

HOLLÓSY-VADÁSZ GÁBOR

PHD HALLGATÓ

NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM KÖZIGAZGATÁS-TUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA



# Változásmenedzsment az egészségügyben

## Elméleti bevezető

Warren, Ruddle és Moore (1999)<sup>1</sup> a változásmenedzsment két különböző komponens klaszterét különíti el. Az első: a változás menedzsment a nagyobb szervezeti átalakulás rész folyamata. A második komponens csoportba tartoznak: a stratégia, az üzleti folyamatok és technológia. A fő cél ezeknek a komponenseknek az integrációja a változás során. pl. nagyobb szervezeti változás során vegyék figyelembe az üzleti érdekeket és a stratégiai célokat is. A változásra a fentebb idézett szerzők úgy tekintenek, mint egy folyamatra, ami a jelenlegi állapotból átvizsi a szervezetet jövőbeli státuszba, ami számos aspektust érint, pl.: humán viselkedés, szervezeti struktúra, információ technológiai infrastruktúra, stb.

Stewart és Kringas (2003)<sup>2</sup> a fentieket azzal egészíti ki, hogy legtöbb szervezeti változásmenedzsment-modell a versenyszférára koncentrál és nem az állami szektorra. Terjedelmi korlátok miatt nem foglalkozom a versenyszférában működő szervezeti változásmenedzsment-modellel. Ezt Brown, Waterhouse és Flynn (2003)<sup>3</sup> azzal egészítette ki, hogy a változásmenedzsmentet behozta a közzszolgálatba, ami az NPM-re (New Public Management) vezethető vissza. (A magyar szakirodalomban is az angol kifejezést használják, ezért nem fordítom le a fogalmat. Az NPM lényege, hogy igyekeznek átvenni a versenyszférában működő technikákat és azt adaptálva alkalmazni az állami szektorban.) A szerzők megemlítik, hogy minden NPM módszer átvétele során, így a változás menedzsment esetében is ügyelni kell az alábbiakra: 1) gyakran azért buknak el az NPM alapú változások, mert a bevezetésükkor nem veszik figyelembe az állami és a magán szektor közötti kulturális és kontextuális különbségeket. 2) Az NPM elméletek nem a közzszolgálati szervek hatékonyságának a növekedésére fókuszálnak, hanem arra, hogy az állami szerveze-

teket alakítsák át úgy, hogy azok nagymértékben hasonlítsanak a versenyszférában működő cégekre.

## A bemutatott eset

A cikkben egy elméleti esettel foglalkozok. Állami fenntartású, Budapest külterületén található kórház élére egy új főigazgatót neveznek ki. A kinevezésekor az illetékes minisztérium (jelen esetben az Emberi Erőforrások Minisztériuma) államtitkársága (jelen esetben Egészségügyért Felelős Államtitkárság), a következőkről tájékoztatja a frissen kinevezett főigazgatót: az új budapesti szuperkórház megnyitásával, ami kb. 1,5-2 év múlva lesz esedékes, a kórház működése fölöslegessé válik, mivel az itt ellátott sebészeti betegeket átirányítják a modernebb eszközökkel felszerelt, újonnan belépő, szabad kapacitásokkal rendelkező szuper kórházba. Ezért, ha nem történik változás a kórház szervezetében és gazdasági mutatóiban, be fogják zárni az intézményt. Az államtitkár szóbeli tájékoztatása szerint a kórház bezárása elkerülhető, ha az alábbi két feltétel teljesül: 1) a kórház profilt vált, vagyis egy olyan újfajta ellátást kezd nyújtani, amire szükség lenne, de jelenleg a régióban egyetlen intézmény se nyújtja; 2) a kórháznak az átmeneti időszakban sikerül legalább a felére csökkentenie az addig évente újratermelt adósság összegét és a változások elemzése arra mutatnak, hogy a közeli jövőben ennek mértéke nullára lesz csökkenthető, valamint a jelenlegi finanszírozási rendszerben is önfenntartóvá válik az intézmény. Ezek indokolt költségeihez a minisztérium a jövőbeni gazdaságos működés valószínűsíthetősége esetében hozzájárul.

A kórházat az 1960-as években építették és akkor egyetemi klinikaként kezdte meg a működését. Az akkori alapítónak az volt a céljuk, hogy létrehozzanak egy magas színvonalon működő budai sebészeti központot. Az 1990-es években azonban az intézményt leválasztották az egyetemről és azóta önállóan működik és aktív területi ellátást nyújt. Az önállósodáskor nem szervezték át a kórházat, vagyis az intézmény főprofilja továbbra is a sebészet, így az alábbi osztályokat működtetik: általános sebészet, micro (kéz) sebészet, ortopéd sebészet, egynapos sebészet, stb. A kórház belgyógyászati, neurológiai, krónikus, pszichiátriai, rehabilitációs osztályokkal nem rendelkezik. A kórház összesen 500 ágyat tart fent és 7 osztályt üzemeltet. A éves ágyki-

<sup>1</sup> WARREN, N. A., RUDDLE, K. & MOORE, K. (1999): From Organizational Development to Change Management. The Emergence of a New Profession. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(3), pp. 273–286.

