

DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS

KOVÁCS ANDREA

Nyugat-magyarországi Egyetem

Sopron

2014

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR



AZ OUTSOURCING ÉS A PRIVATIZÁCIÓ ELŐZMÉNYEI, KÖLCSÖN- ÉS
MELLÉKHATÁSAI, VALAMINT KÖVETKEZMÉNYEI A TELJES
KÓRHÁZKISZERVEZÉSEK, ÉS AZ EGYES KÓRHÁZI
TEVÉKENYSÉGGISZERVEZÉSEK GYAKORLATÁBAN

Doktori (PhD) Értekezés

Készítette:

Kovács Andrea

Témavezető:

Dr. Pataki László PhD

egyetemi docens

Sopron 2014.

AZ OUTSOURCING ÉS A PRIVATIZÁCIÓ ELŐZMÉNYEI, KÖLCSÖN- ÉS
MELLÉKHATÁSAI, VALAMINT KÖVETKEZMÉNYEI A TELJES
KÓRHÁZKISZERVEZÉSEK, ÉS AZ EGYES KÓRHÁZI
TEVÉKENYSÉGGKISZERVEZÉSEK GYAKORLATÁBAN

Értekezés doktori (PhD) fokozat elnyerése érdekében

Készült a Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar
Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola
Közösségi gazdálkodás programja keretében

Írta:

Kovács Andrea

Témavezető: Dr. Pataki László PhD

Elfogadásra javaslom (igen / nem)
(aláírás)

A jelölt a doktori szigorlaton 97,8 % -ot ért el.

Sopron, 2013. április 3.
a Szigorlati Bizottság elnöke

Az értekezést bírálóként elfogadásra javaslom (igen /nem)

Első bíráló (Dr.) igen /nem
(aláírás)

Második bíráló (Dr.) igen /nem

.....
(aláírás)

A jelölt az értekezés nyilvános vitáján % - ot ért el.

Sopron,
a Bírálóbizottság elnöke

A doktori (PhD) oklevél minősítése.....

.....
Az EDT elnöke

TARTALOMJEGYZÉK

Ábrák jegyzéke	7
Táblázatok jegyzéke.....	8
Szakkifejezések-, jelölések- és rövidítések jegyzéke	10
Kivonat.....	12
Abstract	13
1. BEVEZETÉS.....	14
1.1. A témaválasztás indokolása, aktualitása	17
1.2. A kutatás célkitűzése, a kutatási téma lehatárolása	18
1.3. Hipotézisek.....	20
2. OUTSOURCING DÖNTÉSI MODELL	24
2.1. Az outsourcing döntés megalapozása	24
2.2. Outsourcing megoldások és taktikák	25
2.3. A kiszervezés, mint menedzsment eszköz	26
2.4. Az outsourcing előnyei és hátrányai (kockázatai).....	29
2.5. Az outsourcing alkalmazásának legfőbb területei a szolgáltatások vonatkozásában	30
2.6. A kiszervezhető tevékenységek üzemgazdasági szempontú elemzése.....	32
2.7. A kiszervezési folyamat előkészítési szakaszában alkalmazható kvantitatív és kvalitatív értékelési eszközök, módszerek.....	34
2.8. Az outsourcing költségei.....	36
2.9. A siker tényezői, a sikeres outsourcing előfeltételei	37
2.10. A kiszervezés kudarca, a sikertelen outsourcing.....	39
3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI OUTSOURCING TÉMAKÖR IRODALMI ÁTTEKINTÉSE... 41	
3.1. Az egészségügyi szolgáltatás tartalmi jellemzői	41
3.2. Az outsourcing fogalma	42
3.3. Alkalmazható outsourcing megoldások és formák a kórházakban	44
3.4. Választási lehetőségek a kórházvezetés számára a megvásárolandó szolgáltatás terjedelme szerint	46
3.5. A kiszervezések stratégiai szempontjai, érvek a kiszervezések mellett	47
3.6. A szolgáltató kiválasztásakor figyelembe veendő szempontok	48
3.7. A kiszervezések kockázatai.....	48

3.8.	Döntési pontok.....	49
3.9.	A professzionális egészségügyi szolgáltatások kiszervezésének előfeltételei	50
3.10.	A kórházi outsourcingban rejlő lehetőségek és korlátok	52
3.11.	Az egészségügyi szektorban lezajlott kiszervezések nemzetközi és hazai történeti előzményei	55
3.12.	A globális outsourcing és offshoring technológiák hatása az egészségügyi szolgáltatásokra.....	61
3.13.	A near-shoring magyarországi tendenciái.....	64
4.	A MAGÁN ÉS A KÖZSZFÉRA VISZONYRENDSZERE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN	66
4.1.	Az állam által irányított egészségügy történeti előzményei.....	66
4.2.	A magánszektor és a közszektor fogalmában rejlő különbségek	70
4.3.	Delegálható és inherens állami feladatok.....	72
4.4.	A privatizáció fogalmának értelmezése	72
4.5.	Az egészségügyi ellátás privatizációjának előnyei és hátrányai	73
4.6.	Az érintettek viszonya az egészségügyben az outsourcing technika alkalmazásához	75
4.7.	Érvek az egészségügy magánosítása mellett.....	76
4.8.	Az egészségügyi rendszer jelenlegi helyzetét determináló intézkedések köre (2002–2014).....	79
5.	A KÓRHÁZI OUTSOURCING LEBONYOLÍTÁSÁNAK HAZAI FOLYAMATA ÉS ANNAK TAPASZTALATAI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A TELJES KÓRHÁZKISZERVEZÉSEKRE.....	81
5.1.	Piaci mechanizmusok állami feladatellátás területén megjelenő vetületei	81
5.2.	A kórházi kiszervezések kronológiája Magyarországon	82
5.3.	A kiszervezések Állami Számvevőszéki vizsgálata a gyöngyösi Bugát Pál Kórházban.....	86
5.4.	Figyelemfelhívás, stratégiai szerepvállalás.....	87
5.5.	A jelentés összefoglalója.....	88
6.	A PRIMER KUTATÁS TARTALMA, MÓDSZERE, INDOKLÁSA.....	96
6.1.	A primer kutatási módszer leírása, menete	98
6.2.	A kutatás elemzése	98
6.3.	Az elemzési módszerek bemutatása	102
6.4.	A minta összetétele	103

6.5.	Kutatási modell.....	107
6.6.	Hipotézisek vizsgálata	109
7.	A KUTATÁS EREDMÉNYEI.....	136
7.1.	Kutatás hipotéziseinek összegzése	136
7.2.	Az új és újszerű tudományos eredmények összefoglalása.....	138
8.	KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK	144
8.1.	A kutatási eredményekből levonható következtetések, javaslatok.....	144
8.2.	További javasolt kutatási irányok.....	146
9.	ÖSSZEFOGLALÁS	148
	SUMMARY	150
	Mellékletek.....	152
M1.	Irodalom és forrásjegyzék.....	153
M2.	Számvevőszéki kérdőív	163
M3.	Ajánlás kutatómunka végzéséhez.....	167
M4.	Kérdőív – Kórházi outsourcing kutatás	168
M5.	Mérőskála típusai.....	179
M6.	Mélyinterjú forgatókönyve	181
M7.	Mélyinterjú kódlista.....	183
M8.	Mélyinterjúk írott változata.....	184
	Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 1-6-1-05-4-130930	184
	Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 2-6-4-05-4-131014	189
	Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 3-5-4-10-4-130925	193
	Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 4-5-1-05-4-130926	197
	Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 5-5-1-05-4-130925	203
	Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 6-6-4-05-5-131012	208
	Köszönetnyilvánítás.....	215
	Jogi nyilatkozat.....	216

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra Az egészség és a gazdaság kapcsolata.....	15
2. ábra Outsourcing döntési mátrix.....	27
3. ábra Kórházi működési modell a lehetséges outsourcing területekkel	28
4. ábra Érvek az outsourcing mellett	31
5. ábra Outsourcing döntési modell	33
6. ábra McKinsey-portfólió egy kórház számára.....	35
7. ábra Az outsourcing folyamatok fejlődésének főbb állomásai.....	45
8. ábra Egy főre jutó éves egészségügyre fordított közkiadások 2010-ben	52
9. ábra Kiszervezett kórházi tevékenységek aránya Németországban 2004-2007 között ...	57
10. ábra Hiányzó egészségügyi szolgáltatások pótlása nonprofit szervezetek segítségével	60
11. ábra A magyar egészségügy szereplői, kapcsolatrendszerük	68
12. ábra A co-payment elhelyezkedése az egészségügy forrás oldalán.....	71
13. ábra A HospInvest és versenytársai, valamint éves átlagos árbevételük	91
14. ábra A válaszadó intézményének munkatársi létszáma	103
15. ábra A kérdőívet megválaszolók legmagasabb iskolai végzettsége	104
16. ábra Válaszadók életkori megoszlása.....	104
17. ábra Válaszadók pályán eltöltött éveinek száma	105
18. ábra Válaszadók munkahelyének elhelyezkedése Magyarországon.....	106
19. ábra Különböző tényezők szerepe az outsourcing döntések megalapozásában	110
20. ábra Az ár szerepének megítélése a különböző szakmai területek dolgozói által	112
21. ábra Egyes területeknek a kiszervezéssel kapcsolatos elégedettsége	113
22. ábra Az outsourcing megítélése különféle szempontok alapján.....	115
23. ábra Az outsourcing lehetséges pozitív eredmények értékelése megadott szempontok szerint	117
24. ábra Válaszadók munkahely preferenciája a szakterület függvényében.....	119
25. ábra A kiszervezésekhez kapcsolódó beállítódások vizsgálata	121
26. ábra A kiszervezés által a belső folyamatokra gyakorolt lehetséges pozitív hatás értékelése a válaszadók szakmai területének vonatkozásában	130
27. ábra A munkakörülmények, valamint a munkavállalók jövedelmének, munkakörülményeinek várható alakulása szakmai területenként, outsourcing esetén, várakozások alapján (1-5-ig terjedő skálán).....	133

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat Az outsourcing általános előnyei és kockázatai	29
2. táblázat Egészségügyi szolgáltatások és funkciók tulajdonságainak minimálisan szükséges vizsgálati szempontjai outsourcing döntés előtt.....	51
3. táblázat Kiszervezett és visszaszervezett kórházi tevékenységek aránya Németországban 2013-ban.....	58
4. táblázat Az outsourcing típusai és fő jellemzői helyszín és technológia specifikusság alapján	64
5. táblázat Magánüzemeltetésben működtetett kórházak Magyarországon 2008-ban	84
6. táblázat Az értékeléshez kapcsolódó kutatás lépései	98
7. táblázat A szignifikancia szint – a döntés hibája – a hipotézisvizsgálat igazságmátrixa	100
8. táblázat T-próba statisztika.....	111
9. táblázat Az egyes szakterületeken dolgozók véleménye az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető szakmai tapasztalatok hasznosságáról	113
10. táblázat Az egyes szakterületeken dolgozók véleménye az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások hasznosságának megítélése	114
11. táblázat Leíró statisztikák	116
12. táblázat Statisztikai tesztek.....	118
13. táblázat A kiszervezésekhez kapcsolódó beállítódások statisztikai vizsgálata	120
14. táblázat KMO és Bartlett teszt a kérdőív 13. blokkjához kapcsolódóan.....	122
15. táblázat A kiszervezések pozitív és negatív hatásainak komponensvizsgálata	123
16. táblázat A kiszervezések hatásaival kapcsolatos állítások komponenseik átlagának vizsgálata.....	124
17. táblázat Egészségügyi outsourcingra vonatkozó állítások átlagának és szórásának vizsgálata.....	125
18. táblázat „A kiszervezett dolgozók kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak” kérdésre adott válaszok vizsgálata.....	128
19. táblázat ANOVA teszt eredményei – Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.....	129
20. táblázat Welch és Brown-Forsythe teszt eredményei – „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál”	129

21. táblázat Az outsourcingra vonatkozó kérdések statisztikai vizsgálata foglalkozási csoportok szerint.....	131
22. táblázat Kiszervezéssel kapcsolatos vélekedések rangátlagának vizsgálata	134

SZAKKIFEJEZÉSEK-, JELÖLÉSEK- ÉS RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁFA	Általános forgalmi adó
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
ÁSZ	Állami Számvevőszék
BT	Betéti Társaság
CT [Computed Tomography]	Számítógépes tomográfia, a radiológia egyik ága, a tomográfia szó a szeletelésre utal. A vizsgálat tárgya a képen szeletekre bontva látható.
DRG [Diagnosis Related Groups]	Eset alapú finanszírozás
EMIKK	Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ
EMKI	Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
Endoszkópia	Minimális behatolású orvosi diagnosztikai eljárás a szervezet belső részének a vizuális vizsgálatára és vele kapcsolatos hagyományos műtétek követésére.
ESKI	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
ETI	Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
HBCS	Homogén betegségcsoportok
KFKI	Központi Fizikai Kutatóintézet
KFT	Korlátolt Felelősségű Társaság
KKT	Közkereseti Társaság
MGYK	Magyar Gyógyszerész Kamara
MOK	Magyar Orvosi Kamara

MRI [Magnetic Resonance Imaging]	Összetett képalkotó (mágneses magrezonancia) eljárás
NGO [Non-governmental Organisations]	Nem kormányzati szervezet
OECD [Organisation for Economic Cooperation and Development]	Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGYI	Országos Gyógyszerészeti Intézet
OSZMK	Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ
PPP [Public-privat Partnership]	Köz- és magán együttműködés
RT	Részvénytársaság
SDL [Service Dominant Logic]	E paradigma szerint a szolgáltatás fókuszába a megfoghatatlan erőforrások, a közös értékteremtés, a kapcsolatok kerülnek.
SLA [Service Level Agreement]	Szolgáltatási szint megállapodás
SWOT [Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats]	A stratégia kialakításának egyik eszköze, mely az erősségeket, a gyengeségeket, a lehetőségeket, a fenyegetéseket tárja fel a stratégiával való viszonylatban.
WHO [World Health Organization]	Egészségügyi Világszervezet

KIVONAT

Az egészségügyi vezetők igyekeznek intézményeik gazdasági egyensúlyát megőrizni, növelni; javítani az operatív szolgáltatások minőségét, ugyanakkor számolhatnak a források szűkösségével. A szervezetek hosszú távú fennmaradása nagymértékben attól függ, hogy miként képesek az érintettek erőforrásaikat és tehetségüket a saját fő üzleti tevékenységeikre, az egészségügyi intézmények esetében a klinikai ellátás minőségére, annak fejlesztésére összpontosítani. Számos szervezet választja az outsourcing technikát, főként a nem alapvető, nem-klinikai, non-core¹ tevékenységek esetében a támogató szolgáltatások megszervezésére. Jelentős eredményt akkor ér el a management, ha a betegek és a kórházi személyzet elégedettségének mértéke nő, ha jelentős költségmegtakarítást könyvelhetünk el, jobbá válik a működési hatékonyság, a folyamatfejlesztések hatására a szervezet működése átláthatóbb, eredményesebb lesz, olyan technológiai beruházások valósulnak meg, melyekre egyébként nem lett volna lehetősége a szervezetnek. Az outsourcing módszer mind a magán, mind az állami szektorban nagy népszerűsége tette az elmúlt évtizedek során, ugyanakkor, mint minden új technika, a kivitelezése, gyakorlati alkalmazása során számtalan hibát követtek el a kiszervezők, illetve a vállalkozók is. Különösen igaz ez az egészségügy területén. A szervezetek egyre inkább megértik az outsourcing verseny- és szervezeti előnyeit. A sikeres outsourcing jelentős mértékben függ attól, hogy világos célokat és elvárásokat fogalmazzunk meg az outsourcing technika megvalósítása során már a kezdetektől, és mindvégig az átmenet és a megvalósítás-teljesítés időszakában is. Elengedhetetlen, hogy a folyamatos teljesítménymérésre a jövőben nagyobb hangsúlyt helyezzenek a kiszervezők, melyeket a szolgáltatási megállapodások (SLA-k) is segíthetnek. A kapcsolat alapja a kölcsönös bizalom, az őszinteség, a tisztelet és a közös cél felismerése kell, hogy legyen, egy rendkívül összetett és állandóan változó környezetben. A kiszervezések elsődleges célkitűzése a költséghatékonyság elérése, a költségcsökkentés volt, ám egyre inkább a magasabb szolgáltatási minőség számít döntő szempontnak amellet, hogy a szervezetek igénybe vegyenek szolgáltató vállalkozásokat, újabban szolgáltató központokat.

¹ Non-core: nem főtevékenység

ABSTRACT

Managers in health care strive to balance their institutions in an economic sense, improve it and raise the quality standard of operative services. However, at the same time, they have to take the scarcity of resources into account. The long term survival of organisations mainly depends on how they can concentrate their resources and talent concerned on their main business activity. In the case of health care institutions the focus is on the standard of clinical services and their development. Several organisations opt for outsourcing, mainly in the case of non-clinical, non-core activities to organise supporting services. A significant result can be achieved by the management if the level of satisfaction of both patients and hospital staff is increasing, considerable savings on costs are made, operational efficiency is improving and the operation of the organisation becomes more transparent and effective. Such technological investments are made for which the institution would not have had the opportunity otherwise. The method of outsourcing has become very popular both with the private and the public sector during the past few decades. However, at the same time, like in the case of all new technologies several mistakes were made by the outsourcers and entrepreneurs in the phase of implementation. Especially it holds true for health care. Organisations are beginning to understand the competitive and organisational benefits of outsourcing. The success of outsourcing greatly depends on formulating clear objectives and expectations while implementing the technique of outsourcing even from the beginning through transition to implementation and performance. It is essential to put a greater emphasis on continuous performance assessment in the future, which can also be aided by Service Level Agreements (SLA). The foundation of the relationship must be mutual trust, honesty, respect and acknowledging common objectives in complex and rapidly changing environment. The primary objectives of outsourcing is cost efficiency and cut but nowadays a decisive aspect is quality of higher standard for the organisations to use services and service centres, as well.

„Nem a hentes, a sörfőző vagy a pék jóindulatától várhatjuk a vacsoránkat, hanem attól, hogy saját önérdeküket követik.”

(Adam Smith)

1. BEVEZETÉS

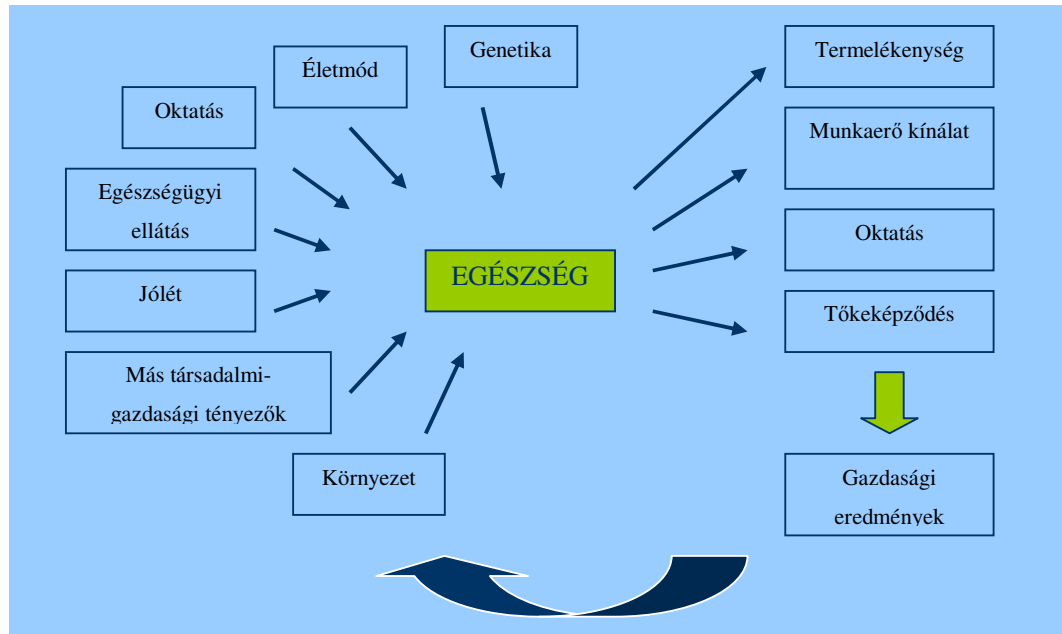
Az egészség közgazdasági értelemben „különleges jószágnak” számít, mivel egyedi jellegzetességekkel rendelkezik, mással nem helyettesíthető „árucikk”, hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét, keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartalma nem tervezhető előre (Gidai, 1998).

Az egészségügy nem képezi részét a közjavaknak. A közjószág definíciójának két kritériumából egynek biztosan nem felel meg. Nem igaz az, hogy a társadalom bármely tagja általi fogyasztása nem csökkenti a többiek esélyét (hozzáférését) a fogyasztásra (igénybevételre). Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételénél sorban állások alakultak ki mindenütt az elmúlt évtizedek során, mivel a források, amiket a társadalmak ilyen célra allokálni képesek, korlátozottak.

Az egészségüggyel szemben tipikus közjószág a honvédelem. Senki sem zárható ki a „fogyasztásából”, emellett a bárki általi használat nem korlátozza a többiek hozzáférését sem. Az egészségügy sokkal inkább tekinthető közfinanszírozott magánjószágnak, semmint közjószágnak (Sinkó, 2006a).

Dr. Bordás István rávilágít az Egészségügyi Gazdasági Szemlében, 2003-ban megjelent cikkében arra, hogy az ország lakosságának egészsége, az egészségügy rendszere és az ország gazdasági fejlettsége között összefüggés található. A szerző feszegeti, hogy a gazdaság helyzete határozza meg az egészséget vagy az egészség a gazdaságot? E kapcsolat elemei, az egyes konkrét hatások és azok iránya nyilván szerteágazóak. Hogy milyen az egészségügyi rendszerünk, függ a gazdaságtól, de a gazdaság is függ attól, hogy milyen az egészségünk. Szoros kölcsönhatást kell feltételeznünk (Bordás, 2003).

Az 1. ábra szemlélteti, hogy számos csatorna van, mely összeköttetést jelent az egészségi állapot és a gazdaság teljesítménye között, egyéni és makroszinten egyaránt.



Forrás: ESKI 2005a. Az egészségügy hozzájárulása az EU gazdaságához

1. ábra Az egészség és a gazdaság kapcsolata

Megállapítható, hogy az egészség a legfontosabb érték minden ember számára. Ennek biztosítása egy igen összetett, bonyolult rendszer hatékony működését igényli. Egy 30 országra kiterjedő szociológiai felmérés szerint a legfontosabb tényező a megkérdezettek 84 %-a szerint boldogulásuk szempontjából saját egészségük². Sokkal inkább így van ez nálunk, ahol a demográfiai, egészségügyi, szociális állapot jelentősen elmarad az európai átlagtól (Gilly, 2007). A hazai egészségügy hatásvizsgálata, külföldi tapasztalatokra épülő fejlesztése, reformja nem halasztható. Az emberi egészséget az egyén biológiai adottságai, a környezeti, gazdasági-társadalmi feltételek, valamint az egyén életmódjában rejlő kockázatok veszélyeztetik. A különböző korokban, évtizedekben más és más kerül az egészségpolitika középpontjába. A XX. század elején még a járványveszély csökkentése, a higiénés körülmények javítása volt az állami egészségügy egyik fő feladata. A második

² WHO, 2006. Why Health Research?

világháború után, a jóléti állam kiépítésének részeként, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése volt az egészségpolitika egyik fő célja. A 70-es évektől az egyének egészségkárosító szokásaiból eredő kockázatok csökkentésére helyeződött a hangsúly. Legújabban a népesség egészségét veszélyeztető élelmiszertechnológiai és fogyasztási kockázatok kerülnek középpontba. A világgazdasági globalizáció jelenlegi módja nem kedvez az egészségpolitikai paradigmaváltásnak. Ugyanakkor nemcsak a gazdaság, hanem az egészségügyi kockázatok is globalizálódnak (Orosz, 2002).

A teljes népesség testi-lelki bajait orvosolni akaró népegészségügy a jelenleg rendelkezésre álló intézményrendszeren belül is jelentős tartalmi átalakítást kíván. Ki kell alakítani az ország területi népességeloszlásához, egészségügyi állapotához igazodó egészségügyi intézményrendszert. A kistéleplelésektől a városokon keresztül a fővárosig át kell tekinteni ebből a szempontból a területre jellemző adatokat, az uralkodó fő betegségszoptokat, a rendelkezésre álló intézmények kapacitását, eszközellátottságát, szakmai színvonalát, szakember ellátottságát. Régiókban kell gondolkodni, melyek a jelenlegi intézményrendszerre építve az egészségügyi ellátó helyeket megfelelő megközelíthetőséggel, elérhetőséggel biztosítani tudják (Dézsy, 2001a).

Úgy kell a megoldást megtalálni, hogy kórházak a lehető leggazdaságosabban kerüljenek a rendszerbe beépítésre, és lehetőleg valamennyi kistéleplelés orvosi rendelőjét fenn lehessen tartani. A régiók egészségügyi központjait, vezető intézményeit, intézményrendszerét tehát a területi beteglétszám és annak főbb betegségszoptonkénti megoszlása, valamint a rendelkezésre álló kórházak, egészségügyi intézmények összehangolásával, összerendezésével lehet kialakítani. Az átszervezésnél nagy figyelmet kell szentelni a szociális, gerontológiai igények kielégítésére, és a közösségi közlekedés infrastrukturális feltételrendszerének megfelelő kialakítására is, valamint az erre a célra felhasználható, de az egészségügy számára nélkülözhető épületek számba vételére és hasznosítására. Az átalakításnál nyomon kell követni az állami, illetve önkormányzati, egyre szűkülő forrásokkal támogatott fejlesztési, fenntartási felelősség változásait is.

1.1. A témaválasztás indokolása, aktualitása

Kutatási szakterületként az outsourcing tevékenység hazai egészségügy területén megfigyelhető sajátosságainak vizsgálatát választottam, különös tekintettel a kórházi tevékenységek kiszervezésére, annak előkészítésére, hatásaira az egyes foglalkoztatási csoportokra nézve. A kutatás átfogja az egyes kiszolgált tevékenységek kiszervezésének tapasztalatait, egészen a teljes kórházüzem szolgáltatásának teljes feladatátadásáig.

Elengedhetetlen, hogy a kórházakat szolgáltató üzemként fogjuk fel, melyek a többi szolgáltatóval együtt, egymással szemben és/vagy egymás mellett funkcionálnak. Ugyanakkor a kórházmenedzsment kénytelen a tényleges „árképzés” helyett, az „árelfogadás” módszerét alkalmazni, mivel az átalánydíjas DRG rendszer ezt írja elő számukra. A DRG finanszírozást – amelynek egyik mutációja a hazai HBCS – a fejlett országok nagy részében használják. Megfelelően alkalmazzák, mint finanszírozási technikát és folyamatosan fejlesztik, hogy megfeleljen a változó kihívásoknak. A DRG-t használják egészségügyi tervezésre (health care planning), a kórházmenedzsment eszközöként (hospital management), a források felhasználásának követésére, (utilisation review), finanszírozásra (payment), illetve több célra is egyszerre (ESKI, 2010c).

Az intézmények folyamatosan szembesülnek a gazdasági megszorításokkal, a növekvő társadalmi igényekkel, mindeközben a jogszabályi előírásoknak is kénytelenek megfelelni, továbbá a minőségi ellátás színvonalának emelését is fel kell vállalniuk. Be kell törnie az egészségügy minden területére a menedzserszemléletnek, mivel sok esetben elavult struktúrákkal, beidegződésekkel találkozhatunk. Alapjában véve hasonló üzleti-gazdasági funkciókat kell ellátnia a kórházaknak is (különösképpen: HR, pénzügyek, kontrolling, PR, stb.), mint más vállalkozásoknak, ugyanakkor az egészségügyi szakmára jellemző sajátos területeket is működtetniük kell. Ilyenek pld.: gyógyszer-kontrolling, ápolásmanagement, stb. (Karner, 2007).

Napjainkban, az egészségügyi szférában is kimondva vagy kimondatlanul tapasztalható verseny az alkalmazottak szakképzettségén, kompetenciáján, kreativitásán, munkaerején túl – mely jelentős komparatív előnyökhöz juttatja az intézményt – megkerülhetetlenül a tőkeigényes berendezések, beruházások meglétén is múlik.

A kórházvezetés jellemzően állami előírások mentén, eredendően korlátok között kénytelen tevékenykedni, ahol is a finanszírozási, javadalmazási struktúrák nem követik kellő dinamikával a külső gazdasági változásokat.

A „do the right thing”³ vezetési elv érvényre juttatása érdekében a kórházvezetés további stratégiai managementfejlesztésekre kényszerül, és kooperációkat kezdeményez más szolgáltatókkal. Ennek mélysége egyértelműen függ a struktúrától és annak méretétől.

1.2. A kutatás célkitűzése, a kutatási téma lehatárolása

A dolgozatom célja, hogy bemutassam azokat a lehetőségeket, amelyek mentén az egészségügyi szakellátást, mint közfeladatot a tulajdonos, a fenntartó megszervezheti, a feladatát elláthatja. Bemutatom a kutatásom eredményein keresztül, milyen hatásai voltak a kiszervezéseknek a különböző szakterületeken tevékenykedő egészségügyi dolgozók munkakörülményeire, biztonságérzetükre. Rávilágítok, hogy a hazai gyakorlatban a kórházi kiszervezések sikertelenségének oka sok esetben a nem megfelelő előkészítésben, az előkészítő gazdaságossági számítások teljes hiányában keresendő.

A működtetés vonatkozásában alkalmazható lehetőségek szinte teljes tárháza fellelhető volt korábbi munkahelyem kapcsán⁴ 2005 és 2014 között, a területi kórházként működő gyöngyösi Bugát Pál Kórház történetén keresztül.

³ Tedd a jót!

⁴ 2006-2011 között több Heves megyei kórház gazdasági/ügyvezető igazgatójaként dolgoztam.

Azt vizsgálom majd az értekezésemben, hogy szerepet játszik-e a működtetési forma a kórházak működtetésében, igazak-e az élet számos területén, a termelő szférában, a szolgáltató szférában hasznos outsourcing, privatizáció szabályai.

A privatizáció fogalma ma a kórházak vonatkozásában sajátosan érvényesül. A kutatási téma interdiszciplináris jellegű, mely kutatás során figyelembe vettem a közgazdaságtudományi, pénzügyi, szociológiai, pszichológiai, emberi erőforrás, marketing, PR, vezetéselmélet területekkel kapcsolatos szempontokat is.

Az értekezés alapjául szolgáló kutatás a kvantitatív, vagyis kemény elemző módszerekre támaszkodik, mely kiegészül kvalitatív kutatási módszerrel, mélyinterjúval. A kvantitatív módszerrel történő kutatás biztosítja az objektivitást, segítségével az általánosítások elkerülhetőek. A kvalitatív módszerek megállapításaim alátámasztására is szolgálnak.

A téma szempontjából kiemelten fontos a mások által közzétett ismeretek, adatok, információk bemutatása, azokról önálló vélemény megformálása. Céлом az értekezéssel, hogy értékeljem a szekunder kutatási eredményeket, melyek a primer kutatást egészítik ki. Malhotra Marketingkutatás (2001) című könyvében olvasható, hogy a kvantitatív kutatás célkitűzése az adatok számszerűsítése és az eredmények általánosítása a mintából az alapsokaságra. A kvalitatív kutatás célkitűzése ezzel szemben a mögöttes okok és motivációk minőségi megértése.

A szekunder kutatás során a vonatkozó hazai és nemzetközi szakirodalom feldolgozását tűztem ki célul. A munka szerves részét képezte a könyvtári és internetes források felkutatásán túl a szakmai konferenciákon való részvétel, publikációs lehetőségek kiaknázása is. A szakirodalom tematikus és összehasonlító elemzése során elmélyültem a témához kapcsolódó szakirodalmi – többnyire angol és német nyelvű – művekben. A szakirodalom feltárása során nagy hatást gyakoroltak rám a hazai kutatók közül Prof. Dézsy József, Dr. Gulácsi László, Dr. Karner Cecília Anna, Dr. Orosz Éva, Dr. Sinkó Eszter munkái.

Munkám során az egészségügyi outsourcinggal kapcsolatos elméleti kutatásokat tekintettem át részletesen, különösen a közelmúltban publikált művekre.

1.3. Hipotézisek

Az outsourcing kérdése az egészségügyben rendkívül sok vita forrása volt a kezdetektől a mai napig. Mivel közel hat éven keresztül én magam is több Heves megyei egészségügyi intézmény gazdasági területének vezetője voltam, jelentős tapasztalatot szereztem e témakörben, hiszen épp erre az időszakra esett a kórházi kiszervezési hullám tetőzése Magyarországon. Eleinte nehezen volt értelmezhető számomra a kifejezett ellenállás a munkavállalók részéről, mely eltérő mértékű volt az egyes munkaköri csoportok esetében, de később a Hospinvest-korszak, illetve a cég működésének végjátéka számos olyan dologra hívta fel a figyelmemet, amelyeket úgy gondoltam, érdemes megvizsgálni. A kórházban megszerzett tapasztalataim alapján a kutatásomhoz az alábbi hipotéziseket állítottam fel, a munkám pedig arra irányult, hogy ezeket igazoljam, vagy elvessem.

H1. Az egyes szakterületek sajátosságait érdemes megvizsgálni a kiszervezési döntés előtt, mivel azok eltérő sajátosságokkal rendelkeznek e tekintetben, valamint eltérő lehetőségeket hordoznak. Az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területek egy részét a kórháznak saját működtetésben kell tartania.

Teljesen mást jelent a kiszervezés a core területen dolgozó, keresett szakmával rendelkező orvos számára, aki ha nem a várakozásainak megfelelő munkakörülményeket és javadalmazást kap az outsourcing, a kiszervezés után, könnyedén talál másik orvosi állást akár Magyarországon, akár külföldön, mint a kiszervezett biztonsági őrnek (portás), a konyhalánynak, a bérszámfejtőnek, akik a közalkalmazotti szférában érezték leginkább jól és biztonságában magukat. Az inproductív területeken dolgozók egyébként is mindig a létszámleépítések vesztesei, ők azok, akik a legkönnyebben elbocsáthatóak-pótolhatóak. A folyamatos létszámhiánnyal küzdő szakdolgozói terület ugyan a 2006-2009 közötti időszakban nagy veszteségeket kényszerült elviselni a leépítések miatt, azonban ma már az ápolók külföldre történő kivándorlása valódi veszélyeket hordoz. A nővérhiány egyre nagyobb, s általában a legjobbak mennek külföldre. Ma átlagosan a nővérállások 30 százaléka betöltetlen, ez az arány a 90-es évek elején még csak 10 százalék körüli volt.

H2. A szakirodalom jórészt csak az outsourcing lehetséges előnyeit domborítja ki. Sokan eleinte épp emiatt, mint pozitív hozadékkal rendelkező intézkedésként tekintettek a kiszervezésekre, holott a lehetséges kockázatok és hátrányok, nem kellően alapos előkészítés esetén nagyobbak lehetnek, mint az előnyök. Megalapozott, megfelelően előkészített outsourcing döntések, előzetes számítások és életpálya-modellek szükségesek azért, hogy ne csak vélt gazdaságossági szempontok motiválják a döntéshozókat.

Az outsourcing döntések meghozatala előtt elengedhetetlen a döntési változók azonosítása, a választási lehetőségek kidolgozása, a korlátozó feltételek meghatározása. Ezután kerülhet sor a döntési kritériumok, a célfüggvény, optimum minimumának és maximumának megállapítására. Szükséges elkészíteni a hasznossági függvényt, meg kell állapítani a határhaszon értékét, a problémát matematikai módszerekkel kell megoldani, figyelembe véve természetesen az egészségügyre jellemző sajátosságokat is.

H3. A kiszervezésekkel kapcsolatos korábbi negatív tapasztalatok megingatták a bizalmat az egészségügyi intézmények vezetőiben, a dolgozóknak e menedzsment technikával összefüggésben, és ez is hatással volt az outsourcing további terjedésére az egészségügyben.

A rendszerváltás és az azt követő évek gazdaságpolitikája eredményeként rendelkezésre álló korlátozott közfinanszírozási erőforrásokhoz való alkalmazkodás adta a szolgáltatók adaptációs kényszerét. A kitörés lehetőségét a management ismeretek erősítésében, egyes szolgáltatások kiszervezésében, szervezeti fejlesztésben, új szolgáltatási területeken való megjelenésben (ápolás, szépségipar) vélték felfedezni. Mindezen kitörési pontok az egészségügy, mint közszolgáltatás számára komoly innovációs kényszert adtak, és adnak most is. Ugyanakkor a teljesen szabályozatlan jogi rendszer, a kórházakat célpontba állító politika hibás döntései okán is a kiszervezések kudarca előre látható volt. Az egészségügyi dolgozók többsége kedvezőtlenül, ellenállással fogadta a kiszervezések hírére. A kórházi szakszervezeti tevékenység kifejezetten az önkormányzati vezetők szándékaiktól történő

eltántorítására fókuszált, tüntetéseket szerveztek azon testületi ülések előtt, amelyeken a kiszervezést napirendre tűzte a grémium⁵.

Igaz, hogy az egészségügyi dolgozók sosem voltak, és ma sincsenek abban a helyzetben, hogy arról dönthessenek, hogy megtörténik-e a kiszervezés, vagy sem a fenntartó részéről, ugyanakkor a döntéshozók ma már számolnak – és számolniuk is kell – azzal, milyen hatásai lehetnek a döntésüknek a humán-erőforrás helyzetére, esetleges pálya-, intézményelhagyásukra.

H4. Az egyes szakmák és foglalkozási csoportok érdekei nem különböznek a kiszervezéseket illetően az egészségügyi intézményekben.

Kezdetben azt a véleményt fogalmaztam meg, hogy a kórházi dolgozók egységesek, az álláspontjuk a kiszervezésekkel kapcsolatban azonos. Azt fogalmaztam meg, teljesen mindegy, mely területen dolgoznak a munkavállalók, azonos mértékű az ellenérzés az outsourcinggal kapcsolatosan.

H5. Az általánosan alkalmazott outsourcing jellegű megoldások nem alkalmazhatók egy az egyben az egészségügyi kiszervezések területén, az egészségügyi specialitások figyelembe vétele nélkül. E szempont figyelmen kívül hagyása esetén sokszor kényszerül a kórházvezetés az insourcing technika alkalmazására.

Az egészségügyben nem alakulhat ki tökéletes piaci verseny, ami számos okra vezethető vissza: a klasszikus, kétszereplős piaci alku helyett itt ugyanis megjelenik egy harmadik fél, mint a szolgáltatások részbeni finanszírozója. A beteg által igénybe vett szolgáltatásokról ráadásul az információs aszimmetria miatt döntően nem a beteg, mint fogyasztó, hanem az orvos dönt, aki a gyakorlatban nemcsak a szolgáltatás megrendelőjeként, hanem egyben szolgáltatóként is fellép. A kiszervezés segítségével a fix költségek igénybevételtől függő, változó költségekké alakíthatóak, így ideális megoldásnak tűnhet a gazdasági környezet okozta problémák kezelésére az egészségügyben is. Az aktuális hazai gyakorlat azonban jelenleg az egészségügy több területén mást mutat. Sok

⁵ Ennek legemblematikusabb példája az egeri kórház kiszervezése kapcsán szervezett folyamatos demonstrációk sorozata.

esetben a kórházakban az outsourcing helyett az insourcing technika alkalmazása jellemző. Minél nagyobb kapacitással, minél nagyobb állományi létszámmal rendelkezik egy intézmény, annál inkább megfigyelhető ez a tendencia.

