

Élelmezési szolgáltatás outsourcing megoldása: kórházi tapasztalatok egy eset kapcsán

Móroczné Dr. Tóth Ildikó

Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Megyei Kórház

A cikk szerzője megvizsgálta, hogy a Tatabányai Szent Borbála kórház élelmezési szolgáltatásának külső szolgáltató által történő elvégzése milyen hatással járt gazdaságossági szempontból. Ennek során számítá- sokkal igazolta a hibás menedzsmenti döntésnek az In- tézmény számára okozott pénzügyi veszteséget. 6 éves szerződés időtartama alatt több mint százmillió forint többlet kiadást igazolt, mely összegben nem vette figye- lembe a szolgáltatás kiadás kapcsán további költségnö- vekedést okozó ÁFA terheket. Megállapítja, hogy a ki- szervezés előtti gondos előkészítő munkán túl az intéz- ményeknek folyamatos ellenőrzési feladatuk van, mely- lyel el lehet érni a menedzsment által a kiszervezésre vonatkozó döntés meghozatalakor kitűzött célokat.

BEVEZETÉS

A tatabányai Szent Borbála kórház tulajdonosa 1996- ban az élelmezési tevékenység outsourcing formában törté- nő ellátása mellett döntött, és közbeszerzési pályázatot írt ki, mely munkában a kórház akkori menedzsmentje aktív szerepet vállalt. 2002 nyarán megvizsgáltam, hogy milyen célok fogalmazódtak meg a tender kiírásakor és azok hogyan valósultak meg. Feltárták-e az akkori valódi költségeket, be- ruházás nagyságrendjét, kórház pénzügyi teherbíró képes- ségét, a lehetséges piaci szereplőket, megfogalmazták-e az elérendő célt?

Az intézmény konyháját 1991-ben építették, 2200 adag előállítására volt képes. 1996-ban kb. 840 adag volt a napi kiszállítás, külső megrendelővel nem rendelkezett. A cél, hogy a 70 ezer lakosú, számos közintézménnyel rendelke- ző városban a kórház konyhája szerepet kapjon, sem a pro- fitorientált szervezetnek, sem a konyha visszavételét köve- tően a jelenlegi menedzsmentnek nem sikerült. A tulajdonos sem használta ki a szabad kapacitásban meglévő lehetősé- geket, amikor Tatabánya környéki intézményeiben az élel- mezési szolgáltatás kiadásáról döntött, a szolgáltatás vég- zésére nem kaptunk lehetőséget.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖRNYEZET JELLEMZÉSE AZ OUTSOURCING TÉMÁJÁNAK SZEMSZÖGÉBŐL

Magyarországon, az egészségügy területén a kilencve- nes évek közepére kialakult válság okai ismertek a szakem- berek előtt. Az 1993-ig alkalmazott bázisfinanszírozás, a köz- pontosított forráselosztás és fejlesztés nem tette szükséges-

sé a gazdálkodási szemlélet kialakulását. Mára azonban a gazdasági helyzet egyre inkább megköveteli, hogy a piaci szereplőként megjelenő egészségügyi intézet vezetése alkal- mazza a többi piaci szereplő technikáját, különben a verseny- ben alulmarad. Azokról a menedzsmenti eszközökről és meg- oldásokról beszélhetünk, amelyeket a vállalati gazdálkodás- ban már széles körben alkalmaznak, és e menedzsmenti esz- közök bevezetése annak megfelelő adaptációjával a kórház működés hatékonyságának javulását eredményezi. Ilyen eszközök: controlling, benchmarking, monitoring. A megoldá- sok közül: informatikai rendszer kiépítése, outsourcing meg- oldás alkalmazása, vezetői információs rendszerek működté- tése. A kilencvenes évek közepén az egészségügyi intézetek menedzsmentjei az addig ezen a területen ismeretlen techni- kát, az outsourcingot kezdték alkalmazni, mellyel kapcsolatos kritikus elemzések ritkán kerültek a nyilvánosság elé.

