osztály kialakításának tapasztalatai egy év „távlatából” Szakdolgozat, 2007.

A hagyományos kórházban az egyes műtők kihasználatlanok, mivel egyes szakmákban a műtétek száma nem tölti be a napi kapacitást, más műtők, pedig telítettek.

A munkakörök számát és típusát meghatározó irányelvek az ágyszámhoz mérten határozzák meg a szükségletet. „A létszámigény-meghatározási technikák közül sem az objektív, sem a szubjektív módszereket nem alkalmazzák, így a betegforgalomhoz kapcsolt valós szükségletek nem játszanak szerepet a munkaerő és a munkakör tervezésében.”⁵³ A nagy értékű és nagy forgalmat lebonyolítani képes eszközök, műtők így sokszor nincsenek gazdaságosan kihasználva.

Ennek egyik oka, hogy az osztályvezető főorvosok nem szívesen válnak meg a hozzájuk tartozó munkaerőtől, illetve eszközöktől. Ez óriási pazarlást jelent a kórházak esetében, mert egyes osztályokon szinte használatlanul hevernek az eszközök.

A mátrixkórház kialakítása ezeket a konfliktusokat megoldhatja, de szerkezetéből adódóan más konfliktushelyzeteket teremthet. A szakmai és szervezeti vezetés többvonalas irányítása, alacsony fokú formalizáltsága a vezetőktől és a beosztottaktól is másfajta szemléletet, munkamódszert követel, mint az eddig megszokott, tisztább rendszerben. S előtérbe kerülnek a személy-orientált és strukturális koordinációs eszközök a technokratikus koordinációs eszközök helyett.

A mátrixkórház nyilvánvaló gazdasági előnyeinek, kiváló környezeti válaszképességének hangsúlyozása mellett, fontos kiemelni, hogy a funkcionális szervezeti felépítéssel szemben, itt komoly problémák adódhatnak a tárgyi és az emberi erőforrások közös használata miatt. Rivalizálás, a felelősségi kérdések bonyolultsága mind oda vezethet, hogy a mátrixstruktúra hatékonyságát nem tudják kamatoztatni.

4.4.3 Mátrix vagy nem mátrix a jogi értemben vett mátrixszervezet? ⁵⁴

A funkcionális kórházban érvényesülhetnek a fentebb említett mindazon előnyök és hátrányok, amelyek egy üzleti szervezetben kialakított mátrixstruktúra velejárói. Azonban egy kórház mátrixkórházzá történő minősítése előtt figyelembe kell venni,

⁵³ Dr. Bodnár Mária: A belgyógyászati jellegű mátrix osztály kialakításának tapasztalatai egy év „távlatából” Szakdolgozat, 2007.

hogy nem mind valódi mátrix, néhány csak elnevezésében az. A kórházak esetében ugyanis létezik egy jogszabályi meghatározás is, amely nem teljesen azonos az eddigiekben bemutatott strukturális felépítéssel. A törvényi meghatározás a mátrixosztályt olyan kórházban működő, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény keretén belül határozza meg, ahol az aktív szakterületek közül többet összevontan lát el úgy, hogy az egyes szakterületeknek az osztályon belül rögzített ágyszáma nincs.

Ezen meghatározás értelmében a mátrixkórház nem a mátrixstruktúrával rendelkező szervezettel, hanem osztályokkal egyenértékű. A törvény által leírtak a beteg ellátás folyamatára vonatkoznak az osztályokon belül, kórházi szintű irányelveket a törvény nem foglalja magába.

Az Egészségügyi, Szociális- és Családügyi Minisztérium érvényben lévő jogszabálya szerint a mátrixkórház a következő jellemzőkkel bír:

- Csak azonos telephelyen hozható létre.
- Szakmánként rögzített legalább 5 ágyszámmal rendelkező szervezeti egység.
- A mátrixosztályon ellátott szakmák ugyanazon a telephelyen, önálló osztályon nem végezhetők.
- Az intenzív, sürgősségi, fertőző-, szülészet-nőgyógyászati, onkológiai, pszichiátriai és ápolási osztályos feladatok mátrixosztályon nem láthatók el. (Kivéve nevesített pszichiátriai vegyes mátrix révén, ami csak aktív-rehabilitációs-krónikus pszichiátriai ellátás esetén hozható létre.)
- Csak azonos progresszív ellátási szintre besorolt ellátó egységek esetében hozható létre. A progresszív ellátás III. szintje szerinti működési engedély mátrixszervezetben működő osztályra nem adható ki.
- Gyermekgyógyászati osztályos feladatok csak úgy végezhetők el mátrixosztály keretében, ha általános csecsemő- és gyermekgyógyászati szakma mellett működnek mátrixformában.
- A mátrixosztály felelős vezetője az osztályon engedélyezett szakma szakorvosa lehet.

⁵⁴ 48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet alapján <http://www.orvosilapok.hu/magyar-fogorvos/482009-xii-29-eum-rendelet>

A fentiekből érezhető, hogy a mátrixkórházra vonatkozó rendeleti szabályozások még kissé felületesen érintik a fekvőbeteg ellátás e speciális formáját, és a mátrixkórház alatt leginkább mátrixosztályok értendők. Ma még a jogszabályi környezet nincsen egyensúlyban azzal, hogy mit is jelenthet egy struktúrájában átalakított szervezet, annak tényleges szakmai és gazdálkodási súlyát tekintve. Az előírások alapján meghatározott mátrixszervezet a hagyományos struktúrának egy olyan változatát jeleníti meg, ahol a szakmai struktúra a kórház egész működést tekintve lényegében nem változik. Bár ezzel a megoldással is lehet hasonló jellegű eredményeket elérni, – ilyen eredmény lehet a költségcsökkenés, erőforrás magasabb fokú kihasználása – de ezek mértéke az intézményi átalakításhoz viszonyítva, természetesen kisebbek. S így kevésbé jelentkezik azok a tényleges gazdasági és szakmai előnyök, ami egy valódi mátrixszervezetként működő kórházat jellemeznek. Viszont a mátrixosztályok kialakítása jelentheti egy szervezeti átalakítás kezdeti lépéseit is, ahol a kórház fokozatosan próbálja bevezetni az új struktúrát. Ezzel a kezdeti lépéssel megbizonyosodhatnak arról, hogy melyek ennek a struktúrának a pozitívumai, illetve negatívumai, s így könnyebben eldönthetik, hogy érdemes-e az egész szervezetet e struktúra alá rendelni.

4.5 A mátrixszervezet alkalmazásának körülményei, feltételei ⁵⁵

A mátrixszervezetet rugalmassága, az új összefüggések gyors megtalálása rendkívül hatékony szervezeti formává teszi. Azonban nem minden szervezet számára alkalmas ez a fajta megoldás. A mátrixszervezetet elsősorban olyan organizmusoknál célszerű alkalmazni, ahol a külső környezet gyorsan és alig kiszámíthatóan változik, a szervezet egyszerre két területen akar megfelelni, a szakmai feladatok jellemzően újszerűek, komplexek és mennyiségük változó, illetve, tagjainak kommunikációs és kooperációs képessége fejlett valamint az erőforrások szűkösek. Gyakran konfliktusos szervezetenként jellemzett struktúra az innovativitás tekintetében is kiemelkedő, de tényleges eredményessége csak akkor kamatozódik, ha a vállalat résztvevői valóban képesek magukat a struktúra által megkövetelt szemléletnek alávetni.

⁵⁵ Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és vezetés; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1996. Dobák Miklós Szervezet- és vezetéselmélet 2008-as előadása alapján.

Dinamikusan változó, heterogén környezet

A környezet gyors és változó kihívásaira az egyik leghatékonyabb szervezeti forma lehet a mátrixstruktúra. Ez a fajta kevésbé formalizált és rugalmas szervezeti kialakítás lehetővé teszi a gyors és megfelelő reagálást a felmerülő problémákra. A centralizált irányítás, pedig a keretét adja a két irányítási elv szellemében működő szervezetben való kommunikációnak, ezáltal segítve a megoldás létrejöttét.

A kórházak esetében, ezek a külső tényezők az egészségügyi alapellátás jelentős változásainak következtében jelen vannak, s leginkább, ezek erősítik a struktúra átalakítás fontosságát.

Komplex, új, kockázatos feladatok

Azon szervezetek esetében, amelyeknek dinamikusan változó környezeti kihívásoknak kell megfelelniük – ezek például, a folyamatosan változó fogyasztói igények, szabályzási elvek – jellemzően nem a rutin feladatok megvalósítása a feladat, hanem olyan kihívásokkal kell szembenézniük, amelyek innovatív ötleteket, gondolkodásmódot követelnek meg. A mátrixstruktúra ezt a fajta elvárást a két irányítási elv mentén történő irányítással támogatja. Ennek révén egyrészt a szervezet több területre tud koncentrálni, másrészt az egyes mátrixegységek specializáltan a saját dimenziójukkal foglalkoznak, amelyről a megszerzett tudást a mátrixmetszéspontokban hasznosítanak. Ezzel a módszerrel lehetővé válik az információ megszerzésének, célok megtervezésének stb. rövidebb időtartamon történő meghatározása, amellet, hogy a vélemények ütköztetésével mind a két nézőpont egyediségei felszínre kerülhetnek.

Azon szervezet esetén, ahol dominánsabbak, a standardokon alapuló válaszok, ez a forma inkább időt, és energiát vesz el, mivel a rutin feladatok, módszerek alkalmazása gyorsabb és hatékonyabb, mint minden egyes alkalommal megvitatni a hasonló jellegű kérdéseket.

A kórházak esetében leginkább az egészséget fenyegető tényezők növekedése jelenti a legnagyobb kockázatot, melyek kezelésére nem lehet előre felkészülni, mert ezek megoldása mindig a körülményekhez igazodó választ követel meg.

Szimultán alkalmazható munkamegosztási elvek kialakításának lehetősége

Abban az esetben, amikor egy szervezetnek két terület felé kell egyaránt összpontosítania, a két dimenzió mentén történő irányítás lehetővé teszi, hogy egyes csoportok specializáljanak az egyes területekkel, míg más csoportok e tudás birtokában a két elv mentén, együttesen tudjanak döntéseket hozni.

A kórházak esetében fontos, hogy a gyógyítás mellett a racionálisabb érdekeket is szem előtt tartó gazdasági szemlélet is szerepet kapjon, ami erőforrásait biztosítja az intézménynek.

Fejlett kommunikációs készség

A mátrixszervezet sikerének egyik kulcsa az emberi tényező. A mátrixszervezeti forma nem valósíthatja meg a hozzá fűzött reményeket, ha a dolgozói nem hajlandóak alárendelni magukat a szervezeti céloknak és együttműködni egymással, azaz azonosulni a struktúra követelményeivel. Akkor bár a két nézőpont szerinti irányítás rengeteg szinergiát realizálhatna a szervezet számára, de az egyes dimenziók között rivalizálás révén sikertelenné válhat az egész szervezet. A mátrixszervezetben való működés rengeteg konfliktusból és kompromisszumból áll, amihez a kommunikáció szolgál eszközként.

A kórházak dolgozói ehhez már hozzá szokhattak, mivel a betegekkel való mindennapos találkozás fokozott stressz- és konfliktustűrést igényel.

Korlátozott erőforrások

A mátrixszervezeti forma lehetővé teszi, hogy az egyes egységek közösen alkalmazzák az intézmény erőforrásait, aminek következtében az intézményi erőforrások kihasználtsága növekszik, ami jobb teljesítményt eredményez a szervezet számára.

A kórházak esetében az egyik legnagyobb probléma, hogy míg egyes területek leterheltek, addig másutt az erőforrások kihasználatlanok.

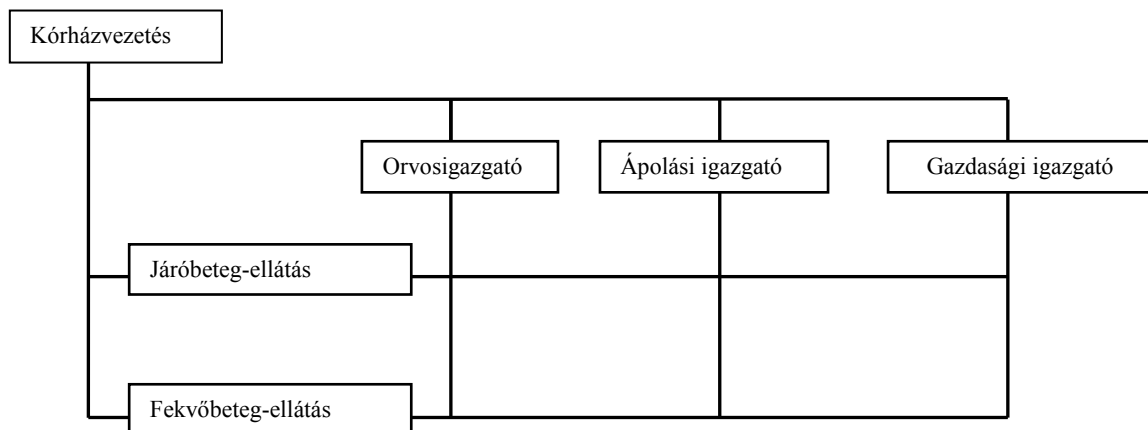
4.6 A mátrixszervezet típusai

A mátrixszervezeteknek eltérő megjelenési formájuk van, annak köszönhetően, hogy más-más munkamegosztási elv alapján kategorizálhatjuk őket. Ezek alapján a következő típusok fordulhatnak elő:

- Funkcionális-tárgyi
- Funkcionális-funkcionális
- Funkcionális-regionális
- Tárgyi-regionális

4.6.1 Funkcionális-tárgyi

Ezen mátrix esetén két alkalmazott munkamegosztási elv, a funkcionális, valamint a tárgyi – termékek/anyagok/vevők – kombinálása útján valósul meg, amelynek következtében a szervezeti egységek kialakításánál egy időben a funkcionális és a termék-szemléletű irányítási elvek is szerepet kapnak. A tárgyi elvű felosztás esetén az orvos szakma azonos betegségcsoportokba tartozó betegségek ellátása köré szerveződik.

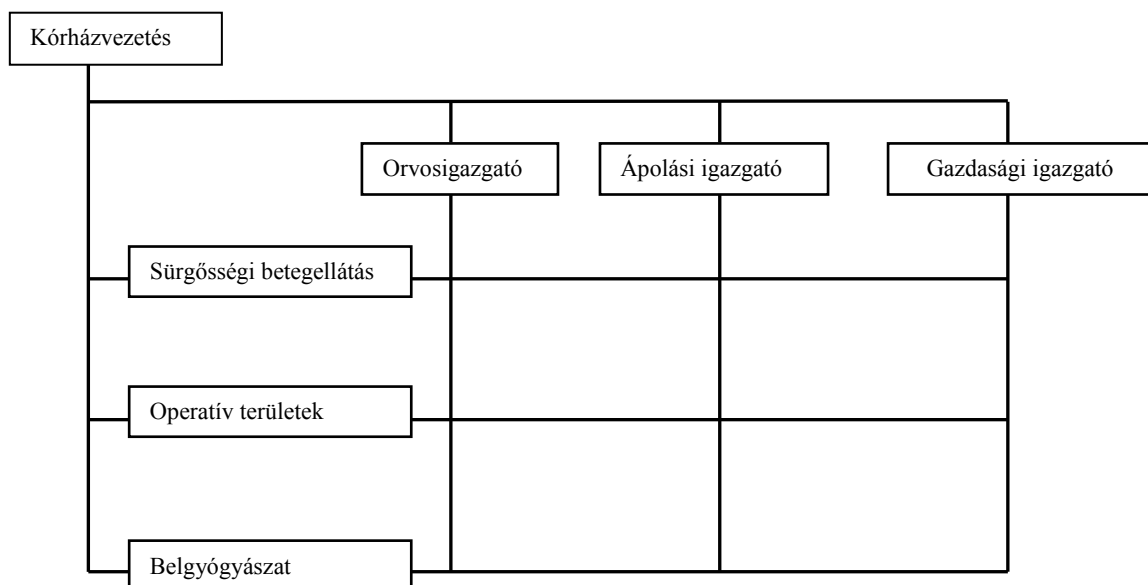


11. ábra: Kórház funkcionális-tárgyi mátrixstruktúrája

A tárgyi elvű munkamegosztás kialakítására két lehetőség mutatkozik: az egyik lehetőség a termékek (termékcsoportok) a másik különböző projektek szerint elhatárolás. Ezek alapján beszélünk termékorientált és projektorientált mátrix-szervezetekről.⁵⁶

4.6.1.1. Termékorientált mátrix

Ez a fajta a struktúra stabilabb környezeti feltételek mellett, hosszabb távú működésre alkalmazható.⁵⁶ Ebben a struktúrában a funkcionális vezetők figyelemmel kísérik az egyes területek hozzájuk tartozó kérdéseit. Míg az egyes osztályok a hozzájuk tartozó, betegségecsoportokat érintő tényezőkkel vannak tisztában. Ennek a fajta struktúrának előnye, hogy a szervezet funkcionális kérdéseivel foglalkozó szereplők egészében látják a felhasználásra kerülő erőforrások kihasználtságát, alkalmazásának hatékonyságát, ami a könnyebb és a gyorsabb, összességében a hatékonyabb beavatkozást segítheti.