2. OUTSOURCING DÖNTÉSI MODELL

2.1. Az outsourcing döntés megalapozása

Hazai és külföldi tapasztalatok egyaránt azt mutatják, hogy az outsourcing projektek egyik legfontosabb pontja a döntés-előkészítés. A kiszervezhető tevékenységek között számos komplex kapcsolat létezik. Nem könnyű szétválasztani a stratégiai és üzemgazdasági szempontokat, gyakran kiszámíthatatlanok a döntések jövőbeli következményei. Világos, mindenki által elfogadott döntési modell alkalmazása hiányában a döntéseket gyakran befolyásolják az intézményben meglévő hatalmi-politikai viszonyok. Szakmailag megalapozott döntés esetén annak a kórház dolgozóival történő elfogadtatása is sokkal könnyebb, érvekkel alátámasztható.

Mivel az outsourcing döntések a legtöbb esetben humán-erőforrást is érintenek – akik jellemzően munkajogi jogutódlással kerülnek az új működtetőhöz, üzemeltetőhöz, vagy megváltozik önkaratukon kívül a munkajogi helyzetük –, velük kiemelkedő jelentőségű a korrekt kommunikáció.

Minden vállalkozásnak, így a kórházaknak is rendelkezniük kell egy célrendszerrel, melyek között a szakmai teljesítmény, a teljesítménygazdaságosság, az elvárt pénzügyi célok, a szociális mutatók mindenképp első rangúak. Míg egy profitorientált vállalkozás esetén a pénzügyi célok elérése kap nagyobb hangsúlyt, addig a kórházak esetében az orvosi-ápolási teljesítmények, az egészségügyi szolgáltatások nyújtása kap főszerepet. Ettől függetlenül az outsourcing döntések előtt a for-profit és non-profit szervezetek esetében is a gazdaságosság, a teljesítményminőség a meghatározó (Beer, M. 1998).

2.2. Outsourcing megoldások és taktikák

Outsourcing megoldások

- **Piaci outsourcing** esetén egy a piacon lévő, professzionális szolgáltató szolgáltatásait vesszük igénybe.
- A **munkaerőbérlés** metodikailag közel áll a piaci outsourcinghoz, amikor is a cég, a kórház dolgozói rugalmas foglalkoztatási keretek között, de az eredetnél kisebb létszámban kerülhetnek adott esetben vissza az eredeti munkáltatóhoz.
- **Formális outsourcingról** akkor beszélünk, ha a korábbi munkavállalók vállalkozó formában történő foglalkoztatása valósul meg⁶.
- A dolgozók általi saját társaság (vagy egyéni vállalkozás) alapítása is gyakran előfordul az egészségügy területén⁷.
- Az outsourcing új hajtása a **co-sourcing**, ami kihelyezést jelent fővállalkozón keresztül. Erre akkor van szükség, ha túl sok külső vállalkozó dolgozik egy vállalat vagy intézmény számára, és munkájukat célszerű koordinálni. Arra kell törekedni, hogy egyetlen ernyő alatt szervezzük az egész folyamatot, és nyálábba kössük azt. Ez a skálahozadék révén azonnali költségmegtakarítással jár (Solovy, A.-Savage, T., 1996).
- **Inourcingról** beszélhetünk akkor, ha a cég a saját hatáskörébe vonja, és a saját alkalmazottaival végezteti el azt a termelési műveletet vagy szolgáltatást, amelyet korábban külsőkre bízott (Sharp, 1993).
- Bonyolultabb, nagyobb volumenű, az alaptevékenységhez közelebb álló tevékenységeknél a **stratégiai szövetség** keretében végrehajtott outsourcing lehet megfelelő megoldás. Ekkor egy hosszútávon fennálló megállapodás keretében formálódik ki egy, a minden fél részére elfogadható és gyümölcsöző együttműködés.
- Ennek elmélyültebb formája, amikor a stratégiai szövetségesek egy adott feladat elvégzésére **közös céget** alapítanak.

⁶ A jogszabályi előírásoknak vagy költségvetési korlátoknak való formális megfelelés a cél

⁷ Angol nyelvterületen „spin-off”-ként ismert foglalkoztatási forma

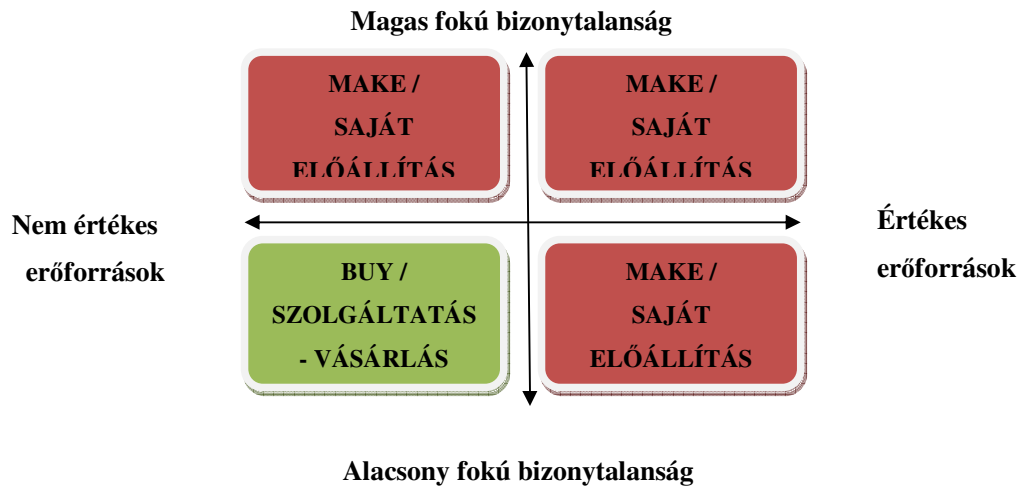
A lehetséges variációk közül ki kell választani azt a megoldást, amely a kórház számára a legmegfelelőbb. Ehhez folytatni kell a korábban elkezdett üzemgazdasági elemzéseket, akár ajánlatokat is be lehet kérni a különböző megoldásokra, el lehet kezdeni a partnerkeresést.

Outsourcing taktikák

- **Taktikai outsourcing** esetén a kiszervezés legfőbb okai az általános és azonnali költségmegtakarításban, a jövőbeni befektetések eliminálásában, az outsourcinghoz kapcsolódó eszközök értékesítéséből származó cash flow-ban, a humán erőforrás gondoktól történő megszabadulásban keresendők.
- **Stratégiai outsourcing** alkalmazása esetén a vállalat vezetői már felismerték, hogy jobb, ha nem veszítik el a kontrollt a kiszervezett tevékenységek felett, jobb, ha a folyamatba épített ellenőrzés módszereit alkalmazzák. Ugyanakkor a vezetői teendőik tekintetében szabadabbá is váltak, és így a stratégiai célokra képesek koncentrálni (Bögel, 2007b).

2.3. A kiszervezés, mint menedzsment eszköz

A kiszervezés az állami feladatok ellátása tekintetében elterjedt piaci típusú mechanizmus az egészségügy vonatkozásában is. Sajátossága, hogy az állam látja el a szabályozási, a finanszírozási, az ellenőrzési és a fejlesztési funkciókat, azaz a szóban forgó szolgáltatás alapjainak a megszervezését. A kiszervezés egyik célja a hatékonyság növelése, de fontos cél az is, hogy ily módon elérhetővé váljon az adott intézményben a még hiányzó szakértelem is (Balaton et al., 1991).



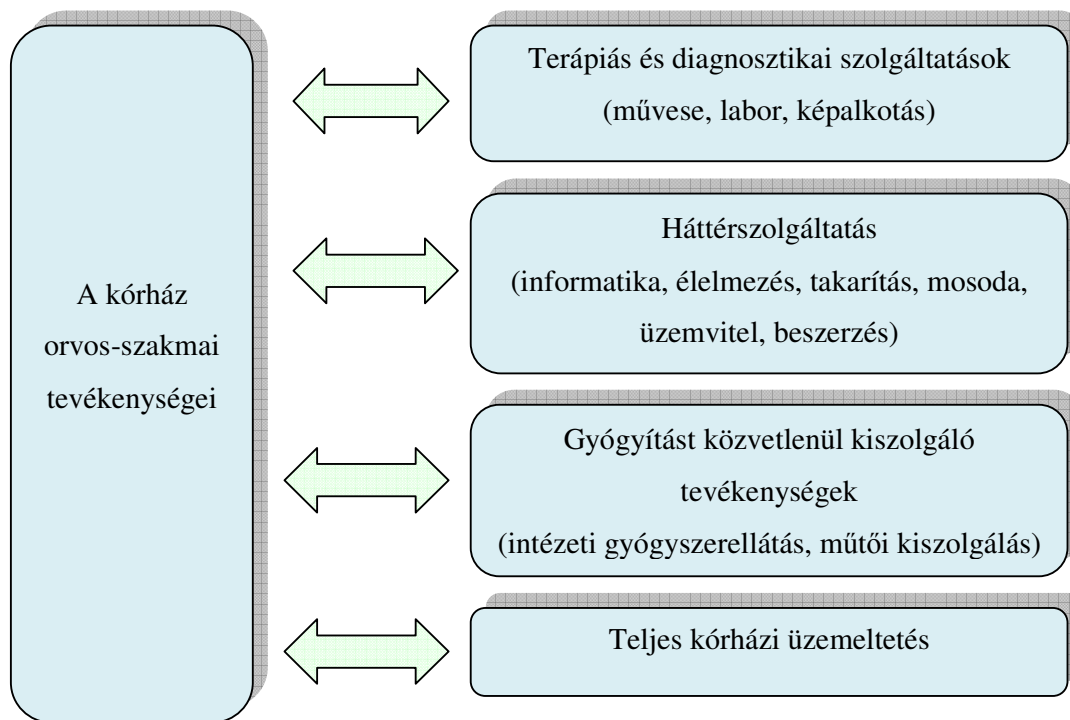
Forrás: Trill, R. 2006.

2. ábra Outsourcing döntési mátrix

A kórházak vezetői a saját intézményükre jellemző outsourcing döntési mátrix elkészítésével, a jelenlegi és jövőbeni tendenciák felvázolásával, a bizonytalanság, és a rendelkezésre álló erőforrások értékelésével hasznos segítséghez juthatnak kiszervezési döntéseik meghozatala előtt.

A kiszervezés során partnerek lehetnek egyéni vállalkozók, gazdasági társaságok (Kkt., Bt., Kft., Rt.), valamint nonprofit szervezetek.

A hazai kórházakban először a tőkeigényes terápiás és diagnosztikai szolgáltatásoknál (művese, labor, képzés), majd a teljes háttér szolgáltatásban (informatika, élelmezés, takarítás, mosoda, üzemvitel, beszerzés), ezt követően a gyógyítást közvetlenül kiszolgáló tevékenységekben (pl. intézeti gyógyszerellátás, műtői kiszolgálás) és végül a teljes kórházüzem üzemeltetésben is elterjedt az outsourcing (Baráth et al., 1999).



Forrás: Saját szerkesztés Dézsy, 2006c műve alapján

3. ábra Kórházi működési modell a lehetséges outsourcing területekkel

Az alábbi megfigyelhető trendek egyértelműek: az optimalizációs folyamat és az átláthatóság növelése révén az IT szerepe nő, de ez nem iparág-specifikus, csak eddig ebben a szférában pontosan a megfelelő hatékonyságú IT hiánya miatt a verseny nyomása nem volt szignifikáns (Baráth, 2008b).

A kórházmenedzsment szerepe még néhány évtizede nem volt jelentősnek nevezhető, az orvos- és ápolásszakmai vezetés kapott lényeges hangsúlyt, melyek sokszor autarktikus módszereket alkalmaztak. A helyzet azonban a közelmúltban jelentősen megváltozott. A kórházakat egyre inkább gazdaságorientált vállalkozásoknak kell tekintenünk, ahol számtalan szakmai terület együttes munkája révén biztosítható csak hatékonyan a szolgáltatás (Baráth, 2003a).

2.4. Az outsourcing előnyei és hátrányai (kockázatai)

Előnyök	Hátrányai (Kockázatok)
Költségcsökkentés, az eszközök/ szolgáltatások külső féltől történő beszerzésével, személyi jellegű megtakarítások	Költségnövekedés a tranzakciós költségek növekedése miatt, előre nem látható, nem tervezett költségek utólagos felmerülése
Minőség növekedése, koncentráció a főtevékenységre, külső Know-how alkalmazásának lehetősége	Nem-, illetve nem megfelelő minőségben történő teljesítés, know-how deficit a külső szolgáltató alkalmazása miatt
Know-how nyereség: specialisták szakmai tudásának kihasználása	Know-how veszteség: humán erőforrás leépítéséből fakadóan nem áll rendelkezésre belső szakember gárda
Likviditás területén: kisebb pénzügyi forrásszükséglet, kisebb tőkelekötöttség, kisebb tőkeköltések	Kisebb vállalatérték, ezáltal egyes vállalati funkciók megszüntetése, befektetett eszközök mennyiségének csökkenése
Rugalmasabb reagálás a külső piaci történésekre	Függőség a külső szolgáltatótól, amely szerződésben kerül meghatározásra, veszteség a saját Know-how tekintetében
Újabb üzleti területekre történő belépés lehetősége	Veszteség a piaci versenyből: a konkurencia külső Know-how-t alkalmazhat
A management tehermentesítése; a humán erőforrás szűkösségéből eredő kompenzáció lehetősége	A visszarendeződést az outsourcing megnehezítheti, az egykori struktúra visszaállítása nem minden esetben lehetséges
A felelősség áthárítása a külső szolgáltatóra	Csökkenő vállalati biztonság, pl. a külső szolgáltató részére az ellátottak adatainak kiadása

Forrás: Nagengast et al., (1997)

1. táblázat Az outsourcing általános előnyei és kockázatai

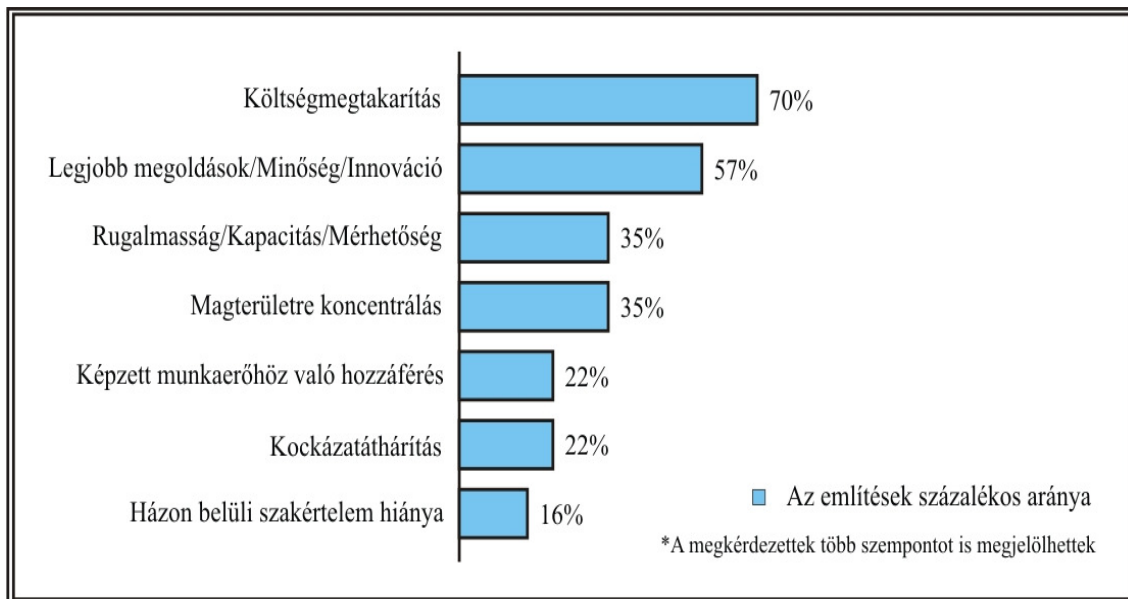
2.5. Az outsourcing alkalmazásának legfőbb területei a szolgáltatások vonatkozásában

A kiszervezett, illetve kiszervezhető vállalati tevékenységek és funkciók sorában az informatika volt az első, mivel az informatikai tevékenységek nagy része nem helyhez kötött. A kiszervezések folyamatában az informatikát azok a szolgáltatások követték, amelyek anyagmentesek, és informatikai támogatottságot igényelnek (pl.: könyvelés, adatfeldolgozás).

Véleményem szerint a Magyar Államkincstár által végzett bérszámfejtés is kiszervezésnek tekintendő, igaz a döntés erről nem önkéntes a kórház részéről. Az egyes egészségügyi intézményekben kizárólagosan csak az alapadatok feldolgozása történik, illetve a munka elvégzése után a szükséges korrekciók történnek meg itt.

Vizsgálандóak azok a szempontok, amelyek segítik egy adott szolgáltatásnyújtó cég és az adott szolgáltatást igénybe vevő intézmény/vállalkozás közt a jó és tartós üzleti kapcsolat kialakulását. Érdemes a kapcsolat szorosságának szintjeit, típusait áttekinteni, és meghatározni azt a formát, amely egy kölcsönösen előnyös szolgáltatási szerződés megkötésének alapja lehet. A kiszervezést választó intézménynek meg kell határoznia a vonatkozó terminológiát, minőségi kritériumokat, melyek a tárgyalások előtt/során tisztázandóak, és egyértelművé teszik a szolgáltató cég részéről is az ajánlattétel szempontjait.

Azt az álláspontot képviselem, hogy a kórházaknak érdemes előzetesen kidolgozniuk a kiszervezések megfelelő előkészítéséhez, lebonyolításához, valamint a folyamatos ellenőrzéshez egy olyan sémarendszert, amely útmutatóként szolgál bármely tevékenység közbeszerzetése/kiszervezése esetén. Az egyedi tényezőket is érdemes lenne témakörönként meghatározni, rendszeresen felülvizsgálni, karbantartani.



Forrás: Deloitte Consulting Outsourcing Study (2005) alapján

4. ábra Érvek az outsourcing mellett

A Deloitte Consulting által 2005-ben végzett nemzetközi kutatás tapasztalatait a 8. számú ábra illusztrálja. A válaszadók 70%-a a költségmegtakarítást említette érvként a kiszervezések mellett, ez volt a vezető szempont a megítélések során. A minőséget, az innovációt, a magterületre való koncentrációt is viszonylag magasra értékelték a megkérdezettek. Legkevésbé meghatározó szempontnak ítélték a válaszadók a házon belüli szakértelem hiányát, a kockázat elhárítását a vezetés részéről.

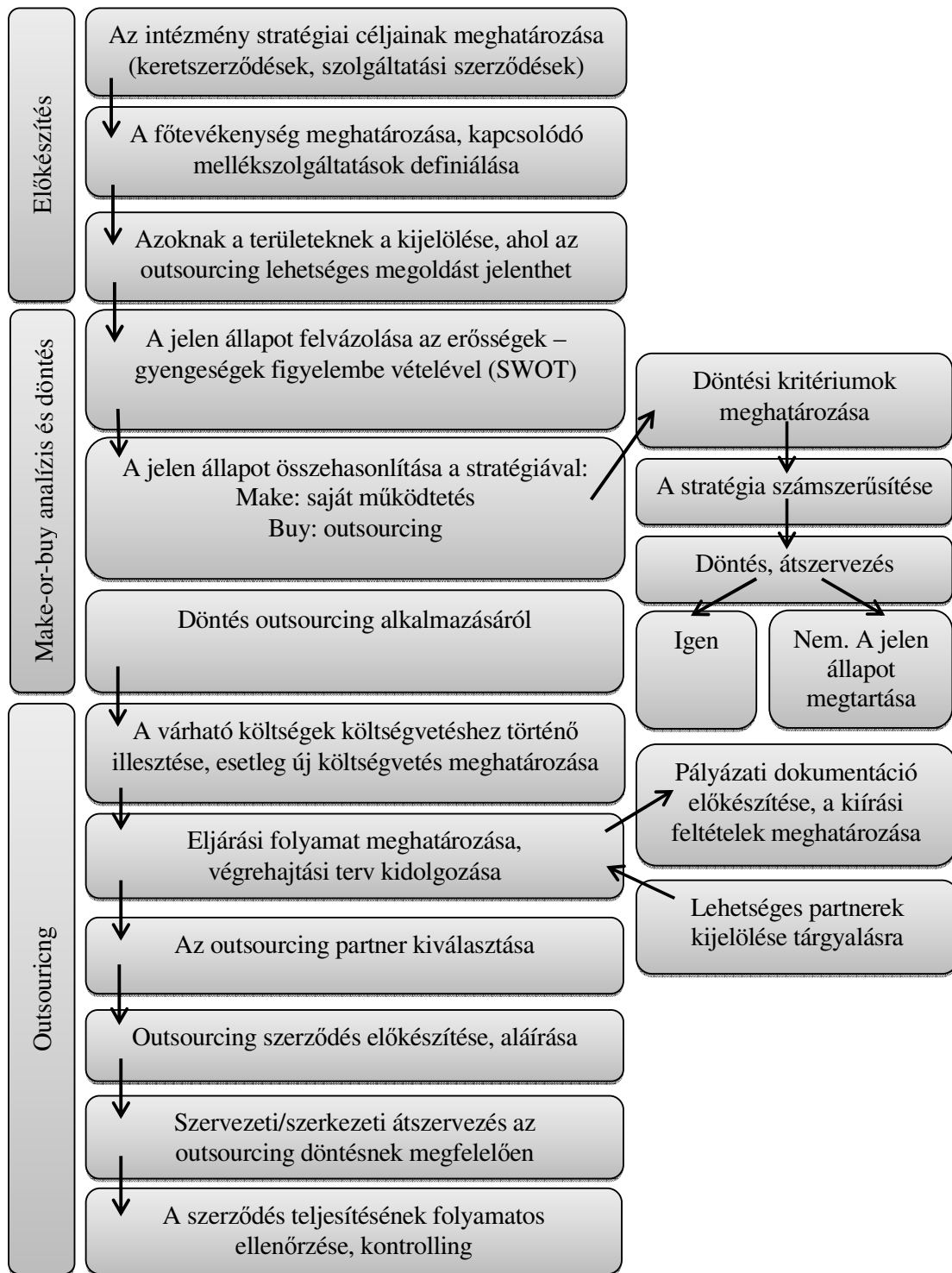
Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy az outsourcing döntések jellemzően rosszul strukturált döntési folyamatban keletkeznek. Ennek két főbb oka, hogy a folyamatban résztvevők nem rendelkeznek pontos információkkal a döntés következményeiről, illetve nincsenek egyértelmű megoldási algoritmusok egy ilyen probléma előtérbe kerülése esetén. Sok esetben emiatt az operatív célok előtérbe kerülhetnek a stratégiai célokkal szemben. (Bacher, M.R., 2000)

2.6. A kiszervezhető tevékenységek üzemgazdasági szempontú elemzése

Az üzemgazdasági szempontú elemzésnél arra keressük a választ, hogy mely tevékenységeket éri meg valóban kiszervezni, melyeket lehet külső féltől olcsóbban, vagy az outsourcing céljait figyelembe véve méltányolható áron igénybe venni.

Az elemzés az információk összehasonlítására épül, s eredményeképpen eldönthető az, hogy mely tevékenységeket kell ténylegesen kiszervezni.

Az 5. ábra egy Nagengast által kidolgozott, és általam átdolgozott lehetséges outsourcing döntési modellt mutat be, amely véleményem szerint a legjobban megfelel a modellel szemben támasztható követelményeknek.



Forrás: Saját szerkesztés Nagengast (1997) műve alapján

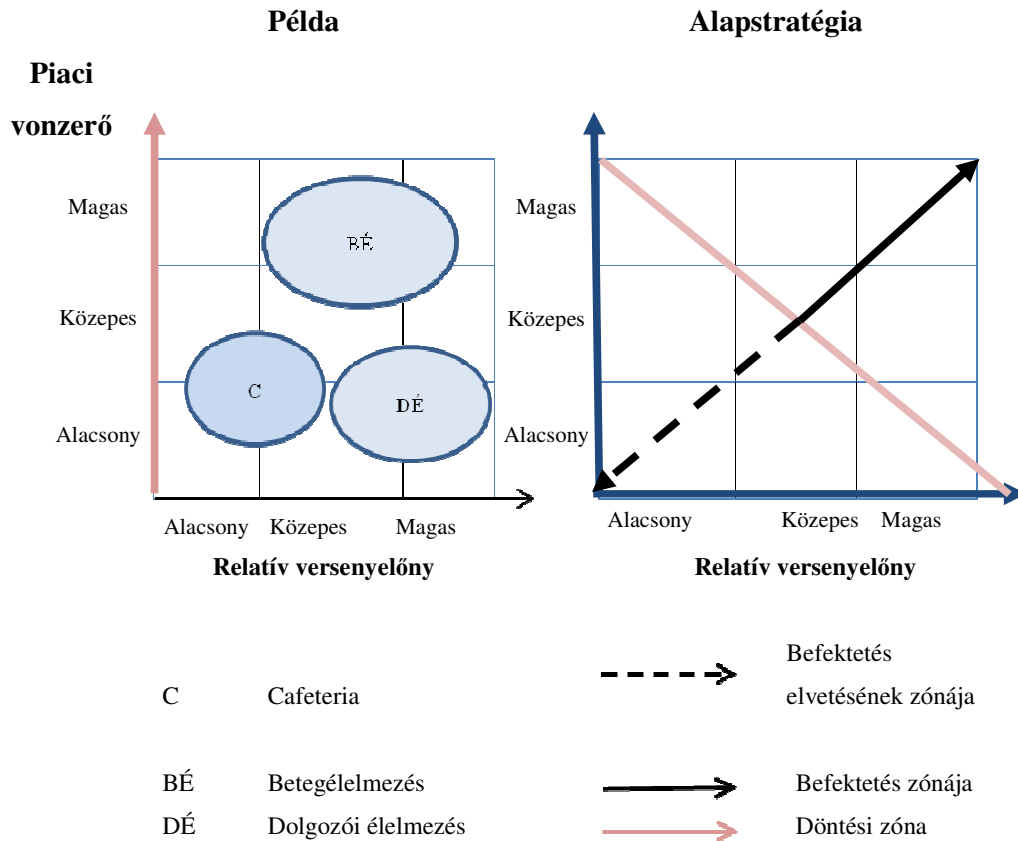
5. ábra Outsourcing döntési modell

2.7. A kiszervezési folyamat előkészítési szakaszában alkalmazható kvantitatív és kvalitatív értékelési eszközök, módszerek

A kvantitatív eszközök a folyamatokat pénzügyi szempontok figyelembe vételével közelítik meg, melyekhez költség-elszámolási, költségértékelési szempontok kapcsolódnak. A döntési folyamat elemeként a szervezet szakemberei a kiszervezni kívánt tevékenységre vonatkozóan megállapítják a saját előállítású szolgáltatás költségrendszerét. Fontos, hogy minden lehetséges és szükséges költségelemet figyelembe vegyenek a szervezetnél a szakemberek, mert ha ez nem teljes körűen történik, adott esetben a saját keretek között tartott szolgáltatás nagyobb ráfordítást jelent, mint a vásárolt szolgáltatás, vagy fordítva. A kórházak használatában lévő, megfelelően alkalmazott kontrolling programok, rendszerek, esetleg külső tanácsadók segítségének igénybe vételével megalkotott költségstruktúra, költségszámítás elengedhetetlen előfeltétele a döntési folyamatnak. Az így megállapított érték, egységköltség, költségrendszer kerülhet összehasonlításra a partner által megadott árajánlattal. Amennyiben a saját előállítás, saját keretek között végzett szolgáltatás előállítása nagyobb összeget tesz ki, mint az ajánlati ár, úgy az outsourcing döntés előtérbe kerülhet. Az adott szakterület költségei megbízható megállapításának feltétele a költséghelyek alkalmazása, a költséghelyi könyvelés, az egységköltség rendszeres nyomon követése. (pl.: 1 betegélelmezési nap saját költsége, 1 kg tiszta textília biztosításának költsége)

Amennyiben egydimenziós a döntési folyamat, a kvantitatív értékelési tényezők kapnak döntő szerepet a kvalitatív tényezőkkel szemben. Ekkor a minőség, a pontosság, a rugalmasság, tehát a kvalitatív szempontok háttérbe kerülhetnek. A minőségi elvárások meghatározása, konkretizálása, értékelése egyébként is nehezebb, kevésbé számszerűsíthető, mint a kvantitatív tényezők. Az ajánlatok kiértékelése e szempontok mentén nagy szakértelmet, és objektivitást igényel.

A minőségi szempontok értékelését a döntési folyamatban a McKinsey-portfólió mátrix segítheti.



Forrás: Trill, R. 2006.

6. ábra McKinsey-portfólió egy kórház számára

A 6. ábrán a kórházi ételmezés-cafeteria területének egy fiktív pozícionálását mutatom be. Az egyes stratégiai területek kerültek elrendezésre a versenyelőny és piaci vonzerő figyelembe vételével. Az alapstratégia szelektív zónájába eső betegélelmezés ígéretesnek tűnik, ezért az e területre történő befektetés pozitív értékelést kaphat.

Szükséges dönteni az elvárható intézkedésekről, amivel a versenyelőnyök kiaknázhatóak. A piaci vonzerő fogalma ezen a területen a hagyományos fogalomtól a kórházi területre értelmezve módosul. Ilyen intézkedések lehetnek például a munkatársak szakmai képzésekre küldése, étkezési tanácsadás bevezetése, ízletes tálaló edények beszerzése, stb.

A 6. ábrán a cafeteria területe a befektetés elvetésének zónájába esik, így ennek a területnek a fejlesztését a vezetés elvetheti. Az ábra alapján megállapítható, hogy a dolgozói élelmezés esetén a további fejlesztések megfontolandóak.

A minőségi értékelésekhez használhatunk értékelési mérlegeket, check-listákat, klaszteranalízist, valamint használati érték analízist készíthetünk (Trill, R. 2006).

2.8. Az outsourcing költségei

- tranzakciós költségek,
- külső szolgáltató keresésének költségei,
- szerződéskötés, az új struktúra kialakítása, az új struktúrához történő alkalmazkodás költségei,
- ellenőrzés, kontroll költségei,
- az outsourcing szerződés felmondásából, és a visszarendeződésből, az insourcingból eredő költségek.

Elengedhetetlen, hogy a kórházak vezetői gondoskodjanak egy esetlegesen fellépő külső szolgáltatói nem-teljesítés esetén (vis major, pénzügyi csőd, stb.) a biztonságos ellátás feltételeiről. Ebben az esetben folyomódhat a kórházvezetés az insourcing technika alkalmazásához.

Az insourcing tevékenység az addig külső szolgáltató által nyújtott tevékenység ismét saját hatáskörben történő teljesítését jelenti. Számos kórház az elmúlt időszakban a saját teljesítményének, az integrált ellátás fokának növelésével reagál a gazdasági kihívásokra, és szervezi vissza, vagy ki sem szervezi egyes tevékenységeit.

Az outsourcing jellegű átstrukturálás tehát egyidejűleg esélyeket és kockázatokat is magában rejt, és gondos előkészítést igényel (Pataki et al., 2011).

2.9. A siker tényezői, a sikeres outsourcing előfeltételei

A sikeresnek tekinthető outsourcing mindkét fél (kiszervező-szolgáltató) számára pontosan megfogalmazott jogokat és kötelezettségeket állapít meg ár, feladat, felelősség, határidők vonatkozásában. Az átállási időszak közös előkészítése, az átállási projekt kidolgozása, közös végrehajtása elengedhetetlen a sikeres outsourcinghoz. A megállapodás előkészítése során a feleknek arra kell törekedniük, hogy egy win-win alapú szerződés kerüljön megfogalmazásra. A szerződésben elengedhetetlen, hogy meghatározásra kerüljön a rendszeres időközönkénti elszámolás a felek között. A teljesítmények folyamatos, rendszeres mérése, a visszacsatolás mindkét fél számára szükséges a szerződés minden időszakában. Érdemes kidolgozni a szolgáltatás értékelési rendszerét, annak szempontjait, a kötbérrendszert. Szükséges elvégezni az előzetes, a köztes és az utólagos hatásvizsgálatokat is. Hasznos lehet a kockázatkezelő mátrix elkészítése és figyelemmel kísérése valamennyi kiszervezésre kerülő tevékenység esetén⁸. Kockázatelemzési mátrix⁹ használata főként rövid vagy hosszú távú kockázatelemzéseknél indokolt. Mátrixos szerkezete miatt könnyen átláthatóvá teszi a problémás, vagy kockázatosabb területet a felhasználóknak. Segítségével kiemelhetőek a kockázatos területek, a megelőzés, a kockázatkezelés hatásfoka. A veszélyes területeket önálló felelősök felügyelhetik, ezzel esetlegesen a bekövetkezés esélye is csökken. Segítségével átláthatóvá válnak azok a pontok, amelyeknél esetleges kockázati tényezők befolyásolhatják a vállalkozás sikerességét.

Ezek a területek a „tényezők” oszlopban meghatározott faktorok, amelyek a vállalkozásra jellemző környezetet határozzák meg, úgymint:

- Emberek (érintettek)
- Vagyon (a vagyonszerkezet)
- Környezet (a szervezet által befolyásolt környezet)
- Hírnév (az intézmény ismertsége)

⁸ Ezeknek a tényezőknek, objektívnek és mérhetőeknek kell lenniük.

⁹ Risk Assessment Mátrix

A tényezőket érheti negatív gazdasági vagy környezeti hatás, és annak súlyosságát 5 fokozat szerint csoportosítja a mátrix lefelé haladva egyre súlyosabb kockázati tényezőt képviselve.

A mátrix másik felében a bekövetkezés valószínűsége van meghatározva, a gyakorlatilag lehetlentől a gyakran bekövetkező eseményig rangsorolva. A hatásfaktor pedig az alacsonytól a különösen magas értékig minősítheti a kockázatot.

A sikeres outsourcing előfeltételei

Az outsourcing manapság „forró téma”. A tevékenységek kiszervezése azonban nem mindig sikertörténet. Rövid idő alatt meghozott, nem elég alaposan előkészített döntések valódi „kudarctörténetté” változtathatják az outsourcingot.

Ilyenek lehetnek:

- jelentősen megnövekedett költségek, rejtett költségek felbukkanása,
- a korábbinál alacsonyabb szolgáltatási színvonal,
- elégedetlen munkatársak,
- visszaeső szervezeti teljesítmény lehet a projekt eredménye.

Sikeresnek tekintjük az outsourcing bevezetését, ha:

- az állandó költségeket változóvá tudtuk tenni (költségcsökkentés),
- a költségcsökkentés mellett a jelenlegi minőségi szintet is növeltük (mérhetőség megteremtése),
- a jelenlegi rendszer rugalmassági és reagálási képességeit növelni tudtuk,
- ezek után a fő tevékenységekre tudunk koncentrálni,
- a szervezet későbbi működési rendszerén sikerült javítani a vállalat, illetve intézmény jobb megítélése érdekében,
- termelési, szolgáltatási kockázatainkat mérsékelni, csökkenteni tudtuk.

Nem megengedhető, hogy hibás teljesítés esetén a szükséges intézkedések ne történjenek meg haladéktalanul. A feleknek együtt kell dolgozniuk, az információáramlásnak közöttük magas színvonalúnak kell lennie. Fontos, hogy a szolgáltató hozzáállása a problémákhoz, a javaslatokhoz rugalmas legyen, de a kiszervezőnek is definiálnia kell, az ő rugalmassága meddig terjedhet. A konszenzuskeresés, a partnerségi együttműködés előfeltételei a magas színvonalú együttműködésnek.

2.10. A kiszervezés kudarca, a sikertelen outsourcing

A kiszervezések során elsődlegesen a megrendelő, a kiszervező felelőssége, hogy sikeres lesz-e a kiszervezés. Olyan jól meghatározott cél- és eszközrendszert kell felállítania a kiszervezőnek, ahol mindenki számára világos, mit szervezünk ki, mit várunk el a szolgáltatás nyújtójától.

A sikertelen outsourcing

A sikertelen outsourcing okai lehetnek:

- olyan tevékenységek kiszervezése, melyeket nem lenne szabad kiszervezni,
- a kiszervezésre kiválasztott tevékenység sajátosságainak nem megfelelő ismerete,
- a kiszervezést megelőző döntés nem alapos előkészítése, a teendők, elvárások, kockázati tényezők nem megfelelő meghatározása,
- nem alkalmas szolgáltató választása,
- irreális tervek és elvárások felállítása a szolgáltató részére, esetleges rejtett költségek felbukkanása,
- ellenállás a szervezetben belül, a személyi kérdések figyelmen kívül hagyása,
- érzelmi kötődés (pro és kontra egyaránt), melyek nem racionális döntésekhez vezethetnek,
- a felmerülő problémák megoldásának elodázása, halogatása,
- szigorú, rugalmatlan szerződéses kapcsolat melynek következtében valamelyik, vagy mindkét fél kiszolgáltatott helyzetbe kerülhet, kevésbé rugalmasan képes reagálni a felvetődő problémákra.

A sikertelen outsourcing további negatív hozadékai lehetnek:

- a kiszervezett tevékenység feletti irányítás elvesztése,
- kilépési terv hiánya esetén a szolgáltatás elmaradása, melyet átmeneti időre drágábban kell megvásárolni,
- kényszerintézkedések alkalmazása,
- sürgős, nem kellően előkészített kényszerberuházások.

Az alaposan előkészített és lefolytatott döntés-előkészítés eredményeképpen előáll:

- a kiszervezendő tevékenységek listája,
- a javasolt outsourcing konstrukció (k) bemutatása,
- a kiszervezés szolgáltatási szintekre gyakorolt hatása,
- az egész folyamat költség-haszon elemzése (Nieschlag et al, 1991).

A megfelelően végrehajtott döntés-előkészítés után a végleges szolgáltatók, partnerek kiválasztása, közbeszerztetése, és az új működésre való átállás teendői állnak a kórházvezetés előtt. A megfelelően előkészített és menedzselt outsourcing rendkívül sok előnyt jelenthet, azonban egy elhamarkodott, nem szakmai alapokon nyugvó döntés évekre megkeserítheti a kórházvezetők életét, és jelentős mértékben ronthat pénzügyi helyzetükön is (Tanács, 2002).

3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI OUTSOURCING TÉMAKÖR IRODALMI ÁTTEKINTÉSE

3.1. Az egészségügyi szolgáltatás tartalmi jellemzői

Mielőtt az egészségügyi szolgáltatások kiszervezésének jellemzőit alaposabban megvizsgálánk, lássuk, mely tulajdonságokkal írhatóak le azok. A szolgáltatásokra vonatkozóan megadott definíciók közül Kotler (2006) definícióját emelem ki az egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában, miszerint „a szolgáltatás olyan cselekvés vagy teljesítmény, amelyet egyik fél nyújt a másiknak, és amely lényegét tekintve nem tárgyiasult, és nem eredményez tulajdonjogot semmi fölött. Előállítás vagy kapcsolódik fizikai termékhez, vagy nem.” Vargo és Lusch 2004-ben publikált írásukban előre mutatóan határozzák meg a szolgáltatást, mint SDL új paradigmát. Ebben a koncepcióban a szerzők a szolgáltatás folyamat jellegére helyezik a hangsúlyt, és arra a tudásra, ismeretre, ami azok nyújtása mögött van.

Az egészségügyi típusú szolgáltatásokat is jól jellemzik a HIPI-elvvel leírható tulajdonságok:

- **H** (heterogeneity): ingadozás; a szolgáltató teljesítménye és az igénybevevő által tapasztalt szolgáltatás térben és időben változó, a heterogenitás az emberi tényező következménye,
- **I** (intangibility): megfoghatatlanság; a vevőnek át kell élnie a szolgáltatást, érzékszervi úton nehéz az információszerzés,
- **P** (perishability): romlékonyság; a ma el nem fogyasztott szolgáltatás nem pótolható,
- **I** (inseparability): elválaszthatatlanság; a szolgáltatás nyújtása és felhasználása időben és térben elválaszthatatlan (Veres, 1998).