Nyugat-európai egészségügyi intézetekhez hasonlóan Magyarországon az outsourcing módszer alkalmazásának oka a költség-hatékonyabb működtetés igénye, az intézmé- nyi költségvetésben keletkezett hiány kezelésének megol- dása, a méretgazdaságossági előnyök kihasználása, a szol- gáltatói piac kiépülése volt.

A nyugat-európai egészségügyi intézmények költségve- tése nagyságrendekkel magasabb a hazai intézményeké- hez képest, mely számukra a gazdálkodás területén na- gyobb mozgásteret biztosít. A magyarországi egészségügyi intézményekkel szemben a nyugat-európai kórházakban az elmúlt évtizedekben az egészségügyi piacon jelentkező ár- robbanást az egészségügy költségvetése feszültségekkel telve, de követte. A fentieknek megfelelően az ottani kórhá- zokban outsourcing használatának gazdasági feltételei adóttak. A hazai kórházakban az elmúlt két évtizedben a szabályozók folyamatos változtatásával feloldották a bér és a dologi keretek merev rendszerét, mely alapján négy éve a működési célú finanszírozási összeg is szabadon felhasz- nálhatóvá vált. A tulajdonosi kötelezettség nem teljesülése esetén az intézmények fejlesztési lehetősége ezáltal megte- remtődött, mely azonban korántsem olyan fokú, mint ahogy azt a rendszerben dolgozók és a betegek elvárják. A kilenc- venes években Magyarországon a szolgáltató piacon az egyes cégek monopolhelyzete megszűnt, több hasonló pro- filú jelent meg, és azok rendelkeztek a szükséges eszközök- kel, technológiával, a korábbi szolgáltatási színvonalhoz ké- pest minőségi javulás hoztak, mely lehetővé tette az outso- urcing technika alkalmazását.

Az outsourcing alap gondolata: „Csináld azt, amit leg- jobban tudsz, a többit add ki külső szolgáltatóknak” [1]. Ebbe

a körbe tartozik többek között az őrzés, élelmezés, takarítási feladatok, amelyek „nem stratégiai fontosságú, betegkapcsolati elemet nem tartalmazó, és rutin jellegű folyamatok”. „Ezek az üzemeltetési területek intézményirányítási szempontból perifériálisnak tekinthetők, és nem gyakorolnak számottevő hatást az intézményműködés hatékonyságára sem.” (Babos János)

A fenti meghatározásokkal szemben – tekintettel az egészségügy területének különleges jellemzőire – egy-egy szempontból más a véleményem, hiszen:

- az egészségügyi intézményekben valóban a gyógyítás az alaptevékenység, de a gyógyítás szempontjából egyik legfontosabb cél, a minőségi szolgáltatás megvalósítása. Ezáltal a gyógyítás tevékenységhez szervesen kapcsolódó, és annak minőségét meghatározó elemek, ilyen az élelmezés, és a takarítás (gondoljunk a műtő sterilítésára) jelentős hatást gyakorolnak az alaptevékenységének megítélésére, minőségére, valójában attól nem elválaszthatóak,
- az őrzés-védelem, mely a tulajdonos szempontjából elsőbbséget élvező, így számára kiemelkedő feladat,
- a fent példaként említett tevékenységek havi költségüket tekintve jelentősek a kórház költségtelei között.
- A gyógyszerár, anyaggazdálkodás, informatika, labor, radiológia az intézet számára stratégiai jelentőségű terület, hatásuk az alaptevékenységre jelentős, esetleges kiszolgáltatottság kialakulása miatt a működés biztonságát veszélyeztetik.

Magyarországon az outsourcing az egészségügyi intézetekben döntően a mosatás, takarítás, őrzés-védelem, élelmezés területén terjedt el. Az utóbbi években pedig az informatika, karbantartás, patológia, labor, radiológia, műszer-gazdálkodás területén jelentek meg ilyen jellegű szerződések.

AZ OUTSOURCING LEHETŐSÉGE MIÉRT MERÜLHET FEL?