<sup>2</sup> STEWART, J. & KRINGAS, P. (2003): Change management – strategy and values Six case studies from the Australian Public Sector. *Public Administration Review*, 63(6), pp. 675–688.

<sup>3</sup> BROWN, K., WATERHOUSE, J., & FLYNN, C. (2003): Change management practices – is a hybrid model a better alternative for public sector agencies? *International Journal of Public Sector Management* 16(3), pp. 230–241.

használatát átlagosan nem haladja meg 60%-t, ami a hasonló intézményekkel összehasonlítva kifejezetten alacsonynak mondható, és ezért is, az így elérhető finanszírozás nem elegendő a kórház fenntartásához. A műtéti szövődmények száma egyes osztályokon magas, melyek költséges finanszírozása további anyagi terheket jelent. Az intézmény személyi állománya 800 fő, amibe beletartoznak: orvosok, egyéb MA/BA diplomások [pl. gyógyszerészek, gyógytornászok stb., ápolók, szakdolgozók (pl. masször), asszisztensek, takarítók, adminisztratív munkát végzők, HR, gazdasági és kiszolgáló részlegek dolgozói, stb.]. Az intézmény jelentős humán erőforrás-hiányban szenved, ez főként az orvosokat, nem orvos egyetemi diplomával rendelkezőket, illetve az ápolókat érinti. Ezek mellett a meglévő állományban nagyon magas a fluktuáció, illetve a szabad pozíciókat nagyon nehezen tudja feltölteni a kórház. Ennek következtében a kórház folyamatosan a működőképessége határán billeg. Az intézmény jelenleg aktív, felvételes ügyeletekben sürgősségi eseteket is ellátó kórházként működik, ami magas költségei miatt tovább rontja az intézmény gazdasági egyensúlyát.

A kórház új főigazgatója úgy dönt, hogy a kórház jelenlegi profilját nagymértékben megváltoztatja. A dolgot további részben azzal foglalkozom, hogy ez miként lenne kivitelezhető.

## Az elemzés

A kezdeti lépések megtétele előtt a főigazgató felismeri, hogy jelen helyzetben egy külső indítatású változásról van szó. Ez alatt azt értjük, hogy a változást egy külső tényező indukálja, jelen esetben: ha nem történik változás, akkor a kórház felügyeleti szerve be fogja zárni az intézményt. Ennek következtében egy olyan szükséges változtatásról beszélünk, ami magában hordozza a lehetőségeket, illetve a problémákat is.

Első lépésként a kórház főigazgatója egy külsős tanácsadó segítségével felméri a változtatás lehetőségét, ehhez a Glecheir formulát használja. A formulát Sachdeva (2008)<sup>4</sup> leírása alapján ismertetem. A formula az alábbi logikai műveletet tartalmazza:  $D \times V \times F > R$ . A D (Dissatisfaction) a fenntartónak a jelenlegi állapottal való elégedetlenségre utal. A V (Vision) a lehetséges dolgok víziója. F (First) az első lépés vízió megvalósítása során. R (Resistance) az ellenállásra utal. Az előbbi képlet alapján, ha D, V, F alacsony, vagy hiányzik akkor jelentős ellenállásra kell számítani. Az R felfogható a változás gazdasági (E economics) és pszichológiai költségeként (P psychology) is. A P és E együttes rövidítése a C (Cost). Az előbbiek alapján a fenti képletet így is leírható:  $D \times V \times F > C$  (e+p). Jelen esetben a D, V és F szorzatának nagyobbak kell lennie, mint az ellenállásnak, különben az új főigazgató nem lesz képes megvalósítani az átalakítást. Ahhoz, hogy a változás sikeres legyen szükséges egy, a többség számára elfogadható vízió megalkotása. Az alábbiakban a főigazgató vízióit ismertetjük, majd visszatérünk a Glecheir formulára. A főigazgató először az intézmény elhelyezéséből következő lehetőségeket mérlegeli: a kórház egy budai perem

kerületben, a Budai-hegység közvetlen közelében található. Emiatt más belvárosi kórházakkal összehasonlítva, lényegesen távolabbi területekre terjed ki az ellátási kötelezettsége, ugyanakkor nehezebben közelíthető meg, viszont a környék levegője a Budai-hegység közelsége miatt jelentősen tisztább és az épült sokkal fiatalabb és modernebb, mint a környező kórházak épületei. Az új főigazgató szerint erre a különbözőségekre alapozva érdemes lenne részleges profilváltással, főleg rehabilitációs központtá alakítani és elsősorban így működtetni. Az aktív területi fekvőbeteg ellátás megszüntetése mellett az egynapos sebészetet érdemes fejleszteni, mely iránti igény felfutóban van, és amely működtetéséhez elegendő orvos, műtő és ápoló személyzet, hely és technikai eszköz áll rendelkezésre az aktív sebészeti fekvőbeteg osztályok összevonása és leépítése miatt. Meglátása szerint így a kórház működtetése fokozatosan gazdaságossá tehető. A főigazgató víziója (V) szerint a kórház a rehabilitáció teljes területét lefedné, vagyis a kórház foglalkozna belgyógyászati, mozgásszervi, kardiológiai és neurológiai rehabilitációval.