Czubala és munkatársai (2006) munkájában megjelenik egy ötödik tulajdonság, a

- tulajdonjog kizárása is.

Grönroos (2000) tovább bővíti a listát:

- a szolgáltatás folyamat jellege,
- esetenként aktív részvétel a szolgáltatásban,
- a szolgáltatás értékteremtő jellege.

Specifikusan az egészségügyre vonatkoztatva is igaz a szolgáltató és igénybe vevő mozgása alapján történő Stern-Hoekman-féle (1987) osztályozás:

- mindkét fél helyben marad: telefondoktor, internetes egészségügyi tanácsadás,
- szolgáltató megy a vevőhöz: orvosi ügyelet, mentő,
- vevő megy a szolgáltatóhoz: részvétel a rendelésen (leginkább jellemző forma).

Az egészségügyben használatos minőségfogalmak közül az EMIKK füzetek 1998. 17. számában megjelent meghatározást emelem ki.

„Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított és elvárható igények megvalósításának mértékét fejezi ki. A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az arra jellemző mutatóval írható le ” (Belicza-Zékány, 1998).

3.2. Az outsourcing fogalma

Az outsourcing szó eredeti megfelelője az angolszász „Outside Resource Using” kifejezésből ered, ami a vállalkozáson kívüli erőforrások összpontosítását jelentette, a vállalkozás feladatainak megoldására, illetve ellátására. Csak később egyszerűsödött az „out” és a „source” szavak összetételévé, és nyerte el mai jelentését, mely szerint: „Az outsourcing a megelőzően vállalati keretekben végzett, periférikus jellegű tevékenységek „kiszervezése” külső cégekhez (vagy – új vállalkozás, vállalat létesítése esetén – az alapvető profilhoz nem illeszkedő tevékenységek, technológiák megvalósításának tudatos elhagyása)” (Antal-Mokos et al. 2005).

Az outsourcing klasszikus értelemben személy- és eszközátadással is jár, ugyanakkor abban különbözik az egyszerű adásvételtől, hogy van egy vállalközi szerződés része is, mely szerint az erőforrás-kihelyezést végző szolgáltatást vesz igénybe az átvevőtől. A kiszervező cég számára létfontosságú, hogy a szolgáltató felett kellő kontrollal rendelkezzen, ezért az együttműködés főbb paramétereit „Szolgáltatási szint-szerződésben” rögzítik. A vállalkozások többsége így a fő tevékenységeire képes koncentrálni, a költségeit igyekszik ezzel a megoldással minimalizálni, és külső szolgáltatót vesz igénybe.

Matiaske és Mellewigt (2002) az outsourcing gyakorlatorientált ismertetőjegyeitől eltérően teljesen más súlypontokat hangsúlyoznak. Ők a következő három pontot emelik ki:

- Az outsourcing a Make-or-Buy döntés egyik különleges esete. Ebből következik, hogy az outsourcing csak olyan teljesítményekre (szolgáltatásokra) vonatkozhat, amit jelenleg cégen belül dolgoznak fel.
- Az outsourcing nem specifikus, elméletileg valamennyi gazdasági szolgáltatást ki lehet szervezni, nem csak a leggyakrabban kiszervezettet, az IT-szolgáltatásokat.
- Mind a kitelepítés/kiszervezés, mind pedig a kiválasztás az outsourcing formája. Kitelepítés alatt egy vállalati funkciónak egy külsős szervezetre történő átruházását értjük, tehát egy jogilag és gazdaságilag önálló vállalatra. Ezzel szemben a kiválasztás egy vagy több funkció és vagyoni átruházás a pénztőkével összekapcsolódó vállalkozásra, erre példa egy leányvállalat, vagy egy részesedési viszonyban álló társaság alapítása.

3.3. Alkalmazható outsourcing megoldások és formák a kórházakban

Business Process Outsourcing (BPO)

A kórházak támogató funkciói magas kompatibilitást, integritást követelnek meg az információs és kommunikációs technológiák alkalmazásától. A BPO egyik legjellemzőbb megjelenési formája az ügyfélszolgálat, a háttéirodai szolgáltatások¹⁰, illetve az ügyfélszolgálati ügyintézés, valamint a telemarketing kiszervezése¹¹ (Bögel, 2010c).

Business Transformation Outsourcing (BTO)

Az eljárás célja az üzleti folyamatok javítása. E partnerséget feltételező forma alkalmazása során az IT-folyamatok nem kerülnek kiszervezésre, hanem együttműködés keretében, közös beruházásokkal, innovatív eljárások együttes megvalósításával gazdasági előnyökre tesznek szert a partnerek. Több támogató funkció – beszerzés, kontrolling, bérszámfejtés, munkaügy – kerülhet harmadik félhez. Ezek a feladatok nem stratégiai jellegűek, magas fokú standardizálási lehetőséget hordoznak, és IT-technológiákkal támogathatóak.

Comprehensive Outsourcing/Complete Outsourcing Services (COS)

Ebben a formában a kórház egy teljes vállalkezési területet kiszervez, például a teljes informatikai ellátó tevékenységet vagy a bérszámfejtést. A folyamat része lehet a teljes hardware és software állomány átadása/értékesítése a partner részére; a teljesítéshez szükséges infrastruktúra használatának biztosítása. Ugyanakkor úgy is működhet a gyakorlatban, mint a vállalkozás egy saját „osztálya”, mellyel rugalmasan képes együtt dolgozni, de az irányítás, a feladatok megszervezése nem a kiszervezőnél összpontosul már.

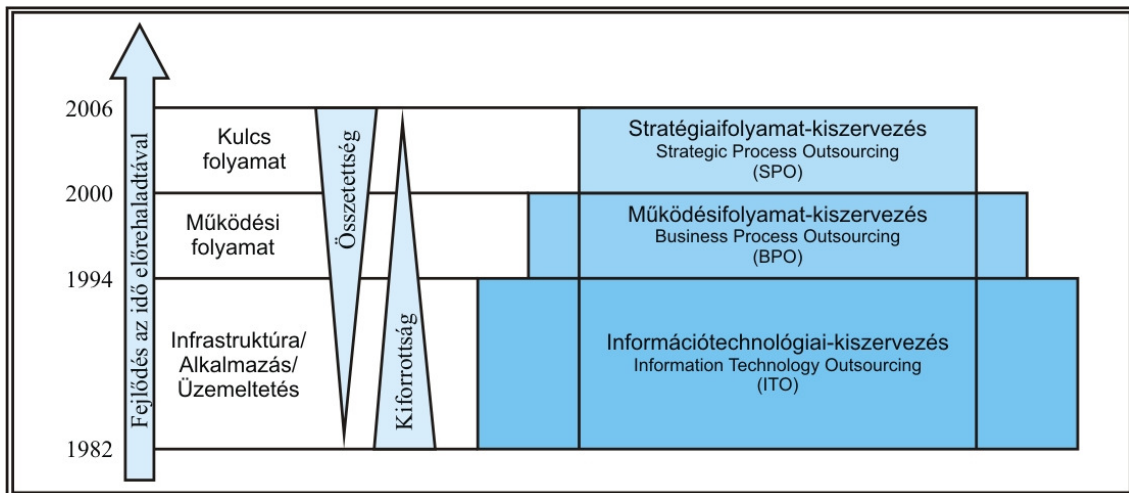
¹⁰ Back office outsourcing

¹¹ Front office outsourcing

Szelektív Outsourcing/Outtasking szolgáltatások

Az outsourcing egy sajátos formája a szelektív outsourcing, amikor a külső szolgáltató csak bizonyos – pl. IT, adatjelentések elkészítése és megküldése a biztosító társaságok felé – szolgáltatások végzését veszi át a kórháztól. Ebben az esetben nem a költségmegtakarítás a kiszervezés elsődleges célja, hanem olyan szakemberek hiánya, akikkel az adott kórház nem rendelkezik, vagy olyan speciális eszközök, szaktudás szükségesek, amelyek beszerzése nem lenne gazdaságos, vagy a beszerzéshez szükséges tőke hiányzik.

Ilyen tevékenységek lehetnek: software-fejlesztés, adatfeldolgozás, honlap fejlesztés, adatbányászat, stb. Amennyiben a szolgáltató kellően nagy árbevétellel és a szükséges humán erőforrással rendelkezik, úgy a kiszervezést, az outsourcing tevékenységet saját leányvállalat alapításával is megszervezheti. Így akár a teljesítményeit külső, harmadik szolgáltató felé értékesítheti (Bacher, 2000).



Forrás: Gewald, H. (2007) műve alapján

7. ábra Az outsourcing folyamatok fejlődésének főbb állomásai

Az egészségügyi outsourcing formái:

- Működési formaváltás: gazdasági formaváltás történik tulajdonosváltás nélkül.
- Magán működtetésbe adás: teljes kórházüzem magán üzemeltetésbe adását kell érteni a fogalom alatt. Az átadott intézményekre jellemző volt, hogy a működtetésbe adást megelőzően azok súlyos pénzügyi gondokkal küzdöttek, az önkormányzatok, a fenntartók rendszeres támogatására szorultak.
- Magántőke bevonás: ezzel a módszerrel a kórházak építményeiket bővítették. A magántőke bevonással végrehajtott beruházások a megtérülést a magasabb színvonalú és szélesebb fizetős egészségügyi szolgáltatások térítési díj bevételeire alapozták.
- Háttértevékenységek kiszervezése: a háttér szolgáltatások egyre nagyobb hányadát vásárolják, illetve végeztetik arra szakosodott magáncégekkel.
- Humán erőforrás kiszervezése: a kórházak a minimumfeltételekben szabályozott humán erőforrás (szakorvos) szükségletük biztosítása érdekében közreműködői szerződéseket kötnek. Az orvos-kiszervezést motiválja a várakozási idő csökkentésének ösztönzése, valamint az ügyeleti, készenléti szolgálat biztosításában az orvosok munkavégzésére vonatkozó foglalkoztatási időkorlát is (Becker, 2010).

3.4. Választási lehetőségek a kórházvezetés számára a megvásárolandó szolgáltatás terjedelme szerint

Bérlet

- munkaerőbérlés,
- üzemeltetési környezet bérlése (konyha kibérlése személyzettel együtt, gépterem bérlete számítógép park számára).

Kiszervezés, outsourcing

- infrastruktúra kihelyezése: a kórház a tulajdonában lévő eszközöket értékesíti a szolgáltató számára, aki üzemeltetési díjat számláz a kórház részére,
- call-center (adminisztratív diszpécser szolgálat), információ management biztosítása. (Tájékoztatók, előjegyzések, várakozási idő, stb.),

- üzleti folyamatok kihelyezése (pl.: könyvelés, pénzügy, bérszámfejtés). A szakmai felelősség a szolgáltatót terheli a kiszervezés után.

3.5. A kiszervezések stratégiai szempontjai, érvek a kiszervezések mellett

- A non-core business terület, mint minden gazdasági terület, állandóan és gyorsan változó lehetőségeket és elvárásokat támaszt a szolgáltató cégekkel szemben. Az egészségügyi intézménynek jellemzően hiányoznak az erőforrásai a szükséges szakértelem és technológia folyamatos szinten tartásához. A kórházak jellemzően nem tudják megfizetni a magasan kvalifikált szakembereket, illetve azok folyamatos képzése is nehezen oldható meg. A gyors szakmai elévülés helyett választási lehetőség a terület kiszervezése.
- A szerződéses összegek alapján tervezhetőek és ellenőrizhetőek a szolgáltatás költségei.
- Mivel az ellátotti igények és jogszabályi változások kikényszerítik az állandó alkalmazkodást a kórház részéről, így a fejlesztések nagy, és előre nem tervezhető költségeket indukálhatnak. Egy, a fejlődésben maga is érintett szolgáltató érdekelt abban, hogy a piaci igényekhez történő alkalmazkodás kellően gyorsan történjék meg.
- Jellemzően a kórházak számára gondot jelent a nagy értékű berendezések beszerzése (informatika, konyhatechnológia, biztonsági berendezések, orvosi, diagnosztikai eszközök, stb.), de azok karbantartása, fejlesztése is számos problémát vethet fel, továbbá e tételek megtérülése is kérdéses az egészségügyben.
- Az intézmény, a vállalkozás mobilitása nő, mivel nem veszt jelentős vezetői energiát az adott terület operatív irányítása miatt.
- A kiszervezéssel professzionális működtetési körülményeket lehet biztosítani, melyeket a kiszervező csak magas költségekkel tudna megteremteni, illetve folyamatosan üzemeltetni.
- Egyes kórházi folyamatok kiszervezésével az esetlegesen szükséges változtatások is megvalósíthatóak, a folyamatok újragondolhatóak (Drótos, 2000).

3.6. A szolgáltató kiválasztásakor figyelembe veendő szempontok

- A szolgáltatónak az infrastruktúra és folyamatok teljes életciklusára és a tevékenység teljes spektrumára kiterjedően kell a szolgáltatást nyújtania (pénzügyi, szakmai stabilitás).
- A szolgáltató technikai szakértelmének mélysége, a cég speciális szakterületei, erősségei-gyengeségei.
- A cég meghatározó szerepet betöltő munkatársainak legfontosabb szakmai referenciái; hol, milyen munkák során tettek szert szakmai tapasztalatokra.
- A szolgáltatási színvonal, a prioritások meghatározása a szerződéstervezet előkészítése során a pályázat sikere érdekében elengedhetetlen, továbbá a garanciák kikötése a hibás teljesítés esetére a kiszervező elemi érdeke.
- Kiemelten vizsgálendő szempont a majdani szolgáltató cég rövid és hosszú távú üzleti-pénzügyi stabilitása.
- A bizalom kialakulásának lehetősége a partnerek között (KFKI, 2002).

Az outsourcing típusú szerződések egyik komoly veszélye, hogy csak nehezen vagy alig visszafordíthatóak. Ha a belső szakértőket leépítjük, vagy ha azok a szolgáltató cég alkalmazottai lesznek, a szakember gárda újbóli kiépítése nehéz és költséges, valamint a saját munkatársak között bizonytalanságot eredményezhet egy kiszervezés esetleges sikertelensége.

3.7. A kiszervezések kockázatai

- a szolgáltató hosszú távon erőfölénybe kerülhet a kiszervező céggel szemben,
- szervezeti ellenállás a kiszervező és szolgáltató cég munkatársai részéről,
- a szolgáltató esetleges hanyagsága miatt elmaradnak az újítások, csökken a színvonal, elmarad a fejlődés,
- a szolgáltató nem tudja, nem akarja a kiszervező cég céljait interiorizálni,
- a titoktartás sérülhet, illetéktelen adatok kerülhetnek ki a vállalattól,
- elmarad a fokozott, folyamatos és rendszeres kontroll, a minőség sérül, a költségek nőnek,
- a szolgáltató csődje a kiszervező vállalatot is magával ránthatja.

Hosszú távon az outsourcing szerződések csak akkor tarthatók fenn, ha mindkét fél elégedett, a szerződő felek nyertesnek érzik magukat. Fontos, hogy már a szerződés előkészítése során tisztázásra kerüljenek a felek közötti együttműködés formái. A végleges szerződés – SLA – csak a gondosan végigvezetett előkészítés után kerülhet aláírásra.

3.8. Döntési pontok

A szolgáltatási szerződés véglegesítése előtt a következő döntési pontokat határozhatjuk meg:

- a szolgáltatás terjedelme és típusa,
- feladatmegosztás,
- üzemeltetési modell,
- technológiai szintre vonatkozó elvárások,
- eszkalációs rend,
- teljesítményszintek meghatározása,
- szerződéses feltételek,
- szerződés aláírása,
- szerződés indítása (KFKI, 2002).

3.9. A professzionális egészségügyi szolgáltatások kiszervezésének előfeltételei

Speciális előfeltételek:

- növekvő számú klinikai kezelési algoritmusok (HBCS),
- evidence-based medicine – (bizonyítékokon alapuló orvoslás)¹²,
- interoperable (együttműködésre képes, szabványosított) elektronikus egészségügyi rekordok,
- on-line betegadatok,
- videotechnikák által támogatott funkciók.

Egészségügyi szolgáltatások, funkciók	Magas munka-intenzitás	Információ-áramláson alapuló	Kódolhatóság	Az információcsere magas transzparenciája
<i>Call-centerek, nővér-vonalak, lelkeségély-vonalak</i>	X	X	X	X
<i>Elektronikus számlázás</i>	X	X	X	X
<i>Klinikai adatok másolása, feldolgozása, átírása, leíratok készítése¹³</i>	X	X	X	X
<i>Oktatás a beteg, igénybevevő részére</i>	X	X	X	X
<i>A tapasztalaton alapuló gyakorlat (orvoslás) bevezetésének ellenőrzése¹⁴</i>	X	X	X	X

¹² A rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok (eredmények) gyűjtése és kritikus értékelése alapján hoz döntéseket az egyes diagnosztikai, terápiás technológiák (eljárások), illetve egyéb gyógyító-megelőző tevékenységek gyakorlati alkalmazásáról.

¹³ Medical transcription

¹⁴ Monitoring of evidence-base practice implementation

Egészségügyi szolgáltatások, funkciók	Magas munka-intenzitás	Információ-áramláson alapuló	Kódolhatóság	Az információcsere magas transzparenciája
<i>Pszichológiai tesztek</i>	X	X	X	X
<i>Laboratóriumi leletezés</i>	X	X	X	X
<i>Mentális terápiák</i>	X	X	X	X
<i>Gyógyszerek felírása</i>	X	X	X	X
<i>Krónikus állapot távoli monitorizálása</i>	X	X	-	X
<i>Klinikai/szakmai oktatások</i>	X	X	X	Nincs adat
<i>Ellátotti öngondoskodás</i>	X	X	X	Nincs adat
<i>Klinikai döntéstámogató eszközök</i>	X	X	X	Nincs adat
<i>Krónikus ellátottak betegmenedzsmenete</i>	X	X	-	-
<i>Konzultáció, konzílium specialistákkal (radiológusok, patológusok, második vélemény bekérése)</i>	X	-	-	X

Forrás: Saját szerkesztés Pflügel R., 2006 munkája alapján

2. táblázat Egészségügyi szolgáltatások és funkciók tulajdonságainak minimálisan szükséges vizsgálati szempontjai outsourcing döntés előtt

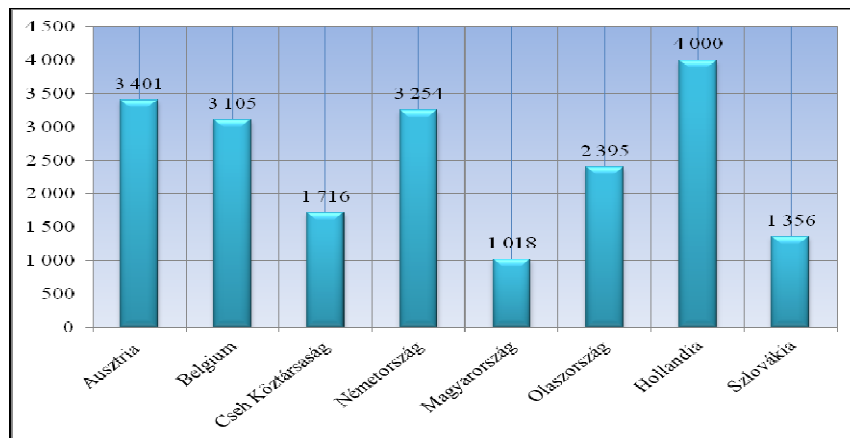
Az 2. táblázatban egyes kórházi tevékenységi területek az outsourcing szempontjából meghatározó tulajdonságait foglaltam össze, melyek vizsgálata elengedhetetlen egy-egy kiszervezési döntés meghozatala előtt. Amennyiben a négy fő szempont vizsgálatakor jellemzően **igen**-típusú válaszokat kapunk, az outsourcing döntési folyamat során következhet a gazdaságosság kérdésének megválaszolása.

3.10. A kórházi outsourcingban rejlő lehetőségek és korlátok

A rendszer hatékonyságán, a teljesített szolgáltatások minőségén, a kiadások mértékén folyamatosan vitatkoznak az érintettek. Túlélni, hosszú távon biztonsággal működni csak az az intézmény tud, amelynek vezetése idejében felismeri a változásokat, hogy a rendelkezésre álló időintervallumot a szükséges alkalmazkodásokra tudja felhasználni. A változást már nem egy rendkívüli helyzetként, hanem a kórházak managementjeinek életében egy normális esetként értelmezik a szakemberek.

A kórház, mint szolgáltató vállalat az egészségügy gazdálkodására tett számos reformkísérlet ellenére, továbbra is túl sok pénzügyi erőforrást használ fel, illetve nem a feladatokhoz kerül megállapításra a költségvetés, és ez együttesen ahhoz vezet, hogy a kórházak eladósodnak, sok esetben magukkal rántva, gazdaságilag ellehetetlenítve a beszállítóikat is (Dézsy, 2002b).

A teljes egészségügyi ellátórendszer és így a kórházak is számos finanszírozási problémával szembesülnek. A 8. ábrán az egy főre jutó éves egészségügyre fordított közkiadások alakulását mutatom be 2010-re vonatkozóan – néhány Magyarország számára is meghatározó ország adataival történő összehasonlításban, a WHO adatgyűjtése alapján – vásárlóerő- paritáson, dollárban. Az ábra segítségével egyértelműen megállapítható, hogy az egészségügy közfinanszírozásának mértéke nálunk a legalacsonyabb mértékű.



Forrás: WHO/Europe, European HFA Database, 2012.

8. ábra Egy főre jutó éves egészségügyre fordított közkiadások 2010-ben vásárlóerő-paritáson, dollárban

A jövőorientált kórházak a fennállásuk biztosítására keresik a formai és tartalmi lehetőségeket a gazdaságosságuk és minőségük optimalizálására. Ekkor a management többnyire olyan vállalati gazdasági koncepciókat használ, mint az outsourcing. Outsourcing alatt a klasszikus értelemben költségcsökkentési koncepciót értünk, azonban manapság egyre inkább új értelmet kap a fogalom, és lehetőségeket tár fel a vállalati struktúrák, funkciók és folyamatok szakmai és gazdasági optimalizálására, a minőségi szolgáltatás biztosítására (Kincses, 1999a).

A költségstruktúrák átalakításával és a lényegi feladatok hangsúlyozásával a kórház a tulajdonképpen másodlagos szolgáltatásait szervezi ki. Ezzel az új koncepcióval és tudással fennáll a kórház managementje számára az esély, hogy a kórház egész üzemeltetésének szervezetét átstrukturálja, és ezáltal az új társadalmi, politikai és végül gazdasági követelményeknek jobban legyen képes megfelelni (Baráth, 2008c).

A kiszervezés technikája a kórházban nem minden folyamatnál és szolgáltatásnál alkalmazható. Az outsourcing-képes szolgáltatások azonosítására az idevágó szakirodalom különböző kritériumokat használ. Stratégiai célként azonban mindenképpen megfogalmazható, hogy ezzel a technikával különböző stratégiai szempontokat tudunk követni, mint pl. új piacok felkutatását vagy a skála-effektus általi költségcsökkentést. A „tranzakcionális outsourcing” esetében a fókusz a költségcsökkentésen van. A vállalatot átfogó magas színvonalú tranzakcióknak (pl. bérszámfejtés) egy szolgáltatóhoz történő kitérítésével – akinek bizonyára más ügyfelei is vannak – a lebonyolítandó folyamatok jelentősen magasabb számánál realizálhatunk nagyobb előnyöket a vállalaton belüli megoldáshoz képest. A „value-added outsourcing” - nál a súlypontot ezzel szemben arra helyezzük, hogy a két partner erősségeit kombináljuk, abból a célból, hogy mindkét fél számára egy plusz többletértéket teremtsünk. Egy ilyen együttműködést jelenthet, pl. amikor az outsourcing szolgáltató egy harmadik félnek értékesít egy vevő specifikus alkalmazást (Czubala et al, 2006).

Az egészségügy működési zavarai csak részben származtathatók a rendszerből adódó infrastrukturális, szervezeti és finanszírozási hibából. A tudomány, a technológiák oly gyors mértékű fejlődésen mennek keresztül, hogy azt a legtöbb egészségügyi intézmény

nem képes, nem tudja, sokszor nem is kívánja kezelni. A hiányzó, vagy nem kielégítő színvonalú szolgáltatások pótlása ugyanakkor elengedhetetlen (Bene, 2007).

Az outsourcing tevékenységet végző gazdasági társaság is változó környezetben működik. A tevékenységét ért hatások és a bekövetkezett változások hatással lehetnek a kórházzal kötött szerződésbeli kötelezettségeire, az elvégzett munka minőségére is, melyek lehetnek pozitívak, de negatívak is.

Lássunk néhány példát ezekre a szolgáltatásokra Somogyvári 2003-ban készült munkájából:

- Korábban a vese-, szív-, májátültetés az állami egészségügyben hiányzó szolgáltatás volt. Jelentős fejlesztéseket követően (pl. a Transzplantációs Klinika létrehozása), a hiány lefedhető volt az állami egészségügy keretei között. A krónikus donorhiány miatt azonban, a még mindig az elvárható szint alatt működő szolgálat „feljavítását” a Minisztérium által létrehozott Hungarotranszplant KHT.-vel (2002 óta szervezi a szervkivételeket) oldották meg.
- Tizenöt évvel ezelőtt a hemodialízis (művese kezelés) vagy az otthoni peritoneális dialízis¹⁵ hiányzó szolgáltatás volt. Hiánypótlásra nem állami-önkormányzati, nonprofit cégeknek került a feladat kiadásra, hanem profitorientált cégeknek, amelyek gyakorlatilag az egész ország területét lefedték és jól működnek (Gáti, 2008). A példa elsők között igazolta, hogy Magyarországon sem feltétlenül csak az állami egészségügyi szolgálat képes a nagy horderejű szakmai kihívásoknak megfelelni. (A dialízis ellátás privatizációja a 90-es évek elején indult.)
- A sürgősségi és fogászati ügyeleti szolgálatok működési színvonala elégtelen volt. A feladatot az önkormányzatok, pályáztatás alapján, részben az Országos Mentőszolgálaton belül alakított vállalkozásoknak, részben a háziorvosokból alakult non-profit szervezeteknek, részben profitorientált cégeknek adták ki. A kialakult verseny nemcsak hogy lefedett egy hiányzó szolgáltatást, hanem javított az ellátás minőségén.

¹⁵ A dialízis egy formája

- Az igen magas anyagi színvonalon élők szempontjából a ki nem elégített luxusigények is hiányzó szolgáltatásnak minősíthetők. A hiány pótlására egy profitorientált magánkórház szerveződött, a Telki kórház, mely 2013 nyarán megszüntette a tevékenységét.
- A nem medikális szolgáltatások közül a házi gondozási (home care) rendszer került a részben megoldott hiánypótló szolgáltatások közé.
- Az akut pszichés krízishelyzetben lévő gyermekek számára a hiányzó pszichiátriai és mentálhigiénés szolgáltatást – az érintettek számához képest minimális kapacitású állami szervezetek munkáját – kiegészítendő működik például a Vadaskert Alapítványi Kórház.
- A krízishelyzetek megelőzésének és az akut segítségnyújtás hiányának pótlására lelki elsősegély szolgálatok, telefonos önszolgáltató körök, egyesületek, alapítványok jöttek létre pótolva a hiányzó preventív jellegű állami egészségügyi szolgáltatást.
- A prevenció területén a dohányzásról leszokást évek óta egyesületi formában működő szervezetek pl. a Dohányzás vagy Egészség Egyesület támogatja, átvállalva nem csak a prevenció, hanem az egészségügyi felvilágosítási feladatokat is. Szolgáltatásuk érdekessége ugyanakkor, hogy napi munkájukba többek között az állami tüdőgyógyászati szakszolgálatok munkatársait is bevonják (Somogyvári, 2003).

3.11. Az egészségügyi szektorban lezajlott kiszervezések nemzetközi és hazai történeti előzményei

A kórházi kiszervezések nemzetközi vonatkozásai

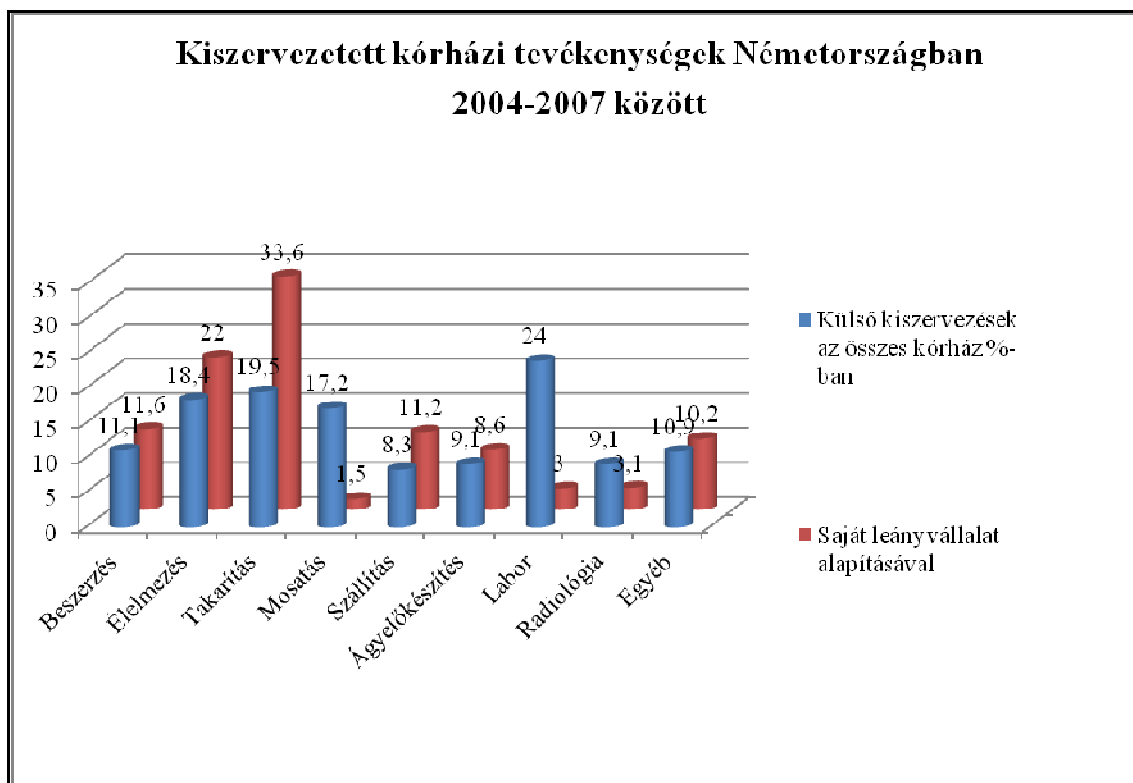
Terjedelmi okokból a disszertációmban nincs lehetőségem bemutatni teljes körűen a kórházi kiszervezések nemzetközi vonatkozásait, melyek országonként eltérő sajátosságokat mutatnak, ugyanakkor a Németországban, Angliában, Ausztriában jellemző tendenciák bemutatását kiemelem e fejezetben, mivel ezek a formák hazánkban is megfigyelhetőek voltak.

Európában és az egész világon, a legtöbb fejlett ipari országra nehezedő demográfiai változások, a folyamatosan szűkülő pénzügyi források a szociális szféra, a kórházak ellátó rendszerében rendkívül nagy külső nyomást jelentenek. Ezen hatások közé sorolhatóak a makroszintű társadalmi változások, mint például a demográfiai és epidemiológiai átalakulás, a növekvő elvárások a polgárok és a betegek részéről, a szakemberek mobilitásának kérdése, a személyzet toborzása, valamint megtartása, a növekvő kulturális sokféleség, a folyamatosan növekvő pénzügyi problémák. Az elmúlt évtizedekben a kórházi szektor nemzetközi szinten is megoldást keresett a problémákra azon tevékenységek kiszervezésével, melyek nem tartoznak az alapvető kompetenciák közé. Ezek közé sorolhatóak az IT-szolgáltatások, az étkeztetés, a takarítás, a biztonsági szolgálat (Dévényi, 1999).

A gazdaság szereplőinek érdekkörében rendszeresen megjelenik az operatív költségek csökkentése iránti igény. Erre az igényre válaszul az 1990-es évek elején, a re-engineering¹⁶ módszerek bevezetése volt jellemző, melyek hatásaként először méretcsökkentés valósult meg. 2000 körül, a gazdasági szférában mutatkozó romló tendenciáknak köszönhetően, az üzleti folyamatok újraformálása érdekében további költségcsökkentés vált szükségessé. Ezt a trendet BPO-nak nevezte el a szakirodalom (Szabó, 1998).

Kezdetben a „magam végezzem vagy kiszervezzem” döntéseket külföldön sem előzték meg gazdasági számítások, esettanulmányok nem készültek – ezt az osztrák szakember, dr. Ulrike Papouschek (2012) is megállapítja –, mint ahogyan nálunk sem. Olyan modern fogalomnak tűnt eleinte az outsourcing, hogy hosszas gondolkodás nélkül, népszerűségi okokból, mert más is így csinálja alapon, előszeretettel alkalmazták a menedzserek.

¹⁶ Re-engineering: újjáalakítás, amely a kilencvenes években vált népszerűvé az iparban.



Forrás: Blum, K. et al. (2007)

9. ábra Kiszervezett kórházi tevékenységek aránya Németországban 2004-2007 között

A 9. ábra adatai alapján megállapíthatjuk, a kórházak jelentős arányban választották Németországban a kiszervezés lehetőségét. A kórházak majd egynegyede kiszervezte a laborszolgáltatásokat a vizsgált időszakban. De ugyanilyen magas arány figyelhető meg az élelmezés és mosatás terén is.

Megnevezés	Visszaszervezés (insourcing) %	Kiszervezés (outsourcing) %
Beszerezés	15,7	10,6
Élelmezés	12,2	40,7
Takarítás	11,3	65,9
Mosatás	2,3	80,4
Szállítás	16,3	22,0
Ágyelőkészítés	12,3	27,7
Labor	11,4	39,4
Radiológia	12,3	21,3
Egyéb	2,9	11,1

Forrás: Blum, K. et al. (2013)

3. táblázat Kiszervezett és visszaszervezett kórházi tevékenységek aránya Németországban
2013-ban

Megállapítható, hogy a kiszervezések töretlenül népszerűek Németországban a mai napig is. A hivatkozott kutatás ugyanakkor megállapítja, hogy minél nagyobb egy kórház mérete, annál ritkábban kerül sor a kiszervezés technikájának alkalmazására.

Jellemzően Angliában és Ausztriában a kiszervezések egy speciális formája is elterjedt az egészségügyben, melyet PPP-konstrukciónak nevezünk. A PPP a köz- és magánszféra olyan együttműködését jelenti, amelyben a közfeladathoz kötődő tervezési, építési, működtetési és finanszírozási feladatokat az állam a megszokottnál nagyobb mértékben és ugyanakkor komplexebb módon bízta a magánszektorra. A PPP típusú együttműködések általános jellemzője a viszonylag hosszú – 20-30 éves – időtáv, így a magánszféra nemcsak az infrastruktúra létrehozásában vállal szerepet, hanem a közszolgáltatás nyújtásának felelőssége is rá hárul, továbbá – legalább részben – a magánszféra szerepet vállal a projekt finanszírozásában is (Karakas et al. 2004).

A kórházi kiszervezések hazai vonatkozásai

A magánszféra szerepének erősödése első lépésben a privatizáció, majd az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének kapcsán került előtérbe Magyarországon. 2006-2008 között teljes kórházkiszervezések is megfigyelhetők voltak az egészségügyi ellátórendszerünkben, melyek kudarcai lényeges tanulságokkal szolgálnak az ágazat döntéshozói, vezetői számára¹⁷. A kiszervezési kudarckok főbb okai az előkészítettség hiányában, a politikai „terheltségben”, a helytelen kommunikációban, a kellő tapasztalat hiányában keresendők.

A FIDESZ-KDNP koalíció a teljes kórházi kiszervezések ellenzője, illetve az egészségügy, kórházak államosításának kezdeményezője volt 2010-től.

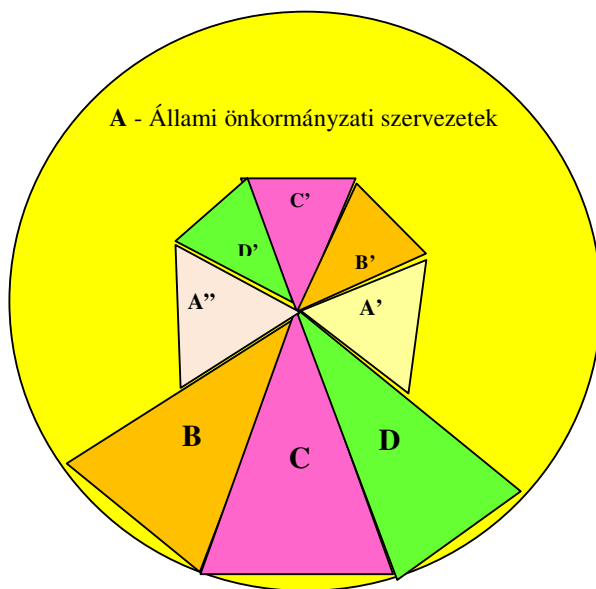
Kijelenthető, hogy a jelenlegi egészségügyi kormányzat nem támogatja a teljes kórházkiszervezéseket, sőt az államosítással ki is jelölte e tekintetben a kórházműködtetés lehetséges formáit, mely a magánműködtetésbe adást teljes egészében elveti.

Az Egészségügyi Törvény szerint az egészségügyi szolgáltatás bármilyen szervezeti és tulajdoni formában működhet, de a vállalkozás szabadságának elvéből nem következik, hogy a közpénzből finanszírozott közszolgáltatások korlát nélkül magánkézbe adhatók lennének. Abban az esetben, ha hiányos ellátású, ún. „fehér” területek keletkeznek az egészségügyben, vagy az adott területet az egészségügyi intézmény vezetése nem kívánja saját maga működtetni, úgy különböző szervezetek léphetnek be a hagyományos szolgáltatásnyújtók közé.