- a szervezet az alapfeladatára tudjon koncentrálni, és az így keletkezett energiáját eredményessége javítására tudja fordítani,
- ha magasabb színvonalú szolgáltatást igényel,
- ha a szolgáltatás ellátásának szakember hiánya miatt intézményen belüli belső feszültség keletkezett, mely adott esetben válságig fokozódhat, mely már az ellátás elégtelenségét is maga után vonhatja,
- ha a közalkalmazotti jogviszony merevségét szeretné feloldani a menedzsment az alkalmazottak tekintetében,
- ha az adott területen a menedzsment szakmai hozzájárulása hiányos,
- ha költség-hatékonyabb ellátást remélünk,
- nem rendelkezünk fejlesztési forrásokkal, vagy speciális szolgáltatásokat igényelünk.

AZ OUTSOURCING DÖNTÉSEK ELŐKÉSZÍTÉSÉNEK FOLYAMATA

A döntéseknek szakmailag és gazdaságilag megalapozottnak kell lenniük, a döntés előkészítési folyamatnak hasonlóan kell felépülnie, mint egy nem egészségügyi feladatot ellátó vállalat esetében. A kórháznak rendelkeznie kell legitim és független intézményi vezetéssel, számvitelileg jól kialakított költség struktúrával, likviditási tervvel, hatékonyság javítási prioritási tervvel. A döntés előkészítő folyamatoknak hatékonyan, az előkészítő anyagnak alkalmasnak kell lennie arra, hogy a tulajdonosi döntési mechanizmus a kórház számára kedvezően alakuljon. Ki kell zárni a menedzsment és a tulajdonosi döntéseket befolyásoló „alkotmányozási díj”-at.

A menedzsmentnek a gazdasági és szakmai elemzéseket folyamatosan kell elvégeznie. Ennek alapja a gazdálkodás átláthatóságának elve alapján kialakított, a valóságot leképező felosztásokat tartalmazó költséghelyek létezése, és vele együtt analitikus könyvelés megléte, működése. A költséghelyek kialakítása lehetővé teszi a bevétel és kiadás valódi keletkezési helyére történő regisztrálását, és ezzel az eredményesség kimutatását.

A hatékonyság javításának prioritási terve szorosan kapcsolódik a szervezeti egységek eredményességének kimutatásához. A menedzsment folyamatosan elemzi az egységek eredményességét, mely során felméri, hogy a bevétel növelésének és a kiadás csökkentésének milyen lehetőségei vannak, és a megvalósításához milyen humán erőforrás szükséges. Az elvégzett elemzések alapján végrehajtási sorrendet állít fel, és arra vonatkozó ütemtervet készít.

Meg kell határozni, hogy milyen **célt kívánunk elérni**, mert a kitűzött cél elérése határozza meg a döntés előkészítési folyamatát [2]. A kiépített költséghelyek segítségével az egyes területek gazdálkodása folyamatosan értékelhető és értékelendő. Amennyiben az a cél, hogy alacsonyabb költséggel működjön a szervezet, vagy nagyobb bevételt szeretnénk elérni, meg kell vizsgálnunk, milyen lehetőség van a működés folyamatának módosításával a megfogalmazott célok elérésére. Meg kell határozni, hogy milyen költségek merülnek fel, amennyiben saját erőből kívánjuk a változtatást elvégezni. Meg kell fogalmaznunk azt is, hogy képesek vagyunk-e a változtatás elvégzésére, és ha nem, akkor ennek mi az oka.

Véleményem szerint, az egyes tevékenységeket nem abból a szempontból kell megvizsgálni, hogy a szolgáltatást ki-szervezzük, vagy sem, hanem egy olyan elemzést kell elvégezni, melynek végeredményeként el tudjuk dönteni, hogy melyik megoldás kedvezőbb a kórházi szervezet számára.