Az előbbiek alapján a jelenlegi állapot a következő: a kórház veszteséges sebészeti centrumként működik, illetve a fenntartó bezárásra ítélte. Átmeneti állapot az az 1-2 év, ami alatt a kórháznak át kell alakulnia önfenntartó, döntően rehabilitációs központtá, egynapos sebészeti osztállyal. Ez alatt az időszak alatt az egyes osztályokat folyamatosan összevonják és szüntetnek meg, hogy helyet adjanak az átalakulás folyamán újonnan szervezett rehabilitációs tevékenységet végző osztályoknak. A még nem átszervezett osztályok folyamatosan csökkenő kapacitással folytatják az igények szerinti aktív sebészeti ellátást, a lehető legkisebb ráfizetés mellett. Az elérendő jövőbeni állapot, amikor a kórház már önfenntartó és kizárólagosan egynapos sebészetet és rehabilitációt végez.

Visszatérve a Glecheir formulához: az F elem a vízió elfogadhatósága a kórházat felügyelő államtitkársággal, a fenntartóval, illetve dolgozókkal. A D elem, vagyis az elégedetlenség a felügyelő államtitkárságnál jelenleg egyértelműen észlelhető, hiszen a veszteségek miatt az intézmény bezárására készül. A C elem, meghatározása céljából a főigazgató a minisztériumtól kér segítséget. A tárca illetékesei kiküldenek egy öt fős csapatot, akik előzetes becsléseket készítenek. Ennek alapján az átalakítás nem túl magas költsége az amúgy is feljavítandó épületben, körülbelül 1,5-2 év alatt fog a gazdasági eredményekben megmutatkozni, vagyis a kórház körülbelül akkor kezd majd nagy léptekkel közeledni az önfenntarthatósághoz. Ennek időpontja nagymértékben függ az új budapesti szuperkórház megnyitásának időpontjától és a területi ellátás feladatai átvételének időpontjától. Visszatérve a formulához: kórház átalakításának megkezdése első időszakban a veszteségeket jelentős mértékben csökkentené és előre vetíti az önfinanszírozás jövőbeni lehetőségét.

Második lépésként az főigazgató elkészíti a SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; magyarul: Erősségek, Gyengésségek, Lehetőségek, Veszélyek) elemzést. Hill és Westbrook (1997)<sup>5</sup> szerint SWOT elemzés az 1960-as években jelent meg a szakirodalomban, először a Harvard

<sup>4</sup> SACHDEVA, S. (2008): Change Management for e-Governance. *I-Ways*, 32(2), pp. 109–117.

<sup>5</sup> HILL, T., & WESTBROOK, R. (1997): SWOT Analysis: It's Time for a Product Recall. *Long Range Planning*, 30(1), pp. 46–52.

Business School-on kezdték oktatni, az elmélet megalkotójának a neve nem ismert. A SWOT elemzés a belső és a külső faktorokat egyaránt képes figyelembe venni. Az elemzés segítségével összegyűjthetők egy szervezetnek az erősségei, a gyengeségei, a lehetőségei és a veszteségei. A kórház erősségei: 1) a meglévő humán erőforrás szaktudása, illetve szakmai tapasztalata és jelentős létszáma; 2) a kórház elhelyezkedése abból a szempontból, hogy a Budai-hegység közelsége, illetve a magasabb tengerszint feletti magasság miatt a környék levegője tisztább, mint a belvárosi kórházaké; 3) a kórház ismertsége. A kórház gyengeségei: 1) a kórház elhelyezkedése abból a szempontból, hogy a tömegközlekedéssel nehezen megközelíthető; 2) jelentős adósságállománya; 3) a rehabilitációhoz szükséges magasan képzett humán erőforrás hiánya; 4) a műtéti szövődmények jelentős száma; 5) kórház profiljának egyoldalúsága, vagyis a kórház csak a sebészeti ellátásra koncentrál, emiatt a szervezete igen sérülékeny [ez alatt azt értjük, hogy ha a sebészeti ellátásból kiesik a kórház (pl. tovább csökken a kórházat igénybe vevő sebészeti betegek száma, majd az új szuperkórház teljesen átveszi ezeket a feladatait), akkor nincsen alternatíva pl. belgyógyászati ellátás]; 6) korszerűtlen a felszerelése. A kórház lehetőségei: 1) átalakulás folyamata közben is sikerül csökkenteni az adósság évi növekedésének a mértékét; 2) az átalakulással egy újfajta ellátást tudnak biztosítani, ami által fokozatosan önfenntartóvá válhat az intézmény, így elkerülhető a bezárása. A kórházat érintő veszélyek: 1) az állami titkár által szabott feltételeket nem sikerül teljesíteni, így a kórházat bezárják; 2) a jelenlegi problémák eskalációja miatt a kórház nem lesz képes megfelelni a működési feltételeknek, emiatt előre hozhatják a kórház bezárását; 3) nem sikerül véghezvinni a profilváltást, ami szintén a kórház bezárásához vezet.