¹⁷ Pl. Eger, Gyöngyös, Hatvan, Kiskunhalas, Körmend, Mezőtúr, Tapolca

A' - hiányos ellátású „fehér” területek
A''- több szektor által lefedett
B - államilag létrehozott non profit
C – non-profit szervezetek
D – for-profit szervezetek
B'C'D'- hiánypótló állami feladatokat ellátó szervezetek

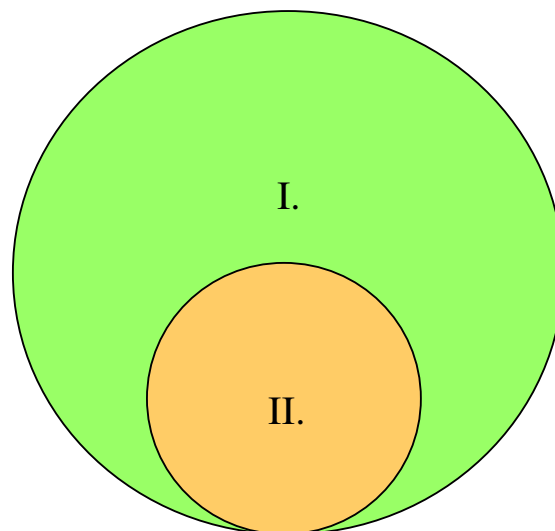
Medikális egészségügyi szolgáltatások (MSZ)



Jelen állapotot: $A \gg C > B > D$ és $A' > A'' > C' > B' > D'$

Nem medikális egészségügyi szolgáltatások (MSZ)

I. Preventív feladatok: egészségfejlesztés, megelőző orvostudományi feladatok, gondozás, rehabilitáció
II. Holisztikus szemléletű kiegészítő gyógymódok



Forrás: Somogyvári (2003)

10. ábra Hiányzó egészségügyi szolgáltatások pótlása nonprofit szervezetek segítségével

A 10. számú ábráról leolvasható, hogy az egészségügyi szolgáltatások döntő hányadát hagyományosan az állami, önkormányzati tulajdonú, irányítású szervezetek végzik, végezték. Az egészségügyi rendszerek nem kellő hatékonysága, rugalmatlansága azonban közismert számunkra is. A költségvetési egészségügyi szervezetek működészavarai miatt már a kétezres évek elejétől nagyszámú nonprofit és kisebb számú profit orientált cég jött létre. Sokszor az állami intézményen belül is alakultak nonprofit szervezetek, azoktól nehezen elkülöníthetően, az állami feladathoz nagyon hasonló szolgáltatást kínálva. Létrejöttük motivációjában szerepelt a hiányzó egészségügyi feladat pótlásának szándéka, a rosszul működő funkciók javítása, a szervezeti egység működési feltételeinek javítása, a költségvetési szerv merev gazdálkodási lehetőségének rugalmasabbá tétele, az egészségügyi ellátást kiegészítő funkciók létrehozása.

Kiemelten fontos az egészségügyi szektorban is a holisztikus gondolkodásmód alkalmazása, a megfelelő stratégia kiválasztása a turbulensen változó körülményeknek történő megfelelés érdekében. Ma az egészségügy alkalmazkodó készsége a folyamatokhoz alapvetően meghatározza a szolgáltató sikerességét.

3.12. A globális outsourcing és offshoring technológiák hatása az egészségügyi szolgáltatásokra

Az egészségügy vonatkozásában is már számos tapasztalattal rendelkezünk a jelen értekezésben vizsgált technikákat érintően. Eleinte még csak kisebb gazdasági hatásuk volt megfigyelhető, mely **egészségügyi turizmus** néven vált ismertté. Második lépésben, a már fentiekben ismertetett előnyökre támaszkodva került egyre több szolgáltatás távoli országokba. A folyamatosan ismétlődő feladatok, a kódolható adatáramok, az alacsony képzettségi szintet igénylő szolgáltatások – mint például az adatfeldolgozás, call-center munkák – mennyiségének növekedése kedvezően hatott az offshoring technikák elterjedésére (Nasscom-Mckinsey Report, 2002).

Kezdetben természetesen az egészségügyben is ellenállás volt tapasztalható amiatt, hogy az egészségügyi személyes adatok a rendszerből ne kerülhessenek ki. Az az igény azonban,

hogyan az egészségügyi szolgáltatások legyenek elérhető árban, ugyanakkor magas színvonalon – mindenki számára ismeretesek az amerikai egészségügyi ellátórendszer problémái –, mintegy felhatalmazást is adott az offshore technikák alkalmazására (Sebők, 2004). Az egészségügy helyi jellege azonban kezdett fellazulni. Kezdetben természetesen itt is a „non-core” szolgáltatások kerültek külső helyszínekre, de jelentős mértékben elterjedt mára az egészségügyi szakmai személyzet bevonása is az offshoring folyamatokon keresztül (PricewaterhouseCoopers, 2005).

Általában elmondható, hogy háromféle stratégiával találkozhatunk az offshoring piaci, egészségügyi piaci hatásainak vizsgálatakor:

- Azokon a területeken, ahol az offshoring tevékenységnek alacsony a kockázata a vállalat/egészségügyi szolgáltató versenyképességére nézve, ott a **defenzív stratégia** alkalmazása figyelhető meg. A hátrányok – negatív gazdasági hatás, a munkanélküliség, a jól fizető állások elvesztésének félelme – folyamatos kinyilvánítása mérsékelheti az egészségügyi offshoring és az egészségügyi turizmus terjedését (Frank, 2006).
- A **mérsékelt stratégia** elfogadja az offshoring előnyeit, annak kedvező hatásait a piaci pozíciókra, és számításba veszi opcióként az offshoring lehetőségét.
- A harmadik, az **agresszív stratégia** elfogadja, hogy az offshoring hatása megkerülhetetlen és hosszútávon érvényesülő. Elismeri, hogy agresszív stratégiai befektetések szükségesek a versenyképesség fenntartásához (Joo Hee Lee – Roberta Faccio, 2012).

A szolgáltatók specializációjának köszönhetően, a mindenkor legjobb technika és módszer alkalmazásával a szolgáltatást nyújtó fél olyan szakmai potenciálhoz juttathatja az egészségügyi szolgáltatókat, melyekre források hiányában egyébként nem lenne lehetősége a megrendelőnek (Duliskovich et al., 2010).

Az outsourcing típusai és fő jellemzői helyszín és technológia specifikusság alapján

	Helyszín-specifikus outsourcing modell		Technológia-specifikus outsourcing modell	
Megnevezése	On-site funkcionális outsourcing	Egészségügyi turizmus , mint az outsourcing egy formája	Non-core szolgáltatások outsourcingja	Core- szolgáltatások ¹⁸ outsourcingja
Definíció	A szakember gárda fizikailag a helyszínen jelen van, de egy másik szervezet alkalmazottjaként	A fogyasztók jelen vannak a globális szolgáltatáspiacon az alacsonyabb szolgáltatási ár elérése érdekében	A szakember gárda különféle technológiákon keresztül kapcsolatban van a szervezettel, de az ellátottak, fogyasztók látóhatárán kívül állnak	A szakember gárda kapcsolatban áll mind a szervezettel, mind az ellátottakkal, fogyasztókkal és alapvető egészségügyi ellátó funkciókat végez
Piaci bevezetés	A költségcsökkentés érdekében egy adott szolgáltatásra specializálódott külsős szervezet nyújtja a szolgáltatást	Amennyiben hajlandóak az igénybe vevők az utazásra, az eltérő, alacsonyabb munkabérek miatt kedvező árú szolgáltatáshoz juthatnak, ugyanakkor számolniuk kell annak kockázataival is	Az egységköltség csökkentése érdekében, kihasználva az alacsonyabb bérköltséget, a non-core vállalati funkciók kitelepítése informatikai platformon keresztül történik	Az egységköltség további csökkentése érdekében a core-szolgáltatások kiszervezése informatikai háttér segítségével

¹⁸ Core-típusú szolgáltatások: a főtevékenységhez tartozó szolgáltatások

	Helyszín-specifikus outsourcing modell		Technológia-specifikus outsourcing modell	
<i>Példa</i>	Közreműködő – orvos, nővér – vállalkozásokkal szerződés-kötés, mosatás, őrzés-védés kiszervezése	Egészségügyi turizmus – fogászati szolgáltatások biztosítása külföldi állampolgároknak Magyarországon	Távoli helyszínről kódoló, adatfeldolgozó, számlázó szakemberek, rendszerek igénybe vétele	Specialistákkal – az internet technológia segítségével – konfliktumok lefolytatása, tele-radiológia, leletezés

Forrás: saját szerkesztés Mackie, 2008 műve alapján

4. táblázat Az outsourcing típusai és fő jellemzői helyszín és technológia specifikusság alapján

A 4. számú táblázatban néhány példán keresztül a helyszín-és technológia specifikusság alapján mutatom be a core és non-core tevékenységek lehetséges outsourcing megoldásait, valamint az on-site outsourcingban és az egészségügyi turizmusban rejlő outsourcing lehetőségeket.

3.13. A near-shoring magyarországi tendenciái

Magyarország fontos kiszervezési célországnak tekinthető a near-shoring piacon, mivel a fejlett európai országokhoz közel van, elhanyagolhatóak a kulturális különbségek, kedvező a jogi és gazdasági környezet, valamint hazánkat a jól képzett munkaerő is vonzóvá teszi. A kedvező besorolás mellett azonban többnyire ott a figyelmeztetés: a mezőny változik, Magyarország pozíciója hosszabb távon veszélyben van. Előnyünket pár év alatt elveszíthetjük, mivel a költségek jelentős mértékben növekednek, és a munkaerő-forrás is kimerülőben van. Hazánk a kiszervezők szemszögéből drágul, a személyi jellegű ráfordítások emelkednek, nem könnyű megfelelő szakembereket találni, és az oktatási rendszerünk is megérett a megújulásra (Bögel, 2006a). Az oktatás területén tragikus a helyzet hazánkban. Magyarországon az egyetemi, főiskolai hallgatók tíz százaléka tanul reálszakon, miközben ugyanez az adat az OECD átlagában körülbelül huszonöt, a távol-

keleti országokban, például Szingapúrban több mint negyven százalék. „A műszaki-természettudományos pályákra jelentkező hallgatók száma és általános felkészültsége nem kielégítő. Magyarországon a természettudományos diplomák aránya az OECD-országok között a legalacsonyabb, és a műszaki területen is az utolsók között vagyunk. A felsőoktatásba kerülő hallgatók tudásának átlagos színvonala alacsony és romló. Mélyreható változásra van szükség a természettudományos közoktatásban annak érdekében, hogy hazánk versenyképessége javuljon és az európai munkamegosztásban a magas hozzáadott értéket tartalmazó feladatokat tudjuk vállalni” (Futó et al., 2009). A régióinkban hazánkat e területen Csehország és Lengyelország is megelőzte. Mindkét ország kedvező infrastrukturális költségeivel, stabil gazdasági és politikai háttérével, jól képzett, több nyelvet is beszélő szakembereivel vált vonzó célponttá a kiszervezők számára.

4. A MAGÁN ÉS A KÖZSZFÉRA VISZONYRENDSZERE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

4.1. Az állam által irányított egészségügy történeti előzményei

Az írott történelem kezdete óta az egészségügyi szektorban időnként vagy a minimalizmust, vagy a kiterjedt állami beavatkozást követelő nézetek kaptak főszerepet. Mindenképp átgondolandó azonban, hogy mikor, hol, hogyan és mennyiben avatkozzanak be a kormányok az egészségügybe, hagyják-e, hogy a problémákat a piac, a betegek keresletének ereje oldja meg. Abban egyetértés van a döntéshozók között, hogy az állami és a magánszektor szerepét a viszonylag előnyös tulajdonságaikhoz jobban igazodva kell meghatározni, tehát a rendszer alapjait kell jól elrendezni. A legtöbb országban ez azt jelenti, hogy az állami és magánszerepek meglehetősen komplex keverékén belül kell megfelelő egyensúlyt találniuk az illetékeseknek.

Ha a kormányzatok növelni akarják a hatékonyságot, vagy méltányosabban szeretnék működtetni az egészségügy rendszerét, kiterjedt eszköztárból válogathatnak. Az eszközök köre a kevésbé erőteljestől az igencsak erőszakosig terjed. Ide tartoznak:

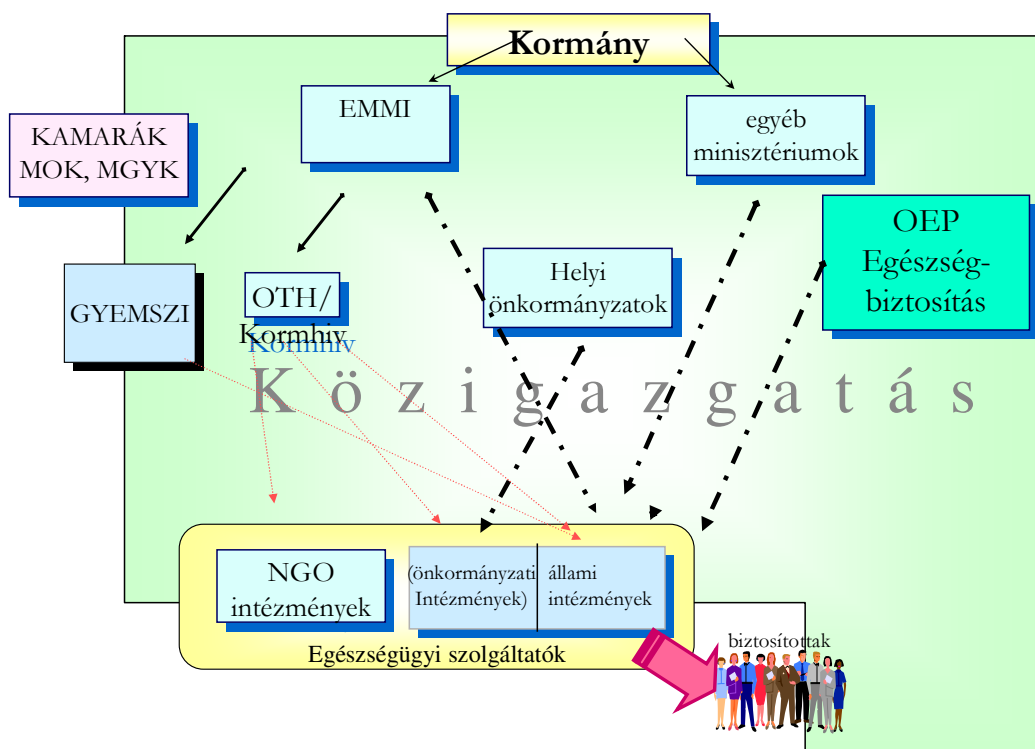
- a kötelező információszolgáltatás, amelytől az egészségi állapot javításához szükséges viselkedésbeli változások remélhetők,
- olyan egészségpolitika és szabályozás megalkotása és betartatása, amellyel a köz- és a magánszektor tevékenysége megfelelő irányba terelhető,
- működési felhatalmazások kibocsátása az állami vagy magánszolgáltatók számára, illetve szolgáltatások vásárlása tőlük,
- szubvencionálás útján közvetlen vagy közvetett fizetés a szolgáltatásokért,
- a preventív és gyógyító szolgáltatások közvetlen állami előállítás.

Ma sok országban a nagy és kevésbé hatékony közszektor olyan termékeket és szolgáltatásokat állít elő, amelyeket nem kormányzati szolgáltatóktól is meg lehetne vásárolni. Időre és a hiányzó szerződéskötési, szabályozási szaktudás megszerzésére,

valamint a nem kormányzati szervezetek koordinációjához nélkülözhetetlen kapacitások kiépítésére van szükség.

Három lépcsőben, fokozatosan változtathatjuk meg az állami és a magánszektor arányát, és juthatunk el egy új egyensúlyi állapotba. Ahol eleve jelentős a magánszektor, ott a közszféra számára az első lépésnek annak kell lennie, hogy elismeri a magánszektor létét, majd jobb koordináció, szerződések és pozitív szabályozási környezet kialakításával el kell kezdeni lassan növelni az onnan származó erőforrások felhasználását. Miután felgyűlt némi tapasztalat a létező szolgáltatók koordinálásáról és a velük kötött szerződésekről, a pozitív példákat át lehet vinni olyan területekre is, ahol a nem kormányzati szolgáltatók még nem tevékenykednek. Végül azokon a területeken, ahol szembeötlőek a közszféra hatékonysági problémái, így például az inputok jó részének kormányzati előállítására terén, megfontolandó a tiszta privatizáció és a szolgáltatások magánszférától történő vásárlása (Harding-Preker, 2000).

Ezzel egyidejűleg azonban azt is meg kell vizsgálni, hogy nincsenek-e olyan stratégiai fontosságú területek, amelyek esetében hiányzik az állami szerepvállalás. Ilyen lehet például a betegségek pénzügyi következményeivel szembeni védelem biztosítása vagy az irányítási-szabályozási funkcióhoz elengedhetetlen információk összegyűjtése. Párhuzamosan tehát azzal a kíváncsisággal, hogy az állam lépjen ki a javak és szolgáltatások termeléséből, erős érvek szólnak egy integráltabb megközelítés mellett, amely szerint az államnak nagyobb szerepet kell vállalnia az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában, az ágazat koordinációjában, szabályozásában, továbbá az ellenőrzésben és az értékelésben (Harding-Preker, 2005).



Forrás: Hankó, 2014. műve alapján

11. ábra A magyar egészségügy szereplői, kapcsolatrendszerük

A 11. ábrával a jelenlegi magyar egészségügy felépítését, szerkezetét, valamint az egyes szereplők közötti kapcsolatokat vázoló fel. Az államosítás, az átalakítás egyik nagy előnye, hogy a finanszírozó már nem csak odaadja a pénzt az intézményeknek, hanem a GYEMSZI már azt is látja, mire fordítják a forrásokat a kórházak; igaz, gyakorló kórházvezetők véleménye szerint így nőtt az állami bürokrácia által megkívánt jelentések, beszámolók, teendők mennyisége. Hátránya a jelenlegi struktúrának, hogy nem alakult ki a kapcsolattartás mikéntje a nem állami fenntartású, egyházi- vagy magánkórházakkal, és a tulajdonosváltással az intézmények elszakadtak attól a közösségtől is, ahol tevékenykednek. Azzal, hogy már nem a helyi/megyei önkormányzatok fenntartása alá tartoznak, a kapcsolat közöttük akár esetleges is lehet. Sok múlik a kórházvezetők, az önkormányzat, a kormányzati illetékesek kapcsolatán, személyes viszonyán.

A rendszer működtetéséhez elengedhetetlen azonban, hogy a feladatokhoz szabják a költségvetést, és ne fordítva. Problémaként határozható meg, hogy a fenntartó, azaz az állam nem került feltőkésítésre, az amortizáció pótlására is kevés forrás jut a központi büdzséből, ahogy korábban a fenntartó önkormányzatok sem tudták a szükséges tőkét biztosítani erre.

Azt a kórházaknak maguknak kellett kigazdálkodniuk, és most is, mely a mindenkori, alkalmazott finanszírozási lehetőségek mellett szinte lehetetlen (Kőszegfalvi, 2004).

A FIDESZ-KDNP kormány 2010-es kormányra kerülése óta állami egészségügyi rendszert épített, épít ki, bár ennek szándékát sem a kormányprogramban, sem a Semmelweis-tervben nem jelölték meg. Társadalmi viták, szakértői egyeztetések nem előzték meg a rendszer bevezetését. A kórházak államosítása ellenére egyes területeken továbbra is engedélyezi, támogatja az outsourcing lehetőségét a szakvezetés. Valójában a kiszervezés egy közbeszerzési eljárás keretében valósul meg. A fogalmak azonban nem fedik le egymást.

Az outsourcing tevékenységnek, az outsourcing szerződéseknek rugalmasnak kell lenniük, sokszor napi szintű kapcsolattartást feltételeznek a felek részéről. A sikeres közbeszerzési eljárás lezárásaként megkötött szerződések azonban meglehetősen merev, statikus és szigorú szabályokat követelnek meg, elég, ha csak a szerződésmódosítás lehetőségére gondolunk. Így ez a két forma nehezen egyeztethető össze. Ugyanakkor természetes a jogalkotó részéről az az igény is, hogy a szerződéseket ne lehessen könnyen módosítani, mivel az visszaélésekhez vezetne.

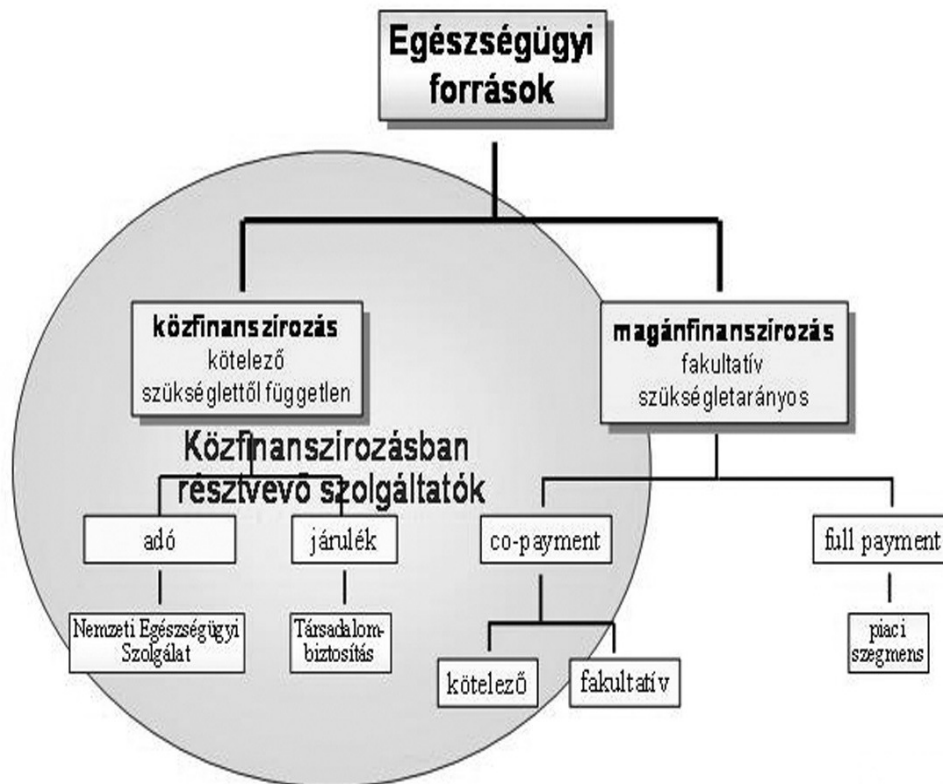
Értekezésemben megvizsgálom, hogy az állami/önkormányzati feladatok „kiszervezése” valóban megoldás-e a hatékonyság növelésére, a költséghatékonyság biztosítására, az ellátás minőségének emelésére, társadalmi presztízsének és elfogadásának növelésére. Vizsgálom azokat a korlátokat, sőt fennálló vagy esetleges tiltásokat, amelyek határt szabnak az állami/ önkormányzati feladatok ellátása során a piaci mechanizmusok érvényesülésének. Kutatásom során górcső alá helyeztem a humánerőforrás szerepét, attitűdjeit a kiszervezésekkel kapcsolatosan, azt, hogy miként értékelik a munkatársak az

outsourcing előkészítését, lefolytatását, eredményeit. Vizsgáltam, eltérő-e a hatása a kiszervezéseknek az egyes munkaköri csoportokra.

4.2. A magánszektor és a közszektor fogalmában rejlő különbségek

A magánszektor és a közszektor értékrendszere nagymértékben különbözik egymástól. Valójában a két szektor főbb mozgatói térnek el egymástól. A **magánszférát** a kereslet-kínálat viszonya, az árak, a fogyasztói szempontok, a piacon való individuális választások, a verseny jellemzik. A **közösségi szektort** nagy vonalakban a kollektív választások, a szükségleti szempontok, az állampolgári jogon járó juttatások, és jogosultságok rendszere határozza meg (Kincses, 2002b).

Az egészségügyi folyamatok középpontjában ma két ellentétes hatóerő érvényesül. Az egyik a széles körű hozzáférés iránti igény, a másik a minőség, a fejlődés követésének, a differenciált igény kielégítés biztosításának jelensége. Mindkét terület jelentős forrásokat igényel, melyek a szűkösség okán többnyire csak egymás rovására érvényesíthetőek. A mai szabályozási környezet nem segíti a tőkebefektetéseket, de nem alakult ki az állampolgárok önkéntes tehervállalásának jelensége sem. Azonban nem szükséges már sok idő ahhoz, hogy a lakosság elfogadja, még akkor is, ha sokszor nem érti, miért is kell neki hozzájárulnia az egyébként „ingyenes egészségüghöz” (Kincses, 2006c).



Forrás: Kincses, 2006c műve alapján

12. ábra A co-payment elhelyezkedése az egészségügy forrás oldalán

Az egészségügy az a szféra, ahol a legbonyolultabb az összefonódás a finanszírozás, a szabályozás és a szolgáltatásnyújtás terén, ahol köz- és magánelemek, a piaci mechanizmusok és az állami szerepvállalás formáinak sokféle variációjával találkozhatunk. Magyarországon az egészségügyi privatizációval, az intézmények ellátó tevékenységének működtetésbe adásával szemben az volt az elvárás, hogy hatékonyabb rendszert eredményezzen, kisebb költséggel magasabb színvonalú ellátást nyújtson. A privatizációs folyamat kizárólag erős szakmai felügyelet, jelentős állami szabályozás esetén teljesülhet.

4.3. Delegálható és inherens állami feladatok

A magánszféra által történő állami feladatellátás szempontjából abból kell kiindulni, hogy különbséget kell tennünk az úgynevezett **delegálható** és **inherens** állami feladatok között.

A **delegálható állami feladatok** körébe azok a feladatok tartoznak, amelyeknek ellátása során az állam igénybe veheti valamely államháztartáson kívüli szervezet, adott esetben magángazdasági szereplő közreműködését, illetve e feladatok ellátását ilyen szervezetekre ruházhatja. E fogalom lényegében a „**szolgáltató állam**” tevékenységét öleli fel, vagyis a társadalom részéről széles körben felmerülő igények kielégítését szolgálja. Természetesen a magánszereplők megjelenése esetén sem szűnik meg a közszolgáltatás biztosításáért való állami/önkormányzati felelősségvállalás. Az állam szabályozó, ellenőrző szerepének továbbra is éber őrként meg kell maradnia, és működnie kell.

Az **inherens állami feladatok** esetében az állami autoritáshoz szervesen kapcsolódó olyan feladat- és hatáskörök gyakorlásáról van szó, amelyeket az állam – elvben – nem bízhat államháztartáson kívüli szereplőkre. Ilyenek a hatósági jogkörök gyakorlása, tevékenységek engedélyezése és felügyelete, vagy a közbiztonságról történő gondoskodás.

4.4. A privatizáció fogalmának értelmezése

A privatizáció (magánosítás) közgazdasági értelmezése, hogy az állam, az önkormányzat az intézményét, egyes szakmai területeket (pl.: ügyeleti ellátás) profitorientált befektetőnek adja át, vagy szervezi ki. Az értekezésemben használt értelmezés szerint a közszektor hatókörének csökkenését jelenti akként, hogy csupán a működtetési jog kerül értékesítésre, melyhez az ingatlanok vagyonkezelői jogának megszerzése is kapcsolódik/kapcsolódhat. Megjelenési formái a gyakorlatban eltérőek lehetnek, melyek eltérő működtetési formákban nyilvánulnak meg. Ilyenek például: egyéni vállalkozás, közhasznú társaság, betéti társaság, korlátolt felelősségű társaság, részvénytársaság, alapítvány.

4.5. Az egészségügyi ellátás privatizációjának előnyei és hátrányai

A privatizáció¹⁹ akkor tekinthető jónak és gazdaságosnak, ha egy tulajdon – és a hozzá tartozó ellátási kötelezettség – rossz tulajdonostól jó tulajdonoshoz kerül. Jó tulajdonos az, aki kellő gondossággal bánik tulajdonával. Aki beruház és fejleszt, persze nyereség fejében. A piac szelektál: a rossz tulajdonos versenyhátrányba kerül, kiszorul a piacról. Az állam egyszerre jó és rossz tulajdonos is. Rossz, mert nincs pénze fejleszteni, és jó, mert nem mehet csődbe, és ellátási kötelezettségét teljesítenie kell. Elsődlegesen az önkormányzati törvény szabályozza az önkormányzati vagyonnal történő gazdálkodást. A jogszabály a kórházakat, rendelőket intézményi vagyontárgyként kezeli, azok korlátozottan forgalomképesek.

Az egészségügyben a „privatizáció” kifejezés sajátos – nem a közgazdaságtanban elfogadott értelmében használatos – értelmezése nyert teret, amelyben a működtetési jog magánosításáról van szó, szerződésben meghatározott időtartamra, jellemzően az egészségügyi tevékenységhez használt ingatlanokra vonatkozó vagyongazdálkodási jog megszerzésével együtt, általában ellenérték fejében.

Előnyök

A működtetés privatizációjától a politika azt reméli, hogy növekszik a teljesítmény, javul az ellátás minősége. Az állami szolgáltató magánszervezetté alakítása – a várakozások szerint – javítja a hatékonyságot, mivel a magánszervezet általában gyorsabban reagál a környezeti változásokra, szervezeti kultúrája fejlettebb, ügyfélközpontúság jellemzi. A jobb teljesítmény iránti elvárás – mivel könnyebben mérhető – elsősorban a nem klinikai területeken jellemző. Szerepük van a privatizációban a költségvetési megszorításoknak is; a költségkontroll kikényszeríti az ellátás racionalizálását, melynek egyik eszköze lehet a privatizáció.

¹⁹ Az önkormányzat által történő működtetésbe adás természetesen nem tekinthető privatizációnak a szó klasszikus értelmében

A privatizációt „elősegíti” az állami rendszerek elégtelen működése is. Az állami rendszert jellemző hosszú várólisták helyett a betegek támogathatják a magánellátást. Hasonlóan befolyásoló tényező lehet a jólét növekedése, amely keresletet teremt a magánszolgáltatások iránt. Változik az orvosi technológia is: a nagy apparátust igénylő hosszadalmas kórházi bennfekvést igénylő eljárások helyett az egynapos ellátás és a járóbeteg-ellátás old meg több problémát. A működtetési jog privatizációja nem választható el a tágabb politikai, társadalmi fejlődéstől, amelyben a központi állami tervezéstől a piacra, az egyéni felelősségre, a fogyasztói választásokra helyeződik a hangsúly.

A menedzsment által vizsgálandó területek az egyes stratégiai szövetségek létrehozása, a működtetés privatizációja, az outsourcing döntések meghozatala előtt:

- főtevékenység (core-területek) behatárolása,
- egészségügyi tevékenységet szolgáló ingatlanok felmérése, állapot-meghatározása,
- műszerek, gépek, berendezések leltározása, állapotfelmérés,
- anyaggazdálkodás, raktározás folyamatainak felmérése,
- gyógyszerellátás rendjének meghatározása,
- biztonság és védelem, minőségbiztosítás feladatainak pontosítása,
- szervezeti struktúra felállítása, és a humán erőforrás lehetőségek felmérése.

Az outsourcing esetén a költségcsökkentés azáltal lehetséges, hogy a külső szolgáltató kisebb működési ráfordítással dolgozik, és a személyi jellegű ráfordítások terén jelentős megtakarításokat tud elérni, mivel az erőforrásait magasabb fokon képes kihasználni. A fix költségeket a szolgáltató ezáltal csökkenteni képes (Nieslag et al., 1991).

Hátrányok

A működtetés privatizációjának vannak korlátai, hátrányai is. Csak az egészségügyi szolgáltatások területét nézve – többek között – a következő ellenérvek említhetők a magánszerep növekedése kapcsán: a hatékony makro-költségkontroll ellehetetlenülése, feladatelvonás a közszférától, a haszon lefölözése a magánszférában, az állam növekvő

függősége a magánszereplőktől, korlátozott hozzáférés az ellátásokhoz, kisebb nyilvános elszámoltathatóság.

Fontos kérdés, hogy a privatizáció hogyan hat az egészségügy olyan kulcsfontosságú paramétereire, amilyenek például a költségek, a fenntarthatóság, a hatékonyság, az elérhetőség, a szolidaritás, az ellátás minősége, az egészségi állapot vagy a választás szabadsága. Képes-e jobban teljesíteni egy nagyobb magánrészesedéssel bíró rendszer a meghatározóan államinál? Erre ma még nincsenek adataink, a választ a jövő kutatásai, valamint gyakorlati tapasztalatai adhatják meg.

Gregory Mankiw²⁰ professzor (1958-) egy 2004-es elnöki riportjában azt mondta, hogy az outsourcing egy olyan folyamatosan terjedő jelenség, amely hosszú távon mindenképp többletet ad a gazdaság számára. Tulajdonképpen a nemzetközi kereskedelem egy új fajtája, melyről feltételezhetően Adam Smith óta a legtöbbet beszéltek a szakemberek.

4.6. Az érintettek viszonya az egészségügyben az outsourcing technika alkalmazásához

A piaci mechanizmusok közül a kiszervezés az egyik leginkább elterjedt management módszer. Ugyanakkor számos problémától terhelt az egészségügy a kiszervezések kapcsán, melyek közül néhányról érdemes szót ejteni.

- A **lakosság** évszázados beidegződései okán gyanakvással kezeli, mivel attól tartanak, hogy az üzleti érdekek fognak érvényesülni az állami szervezet által nyújtott szolgáltatások kapcsán.
- A **belső érintettek** a közszolgálati jogviszonyukkal járó előjogok elvesztésétől félnek, a bizonytalanságot szeretnék elkerülni adott esetben, egy még az olykor nem hatékony állapot fenntartásával, bebetonozásával is.

²⁰ 2003 és 2005 között Bush gazdasági tanácsadó testületének az elnöke volt, kiemelkedő jelentőségű közgazdász

- Az **állam/önkormányzat** a kiszervezések kapcsán – ezzel együtt a munkáltatói jogviszony megszűnése miatt is – kisebb mértékben rendelkezik majd megfelelő szakértelemmel az adott terület vonatkozásában. A szükséges infrastrukturális tér is kikerül a közvetlen felügyelete alól, az ellenőrzési gyakorlat e tekintetben pedig még nem alakult ki megfelelő színvonalon. Az adott közfeladat kapcsán az átláthatóság mértéke mindenképp csökken, hiszen az egyes adatok már ekkor üzleti titkokat is érinthetnek. Az állami feladatok kiszervezése kapcsán nem lehet cél a monopóliumok, oligopóliumok megteremtése. Ehhez pedig szükséges a verseny feltételeinek megteremtése, illetve szabályozása.

Elemzések szerint (Tiemann O. et al, 2009) az állami tulajdonforma magasabb hatékonysággal párosul. A profitorientált kórházak a magasabb árak révén az esetekhez kapcsolódó nagyobb bevételre összpontosítanak, míg az állami kórházak az erőforráskorlátok miatt elsősorban az input hatékonyabb felhasználására törekszenek. Pozitív kapcsolat található a kórház mérete és a hatékonysága között, míg a versenynyomás negatívan hat a hatékonyságra (ESKI, 2011d).

A magán, profitorientált kórházak a profitmaximalizálást helyezik előtérbe, céljuk a kórházban ellátott esetekhez kapcsolódó magasabb bevétel realizálása. Wörz ezzel a témával kapcsolatos tanulmánya (Wörz, M. 2008) szerint a profitorientált kórházak – és ezen belül különösképpen a kórházláncok – ahhoz értenek legjobban, hogyan lehet a rendszerből esetenként több pénzt kivonni a maguk hasznára.

4.7. Érvek az egészségügy magánosítása mellett

Hazánkban a működtetés privatizációjának támogatói gazdasági érvekkel, valamint a hazai egészségügy diszfunkcionális működéséről szerzett tapasztalataikkal támasztották alá véleményüket (Sinkó, 2009b). A magánosítástól részben gazdasági hasznot, részben a szolgáltatások színvonalának javulását remélték a döntéshozók. Elvárható és közgazdaságilag indokolt, hogy a magánkézben lévő egészségügyi szolgáltatók erőforrásaikat jobban képesek kihasználni, a változó igényekre gyorsabban tudnak reagálni, képesek fejlesztésekre, innovációra, költséghatékonyabban szervezik meg az

ellátásokat. Ennek megvalósulásához szükséges az egészségügyben az állami szabályozás és ellenőrzés megfelelő színvonala, valamint az, hogy a befektetések megtérülésének legyen legalább elvben esélye (Fendler, 2009).

A tőkebevonást sokan olyan eszköznek tekintették, amely pótolja, kiegészíti az egészségügy fejlesztéséhez szükséges – de állami, önkormányzati költségvetésben rendelkezésre nem álló – forrásokat. A befektetői oldalon tőkebevonásnak tekinthető nemcsak a felvett hitel, köztük a kedvezményes állami hitel is, hanem a pályázaton nyert összegek és a működtetésbe vett és/vagy tulajdonolt fekvőbeteg intézmény által felvett hitel, vagy a neki nyújtott kölcsön is. A működtetésbe adott intézmény által felvett hitel vagy kölcsön visszafizetése, amelynek forrása az OEP-től származó bevétel – az egyébként alulfinanszírozottnak ítélt egészségügyben –, önmagában is aggályokat vet fel. Adott esetben, az outsourcing szerződés megszűnésekor, a befektetés felszámolásra kerül, mint a befektető saját investíciója.

A kérdéskör egyértelmű rendezését indokoltá teszi a tőkebefektetéssel párhuzamosan jelentkező ún. piacvásárlás ténye vagy szándéka is, figyelemmel új monopolhelyzetek kialakulásának lehetőségére is (ESKI, 2009b).

Az átalakult, illetve működtetésbe adott intézményeknél, valamint a magán egészségügyi szolgáltatóknál gyakorlat, hogy fejlesztést, beruházást részben vagy egészben az OEP-től származó bevétel terhére valósítanak meg. A költségvetési egészségügyi intézmények ugyanakkor a „piaci viszonyok” miatt kénytelenek az OEP finanszírozást meghaladó vállalkozási díjak kifizetésére. Egyre nagyobb a költségvetési intézmények „versenyhátránya”, hiszen hitelfelvételre önállóan nem jogosultak, a fejlesztési forráshiányok miatt az OEP-finanszírozást meghaladó szerződési feltételek elfogadására kényszerülnek. Mindez a szektorsemlegesség – finanszírozáson túli – fogalmának újragondolását is igényli.

Elengedhetetlen, hogy a kormány kidolgozzon egy átfogó egészségpolitikai koncepciót, amelynek keretében meghatározza a magántőke, a magánvállalkozások lehetséges szerepét, szakmai területeit, az állami támogatások alapelveit, és mindezekre figyelemmel szabályozza az egészségügyi szakellátások működésének rendszerét.

Mindenképpen beszélni kell arról, hogy az egészségügy „átpolitizált” szféra lett. Szakmai döntések, szakmai érvek helyett eltérő, nem teljesen egyértelmű pártérdekek és szándékok kerülnek felszínre. Ma Magyarországon ugyanakkor számos olyan egészségügyi intézményről tudunk, ahol a működtetés megfelelően biztosított, és elmondható, hogy nincs kényszerpályán a fenntartó, nem kell esetlegesen a működtetés privatizációjához nyúlni a fizetésképtelenség veszélye miatt. Kérdés, hogy mekkora szerepe van ebben az intézmény szakmai vezetői elhivatottságának és szaktudásának, a politikai lobbyszerőknek, az intézmény földrajzi elhelyezkedésének, a múlt örökségének, az adott intézményi infrastruktúra és műszerezettség állapotának.

Ismert, hogy a kórházakat működtető magáncégeket hátrányos jogi és pénzügyi megkülönböztetés érte, és éri a kevésbé hatékonyan működő állami vagy önkormányzati tulajdonosokkal szemben, amennyiben nem nonprofit társasági formában működnek (Németh, 2003). Még reménytelenebbé teszi ez a működés stabilitását és az intézmények fenntarthatóságát. Az iparűzési adó kapcsán gyakorolt diszkriminációval, a tizenharmadik havi fizetés és a közalkalmazottaknak járó éves bértömeg elmaradásával jelentős hátrány érte őket. Ez a megkülönböztetés sérti a szektorsemlegesség elvét, és a jól működő magánintézményeket bünteti, miközben esetlegesen a rosszul működő állami vagy önkormányzati tulajdonú modelleket konzerválja.

A kutatásaim eredményei azt támasztják alá, hogy elengedhetetlen, hogy a jövőben törvényhozók ezt a kérdést rendezzék, a működtetés kiszámíthatósága biztosított legyen, azonosak legyenek a kórházműködtetők versenyfeltételei.

4.8. Az egészségügyi rendszer jelenlegi helyzetét determináló intézkedések köre (2002–2014)

Az elmúlt évtizedben Magyarországon az egészségügy koncepcióját jól jellemzi, hogy a 2004 májusában kiadott „Sikeres ország, gyarapodó családok!”²¹ című anyagban egyetlen betű sincs az egészségügyről.