AZ OUTSOURCING DÖNTÉS VIZSGÁLATA A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ DOKUMENTÁCIÓK ALAPJÁN

Az 1996-os, a Szent Borbála Kórház élelmezési tevékenységének outsourcing formába történő kiadását meg-

vizsgálva megállapítható, hogy az akkori menedzsment döntésének meghozatalakor nem vette számításba az intézet 1 ételmezési napjának önköltségét (fajlagos), mert azzal nem is rendelkezett, illetve erre utaló adattal nem találkozott. Nem vette figyelembe a kórház pénzügyi teherbíró képességét, mely abban az időben nem tette lehetővé a szolgáltatás színvonalát emelő, jelentősebb beruházás indítását. Az Intézmény eladósodása 1995-től jól megfigyelhető volt, ennek következményeként vett fel hiteleket, melyek ellenére folyamatosan nőtt az adósságállománya. Az 1996-ban meghirdetett tender során jelentős beruházást vártak el a nyertes cégtől, melynek pénzügyi fedezete nem állt rendelkezésre. A gyógyító munkához nélkülözhetetlen eszközök hiánya jelentős feszültséget generált a kórházban, az ételmezés területén végrehajtott fejlesztés nem volt időszzerű. Az ételmezési feladat kiszervezésének tenderfelhívásában megfogalmazott célok, – mint a minőségbiztosítás, – nem valósult meg, minőségellenőrzés nem történt. A minőség folyamatos romlását tapasztalták a dolgozók és a betegek. (2002-ben elvégzett betegelégedettségi vizsgálat során 44%-a a megkérdezetteknek az étel minőségére panaszkodott.) Nem történt meg a szerződésben rögzített tényleges energia, víz továbbszámllálása, hanem egy szerződésmódosítással fix költséget fizetett a partner. Az intézmény kimutatása szerint 1996-ban a ténylegesen keletkezett költségek elérték az 1,1 millió forintot, míg a szerződésben 660 ezer forintot rögzítettek. A havi energia költség 2000 év végére 1 400 000 forintra növekedett, ezzel szemben a cég által fizetett összeg nem nőtt. Éves szinten ez nagyjából 5 millió forint veszteséget jelentett a kórház számára, azaz 5 év alatt (2002-ben már a mért fogyasztást fizették) 25 millió forint tiszta nyereség keletkezett a szolgáltatást végző vállalkozás számára.

Nem követték az **ételmezési napok számát**, melyet nem vetettek össze az ápolási napok számával. 1998-ig ki-gyűjtve, ellenőrizve az adatokat, látható volt, hogy 1999-ben kb. 13 000 ételmezési nap többletként lett leszámllázva, mely 10 millió Ft nagyságrendű veszteséget jelentett intézményünk számára. 1996-2000. között a veszteség csak becsülhető (1. táblázat).

Év	Ételmezési nap/év	Ápolási nap/év	Különbség
1998	306 178	305 838	+340
1999	306 695	300 920	+5775
2000 I. félév	148 807	145 974	+2833
2000. II. félév	122 948	132 529	-9581
2001. I. félév	127 714	135 604	-7890
2001. II. félév	129 334	135 717	-6383
2002. egész év	258 733	268 995	-10 262

1. táblázat
Az évi ételmezési és ápolási napok összehasonllítása egyes időszakokban

Az adatokból 2000. II. félévében látható a megfordulás, melynek oka, hogy az intézményben önkormányzati biztos kezdte meg a működését. Az ellenőrzés bevezetésével az addigi jelentős túlszámlázások megszűntek. (Az egészség-

ügyi intézményekben az ápolási napok számának mindig magasabbnak kell lennie, mint az ételmezési napoknak, a null diétán lévők miatt. Ott, ahol pozitív az egyenleg, annak oka a túlszámlázás.) Költségnövelő tényező volt az előfinanszírozás, mivel a kórház a következő havi ételmezési költséget előző hónap végére 90%-os mértékben átutalta, mintegy megelőlegezve a szolgáltatást.

AZ OUTSOURCING DÖNTÉS UTÓLAGOS ÉRTÉKELÉSE

Az akkori tulajdonos képviselői és a menedzsment a Szent Borbála Kórház számára rendkívül előnytelen szerződést kötöttek 1996-ban. Csak becsülhető az az összeg, melylyel a kórház többet költött a 6 éven keresztül az ételmezési szolgáltatásra, ahhoz képest, mint ha azt maga oldotta volna meg. (Azért csak becsült érték, mert visszamenőlegesen minden egyes tételnél 1996-ig meg kellene vizsgálni az egyes tételek közötti valós különbséget, mely számítás nem végeztem el, csak azoknál a tételeknél, ahol valós adatokat találtam.) Több esetben egyértelműen a rossz menedzsmenti döntéseknek köszönhető a költségek növekedése.