György (2010)<sup>6</sup> megemlíti, hogy SWOT elemzéshez szorosán kapcsolódik a probléma fa és a cél-fa elemzés. Az első feladata problémák feltárása, míg az utóbbié, hogy kijelölje célokat. A továbbiakban a probléma fa elemzésével folytatom a dolgozatot. Az előbb idézett szerző szerint a probléma fa azonosítja a legfőbb problémát, majd feltárja ennek okait. A következő lépésben megkeresi a legfőbb problémát kiváltó okok okait, ugyanis a probléma fa három szintből tevődik össze és mindig a jelennel foglalkozik. Legfelső szinten van a legfőbb probléma. Második szinten található a főproblémát kiváltó okok. A harmadik szinten a legfőbb problémát kiváltó okok okai. A probléma fa alapján a legfőbb probléma a kórház veszteségesége. A legfőbb problémának két oka fedezhető fel: 1) alacsony ágykihasználtság; 2) korszerűtlen ellátás. Az alacsony ágykihasználtság okai: a magas műtéti szövődmények száma miatt a kórháznak rossz a hírneve, emiatt a betegek másik intézményt választanak; a kórház rossz hírneve miatt a területi ellátást nyújtó orvosok a betegeket átirányítják másik intézménybe. A korszerűtlen ellátás okai: 1) nincs pénz a kórháznak beruházni, emiatt a feladathoz szükséges diagnosztikai és operatív műszerparkja elavult; 2) a dolgozókat nem képzik, ezért szakmai tudásuk elavult; 3) a magyar egészségügyre jellemző humán erőforrás hiánya miatt nem tudnak magasan

képzett (pl. PhD fokozattal rendelkező), vagy új ismereteket szerzett szakembereket felvenni.

György (2010)<sup>7</sup> szerint a cél-fa mindig a jövőbeli vágyott állapotot írja le. A cél-fa a problémafához hasonlóan szintén három szintből áll. A legfelső szinten van a legfőbb probléma megoldására kitűzött cél. A második szinten található a legfőbb probléma okának megoldására kitűzött célok. A harmadik szint tartalmazza: a második szinten kitűzött célok eléréséhez, milyen alcélokat kell megvalósítani. A legfőbb probléma megoldására kitűzött cél a kórházat ne zárják be az új szuperkórház létrejöttével. Ehhez két cél kapcsolódik: 1) a kórháznak sikerüljön megoldást találni a felhalmozott adósság állomány kezelésére; 2) a kórház profilt vált, vagyis egy olyan újfajta ellátást kezd nyújtani, amivel az intézmény önfenntartóvá válik. A veszteséges működés mögött az alacsony ágykihasználtság áll, ami összefüggésben áll a kórház rossz hírnevével és egyprofilú szervezetével (lásd problémafa). Ehhez kapcsolódó célok: a kórház hírnevének jobbítása marketing eszközökkel; a beteg elégedettség emelése (ez arra utal, hogy beteg mennyire elégedett a kórházi ellátással). Ez utóbbi megvalósítása egy nagyon összetett folyamat eredménye lehet csak, legegyszerűbben egy újfajta teljesítmény értékelési rendszerrel (pl. Balanced Scorecard egészségügyre adaptált változatai Voelker, Rakich, & French 2001<sup>8</sup>) lehet megvalósítani. A profilváltáshoz kapcsolódó célok: 1) a profilváltást előre meg kell tervezni és azt el kell fogadtatni a felügyeleti szervvel, jelen esetben egészségügyi állami titkársággal; 2) az erre kiképzett személyzet megtalálása (pl. rehabilitációs szakorvosok, vagy a meglévők átképzése); 3) az ehhez kapcsolódó tárgyi feltételek biztosítása. A továbbiakban a változás időzítésével foglalkozom. Angyal (2009)<sup>9</sup> szerint a változás időzítése a változás egyik legkritikusabb pontja, mivel az időzítés jelentősen befolyásolhatja a változás sikerességét. A megfelelő időzítés megtalálása a vezetők feladatai közé tartoznak. A kórház főigazgatójának meg kell találni azt az időszakot, amikor érdemes elkezdni a változásokat. Viszont két dologgal is számolnia kell: 1) viszonylag rövid időn belül kell jelenetős szervezeti változásokat véghezvinni; 2) a változásokat és annak ütemezését el kell tudnia fogadtatni az intézményt felügyeleti szervével és a nagyszámú dolgozóval. A változás időzítésének három fajtája létezik (Dobák, 2006<sup>10</sup>; idézi Belényesi, 2015<sup>11</sup>, 130. o.): 1) reaktív: alkalmazkodik a környezet változásaihoz; 2) preaktív: elébe megy a változásnak és megpróbál felkészülni a jövőbeli változásra, vagyis az időzítés megelőzi magát a változást; 3) proaktív: környezet feltételrendszerének megváltozására törekszik. Jelen esetben egy preaktív változásról van szó, mert a kórház főigazgatója egy jövőbeli változásra készül fel, vagyis arra az időszakra, amikor már a

<sup>7</sup> GYÖRGY, I. M., 6.