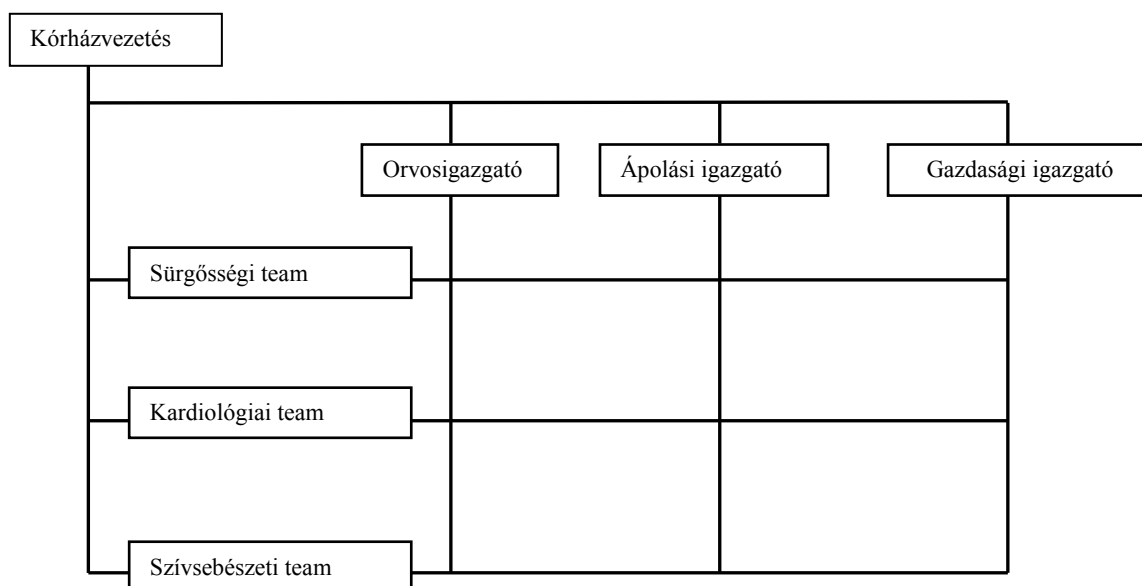


12. ábra: Kórház termékorientált mátrixstruktúrája

⁵⁶Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és koordináció; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1992.

4.6.1.2 Projektorientált mátrix

A projektorientált struktúra fókuszában a speciális ellátást igénylő beteg kerül. Ennek alapján az egyes, a hagyományos orvosszakmai területek merev határait átlépve betegcsoportok és ellátási módok köré szerveződő orvosszakmai teamek képviselik az egységeket. A termékorientált mátrixszervezetnél ez egy rövid távú, az adott feladat megoldására létrejövő struktúra, amelynek tagjai és céljai rendkívül változékonyak. Ennek megfelelően az adott team állhat azonos szakvizsgával rendelkező orvosokból vagy egy betegség ellátásához szükséges különféle képzettségű orvosokból a felmerülő problémától függően. Például, egy gerincsebészeti team tagja lehet: gerincsebész, rehabilitációs-reumatológus, gerincgyógyász, neurológus, radiológus, aneszteziológus és gyógytornász is.⁵⁷



13. ábra: Kórház projektorientált mátrixstruktúrája

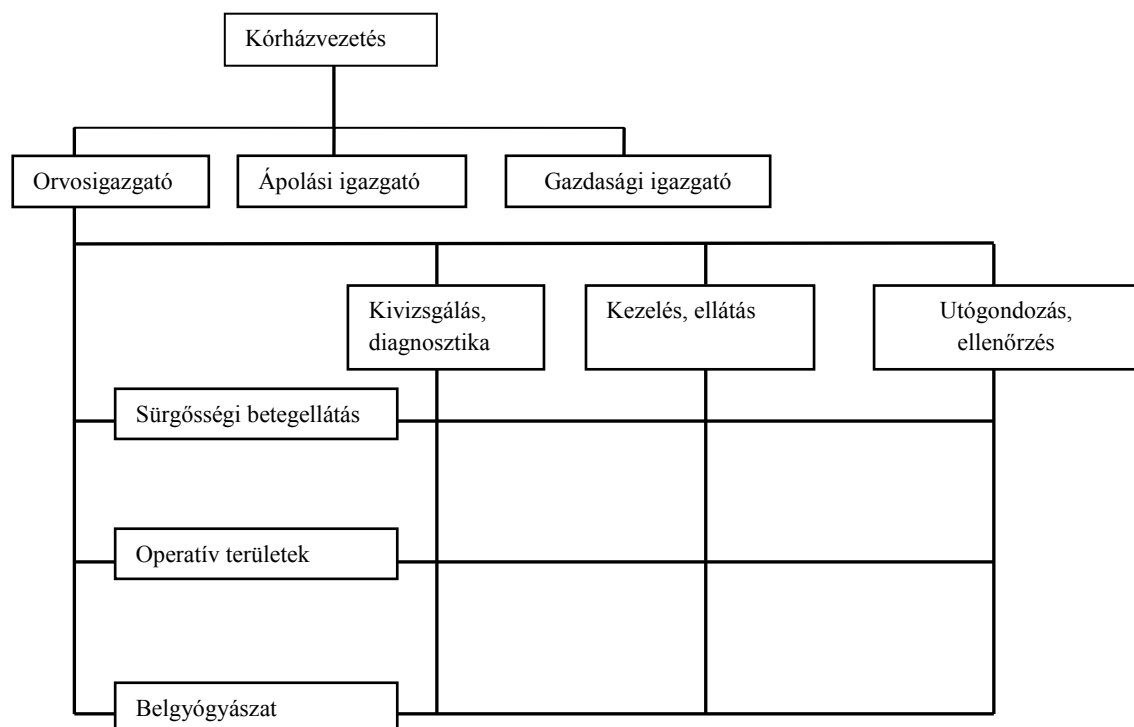
⁵⁷ Szegedi Éva: Ha muszáj műteni
http://209.85.135.132/search?q=cache:Pdvr4VdZbWEJ:www.bhc.hu/cikk/0838/774994/20080915_ha_muszaj_muteni_1.htm+Gerincseb%C3%A9szeti+team:&cd=4&hl=hu&ct=clnk&gl=husorán+letöltés:2010.+március+22

4.6.2 Funkcionális-funkcionális

4.6.2.1 Betegellátási folyamat alapján

Ez az üzleti éltben kevésbé alkalmazott kombináció a kórház esetében inkább elképzelhető megoldás, de az eddigi magyarországi gyakorlatban nem tartozik a szokványos kialakítási módok közé.

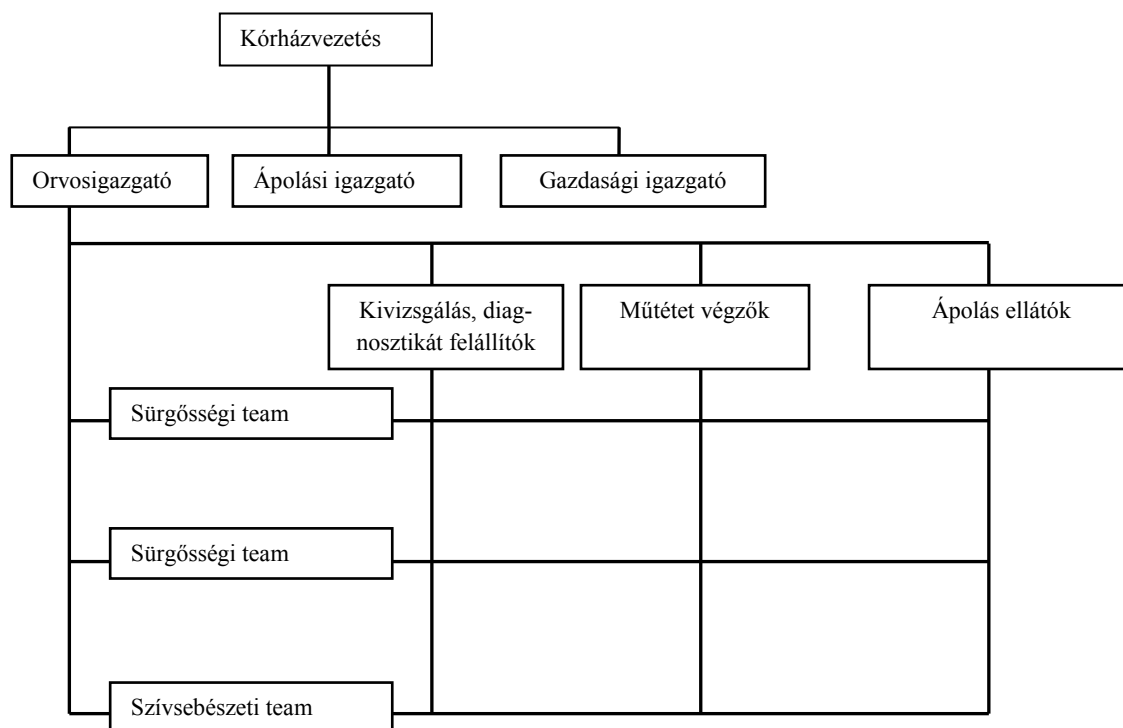
Kincses Gyula⁵⁸ a funkcionális egységeket, mint a betegellátás időben elkülönülő, sorrendiségében egymásután következő szakaszait képzei el, a betegellátás különböző fázisait fizikailag is elválasztva egymástól. Ez alapján elképzelhető, olyan strukturális kialakítás is, amelyben a betegek az aktuális betegellátási szükségletüknek megfelelő osztályon fekszenek. Itt a mátrixstruktúra csak az orvosi tevékenységeket fedi le és az irányítási területekhez tartozó feladatokat, a vállalatvezetés alá helyezik. Ez az elképzelés inkább kis kapacitással és infrastruktúrával, kis ágyszámmal rendelkező kórház esetében valósítható meg.



14. ábra: Kórház mátrixstruktúrája a betegellátási folyamat alapján

4.6.2.2 Résztevők funkciója alapján

Egy másik elképzelés szerint a funkcionális egységeket úgy is kialakíthatjuk, hogy azokhoz a gyógyító folyamatban, bizonyos tevékenységeket rendelünk, és ezekhez határozzuk meg a résztvevőket. Azaz a műtétet végző sebészek, altató orvosok, asszisztensek egy csoportját kötjük össze a sebészeti teammel.



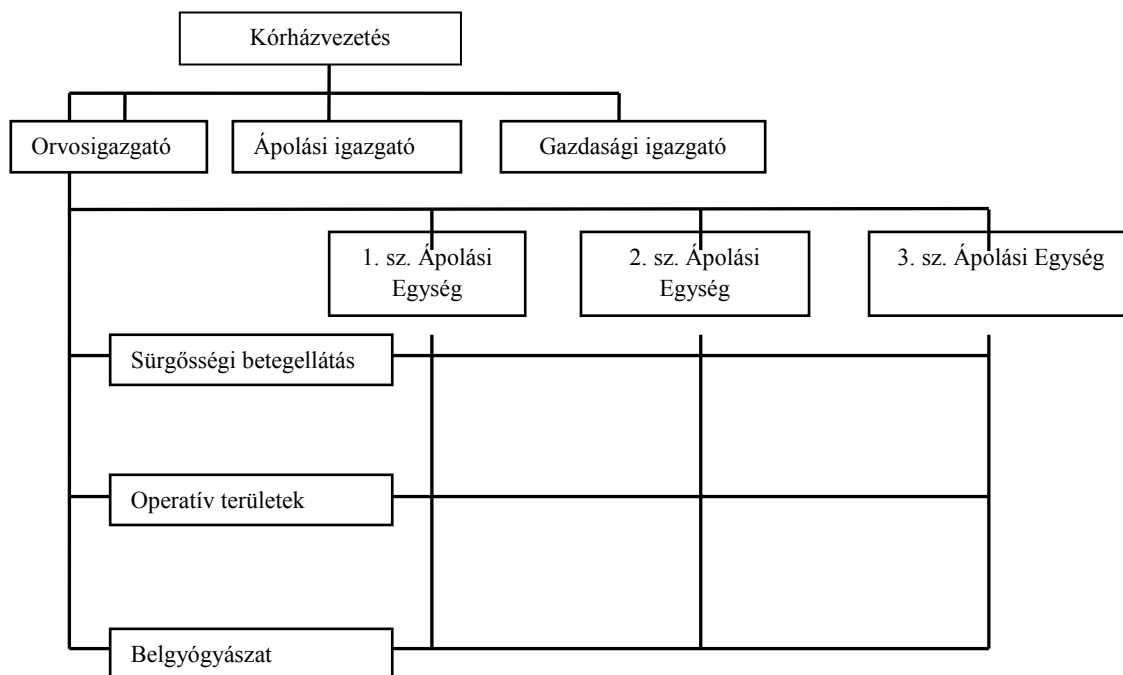
15. ábra: Kórház mátrixstruktúrája a résztvevők funkciója alapján

4.6.2.3 Ápolás, mint funkcionális egység

A mátrixstruktúrává átalakított kórházakban az a közös, hogy a hagyományos értelemben vett osztályok és a különböző betegségben szenvedő betegek ápolási

⁵⁸ Kincses Gyula Dr.: A magyar egészségügy átalakításának társadalmi-gazdasági peremfeltételei. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994

igényük szerinti elhelyezése megszűnik.⁵⁹ Az ilyen típusú kórházakban az orvoshoz a beteget, az ápolókhoz pedig a kórteremet rendelik. Míg a hagyományos ápolásban nem különülnek el az egyes szervezeti egységen belül a különböző igényeket támaztó betegek, addig a mátrixstruktúrában az ápolás jellege határozza meg, hogy hová kerülnek. Így egy beteg elhelyezésénél az első számú tényező az ápolási szükséglet és nem az orvosi diagnózis lesz, s ehhez igazodik az ápoló személyzet, a tárgyi és egyéb más igények kialakítása.



16. ábra: Kórház mátrixstruktúrája ápolási folyamat alapján

Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az egyes más-más problémával rendelkező betegeket egy kórteremben látják el, ha hasonló ápolásra szorulnak. (A Szent Lukács Kórházban például az általános sebészet, baleseti sebészet, fül-orr-gégészet, nőgyógyászat osztályokat vonták így egybe.) A rendszer egyik előnye, hogy mind a személyi, mind pedig a tárgyi feltételek pontosan definiálhatók, és könnyebben nyomon követhető, ellenőrizhető, hogy minden beteg megkapta-e az ellátásához szükséges szakmai és tárgyi feltételeket.⁶⁰ Azonban egyes kórházak eddigi tapasztalatai alapján azoknál az

⁵⁹ Kovács Éva: Mátrix a kórházban: Neóként sűrögnek az ápolók
<http://www.teol.hu/tolna/kozelet/matrix-a-korhazban-neokent-surognek-az-apolok-238539> letöltés: 2010. március 24.

⁶⁰ Kátai Gábor Kórház honlapja:
<http://74.125.77.132/search?q=cache:EciT3fu0zC0J:www.freeweb.hu/kgkorhaz/index.htm+szakma-specifikusak,+korh%C3%A1z+m%C3%A1trix&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu>

egészségügyi intézménynél működik a mátrixrendszerű ápolás, ahol hasonló orvosszakmai területen, egy tömbben (A mátrixosztályt, mátrixrendszert alkotó egységek egymáshoz közel helyezkednek el az épületen belül, vagy egy épületben találhatók meg.) hozták létre azt.⁶¹

4.6.3 Funkcionális-regionális

Ez a típus azoknál a szervezeteknél alkalmas, ahol egyes területek közötti eltérés nagy. S az intézmény számára az egyes területek homogén piacként történő kezelése, komoly költségnövekedést, eredménytelenséget okozna. S így a szervezet számára előnyösebb méretgazdasági, erőforrás kihasználtság stb. szempontjából, ha az egyik dimenzió kifejezetten erre koncentrál.

A kórházak esetében ez úgy képzelhető el, hogy az egyes kórházak az alapellátásokon és sürgősségi feladatok ellátásán túl az egy területre koncentrálnak. Például egy városban az egyik kórház speciális kardiológiai ellátást igénylő (ritmuszavarok, szívizombetegségek, koszorúsér-betegség, szívizominfarktus, billentyűbetegségek, szívelégtelenség, pacemaker – szívritmusszabályozó beültetés, szívműtét utáni állapotok)⁶² betegeit látja el, míg a másik kórház az onkológiai betegekért felelős.

Ez a fajta megoldás, nem igényeli, hogy a regionális elv a kórházakban érvényes legyen, mivel nem a helyi eltérések, hanem az egészségügyi intézmények együttes kapacitás kihasználtságának optimalizálása itt a fő szempont. Ezért a regionális elvet nem érdemes a mátrixstruktúra egyik dimenziójába sem tenni, s e két dimenzió mentén a mátrixstruktúrát megvalósítani.

⁶¹ Kovács Éva: Mátrix a kórházban: Neóként sűrögnek az ápolók;

<http://www.teol.hu/tolna/kozelet/matrix-a-korhazban-neokent-surognek-az-apolok-238539>

⁶² Szent János kórház honlapja: <http://www.janoskorhaz.hu/i-belgyogyaszat-kardiologia/> letöltés: 2010. április 20.

4.6.4 Tárgyi-regionális

A funkcionális-regionális szervezeti formához hasonlóan, ebben az esetben a regionális dimenzió kialakításának oka, a helyi szinten eltérő igények kezelése. Az intézmény számára eredményesebb, ha ezeket külön-külön látja el, vagy a globális elképzeléseket a helyi igényekhez alakítja. Ez az elképzelés a funkcionális-regionális struktúrával megegyezően képzelhető el a kórházakban, így mátrixszerkezetet ebben az esetben sem lenne célszerű kialakítani.