Mindazonáltal jelentős változásokat figyelhettünk meg:

- 2002-ben az egészségügyi ágazatban (is) 50 százalékos bérfejlesztés történt, aminek következtében az Egészségbiztosítási Alap hiánya 2003-ra 300 milliárd forint fölé nőtt, és 2005-re elérte a 375 milliárd forintot. Ugyanakkor ez a lépés sem az ágazat valódi bérfelzárkóztatását, sem a benne dolgozók szimpátiáját nem érte el, összességében hatása inkább megkérdőjelezhető.
- Elkészült a második kórház-privatizációs törvény 2003-ban, ezt azonban az Alkotmánybíróság (formai okokból) megsemmisítette, a kormány pedig nem futott neki másodszor is a kérdésnek. (A jogszabály profitorientált vállalkozásoknak adott volna nagyobb teret, lehetőségeket.)
- 2006-2008: Több egészségügyi tárgyú törvény sikertelensége (pld.: Vízidíj és napidíj bevezetéséről, Kamarák jogállásáról).
- Bevezetésre került – a már a Fidesz-kormány programjában is szereplő – teljesítmény alapú elszámolás, a teljesítményvolumen, illetve 2004-től a teljesítményvolumen-korlát²² is. Ekkor azonban az elszámolás még „felülről nyitott” maradt, azaz az intézmények, bár degressziós elszámolás alapján, de minden teljesítmény után pénzt kaptak.
- A szakma által várt/félt reform értékű változások sem Csehák Judit, sem Kökény Mihály egészségügyi miniszterek vezetése alatt nem történtek meg.
- Több-biztosítós rendszer gondolatának felvetése, bevezetésének elmaradása.

²¹ Medgyessy Péter kormányának ideje alatt

²² Továbbiakban TVK

- Nincs miniszteri rang az egészségügyben, csak államtitkári. Koordináció az EMMI²³-hez tartozó Egészségügyért Felelős Államtitkárság által.
- Semmelweis Terv bevezetése, a GYEMSZI felállítása²⁴.
- Széll Kálmán-terv: 2011-2013 között mintegy 200 milliárdot spórolt meg a kormányzat a gyógyszerkasszán.
- Az állam 2013-ra a közfinanszírozott keretek között működő egészségügyben újra szerephalmozóvá válik, azaz egy személyben lesz: tulajdonos, intézményfenntartó, finanszírozó, ellátásszervező, szabályozó (Sinkó, 2013c).

²³ Emberi Erőforrások Minisztériuma

²⁴ OGYI, ESKI, EMKI, OSZMK, ETI összeolvasásával

5. A KÓRHÁZI OUTSOURCING LEBONYOLÍTÁSÁNAK HAZAI FOLYAMATA ÉS ANNAK TAPASZTALATAI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A TELJES KÓRHÁZKISZERVEZÉSEKRE

5.1. Piaci mechanizmusok állami feladatellátás területén megjelenő vetületei

A XXI. század rohamos gazdasági, technikai és technológiai fejlődése, a fokozódó követelményrendszer következtében rendkívüli mértékben megnőtt a szellemi tőke szerepe mellett az anyagi tőkéé is, az innováció, a K+F tevékenységek jelentősége az egészségügy vonatkozásában is. Ez kikényszerítette az egyébként állami/önkormányzati feladatok ellátása során is a tőkebevonást. A több pénz az egészségre = több egészség jelmondat nem vált be, hiszen a lakosság egészségi állapotát döntően a gazdasági-társadalmi helyzet, az életmód befolyásolják (Varga-Hatos, Karner, 2008).

Az egészségügyi vállalkozások helyének, szerepének kijelölése szempontjából kiemelkedő jelentőségű volt az 1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról. Főszabályként az önkormányzatok feladatává tette az egészségügyi ellátásról való gondoskodást, és rájuk bízta azt is, hogy ezt milyen formában, módon hajtják végre. Ezzel a jogszabállyal lehetőséggé vált az, hogy az önkormányzatok kórházakat gazdasági formában működtessenek, vagy az, hogy e társaságoknak magántulajdonosai lehessenek. A 2001. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról szabályozta először az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásának lehetséges módozatait. A jogszabály egyik célja az volt, hogy az illetékesek megtalálják azokat az új lehetőségeket, formákat a működtetésben, melyekkel az egészségügyi ellátás színvonala javítható (Pulay, 2002).

Az OECD egy 2005. évi kutatása során meghatározta a piaci mechanizmusok állami feladatellátás területén megjelenő négy vetületét (Blöndal, 2005). Ezek:

- kiszervezés (outsourcing),
- köz- és magánszféra partnersége (PPP),
- utalványrendszer (voucher),
- felhasználók díjfizetési kötelezettsége (user charging).

A kiszervezés során a feladatellátás felelőssége továbbra is a kiszervezőé marad, csupán a feladat „technikai” elvégzése marad a magánszolgáltatóra. Mivel a feladatellátáshoz szakmai ismeretek, technikai apparátus is szükséges, a kiszervező elveszti az irányítás jogát. További problémát jelent, hogy az egyenlő bánásmód biztosítása adott esetben nem érvényesül az elvárható mértékben, és sérülhetnek adott esetben az igényérvényesítési lehetőségek is. Amennyiben a kiszervezett feladat ellátására nincs elegendő számú „versenyző” a piacon, úgy az monopóliumok, de legalább oligopóliumok kialakulásához vezethet. Az átláthatóság megteremtésére megfelelő szintű szabályozók alkalmazása jelenthet biztosítékot.

Magyarországon a kiszervezések elsősorban az állami feladatok csökkentésére, azok hatékonyabb ellátására irányultak. A feladatok delegálása kezdetben közhasznú társaságokba, alapítványokba történt, melyhez a feladatellátás érdekében magánforrások bevonását is várták. Az ÁSZ az államháztartáson kívüli állami feladatellátás rendszerének ellenőrzéséről szóló 2005. évi jelentése szerint azonban inkább csak azt jelentették ezek a kiszervezések, hogy a kötelezően előírt létszámcsökkentést – érdemi funkció- és feladatelemzés nélkül – igyekeztek a szervezetek megvalósítani, és saját érdekeltségű, külső cégekbe mentették át az adott létszámot (Kovács, 2009a).

5.2. A kórházi kiszervezések kronológiája Magyarországon

A magyar kórházakat a kilencvenes évek második felében érte el a kiszervezési hullám. Kezdetben a mosatás, labordiagnosztika, az étkeztetés voltak a fő célpontok, majd az egyre forrásigényesebb informatika, képkalkuló diagnosztikák, művese állomások. Mára a teljes

kórház-kiszervezésektől kezdve a bérszámfejtés feladatátadásig széles a kiszervezett tevékenységek skálája, melyeket több-kevesebb siker koronázott.

Magyarországon a kórházkiszervezéseknek 3 hulláma különíthető el:

Az első időszakban (1996-2005) működési formaváltás történt, kisvárosi költségvetési intézményből önkormányzati Kht.-t alakítottak a tulajdonosok, (pl. Dombóvár, Körmend stb.).

A második kiszervezési hullámra (2004-2007) a magánműködtetésbe adás volt a jellemző. Ekkor a magánbefektető a költségvetési intézményként működő kórházat magán Kft.-vé alakította, és úgy működtette tovább, pl. Hatvan, Mezőtúr stb. Ehhez a folyamathoz kapcsolódott néhány olyan önkormányzati Kht. is, amelyek társasági formaváltása nem hozott gazdaságilag pozitív eredményt, és a tulajdonos önkormányzat magánműködtetésbe adta az addig Kht.-ként működő kórházat, pl. Tapolca, Körmend, Gyöngyös.

A harmadik átalakítási hullám (2007-2008-ra tehető) szintén működési formaváltás, jellemzője, hogy nagy kórházak alakultak át 100 %-os önkormányzati tulajdonú non-profit gazdasági társaságokká, pl. Szombathely, Veszprém, és ebbe a kategóriába tartozik az önkormányzati Kht.-k átalakulása non-profit Kft.-vé (Beregi, 2006).

Az 5. táblázat adatai alapján látható, hogy a teljes körű magánüzemeltetésben történő működtetés 2004-ben kezdett Magyarországon elterjedni, és ennek a folyamatnak már akkor megkerülhetetlen szereplője volt a HospInvest Zrt. (Szegő I.M., 2009).

Intézmény	Működtető	Működtetés kezdete
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kht.	Hospinvest Zrt.	2004
Siklói Kórház Kht.	Mega-Logistic Rt.	2004
Dr. Batthyány-Strattmann László Kórház (Körmend)	Medisyst Kft.	2004
Várpalota Városi Kórház Kht.	Palotahosp Kft.	2005
Országos Gerincgyógyászati Központ (Budapest)	Budai Egészségközpont Kft.	2005
BAZ Megyei Kórház Onkológiai Intézet (Miskolc)	Medcenter Kft.	2006
Albert Schweitzer Kórház – Hatvani Kórház Egészségügyi Szolgáltató Kft.	Hospinvest Zrt.	2006
Parádfürdői Állami Kórház - krónikus és rehabilitációs ágyak vonatkozásában	Hospinvest Zrt.	2007
Tapolca Városi Kórház-rendelőintézet	Medisyst Kft.	2007
Kulcs K-Klinika	Palotahosp Kft.	2007
Mezőtúri Városi Kórház-rendelőintézet	Medisyst Kft.	2007
Bugát Pál Kórház Kht. (Gyöngyös) - Gyöngyösi Kórház Egészségügyi Szolgáltató Kft.	Hospinvest Zrt.	2007
Markhot Ferenc Kórház (Eger)	Hospinvest Zrt.	2008
Nagyatádi Városi Kórház	Medical Investments Zrt.	2008

Forrás: Saját szerkesztés az ÁSZ 0921 számú jelentése, valamint saját gyűjtés alapján
5. táblázat Magánüzemeltetésben működtetett kórházak Magyarországon 2008-ban

Hazánkban a teljes kórházüzem kiszervezésének hálózattá alakítása is megfigyelhető volt 2009-ig, és ennek előnyeit, hátrányait vizsgálta a kiszervezett hatvani, gyöngyösi, valamint a körmenyi, mezőtúri és tapolcai kórházak példáján az Állami Számvevőszék. A kórházak és a magánszféra együttműködésében a kórházi háttértevékenységek kiszervezéséről az ÁSZ teljesítmény-szemléletű ellenőrzést végzett. A vizsgálat során megállapításra került,

hogy a kórházak a háttér szolgáltatások egyre nagyobb hányadát vásárolták, illetve végeztették arra szakosodott magáncégekkel, melyet mutatott a vizsgálat előkészítésének szakaszában kiküldött/beérkezett 178/126 kérdőív²⁵, mert 2006-2007-2008 években az intézmények²⁶ évente 19,9-23,2-26,4 Mrd Ft-ot költöttek a mosás, élelmezés, takarítás, energia, és őrzés-védés kiszervezett szolgáltatásaira. A kérdőív kérdéseit, kritériumait, az adatforrásokra vonatkozó információkat az értekezés M2. számú mellékleteként csatoltam.

A Társadalombiztosítási Alap nem rendelkezik megfelelő tartalékalappal, és a magas járulékkulcsok ellenére sem képes értéktartó ellátásokat nyújtani. Az „utca embere” nincs tisztában azzal, hogy mire kerül felhasználásra az általa befizetett összeg, csupán azt érzékeljük, hogy a jelentős járulékbévételek elosztója az egészségbiztosító, amely szabadon gazdálkodik az általuk befizetett igen tetemes összeggel. Szükséges, hogy a járulékfizetők tisztában legyenek azzal, hogy milyen módon és feltételek mellett kell fizetniük, illetve, hogy a befizetett járulékokért cserébe milyen jogosultságokat szerezhetnek, milyen szolgáltatásokra jogosultak, vagyis hogy „mit kapnak a pénzükért”.

Éppen ezért van kiemelkedő szerepe az ellenőrzésnek. Az Állami Számvevőszék ellenőrzései az egészségügyi szektorban meghatározó irányvonalat mutathatnak a kormányzat, a területért felelős szakminiszter/szakállamtitkár részére. Érdemes lenne végre megfontolni a Számvevőszék figyelemfelhívó jelentéseit, megállapításait a politikusoknak.

Az értekezésemben foglaltak is rámutatnak arra, hogy bár az Állami Számvevőszék elnöke több ízben jelezte, hogy az egészségügy területén a magánosítás, a magánvállalkozások szerepét szabályozni szükséges, erre mindaddig nem került sor, amíg jószerével a Hospinvest Zrt. csődje, majd felszámolása kapcsán szinte az összes Heves megyei kórház végveszélybe nem került (Kovács, 2009b).

²⁵ Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről 0921

²⁶ Fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatók (kórházak, alapítványok, szeretetszolgálatok, stb.)

5.3. A kiszervezések Állami Számvevőszéki vizsgálata a gyöngyösi Bugát Pál Kórházban

Az Állami Számvevőszék Államháztartás Központi Szintjét Ellenőrző Igazgatóságának Teljesítmény Ellenőrzési Főcsoportja a gyöngyösi székhelyű Bugát Pál Kórházban – akkor még a HospInvest Zrt. által tulajdonolt Gyöngyösi Kórház Kft.²⁷ általi működtetés időszakában – 2008. decemberében kezdte meg a 924-es témaszámú vizsgálatát az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről.²⁸ Az ellenőrzés Gyöngyös Város Önkormányzatánál – mint a területi ellátásért kötelezettnél – indult, a nyitó és záró tárgyalások ott történtek, azonban az ellenőrök számos alkalommal jártak a kórházban, ahol helyszíni vizsgálatokat is végeztek. A vizsgálat megkezdéséről, illetve a nyitó tárgyalásról az értesítést Gyöngyös Város jegyzője kapta meg, aki folyamatosan együttműködött a kórház vezetőivel, működtetőivel.

A 2009-es vizsgálat a működtetési formaváltást²⁹, a magánműködtetésbe adás utóellenőrzését, a 2006 óta kiszervezett kórházakat, a kórházi háttérszolgáltatások kiszervezését, valamint a humán erőforrás orvosi közreműködői szerződésekkel való biztosítását ellenőrizte. Már a nyitó tárgyaláson átadásra került az a kérdőív, amelyet az M2. számú melléklet tartalmaz, melyet az önkormányzati vezetők és kórházműködtetők közösen válaszoltak meg. A gyöngyösi kórház kapcsán végzett vizsgálat részleteiről a hivatkozott ÁSZ-jelentésben olvashatunk, illetve elmondhatjuk, hogy a jelentésben megfogalmazott általános problémák, negatív jelenségek a Bugát Pál kórház tevékenység-kiszervezéseire is jellemzőek voltak.

²⁷ 2006-2011 között a gyöngyösi kórház gazdasági igazgatója, 2008-2009-ben ügyvezető igazgatója voltam.

²⁸ A témához kapcsolódóan már 2006-ban is készült jelentés, melynek száma: 0609., mely az egészségügyi szakellátások privatizációjának ellenőrzésére irányult.

²⁹ Gazdaságforma-váltás történik tulajdonosváltás nélkül.

5.4. Figyelemfelhívás, stratégiai szerepvállalás

Az Állami Számvevőszék egyik legfőbb feladata a figyelemfelhívás azokra a területekre, ahol a közpénzek felhasználása jellemző, azonban a szükséges lépéseket a kormánzatnak, az Országgyűlésnek kell meghoznia. Működése során azokat a hatékonysági és átláthatósági szempontokat érvényesíti, amelyeket ellenőrzései során számon kér. Erre alkotmányos jogállása jogosítja fel. A szervezet a jobbító szándékú ajánlások megfogalmazására, a döntés előkészítést támogató tevékenységre helyezi a hangsúlyt. Az ÁSZ fokozott figyelmet szán az államháztartás és a magángazdaság kapcsolatainak vizsgálatára, a civil szféra pénzfelhasználásának ellenőrzésére.

A számvevőszék felelőssége alapvetően abban jut kifejezésre, hogy a változó integrációs és a globalizációs körülmények között hiteles és elfogadott legyen a munkája. Ezért képesnek kell lennie befogadni azokat az új eljárási-módszerbeli és elsősorban stratégiai-szerepvállalási követelményeket, amelyek ma a nemzetközi trendeket jelentik.

A stratégiai szerepvállalás, valamint az új módszerek alkalmazása feltételezi és igényli az állami életben a demokrácia kiteljesítését.

A Számvevőszéki függetlenség fontossága elengedhetetlen. A Számvevőszéki ellenőrzés missziója és felelőssége abban mutatkozik meg, hogy az ellenőrzések súlypont-meghatározásaiban, a módszertan alkalmazásában, az ellenőrzési bizonyosság, megbízhatóság és a kockázatkezelés szempontjainak alakításában a szervezet tudatosan igazodik az ellenőrzési feladatokhoz. Egyes ellenőrzéseken túlnyúlóan összegző, kutatómunkát kell végeznie a hosszabb távú trendek, a kockázatok távlati hatásai tekintetében, véleményformáló szerepet kell felvállalnia, és ehhez kapcsolódóan aktívan részt kell vennie a tudományos fórumteremtésben, a szakmai közéletben. Az ellenőrzési témák választását, a vizsgálati mintaválasztást nem pusztán egy-egy vizsgálandó intézmény, szervezet felelősségi körében kezelt pénz nagysága és a szervezet gazdasági súlya határozza meg, hanem legalább annyira az ún. demokratikus kockázat, a társadalmi fontosság. Az ellenőrzési érték egyik értékmérője, hogy megfelelően segíti-e a közpénzek szabályszerű és hatékony felhasználását, másik mércéje pedig az, hogy hogyan járul hozzá

a jó kormányzáshoz, az ehhez szükséges egyéb feltételek megteremtéséhez. A modern számvevőszékek már új tudásközpontként jelentkeznek. Az ellenőrzési megállapítások, javaslatok, és az ezeken túlmutató tanácsadó vélemények, optimalizációt célzó elemzések újszerűen képesek segíteni a törvényhozás és a kormány munkáját³⁰. Véleményem szerint az ÁSZ megállapításai, a kormányzat számára történő figyelemfelhívás a kiszervezések témakörében, hozzájárultak ahhoz, hogy az e területen megfigyelhető visszasságok felszínre kerüljenek, és a kiszervezések jelentősége csökkenjen a kórházak vonatkozásában.

5.5. A jelentés összefoglalója

A kórházi tevékenységek kiszervezésének vizsgálatáról szóló jelentésében³¹ az ÁSZ a fekvőbeteg-ellátásról szóló törvény előkészítését és a biztosítási alapsomag pontos, részletes kidolgozását javasolta a kormányzatnak.

"Javasoltuk a kormánynak, hogy dolgozza ki és készítse elő a fekvőbeteg-ellátás törvényi szintű szabályozását, amelyben egyértelműen meghatározza a magánszektor szerepvállalását a szektorsemlegesség figyelembevételével. Emellett javasoltuk az egészségügyi miniszternek, hogy folytassa a biztosítási alapsomag pontos és szakmai protokollok szerinti részletes tartalmának kidolgozására irányuló munkát" – tartalmazza az összefoglaló.

A 2008. évi Státusz törvény³² a közfeladatnak nem költségvetési (hanem gazdálkodó szervezeti) formában való ellátása terén nyújtott a szabályozás területén újat. Fellépett a túlzott és nem megfelelően szabályozott, a közszféra érdekei ellen ható kiszervezések ellen. Akkor ismeri el a kiszervezések lehetőségét, ha a költségvetési szervek lehetőségei kimerültek, de piaci környezetben a kiszervezéssel fenntarthatóak, a működés infrastrukturális háttere így biztosított. A kiszervezést vizsgálatnak kell megelőznie.

³⁰ www.asz.hu

³¹ 0921-es számú ÁSZ jelentés

³² 2008.évi CV. törvény a költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról

Megfelelő formaválasztékot ad a jogszabály a költségvetési szervek számára a gyakorlat kialakítása során, rugalmasabbá, ugyanakkor szigorúbbá, szabályozottabbá kívánja tenni a gazdálkodást.

Az ÁSZ 22 kórház helyszíni ellenőrzésével a 2006 és 2008 közötti időszak vonatkozásában vizsgálta, hogy a háttér- és alaptevékenységben mi indokolta a funkciók kiszervezését, valamint azt, hogy a közreműködők alkalmazása miként befolyásolta az egészségügyi ellátás minőségét.

A vizsgálat megállapította, hogy a vállalkozások részesedése a fekvőbeteg-szakellátásokra fordított kiadások között tízszeresére emelkedett a vizsgált időszakban, a 2006. évi 3,4 Mrd Ft-ról 2008-ra 34,7 Mrd Ft-ra, amely a közfinanszírozott kórházi ellátások kiadásainak 8,4%-a. Megállapításra került, hogy nincs az ágazatnak a magántőke és magánvállalkozások lehetséges méretét, szerepét, szakmai területeit meghatározó stratégiája. Ugyan a kormányzati program alakította az egészségügy intézményrendszerét, amely az átalakítások hatékony eszközeinek tekintette a piaci mechanizmusokat, a magántőke fokozott alkalmazását, azonban előzetesen nem gondoskodott a kórházi kiszervezések törvényi szintű szabályozásáról.

A kórházi menedzsment, illetve a tulajdonos önkormányzatok a finanszírozási-működtetési nehézségekre a magántőke egyre növekvő bevonásával reagáltak, így bővítették egyes kórházi-háttértevékenységek kiszervezését, az orvosok közreműködői szerződéssel foglalkoztatását, illetve a teljes kórházüzem magánműködtetésbe adását (Németh, 2009).

A "működési forma-váltást" végrehajtó, magánműködtetésbe adott, és a magántőke-bevonással üzemelő kórházak vizsgálata során az ÁSZ megállapította, hogy a működtetők szerződésben vállalt kötelezettségeiket – a működés stabilitásával, a megvalósított beruházások és az ellátás minőségének javításával összefüggésben – "csak részben" valósították meg. A működtető társaságok valós pénzügyi helyzetének, stabilitásának megítélése bonyolultabbá vált, amely növeli az üzemeltetés kockázatát. Az önkormányzatok nem kérik számon a működtetőtől az ellátás szakmai színvonalát.

A fekvőbeteg ellátások Egészségbiztosítási Alapból származó GDP arányos kiadása a 2006. évi 1,8 százalékról 2008-ra 1,6 százalékra csökkent, nominálisan 410,6 milliárd forintról 435,3 milliárd forintra emelkedett, reálértéke viszont csökkent (Állami Számvevőszék 0921.sz. Jelentés, 2009.).

A működtetők a problémák egy részét tipizálható eszközökkel kezelték, pl. a kórházi osztályszerkezetet a rugalmasabb, hatékonyabb mátrix³³ szervezettel váltották fel, amelynek következtében csökkenteni tudták a kiadások legnagyobb részét kitevő bérköltséget.

A Számvevőszék felmérte, hogy elengedhetetlen a mielőbbi szabályozás, mivel a magánüzemeltetők több 10 milliárdos részesedést szereztek az egészségügyben egészen 2009-ig, és a vizsgálat adatai is azt bizonyították, hogy a magánszféra által kiszervezett szakmai területek aránya is növekvő tendenciát mutatott az ellenőrzés alá vont években.

A Számvevőszék fenti megállapításait a Népszabadság napilap online változatának egy 2009-es grafikájából kiolvasható adatok is jól alátámasztják.

³³ A betegellátás az aktív fekvőbeteg-szakellátó intézetben klinikai típusú és műtétes egységekben történik az ÁNTSZ engedélye szerint. A fenti egységekben végzett aktív fekvőbeteg szakellátásokat nem osztályszerkezet szerint, hanem az egyes szakterületeket összevontan, a mindenkori ellátási igényeknek megfelelően látja el a kórház.

A HospInvest és versenytársai

CÉG NEVE	KÓRHÁZ HELYE	ÉVES OEP-BEVÉTEL FORINTBAN
HospInvest Zrt.	Kiskunhalas	3,8 milliárd
	Hatvan	2,4 milliárd
	Parádfürdő	396 millió
	Gyöngyös	2,9 milliárd
	Eger	6,4 milliárd
Medisyst Kft.	Körmend	808 millió
	Mezőtúr	813 millió
	Tapolca	974 millió
Mega-Logistic Rt.	Siklós	500 millió
MediComplex Kft.	Várpalota	484,8 millió
	Kulcs	nincs adat
Medical Investments Zrt.	Nagyatád	1,68 milliárd
Opinion Kft.	Nógrádgyárdony (Majláth-kastély, Tüdőszanatórium)	nincs adat
Medcenter Egészségügyi és Szolgáltató Kft.	Miskolc Megyei Kórház Onkoradiológia	nincs adat
	Ózd, Almási Balogh Pál Kórház	2 milliárd
Budai Egészségközpont Kft.	Budapest (Országos Gerincgyógyászati Központ)	1,2 milliárd
Releváns Befektető Kft.	Szigetvári Kórház	1,6 milliárd

Forrás: Népszabadság-gyűjtés / Népszabadság-grafika

Forrás: Népszabadság-grafika, www.nol.hu, 2009.

13. ábra A HospInvest és versenytársai, valamint éves átlagos árbevételük

A helyszíni ellenőrzés megállapításainak hasznosítása mellett az alábbi javaslatokat tette az Állami Számvevőszék a Kormánynak: Dolgozzon ki egészségpolitikai koncepciót, amelynek keretében meghatározza a fekvőbeteg szakellátásban a magántőke, a magánvállalkozások lehetséges szerepét, szakmai területeit, az állami támogatások alapelveit.

Az egészségügyi miniszternek: Dolgozza ki és szabályozza a biztosított alapsomaghoz tartozó hotelszolgálat törvényi szintű definiálását és a kapcsolódó díjak központi szabályozását. Dolgozzon ki iránymutatást – az önkormányzati miniszterrel együtt – az önkormányzatok számára, amelyben meghatározza a működtetésbe adás során elvárt

garanciális elemeket. Dolgozza ki az egyoldalú területi ellátási érdekek kialakulását megakadályozó jogi szabályozást.

Véleményem szerint megfontolandó a piaci mechanizmusok érvényesítése a közszférában, azonban nagyon sok bizonyíték szolgál arra, hogy sok esetben a feladatellátás csak a magánszféra bevonásával valósítható meg forráshiány miatt. Az egészségügyben a magánszolgáltatók bevonása, a magántőke térnyerése kizárólag akkor lehet sikeres, ha az egyidejűleg a betegellátás javulását is eredményezi a gazdálkodási eredmények javítása mellett.

Az egészségügyben zajló működési formaváltás, magán működtetésbe adás, nem igazolta azt az elvárást, hogy a kórházak működése hatékonyabbá, stabilabbá vált ezen eszközök alkalmazásával. A kórházak pénzügyi pozíciója nem stabilizálódott, vagyonuk nem gyarapodott, gazdálkodási-pénzügyi folyamataik a többszörös áttétek (kapcsolt vállalkozások rendszere) miatt átláthatatlanabbá váltak, a tulajdonosok ellenőrzése romlott. A globális szinten megoldatlan strukturális, jogi, szabályozási és finanszírozási – pl. amortizáció, 13. havi bér – hiányosságok helyi szinteken nem megoldhatók. A betegellátás minősége nem ellenőrzött. A térítési díjak szabályozásának ellentmondásai miatt a betegek terhei esetenként növekedtek.

A cégtábla-átfestés, az outsourcing, a tevékenységek kiszervezése önmagukban nem hozzák meg a várva várt eredményt. Nem hoznak hatékonyságjavulást, nem hoznak versenyképesség-növekedést. A közszféra és a magánszféra kapcsolatában elengedhetetlen, hogy jól meghatározott elszámoltathatósági szabályozók kerüljenek beépítésre, melyhez a két szféra kooperációja elengedhetetlen.

Miközben egyre nagyobb részt kíván a magánszféra az egészségügyben, az érdekharcok egyik elsősorú célpontjává a magánosítás, a magánszféra létjogosultsága vált. Elsősorban azokon a területeken figyelhető meg ez a tendencia, amelyeknek nagy a beruházásigényük – képződiagnosztika, művese kezelés, labordiagnosztika –, vagy ahol a fenntartó a működtetés forrásait nem képesek biztosítani. Amíg egy állami kórház nem „csődölhet” be, és görgetheti az adósságát, a magánvállalkozó igen. Ekkor az ellátásáért felelős

önkormányzat a kórházat visszaveszi a lakosság egészségügyi ellátásának biztosítása érdekében (Tanács, 2004).

A magyar egészségpolitika előtt álló egyik legnehezebb feladat technikailag és technológiailag is megvalósítható egészségügyi ellátás pénzügyileg finanszírozható optimumának megállapítása. Az egészségügyi közszolgáltatások nyereségorientált működtetésének egyik következménye lenne, ha megjelenne az egészségügy finanszírozásában a nyereséghányad (Termékpiac, 2009).

Az egészségügyi szolgáltatások minőségügyi biztosítása és az egészségügyi szolgáltatók akkreditálása szükségzerű lenne a továbblépéshez. A fogyasztóvédelem terén is jelentős az elmaradásunk. Stabilabb, átláthatóbb finanszírozás szükséges, és meg kell szüntetni a torz érdekeltségeket is. Ennek érdekében nem kerülhető el az egészségügyi dolgozók keresetének rendezése, mely a hálapénz megszüntetésének irányába is mutatna, valamint a finanszírozás részévé szükséges tenni az eszközhasználati térítési díjat is.

Az egészségügyben most ott tartunk, ahol a vállalati szektor a nyolcvanas években, amikor a széttesőben levő tervgazdaság és a géemká, végéemká korszaka volt. Számos esetben az orvosok még mindig az állami tulajdonban lévő ingatlanokat és eszközöket használják, miközben minden költséget az állam visel, a jövedelem azonban az övék (pl. ügyeletben történő ún. magánrendelés).

Ha az egészségügyben az ellátórendszer hatékonyságának javítását tűzzük ki célul, erre a magánosítás nem az egyetlen jó eszköz. Ha a politikusok mégis úgy döntenek, hogy a tömeges privatizációra szavaznak, tudniuk kell, ennek az is lehetne a következménye, hogy a rendelkezésre álló forrásokból kevesebb beteg kerül ellátásra. A magánintézmények tömeges jelenléte nem csökkenti az árakat. Inkább az a jellemző, hogy a közös tortából, az egészségügy rendelkezésére álló forrásokból nagyobb szeletet vágnak maguknak, jobb érdekérvényesítő képességüknek köszönhetően. Ha tartósan versenyt akarunk fenntartani az egészségügyben, úgy ehhez a magánforrások nagyobb mérvű bekapcsolása elengedhetetlen feltétel. Számottevő verseny csak az USA szolgáltatói szektorában figyelhető meg, mivel ott tudnak olyan mértékben magánforrásokat biztosítani, hogy a szolgáltató intézmények közpénz nélkül is végezhessék munkájukat.

A magántökre, illetve versenyre természetesen szükség van az egészségügyben (is), csak nagyon pontosan kell tudni, hol, mikor, milyen körülmények között hasznos alkalmazásuk. A kórházak funkcionális magánosítása az intézmények működtetésére koncentrálódott, és azzal kecsegtetett, hogy az ellátás színvonala ezzel automatikusan javul. Így lehetett elaltatni az "üzlet" okozta gyanakvást, bizonytalanságot.

Az egyes tevékenységek kiszervezései lehetnek összességében kedvezőbbek, mint a saját működtetés. Nem megfelelő előkészítés esetén azonban és/vagy politikai behatások által meghatározva ellentétes előjelű is lehet a végeredmény.

A lényeg magán a működtetésen van, amely drága és pazarló:

- az önkormányzatok többsége képtelen volt ellátni a jó gazda szerepét,
- kérdés, hogy az állam képes lesz-e erre a jövőben,
- a finanszírozó pedig újra és újra húz egyet a nadrágszíjon.

A profi üzemeltető-vállalkozók a pazarlás megszüntetésével válhattak volna, válhatnak rentábilissá, és az első magánosítási szakasznak ez volt a lényege, nem pedig a csábítás trükkjeként beígért színvonal-emelkedés, annak ellenére, hogy néhány korszerű műszer, labor valóban üzembe állt. A racionalizálás népszerűtlen intézkedései komoly érdekeket sértettek, az "ellentartás" egyre nőtt, a hálapénzen kívül is megannyi formában létező egészségügyi korrupció korábban ismeretlen akadályokba ütközött, melyet az egészségügy szereplői rendkívül nehezen éltek meg.

Megkésve, koncepciói, vitaanyagai között adta ki 2009. november 16-án az Egészségügyi Minisztérium azt az Útmutatót, amely hasznos segítséget jelentett/jelenthetett adott esetben az egészségügyi közszolgáltató intézmény feladatainak gazdasági társasági formában való ellátásához szükséges előkészítő tevékenység elvégzése során³⁴. Bemutatásra került az

³⁴ Az útmutató az Egészségügyi Minisztérium archív weboldalán még ma is megtalálható az alábbi linken:
<http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/koncepciok-vitaanyagok/utmutato-egeszseguyi>

útmutatóban a vonatkozó jogszabályi környezet, összehasonlításra kerültek a lehetséges működtetési formák, valamint a költségvetési szerv megszüntetése utáni teendők. Az útmutató külön fejezete foglalkozik a vagyongazdálkodással, vagyongazdálkodással, és számos gyakorlati kérdéskörben is hasznos segítséget kaphatnak azok a fenntartók, akik az átalakításban gondolkodnak.³⁵ Időközben a nagy ellenfelek, a HospInvest Zrt.³⁶ és a Medysist Kft.³⁷ is visszaadni kényszerültek az általuk működtetett kórházakat. A Kormány még 2009. december 21-én kiadta 296/2009. számú rendeletének az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Kormányrendelet módosításáról szóló jogszabály módosítását. Ezzel megszületett egy körültekintőnek nevezhető jogszabály is, mely az ellátási felelősséggel rendelkező fenntartók számára nyújtott hathatós segítséget, azonban le kell szögeznünk, hogy majd egy évtizedet késett ezzel a szakpolitikai vezetés.

³⁵ Pl.: Humánerőforrás, hitelfelvétel, számviteli kérdések, szükséges lépések és azok időterve.

³⁶ Kiskunhalas, Hatvan, Gyöngyös, Eger működtetője.

³⁷ Körmend, Mezőtúr, Tapolca működtetője.

6. A PRIMER KUTATÁS TARTALMA, MÓDSZERE, INDOKLÁSA

Közismert, hogy az emberi hozzáállás számszerűsíthető és így statisztikai módszerekkel elemezhető. Ebből kiindulva az alkalmazott elemszámú mintán végzett kutatás eredménye ugyan nem reprezentatív, de mégis megbízható információkkal szolgál. Egykori munkatársaimat, különféle szakmai területeken dolgozó kórházi vezetőket kértem meg az értekezésemhez tartozó kérdőív kitöltésre, illetve kértem őket arra, hogy juttassák el beosztottaikhoz, más kórházak szakembereihez a kérdőíveket, akikkel ők is kapcsolatban állnak. Továbbá elektronikusan is megküldtem a kérdőíveket az egészségügyi menedzseri képzésben résztvevők, valamint a különböző doktori iskolai konferenciák résztvevői számára, akiket szintén kértem a kérdőív kitöltésére, valamint arra, hogy a földrajzi környezetükben működő kórházak szakembereihez juttassák el a kérdőívet. Úgy ítélt meg, hogy a hólabda technika alkalmazása biztosíthatja számomra a minél magasabb számú kitöltött kérdőívet.

A kiküldött kérdőíveket 265 kórházi érintett töltötte ki, amelyből a kutatás alapjául tényleges 258 szolgált, mivel elégtelen kitöltés miatt 7 kérdőív nem volt használható.

Tudatában voltam annak a ténynek, hogy önkitöltős kérdőív esetében a válaszadási hajlandóság alacsonyabb, mint a személyes kitöltetés esetén, de a költséghatékonyság miatt kénytelen voltam ezzel a korláttal élni. Tudtam, hogy az egészségügyben dolgozók számára leginkább az a megoldás a megfelelő, úgy a legnagyobb a kitöltési hajlandóság, ha a már kinyomtatott kérdőíveket eljuttatom a kórházak illetékeseihez, kapcsolataihoz, és nem merülnek fel az egészségügyi intézménynek ezzel kapcsolatban költségei.

A kérdőíves megkeresés személyesen, telefonon, illetve e-mailben történt. A témavezető ajánló levele biztosította a kutatás egyetem általi támogatottságát (M3. számú melléklet). A kérdőív elkészítéséhez és kitöltetéséhez a témavezetőm és olyan szakemberek segítségét vettem igénybe, akik érintettjei voltak a különféle kórházi kiszervezési folyamatoknak.

A kérdőív külső megjelenése rendezett és áttekinthető, a kutatás céljának rövid leírása után a kitöltés legkésőbbi időpontja is szerepelt a bevezetésben. A kérdőívben nyílt és zárt

kérdések is szerepeltek, feleletválasztós, többváltozós és szabadszöveges kérdések formájában. A kérdőív végén véleménynyilvánításra, személyes tapasztalatok lejegyzésére is volt lehetősége a kitöltőknek, ezzel a lehetőséggel azonban kevesen éltek.

A kvalitatív kutatást személyesen, mélyinterjú segítségével végeztem. A mélyinterjú során mélyebb, árnyaltabb vélemény megszerzésére volt lehetőségem, szubjektív tényezők figyelembevételével. A 6 mélyinterjú időtartama egyenként 30-60 perc között volt, melyben lehetőségem volt az interjúalany véleményének, beállítódásainak, tapasztalatainak, gondolkodási mintájának megértésére, megismerésére, a jelenlegi helyzet feltárására.

A kvantitatív és kvalitatív módszerek kombinált alkalmazásával az volt a célom, hogy a kutatás hiteles és megbízható legyen. Fontos volt, hogy a kérdőív kitöltői, az interjúalanyok a kutatás témájára koncentráljanak és a célom a pontos rögzítés volt. A mélyinterjúk hangrögzítéssel, jegyzeteléssel, majd ezután leírással kerültek dokumentálásra. Igyekeztem kétirányú kommunikáción alapuló mélyinterjút készíteni, melynek során az interjúalanyok a feltett kérdésekre válaszolnak amellet, hogy a véleményüket részletesen is kifejtik a témában.

6.1. A primer kutatási módszer leírása, menete

A kutatás lépéseit az alábbi táblázatban foglaltam össze:

	Leírás	Időszak
1	A kutatásban résztvevő egészségügyi szakemberek felkutatása, kijelölése	2013
2	Szekunder kutatási adatok gyűjtése	2012 – 2013
3	Kvantitatív kutatás: Kérdőív elkészítése, melynek célja a hipotézisek igazolása, illetve elvetése	2013. március – 2013. augusztus
4	A kérdőív kitöltése	2013. szeptember 1 – 2013. szeptember 20.
5	Kvalitatív kutatás: Mélyinterjúk elkészítése	2013. október 1 – 2013. október 31.
6	A kutatás szöveges és grafikus részletes kiértékelése	2013. december
7	A primer és szekunder kutatások egybevetése, ütköztetése	2013. december

Forrás: Saját szerkesztés

6. táblázat Az értékeléshez kapcsolódó kutatás lépései

A tudományos kutatás típusai:

- primer: új információ felkutatása,
- szekunder (alkalmazott): meglévő információk felhasználása.

6.2. A kutatás elemzése

Az értekezés alapjául szolgáló kutatás fő célcsoportja a hazai kórházak jelenlegi, illetve volt dolgozói, alkalmazottai, vezetői, valamint két nagy kórházi beszállító szolgáltató cég vezető pozícióban lévő munkatársai voltak. Először megvizsgáltam a saját feltevéseimet, melyek a kutatás során pontosításra kerültek, sorra került a szakirodalmi ismeretek vizsgálata, majd ezután következett a statisztikai alapokon nyugvó kiértékelés.