<sup>8</sup> VOELKER, K. E., RAKICH, J. S., & FRENCH, G. R. (2001): The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 79(3), pp. 13–24.

<sup>9</sup> ANGYAL, Á. (2009): Változások irányítás nélkül. *Vezetéstudomány*, 11(9), pp. 2–16.

<sup>10</sup> DOBÁK, M.: (2006): *Szervezeti formák és vezetés*. KJK. Budapest.

<sup>11</sup> BELÉNYESI, E. (2015): Önkormányzati változásmenedzsment. In: ALMÁSY GY., BELÉNYESI E., GÁSPÁR M., (Eds.): *Önkormányzati szervezetfejlesztés* (pp. 119–140). Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest.

<sup>6</sup> GYÖRGY, O. O. (2010): *A terület-és településfejlesztés legfontosabb feladatai a Csiki-medencében. Debreceni Egyetem. Debrecen.*

kórházban megváltoztatják a sebészeti ellátás mértékét és mód-szerét. Ugyanakkor részben reaktív is a változás, hiszen kórház adóssága a korábbi változásra adott rossz megoldások miatt halmozódott fel (1990-ben, amikor a kórház önállósodott).

Belényesi (2015)<sup>12</sup> a változásokat két csoportba sorolta melyek: a hard és szoft változások klaszterei. A hard változások általában a szervezeti struktúrát, hatásköröket érintik. A szoft változások a humán erőforrást alakítják át. Jelen esetben hard és szoft változásokat is véghez kell vinni a főigazgatónak, mivel a profilváltás érinti a szervezeti struktúrát: pl. új osztályok jönnek létre, a régiket bezárják, illetve ehhez a feladat végrehajtáshoz más tudással, illetve más végzettséggel rendelkező személyzetre van szükség. Az előbb idézett szerzők szerint hard változások az alábbi jellemzőkkel bírnak: 1) A változás kiterjedésnek a mértéke lehet radikális és inkrementális, azaz fokozatos. Az előbbi a szervezet összes jelentős faktorára kihat, ezzel ellentétben az inkrementális csak néhány dimenziót és azt sem teljes mélységében érinti. A radikális változás gyorsan, míg az inkrementális változás lassan halad. Az inkrementális változás célja „külső alkalmazkodás és a belső illeszkedés fejlesztése”, míg a radikális célja „külső alkalmazkodás és új konfigurációk kialakítása” (Belényesi, 2015<sup>13</sup>, 126. o.). Jelen esetben egy radikális változás végrehajtására van szükség, ami a kórház átszervezése révén a teljes szervezeti működésre kihat, gyakorlatilag az operatív feladatokat ellátó valamennyi osztályt érinti. 2) A változás mélysége: gyenge a változás, ha kismértékű változás következik be pl. egyes pozíciókat betöltő személyeket lecserélik. Erős a változás, ha az kihat a szervezet teljes működésre. A kórház esetében a változás mértéke erős, mivel az kihat a szervezet teljes működésre. 3) A változás sebessége három fogalommal írható le, melyek: big bang, próba és párhuzamos futtatás. A big bang során rövid idő alatt a szervezet egy teljesen új típusú működésre áll át. A próba során a változásokat egy kijelölt szervezeti egységen kezdik alkalmazni, majd ez követően kiértékelik az eredményeket és azután terjesztik ki a szervezet többi részére. A párhuzamos futtatás során az új rendszert fokozatosan vezetik be, ennek következtében egy ideig a régi és az új rendszer egymással párhuzamosan működik: pl. egy ideig a régi és új programmal is elvégzik a bérszámfejtést. A kórház esetében inkább a big bang átállás érvényesül, mivel aránylag rövid idő alatt áll át a kórház egy teljesen más profilú betegellátásra.

Belényesi (2015)<sup>14</sup> szerint a szoft faktorok azok, melyeket a vezető igénybe vehet a változás előkészítése, illetve megtervezésekor. Ezek közül a szerzők négyet ismertetnek. 1) a hatalmi stratégia: a változást a vezető indítja el és kihasználja, hogy a hierarchiában a beosztottak felett van, így könnyen keresztül tudja vinni akarátát; 2) a meggyőző stratégia: érvekkel és bizonyítékokkal próbálja megváltoztatni a dolgozók attitűdjét; 3) az átnevelő stratégia a szervezeti kultúrát változtatja meg; 4) a megkönnyítő (kompenzációs-ellenszolgáltatásos) stratégia: a változásokban részvevő személyektől azt várja el, hogy tervezzék meg a változás folyamatát, vegyenek részt az implementációba. Cserébe a szervezet a dolgozókat extrán kompenzálja, pl. elen-

gedi őket PhD-ra, soron kívüli továbbképzésre, vagy különleges juttatásokba részesíti őket.