4.7 A mátrixstruktúra alkalmazásából fakadó előnyök ⁶³

A mátrixszervezet kettős irányítása jelenti a szervezet számára az eredményességet. Ideális esetben intenzív vezetői eszmecserét hoz, és lehetővé teszi a gyors, több tényezőt figyelembe vevő reagálást a környezeti kihívásokra, mindamellett, hogy ösztönzi a szervezet tagjait a hatékonyabb munkavégzésre.

Gyors, rugalmas alkalmazkodás a környezet kihívásaira

A heterogén és gyorsan formálódó környezeti feltételek miatt a szervezetnek folyamatosan újra és újra át kell értékelnie pozícióját, céljait és új stratégiákat kell kidolgoznia. Ehhez a fajta munkafolyamathoz, egy rugalmas struktúra tud leginkább háttérrel biztosítani, amely nagyobb szabadságot ad a szervezet tagjainak a feladatuk megoldásában, a döntés meghozatalában. A mátrixstruktúra adaptív, rendkívül jól alkalmazkodó modell,⁶⁴ amely lehetővé teszi, hogy a szervezet aktuális problémamegoldása minden érintett javaslatainak figyelembe vételével, megtárgyalásával történjen. A több nézőpont szerint működő, döntést alkotó szervezetben, a gyakori kommunikáció miatt gyors az információáramlás, ami segíti azt, hogy minden érintett értesüljön az őt érintő kérdésekről. Ezért is mondható, hogy ez a struktúra sokkal

⁶³ Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, 2009.

és Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és vezetés; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1996. alapján

⁶⁴ Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, 2009. 209 old.

érzékenyebb az innováció kihívásaira, s nem csak a technológia- és termékfejlesztés tekintetében.⁶⁴

Az egészségügyi intézmények esetében a szabályok csökkentése – átgondolása – által javulhat az információ áramlása, ezáltal sokkal szervezettebbé és jobban alkalmazhatóbbá válik a szervezet a külső változásokkal – hatásokkal – szemben.

Komplex feladatok megoldása

A gyakran változó környezeti kihívások, gyors és teljes körű választ követelnek meg a szervezetektől. A két dimenzió mentén történő irányítás lehetővé teszi a több szemléletmód mentén való gondolkodást. Ezáltal a szervezetnek nagyobb rálátása lesz az adott helyzetre, ami segíti a magas szintű alkalmazkodást.

Jelenlegi, hazai helyzetben az egészségügy alapelveinek változása komoly kérdéseket vet fel a kórházak számára. Választ kell találniuk a társadalmi változásokra, a különféle járványok gyors és hatékony kezelésére, miközben technológia által létrehozott újdonságok még mindig nem adóttak.

A szervezeti forma kialakításának rugalmassága

A mátrixstruktúrában a munkamegosztási elvek sokféle variációja révén több lehetőség van a szervezet struktúrájának kialakítására. Így a mátrixszervezet sokféleképpen és más struktúrán belül is kialakítható. A makromátrix a teljes, az egész szervezetre kiterjedő, míg a mikromátrix egy részleges, valamely szervezeti alrendszeren belüli mátrixműködést jelent.

A mikromátrix forma lehetőséget ad arra, hogy az intézmény bizonyos egységein belül alkalmazzák ezt a szervezeti megoldást. Ez azokban az esetekben előnyös, amikor az egész szervezet számára értelmetlen lenne, a két dimenzió mentén történő irányítás, mert lényegében egy munkamegosztási elv a domináló az adott piacon való jelenléthez, de egy-egy terület számára mégis fontos a több szempont figyelembe vétele. (Ilyen

kialakítás lehet például az értékesítési szervezeten belül tárgyi, regionális vagy funkcionális munkamegosztás kombinálásával.)

A kórházak esetében is megvalósítható ez a fajta mikromátrix megoldás, mégpedig a mátrixosztályok révén. Ekkor egyes területeket, mint például a belgyógyászat bizonyos területeit vonják össze ezen alkalmazás keretében.

Felsővezetők tehermentesítése, átláthatóbb fejlődési lehetőségek

A jól működő mátrixszervezetben a felső vezető feladatköre kevésbé szól a tényleges operatív működésről, hanem inkább koordináló, a szervezeti működést támogató feladatokból áll.⁶⁵ A két dimenzió és az alaposabb szervezeti kialakítás révén lehetővé válik, hogy a döntések meghozatalában a szakmailag kompetensebbek, az adott területet jobban ismerők vegyenek részt és hozzák meg – a felső vezetés beleegyezésével, koordinálásával – a vállalatot érintő döntéseket. Ezek egyrészt fejlesztik a szervezet tagjainak szakmai tudását, készségeit és vezetői képességeit, másrészt a vezetők számára komplex képet adnak a vállalat egészéről. Mindezeken köszönhetően javul a szervezet átjárhatósága, biztosítható a belső mobilitás az egyes vezetői pozíciók között.

A kórházak esetében ez a tekintetben is fontos, hogy az eddig tapasztalt információ torzítása, a menedzsment rétegein áramolva, minimálisra csökkenhet.

Hatékony erőforrás-kihasználás

A két dimenzió mentén történő irányítás kialakításával azok az erőforrások, amelyeket mindkét dimenzió alkalmaz, közös használat alá kerülnek, ezáltal növekszik az adott erőforrás kihasználtságának mértéke. Ráadásul így átláthatóbbá válik, hogy a szervezet működése során mely erőforrásokból, ki mennyit igényel és melyek azok, amelyekre a közös használat miatt már nincsen szükség.

A kórházak esetében a gyógyszer és különféle kötszerek ellátásban hatékonyság várható. Megszűnnek az osztályos készletek, a részlegek csak a szükségletnek

⁶⁵ K. Bleicher: Organisation; Wiesbaden, 1991

megfelelőket kapják meg. A humán erőforrás területén is racionalizálás jelentkezik, mely részben álláshely felszabadulást, részben az egyes területeken a meglevő hiányok fedezetét biztosítják.

Szervezeti tagok teljesítményének ösztönzése

A mátrixrendszer a szervezeti tagokat eredményesebb munkára sarkallja, a kölcsönös kontroll, a közösen kidolgozott döntések miatt. Itt az állandó kommunikáció révén jobban előtérbe kerülnek a problémák és a szervezet gyenge láncszemei. A mátrixszervezetben kevesebb lehetőség van a valódi teljesítmény titkolására, ami ösztönzi a szervezet tagjait az eredményesebb munkavégzésre.

Az osztályok megszűnésével erősödhet az egységes kórházzszemlélet, ezáltal a dolgozók jobban tudnak azonosulni a szervezet elképzeléseivel, változtatásaival, valamint növekvő csapatmunka motiválja őket.

„A részvétel növekszik, mivel a személyközi kapcsolatok révén lehetőség van betekinteni a szakma változatosságába és a személyes ráhatás jó eredménnyel hat az elvégzett munkára, növelve az elégedetlenséget a feladatmegoldással egyidejűleg.”⁶⁶

4.8. A mátrixstruktúra alkalmazásából fakadó hátrányok

A mátrixstruktúra alkalmazása racionális és logikus fejlődést jelenthet a szervezet számára, de néha alkalmazása több problémát szül, mint amennyit megold. Ezek a hátrányok fakadhatnak a külső, belső körülményekből és strukturális tényezőkből egyaránt. A szervezet bonyolultabbá válik, ezáltal lelassulnak a döntési folyamatok, ez napi 24 órás szervezési munkát igényel. A hatalmi harc, felelősségi kérdések következtében egyes fontos döntések elmaradnak vagy elhúzódnak. S az ebből eredő konfliktusok feloldása szintén meghosszabbíthatja a döntési folyamatot.

⁶⁶ Dr. Bodnár Mária: A belgyógyászati jellegű mátrix osztály kialakításának tapasztalatai egy év „távlatából”; 23. oldal

Anarchia kialakulásának veszélye

A mátrixszervezet egyik problémája, hogy a rugalmasság, a szervezet tagjainak nagyobb szabadsága érdekében kialakított intézményi hierarchia sokszor nem átlátható a résztvevők számára, így nem tudják, mikor kitől kapnak utasítást és kinek tartoznak beszámolási kötelezettséggel. Ennek feloldása paradoxon helyzethez vezethet, mivel a hatáskörök, felelősségi körök tisztázása a mátrix jellegét veszélyeztetik.⁶⁷ Így az adott szervezet vezetőinek elhatározásától függ, hogy mennyire konkretizálják ezeket a kérdéseket és hol húzzák meg a határokat.

A kórházak esetében a hagyományos szervezetű osztályokon a szakmai ellenőrzés az osztályvezető feladata. A mátrixban mindenki a saját betegéért felel, ez szervezetlen kereteken belül komoly problémákat okozhat.

A kompromisszumos döntéshozatal veszélyei

A mátrixszervezetben magvalósuló több szempontú döntéshozatal számos veszélyt hordoz magában, mivel könnyen előfordulhat, hogy a döntések mögött 100 százalékban nem a szakmai tényezők fognak dominálni, hanem az, hogy ki és hogyan érvel, ki az erősebb a vitában. A mátrixstruktúra működésének egyik kulcs tényezője, hogy miként teremti meg az adott szervezet az egyensúlyt,⁶⁸ mivel a szervezeti struktúra csak a keretét adja a feladatok elvégzésének, de ha a felek erősebbek akarnak lenni egymásnál, akkor annak a szervezet látja kárát.

Előfordulhatnak olyan esetek, hogy az egyik vezető csak azért fogadja el a másik döntését, hogy egy másik szituációban, ugyanezt várhassa el a másik féltől, vagy enged, mert nem látja a módját annak, hogy meggyőzze a másikat. Függetlenül attól, hogy mi az oka az elvtelen kompromisszumnak a szervezet érdekei sérülnek, mivel nem szakmai alapon született egy egydimenziós döntés.⁶⁸

A kompromisszumos megoldás létrejöttét az is akadályozhatja, hogy rivalizálás van a két dimenzió között, ami a vezetők hozzáállásában úgy nyilvánul meg, hogy nem akarnak engedni elképzeléseikből és csak a saját dimenziójuk érdekeit nézik. Ez abban az esetben még inkább kiéleződik, amikor egy régebben funkcionális szervezatként működő szervezetet alakítanak át mátrixszervezetté, és a funkcionális

⁶⁷ Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, 2009. 211. old.

⁶⁸ Stanley M. Davis and Paul R. Lawrence: Problems of Matrix Organizations Harvard Business Review 1978.

területet vezető gárda ugyanaz marad. Mivel ebben az esetben nemcsak két egyenlő súllyal bíró egység hatalmi harcáról van szó, hanem arról is, hogy az egyik a másik dimenzió belépésével elvesztette egyeduralmát.

A helyzetet az is bonyolítja, hogy az esetek többségében a döntés meghozatala nemcsak a két egységvezetőtől függ, hanem egy nagyobb vezetői csapat közösen alakítja ki az optimális megoldást. Azonban, eltekintve a két dimenzió közötti esetleges rivalizálástól, a csoportos döntéshozatal is számos olyan tényezőt foglal magába, ami torzíthatja az eredeti elképzeléseket. A csoportos döntéshozatal többek között olyan problémákat vet fel, mint a csoportos befolyásolás, felelősségvállalás, és lassabb döntéshozatal kérdése.⁶⁹ Az emberek kevésbé érzik a saját maguk felelősségét a csoportos döntéshozatal során, illetve ha nem tudnak döntésre jutni, könnyebben hárítják másra a probléma eldöntését, ezáltal a felelősséget is.

A csoportos döntéshozatal során, többféle szemlélet találkozhat egymással, de ezek konfliktusait feloldó eszközök – egyeztető és koordináló fórumok – bevezetésével a döntéshozatal hosszabb időt jelentő folyamattá válhat. Így a mátrixszervezetben megvalósított személet, mely szerint mindkét érintett szava számít, ellentétbe kerül a struktúrából adódó gyors alkalmazkodás előnyeivel. Ezáltal a szervezetet jellemző túlzott demokrácia a tényleges cselekvések rovására mehet.

Az egészségügyi intézmények esetében hiába válnak kevésbé szabályozottá adminisztrációs területek, ezen irányítási elvek, adott esetekben ugyanúgy lassíthatják a működési folyamatot.

Krízis helyzetekben a szervezet könnyen összeomolhat

A mátrixszervezet az egyik leggyorsabban reagáló szervezeti forma a környezeti kihívásokra, de a válság-szituációkat ennek ellenére nehezen kezeli. A gyors és határozott döntéshozatal a jól működő mátrixforma esetében is komoly problémákat jelent, nem beszélve a fentebb említett, szervezeti döntéshozatalt negatívan befolyásoló tényezők – hatalmi harcok, felelősség elhárítása – fennállásakor. A szélsőséges események – a kórházak esetében például: járványok, környezeti katasztrófák – hatására ezek a szervezetek könnyen összeomolhatnak. Több

⁶⁹ Stanley M. Davis and Paul R. Lawrence: Problems of Matrix Organizations Harvard Business Review 1978.

lehetőség is van azonban ezek megoldására, de többségében ezek a mátrixműködés lényegét veszélyeztetik:

- a döntéshozatal felsővezetői szintre való helyezése⁷⁰ a gyors döntéshozatal érdekében;
- a mátrixszervezet ideiglenes lebontása és divizionális formává történő átalakítása;
- a két dimenzió azonos súlyának megbontása az egyik dimenzió javára.

Állandó konfliktus

A mátrixszervezetet gyakran emlegetik úgy, mint amibe intézményesítik konfliktusokat. Ennek előnyös oldala az innovativitást elősegítő kreatív, közös gondolkodás, ami a szervezet lényegét adja. Ennek negatív vonzata a felelősségi, beszámolási kérdések körüli bizonytalanság. A szervezet tagjai nem tudják pontosan, milyen szituációban, kinek a véleményére hallgassanak, kinek a szava döntő.⁷⁰ Másik gyakran felmerülő konfliktus forrása, a két dimenzió egymással folytatott rivalizálása. Így a szervezet vezetőinek a legfontosabb feladata a konfliktusos helyzetek konstruktív irányba történő terelése, aminek sikertelensége komoly problémákat okozhat az egész szervezetben.

A mátrixszervezetté alakulás kiemelendő problémája, a főorvosi kar ellenállása, mivel a mátrixban sokkal kevesebb osztályvezetőre van szükség, ők lefokozásnak élik meg a mátrixfelépítését, aminek a későbbiekben is hangot adnak.

Túlzott komplexitás

A mátrixszervezetben a komplex döntések miatt nagyfokú és gyors információfeldolgozás szükséges. Mindezt, olyan szervezeti keretek között kell megvalósítani, ahol egyes esetekben tisztázatlanok a felelősségi és beszámolási kérdések, így sokszor a szervezet tagjai számára az ezeknek való megfelelés lesz az első számú feladat és háttérbe kerül a környezeti változások követése.

	Mátrixstruktúra jellemzői	Mátrixstruktúra jellemzőiből fakadó előnyök	Mátrixstruktúra jellemzőiből fakadó hátrányok
Munkamegosztás	Egyidejűleg funkcionális és tárgyi elvű munkamegosztás.	- Gyors és rugalmas, komplex válaszképesség. - Vezetők tehermentesítése. - Erőforrások hatékonyabb elosztása.	- Kompetenciák elhatárolása nem egyértelmű. - Vezetők rivalizálása. - Túlhajtott csoportmunka. - Döntések elhárítása a másik fél felé. - Felelősségvállalástól való tartózkodás. - Hosszabb döntéshozatali folyamat. - Túlhajtott csoportmunka.
	Csekély mértékű formalizáltság és szabályozottság.	- A szervezet tagjai számára nagyobb rugalmasságot és szabadságot ad.	- Felelősségvállalási kérdések.
Hatáskörmegosztás	A két dimenzió vezetői együtt döntenek.	- Specializáltabb, több nézőpontot figyelembe döntéshozatal.	- Felelősség áthárítás. - Rivalizálás a vezetők között. - Taktikai döntéshozatal.
	Világosan elkülönült döntési kompetenciák.	- Egyes egységek specializáltabban foglalkoznak bizonyos területekkel, ezek segítik a közös döntéshozatal szakmai megalapozását.	- Személyeskedések a döntéshozatal során. - Az egyes dimenziók felülértékeli saját szerepüket.
	Döntési centralizáció a több vonalas irányítási elv mellett.	- Vezetők tehermentesítése. - Az utasítási és információs utak közvetlenek.	- Hatásköri és felelősségi kérdések nem átláthatók.
Koordináció	Személyorientált koordinációs eszközök.	- Tanulási folyamat révén új vezetési kultúra alakulhat ki.	- Lassabban eredményez javulást.
	Horizontális és vertikális koordináció	- Jó kontrollálhatóság. - Kockázatok csökkenése. - Rugalmasság. - Megfelelő információáramlás.	- Koncepciótlanság. - Információ biztonság hiánya. - Felesleges funkciók, folyamatok. - Kevés befolyással rendelkeznek a szervezet tagjaira.
	Gyakoriak a konfliktusok	- Kreatív megoldások felszínre kerülése.	- Lassabb döntéshozatal.
Konfiguráció	Laposabb hierarchia	- Párhuzamos tevékenységek megszűnése. - Az utasítási és információs utak közvetlenek. - Kreatív megoldásokat felszínre hozó, előrevető konfliktusok jönnek létre	- A hibákért való felelősséget nehéz megállapítani - A szakmai alapon létrejövő konfliktusok személyessé válhatnak.