- Az energia továbbszámllázása (külön szerződést kellett volna a cégnek kötnie a szolgáltatóval, mely benne is volt a kiírásban). Ez 2002-ben évi 2,64 millió forint többlet kiadást jelentett.
- Nem leszámllázott energia költség. Az intézmény kimutatása szerint 1996-ban a mért költség elérte a havi 1,1 millió forintot, míg a szerződésben 660 ezer forint/hót rögzítettek. A havi energia költség 2000. év végére 1,4 millió forintra növekedett, ezzel szemben a cég által fizetett összeg nem nőtt. Ez azért is meglepő, mivel a fellelhető dokumentációkban szerepelnek ezek a költségek, nem utólagosak, ezért valószínűsíthetik a menedzsment döntésének más okát. Éves szinten kb. 5 millió forint veszteség számítható ki.
- 17 dolgozóról tudjuk, hogy a munkájuk továbbra is az osztályokon a mosogatói feladat maradt. Mivel a mosogatót a külső szolgáltató feladata volt, így az intézmény jelentős bérteher növekedését vállalt magára egészen 2001-ig, amikor az új menedzsment a dolgozókat részben elbocsátotta, részben ágy melletti segédmunkára helyezte át. Éves többlet költsége 14,5 millió forintra tehető.
- Túlszámlázás az ételmezési napoknál, mely 2000-ben 10 millió forintot jelentett.
- Rossz szerződés kötése a beruházásnál.
- Nyersanyag ára 25-40%-kal drágább volt, mint ahogyan azt a kórházi menedzsment be tudta szerezni az ételmezés átvételét követően, mely minimálisan 15 millió forint veszteséget jelentett a kórháznak.

Mindezeket összesítve, számításaim szerint több mint 100 millió forint többlet kiadást jelentettek ezek a tételek a Szent Borbála kórház számára. Ez nem az outsourcing miatt bekövetkezett veszteség, hanem az elő nem készített

tender, és a későbbiekben elmaradt ellenőrzések és az átgondolatlan döntések következménye.

2002: A KÓRHÁZ SZÁMÁRA NYILVÁNVALÓAN KEDVEZŐTLEN PARAMÉTEREK MIATT ÚJ TENDER AZ ÉLELMEZÉSI SZOLGÁLTATÁSRA

2002-ben az intézmény jelenlegi vezetése a tenderszerződés lejárta miatt döntéshelyzetbe került. Továbbra is külső szolgáltatóval látassa el a tevékenységet, vagy vegye vissza a szolgáltatást. Elemzéseket végeztünk, mely során megpróbáltuk az egyes költség-elemeket figyelembe véve az önköltségszámítást elvégezni. Külső szakértők segítségével adatot gyűjtöttünk más intézmények áairól, segítséget kértünk és kaptunk saját konyhát üzemeltető intézmény menedzsmentjétől az intézményi önköltség reális mértékének a meghatározásához. Mindezek alapján az intézmény vezetése, mérlegelve a visszavétel nehézségeit, és a szakértőinek véleményét úgy döntött, hogy ismételten, de jól meghatározva az elvárásokat, a tendert kiírja. A célok megfogalmazásán, a nyersanyag árának rögzítésén kívül, az 1 ételmezési nap összegét is maximáltuk. A tenderben szereplő árak az önköltség számítás összegénél kismértékben voltak magasabbak, és jóval alacsonyabbak a korábban fizetett összegnél. Az egészségügyi szektorban nem gyakorlat, hogy a tender kiírásakor meghatározzák az egy egységre jutó maximálisan fizetendő árat, de az ármaximálással a kórház számára kedvező szolgáltatói díjat készültünk elérni. A tenderre jelentkező cégektől azt vártuk, hogy a lehető legmagasabb szolgáltatási szinttel versenyezzenek egymással. A tender azonban eredménytelennek bizonyult, mivel a piacon lévő szolgáltatók bíztak a tender számukra kedvezőbb formájú ismételt kiírásában, ezért nem adtak be ajánlatot. A menedzsment ezt követően úgy döntött, hogy nem ír ki újabb tendert, az ételmezési szolgáltatást visszaveszi. A szerződés szerint hat hét maradt az ételmezés visszavételére.