A főigazgatónak a fentiek közül kell egyet választania, ennek során a negyediket, vagyis a megkönnyítő (kompenzációs-ellenszolgáltatásos) stratégiát rögtön elveti, mivel az egészségügyben a kompenzációt egységesen központilag határozzák meg, így ezen az egyes intézmények nem módosíthatnak. A főigazgató a harmadikat szintén elveti, mivel a szervezeti kultúrát egy összetett folyamat eredményeként lehet megváltoztatni, illetve jelen esetben nem is szükséges. A fentiek miatt a főigazgató az egyes és kettes stratégiát alkalmazza. Az elsőt azért használja, mert a változást ő maga indítja, tehát egy felülről induló folyamatról van szó, illetve a szoros határidő miatt nincs elég idő arra, hogy már az átszervezés tervezése előtt mindenkit sikeresen meggyőzőn a változás szükségességéről. Ezek mellett a főigazgató érvekkel és a tények ismételt nyilvános feltárásával, elemzésével is igyekszik meggyőzni a kórházi közalkalmazottakat; vagyis a második stratégiát is használja.

Belényesi (2015)<sup>15</sup> a szakirodalmi áttekintése alapján megkülönbözteti a változás szereplőit: 1) Első a védnök az a személy(ek), vagy csoport(ok), akik a változást legitimálják, jóváhagyják, illetve jutalmazás és büntetés révén tudják a változást elősegíteni. Ők a felelősök, hogy változáshoz szükséges tárgyi és humán feltételek rendelkezésre álljanak. A védnök(ök) az intézmény felsővezetéséhez tartoznak. 2) Ügynök(ök): ők felelősek a változás gyakorlati megvalósulásáért. Jó probléma elemző, probléma megoldó, illetve elemző tervező készségekkel rendelkeznek. 3) Célpontok: azok a személyek, akiknek meg kell változniuk. (Saját megjegyzésem: a személyi változás úgy is elérhető, hogy a vezetés nem a meglévő személyi állományt változtatja meg, hanem a magát humánt erőforrást cseréli le, ez azonban manapság az egészségügyben és a szociális ágazatban járhatatlan út.) 4) Szószóló(k): olyan személyek, akik szeretnék változást, de ennek a véghezviteléhez nincs meg a kellő hatalmuk, emiatt szükségük van egy védnökre. Abban az esetben, ha változás fentről indul és a védnököknek van elég hatalmuk annak véghezviteléhez, akkor nem szükséges a szószólók jelenléte. Szószólókra akkor van szükség, ha a változás alulról indul, illetve a kezdeményezés mögött nem áll egy védnök, aki támogatja annak véghezvitelét. Legtöbbször a védnök megjelenésével a szószóló szerepe automatikusan megszűnik. A szerzők szerint létezik a fekete lyuk jelenség, melynek megnevezése is arra utal, hogy a védnök és az ügynök között eltűnnek a változás lehetőségei. „Azok a személyek sorolhatók ide, akik nyomtalanul elnyelnek mindenféle változást és erőfeszítést. Sokszor itt nem információ elnyelésről, hanem energia elnyelésről beszélhetünk” (Belényesi, 2015<sup>16</sup>, 132. o.). Ennek következtében megszakad az ügynök és a védnök közötti kapcsolat. A másik fontos jelenség a farkas a szekrényben, ami az ügynök és a célpont konfliktusából származik. Az ügynök feladata, hogy feltárja, miért félnek a célpontok a változástól, majd a félelem forrását semlegesítse.

A fentiek alapján a főigazgatónak meg kell határozni, hogy kik lesznek az ügynökök, célpontok, szószólók és védnökök. A főigazgató úgy véli, hogy a védnököket a kórházi felsővezetők közül jelöli ki, mivel nekik van hatalmuk a

<sup>12</sup> BELÉNYESI: i. m., 11.