2. táblázat: A mátrixstruktúra sajátosságaiból fakadó előnyök és hátrányok⁷¹

⁷⁰ Stanley M. Davis and Paul R. Lawrence: Problems of Matrix Organizations Harvard Business Review 1978.

⁷¹ Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és vezetés; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1996.

5. Szent Imre kórház bemutatása

A Szent Imre Kórház menedzsmentje 2001-ben dolgozta ki azt a fejlesztési tervet, melynek célja a szervezeti struktúra mátrixformába történő átalakítása.

A dolgozat további részében bemutatásra kerülnek az átszervezéshez vezető előzmények, illetve, az átalakítás eddig megvalósított lépései és eredményei.

A dolgozatomban elsődlegesen a 2001-2003 időszakot és annak eredményeit elemzem, ennek oka, a 2004-ben bevezetésre kerülő teljesítmény volumen korlát (TVK), melynek értelmében, a megadott keretnél több beavatkozást, nem hajlandó finanszírozni az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.⁷² Ez az intézkedés a mátrixstruktúra sajátosságainak hatékonyságát nagymértékben korlátozza.

5.1 A Kórház rövid története⁷³

„XIX. század végén és a XX. század első felében a Szent Imre Kórház helyén, egy „Erzsébet Sósfürdő” nevű gyógyüdülő központ működött.”⁷⁴ A második világháború előtt, még nőgyógyászati kórház létesítését tervezték erre a helyre, azonban a háborút követően – kormányrendeletnek megfelelően – a dél-budai terület ellátására szolgáló, 362 ágyas, általános jellegű kórházat építettek belőle, s mint Fővárosi Tanács Tétényi úti Kórház kezdte meg működését. A 60-as és a 70-es években a Dél-Buda lakosság növekedése miatt, újabb épületekkel bővült a kórház. (1972-ben adták át a „C”, majd 1978-ban a „B” épületet), amelyhez ebben az időszakban a fővárosi kórház-integrációk keretében több intézményt is csatoltak, ezáltal az ágyak száma 1980-ban már elérte a 1143-at, az itt dolgozó munkatársak létszáma, 2200 főre növekedett.

Az 1990-es években az egészségügyi kapacitástörvény előírásainak következtében, illetve a kórház saját elhatározásból, a „B” és „C” épületek komfortosításának

⁷² A Kormány 232/2009. (X. 16.) Korm. rendelete az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról

⁷³ Az alfejezet jelentősen támaszkodik a Szent Imre Kórház honlapján található Kórház történetének leírására. <http://www.szentimrekorhaz.hu/hu/korhazunkrol/korhazunktortenete.html> letöltés 2010. április 10

következményeként a kórházi ágyszámokat fokozatosan csökkentették. Ezzel egy időben az intézmény kötelékéből levált előbb a dél-budai alapellátás, majd a két kerületi szakorvosi rendelőintézet. Végül – 2003-ban – a kórház egy telephelyűvé vált.

1999-ben az épületek nagyobb rekonstrukciójába kezdtek, melynek során bővítésekre is sor került, „Központi Műtöblosztot ki, folyamatosan működő, új Sürgősségi Egységet hoztak létre, korszerűsítették a hotelszolgálatot és modern, digitális eszközökkel látták el a célszerűen telepített képalkotó diagnosztikát.”⁷⁵ A felújítás második és harmadik fázisa még mind a mai napig tart.

A jelenleg 653 ágyas Szent Imre Kórházban az aktív ellátást a Sürgősségi Betegellátó Centrum, az Operatív Szakmák Mátix Szervezete, a Belgyógyászati Szakmák Mátix Szervezete, valamint az osztályszerkezetben működő Neurológia és Pszichiátia képviselik. A hosszabb idejű ápolást nyújtó egységek: a Neurológiai (Stroke-) Rehabilitációs Osztály, a Krónikus Pszichiátriai Osztály, a Krónikus Osztály és az – egyelőre közreműködőként itt üzemeltetett – Geriátriai és Geronto-pszichiátriai Rehabilitációs Osztály.

A Sürgősségi Centrumban található Sürgősségi Betegellátó Egységhez közvetlenül kapcsolódik az Országos Mentőszolgálat és a Főnix Betegszállító Szolgálat kihelyezett egysége, valamint a Főnix által üzemeltetett alapellátási ügyelet.

A Szent Imre Kórház jelenleg, a dél-budai felnőtt lakosok fekvőbeteg-ellátó intézménye, azonban az intézmény ellátási kötelezettsége kiterjed két agglomerációs településre (Etyek és Mány) is.

5.2 A mátixstruktúra kialakításának okai

A Szent Imre kórház struktúrájának átalakítását több tényező indokolta. Először is az intézmény menedzsmentje felismerte az egészségügyi ágazat és ezen belül az orvosi és ápolás szakma változásait – ilyen változás például az egészségügyi dolgozók képzésének fejlődése – megteremtette a módot arra, hogy a betegápolás területén a munkatársak megtalálhassák azokat a speciális lehetőségeket, amelyek nagymértékben

⁷⁴ Szent Imre Kórház honlapja: Kórház története
<http://www.szentimrekorhaz.hu/hu/korhazunkrol/korhazunktortenete.html> letöltés 2010. április 10.

hozzájárulhatnak a betegellátás színvonalának javításához. Másodsorban a kórház az 1999 vége és 2003 között lezajlott rekonstrukciója is „rákényszerítette” erre a lépésre.⁷⁶ Ugyanis, bár meghatározó jelentőségű és a racionálisabb működést is nagyban elősegítő beruházás történt ebben az időszakban, de ez számos olyan tényezőt – növekvő alapterület és a korszerűbb orvostechika miatti többlet-rezsiköltség, elkerülhetetlen kapacitás-kiesések és a rekonstrukciós munkák okozta kellemetlenségektől visszariadó, inkább máshová forduló betegek⁷⁷ – hozott magával, amelyek súlyos anyagi nehézségeket jelentettek a kórház számára. S ez volt a döntő érv, a változtatásra. A kórház akkori adósság állománya 306 millió forint volt.⁷⁸ Teljesítménye évről évre stagnálónak, néhány területen, pedig visszaesőnek volt mondható, a két ellátott kerület lakosságának, mindössze 40%-át látta el a kórház.⁷⁹ Ez a szám, még akkor is kevésnek tekinthető, ha bizonyos funkciók, mint például, szívsebészet, hiányoztak a kórházból. Ezáltal még inkább fontosabb lett a változás. Feladatként azt tűzték ki, hogy olyan működési keretet hozzanak létre, ami megfelel a „kiemelkedően jó elhelyezési és szabad szervezési lehetőséget biztosító, azonban jelentős többlet költséget jelentő működtetésre.”⁸⁰

2001-ben kialakított betegellátási rendszerük kidolgozásának célja az volt, hogy a gazdaságosság szem előtt tartása mellett egy olyan struktúrát dolgozzanak ki, amelytől elvárható, hogy „megfelelő minőségű és ellenőrizhető szolgáltatást nyújtson a betegek számára, felhasználva mind az orvosi, mind az ápolási területen jelenlévő értékes humánerőforrást, ami a rendelkezésükre állt.”⁸⁰

Az átalakítás előtt a követelmények között fogalmazták meg:⁸¹

- a beteg-utak egyértelművé válását;
- a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb kihasználását (költséghatékonyság);

⁷⁵ Szent Imre Kórház honlapja: Kórház története

<http://www.szentimrekorhaz.hu/hu/korhazunkrol/korhazunktortenete.html> letöltés 2010. április 10

⁷⁶ Szent Imre honlapja: <http://www.szentimrekorhaz.hu/hu/korhazunkrol/korhazunktortenete.html> letöltés 2010. április 10

⁷⁷ Intézményi értékelés, Egészségügyi Gazdasági szemle; 2006. 44. évfolyam, 3. szám, 50. oldal.

⁷⁸ Dr. Mezőfi Miklós: XXI. századi kórház: Funkcionális kórház; 2005. november 24.-ei előadás,

⁷⁹ Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban;

http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12.

⁸⁰ Dr. Zaray Gyuláné: A laboratóriumi és ápolási egységek együttműködése egy új struktúrában; 6. dia; letöltés: 2010. április 11.

⁸¹ Dr. Zaray Gyuláné: A laboratóriumi és ápolási egységek együttműködése egy új struktúrában; 7. dia; letöltés: 2010. április 11.

- az ápolási egységekben színvonalas szakmai munkavégzést (a minőség-érzékenységet).

A kórház struktúra átszervezésének és racionalizálási stratégiai tervének kialakítása hosszú és bonyolult folyamat volt a kórház vezetői számára, amely a következő lépésekből állt össze:

- Az intézményi vezetők áttekintették a kórház helyzetét, egyben leszögezték, hogy az átalakítás az intézet meglévő állományára és a meglévő szakmai erőforrásaira fog a továbbiakban is támaszkodni.
- Áttekintve a helyzetet, értekezleteket tartottak, ahol sor került az intézkedési terv bemutatására, a változtatás okaira.
- Első lépésben a változás az igazgatási és gazdasági terület racionalizálását érintette. Az intézményen belül ekkor nem történt nagyarányú fluktuáció, összesen három vezető munkatárs távozott, köztük a gazdasági igazgató.⁸²
- Következő lépésként egy stratégiai tervet dolgoztak ki, és felvázolták az intézmény jövőképét, amely végleges formájában 2002 júniusára készült el, és addig ideiglenes stratégiai terv alapján végezték munkájukat.
- A stratégia kidolgozásakor sor került az osztályvezető főorvosok megbeszélésére, írásos vélemények és javaslatkérésekre az átalakítással kapcsolatban.
- Ezt követte a beérkezett javaslatok értékelése, közös állásfoglalás kialakítása.
- A vélemények alapján került sor a hatáskörök átszervezésére, a szakmai feladatok és kapcsolatrendszerek kialakítására, valamint egyes szakmai egységek áthelyezésére, hogy azok a mátrixstruktúrában egymáshoz közelebb helyezkedjenek el.
- A szakmacsoportok összevonásával a konkrét teendők megbeszélése, felelősök megjelölése volt az utolsó – előkészítő – lépés.

⁸² Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban; http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12.

5.3 Az átalakítás folyamata és mérföldkövei

A kórház struktúra átszervezésének és racionalizálási stratégiai tervének kidolgozása után sor került a gyakorlati megvalósításra, amely a következő lépésekből állt:

(1) Kórház helyzetének megvizsgálása, stratégiai tervek meghatározása

Első lépésben a beteg-utakat és a beutalási statisztikákat tanulmányozták, ezekből kiderült, hogy a lakosság nem veszi igénybe a szolgáltatásaikat. A betegek ellátásának optimalizálása érdekében, valamint a gazdasági szempontok figyelembe vételével kezdődött meg a kórház szervezeti átalakítása. Ezáltal feladataik kialakításában a legfontosabb tényező az volt, hogy minden olyan lehetséges funkciót biztosítani kell, ami a kórházhoz tartozó, közel 200 ezer embernek szükséges.⁸³ Helyzetelemzéseik alapján azonban tisztán kirajzolódott, hogy a lakosság számára ezt ágyszám-bővítéssel nem tudják megvalósítani. Így fordultak egy olyan megoldás felé, ami a meglévő ágyszámok optimalizálását segíti. A kórház struktúrájának mátrixformára történő alakítása lehetővé teszi egyrészt, hogy az ágyakat jobban kihasználják, másrészt, pedig „beléptessék azokat az új profilokat, amelyek a lakosság ellátásához feltétlenül szükségesek.”⁸⁴

(2) A struktúra átalakítással együtt járó intézkedések, folyamatok beemelése a szervezetbe

A struktúra átalakítása során nem mindegy, hogy az intézményen belül a rugalmasabb, a környezethez gyorsabban alkalmazkodó szerkezethez milyen, az üzleti életben már megszokottnak mondható szervezet irányítását, ellenőrzését segítő intézkedések valósulnak meg. A Szent Imre kórházban ezeket felismerték, és a struktúra átalakításával megkezdték minőségügyi rendszerünk kialakítását, illetve újraszervezték az intézményen belül a controllingot. „Új tanácsadó szervezeteket

⁸³ Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban; http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12.

hoztak létre, az igazgatói testületet átszervezték, megalakították a klinikai tanácsot a főigazgató legfőbb szakmai tanácsadó testületeként. Áttekintették továbbá az ügyeleti rendszert, és a rugalmasság irányában módosították.”⁸⁴ Ezek mellett még sor került a gyógyszer-alaplista átalakítására, a szerződések áttekintésére és az osztályos leltárak újraszervezésére.

A változás egyik legfontosabb lépése az volt, hogy a struktúra-átalakítást a szervezet tagjai is elfogadják, megértsék működésének sajátosságait. Ezért az átalakításért felelős vezetők fontosnak tartották, hogy a kórház terveit és a megvalósult eredményeket megismertessék mind a dolgozókkal, mind az általuk ellátott lakossággal.⁸⁴

(3) Osztályok mátrixstruktúrába szervezése, a kórház átszervezése

Az első radikális, osztályokat érintő lépés a sürgősségi intézet létrehozása volt, amely 2001. december 1-jére szerveződött és indult meg, napi beteg forgalma ekkor még 30 volt, 2006-ra ez a szám 130-170-re emelkedett, melyek 40 százaléka az ellátás után hazabocsátható.⁸⁵

A másik ilyen radikális lépést, a sürgősségi intézet létrehozása jelentette, amely 2001. december 1-jére szerveződött és indult meg, napi beteg forgalma ekkor még 30 volt, 2006-ra ez a szám 130-170-re emelkedett, melyek 40 százaléka az ellátás után hazabocsátható.⁸⁶

Az átalakítás egyik következő állomásának megvalósításának lehetőségét az „A” épület rekonstrukciójának befejezése adta, mely alkalmat teremtett az új struktúrák beépítésére és az új beteg-utak kialakítására is. Ekkor megkezdődhetett a sebészeti típusú osztályok mátrixtípusúvá rendezése is. A mátrix kialakítása tette lehetővé az új profilok beépítését, amelyek közül egyelőre az érsebészet és a plasztikai sebészet említhető meg.⁸⁵ Ezt követően megkezdte működését a két új sebészeti szakma.⁸⁶

⁸⁴ Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban; http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12

⁸⁵ Intézményi értékelés, Egészségügyi Gazdasági szemle; 2006. 44. évfolyam, 3. szám, 50. oldal.)

Létrejött a központi műtő és az aneszteziológiai szolgálat a sürgősségi intézeten belül. Megszületett a kiemelt hotelszolgálat, aminek következtében megnövekedett az igény a fizető betegellátásra a magánszemélyek, a biztosító társaságok és a külföldiek részéről is.⁸⁶ Végül létrejött a belgyógyászati szakmák intézete.

5.4 A mátrixosztályok felépítése és kialakításuk szakmai hatása

Nagy kórház esetében nem lehet az egész kórházat egyetlen mátrixrendszerbe szervezni, ezért az adottságoknak megfelelő mátrixszámot kell létrehozni, s elsősorban az aktív osztályokat érdemes bevonni a rendszerbe, a krónikus osztályokat célszerűbb a rendszeren kívül hagyni. Ennek alapján, a Szent Imre Kórház esetében ez a következő módon valósult meg:⁸⁶

- **Operatív Szakmák Mátrix Szervezetéhez** tartozik az Általános Sebészeti, az Érsebészeti, a Plasztikai Sebészeti, a Szülészet-Nőgyógyászati, a Fül-Orr-Gégészeti, valamint a Szemészeti Profil.
- **A Belgyógyászati Szakmák Mátrix Szervezetének** egyes profiljai közé sorolhatók a Nefrológiai, a Hipertóniai, az Angiológiai, a Gastroenterológiai Profilok.
- **A Sürgősségi Betegellátási Centrumban** a Sürgősségi Betegellátó Egység mellett Intenzív Terápiás Egység, Központi Műtő és Aneszteziológiai Szolgálat, Neuro-Intenzív Terápiás Egység és Posztoperatív Őrző található.
- **Kardiometabolikus Centrumon** belül található a Kardiológiai Profil, az Endokrinológiai, a Diabetológiai, Obezitológiai és Lipidológiai Részleg, továbbá a Klinikai Onkológiai Profil és a Kiemelt Hotelszolgálati Egység.
- **Osztályok** formájában működik a Neurológiai Osztály, a Pszichiátriai Osztály, a Krónikus Osztály, a Képző Diagnosztikai Osztály, a Központi Laboratórium, a Központi Steril és Patológiai Osztály, a Kórház-Higién Osztály, a Foglalkozás Egészségügyi Szolgálat, a Dietétikai Szolgálat.