A SAJÁT MŰKÖDTETÉSŰ ÉLELMEZÉS EREDMÉNYEI

A konyhát 2002. november 1. óta a kórház működteti, melynek a következményei az alábbiak voltak:

- Az általunk kiszámított önköltség alatt tudjuk a szolgáltatást biztosítani. Ez főként abból adódik, hogy jóval alacsonyabb áron tudtuk a nyersanyagot beszerezni, a nyersanyag árak 25-40%-kal alacsonyabbak, mint korábban.
- A dolgozói létszámot csökkentettük (42 fő helyett 32 fővel látjuk el a feladatot).
- Nőtt saját dolgozóink munkahelyi étkezés iránti igénye, mely csökkenti az önköltséget (korábban nem volt adatunk a kiszállított, és a dolgozók által megvásárolt ebéd mennyiségéről, ezáltal nem is vettük figyelembe az önköltségszámításnál).

- A javítási, karbantartási munkák a vártnál jóval alacsonyabb költséget jelentettek.
- Nem érvényesült a 2003. évre vonatkozó inflációval növelt ár, mivel a beszállító cégeknél sikerült alacsonyabb árakat elérni.
- Nem terheli a kórházat az energia továbbszámlázás többlet ÁFA költsége (220 000 Ft/hó), és nincs az ételmezésen kötelezően előírt ÁFA költség. (Havonta 2002-ben 1 900 000 Ft, egész évre vonatkozóan emiatt: 25 440 000 Ft költség.)
- A korábban a cég által számlázott tea-keksz diéta megszűnt, mely azonos árú volt a diétás étellel,
- Kiépítettük a HACCP rendszert, melynek költsége nem volt, mert saját munkatársaink készítették el.
- Összességében havonta 5 millió Ft megtakarítás volt elérhető, mely 2003-ban 60 millió Ft-ot jelentett a kórház számára.
- Jelentősen javult a szolgáltatási színvonal, melyet a betegek visszajelzéséből, dolgozóink véleményéből jólésően tapasztalhattunk meg.
- Nőtt az eladott alkalmazotti adag száma, melyben szerepet játszik az is, hogy 1/3-val csökkentettük a dolgozók által fizetett hozzájárulás összegét. A havonta korábban fizetett munkáltatói hozzájárulás mértéke kb. 50 000 Ft volt, amely már az első hónapban 160 000 Ft-ra emelkedett. Ez azt jelenti, hogy a támogatott ebédet igénybe vevők száma megháromszorozódott.
- Az „a la carte” ételek árát nem csökkentettük, de minőségének és a mennyiségének a javulása miatt nőtt az eladások száma.

A TENDERBŐL INTÉZMÉNYI SZINTEN LEVONHATÓ TANULSÁGOK

Az intézmény menedzsmentjének véleménye szerint a szolgáltatás saját dolgozókkal történő ellátása mind gazdaságilag, mind a szolgáltatás minőségét tekintve beváltotta a hozzá fűzött reményeket. A vezetés számára számos tanulsággal járt az ételmezési tender előkészítésének folyamata, az ott nyert tapasztalatokat jól tudja hasznosítani további munkája során. Világosan láthatóvá vált, hogy egy rosszul előkészített tender, rossz vezetői döntések sora, és az ellenőrzés elmaradása milyen károkat okozhat a kórházi szervezet számára. Megtanultuk, hogy hogyan kell megvalósíthatósági tanulmányt készíteni, milyen döntési pontok vannak, és a piaci szolgáltatókról, az árakról nyert információknak (benchmarking) milyen óriási szerepe van az egészségügyi intézmények esetében is.