A mélyinterjúk elkészítése, mint feltáró típusú kutatás fókusz a hipotézisekben megfogalmazott feltevések vizsgálata, ezek kiegészítése új szempontok, nézőpontok figyelembevételével.

A statisztikai elemzések elvégzéséhez az IBM SPSS 17.0 verziójú statisztikai elemzőszoftvert használtam, mely biztosítja a teljes elemzési folyamat lefolytatásához szükséges alapfunkciókat. Az SPSS for Windows programrendszer a statisztikai elemzéseken alapuló adatfeldolgozások egyik nemzetközileg leginkább elterjedt eszköze. Az SPSS egy moduláris, szorosan integrált teljes körű termékcsomag a folyamattervezés, az adatgyűjtés, az adatkezelés, az adatelőkészítés, az elemzés, a jelentéskészítés és a kiértékelés munkafázisok elvégzéséhez.

A változók mérési szintje

A kérdőívben szereplő kérdések 3 blokkba sorolhatók:

- attitűd-kérdések a kiszervezés megítéléséről,
- a megkérdezettek demográfiai és egyéb, szakmai háttérét tudakoló kérdések,
- számszerű jellemzők a vizsgált területről.

A kérdőívben szereplő kérdések mérőskála típusait az M5. számú mellékletben található táblázatban foglaltam össze.

Egy arányskála, és két szöveges változó kivételével az összes többi változó nominális vagy ordinális mérési szintű. Az intézményi-munkahelyi adatok természetesen főleg nominálisak, az egyes hatásokról és szempontokról érdeklődő kérdések pedig attitűdskálákat használnak a válaszadásra, ezek pedig ordinális mérési szintűek.

		A tény: a null-hipotézis:	
		Helyes	Nem helyes
A döntés: a null hipotézis:	megtartásra kerül	Jó döntés (erő) (1- α)	Hiba (másod fajú) (β)
	elvetésre kerül	Hiba (első fajú) (α)	Jó döntés

Forrás: Saját szerkesztés

7. táblázat A szignifikancia szint – a döntés hibája – a hipotézisvizsgálat igazságmátrixa

A 7. táblázat alapján látható, hogy elsőfajú hiba esetén az egyébként helyes null hipotézis elvetésre kerül. Ennek valószínűségét α -val vagy p-vel jelöljük. Másodfajú hiba esetén az egyébként helytelen null hipotézis megtartásra kerül. Ennek valószínűségét β -val jelöljük. Ennek értéke adott β esetén nem számítható, de becsülhető. Az elsőfajú hiba valószínűségének csökkentésével a másodfajú hiba valószínűsége nő.

A különböző próbák alkalmazása során a lehetséges elsőfajú hiba értékét lehet megállapítani, ez kerül a szignifikancia szinttel összevetésre. Az adattípusok alapján statisztikai elemzés céljából a következő módszereket választottam: Khi négyzet próba, Fisher-féle egzakt próba valamint a Friedman féle ANOVA varianciaanalízis.

Khi négyzet függetlenségvizsgálat: az alacsony khi négyzet érték függetlenséget jelez. A számított Khi-négyzetből kiszámítjuk a lehetséges elsőfajú hibát a Khi eloszlás segítségével és így kapjuk meg a lehetséges elsőfajú hibát. Ezt az értéket egy elméleti értékkel (szignifikancia szint) vetjük össze és ez alapján lehet dönteni a hipotézis elfogadásáról vagy elutasításáról. Az elméleti érték táblázatból kikereshető szabadságfok ($df=(sor-1)*(oszlop-1)$), illetve a választott szignifikancia szint (α) alapján.

A Khi tesztnél kis elemszámú minta esetében Yates korrekció alkalmazására került sor.

A fő különbség a Khi négyzet próba és a Fisher-féle egzakt próba alkalmazásakor, hogy a Khi négyzet próbákkal kétoldali ellenhipotézist tesztelhetünk, a Fisher-féle egzakt teszttel egyoldali ellenhipotézis is vizsgálható.

Fisher-féle egzakt próba (F-eloszlás):

A teszt elnevezése arra utal, hogy a Khi négyzet eloszlással szemben, ahol a valószínűséget csak közelítjük, az egzakt tesztnél a táblához tartozó valószínűség pontosan meghatározható. Ehhez az adott marginális összegekhez (R_m ; illetve C_n a sorokra és oszlopokra) tartozó összes lehetséges altáblát (segéd táblát – $a_{i,j}$ értékekkel az adott cellában) kell létrehozni, és mindegyikből kiszámítani a feltételes valószínűséget (p_{cutoff}).

Az adott kritériumnak (pl. a megfigyelt gyakoriságokból számított p értéknél kisebb p értékűek) megfelelő valószínűségek összege adja a lehetséges elsőfajú hiba értékét.

Friedman teszt:

Több összetartozó minta nem paraméteres összehasonlítására használatos, nem paraméteres ismételt méréses ANOVA. Az eljárás célja az átlagok összehasonlítása, eszköze a varianciák vizsgálata.

6.3. Az elemzési módszerek bemutatása

A változók mérési szintjének megfelelően a leíró statisztikai összefoglaláson kívül **keresztáblás elemzést, rangkorrelációt**, valamint **átlag-összehasonlítást, t-próbát, Friedmann-tesztet és varianciaanalízist** használtam.

A **keresztáblás elemzéssel** mind a nominális, mind az ordinális változók elemezhetők. Az egyes válaszkategóriák (pl. „Egyáltalán nem ért egyet, „Teljesen egyetért”) gyakoriságait jeleníti meg egy vagy több másik változó kategóriái tükrében. Amennyiben a gyakoriságok koncentrálnak, az a változók összefüggésére utalhat. Koncentrációnak azt nevezzük, ha az egyik változó egy kategóriájában a másik változó valamelyik kategóriája nagyobb gyakoriságot mutat, mint önmagában (függetlenül). A „nagyobb” gyakoriság megítélésére χ^2 -próbát alkalmaztam, mely egzakt választ ad arra a kérdésre, hogy a koncentráció – a „nagyobb” gyakoriság – eredhet-e a mintavétel véletlenszerűségéből, vagy valódi (szignifikáns) statisztikai érvényessége van. A próba azon alapul, hogy a két változó függetlensége esetén kialakuló eloszláshoz hasonlítja a kapott, tényleges eloszlást, és megállapítja, hogy az eltérés hibahatáron kívül esik-e.

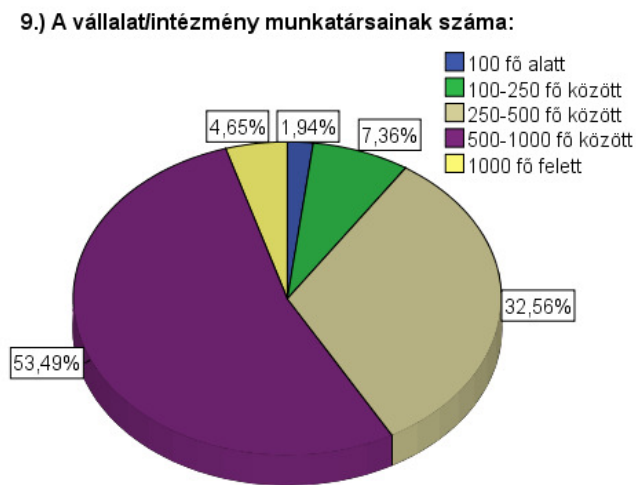
A **rangkorreláció** ordinális változók kapcsolatának szorosságát méri, a válaszkategóriák relatív pozíciója alapján. Az ordinális változók kategóriái rendezett sorrendűek, a sorban elfoglalt helyük szerint kapják rangszámukat (pozíciójukat). A korreláció mértéke azt fejezi ki, hogy mennyire vannak szinkronban a két változóban a rangszámok.

Az attitűd-kérdéseknél a feldolgozásban a rangkorreláció és a keresztáblás elemzés mellett használható az átlagok összehasonlítása és a **varianciaanalízis** is. A varianciaanalízis diszkrét változók hatását méri, teszteli folytonos változóra. A választ ezzel a módszerrel arra keressük, hogy a diszkrét változó egyes kategóriáiban a folytonos, magas mérési szintű függő változó átlaga és szórása eltér-e. Az átlagok közötti különbségek megítélésére itt is egzakt módszereket alkalmaztam, az F-próbát, amely a magyarázó változó hatásának szignifikanciáját teszteli, illetve az η^2 -et (vagyis a szórás megmagyarázott hányadát).

Az előbbi a folytonos függő változó külső és belső szórásának arányát számolja, az utóbbi pedig a függő változó szórásából a csoportosítás, azaz a diszkrét változó kategóriái által megmagyarázott hányadát mutatja. Mindkét módszer az adott kérdésre adott válaszok szórását veszi figyelembe, összehasonlítva a teljes szórással (Király, 2010).

6.4. A minta összetétele

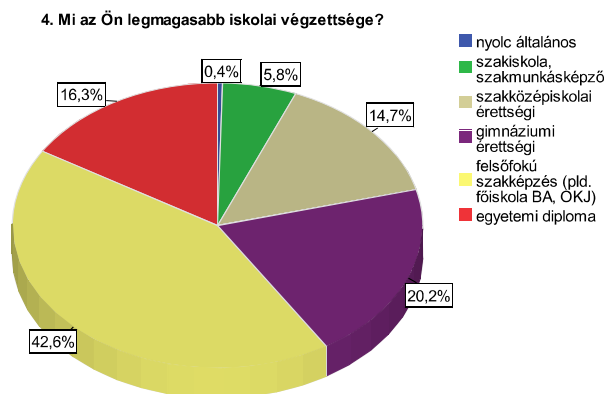
A megkérdezettek többsége – 54%-a – 500 és 1000 fő közötti létszámú intézménynél dolgozik.



Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

14. ábra A válaszadó intézményének munkatársi létszáma

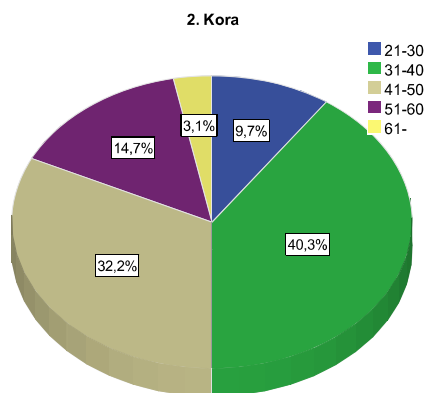
A mintában a legtöbben felsőfokú szakképzettséget (főiskola, OKJ) szereztek (43%), és jelentős az egyetemi végzettségük aránya is (16%).



Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

15. ábra A kérdőívet megválaszolók legmagasabb iskolai végzettsége

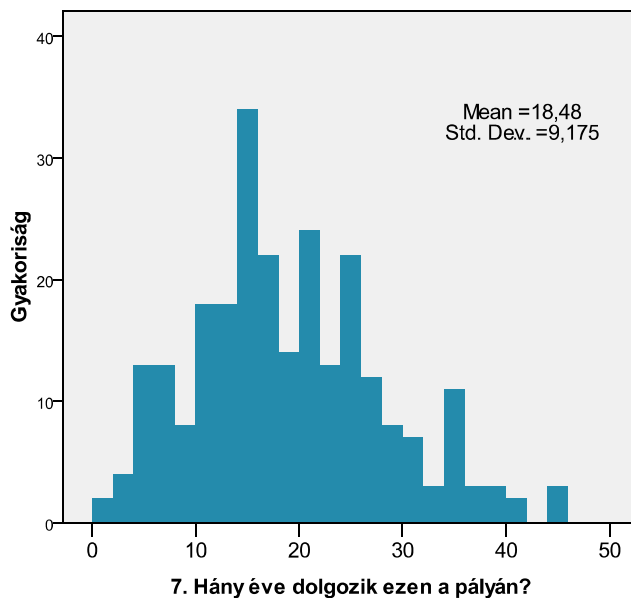
A 16. ábra az életkori megoszlást mutatja be: az értékelhető kérdőívet kitöltők legnagyobb része a 31-50 évesek közül való.



Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

16. ábra Válaszadók életkori megoszlása

A mintában egyaránt megtalálható a pályakezdő és a nagy szakmai rutinnal rendelkező dolgozó. A szakmai pályafutás megoszlása alapján kijelenthető, hogy a válaszadók zöme elegendő tapasztalattal rendelkezik a kérdések megítélésében; a leggyakoribb a 15 éves szakmai tapasztalat.

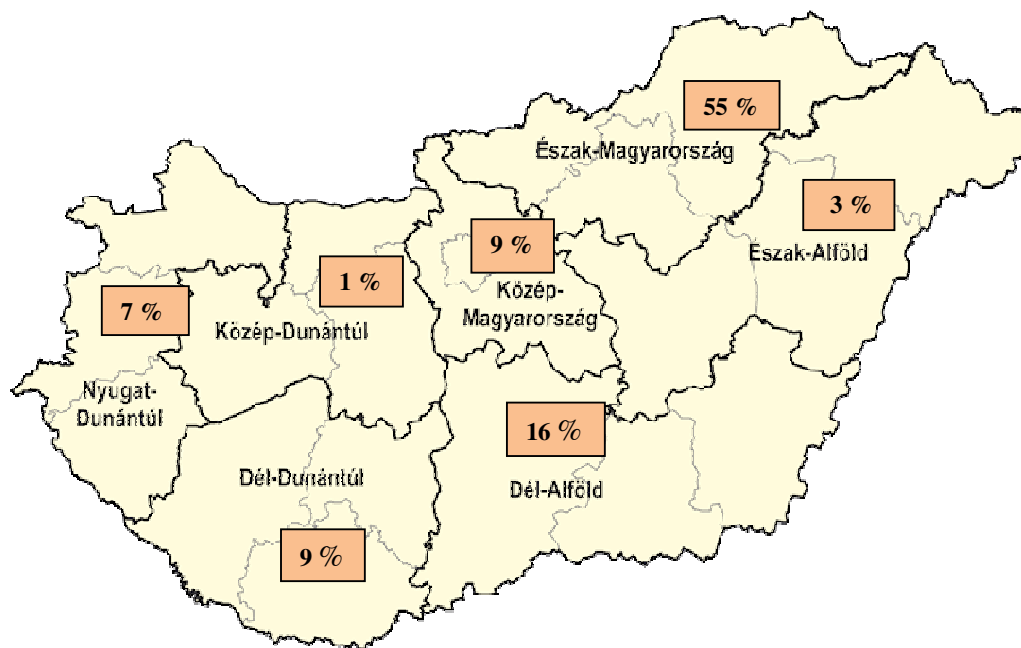


Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján³⁸

17. ábra Válaszadók pályán eltöltött éveinek száma

Az 18. ábrán a kérdőív válaszadóinak munkahelyi elhelyezkedését mutatom be. Mivel a legtöbb személyes kapcsolat az Észak-Magyarországi régióhoz fűz, így innen sikerült a legnagyobb számú kitöltött, értékelhető kérdőívet visszakapni (55%). Jelentős arányúnak tekinthető még válaszadás szempontjából a Dél-Alföldi régió is (16%). Nagyon sok kérdőív érkezett vissza a kiskunhalasi kórházból, ahová szintén személyes kapcsolatok fűznek. A legkevesebb választ a Közép-Dunántúlról és az Észak-Alföldről sikerült beszerezniem (1-3%).

³⁸ Mean: Átlag, középérték; Std. Dev. (Standard Deviation): Szórás



Forrás: Saját szerkesztés, kérdőíves kutatás alapján

18. ábra Válaszadók munkahelyének elhelyezkedése Magyarországon

6.5. Kutatási modell

Hipotézisek	A kérdőíves kutatás egyes hipotézisekre vonatkozó releváns állításai
<p>H1. <i>Az egyes szakterületek sajátosságait érdemes megvizsgálni a kiszervezési döntés előtt, mivel azok eltérő sajátosságokkal rendelkeznek e tekintetben, valamint eltérő lehetőségeket hordoznak. Az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területek egy részét a kórháznak saját működtetésben kell tartania.</i></p>	<p>Állítások: 11-es, 12-es kérdéscsoport valamennyire; „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.”; „Az egészségügyi intézmény minden szakmai területének működtetése állami feladat.”; „Az egyes szakterületek működtetése hatékonyabb lehet a szakterületre specializálódott szolgáltatók által.”; „Magasabb szakmai színvonal”; „Az ellátórendszer hatékonyságának növelése”.</p>
<p>H2. <i>A szakirodalom jórészt csak az outsourcing lehetséges előnyeit domborítja ki. Sokan eleinte épp emiatt, mint pozitív hozadékkal rendelkező intézkedésként tekintettek a kiszervezésekre, holott a lehetséges kockázatok és hátrányok, nem kellően alapos előkészítés esetén nagyobbak lehetnek, mint az előnyök. Megalapozott, megfelelően előkészített outsourcing döntések, előzetes számítások és életpálya-modellek szükségesek azért, hogy ne csak vélt gazdaságossági szempontok motiválják a döntéshozókat.</i></p>	<p>Állítások: „A kiszervezések hatására megnő a munkaerő elvándorlás, a fluktuáció veszélye.” „A dolgozók jelentős hányadát érintő döntések előtt a vezetők kellően előkészítik a változásokat, megfelelő minőségű a kommunikáció.” „A kiszervezett dolgozók esetében nő bizonytalanság, nem mindig tudják megítélni, kitől fogadhatnak el utasításokat.” „Az outsourcing minden esetben költségsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében” „A kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.”</p>

Hipotézisek	A kérdőíves kutatás egyes hipotézisekre vonatkozó releváns állításai
<p>H3. <i>A kiszervezésekkel kapcsolatos korábbi negatív tapasztalatok megingatták a bizalmat az egészségügyi intézmények vezetőiben, a dolgozóknak a menedzsment technikával összefüggésben, és ez is hatással volt az outsourcing további terjedésére az egészségügyben.</i></p>	<p>Állítások: „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.”; „Az egészségügyi intézmény minden szakmai területének működtetése állami feladat.”</p>
<p>H4. <i>Az egyes szakmák és foglalkozási csoportok érdekei nem különböznek a kiszervezéseket illetően az egészségügyi intézményekben.</i></p>	<p>Állítások: „A kiszervezések hatására megnő a munkaerő elvándorlás, a fluktuáció veszélye.” „Az érdekképviselők lehetőségei csökkennek a kiszervezett dolgozók tekintetében.” „Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése.” „A kiszervezett dolgozók esetében előfordulhat, hogy a cég fizetésképtelensége miatt nem, vagy csak késve kapják meg a jövedelmüket.” „A kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.”</p>
<p>H5. <i>Az általánosan alkalmazott outsourcing jellegű megoldások nem alkalmazhatók egy az egyben az egészségügyi kiszervezések területén, az egészségügyi specialitások figyelembe vétele nélkül. E szempont figyelmen kívül hagyása esetén sokszor kényszerül a kórházvezetés az insourcing technika alkalmazására.</i></p>	<p>A hipotézis igazolása vagy elvetése a szakirodalom tanulmányozása segítségével történik, a hazai és nemzetközi tapasztalatok megismerésével, azok szintetizálásával.</p>

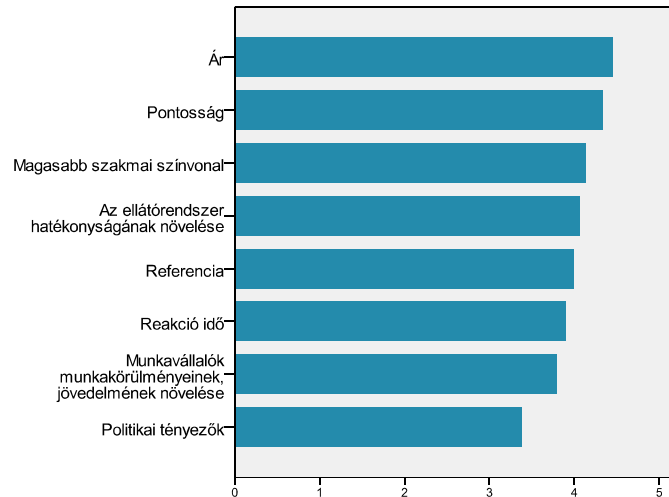
6.6. Hipotézisek vizsgálata

A kutatásához öt hipotézist fogalmaztam meg, melyek értékeléséhez a kérdőíves kutatás eredményeit, a mélyinterjúk tapasztalatait használtam fel, kiegészítve a vonatkozó szakirodalom tanulmányozásával. Az eredményeket ábra formájában, 1-5-ig terjedő skálán mutatom majd be. Az 1-es érték a legkevésbé fontos, legkevésbé jelentős, legkevesebbre értékelt szempont a válaszadó szerint, az 5-ös a legfontosabb, legjelentősebb értékeket jeleníti meg; a tényező a válaszadó számára a legjelentősebbek közé tartozik.

H1. Az egyes szakterületek sajátosságait érdemes megvizsgálni a kiszervezési döntés előtt, mivel azok eltérő sajátosságokkal rendelkeznek e tekintetben, valamint eltérő lehetőségeket hordoznak. Az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területek egy részét a kórháznak saját működtetésben kell tartania.

A kiszervezések két fontos mozgatórugója a költségek csökkentése és a hatékonyság növelése. A magyar egészségügyi intézmények esetében a rendszer és a szolgáltatások hatékonysága az orvosi és ápolási tevékenység színvonalát jelentené, megfelelő költséggazdálkodás mellett.

„11.) Az alább felsorolt tényezők mennyire játszhatnak/játszhattak fontos szerepet az outsourcing / kiszervezési döntések megalapozásában?”



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

19. ábra Különböző tényezők szerepe az outsourcing döntések megalapozásában (1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

A 11-es kérdésblokk feldolgozásából az derül ki, hogy a megkérdezettek a kiszervezés vonatkozásában mindenekelőtt a pénzügyi hatékonyságot vélik meghatározó szempontnak, a munkakörülményeket és a munkavállalók érdekeit kevésbé. Örömteli, hogy a politikai tényezőket tartják a legkevésbé releváns szempontnak a válaszadók.

A legmagasabbra értékelt „ár” átlaga **4.45**, a „pontosságé” **4.34**; a magasabb szakmai színvonal és az ellátás hatékonysága **4.14**-es, illetve **4.07**-es átlagot kapott. Habár a különbségek nem nagyok, mégis fontosak: t-próba eredményével és Friedmann-teszttel is kimutatható, hogy – a relatíve kis szórásnak köszönhetően – az **ár** a **pontosságot** kivéve mindegyik tényezőtől szignifikánsan különbözik ($p=0,00$). Így tehát az ár tekinthető a legfontosabb szempontnak. A magasabb szakmai színvonal és az ellátórendszer hatékonyságának növelése a középmezőnyben foglal helyet, fontosságban elmaradnak az ártól, a költségektől, tehát megállapítható, hogy az egészségügyre jellemző

szakmai elvárások és célkitűzések alárendelődnek a költséghatékonyságnak.

Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy számos szakterület és tevékenység esetében nem lehet kizárólag csak az ár alapján dönteni.

Részlet az egyik mélyinterjúból:

*„...az én méretemben nem tudok gazdaságosan ellátni, ezért több intézmény összekapcsolásával, vagy a területen kompetens vállalkozó részére történő kiadásával a tevékenységet méretgazdaságosan tudom végezni. Ekkor számolhatok minőségi javulással is, hiszen a tevékenységre szakosodott szakemberek csak az adott feladatra koncentrálnak, a tudásuk elmélyültebb. Ilyen lehet például a **labor** teljes, vagy a **röntgen** értékelése területének kiszervezése”*

A munkavállalók körülményeit és megbecsülését viszont szkeptikusabban ítélik meg, az az utolsó előtti helyre került.

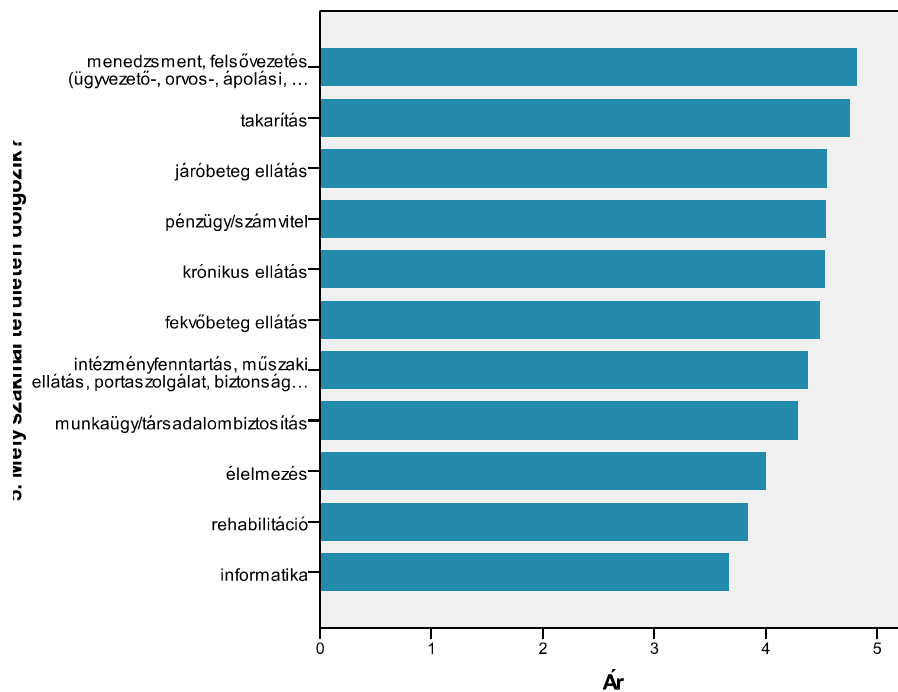
A 19. ábrában értékelt kérdésfelvetésre adott válaszok t-próba elemzését a 8. táblázat tartalmazza.

	Átlag	N	Szórás	Standard hiba
Ár	4,45	256	,834	,052
Munkavállalók munkakörülményeinek, jövedelmének növelése	3,80	256	1,154	0,07

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

8. táblázat T-próba statisztika

A szakterületek eltérő sajátosságai megjelennek abban is, hogy az ott dolgozók miként értékelik a kiszervezés lehetőségeit, így a szempontok fontosságának megítélésében nem elhanyagolható szerepe lehet annak, hogy a megkérdezettek mely szakmai területen dolgoznak.

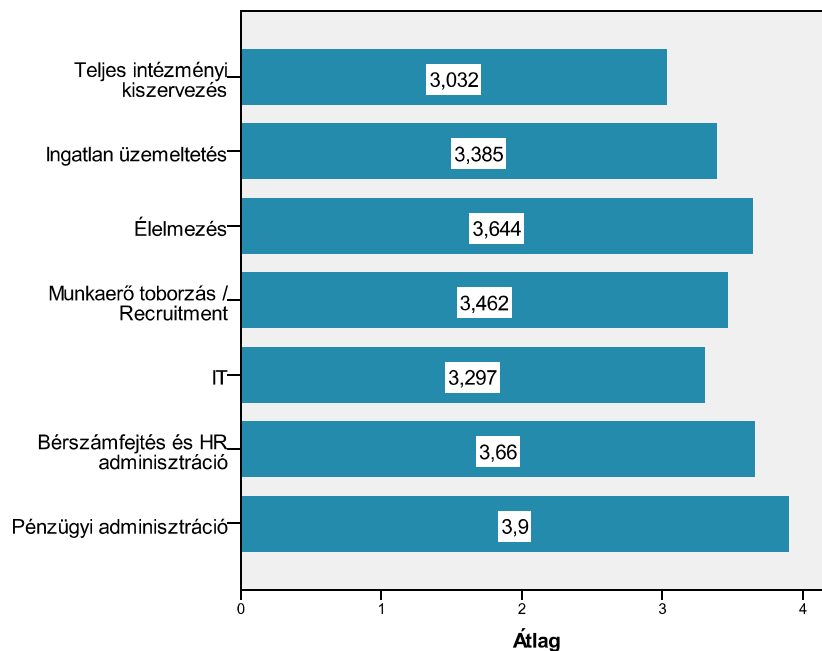


Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

20. ábra Az ár szerepének megítélése a különböző szakmai területek dolgozói által (1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

Az ár szempontját például valóban nem egyforma fontosságúnak ítélik meg az egyes szakterületek dolgozói. Legmagasabbra elsősorban azokon a szakterületeken értékelik, melyeken a profitorientált működtetés nagyobb szerepet, a szolgáltatás megvalósítása pedig nagyobb mozgásteret, rugalmasságot kaphat. Másképp fogalmazva: vannak területek, melyeknek a szemléletében nem az árhatékonyosság játszik kiemelt szerepet.

Ez az eltérő megítélés tükröződik a kiszervezéssel való elégedettségben. Bár a megkérdezetteknek csak csekély hányada rendelkezik tapasztalatokkal, így korlátozottan vehetjük csupán figyelembe az adott válaszokat, ezzel együtt megfigyelhető a különbség az egyes területek kiszervezésével való elégedettségben, másrészt azt is elfogadhatjuk, hogy az egyes szakterületeken dolgozók sem ugyanúgy látják a kiszervezés sikerességét.



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

21. ábra Egyes területeknek a kiszervezéssel kapcsolatos elégedettsége
(1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

Az egyes szakterületek képviselői a kiszervezés egyes aspektusairól is eltérő véleménnyel rendelkeznek:

Járóbeteg ellátás	Fekvőbeteg ellátás	Rehabilitáció	Krónikus ellátás	Menedzsment, felső vezetés	Pénzügy, számvitel	Munkaügy, társadalombiztosítás	Intézményfenntartás	Informatika	Élelmezés
2,86	3,36	1,67	3,94	3,20	3,32	3,09	4,00	2,83	3,00

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

9. táblázat Az egyes szakterületeken dolgozók véleménye az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető szakmai tapasztalatok hasznosságáról

Járóbeteg ellátás	Fekvőbeteg ellátás	Rehabili- táció	Krónikus ellátás	Menedzsment, felső vezetés	Pénzügy, számvitel	Munkaügy, társadalom- biztosítás	Intézmény- fenntartás	Informatika	Élelmezés
2,54	3,34	2,75	4,12	3,82	3,08	2,67	3,54	4,25	2,75

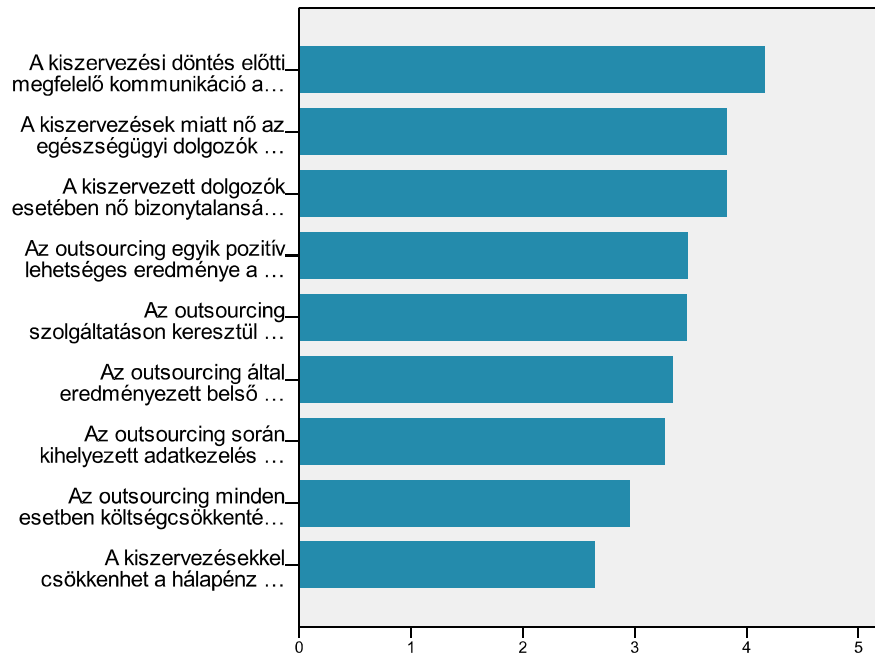
Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

10. táblázat Az egyes szakterületeken dolgozók véleménye az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások hasznosságának megítélése

A különbségek variancia-analízissel és F-próbával elemezve szignifikánsnak bizonyulnak ($p < 0.01$).

Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető szakmai tapasztalatok hasznosságáról a megkérdezett szakmai csoportok közül az intézményfenntartáson, a krónikus ellátás területén dolgozók vélekedtek a legpozitívabban, a rehabilitáció és az informatika területén dolgozók pedig a legkevésbé pozitívan. A kiszervezések kapcsán végbemenő belső szerkezeti átalakítások viszont épp az informatikai területen dolgozók számára voltak a leghasznosabbak, de hasonlóképpen, a krónikus ellátásban dolgozók is ekként vélekedtek. Leginkább kedvezőtlen változásnak ítélte meg a belső szerkezeti átalakításokat a munkaügy, társadalombiztosítás, valamint a járóbeteg ellátásban dolgozók többsége. Véleményem szerint ebben az átalakulás miatti többletmunkáknak, a járóbeteg szakrendelők átszervezései miatti költözéseknek is jelentős szerepük van.

H2. A szakirodalom jórészt csak az outsourcing lehetséges előnyeit domborítja ki. Sokan eleinte épp emiatt, mint pozitív hozadékkal rendelkező intézkedésként tekintettek a kiszervezésekre, holott a lehetséges kockázatok és hátrányok, nem kellően alapos előkészítés esetén nagyobbak lehetnek, mint az előnyök. Megalapozott, megfelelően előkészített outsourcing döntések, előzetes számítások és életpálya-modellek szükségesek azért, hogy ne csak vélt gazdaságossági szempontok motiválják a döntéshozókat.



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

22. ábra Az outsourcing megítélése különféle szempontok alapján
(1-5-ig terjedő skálán a válaszok átlaga alapján)

A 13-as kérdésblokk válaszainak elemzése azt mutatja, hogy a válaszadók borúlátóak a kiszervezés hatásait – költségek és a hálapénz csökkenése, szakmai fejlődés stb. – illetően. Természetesen önmagában az átlag még nem mond el mindent a véleményekről, így a szórások figyelembevételével lehet pontosítani az eredményeket. A kijelentések szórásai között csak minimális eltéréseket tapasztaltam, vagyis nincsenek kirívóan bizonytalan vagy feltűnően „magabiztos” állítások a blokkban. A standard hiba ~0.1 körül alakul (a változók

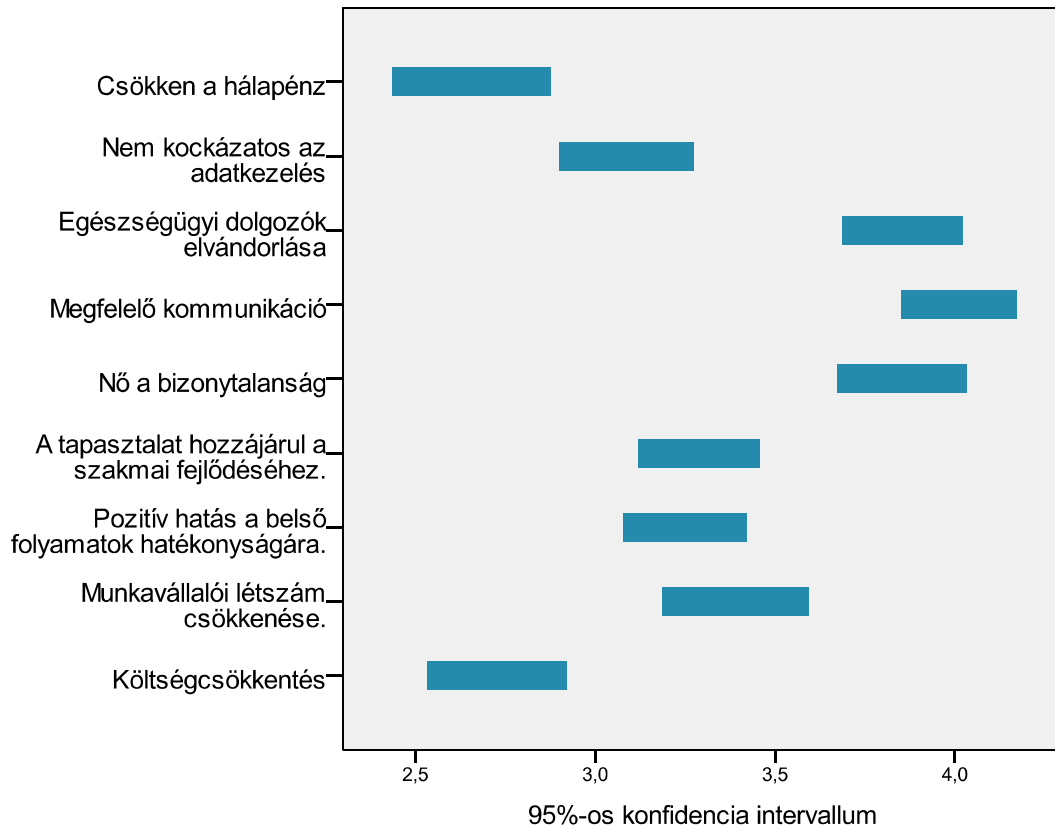
többségénél ennél alacsonyabb), tehát az átlagok elég megbízhatóan tükrözik az egyetértések különbségeit.

Állítások	N		Átlag	Standard hiba	Szórás
	n	Hiányzó			
Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében.	224	34	2,73	,098	1,471
Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése.	217	41	3,39	,103	1,521
Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.	223	35	3,25	,087	1,305
Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődéséhez.	228	30	3,29	,086	1,295
A kiszervezett dolgozók esetében nő a bizonytalanság, nem mindig tudják megítélni, kitől fogadhatnak el utasításokat.	210	48	3,85	,092	1,328
A kiszervezési döntés előtti megfelelő kommunikáció a döntéshozók részéről a munkavállalók teljes köre felé elengedhetetlen.	237	21	4,01	,082	1,260
A kiszervezések miatt nő az egészségügyi dolgozók elvándorlása	214	44	3,86	,085	1,249
Az outsourcing során kihelyezett adatkezelés biztonsági szempontból nem kockázatosabb a vállalaton belüli adatkezelésnél	219	39	3,09	,095	1,407
A kiszervezésekkel csökkenhet a hálapénz jelensége az egészségügyi intézményekben	204	54	2,66	,112	1,594

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

11. táblázat Leíró statisztikák

Mint a 23. ábrán is látható, a kiszervezések esetleges pozitívumaival szemben elég szkeptikusak a megkérdezettek. A legalacsonyabb értékelést a hálapénz jelentőségének csökkenése, illetve a költségek csökkenése kapta (**2.73-as** illetve **2.66-os** átlag), de a szakmai folyamatok fejlődéséhez való hozzájárulás és a belső folyamatok hatékonyságának javulása is alacsony átlagértéket kapott (**3.29** és **3.25**).



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

23. ábra Az outsourcing lehetséges pozitív eredmények értékelése megadott szempontok szerint
(1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

A három legmagasabb értékelést a dolgozók elvándorlása, a bizonytalanság, valamint a megfelelő kommunikáció fontossága kapta. Ez utóbbit vélhetően elvárásként értelmezték a kérdezettek. Bár ránézésre is látszik, hogy az átlagok között valódi eltérések vannak – a konfidencia-intervallumok szeparáltan helyezkednek el –, mind a t-próba, mind a Friedmann-teszt, mind a Khi^2 -próba szerint vannak szignifikáns különbségek az értékelések között ($p < 0.01$).