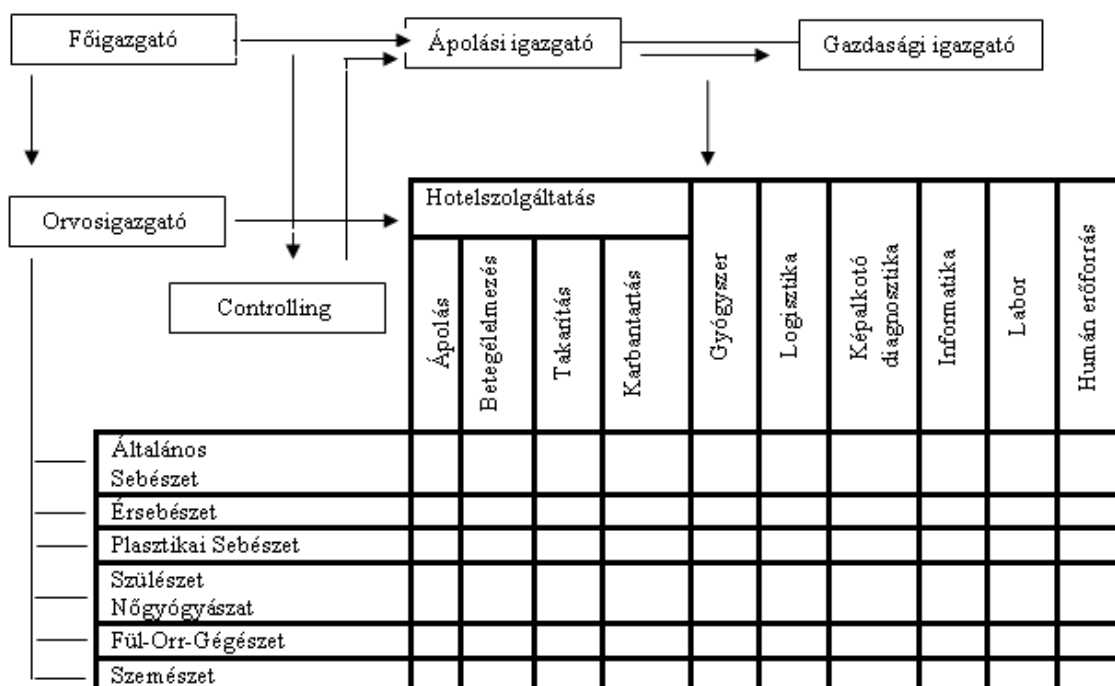
⁸⁶ Szent Imre Kórház honlapja: <http://www.szentimrekorhaz.hu/hu/korhazunkrol/korhazunktortenete.html>
letöltés 2010. április 10

A következőkben bemutatom a kórházban mátrixegységként és funkcionális kórházstruktúrának megfelelő osztályként működő egységeket.

5.4.1. Operatív Szakmák Mátrix Szervezete

Az Operatív Szakmák Mátrix Szervezetének strukturális tagozódásán keresztül vázolom fel, hogy a Szent Imre kórházon belül miként is néz ki a mátrixstruktúrának megfelelő működés.

A mátrixegységeket a funkcionális-tárgyi formában, ezen belül is termékorientált mátrixstruktúrában valósította meg a kórház. Itt a horizontális vonalon elhelyezkedő funkcionális vezetők – jelen esetben az orvosi, ápolási és gazdasági igazgató – figyelemmel kísérik az Operatív Szakmák Mátrix egységéhez tartozó kérdéseket – ápolás, betegélelmezés, takarítás, karbantartás, gyógyszer stb. – míg az egyes osztályok orvosai – vertikális vonalon – a hozzájuk tartozó, betegségcsoportokat érintő feladatokkal vannak elfoglalva. A „metszéspontokon” pedig részfeladatok – ápolás, betegmozgatás, gyógyszerellátás, adminisztráció – kerülnek meghatározásra.



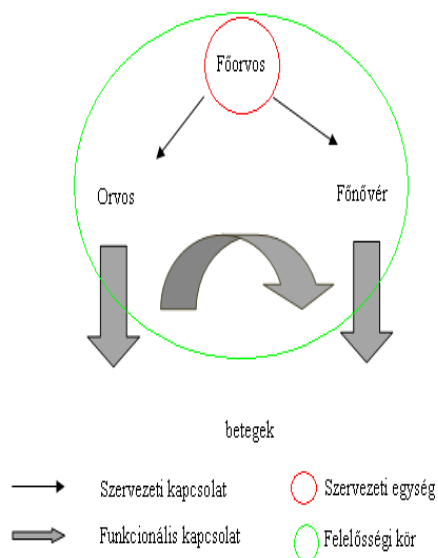
17. ábra: Operatív Szakmák Mátrix Szervezete mátrixstruktúrája

A Kórház erősen támaszkodik a különféle controlling eszközökre, s ezért az ellenőrzés, teljesítménymérés a szervezeten belül több ponton is megjelenik. Ez a fajta struktúra azért alkalmasabb nagyobb kórházak működtetésére, mert így a gazdasági szempontok egységesebb irányítás alá kerülnek, és sokkal hatékonyabbá válhat az erőforrás kihasználása, ami a könnyebb és a gyorsabb, összességében a hatékonyabb beavatkozást segítheti.

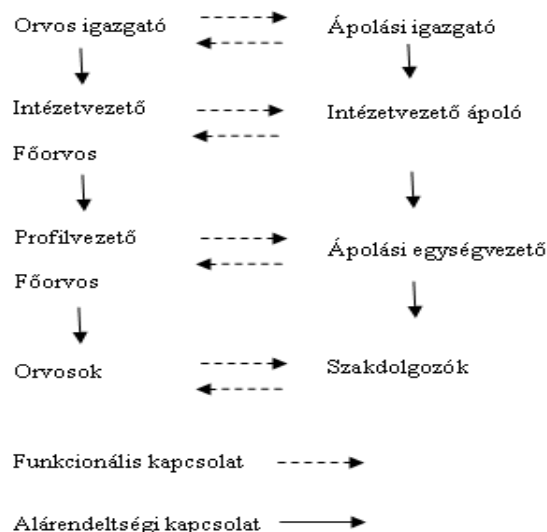
A Szent Imre Kórházban magvalósított mátrixegység teljesen más keretek között végzik a munkájukat, mint a funkcionális kórházakban megszokott. Ez a különbség a Szent Imre Kórház gyakorlati tapasztalatai alapján, a következő pontokban foglalható össze hatáskörök munkakörök tekintetében:

- Nem osztályok, hanem profilok – betegségcsoportok – és ápolási egységek vannak. (Az adott hotel részleg a beteg elhelyezésére, ápolására, szükségleteinek biztosítására szolgál.⁸⁷⁾
- Nem osztályvezetők, hanem profilvezetők – szakmacsoportok – vannak.
- A szakma-specifikusan működő hotel – Intézet – vezetője az Intézményvezető főorvos.
- Ebben a struktúrában a legfelső szinten az orvosigazgató áll, aki az intézetvezető főorvos közreműködésével koordinálja és irányítja ezt az egységet.
- Alattuk helyezkednek el az operatív feladatokat végző egyes profilok (az adott szakmához tartozó emberi és anyagi erőforrások), amelyek vezetői vitatják meg a részleget érintő kérdéseket, javaslatokat fogalmaznak meg a működést illetően, amit az intézetvezetőn keresztül az orvosigazgató elé terjeszthetnek.

⁸⁷ Dr. Zaray Gyuláné: A laboratóriumi és ápolási egységek együttműködése egy új struktúrában; 6. dia letöltés: 2010. április 11.

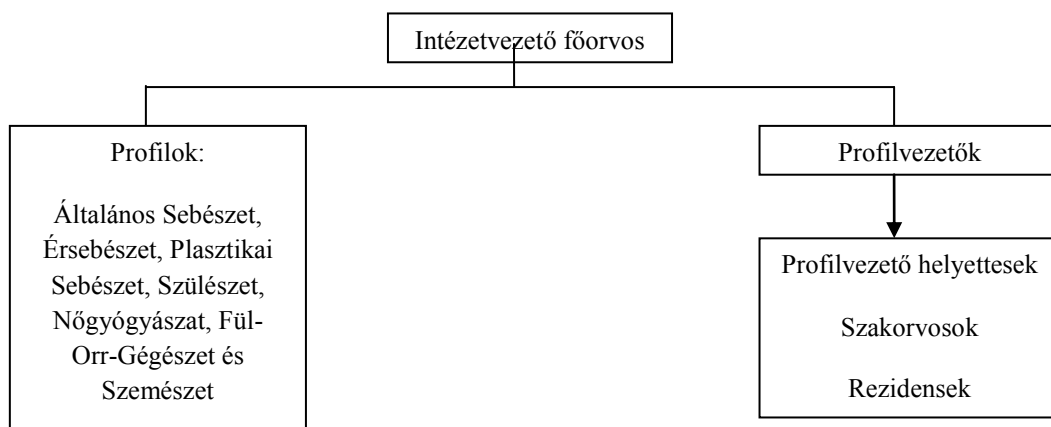


**18. ábra: A Szent Imre Kórház
funkcionális struktúráján belüli
hatáskörmegosztás**



**19. ábra: A Szent Imre Kórház
mátrixstruktúráján belüli hatáskörmegosztás**

Forrás: Dr. Mezőfi Miklós



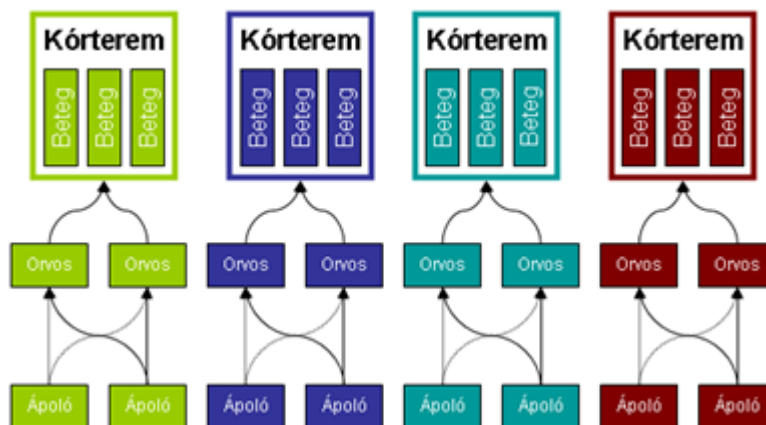
18. ábra: Operatív Szakmák Mátrix Szervezete

A hagyományos, funkcionális kórházakban egyértelműen, alá felé rendeltség volt a szervezet tagjai között – főorvos, orvos, ápolók, szakdolgozók – ez a mátrixstruktúrán belül sem változott meg. A különbség a két forma között az, hogy az orvosok és az ápolók között létrejött egy funkcionális alapokon nyugvó munkaviszony, ami erősíti az együttműködést az átalakított struktúrán belül. Így most már nem a főorvos dönti el, az egységen belüli fontos döntéseket, hanem a két területet egyaránt érintő kérdésekben

közösen határoznak, ezáltal csökkentik a szervezet döntéshozatalát régebben jellemző centralizáltságot. Ez egyrészt, eredményes lehet a kórház vezetőinek leterheltségét tekintve, mivel nem minden felső szinten dől el, másrészt viszont az orvosi szinten amúgy is jelen lévő decentralizáltságot ez a helyzet még inkább növelheti.

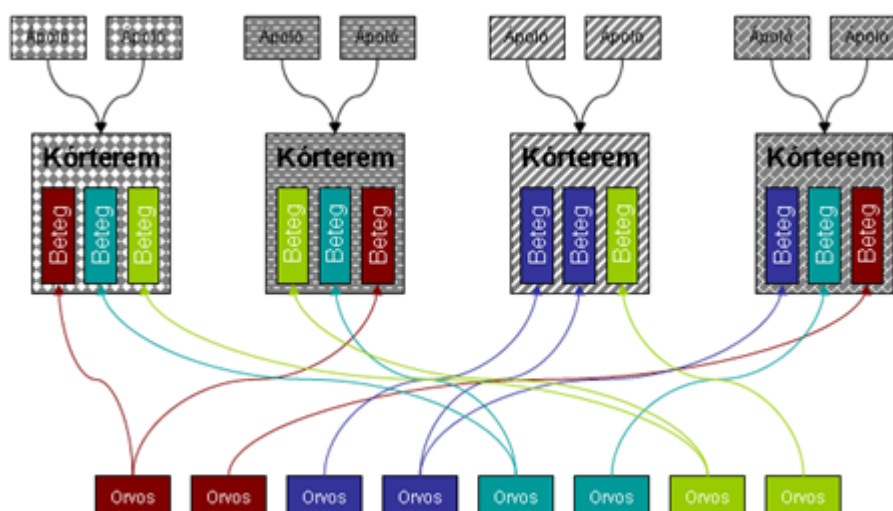
Az átalakítás hatására azonban nem csak a munkakapcsolatok, hanem a munkakörök is változást eredményeztek az orvosok és az ápolók tevékenységében. A mostani struktúrában az ápoló feladata „csak” az ápolás, ami a beteg szükségleteinek ellátását, a beteget gyógyító profiltól kapott, jól dokumentált utasítások végrehajtását, valamint egy vagy több profil betegeinek ellátását foglalja magába, azonban más tevékenységet – például gyógyszerelés, élelmezés – nem kell végezniük.

Az ápolókat ebben a rendszerben, nem az orvosokhoz, hanem kórtermekhez rendelik. A régebbi rendszerben az ápolók és az orvosok a kórtermekhez kötődtek, itt mivel az ápolási igény határozza meg, hogy melyik beteg, hová kerül, az ápolókat szakértelmük alapján sorolják az egyes kórtermekhez.



20. ábra: Hagyományos kórház struktúra: kórtermek betegcsoportok szerint

Forrás: Antal Zsuzsanna, Közzszolgálati szervezetek vezetésének alapjai, Előadás, 2009.

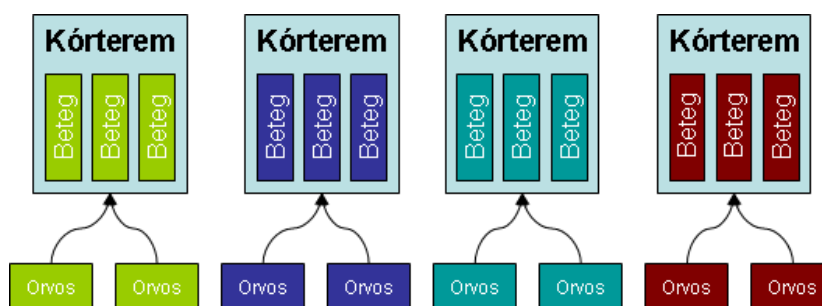


21. ábra: Kórházi mátrixstruktúra: kórtérmekek ápolási szempont szerint

Forrás: Antal Zsuzsanna, Közszolgálati szervezetek vezetésének alapjai, Előadás, 2009.

Az orvosok feladata a mátrixon belül bárhol lévő, de szakmailag hozzá tartozó beteg ellátása, illetve a szakmai protokollokon alapuló, egyértelmű betegellátásra vonatkozó utasítások közlése az ápolási egységek felé.⁸⁸

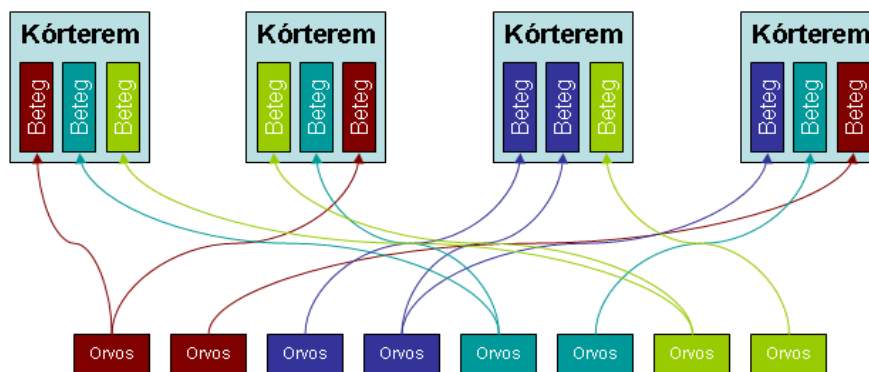
Itt már nem kötődnek egy kórtérmelekhez sem, hanem csak a beteghez. Ez az egyik legnagyobb változás a mátrixstruktúrában, aminek következtében a hatékonyságot próbálja növelni a kórház. A betegek elhelyezésnél az elsődleges szempontok az ápolási szükségletek, így a hasonló ápolást igénylőket, egy kórtérmelekbe helyezik el, az orvosok pedig a hozzájuk besorolt betegekhez mennek.



22. ábra: Hagyományos kórház zárt osztálystruktúrája az orvosok szempontjából

Forrás: Antal Zsuzsanna, Közszolgálati szervezetek vezetésének alapjai, Előadás, 2009.

⁸⁸ Dr. Mezőfi Miklós: XXI. századi kórház: Funkcionális kórház; 2005. november 24.-ei előadás,

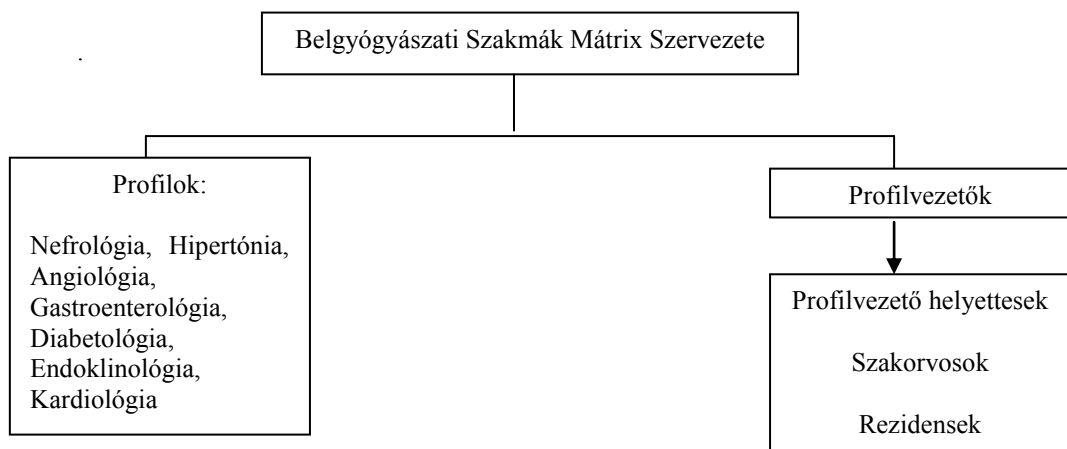


23. ábra: Hagyományos kórház nyitott osztálystruktúrája az orvosok szempontjából

Forrás: Antal Zsuzsanna, Közzolgálati szervezetek vezetésének alapjai, Előadás, 2009.