<sup>13</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

<sup>14</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

<sup>15</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

<sup>16</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

változások véghezviteléhez, valamint az erőforrások elosztásához. Védnöknek az alábbi beosztásban lévőket nevezi ki: az orvosigazgatót, a gazdasági igazgatót, az ápolási igazgatót. Azért ezt a három személyt választja támogatónak a főigazgató, mert ezzel lefedhető az intézmény teljes humán és gazdasági erőforrás állománya, mivel minden dolgozónak a legfelső vezetője vagy az ápolási igazgató (ide tartoznak ápolók), vagy az orvos igazgató (ide tartoznak orvosok, terapeuták) vagy a kórház gazdasági igazgatója (ide tartoznak az adminisztrációs feladatokat ellátók pl. munkaügy). Ügynökök felelősek a változások gyakorlati megvalósulásért (Belényesi, 2015)<sup>17</sup>. Jelen esetben ezt úgy célszerű értelmezni: azok a személyek, akik képesek az osztályok működését teljesen átalakítani, majd a későbbiek során fenntartani, ami a megváltozott profilú osztályok osztályvezető főorvosait jelenti, mivel ők azok, akik a megváltozott profilú kórházba betegeket tudnak ellátni és toborozni. A változás fentről vezérelt, emiatt jelen esetben szószólókra nincsen szükség. A célpontok az osztályok dolgozói, ők azok, akiket meg kell győzni arról, hogy munkahelyük megőrzése érdekében meg kell tanulniuk egy a korábbiaktól teljesen eltérő ellátási rendszer működtetését. A fekete lyuk az igazgatóság és az osztályvezető főorvosok között is kialakulhat. Ezt kiküszöbölendő a főigazgató minden osztály számára egy cselekvési tervet dolgoz ki, ami tartalmazza az átállás részletes terveit havi bontásban. Az igazgató minden hónap végén kér egy jelentést az osztályvezetőktől azzal kapcsolatban, hogyan haladnak az átállással. A farkas a szekrényben jelenség kiküszöbölése céljából az igazgató havi rendszerességgel tart a havi jelentéseket kiértékelő értekezleteket az osztályvezetők számára, aminek keretei között elmondja, hogy az átállási folyamat, hogyan halad előre, milyen buktatók jelentkeztek, illetve itt ad lehetőséget további visszajelzésre.

A főigazgatónak egyben a változással szembeni ellenállással is sokat kell foglalkoznia. Belényesi (2015)<sup>18</sup> szerint a változással szembeni ellenállás pszichológiai okokra vezethető vissza. Szerinte a személyek változásokkal szemben mindig ellenálló, mert a változás bizonytalanságot és egzisztenciális fenyegetettséget eredményez. Ugyanakkor a szerző megkülönbözteti a szervezeti ellenállást is, ami a szervezeti struktúrából, kultúrából, illetve a szervezeten belüli formális és informális egységekből származik. Szerinte egy szervezetnek változással szembeni ellenállását sok tényezőre lehet visszavezetni, ezek közül a legfontosabbakat ismertetjük. 1) *Egyéni érdekek: a munkavállalók félelme, hogy a jelenlegi helyzet megváltozásával elvesztik korábban szerzett státuszukat, esetleg munkájukat, megváltozik a fizetési besorolásuk stb.* 2) *Bizalomhiány, félreértések: amennyiben rosszul működik a szervezeten belül a kommunikáció, a dolgozók a változást felesleges energiapazarlásként fogják értékelni, ami bizalmatlansághoz vezet. Ennek során erősödik a szelektív észlelés (az adott jelenségnek nem a teljes percepciója, csupán egy adott részének az észlelése történik meg, amit nagyban meghatároznak a korábbi tapasztalatok és attitűdök). Ennek következtében úgy észlelik a dolgozók, hogy a korábban követett viselkedési forma az új*

*helyzetben is adekvát, tehát nincs szükség a viselkedés megváltozására.* 3) *Eltérő érdekek: a szervezetben a különböző szervezeti struktúrában elhelyezkedő személyek a változásokat másképpen látják, illetve az érdekeik is eltérőek, emiatt a változásokat is másképpen ítélik meg.* 4) *Alacsony toleranciaszint, ragaszkodás a szokásokhoz: a dolgozók gyakran azt hiszik a változásra azért van szükség, mert rossz munkát végeznek, ami negatív hozzáállást eredményezhet a változások iránt. A változás eredményeként gyakran új munkastílust kell alkalmazniuk a dolgozóknak, melynek során újfajta módszereket kell elsajátítaniuk, ami szintén félelmet kelthet.*