Statisztikai tesztek	
N (minta száma)	151
Khí-négyzet próba	147,652
Df (szabadságfok)	8
Asymp. Sig. (empirikus szignifikancia szint)	,000
a. Friedman Teszt	

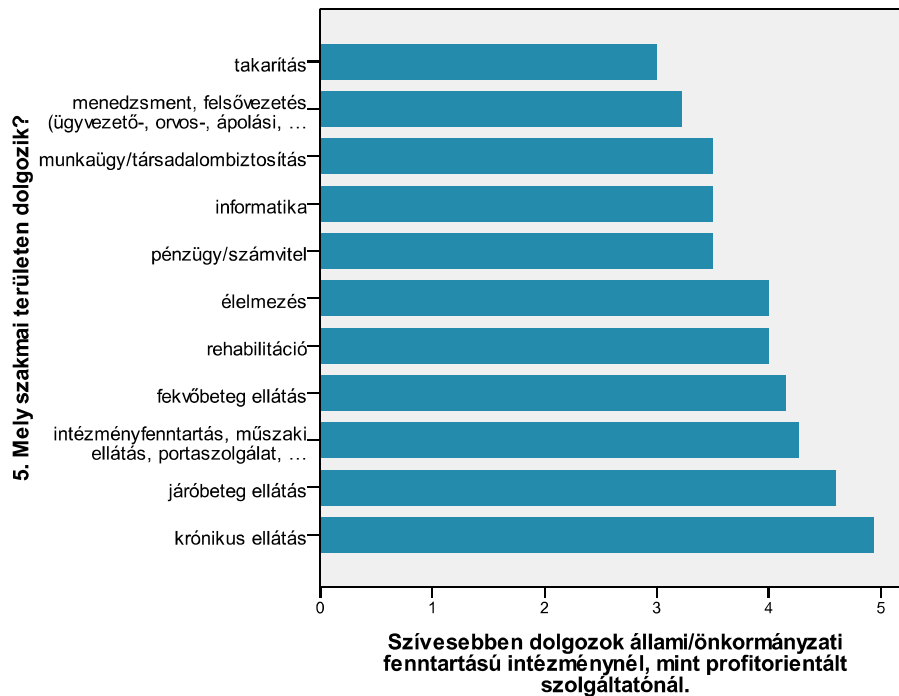
Forrás: Saját szerkesztés

12. táblázat Statisztikai tesztek

H.3. A kiszervezésekkel kapcsolatos korábbi negatív tapasztalatok megingatták a bizalmat az egészségügyi intézmények vezetőiben, a dolgozóknak e menedzsment technikával összefüggésben, és ez is hatással volt az outsourcing további terjedésére az egészségügyben.

A kiszervezésről való vélekedést jól mutatja a „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.” kérdés is, mellyel a válaszadók **55%-a (!)** teljes mértékben egyetért. További **19%-uk** jelölte az „inkább egyetért” tartalmú választ; így az egyetértő válaszok együttesen **74%-ot** adnak, lényegében a kérdezett válaszadók 3/4-e hasonlóan vélekedik.

A kép természetesen árnyaltabb lesz, ha szakterületenként nézzük: a beteg-ellátási területeken dolgozók esetében szignifikánsan magasabb az egyetértők hányada, mint a kiegészítő, kisegítő, non-core (fenntartási, műszaki, humán stb.) területeken.



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

24. ábra Válaszadók munkahely preferenciája a szakterület függvényében (1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

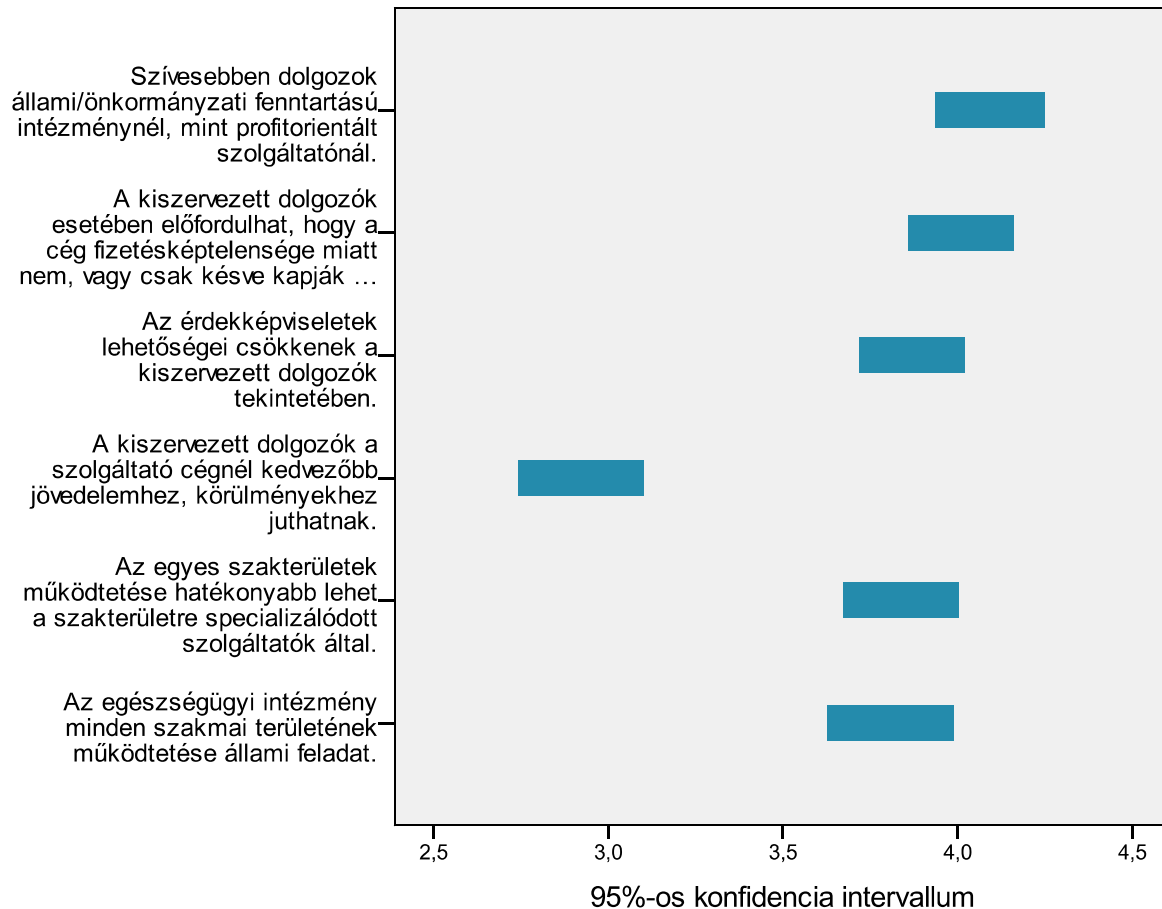
A kérdőív 14-es blokkjának kérdéseire adott válaszok már nem különböznek ennyire. Jóval egyöntetűbb a megítélésük: csak a lehetséges kedvezőbb jövedelem lóg ki a sorból, az átlaga (2.92), szignifikánsan alacsonyabb a többi kérdésre adott válasz átlagánál. A legmagasabb értékelést a „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati intézménynél” állítás kapta, ami már magában is intő jel arra, hogy a kiszervezésben való karrierfolytatás nem vált igazán vonzóvá. A standard hiba ezeknél a kijelentéseknél is 0.1 alatt van, tehát megbízhatónak tekinthetjük a kapott átlagokat, és nincs komoly különbség a szórásokban.

	Az egészségügyi intézmény minden szakmai területének működtetése állami feladat.	Az egyes szakterületek működtetése hatékonyabb lehet a szakterületre specializálódott szolgáltatók által.	A kiszervezett dolgozók kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.	Az érdekképviselések lehetőségei csökkennek	A kiszervezett dolgozókkal előfordulhat, hogy nem, vagy csak kevésbé kapják meg a jövedelmüket.	Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.
N	244	240	230	229	230	239
Hiányzó	14	18	28	29	28	19
Átlag	3,81	3,84	2,92	3,87	4,01	4,09
Standard hiba	,092	,084	,091	,077	,077	,079

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

13. táblázat A kiszervezésekhez kapcsolódó beállítódások statisztikai vizsgálata

Az állítások átlagainak vizsgálata után egyértelmű az a megállapítás, hogy az egészségügyi dolgozók az egészségügy működtetését, szervezését, fenntartását állami kézben érzik a leginkább biztonságban.



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves kutatás alapján

25. ábra A kiszervezésekhez kapcsolódó beállítódások vizsgálata
(1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

Az ábrák függőleges tengelye mellett található szöveges információk terjedelmi okok miatt nem mindenhol olvashatók teljes hosszukban, azok az M4. számú mellékletben teljes terjedelmében megtalálhatóak.

A szempontok közös dimenzióit főkomponens-elemzéssel hoztam felszínre. A változók Cronbach Alfa értéke **0.73**, tehát az elemzés releváns lehet. A kérdőív 13-as blokkjának kérdései az elemzés alapján **két komponens**t alkotnak. A változók KMO-értéke **0.756**, a megőrzött variancia **61%**. Két változót az alacsony kommunalitás miatt ki kellett hagyni az elemzésből.

A **Kaiser-Meyer-Olkin-kritérium**³⁹ az egyik legfontosabb mérőszám annak megítélésében, hogy a változók mennyire alkalmasak a faktorelemzésre. A KMO-érték az anti-image az MSA értékek átlaga. Míg az MSA érték az egyes változókra vonatkozik, a KMO az összes változóra egyidejűleg. A KMO mutatószám „jóságát” a következőképpen ítéldjük meg: $KMO \geq 0,9$ kiváló, $KMO \geq 0,8$ nagyon jó, $KMO \geq 0,7$ megfelelő, $KMO \geq 0,6$ közepes, $KMO \geq 0,5$ gyenge, $KMO < 0,5$ elfogadhatatlan (Sajtos-Mitev, 2006).

Kaiser-Meyer-Olkin érték	,756
Bartlett-féle teszt of Sphericity	299,531
Approx. Khi-négyzet-próba	
df	21
Sig.	,000

Forrás: saját szerkesztés kérdőíves kutatás alapján

14. táblázat KMO és Bartlett teszt a kérdőív 13. blokkjához kapcsolódóan

KMO értéke 0,756, ami azt jelenti, hogy a változók alkalmasak a módszer elvégzésére. Az első komponenst, mint a kiszervezésnek a racionalitásra és a hatékonyságra tett pozitív hatásait írhatjuk le, a második komponenst pedig, mint a negatív hatásokat: elvándorlás, bizonytalanság. A két komponens szintjét (átlagait) vizsgálva az derül ki, hogy a szakmai területek között szignifikáns különbség van ($p=0.012$ illetve 0.043). Érdekes módon azonban nem olyan módon, hogy az egyes területeken inkább a pozitív vagy inkább a negatív komponens lenne erősebb, hanem sokszor mind a negatív, mind a pozitív dimenzió magasabb (vagy alacsonyabb) átlagot ad egyes területeken, mint másokon. Fogalmazhatunk úgy is, hogy egyes szakterületeken „drámaiabban” ítélik meg a kiszervezés lehetséges pozitív és negatív hatásait, más szakterületeken pedig óvatosabban. Hasonló faktorokra lehet bontani a 14-es kérdéscsoportot is: itt az első dimenzió (faktor) a

³⁹ KMO-kritérium

konzervatív szemléletet, a változások elutasítását, a második dimenzió pedig az újdonság lehetőségeit képviseli, beleértve annak kockázatát is. Igaz, az „érdekképviseltek lehetőségei csökkennek” állítás eltér a többi állítástól, mivel tartalmában mindkét dimenzióba beletartozhat.

Állítások	Komponens	
	1	2
Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődéséhez.	,800	
Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.	,764	
A kiszervezésekkel csökkenhet a hálapénz jelensége az egészségügyi intézményekben.	,721	
Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében	,703	
A kiszervezett dolgozók esetében nő a bizonytalanság, nem mindig tudják megítélni, kitől fogadhatnak el utasításokat.		,881
Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése.		,770
A kiszervezések miatt nő az egészségügyi dolgozók elvándorlása.		,463

Forrás: Saját szerkesztés kérdőíves felmérés alapján

15. táblázat A kiszervezések pozitív és negatív hatásainak komponensvizsgálata

Állítások	Komponens	
	1	2
Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.	,778	
A kiszervezett dolgozók esetében előfordulhat, hogy a cég fizetéseképtelensége miatt nem, vagy csak késve kapják meg a jövedelmüket.	,666	
Az egészségügyi intézmény minden szakmai területének működtetése állami feladat.	,629	
A kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.		,785
Az egyes szakterületek működtetése hatékonyabb lehet a szakterületre specializálódott szolgáltatók által.		,662
Az érdekképviselők lehetőségei csökkennek a kiszervezett dolgozók tekintetében.		,640

Forrás: Saját szerkesztés kérdőíves felmérés alapján

16. táblázat A kiszervezések hatásaival kapcsolatos állítások komponenseik átlagainak vizsgálata

Amennyiben a pozitív vagy vonzó állításokat és a negatív állításokat hasonlítjuk össze, azt az eredményt kapjuk, hogy kimutatható különbség van a két állítás-csoport átlagértékei között. A negatív, bizonytalanságot, szkepticizmust megfogalmazó állítások átlagai **3.85** és **4.01** között vannak, ezzel szemben a pozitívumokat megfogalmazó tételek közül csak „Az egyes szakterületek működtetése hatékonyabb lehet a szakterületre specializálódott szolgáltatók által” állításnak van **3.86-os** átlaga, a többié **2.66** és **3.29** között mozog.

Állítások	N	Átlag	Szórás
Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében	224	2,73	1,471
Az egyes szakterületek működtetése hatékonyabb lehet a szakterületre specializálódott szolgáltatók által.	240	3,84	1,304
Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődéséhez.	228	3,29	1,295
A kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.	230	2,92	1,381
Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.	223	3,25	1,305
Az outsourcing során kihelyezett adatkezelés biztonsági szempontból nem kockázatosabb a vállalaton belüli adatkezelésnél	219	3,09	1,407
A kiszervezésekkel csökkenhet a hálapénz jelensége az egészségügyi intézményekben	204	2,66	1,594
A kiszervezések miatt nő az egészségügyi dolgozók elvándorlása	214	3,86	1,249
A kiszervezett dolgozók esetében nő a bizonytalanság, nem mindig tudják megítélni, kitől fogadhatnak el utasításokat.	210	3,85	1,328
Az érdekképviseltek lehetőségei csökkennek a kiszervezett dolgozók tekintetében.	229	3,87	1,159
A kiszervezett dolgozók esetében előfordulhat, hogy a cég fizetésektelensége miatt nem, vagy csak késve kapják meg a jövedelmüket.	230	4,01	1,167
Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése.	217	3,39	1,521
Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.	239	4,09	1,226
A kiszervezési döntés előtti megfelelő kommunikáció a döntéshozók részéről a munkavállalók teljes köre felé elengedhetetlen.	237	4,01	1,260
Az egészségügyi intézmény minden szakmai területének működtetése állami feladat.	244	3,81	1,434
Valid N (listwise)	138		

Forrás: Saját szerkesztés kérdőíves felmérés alapján

17. táblázat Egészségügyi outsourcingra vonatkozó állítások átlagának és szórásának vizsgálata

Van néhány állítás, amelyeknek a megítélése – tehát, hogy mennyire pozitív vagy negatív – sajátos szempont kérdése. A munkavállalói létszám csökkenése például mást jelent egy menedzser, és mást az alkalmazottak számára.

Fontos adat még az egyes állítások szórása: az adott válaszok sokféleségét, heterogenitását fejezi ki ez a mutató. Értelemszerűen a kisebb szórás azt jelenti, hogy a válaszadók véleménye egységesebb, hasonlóbb, míg a nagyobb szórást azt jelzi, hogy a válaszok sokfélék, az átlag mögött tehát különböző vélemények húzódnak meg.

A „nyers” szórás mellett informatívabb a relatív szórásnak a kiszámítása, mely a szórás és az átlag hányadosa. (Egy 0.5-ös szórás pl. egész mást jelent, ha a változó átlaga 3, mint hogyha 30.)

A legnagyobb relatív szórása, tehát a legnagyobb heterogenitása a hálapénz jelentőségének, annak lehetséges csökkenésének van, **60%**. A költségek csökkenésének **54%**, a kedvezőbb jövedelmeké **47%**; ezzel szemben a dolgozók elvándorlása **32%**, a lehetséges fizetéképtelenség **29%**, az érdekképviseltek lehetőségeinek csökkenése **30%**, a kiszervezett dolgozók bizonytalansága **34%**-os relatív szórással rendelkezik.

A szórások elemzése tehát azt mutatja, hogy a vonzó aspektusok megítélése bizonytalanabb, tehát többféle álláspontot tükröz, a lehetséges negatív hatások megítélése „tömörebb”, hasonlóbb álláspontokat tükröz. Hogy ebben mennyi a szerepe a konkrét tapasztalatoknak, és mennyi a prekoncepcióknak, azt ebből a kutatásból nem lehet megítélni.

H4. Az egyes szakmák és foglalkozási csoportok érdekei nem különböznek a kiszervezéseket illetően az egészségügyi intézményekben.

„A kiszervezések hatására megnő a munkaerő elvándorlás, a fluktuáció veszélye.” állításra adott reakciók azt mutatják, hogy a megkérdezettek ezt komoly problémának, ugyanakkor lehetőségnek tartják: egy ötödük „nagyértékben” igaznak tartja az állítást, és további **37%** jelölte az ennél csak eggyel gyengébb szintű egyetértést. Ha megvizsgáljuk, hogy milyen szakmai helyzettel, illetve egyéb attitűddel van kapcsolata ennek a véleménynek, meglepő módon azt találjuk, hogy a „A kiszervezésekkel csökkenhet a hálapénz jelensége az egészségügyi intézményekben” állítással mutatható ki a legerősebb kapcsolat, a korrelációs együttható **0.488** ($p=0.00$).

A kiszervezés egyik fontos kérdése, hogy mennyire találják meg saját egzisztenciájuk és szakmai jövőjük lehetőségét az egészségügyben dolgozók. Nem lehet szemérmesen kezelni a jövedelem kérdését ebben a tekintetben. Az ápolási területek közül több esetben is fontos jövedelmi hányad a hálapénz, (ami a háttér szolgáltatások esetén egyáltalán nem tapasztalható), ráadásul a különféle ápolási formák eltérő „lehetőségeket” adnak a hálapénzre. Mivel kiszervezett, profitorientált szolgáltatásban nem nagyon van még tapasztalata a hálapénzről és a jövedelmi lehetőségekről az egészségügyi dolgozók többségének, e téren érezhető bizonytalanság és bizalmatlanság.

A válaszadóknak csak **14,3%**-a ért egyet teljesen azzal az állítással, hogy „A **kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.**”. További **26%**-uk inkább egyetért, az egyetértők aránya itt tehát **40%**, más szavakkal a szkeptikusak aránya **60%**.

	Gyakoriság	%	Görgetett %
Nem értek egyet	51	22,2	22,2
2	42	18,3	40,4
3	44	19,1	59,6
4	60	26,1	85,7
Teljes mértékben egyetértek	33	14,3	100,0
Total	230	100,0	
Nem tudom megítélni	28		
Összesen	258		

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

18. táblázat „A kiszervezett dolgozók kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak” kérdésre adott válaszok vizsgálata

Nem alakult ki tehát olyan kép, vízió a dolgozóknál, hogy egy profit-orientált cégnél kedvezőbb jövedelemhez jutnának. Az egyes szakterületek között felfedezhetők a különbségek, melyek vélhetően azzal függnek össze, hogy az adott szakma/foglalkozás mennyire „piaci”, tehát mennyire jellemző rá a versenyhelyzet. Azok a szakmák, melyek piaci versenyhelyzetben vannak, több perspektívát nyújtanak a kiszervezéssel a jövedelem terén, mint a hagyományosan állami/önkormányzati fenntartású intézményekben gyakorolt, lényegében non-profit jelleggel művelt szakmák.

A „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál” állításra adott értékelések átlagai szakterületekként látványosan különböznek egymástól. Egyszerű variancia-elemzéssel (Anova-parancssal) az eredmény azt mutatja, hogy szignifikáns különbségek vannak az átlagok között. Ezt azonban a sok szakterület, a nagyon eltérő létszámok és a különböző, helyenként igen nagymértékű szórások miatt óvatosan, fenntartásokkal kell kezelni. Az elemzést ezért lefutattam Welch, valamint Brown-Forsythe-tesztel is, és post-hoc elemzéssel vizsgáltam meg a csoportok páronkénti eltéréseit.

	Eltérésnégyzet összeg	Szabadságfok	Eltérésnégyzet-átlag	F	Szignifikancia
Csoportok között	43,071	9	4,786	3,476	,000
Csoporton belüli	312,499	227	1,377		
Összesen	355,570	236			

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

19. táblázat ANOVA teszt eredményei – Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál

	Statistik ^a	df1 ⁴⁰	df2 ⁴¹	Szignifikancia
Welch	7,731	9	33,390	,000
Brown-Forsythe	2,837	9	53,671	,008

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

20. táblázat Welch és Brown-Forsythe teszt eredményei – „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál”

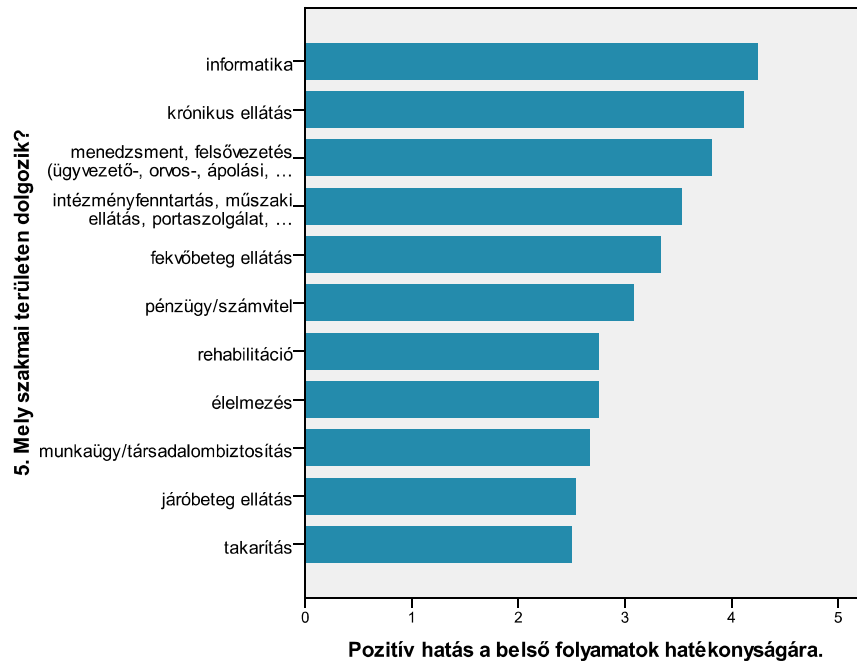
Az eredmény, hogy csak a krónikus ápolás szakterülete különbözik szignifikánsan több más szakterülettől ebben a kérdésben. A krónikus ápoláson dolgozók átlaga **4.94**, ami valóban nagyon magas. A kiszervezésben dolgozók magasabb jövedelmének lehetőségét szintén nem egyöntetűen ítélték meg az egyes szakterületeken dolgozók, de itt csak az informatikai részleg átlaga tért el több szakterülettől is.

A hálapénz szerepének csökkenését ismét a krónikus ellátás dolgozói értékelték sajátosan: a pénzügy/számvitel mellett a járóbeteg-ellátástól és a fekvőbeteg-ellátástól is szignifikánsan különbözik az átlaguk.

⁴⁰ Számláló szabadságfoka

⁴¹ Nevező szabadságfoka

A kiszervezésnek a belső folyamatok hatékonyságára tett pozitív hatására vonatkozó kérdés esetében ismét a krónikus ellátás, valamint az informatika és a munkaügy értékelése volt szignifikánsan eltérő.



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

26. ábra A kiszervezés által a belső folyamatokra gyakorolt lehetséges pozitív hatás értékelése a válaszadók szakmai területének vonatkozásában (1-5-ig terjedő skálán adott válaszok átlaga)

Foglalkozási csoportok összehasonlítása

A foglalkozási csoportok összehasonlításához a foglalkozást leíró szöveges változó alapján egy nominális változóban jeleztem, hogy orvos, ápoló (nővér), vagy egyéb foglalkozású a megkérdezett. A három főcsoport között a kérdésblokk számos kérdésében szignifikáns különbség van. Általánosságban azt lehet mondani, hogy az orvosok szkeptikusabbak, mint az ápolók, az egyéb foglalkozások képviselői pedig az orvosok és az ápolók vélekedése között vannak.

„Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében” kérdésre az ápolók válaszainak átlaga **3.12**, míg az orvosoké **1.50**!

Foglalkozási főcsoport (orvos, ápoló, egyéb)	Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében		Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése		Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.		Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődéséhez.		A kiszervezett dolgozók esetében nő bizonytalanság, nem mindig tudják megítélni, kitől fogadhatnak el utasításokat.		Az outsourcing során kihelyezett adatkezelés biztonsági szempontból nem kockázatosabb a vállalaton belüli adatkezelésnél	
	Átlag	N	Átlag	N	Átlag	N	Átlag	N	Átlag	N	Átlag	N
Egyéb	Átlag	2,57	3,22	94	3,23	93	3,20	97	3,64	90	2,92	93
	N	100	94	93	93	97	97	97	90	90	93	93
	Szórás	1,373	1,574	1,286	1,286	1,351	1,351	1,351	1,409	1,409	1,369	1,369
Orvos	Átlag	1,50	2,90	21	2,41	22	2,39	23	3,26	19	2,67	24
	N	20	21	21	22	22	23	23	19	19	24	24
	Szórás	,889	1,670	1,221	1,221	1,118	1,118	1,118	1,522	1,522	1,579	1,579
Ápoló, nővér	Átlag	3,12	3,65	102	3,44	108	3,56	108	4,15	101	3,33	102
	N	104	102	102	108	108	108	108	101	101	102	102
	Szórás	1,503	1,405	1,278	1,278	1,186	1,186	1,186	1,144	1,144	1,367	1,367
Total	Átlag	2,73	3,39	217	3,25	223	3,29	228	3,85	210	3,09	219
	N	224	217	217	223	223	228	228	210	210	219	219
	Szórás	1,471	1,521	1,305	1,305	1,295	1,295	1,295	1,328	1,328	1,407	1,407

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

21. táblázat Az outsourcingra vonatkozó kérdések statisztikai vizsgálata foglalkozási csoportok szerint

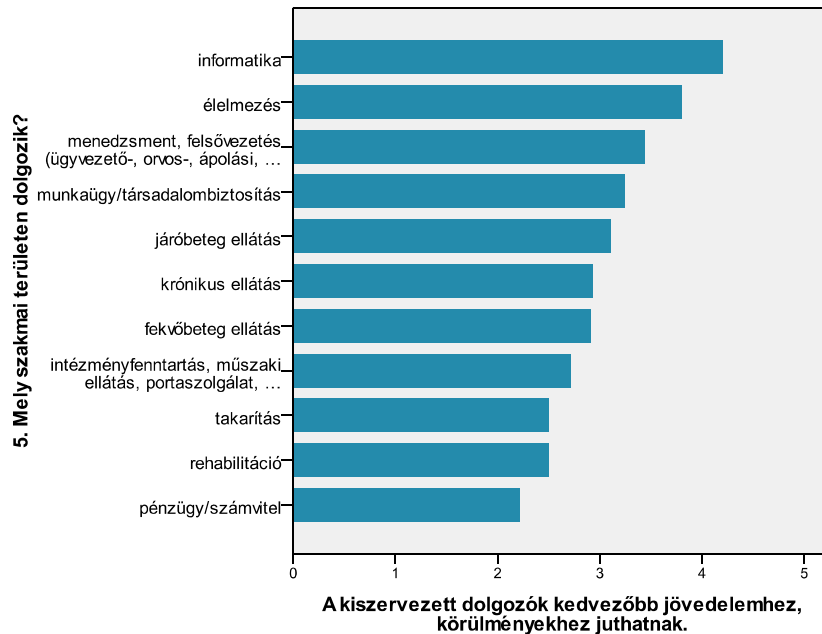
„Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.” kérdésben az ápolók átlaga **3.44**, az

orvosoké pedig **2.41**. „Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődéséhez” kérdésben szintén látványos különbség van (**3.56** és **2.39**). Kijelenthető, hogy az orvosok és az ápolók tehát másként látják a kiszervezés lehetséges hatásait és lehetőségeit.

A fenti különbségeket itt is variancia-elemzéssel és post-hoc elemzéssel vizsgáltam, mind az Anova, mind a Welch-teszt, mind a Games-Howell elemzés szignifikánsnak jelzi a különbségeket, tehát a feltételezésem nem állta meg a helyét. Így aztán érdemes két másik kérdésben is összehasonlítani a foglalkozási főcsoportokat: a „Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.” kérdésnél az orvosok átlaga **4.78**, az ápolóké **4.34**, az egyéb foglalkozásúaké pedig csak **3.63**. A kiszervezett dolgozók kedvezőbb jövedelméről vélekedve az ápolók átlaga **2.82**, az egyéb foglalkozásúaké **3.00**, az orvosoké pedig **3.08**; ebben a kérdésben tehát az ápolók a legszkeptikusabbak (itt a különbségek nem szignifikánsak).

Ezt – a két foglalkozási csoport közti szemléleti eltérést – fogalmazza meg az egyik interjúalany is:

„Az orvos-szakmai és az ápolás-szakmai területeken is lettek volna lehetőségek, de a két csoport eltérő érdekekkel rendelkezett, sőt rendelkezik ma is, ami megnehezíti az egyenlő partnerként való együttműködésüket, vállalkozásukat.”



Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

27. ábra A munkakörülmények, valamint a munkavállalók jövedelmének, munkakörülményeinek várható alakulása szakmai területenként, outsourcing esetén, várakozások alapján (1-5-ig terjedő skálán)

A munkakörülmények, valamint a munkavállalók jövedelmének javításánál változik a sorrend: a menedzsment és a pénzügy a lista végére került, és előbbre kerültek a betegellátások. A kiszervezéssel kapcsolatos vélekedések közül leginkább a **döntés előtti megfelelő kommunikáció fontosságával** értenek egyet. Aláhúzza ezt az is, hogy második-harmadik helyen az egészségügyi dolgozók elvándorlását és a kiszervezett dolgozók bizonytalanságát megfogalmazó állításokkal értenek egyet a válaszadók. Az állítások átlagai és megoszlásai a Friedman-teszt alapján szignifikánsan különböznek ($p=0.00$).

Állítások	Rangátlag
A megfelelő kommunikáció a döntéshozók részéről elengedhetetlen.	6,28
Költségcsökkentést eredményez.	4,14
Munkavállalói létszám csökkenése.	5,08
Pozitív hatás a belső folyamatok hatékonyságára.	4,84
A vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődése.	4,97
A kiszervezett dolgozók esetében nő a bizonytalanság.	5,52
A kiszervezések miatt nő az egészségügyi dolgozók elvándorlása.	5,85
A kihelyezett adatkezelés nem kockázatosabb a vállalaton belülinél.	4,76
Csökkenhet a hálapénz jelensége.	3,56

Forrás: Saját szerkesztés a kérdőíves felmérés alapján

22. táblázat Kiszervezéssel kapcsolatos vélekedések rangátlagának vizsgálata

H5. Az általánosan alkalmazott outsourcing jellegű megoldások nem alkalmazhatók egy az egyben az egészségügyi kiszervezések területén, az egészségügyi specialitások figyelembe vétele nélkül. E szempont figyelmen kívül hagyása esetén sokszor kényszerül a kórházvezetés az insourcing technika alkalmazására.

A témához kapcsolódó szakirodalom kritikai jellegű feldolgozása során meggyőződtem arról, hogy a témával foglalkozó külföldi szakemberek meghatározó hányada (Beer, Blum, Papouschek, Gröngross) szerint is az egészségügyi rendszerben rejlő specifikumok nem teszik lehetővé az általánosan alkalmazott kiszervezési modellek adoptálását az egészségügyi kiszervezések területén. A kiszervezési döntések előkészítő szakaszában technikák, módszerek vonatkozásában nem szükséges az egészségügyre specializálódott eljárásokat kidolgozni, viszont a végrehajtás, a visszacsatolás, illetve az outsourcing következményeinek értékelése tekintetében az általánostól eltérő módszerek alkalmazása szükséges. Ennek az egyik meghatározó oka, hogy a korábban a közszférában működő intézményekből a magánszektorba történő tevékenységkiszervezés a korábban megszokottaktól eltérő adózási, könyvvezetési és beszámolási kötelezettségeket von maga után. Példaként említeném az Áfa elszámolással kapcsolatos kérdéskört, vagy a rehabilitációs hozzájárulást egy nem költségvetési intézményként működő egészségügyi szervezet esetében. Ezekről a specialitásokról a kiszervezést előkészítők, végzők gyakran nem rendelkeztek kellő szakmai ismeretekkel.

7. A KUTATÁS EREDMÉNYEI

7.1. Kutatás hipotéziseinek összegzése

Hipotézisek	A kutatás eredménye
H1. <i>Az egyes szakterületek sajátosságait érdemes megvizsgálni a kiszervezési döntés előtt, mivel azok eltérő sajátosságokkal rendelkeznek e tekintetben, valamint eltérő lehetőségeket hordoznak. Az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területek egy részét a kórháznak saját működtetésben kell tartania.</i>	Igazolásra került.
H2. <i>A szakirodalom jórészt csak az outsourcing lehetséges előnyeit domborítja ki. Sokan eleinte épp emiatt, mint pozitív hozadékkal rendelkező intézkedésként tekintettek a kiszervezésekre, holott a lehetséges kockázatok és hátrányok, nem kellően alapos előkészítés esetén nagyobbak lehetnek, mint az előnyök. Megalapozott, megfelelően előkészített outsourcing döntések, előzetes számítások és életpálya-modellek szükségesek azért, hogy ne csak vélt gazdaságossági szempontok motiválják a döntéshozókat.</i>	Igazolásra került.
H3. <i>A kiszervezésekkel kapcsolatos korábbi negatív tapasztalatok megingatták a bizalmat az egészségügyi intézmények vezetőiben, a dolgozóknak e menedzsment technikával összefüggésben, és ez is hatással volt az outsourcing további terjedésére az egészségügyben.</i>	Igazolásra került.

Hipotézisek	A kutatás eredménye
<p>H4. <i>Az egyes szakmák és foglalkozási csoportok érdekei nem különböznek a kiszervezéseket illetően az egészségügyi intézményekben.</i></p>	<p>Elvetésre került.</p>
<p>H5. <i>Az általánosan alkalmazott outsourcing jellegű megoldások nem alkalmazhatók egy az egyben az egészségügyi kiszervezések területén, az egészségügyi specialitások figyelembe vétele nélkül. E szempont figyelmen kívül hagyása esetén sokszor kényszerül a kórházvezetés az insourcing technika alkalmazására.</i></p>	<p>Igazolásra került.</p>

7.2. Az új és újszerű tudományos eredmények összefoglalása

Az outsourcing témakörben a kutatásom új tudományos eredményei röviden az alábbiak szerint foglalhatóak össze:

T1. Az egészségügy egyes szakterületeit, azok sajátosságait, működésük, gazdálkodásuk jellemzőit fel kell tárni a kiszervezés előkészítése során. Meg kell vizsgálni azokat a döntési pontokat, amelyek meghatározóak a folyamatokban. Ilyenek lehetnek: eszközigenyesség, magas befektetési igény, lassú megtérülés, szakképzett munkaerő hiánya, stb. A core-tevékenységhez tartozó orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket kiemelten kell kezelni, hiszen ezek biztosítják az intézmény elsődleges, meghatározó bevételeit.

A csökkenő mértékű finanszírozás, valamint az ehhez szorosan kapcsolódó, vele együtt járó (aktív) ágyszám csökkentés volt az egyik meghatározó oka a kórházak tevékenységei, szervezetei átstrukturálásának. Az osztályok orvosi és ápolási feladatainak biztosítása azonban megfelelő mennyiségű ágyszámot és finanszírozást feltételez. A gyógyítás és a rehabilitációs területek kiválasztása kiszervezésre a beteg-orvos kapcsolatokat, a kiszervezések területeit módosíthatja. A kiszervezések előtti vizsgálatoknak fel kell tárniuk azokat az eltéréseket az egyes szakterületek működése között, amelyek sajátos eljárásokat, esetleg eltérő jellegű döntéseket eredményezhetnek. Mérlegelniük kell a döntéshozóknak, hogy mennyiben, mivel járulnak hozzá a kiszervezésre szánt egyes területek az intézmény bevételeihez, jó megítéléséhez, mennyire kritikus pontja az adott terület a működés megítélésének. Egy példaként álljon itt, hogy az aktív, költséges belgyógyászati ápolás lehet, hogy egy ún. befektető számára nem vonzó szegmense a kórháznak, ugyanakkor egy másik aktív osztály, a szülészeti-nőgyógyászati osztály már igen. A non-core területről példaként lehet említeni, hogy eltérő sajátosságai vannak egy akár hatékonyan, gazdaságosan működtethető ételmezési egységnek a kórházban, akár a lakosság felé történő nyílt árusítással kiegészítve azt, vagy akár a szervezetben működő, egyébként a szolgáltatásait harmadik fél számára értékesíteni nem képes portai szolgálatnak. A kérdőíves felmérés eredményeinek és a mélyinterjúk során nyert információk feldolgozása során arra megállapításra jutottam, hogy az egyes kórházi

szakterületeket megfelelően szét kell választani, jól el kell őket különíteni, és ezután érdemes egyáltalán a kiszervezés kérdésével foglalkozni. A **hipotézis** tehát **bizonyítást nyert**.

T2. Az elmúlt évek során a hazai egészségügyi szakirodalomban jellemzően az outsourcing sikeréről, annak helyi megvalósításáról olvashattunk. Keveset beszéltek a szakemberek annak hátrányairól, az esetlegesen elszenvedett humán erőforrás vagy gazdasági veszteségekről. Megfelelő előkészítés, megfelelő kommunikáció, de legfőképp és mindent megelőzően, alapos, jól strukturált, lehetőség szerint minden szempontot figyelembe vevő gazdasági számítások szükségesek az outsourcing döntés előkészítése során.

A kórházakban a 90-es évekre tehető az outsourcing elterjedése, mely kezdetben a fénykorát élte, majd számos hibás szerződés, rosszul értelmezett cél, politikai terheltség miatt jelentős negatív visszhangot kapott. Nem voltak kellően megalapozottak, nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések a múltban, sokszor csak vélt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat; nem készültek előzetes számítások és életpálya-modellek az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységeknél és szakterületeken.

A hazai és nemzetközi szakirodalmak kritikai jellegű szintézise alapján megállapítottam, hogy az outsourcing döntések meghozatala előtt elengedhetetlen a döntési változók azonosítása, a választási lehetőségek kidolgozása, a korlátozó feltételek meghatározása. Ezután kerülhet sor a döntési kritériumok, a célfüggvény, optimum minimumának és maximumának megállapítására. Szükséges elkészíteni a hasznossági függvényt, meg kell állapítani a határhaszon értékét, a problémát matematikai módszerekkel kell megoldani, figyelembe véve természetesen az egészségügyre jellemző sajátosságokat is. Gazdaságosnak akkor tekinthető a kiszervezés, ha a szolgáltatás legalább azonos vagy jobb minőség mellett, a költségek csökkenésével valósul meg, illetve azonos költséggel jobb minőségű a fizetett szolgáltatás.