5.4.2 Belgyógyászati Szakmák Mátrix Szervezete

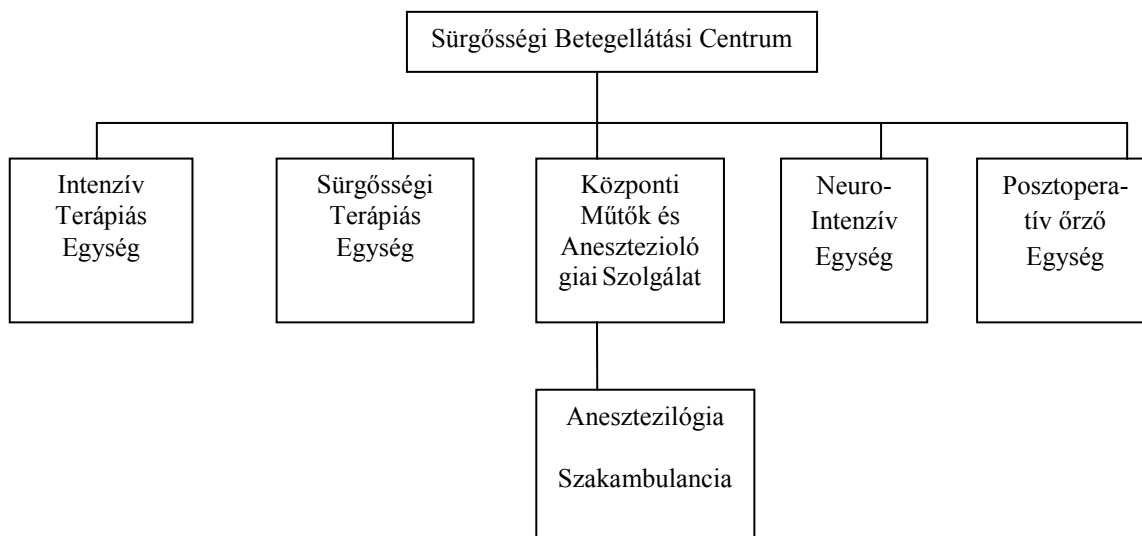
Az operatív szakmák mátrixfelépítésével megegyező a belgyógyászati területeket összefogó egység is.



24. ábra: Belgyógyászati Szakmák Mátrix Szervezete

5.4.3 Sürgősségi Betegellátási Centrum

A Sürgősségi Betegellátási Centrum az egyik legfontosabb terület a kórház hatékonyságának javítása tekintetében, itt a gyorsaság gyakran életekben mérhető az ide kerülő betegek esetében.



25. ábra: Sürgősségi Betegellátási Centrum

Az intézmény sürgősségi egysége látja el a „beléptetési” feladatokat,⁸⁹ ugyanis, a sürgősséggel érkező betegek csak innen kerülhetnek be más osztályokra. A sürgősségi betegellátó egységben egymást műszakonként váltó teamek várják a betegeket, végzik el az első vizsgálatokat.⁹⁰ A diagnózis alapján megtervezik, majd megkezdik állapotuk stabilizálását, az életveszély elhárítását, irányítják optimális elhelyezésüket. Egy-egy beteget legfeljebb 24 órán át kezelnek, ezt követően – ha a páciens állapota megengedi – hazabocsátják, vagy pedig átadják – a beteg állapotának leginkább megfelelő ellátást nyújtó – kórházi osztálynak.⁹¹

„A Sürgősségi Intézet dolgozói (a négy profilvezetőt leszámítva) 8:2:2 aránytól 4:4:4 arányig forognak a három alappillér – Sürgősségi Betegellátó Osztály, Központi Műtő és Aneszteziológiai Szolgálat és Terápiás Osztály – között.”⁹² (A forgásarány az egy évre jutó hónapok számát jelöli.) Ezzel egyrészt a hatékonyságot növelik, másrészt ez a fajta forgórendszer csökkenti a dolgozók kiegészésének esélyét. A kiegészés elsősorban a

⁸⁹ Dr. Mezőfi Miklós: XXI. századi kórház: Funkcionális kórház; 2005. november 24.-ei előadás

⁹⁰ Dr. Mezőfi Miklós: A sürgősségi és az intenzív terápia szerepe és kapcsolata a fekvőbeteg ellátásban, Motesz Magazin 7. oldal

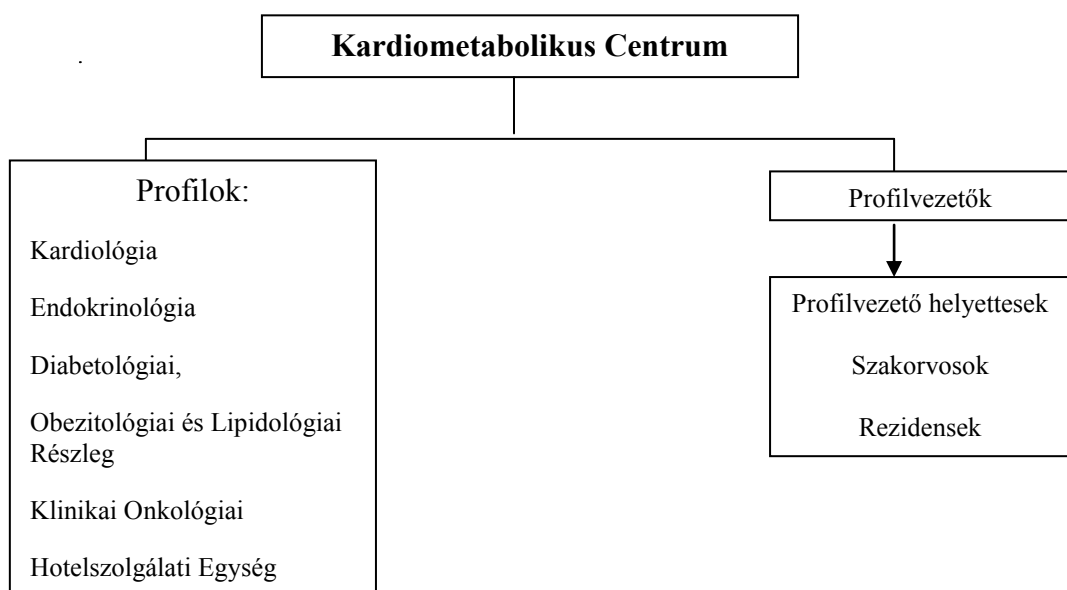
⁹¹ Dr. László Imre és Dr. Mezőfi Miklós: Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

⁹² Dr. Mezőfi Miklós: A sürgősségi és az intenzív terápia szerepe és kapcsolata a fekvőbeteg ellátásban, Motesz Magazin 6. oldal

Sürgősségi Egység dolgozóit fenyegeti, de a forgórendszer a többi egység beosztottait is kíméli.

5.4.4. Kardiometabolikus Centrum

Ebben az esetben is az operatív szakmák mátrixfelépítésével megegyező a struktúra kialakítás:

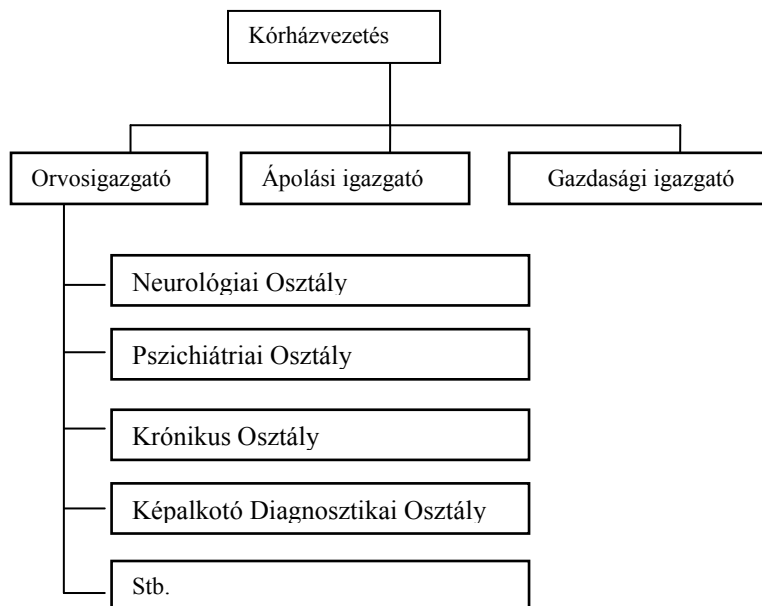


26. ábra: Kardiometabolikus Centrum

5.4.5 A Kórházban funkcionális egységként működő osztályok

A Szent Imre kórházon belül az egyes korábban felsorolt osztályok megmaradtak a funkcionális elvű struktúra mellett. Ennek egyik legfőbb oka, hogy vannak olyan területek, amiket nem lehet egymáshoz kapcsolni, mivel azok speciális, más erőforrást igényelnek működésük során.

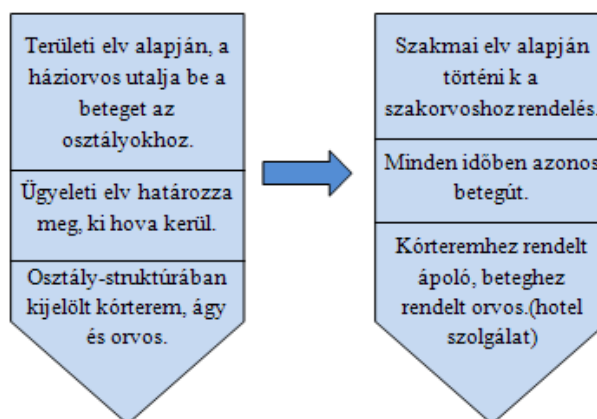
Ezek az egységek hatékonyabban működnek úgy, ha a hagyományos, funkcionális struktúrának megfelelően funkcionálnak, tehát a mátrixon kívül helyezkednek el.



27. ábra: A Kórház funkcionális egységként működő osztályai

5.5 A betegellátás folyamata⁹³

Az átalakítás előtt a háziorvoson keresztül és a területi elv alapján kerültek be a betegek az intézménybe. Ott kijelölt kórterem, kijelölt orvos látta el a beteget. Ez az átalakítást követően úgy változott meg, hogy a beteg szakmai elven kerül



28. ábra: A funkcionális és mátrixkórház összehasonlítása a betegek bekerülése és ellátása szempontjából

Forrás: Dr. Mezőfi Miklós

⁹³ Az alfejezet jelentősen támaszkodik Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban című előadására;
http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12

elhelyezésre. A páciens a kórházban egyetlen belépési ponton, mégpedig, a sürgősségi ellátó egységen kerül be. Itt történik a beteg állapotának felmérése, ami után a megfelelő szakorvoshoz, a megfelelő profilhoz rendelik a beteget. Nincsenek változások a beteg-utakat tekintve, a hét minden napján ugyanazzal a problémával, ugyanahhoz az osztályhoz kerül. A hotelszolgálat esetében ez úgy történik, hogy kórteremhez rendelik a nővért, és a beteghez rendelik az orvost. „Előfordul, hogy három különböző ápolási egységben van egy orvosnak betege, ez nem lehet akadálya a szakszerű ellátásnak.”⁹⁴

A sürgősségi esetekben, miután elvégezték a beavatkozást a betegen, az állapotától függően vagy „a prehospitális ellátáshoz integrált ambulanciára kerül,”⁹⁵ vagy ha az állapota megengedi, haza küldik. Más esetben egy 6-24 órás fektető biztosítja, hogy a beteg állapota stabilizálódjon, és ezt követően megfelelő intézménybe kerülhessen akár a kórházon belül az intenzív osztályra.

5.6 A mátrixstruktúra kialakításának gazdasági és orvosszakmai előnyei

Gazdasági előnyei

A kórház számára az egyik nagy módosulás a beteg-forgalom átalakítása volt, ami gazdaságosabbá tette a rendszert és a betegek elégedettségét is elnyerte. A rendszeresen végzett beteg- és lakossági elégedettségi felmérések alapján körülbelül 60%-os elégedettség-javulást tudtak elérni két év alatt.⁹⁵

Az új struktúrában a gyógyszer- és fogyóanyag ellátásban hatékonyság javulást tapasztaltak, mivel az osztályos készletek, a részlegek csak a szükségletnek megfelelő fogyóanyagot és gyógyszert kapják meg, illetve fizetik ki.⁹⁵

A belgyógyászati osztályokon tapasztalt egyenlőtlen terhelés megszűnt, mivel az egyes egységtől éppen felszabaduló erőforrást – ápolók – egy másik adott egységen belül a betegágy mellé rendelik, csökkentve a túlórák számát és költségét.

⁹⁴ Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban; http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12

⁹⁵ Dr. László Imre és Dr. Mezőfi Miklós: Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Orvosszakmai előnyei

Az ápolás területén tapasztalt pozitívumok közé sorolható, hogy az osztályszemlélet megszűnésével itt hatékonyabb és színvonalasabb teljesítmény volt megfigyelhető.⁹⁶

A mátrixműködésnek megfelelően csökkent az orvosi ügyeletek száma is.⁹⁷

A humán erőforrás jobban tud alkalmazkodni a betegellátás szükségleteihez.

A szakmai ellátásban a profilok dominálnak. Az új struktúra lehetőséget teremt úgy a diagnosztikus, mint therápiás, illetve ápolási protokollok egységes alkalmazására.⁹⁸

5.7 A mátrixstruktúra kialakításának orvosszakmai hátrányai

Orvosszakmai szempontból ezzel a rendszerrel a legnagyobb probléma az, hogy bár hatékonyan működik, az erőforrásokat optimalizálja, de elfeledkezik talán a legfontosabb dologról, a betegekről. Egyes – a kórházban végzett – vizsgálatok szerint⁹⁸ az orvosok és az ápolók nem tudnak annyi időt fordítani a betegekre, mint amennyit azok igényelnének. A valóságban az orvosok és az ápolók, bár optimálisan ellátják a betegeiket, de ez fáradtság és kimerültség árán érhető csak el. A betegek joggal várják el az optimális ellátást, míg a törvények csak a létszám-minimum megvalósítását kérhetik számon a kórházaktól. Az ebből fakadó különbséget, az orvosok és az ápolók betegek iránti elkötelezettsége egyenlíti ki, ami hosszútávon többek között kimerültséghez, túlhajszoltsághoz vezet.

Az átalakítás kapcsán a legnagyobb problémák ezek mellett nem orvosi kérdésekben keresendők. A hatékonyságot, a gyors reagálást eredményező kettős irányítási rendszer ugyanis magában hordozza a konfliktusok növekedésének lehetőségét, ezért erre fel kell készülni és jó konfliktuskezeléssel a probléma elhárítható, sőt a rendszer előnyére is fordítható. Ezt rendszeres dolgozói teljesítményértékelésekkel, visszacsatolásokkal elő lehet segíteni.

⁹⁶ Dr. Zaray Gyuláné: A laboratóriumi és ápolási egységek együttműködése egy új struktúrában; 6. dia letöltés: 2010. április 11.

⁹⁷ Dr. László Imre: Szent Imre Kórház intézkedési terve 2006-ban.

⁹⁸ Leviczki Zita: Betegsúlyossági kategóriák alkalmazása a betegek állapotának megítélésére; 6. oldal

Ez azért is nagyon fontos, mert láthatóan egy dolgozóra jutó terhelés, a munkaerő kihasználtsága növekszik, ezért ennek kompenzációjáról gondoskodni kell, különben elégedetlenséghez vezethet.

A hagyományos osztályvezetői hatalmi befolyás csökken, ezért a főorvosok körében elégedetlenséget válthat ki, ez itt is tapasztalható volt, az egyes egységek nem értették, miért kell változtatni vagy miért éppen így.

5.8 A mátrixosztályok kialakításnak hatása az elért eredmény tükrében

A Szent Imre Kórház a változtatás hatására 2003-ra 36.000-nél több beteget látott el fekvőbetegként, mindezt úgy, hogy csökkent a létszám és az ágyszám. Ez a hatékonyságnövelés mindegyik – aktív, krónikus – területen megfigyelhető. A fekvőbetegeiknek ma már 60 százalékat fogadják a korábbi 40 százalékkal szemben. A sürgősségi egység napi betegszáma is megnövekedett 2003-ban már 100-nál is több beteget tudtak fogadni.⁹⁹

		2000	2001	2002	
Működtetett ágy	Aktív	719	661	624(656)	671(636)
	Krónikus	105	90(105)	90(105)	64(72)
	Összesen	824	751(766)	714(761)	735(708)
Esetszám	Aktív	25807	25357	27729	30814
	Krónikus	1334	1808	1568	1080
	Összesen	27141	27165	29297	31894
Ágyfogó	Aktív	35,89	38,36	44,44	45,92
	Krónikus	12,7	20,09	17,42	16,88
	Összesen	48,59	58,45	61,86	62,8
SNH	Aktív	1,02	1,02	0,94	0,9
Súlyszám	Aktív	22442	21628	23820	27891
CMI	Aktív	0,87	0,85	0,88	0,93

* félévalapján kalkulált adat

3. táblázat: A kórház főbb mutatóinak alakulása.