*A fentieket megelőzendő a főigazgatónak szükséges tapintatosan és jól kezelni a változással szembeni ellenállást. Ennek az első lépése a változással szembeni ellenállás felismerése. Belényesi (2015)<sup>19</sup> szerint a változással szembeni ellenállás leghatékonyabban úgy oldható fel, ha már a változás tervezése során figyelembe veszik ennek lehetőségét és mértékét, vagyis érdemes felmérni a szervezeten belüli változásokkal kapcsolatos attitűdöket. Ennek során a menedzsment felmérheti és megismerheti az információhiányon alapuló félelmeket és az ehhez kapcsolódó félreértéseket és az érdekkonfliktusokat. Emiatt a főigazgató az alábbiakat teszi (az alábbiakat Belényesi, 2015)<sup>20</sup> alapján írom):* 1) *Megpróbálja átalakítani az ellenállást úgy, hogy azok a változást előmozdítsák, és ne hátráltassák. Ezt úgy próbálja elérni, hogy a korábban említett rendszeres osztályvezető értekezleteken meghallgatja az ellenérveket, majd igyekszik azokból konszenzust teremteni, illetve azokat beépíteni a változásokba.* 2) *Tájékoztató: az osztályvezetők a főigazgatói utasításnak megfelelően rendszeresen értekezletekre hívják össze osztályaik dolgozóit, ahol tájékoztatják őket a változások okáról, céljairól, következményeiről és a változások előre haladásáról.* 3) *Aktív részvétel a változásban: ha a dolgozók megoszthatják ötleteiket, akkor úgy érezhetik, hogy részt vesznek a változásokban, emiatt jobban elköteleződnek a változások iránt. Ezért a főigazgatónak teljesítendő az a kérése, hogy az osztályértekezletekről készüljenek jegyzőkönyvek, amelyekben rögzítsék a dolgozók ötleteit. Ezt követően egy kijelölt munkacsoport a jegyzőkönyvekből egy összefoglalót készít az igazgatóság számára, ahol ezeket megvitatják és ha lehetséges, akkor beépítik a változásokba. Ha ez nem lehetséges, akkor a következő főorvosi értekezleten a főigazgató megkéri az osztályvezetőket, hogy magyarázzák el az állománynak, az általuk javasoltakat, miért nem tudják figyelembe venni.* 4) *Támogató vezetői magatartás: a kifejezés arra utal, hogy menedzsment aktív kommunikációval segíti a változások elfogadását. A korábban említett kommunikációs csatornák mellett az igazgatóság kihelyez egy „változásdobozt”. A dolgozók ebbe a dobozba dobhatják be írásban megfogalmazott javaslatukat a kórház átalakulásával kapcsolatban. Ezekből egy munkacsoport összefoglalót készít az igazgatóságnak, akik ezeket megtárgyalják, illetve eldöntik, hogy beépíthető-e. A dolgozók bizalmának erősítése érdekében, minden egyes változás dobozba bedobott javaslatra írásban válaszolnak és azt több példányban kihelyezik a kórház folyosóin.*

<sup>17</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

<sup>18</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

<sup>19</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

<sup>20</sup> BELÉNYESI: i. m., 11

Továbbiakban a változások értékelésével foglalkozom. Bovend'Eerd, Botell, Wade (2009)<sup>21</sup> szerint a változások specifikációjának egyik módszere a SAMRT (Specific, Measurable, Achievable, Realistic/Relevant, Timed; magyarul: Specifikus, Mérhető, Elérhető, Realisztikus/Releváns, Időzített) modell. Specifikus a változás, ha változás bizonyos kritériumok mentén konkrét, pl. mennyiség, minőség. A változásnak bizonyos faktorok mentén mérhetőnek kell lenniük. A változásnak elérhetőnek kell lennie, ami arra utal, hogy változást teljesíthető legyen. Releváns legyen a változás, vagyis a változásnak megoldást kell jelentenie a problémára. Időzített, vagyis a változás időben legyen lehatárolva, legyen eleje és vége. Jelen esetben a változás specifikus: a változás egy újfajta betegéllátási forma bevezetésére irányul. Jelen esetben a változás több faktor mentén is mérhető: 1) a kórház anyagi helyzetének változása; 2) a betegség kihasználtság aránya; 3) a szövődményes esetek számának a csökkenése. A kórház átalakítása elérhető, mivel a célkitűzés (döntően sebészeti ellátás helyett egynapos sebészet és kórházi rehabilitáció végzése) megvalósítható. A változás releváns, mivel több problémára is megoldásként szolgál pl. kórház adóssága, kórház fenyegető bezárása. A változás egyben időzített is, mivel az igazgatóság a változásokra 1,5–2 évet szán, mely időpont bizonyos mértékben függ a szuperkórház funkció átvevő képességének időpontjától, illetve kijelölte a változás kezdetének és várható végének az időpontját is.

A változás kezdete az az időpont, amikor elkezdik megtervezni a változást, a végső időpontja, amikor az utolsó osztály is átállt az újfajta ellátásra.

## Összegzés

Jelenleg az egészségügyben a kormányzat átalakításokat hajt végre, ennek egyik leglátványosabb példája az új budapesti szuperkórház megtervezése, illetve a későbbiek során a megépítése. Ez a budapesti kórházak működését jelentősen befolyásoló tényező, mivel a párhuzamosságok elkerülése és korszerű új kapacitások belépése miatt várhatóan meg fognak szűnni egyes osztályok, de akár maguk az intézmények is. Ezért a közeljövőben egyes intézményvezetőknek át kell világítaniuk, illetve el kell kezdeni átszervezni az intézményeiket. A cikkben elméleti szinten vizsgáltam egy ilyen esetet.

Konklúzióként az alábbi megállapítások fogalmazhatók meg: 1) az igazgatóságnak számos módszer áll a rendelkezésére, hogy átalakítsa a kórházat (lásd fentebb); 2) ezek alapján össze lehet állítani egy átalakítási tervet, amit előtte el kell tudni fogadtatni az illetékes államtitkársággal; 3) a cikkben nem foglalkoztam az átalakítás költségeivel, illetve 4) a már felhalmozódott adóságállomány konszolidációjával, vagyis azzal, hogy ezeket hogyan és mennyi idő alatt tudná visszafizetni a kórház, mert ez a mai finanszírozási módszerek mellett lehetetlen.

<sup>21</sup> BOVEND'EERDT, T. J. H., BOTELL, R. E., & WADE, D. T. (2009): Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23, pp. 352–361.