ÁGAZATI SZINTRE VONATKOZÓ MEGÁLLAPÍTÁSOK

Magyarországon rövid időre tekinthet vissza az outsourcing, mellyel kapcsolatban inkább a szolgáltatók szemszögéből jelennek meg cikkek, hangzanak el előadások, és kri-

tikus értékeléssel ritkán találkozhatunk. Cikkem célja az volt, hogy saját esetünk kapcsán bemutassam egy outsourcing szolgáltatás megvalósulásának árnyoldalait. A fenti esetből ugyan nem lehet általánosítani, de azért az effajta megközelítésen keresztül általános következtetések levonhatók. Viszonylag kevés olyan esetről tudunk, amikor a korábban kiadott tevékenységet valamilyen ok miatt az egészségügyi intézmény visszavette, erre is példát kívántam bemutatni.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügyi intézmények jövőjét jelentős mértékben meghatározza a tulajdonos hozzáállása, a menedzsmenti döntések. Az évek óta minden kormányzat számára problémát okozó egészségügyi ágazatban sok felelős vezető dolgozik, de nem kevés azoknak a száma, akik csak rövid távú haszon érdekében hozzák meg döntéseiket. Az egészségügyben nem ismerünk korrupciós pereket, büntető eljárásokat, felelősségre vonást, mely kérdés felvetése jelenleg sem célszerű. Jól képzett szakemberek alkalmazása, és azok megfelelő javadalmazása jelentős előrelépést jelen-

tene az egészségügy problémáinak megoldásában. Szaktudás nélkül outsourcing kérdésben sem lehet dönteni. Megvalósíthatósági tanulmány elkészítése nélkül a menedzsmenti döntések nem lehetnek megalapozottak. Az intézmények tulajdonosai, a politikai testület tagjai sok esetben csak néhány szempont kiragadásával döntenek, vagy döntési helyzetbe hoznak kórházi menedzsmentet, amelynek utólag kell vállalnia a döntésből fakadó következményeket. Jelentős szolgáltatói lobbyhatások érvényesülnek ma az egészségügyben, melyet sok esetben, még ha akarja, sem tud a menedzsment elhárítani. Az egzisztenciális függőség egyértelműen jelen van a menedzsment részéről. A tulajdonosi magatartást sok esetben az intézmény érdekeinek figyelmen kívül hagyása jellemzi. Valódi tulajdonosi funkciók gyakorlása esetén a tulajdonos képviselője nem csak szemlélője az eseményeknek, hanem jelentős költségmegtakarítást remélve partnere is a menedzsmentnek. A menedzsmenttel szembeni elvárások a tulajdonos részéről Magyarországon nem kerülnek megfogalmazásra, az elért eredményeket nem értékelik, és nem jutalmazták. A valódi tulajdonosi szemlélet megjelenése nélkül előrelépést az egészségügyben nehezen tudok elképzelni.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Babos János: Az Egészségügyi Közös Szolgáltató Központ megvalósításának lehetőségei és lépései, Outsourcing szemlélet – jövőkép Konferencia, Larix Stúdió, 2001.
- [2] Tanács Zoltán: IFUA Horváth & Partners Kft. A sikeres outsourcing alapja: a kiszervezési döntések megfelelő

előkészítése, Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 4:13, 2002.

- [3] Dr. Zétényi Ágnes: Kórház, mint nagyüzem. Korszerű vezetési technikák bevezetése az egészségügyben, Controlling vezetői információs rendszerek konferencia, Larix Stúdió, 2001.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Móroczné Dr. Tóth Ildikó belgyógyász szakorvos, 2004-ben egészségügyi menedzser diplomát szerzett. 1997-től Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Főosztályvezetője (intézményirányító feladatkör). 2001-től a Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Megyei Kórházának főigazgatója. A vezetése alatt Kató Gá-

bor önkormányzati biztossal közösen elvégzett válságkezelés eredményeként az intézmény az 1 milliárd forint adósságállományát visszafizette, a belső adósság megszüntetésére is jelentős lépéseket tett: 4 év alatt több mint 500 millió forint beruházást hajtottak végre önerőből, és sikerült a működés szakmai színvonalát gép-műszer beszerzésekkel emelni. 2004. novemberében 150 millió forint jutalmat fizettek ki a dolgozóknak, és több százmillió forint tartalékkal kezdik a 2005. esztendőt.