Forrás: Dr. Mezőfi Miklós

⁹⁹ Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban; http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=61 letöltés 2010. április 12

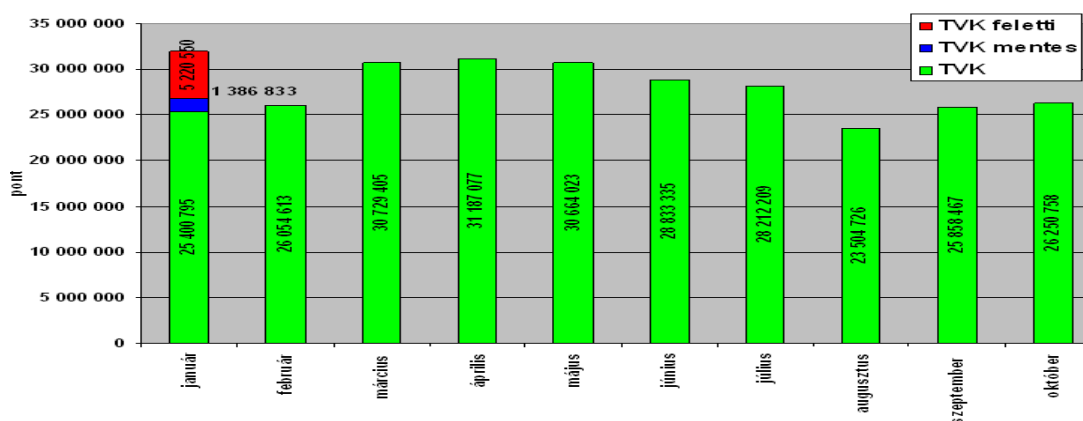
Azonban az ellátott páciensek számának növekedésével egyenes arányban csökkent a dolgozói létszám is. A 2001 és 2003 közötti időszak az átalakítás folyamatát is jelzi, ekkor ugyanis az orvosok esetében 52, a szakdolgozók közül 134, és a kórházban más tevékenységet végző 19 alkalmazottal lett kevesebb. Ez a csökkenő tendencia a későbbi időszakra is jellemző, de ekkor már kevésbé voltak drasztikusak a létszámcsökkentések.

	2001	2003	2005	2007
Orvos	244	192	184	180
Szakdolgozó	792	658	642	605
Egyéb	169	150	142	120
Összesen	1205	1000	968	905

4.táblázat: A személyzet létszáma.

Forrás: Dr. Mezőfi Miklós

A kórház vezetője szerint a mátrixstruktúra bevezetésének, működtetésének pozitív hatásai 2004-re – a teljesítmény volumen korlát bevezetésével, aminek következtében egy megadott keretnél nem hajlandó több beavatkozást finanszírozni az OEP – valamilyen szinten semmisé vált és a mátrix előnyeiből csak a rugalmasság maradt meg. A kórháznak paradox módon, de arra kell törekednie ebben a helyzetben, hogy csökkentse a betegek számát, növelje az ápolási időt, növelje a beteg-utat. Eredetileg, ezek csökkentése volt a cél az új struktúra kialakításával.



29. ábra Járóbeteg ellátás a TVK tükrében Forrás: Szent Imre Kórház

A kórház eredményességének egyik fokmérője lehet a saját adatainak az időbeli változásán túl, más országon belüli kórházakkal való összevetése. 2006-os eredmények

alapján a kórház országos szinten a betegellátás tekintetében kedvezőnek módható pozíciót töltött be. Az adatok alapján mind az ágy-kihasználtság, mind az ápolási idő tekintetében eredményesnek mutatkozott a kórház.

Aktív ágykihasználási arány.	74%
Krónikus ágykihasználási arány.	80%
Aktív átlagos ápolási idő.	4,8%
Krónikus fekvőbeteg osztályokon a betegek átlagos ápolási ideje.	16.2 nap
Az országos átlagos ápolási időtől való eltérés szürkehályogműtét esetében. (Az országos adat a 100 százalék, ezért az ennél kisebb százalék jelenti a gyorsabb gyógyulást.	53%
Az országos átlagos ápolási időtől való eltérés mandulaműtét esetében.	44%
Az országos átlagos ápolási időtől való eltérés epekőműtét esetében.	88%
Az országos átlagos ápolási időtől való eltérés visszérműtét esetében.	52%
Az országos átlagos ápolási időtől való eltérés sérvműtét esetében.	86%
Az országos átlagos ápolási időtől való eltérés belső fémrögzítés eltávolítása esetében.	115%
Egy orvosra jutó éves esetszám.	316 beteg
Egy járóbeteg-ellátási esetre jutó átlagos rendelési idő belgyógyászati szakrendelés esetén.	18 perc

5. táblázat: Szent Imre Kórház kihasználtsági adatai 2006-ban.

Forrás: Egészségbiztosítási felügyelet

5.9. A fejlesztési folyamat és az elért eredmények értékelése

A kórház a mátrixforma kidolgozását már 2001-ben megkezdte és azóta több strukturális átalakítást tudhat maga mögött. A tervezés során kitűzött eredmények, előnyök megvalósulását – többek között – a teljesítmény volumen korlát meghatározása miatt nem lehet egyértelműen meghatározni. A kórház számára a TVK bevezetése miatt további átgondolást és átalakítást igényel ez a fajta szervezeti megoldás. A következőkben a fejlesztési folyamattal kapcsolatos legfőbb értékelő megállapításokat foglalom össze.

1. A szervezettervezés a formális-strukturális jellemzők megváltoztatására irányult. Gondosan megtervezésre került a szervezeti forma, az egyes feladat- és hatásköri szabályok, és ezek minden szinten – a szervezet tagjai és betegei felé – kommunikálva voltak.
2. Azonban a középpontban az optimális végállapot került, kevésbé foglalkoztak a megvalósítás részletes folyamatával, a terv rövid távú célkitűzéseket határozott meg, és nem voltak megfelelő tervek az esetleges külső tényezők általi hatásokra. A TVK bevezetése már a strukturális átalakítások végén került előtérbe, de a kórház megfelelő választ nem tudott rá adni.
3. Az kórházi ellátás legfontosabb tényezője a humánerőforrás: a működés stabilitását a tradicionálisan kialakult kapcsolatok, a kultúra és a struktúrán kívüli informális munkakapcsolatok biztosítják. Ezek, olyan mélyen ivódtak be az egészségügyi intézmény értékrendjébe és gondolkodásmódjába, hogy ennek megváltoztatása nélkül nincs esély sikert elérni. A kórházi kultúra változtatására csak hosszú távon – akár 10-15 év távlatában, vagy egy teljes generációváltással – és kis lépésekben van esély. A szervezetfejlesztés során bár folyamatosan kommunikálták a változásokat, a szervezet tagjai számára nem rendeztek az új működésre felkészítő eseményeket. S az ezzel kapcsolatos konfliktusokat sem kezelték, kezelik rendszeresen.
4. Nem tudja a jelenlegi rendszer kezelni a dolgozók túlterheltségét, amit tovább erősít, hogy az egyre csökkenő bevételekre mindig a létszámleépítés érkezik válaszul. Így az ott maradt dolgozók számára még több feladat vár. Ez a helyzet csak is a létszám növelésével – például a munkacsúcsokon részmunkaidős munkatárs alkalmazásával – és/vagy az orvosi és ápolói munka átszervezéssel, a kompetenciák újragondolásával, lenne javítható.
5. Pozitív eredménynek tekinthető, hogy a szervezetfejlesztés elindításával elkezdődött egy gondolkodásbeli változás, ami az egészségügyi intézmények kultúrájában is változásokat indukálhat. A külső változások ilyen formában megjelentek a mindennapi működés során is, ennek hatására világossá vált, hogy a dolgok változatlanul nem maradhatnak.

6. A menedzsment a tapasztalatokon okulva nem áll elő gazdasági hatékonyságot előmozdító javaslatokkal, jelenleg a külső tényezőket okolják kialakult helyzetért, nem változtatnak a 2002-ben kialakított stratégián, vagyis ágyszámokat, a dolgozók számát csökkentik, de szervezeti megoldást nem tudnak találni a problémákra.

6. Összegzés

Az egészségügyben a társadalmi változások, a technológia fejlődése, az egészséget fenyegető tényezők növekedése óriási változásokat jelentett minden intézmény számára, amit a hazai események, reform kísérletek még inkább erősítettek. Egyre bonyolultabbá vált az egészségügyi ellátás szervezeti rendszere, amely mind méreteiben, mind technológia fejlettség tekintetében megnövekedett. A piaci viszonyok megjelenése az egészségügyben, a költségrobbanás az orvostechika területén, az egy-egy intézmény életét befolyásoló külső tényezők hatásainak felerősödése, a társadalmi és betegigények, az ezekre való gyors reagálás szükségessége létkérdéssé vált az intézmények számára. Ez a helyzet a kórház vezetésétől nemcsak orvosi, hanem széleskörű modern menedzsment feladatok ellátását is megköveteli, s ez az eddigi gyakorlattól eltérő, de az üzleti életben már gyakran alkalmazott megoldások bevezetését teszi szükségessé. Ma, Magyarországon még kevés egészségügyi intézmény vágott neki a változtatásnak. Ezen kevesek közé tartozik az általam bemutatott budapesti Szent Imre Kórház, ahol a külső kihívásokra a szervezetfejlesztés megvalósítását tűzték ki célul.

A mátrix szervezeti forma a magyar tradicionális egészségügyi intézményekben még nem elterjedt struktúra, bár számos európai országban komoly hagyománya van. A budapesti kórház 2001 évben kezdte el a stratégia terv kialakítását és 2003-ra befejezte a nagyobb átalakításokat. A mátrixstruktúra kialakításának fő célja a beteg központú struktúra és az orvosi és ápolói munkaszervezés kialakítása, emellett a gazdaságosság fokozása és belső humánerőforrás tartalékok feltárása volt.

Az adatok alapján javulás volt látható: a kórház hatékonyabb működési adatokkal rendelkezett 2003-ban az előző évekhez képest. Azonban a 2004-es teljesítmény volumen korlát bevezetését, megállapítását követően a kórház valódi mátrixjellege a rugalmas jellemzőtől eltekintve szinte semmisé vált. Így hosszú távú tapasztalatok nincsenek, amik ennek a struktúrának a tényleges hatékonyságát alátámasztanák, vagy éppen megcáfolnák.

Az egészségügyi intézmények átalakulásának folyamatában a mátrix szervezeti formának valószínűleg még nagy szerepe lesz, azonban nagyon fontos annak jó adaptálása, mert a szervezeti formának a bevezetése nem oldja meg egyik napról a

másikra egy szervezet problémáit. Sőt, olyan helyzetekkel szembesíti, amivel addig talán soha nem találkozott. Ez egy lehetőség, a jelenleg rendkívül bürokratikus, és eredménytelenül működő kórházak változtatására, de éppen a túlszabályozottság miatt, előfordulhat, hogy hiába történik az átalakítás, az emberek gondolkodásmódja, a funkcionális rendszerben megszokott szisztémákhoz való ragaszkodása, gátat vethet a struktúra hatékony működésének.

Irodalomjegyzék

Dr. Baráth Lajos: Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században; Egészségügyi gazdasági szemle 2008/3.

Bleicher K.: Organisation; Wiesbaden, 1991

Dr. Bodnár Mária: A belgyógyászati jellegű mátrix osztály kialakításának tapasztalatai egy év „távlatából” Szakdolgozat, 2007.

Budapest Corvinus Egyetem, Vezetéstudományi Intézet, Vezetés és szervezés tanszék: Közzolgálati Szervezetek Vezetése Jegyzet, Budapest 2007.

Dobák Miklós-Antal Zsuzsanna. Vezetés és Szervezés 1. kötet; Aula, Budapest 2009.

Dobák Miklós és munkatársai: Szervezeti formák és koordináció; Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest 1992.

Mintzberg H. : Szervezettervezés: divat vagy összhangteremtés; Harvard Business Review, 1981. január-február,

Papp Éva: A fekvőbeteg ellátás helyzete Magyarországon – mátrix struktúra; Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001, 39. évfolyam 4. szám

Papp Ilona (szerk.): Szolgáltatások a harmadik évezredben, AULA Budapest 2003.
Szöveggyűjtemény a Szervezet és vezetéselmélet tárgyhöz Vezetéstudományi intézet, Budapest, 2004

Stanley M. Davis and Paul R. Lawrence: Problems of Matrix Organizations Harvard Business Review 1978.

50. oldal Egészségügyi Gazdasági szemle; 44. évfolyam (különszám)

Szent Imre Kórház dokumentumai

Dr. László Imre és Dr. Mezőfi Miklós: Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Dr. Mezőfi Miklós: XXI. századi kórház: Funkcionális kórház; 2005. november 24.-ei előadás

Dr. Mezőfi Miklós: A sürgősségi és az intenzív terápia szerepe és kapcsolata a fekvőbeteg ellátásban, Motesz Magazin

Szent Imre kórház honlapja: Kórház története

<http://www.szentimrekorhaz.hu/hu/korhazunkrol/korhazunktortenete.html>

Dr. Varga Piroska: Szervezeti korszerűsítés a fővárosi Szent Imre Kórházban;

http://www.memklub.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=6

1 letöltés 2010. április 12.

Dr. Zaray Gyuláné: A laboratóriumi és ápolási egységek együttműködése egy új struktúrában; letöltés: 2010. április 11.

Dr. László Imre és Dr. Mezőfi Miklós: Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Előadások

Dr. Dénes Ferenc: Akvizíciók, szinergiák; Változásvezetés előadás, 2010. március 24.

Dobák Miklós Szervezet- és vezetéselmélet előadása, 2008.

Dr. Drótos György Szervezet- és vezetéselmélet előadás, 2008.

Webes források

Dr. Ari Lajos: Öregség, rehabilitáció, egészségipar

<http://www.orvosilapok.hu/egeszsegugyi-gazdasagi-szemle/oregseg-rehabilitacio-egeszsegipar>; letöltés 2010. április 11.

Az egészség fogalma; http://www.blathy.hu/tananyag/az_egeszseg_fogalma.pdf letöltés 2010. március 8.

Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008-2013 (EU

Fehérkönyv) [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:HU:PDF) letöltés:

2010. április 10

ICT for better Healthcare in Europe;

http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/index_en.htm, letöltés: 2010.

április 13.

Kátai Gábor Kórház honlapja:

<http://74.125.77.132/search?q=cache:EcIT3fu0zC0J:www.freeweb.hu/kgkorhaz/index.htm+szakma-specifikusak,+korh%C3%A1z+m%C3%A1trix&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu>

Kertész Krisztián: A piac és kormányzati tökéletlenségek rendszerezése és gazdaságpolitikai összefüggései. Az egészségügy gazdaság politikája;
http://www.financeaccounting.bme.hu/letoltes/egyeb/KerteszKrisztian_disszertacio.pdf

Dr. Kincses Gyula: A magyar egészségügy átalakításának társadalmi-gazdasági peremfeltételei. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994.

Mátrix a kórházban: Neóként sűrögnek az ápolók;

<http://www.webapolok.hu/news.php?readmore=129> 2010. április 12.

Mintzberg H.: Managing Government, Governing Managment

<http://www.bdp.org.ar/facultad/catedras/cp/tecadm/Mintzberg%20gerenciando.pdf>

Pál Katalin – Császár Judit – Huszár Anikó – Bognár József: A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában, <http://www.ofi.hu/tudastar/testneveles-szerepe>; letöltés:2010. április 28.

Pervasive Health conference, 2006; <http://www.pervasivehealth.org/2006/index.html>

letöltés: 2010. április 10.

Pervasive Health 2006' konferencia összefoglalója: <http://konferencia-tudasbank.hu/reports/view/22> letöltés: 2010. április 10.

¹ Szent János kórház honlapja: <http://www.janoskorhaz.hu/i-belgyogyaszat-kardiologia/>
letöltés: 2010. április 20.

Dr. Pulay Gyula: Piac az egészségügyben című előadása; http://hsmtc.hu/wp-content/uploads/2009/03/pulay_piac-az-egeszsegugyben_2009.pdf. letöltés:2010. április 28.

WHO (Word Health Organization) honlapja: <http://www.euro.who.int/healthsystems>
letöltés: 2010. március 4.

WHO (World Health Organization) honlapja:

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> letöltés: 2010. március 8.

Törvények

65/2008. (III. 29.) Korm. rendelet a vizitdíj és a kórházi napidíj megszüntetésével kapcsolatos egyes kormányrendeletek módosításáról és hatályon kívül helyezéséről

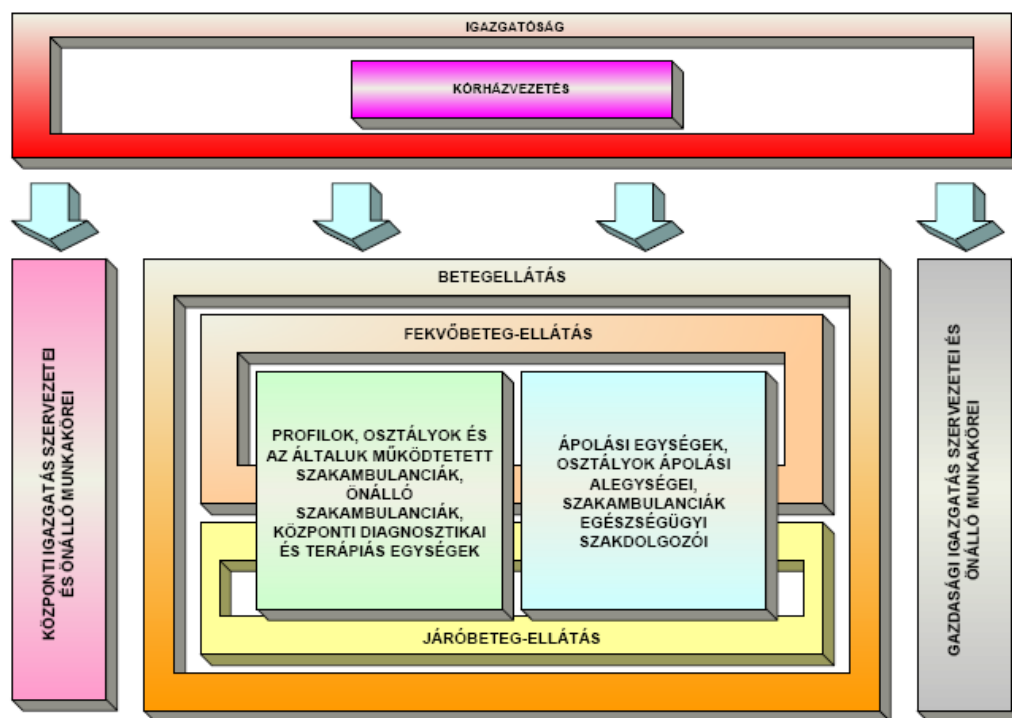
<http://www.medimagister.hu/kormanyrendelet> letöltés: 2010. április 28.

48/2009. (XII. 29.) EüM rendelet alapján <http://www.orvosilapok.hu/magyar-fogorvos/482009-xii-29-eum-rendelet>

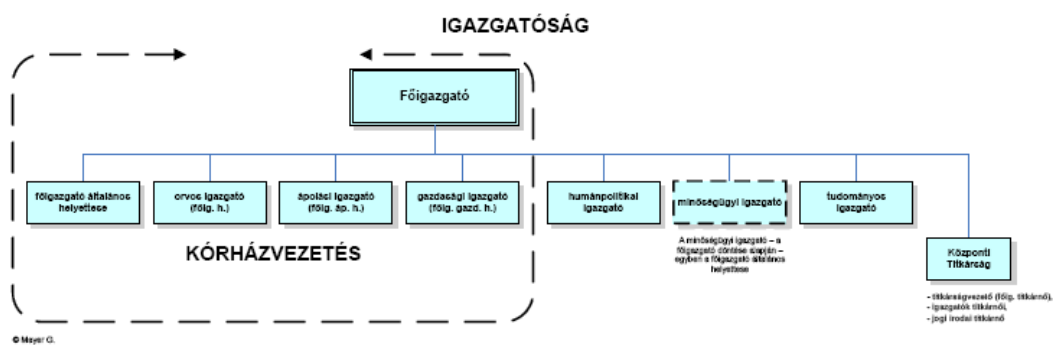
Korm. rendelete az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról

<http://www.medimagister.hu/kormanyrendelet> letöltés: 2010. április 28.

Mellékletek¹⁰⁰

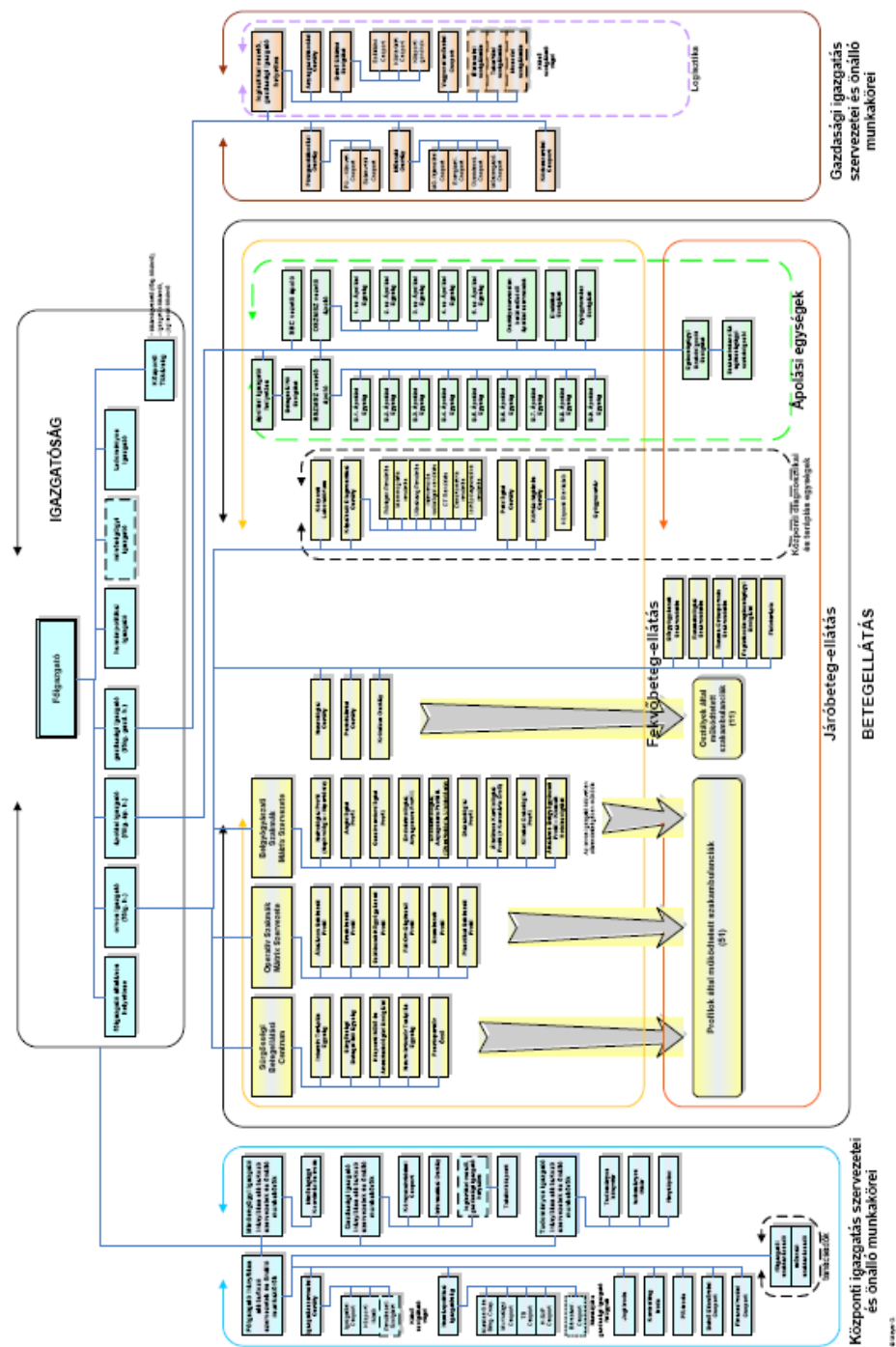


1. A Szent Imre Kórház elvi felépítése

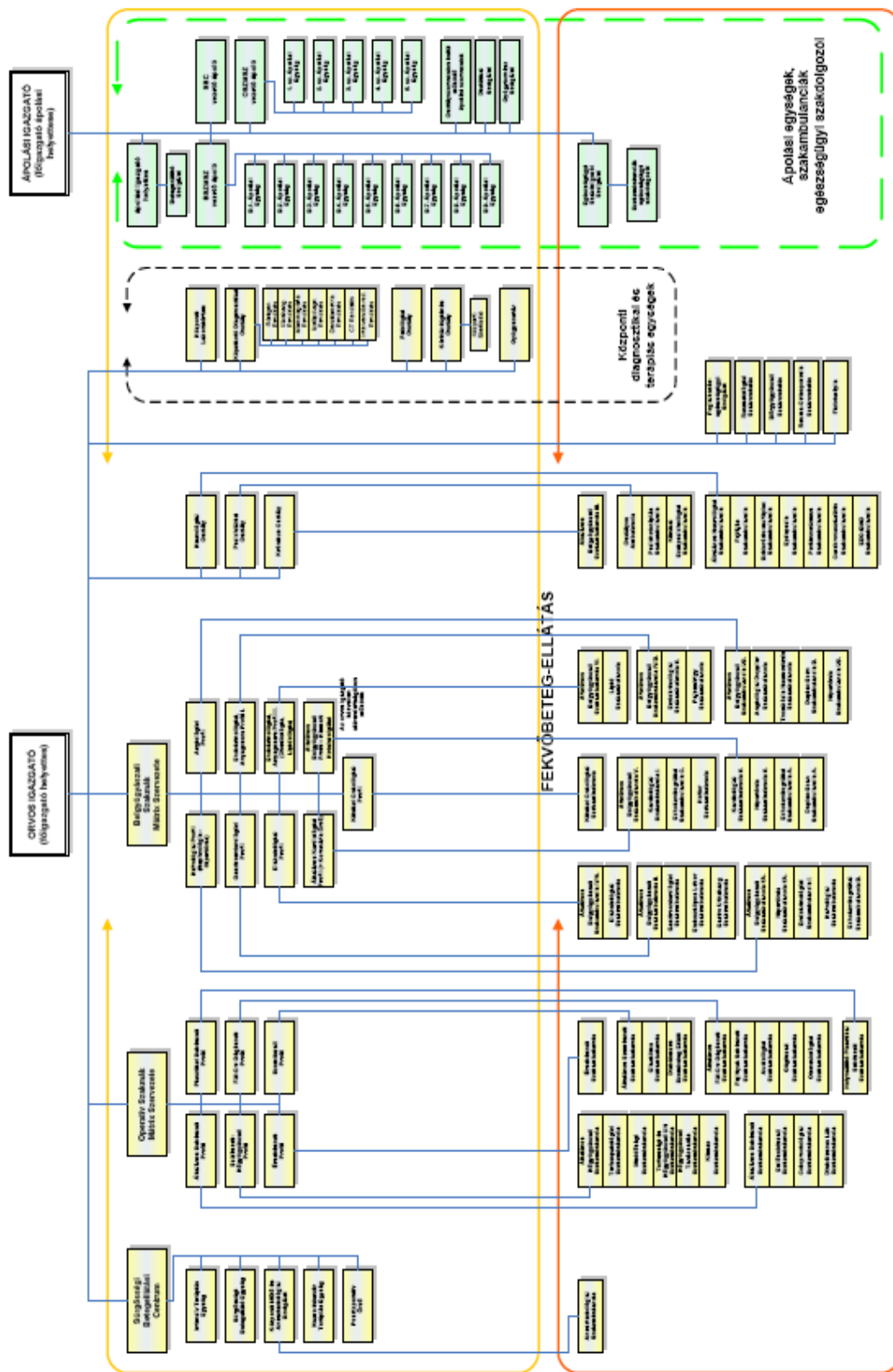


3. A Szent Imre Kórház vezetése

¹⁰⁰ Szent Imre Kórház:
http://szentimrekorhaz.hu/images/stories/dokumentumok/szervezeti_felepites_2009.pdf



2. A Szent Imre Kórház felépítése (áttekintés)



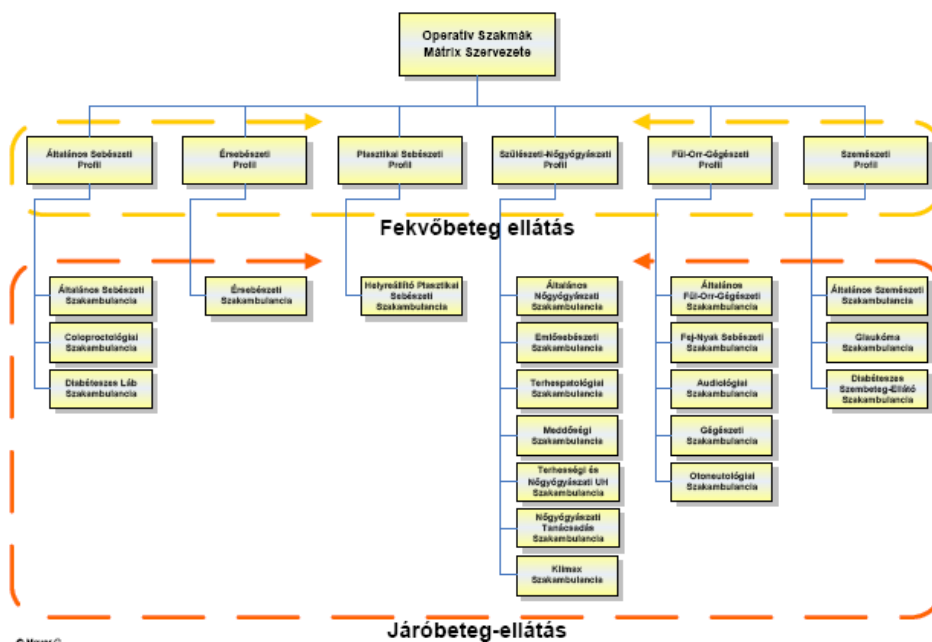
JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS

4. A betegellátás (áttekintés)



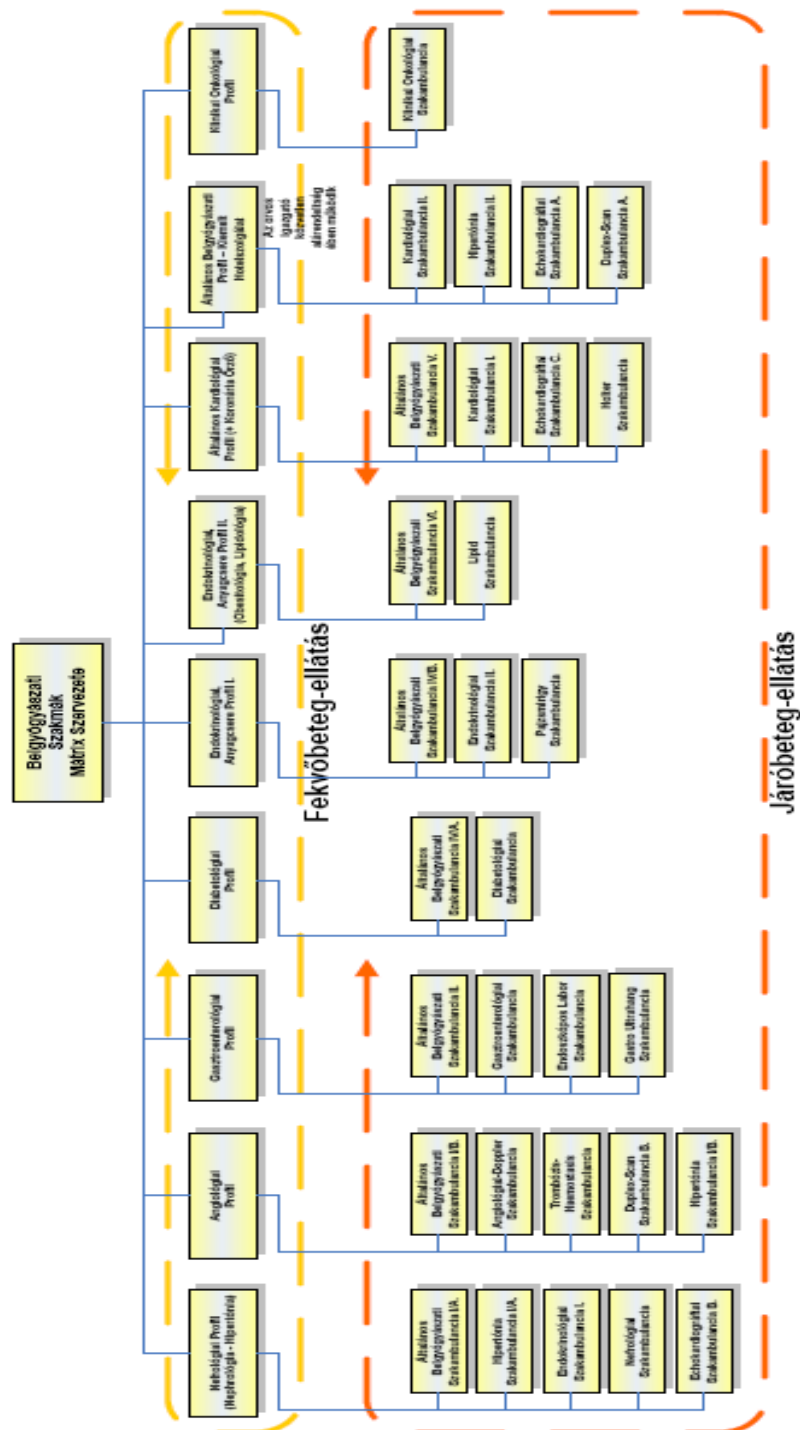
© Mayer G.

5. A Sürgősségi Betegellátási Centrum



© Mayer G.

6. Az Operatív Szakmák Matriks Szervezete



© Mész G.

7. A Belgyógyászati Szakmák Matrikx Szervezete