A hosszú évek visszatekintő tapasztalatai alapján a közsférában az outsourcingot (egyed, külön említett tevékenységek, ld. takarítás, munkaügyi feladatok kivételével) felesleges

kényszermegoldásnak tartom. A megfelelően finanszírozott intézmény (intézet) feladataira megfelelő forrást kap, azt megfelelően diszponálja, és korrekt vezetési munka mentén a betegpiacot ellátja. Az, hogy egyes tevékenységek tehát „kívülre” helyezhetők a veszteséges helyzet feloldására: fikció. Nagyon egyszerű ok miatt: az állami forrás olyan erőteljes mértékben szűkült, szűkül, hogy ugyanazt másutt, nagyobb tételben végeztetni nem eredményez költségvetési megtakarítást. Esetleges elbocsátásokkal egyéb humán forrás-problémák (növekvő fluktuáció) kerülhetnek előtérbe.

Az outsourcing végrehajtása, egy működési formaváltás önmagában nem elegendő eszköz a kitűzött célok eléréséhez, mert újabb, nem várt költségelemek is megjelenhetnek. Ilyenek lehetnek például a társaságba bevitt vagyon amortizációja, vagy a rehabilitációs hozzájárulás, melyek gazdálkodásra gyakorolt hatása az előkészítés során könnyen alábecsülhető. A **hipotézisben** megfogalmazott feltevés **bizonyítást nyert**.

T3. 2006-2010 között a magyar egészségügy elhíresült a kórházi kiszervezések visszasságairól, azok sikertelenségéről. Épp az akkori információk, vélt és/vagy valós hírek eredményezték, hogy a kórházi vezetők, alkalmazottak, a lakosság jellemzően ellenérzéssel viseltetnek az outsourcing technikát illetően, és ez a hatás meghatározó a kiszervezések további terjedését illetően is.

A rendszerváltás és az azt követő évek gazdaságpolitikája eredményeként rendelkezésre álló korlátozott közfinanszírozási erőforrásokhoz való alkalmazkodás adta a szolgáltatók adaptációs kényszerét. Problémát jelentett, és jelent ma is az egészségügyi ellátás minimális feltételeként a szükséges szakorvosi létszám biztosítása. A szervezeti átalakítás csökkentette mind az ellátási területeket, mind a magasabb finanszírozást nyújtó aktív ellátásokat. Az elszámolható teljesítményt csökkentő intézkedések tartósan veszteségesé tették a gazdálkodást, melyek hagyományos menedzsment eszközökkel nem voltak kezelhetőek.

A kitörés lehetőségét a management ismeretek erősítésében, egyes szolgáltatások kiszervezésében, szervezeti fejlesztésben, új szolgáltatási területeken való megjelenésben (ápolás, szépségipar) vélték felfedezni az illetékesek. Mindezen kitörési pontok az egészségügy, mint közszolgáltatás számára komoly innovációs kényszert adtak, és adnak

most is. Ugyanakkor a teljesen szabályozatlan jogi rendszer, a kórházakat célpontba állító politika hibás döntései okán is a kiszervezések kudarca előre látható volt. Az egészségügyi dolgozók többsége kedvezőtlenül, ellenállással fogadta a kiszervezések hírért, a kórházi szakszervezeti tevékenység kifejezetten az önkormányzati vezetők szándékaitól történő eltántorítására fókuszált, tüntetéseket szerveztek azon testületi ülések előtt, amelyeken a témát napirendre tűzte a grémium. Az outsourcing elterjedését épp ezek a hatások nagy mértékben fékeztek, fékezik a mai napig is, így a **hipotézis bizonyítást nyert**.

Sajnálatos, hogy az outsourcing megoldás, mint afféle pótcselekvés jelent meg Magyarországon. Annak ellenére, hogy tudjuk, a modern nyugati országokban megadják a humán- és egyéb gazdasági módját az adott feladat szükségleteinek, tehát egy adott populáció ellátásához (túl a prevención, stb.) egy adott, szükséges összeget biztosít a költségvetés. Ha a finanszírozás csökken, önmagában az outsourcing csak a helyzetet rontja.

A versenyszféra másként működik. Ott jellemzően tiszta, számításokkal alátámasztott outsourcing kerül megvalósításra.

T4. A kórházi szakembereket munkakörük alapján orvos-szakmai, szakdolgozói és kiszolgálói (non-core) tevékenységet végzőkre csoportosíthatjuk. A kutatás rávilágított, hogy az egyes csoportok attitűdje, érdekei, motivációi eltérőek az outsourcingot illetően, valamint eltérően vélekednek egy esetlegesen megvalósítandó kiszervezés hasznairól, eredményéről is.

A kutatásom kezdetén azt feltételeztem, hogy a kórházi szervezet szereplői egységesek az outsourcing megítélésével kapcsolatosan, azonban ezt a hipotézisemet el kellett vetnem. Épp az ellenkezője került bizonyításra értekezésemben. Az alapkérdés, a gazdasági szükséglet diktálta outsourcing az egészségügyben globális kényszermegoldást, látható eredménytelenséget szült. Bebizonyosodott, hogy markáns különbségek fedezhetőek fel az egyes szakmai csoportok beállítódásai, elvárásai, attitűdjei tekintetében a kiszervezések során.

Az egészségügyi szférában végzett elemzéseimből az derült ki, hogy a kiszervezéssel kapcsolatban az egészségügyi dolgozóknak ambivalens várakozásai vannak. Míg a pénzügyi racionalitását elismerik, a hatékonyságot valószínűsítik, addig bizalmatlanság érezhető sok szakterületen a munkabiztonságot és a jövőt, karriert illetően.

A karrier kilátásainak lehetséges szűkülései mellett a munkahelyek megtartása, megmaradása is kétségessé válik/válhat az átszervezések miatt. Az outsourcinghoz kapcsolódóan munkahelyi feszültségek keletkeznek, a dolgozók attitűdjei az évek alatt kialakult rendszerekhez változó hozzáállást váltanak ki. A képzés és iskolai képzettségbeli különbségek a munkahelyek megtarthatóságának szempontjából jelentősek. A kialakult, megszokott napi tevékenységek és eljárások megváltozása továbbképzést tesz szükségessé, melyeket a dolgozók újabb teherként élhetnek meg. A kutatás eredménye **nem igazolta a hipotézisben** megfogalmazott feltevést.

A non-core területeken tevékenykedők nyitottabbak az outsourcing irányába, kisebb az ellenérzésük azzal szemben, mivel sokan közülük a versenyszférában esetleg kedvezőbb munkakörülményekhez, jövedelemhez juthatnának. Ők sokszor kényelmi, családi okokból maradnak az egészségügyi intézményben, és nem váltanak, nem változtatnak. Az egyes szakterületek eltérő jövedelmi és munkaszervezeti helyzete is lehet a magyarázata a kiszervezéssel kapcsolatos véleményeknek.

T5. Az outsourcing management technika eltérő alkalmazásokat, módszereket, eszközöket igényel az egészségügyben, mint a versenygazdaságban. Amennyiben a döntéshozók e sajátosságokat figyelmen kívül hagyják, úgy az a kiszervezések sikertelenségéhez, adott esetben annak meghiúsulásához, végső esetben akár insourcinghoz is vezethet.

Az egészségügyben nem alakulhat ki tökéletes piaci verseny, ami számos okra vezethető vissza: a klasszikus, kétszereplős piaci alku helyett itt ugyanis megjelenik egy harmadik fél, mint a szolgáltatások részbeni finanszírozója. A beteg által igénybe vett szolgáltatásokról ráadásul az információs aszimmetria miatt döntően nem a beteg, mint fogyasztó, hanem az orvos dönt, aki a gyakorlatban nemcsak a szolgáltatás megrendelőjeként, hanem egyben szolgáltatóként is fellép.

A kiszervezés segítségével a fix költségek igénybevételtől függő, változó költségekké alakíthatóak, így ideális megoldásnak tűnhet a gazdasági környezet okozta problémák kezelésére az egészségügyben is.

Az aktuális hazai gyakorlat jelenleg azonban az egészségügy több területén is mást mutat, sok esetben a kórházakban az outsourcing helyett az insourcing jellemző.

A szakirodalmi feldolgozás és a szerző saját tapasztalatai átgondolása, összegzése után megállapításra került, hogy az ipar, a termelő tevékenységek, bizonyos kritériumoknak megfelelő szolgáltatásnyújtások esetén, a for-profit szférában az outsourcing megoldás célravezető lehet, a vállalat eredményességét javíthatja, így a **hipotézis bizonyítást nyert**.

Egyértelmű azonban, hogy az egészségügyben több, specifikus, az egészségügyre kifejezetten jellemző szempontot és körülményt, szabályozót kell figyelembe venni az outsourcing döntés során ahhoz, hogy a módszer sikerre vezessen. A

Az egészségügyben alkalmazható kiszervezések specifikus területei azt is meghatározzák, hogy az itt működő gazdasági társaságoknak különleges elvárásoknak kell megfelelniük infrastruktúra és szakemberek tekintetében is. Ilyen területek lehetnek például a képalkotó diagnosztika (CT, MRI, röntgen, endoszkópia stb.), a labor és izotópia, melyek rendkívül nagy összegű befektetéseket igényelnek az épület, a gépek-berendezések vonatkozásában, és nem utolsósorban a szakképzett, elkötelezett személyzet biztosítása is komoly kihívást jelent az egyes döntések meghozatala előtt.

8. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

8.1. A kutatási eredményekből levonható következtetések, javaslatok

Az értekezés elkészítése során fontosnak tartottam, hogy az outsourcing tevékenység sajátosságait alaposan megismerjem, vizsgáljam az egészségügy területén, valamint a jelenlegi helyzetből következtetéseket levonva új lehetőségeket tárjak fel a további kiszervezésekre vonatkozóan.

Beigazolódott, hogy a kórházakban az egyes szakmai területeken dolgozóknak eltérőek az érdekeik az outsourcing megítélése tekintetében. Az outsourcing vonatkozásában a dolgozók beállítódása eltérő, sokszor az ismeretlen félelme miatt nem preferálják a kiszervezést, mint manageri eszközt, mely beállítódás szintén eltérő munkaköri csoportonként. A vonatkozó külföldi és hazai szakirodalom is alátámasztja, hogy a legtöbbször nem készültek számítások a gazdaságosság tekintetében, nem került megfelelően előkészítésre az outsourcing az egészségügyi intézményekben. Sokszor épp emiatt volt kudarc az eredmény.

Elengedhetetlen, hogy a tevékenység-kihelyezések előtt készüljenek gazdasági számítások, melyek alapján a vezetés megalapozott döntést hozhat. Ehhez szükséges a megbízható informatikai háttér, az üzemgazdasági szemléletű kontrolling rendszer kiépítése, tudatos alkalmazása, használata. Amennyiben az intézmény bevételei és költségei alakulásáról, a gazdaságosságról, az egyes költségviselőkről, költséghelyekről megbízható adatokkal rendelkezünk, úgy viszonylag egyszerű módon megállapítható, milyen egységköltséggel „állítja” elő maga az intézmény az adott szolgáltatást.

A kiszervezést projektként kell felfognunk, így azt menedzselnünk kell. A folyamat egyik kényes pontja az érintett munkavállalókkal való kommunikáció. Az ő munkájukban, életükben az outsourcing miatt bekövetkező változás helyes menedzselése, a velük és érdekképviselői szerveikkel való folyamatos és korrekt kapcsolattartás elengedhetetlen, mely szintén jelentős mértékben befolyásolhatja az outsourcing sikerét. Tehát kiemelt

fontosságúnak tartom a kiszervezések előtti kommunikációt a beosztottakkal, munkavállalókkal, a háziorvosokkal, az érintett ellátotti körrel. Sikerre is viheti a manageri döntést az érintettek – főként a munkavállalók – pozitív hozzáállása, de akár el is lehetetleníti azt.

A megfelelő szolgáltató kiválasztása szintén döntő jelentőségű a folyamatban. A választási folyamatot kellő előkészítéssel, referenciaigazolásokkal, körültekintő tárgyalásokkal kell támogatni.

Addig, amíg a for-profit területeken az outsourcing bevett gyakorlat, normál management eszköz, addig az egészségügyben sokszor feszültségek forrása. Megállapítható, hogy a sokszor „feudálisnak” tartott egészségügyben a modern technológiák, fejlett technikák (gyógyszerek, eljárások, berendezések) milyen gyorsan elterjednek, ugyanakkor a modern vezetési irányzatok csak jóval lassabban kapnak helyet, találkoznak értő, változtatást szándékozó vezetőkkel. Fontosnak tartom, hogy a kórházakban dolgozó vezetők minél szélesebb köre ismerje meg a modern vezetési technikákat, menedzsment eszközöket. Ezt külső és belső képzésekkel az ágazat szakmai irányítóinak is támogatniuk kell.

A jelenleg is érvényben lévő adójogszabályok alapján az egészségügy tárgyi adómentes (a tevékenység közérdekű tekintettel mentes az adó alól). A tevékenység ellenértéke után nem számít fel ÁFA-t, nem keletkezik fizetendő adója, azonban a termék- és szolgáltatás beszerzéseinek számlájában felszámított ÁFA-t sem jogosult levonni a szolgáltató, úgynevezett „ÁFA-nyelő” helyzetbe kerül az egészségügyi intézmény. Ha a szolgáltató nem alanyi mentes, a felszámított, de nem visszaigényelhető ÁFA miatt jelentős árhátrány éri a szolgáltatás vásárlóját. Ennek a problémának a kezelése rendkívül összetett, megoldása csak kormányzati szinten lehetséges, és nehezen megvalósíthatónak tartom.

A kiszervezésekkel kapcsolatban a kórházak teljes körű adatszolgáltatási kötelezettséggel tartoznak a fenntartó felé. A különböző cégek kiválasztása, a feladatok megosztása és a szabályok meghatározása, valamint a közbeszerzési törvény eljárásainak megfelelő alkalmazása hosszú jogi és orvos-szakmai problémákat vet/vetett fel. A Közbeszerzési Törvény előírásai időben elnyújtják, lassítják a közbeszerzési folyamatot. Az eljárások kiírásának, a folyamat lassúságának körülményei a kórházakat arra kényszerítette sok

esetben, hogy a már megkötött, de lejáró szerződéseiket az eljárásn kívül hosszabbítsák meg.

A kórházak részéről a szolgáltató felé megfogalmazott követelmények szerződésben rögzítése, a teljesítések szempontjai, az ár és fizetési feltételek, a minőségi, beruházási elvárások előírásainak megállapításai sokszor nehézségekbe ütköznek. Mindenképp érdemes az illetékeseknek a jogszabály korszerűsítésén, a jelenlegi gazdasági környezethez történő igazításn még dolgozniuk.

8.2. További javasolt kutatási irányok

Az outsourcing, a kiszervezés soha nem a rövid távú koncepciók közé tartozik a gazdaságosság, a minőségoptimalizálás menedzsmentcélok elérése érdekében. A lehetséges további kutatás témáit, a kérdéseket is át kell majd dolgozni egy átfogó, nemzetközi szintű felmérés esetén, hiszen érdemes volna a megkérdezettek menedzsment ismereteiről – a témához illeszkedő – is tájékozódni. Csak reális elvárások mentén, helytálló célkitűzések esetén, korszerű menedzsment ismeretek birtokában érdemes a kiszervezésekhez hozzálátni, egyébként a kudarc előre kódolt lesz.

Javaslatom a további kutatásra többrétű: egyrészt a kutatás mintaszámát növelve a reprezentatív mintához jobban közelítő mértékben folytatni a kérdőíves felvételt. Másrészt pedig a kvalitatív kutatást lehetne szélesebb körben elvégezni. Az értekezés elkészítésekor a mélyinterjúval történő kutatás középpontjában egészségügyi vezetők álltak szakterületenként, illetve beszállító, az outsourcingban partnerként részt vevő cégek vezető munkavállalói kerültek megkérdezésre. Az egészségügy irányításában szerepet vállaló szakemberek véleménye a képet tovább árnyalhatná, akiket szintén érdemes lenne bevonni a vizsgálatba. Érdemes lenne a politikusok, e szakterületen dolgozó szakemberek, hivatalnokok megkérdezése is, mely által olyan ismeretekhez, véleményekhez, tapasztalatokhoz jutna a szakma, mellyel hozzájárulna az outsourcing hazai gyakorlatának fejlesztéséhez.

A magyarországi kórházak keretein túl a kutatás kiterjeszhető lenne nemzetközi szintre is, így lehetőség nyílna az outsourcing szélesebb körű tapasztalatainak feltérképezésére. Egy

nemzetközi szintű, átfogó felmérés, elemzés hozzásegítené a hazai gyakorlat fejlődését, a hibák, a buktatók elkerülését, a jó gyakorlat alkalmazásának megerősítését. Nagyon fontosnak tartom a folyamatok fejlesztése tekintetében a külföldi tapasztalatok átvételét. Kiemelt jelentősége van véleményem szerint a nemzetközi gyakorlat megismerésében rejlő lehetőségeknek, illetve szükségesnek tartom az illetékesek e szinten történő, rendszeres és folyamatos szakmai konzultációját is.

9. ÖSSZEFOGLALÁS

A folyamatok, eljárások újraszervezése, újragondolása az egészségügyben a betegek és az egészségügyi személyzet, szervezet sokfélesége miatt is bonyolultabb, mint az iparban.

Tovább nehezíti a helyzetet, hogy a betegek igényei, szükségletei is eltérőek, még azonos betegség esetén is. Az egészségügyi szolgáltatások sajátosságai önmagukban is árnyaltabbá teszik a képet.

A változások is nehezebben, lassabban mennek végbe az egészségügyben, ezért tapasztalt, elszánt változásvezetők szükségesek a menedzsmentben ahhoz, hogy egy outsourcing-cselekmény a kórházvezetés céljainak, szándékainak megfelelően kerülhessen lebonyolításra, mely mindenképp gazdasági eredményekkel is párosul egyidejűleg. Különösen fontos a főtevékenységet támogató folyamatok rendszeres értékelése, hiszen e terület rejti a legtöbb lehetőséget magában a kiszervezések tekintetében.

Érdemes olyan projektekkel kezdeni, amelyek valószínűleg eredményesek lehetnek, mert ezek segíthetik a későbbiekben megvalósuló átalakításokhoz kapcsolódóan a szervezeti ellenállás csökkenését. Magyarországon kezdetben a tőkeigényes diagnosztikai és terápiás területek (diagnosztika, labor) kiszervezése, majd a háttértevékenységek szinte minden területe (mosoda, takarítás, informatika, üzemvitel, beszerzés), végül néhány esetben a teljes kórházkiszervezés is megtörtént. A gyógyászati tevékenységhez közvetlenül kapcsolódó gyógyszerellátás, vállalkozó orvosi tevékenység is egyre gyakoribb jelenség volt.

Értekezésemben a témához kapcsolódó hazai és nemzetközi szakirodalom kritikai jellegű szintézise segítségével feltártam az egészségügyi kiszervezések feltételrendszerét, a kiszervezések lehetséges előnyeit és hátrányait. Értékeltem és elemeztem az általános kiszervezésekre vonatkozó döntési modellek alkalmazhatóságát az egészségügy tekintetében.

Vizsgáltam a hazai egészségügyi rendszerben az eddigiekben lezajlott kiszervezési folyamatok következményeit és hatásait, kérdőíves kutatás és a kapott eredmények statisztikai-matematikai módszerekkel történő feldolgozása alapján elemeztem az egészségügyben dolgozók outsourcinggal kapcsolatos attitűdjeit.

A kutatásaimból egyértelműen kiderül, hogy a meglévő, vonatkozó jogszabályi környezet még fejlesztésre szorul különösen az adózást, a vagyonkezelést érintő kérdésekben.

A mindinkább szűkülő források és az ezzel egyidejűleg növekvő igények a résztvevőket saját/sajátos megoldásokra kényszerítették, melyek nem mindig váltották be a hozzá fűzött reményeket.

A törvényi szabályok adta feltételek pontos megteremtése és a felelős kórházi managementi tevékenység olyan kiszervezéseket tesz majd lehetővé, ahol a gazdasági érdekek érvényesítése és a betegek magas színvonalú ellátása egyidejűleg válik lehetővé.

SUMMARY

Reengineering and reorganising processes and procedures in health care are much more complicated than in business due to the versatility of patients and staff.

The situation is also made more difficult by the fact that the needs and requirements of patients differ even in the case of the same illness. The picture is more diverse due to the special features of health services themselves.

Changes also take place much slower. As a conclusion, there is a need for experienced, determined managers of change to implement the process of outsourcing in line with the purpose and intent of the hospital management simultaneously accompanied by economic results. The assessment of processes supporting the key activities is essential as this area has the most hidden potentials for outsourcing.

It is practical to start with possibly successful projects as they assist in reducing organisational resistance to changeovers and transformations in the future. Initially Hungary had its capital intensive diagnostic and therapeutic (diagnostics, laboratory) care units outsourced followed by supporting activities of all kinds (laundry, cleaning, information technology, maintenance, procurement). In some cases, eventually the entire hospital was outsourced coupled by medicine supply closely attached to healing and entrepreneurial medical activities.

My dissertation has explored the system of conditions of outsourcing in health care as well as its possible benefits and drawbacks by critically synthesising Hungarian and foreign literature on the topic. I have assessed and analysed the applicability of decision making models on outsourcing in general with special regards to health care. I have also examined the consequences and impacts of outsourcing processes carried out in the national health care system to date and also analysed the attitudes of health care staff to outsourcing by processing my results with the help of statistical and mathematical methods.

My research obviously revealed that the existing legal background in effect still needed to be improved with special regards to taxation and asset management.

Continuously shrinking funds and simultaneously increasing demands have forced the participants to make unique/special decisions, which could not really live up to expectations at all times.

Designating the conditions outlined by law and the managerial activities of a responsible hospital staff will make such outsourcing possible that ensures the prevalence of economic interest and taking care of patients at a high standard simultaneously.

MELLÉKLETEK

- M1. Irodalom és forrásjegyzék
- M2. Számvevőszéki kérdőív
- M3. Ajánlás kutatómunka végzéséhez
- M4. Kérdőív - Kórházi outsourcing kutatás
- M5. Mérés-skála típusai
- M6. Mélyinterjú forgatókönyv
- M7. Mélyinterjú kódlista
- M8. Mélyinterjúk írott változata

M1. IRODALOM ÉS FORRÁSJEGYZÉK

Forrásjegyzék (könyv, folyóirat, tanulmány)

1. Állami Számvevőszék (2009): Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről 0921-es számú ÁSZ- jelentés
2. Antal-Mokos Z. – Balaton K. – Drótos Gy. – Tari E. (2005): Stratégia és szervezet, Scientia Kiadó
3. Bacher MR. (2000): Outsourcing als strategische Marketing-Entscheidung. Dt. Univ. Verlag Wiesbaden
4. Balaton K. – Bakacsi Gy. – Dobák M. – Máriás A. (1991): Vezetés-Szervezés I-II. Aula Kiadó, Budapest
5. Baráth L. – Lányi Gy-né – Horváth E. (1999): A megváltozott körülményekről, avagy milyen legyen a jövő kórházgazdálkodása? *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 37. évfolyam 6. szám
6. Baráth L. (2003a): A paradigmaváltás szükségesség
7. Baráth L. (2008b): Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 46. évfolyam 3.szám
8. Baráth L. (2008c): Az önkormányzati tulajdonú kórházak átalakításának különös kérdései *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 46. évfolyam 6.szám
9. Becker C. M. – Zirpoli F. (2010): The limits of design and engineering outsourcing
10. Beer, M. (1998): Outsourcing Unternehmensinternen Dienstleistungen. Optimierung des Outsourcing-Entscheidungsprozesses. Dt. Univ.-Verlage. Wiesbaden
11. Belicza É. – Zékány Zs. (1998): A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. EMIKK füzetek, 17. szám, Debrecen
12. Bene É. (2007): Ideje a rombolásnak Láttelel a magyar egészségügyről *Kairosz Kiadó Budapest*
13. Beregi A. (2006): Jelentés az egészségügyi szakellátások privatizációjának ellenőrzéséről *IME* V. évfolyam 5.szám
14. Blum, K. – Offermanns, M. – Perner, P. (2007): Krankenhaus Barometer-Umfrage 2007. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf

15. Bordás I. (2003): Kapcsolat a lakosság egészsége, jóléte és a gazdaság között
Egészségügyi Gazdasági Szemle 41. évfolyam 6.szám
16. Bógel Gy. (2006a): Tegnap, ma, holnap: a vállalati tevékenységek kiszervezésének trendjei, *Journal of Economic Literature (JEL)* L24.
17. Bógel Gy. (2007b): *Az innováció vándorlása* Közgazdasági Szemle, 2007. 54. évfolyam 9.szám/szeptember
18. Bógel Gy. (2010c): *Mozgásban az erőforrás Az IT outsourcing nemzetközi trendjei* CEU Business School ppt. Tájékoztató belső anyag
19. Czubala, A. – Jonas, A. – Smolen, T. – Wiktor, J.W. (2006): *Marketing uslug.* Wolters Kluwer, Kraków
20. Dévényi D. – Raffai S. (1999): *Outsourcing a kórházi informatikában. Tapasztalatok az SMS és a Szent Margit Kórház példáján bemutatva* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1999. 37. évfolyam 6. szám
21. Dézsy J. (2001a): Mi az egészségünk értéke? *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 39. évfolyam 4. szám pp. 316-324.
22. Dézsy J. (2002b): Az egészségügyi szolgáltatások termelése és a betegek szükséges közreműködése akadályainak okai *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évfolyam 5.szám
23. Dézsy J. (2006c): Egészséggazdaságtan – egy kissé másképpen. Az egészségügyi rendszer irracionálisai, tévedései, illúziói *SpringMed Kiadó Bp.*
24. Drótos Gy. (2000): Outsourcing: elméleti alapok, nemzetközi és hazai tapasztalatok, és egy lehetséges döntési modell. In: Szanyi Miklós és Tari Ernő (szerk.): *Külső és belső hálózatok kialakulása és működése a külföldi és hazai gyakorlatban.* Gazdasági Minisztérium, Budapest
25. Duliskovich T. – Battyány I. – Pap Á. (2010): *Orvosi képek managementje, mit várunk a PACS rendszerektől?* – Tájékoztató belső anyag
26. Egészségügyi Minisztérium (2009): *Útmutató az egészségügyi közszolgáltató intézmény feladatainak gazdasági társasági formában való ellátásához szükséges előkészítő tevékenység elvégzéséhez*
27. Fendler J. (2009): *Le La Fontaine-nel!* – A 43/1999-es újabb metamorfózisáról *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* VIII. évfolyam 3. szám
28. Frank L. – Kyoung – Hee Y. (2006): *Offshoring Radiology Services to India* Industrial Perform Center Working Paper Series

29. Futó P. – Parragh L. – Szabó G. – Takács J. (2009): *A természettudományos közoktatás javításáért* Fizikai Szemle Honlap 2009/1.
30. Gáti J. (2008): Gazdasági társasággá alakuló kórházak: hány lépés a magán? *HVG* 30. évfolyam 16. szám
31. Gewald H. (2007): Prediction the adoption of BPO, Universität Mannheim
32. Gidai E. (1998): A piac szerepe az egészségügyben –nemzetközi összehasonlítás, *Egészségügy és piacgazdaság Magyar Tudományos akadémia, Budapest*
33. Gilly Gy. (2007): Az egészségügy reformja - tévutak és kiutak. Avagy „Állítsátok meg Arthuro Ui-t”, Budapest
34. Grönroos Ch. (2000): *Service Management and Marketing*. John Wiley & Sons Ltd., 47-49.
35. Hankó B. (2014): *Egészségügyi-gyógyszerügyi szervezéstan, magyar egészségügy intézményei*, Semmelweis Egyetem
36. Harding A. – S. Preker A. (2000): *Private Participation Toolkit*, Washington, World Bank
37. Harding A. – S. Preker A. (2005): Állami és magánszerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből
38. Karakas P. – Leiner V. – Percze R. – Wagner A. (2004): *PPP-Kézikönyv A köz- és magánszféra sikeres együttműködése*, Gazdasági és Közlekedési Minisztérium, Budapest,
39. Karner C. (2007): *Gazdálkodás az egészségügyben-közgazdasági alapok* *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 45. évfolyam 2. szám
40. Kincses Gy. (1999a): *Egészség (?) – gazdaság (?) Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft. Budapest*
41. Kincses Gy. (2002b): *Az egészségügyi reform egy esélye: A „köz” és a „magán” új együttélése az egészségügyben* *Praxis Server Egészségügyi Tanácsadó Kft. Bp.*
42. Kincses Gy. (2006c): *A co-payment alkalmazási lehetősége a korszerű egészségpolitikában* *IME* V. évfolyam 5. szám
43. Király Z. (2010): *Statisztika I-II. jegyzet, Oktatási segédanyag*
44. Kotler, P. – Keller K. L. (2006): *Marketing-menedzsment*, Akadémiai Kiadó, Budapest
45. Kőszegfalvi E. (2004): *A fenntartó döntési szabadsága* *Egészségügyi Menedzsment* 6. évfolyam 1. szám

46. Lee J. H. – Faccio R. (2012): FF Target (Euro) Alapok, FIL and FMR LLC.
47. Mackie J. Jay Shippensburg University, USA Monica E. Oss, Open Minds, Gettysburg PA, USA (2008): *The increasing global market for health care: The effect of emerging technologies on global outsourcing & offshoring of health care services* International Business & Economics Research Journal, 2008 Vol. 7., No. 9 September
48. Malhotra, N. K. (2001): Marketingkutatás, Műszaki Könyvkiadó
49. Matiaske W. – Mellewigt T. (2002): Motive, Erfolge und Risiken des Outsourcings – Befunde und Defizite der empirischen Outsourcing-Forschung, Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 72. évf. 6. kötet
50. Móroczné T. I. – Korányi A. (2002): Hurrá Győztünk! Győztünk? Azaz egy válságban levő kórház konszolidációja *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évfolyam 3. szám
51. Nagengast, J. (1997): Outsourcing von Dienstleistungen industrieller Unternehmen. Eine theoretische und empirische Analyse. Verlag Dr. Kovacs, Hamburg
52. Nasscom-McKinsey Report (2002): Strategies to achieve Indian IT industry's aspiration
53. Németh Gy. (2003): A nonprofit kórház *Népszabadság*
54. Németh I. (2009): Van-e kiút a kórház-finanszírozási válságból? *Kórház* 16. évfolyam 9.szám
55. Nieschlag R. – Dichtl E. – Horschgen H. (1991): Marketing, Duncker & Humblot Verlag 16. Berlin
56. Orosz É. (2002): Lehetséges-e egészségpolitikai paradigmaváltás? *Eszmélet Társadalomkritikai és kulturális folyóirat* 53. szám
57. Papouschek U. (2012): Ausgelagert? Umstrukturierung in Krankenhäusern, Gewerkschaft Vida, Wien
58. Pataki L. – Kovács A. – Dunay A. – Tatár E. (2011): Outsourcing as a management tool in hungarian health care services The role of human capital in knowledge based management Edited by: Felicjan Bylok, Leszek Cichoblazinski Lengyelország
59. PricewaterhouseCoopers Pvt. Ltd. (PwC) (2005): *Global Integration through Knowledge Process Offshoring National Conference on BPO IT East 2005*

60. Pulay Gy. (2002): Közös ügyünk az egészségügy magánosítása *Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest*
61. Sajtos – Mitev A. (2006): SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Alinea Kiadó, Budapest
62. Sebők O. (2004): *Off-shore és outsourcing* Piac és profit 2004. április 22.
63. Sharp B. (1993): Is it time to insource your financial apps? *Datamation*, Vol.39. No.18. September 15.
64. Sinkó E. (2006a): Lassan a testtel! Kórházmenedzsment 2006. évi 5. szám
65. Sinkó E. (2009b): Diszfunkcionalitások a magyar egészségügyben, *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* VIII. évfolyam 7. szám
66. Sinkó E. (2013c): Az elmúlt 20 esztendő fontosabb egészségpolitikai történései, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ Előadás
67. Solovy A. – Savage T. (1996): No, you do it! *Hospital & Health Networks*, Vol. 70. No. 20. október 20.
68. Somogyvári Zs. (2003): Hiányzó egészségügyi szolgáltatások pótlása nonprofit szervezetek segítségével, *Nonprofit kutatás*
69. Stern R. M. – Hoekman B.M. (1987): Issues and data needs for GATT negotiations on services. *The World Economy*, 10 (1) March, 40.
70. Szabó K. (1998): Kihelyezési hullám, a piac térhódítása a vállalati hierarchiák rovására. *Közgazdasági Szemle* XLV.2.
71. Tanács I. (2004): A magántőke térnyerése *Egészségügyi Menedzsment* 6. évfolyam 1. szám
72. Tanács Z. (2002): A sikeres outsourcing alapja: a kiszervezési döntések megfelelő előkészítése *IME* I. évfolyam 4. szám
73. Tiemann O. – Schyögg J. (2009): Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. *Business Research*, Volume 2009; 2.
74. Trill R. (2006): *Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus*, Springer Berlin Heidelberg
75. Varga-Hatos – Karner C. (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2008/2.
76. Vargo, S. L. – Lusch R. F. (2004): Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing Research*, 25
77. Veres Z. (1998): *Szolgáltatásmarketing*, Műszaki Kiadó, Budapest

78. Wörz M. (2008): Erlöse-Kosten-Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. Wiesbaden: VS Verlag

Forrásjegyzék (internet)

79. Állami Számvevőszék (2006): Jelentés az egészségügyi szakellátások privatizációjának ellenőrzéséről
[http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/7F143AAFC2634C53C125717F00452968/\\$File/0609J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/7F143AAFC2634C53C125717F00452968/$File/0609J000.pdf)
Letöltés dátuma: 2010. február 01.
80. Állami Számvevőszék (2009): Kórházi tevékenységek kiszervezése
[http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/\\$File/0921J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/$File/0921J000.pdf)
Letöltés dátuma: 2010. február 11.
81. CNN (2004): Bush adviser backs off pro-outsourcing comment- Gregory Mankiw
<http://edition.cnn.com/2004/US/02/12/bush.outsourcing/>
Letöltés dátuma: 2011. szeptember 05.
82. Deloitte Consulting (2005): Calling a Change in the Outsourcing Market, The Realities for the World's Largest Organizations
http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_outsourcing_callingachange.pdf
Letöltés dátuma: 2009. október 12.
83. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2005): Az egészség hozzájárulása az EU gazdaságához
<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=642>
Letöltés dátuma: 2010. október 25.

84. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2009): Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól
http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablazitok.php
Letöltés dátuma: 2009. október 13.
85. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2010): A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján
http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2010/6-DRG-EU.pdf
Letöltés dátuma: 2013. december 14.
86. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2011): A kórházi tulajdonformák hatása a hatékonyságra Németországban
<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=2673>
Letöltés dátuma: 2012. április 15.
87. European Health for All database (HFA-DB) (2006)
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
Letöltés dátuma: 2014. március 21.
88. KFKI Számítástechnika Rt. (2002): ITIL (IT Infrastructure Library) – az informatikaszolgáltatás módszertana Verzió 3.1.
http://www.itsmf.hu/documents/itil2modszertan_osszefoglalo_v3.1.pdf
Letöltés dátuma: 2013. december 21.
89. KOVÁCS Á. (2009): A magánszféra közreműködési formái az állami feladatok ellátásában
[http://www.asz.hu/ASZ/tanulmanyok.nsf/0/A75B83A1D4EC695CC125764700341DED/\\$File/t311.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/tanulmanyok.nsf/0/A75B83A1D4EC695CC125764700341DED/$File/t311.pdf)
Letöltés dátuma: 2010. február 15.

90. Kovács Á. (2009): Az ellenőrzési rendszer fejlesztésének új kihívásai
[http://www.asz.hu/ASZ/tanulmanyok.nsf/0/4B22BCF9E09A561EC1257552002E1C43/\\$File/t274.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/tanulmanyok.nsf/0/4B22BCF9E09A561EC1257552002E1C43/$File/t274.pdf)
Letöltés dátuma: 2010. február 15.
91. Magyar Köztársaság Kormánya (2010): Magyar Köztársaság Kormánya
Magyarország Aktualizált Konvergencia Programja 2009 – 2012
[http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/\(PortalArticles\)/5DE4A0DF8C808FB6C12576BA003F1B8B/\\$File/KP_2010_januar_hu_edp.pdf?OpenElement](http://www2.pm.gov.hu/web/home.nsf/(PortalArticles)/5DE4A0DF8C808FB6C12576BA003F1B8B/$File/KP_2010_januar_hu_edp.pdf?OpenElement)
Letöltés dátuma: 2009. december 03.
92. Népszabadság elektronikus verzió (2009): A nagy kórház-átalakítás
<http://nol.hu/belfold/lap-20090411-20090411-1-328484>
Letöltés dátuma: 2010. február 07.
93. OECD (2005a): Market-type Mechanism and the Provision of Public Services by
Jón R. Blöndal, OECD Journal on Budgeting, Volume 5, No.1.
<http://www.oecd.org/gov/budgeting/44526453.pdf>
Letöltés dátuma: 2012. december 05.
94. OECD (2009b): OECD Health Data 2009 Statistics and Indicators for 30 Countries
http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html
Letöltés dátuma: 2010. március 06.
95. Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (2008): Statisztikai Évkönyv 2008.
<http://www.onyf.hu/?module=search&action=list&search=nyugd%EDjasok+sz%E1ma+heves+megye>
Letöltés dátuma: 2009. augusztus 15.
96. SZEGŐ I. M. (2009): Magyar kórházcégbe fektet be az EBRD
<http://index.hu/belfold/ebrd7494/>
Letöltés dátuma: 2009. július.05.

97. Termékpiaac (2009): Az egészségügyi privatizáció teljes csődje
http://www.termekpiac.com/aktualis_gazdasagi_hirek/az_egeszsegugyi_privatizacio_teljes_csodje_4243_488732.html
Letöltés dátuma: 2009. július 10.
98. Világgazdaság Online (2007): Rések a szolgáltatáspiacon (2007-06-12)
<http://www.vg.hu/nyomtat.php?cikk=176559>
Letöltés dátuma: 2011. szeptember 12.
99. Why Health Research? 2006.
Carel IJ. and Stephen M.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/2940286477_eng.pdf
Letöltés ideje: 2012. december 15.

Egyéb dokumentumok, adatszolgáltatók, adatforrások

Bugát Pál Kórház Nonprofit Kft., Gyöngyös
Egészségügyi Minisztérium (2006): Magyar Egészségügyi Zöld Könyv, Budapest
Gyöngyösi Kórház Egészségügyi Szolgáltató Kft., Gyöngyös
Gyöngyös Város Önkormányzata, www.gyongyos.hu
SEBES G. (2007): Tájékoztató a Bugát Pál Kórház 2007. április 1-től érvényes szakmai szerkezetéről, finanszírozási tényeiről és várható gazdasági helyzetéről, Gyöngyös

A témához kapcsolódó törvények, rendeletek

1949. évi XX. törvény az Alkotmányról
1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről
1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról
1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról
1992. évi XXXVIII. törvény az államháztartásról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi CLVI. törvény a közhasznú szervezetekről

1997. évi CXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) kormányrendelettel

1998. évi XCI. törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről

2001. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról

2003. évi CXXIX. törvény a közbeszerzésekről

2005.évi LXXXVIII. törvény a közérdekű önkéntes tevékenység szabályairól

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

2007. évi CXXVII. törvény az általános forgalmi adóról

2008. évi CV. törvény a költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról

217/1998. (XII.30.) Kormányrendelet az államháztartás működési rendjéről

43/1999. (III.3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

50/2002. (III. 26.) Kormányrendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályiról

64/2007. (IV.3.) Kormányrendelet a száz százalékban állami, illetve helyi önkormányzati tulajdonú közhasznú vagy gazdasági társasági formában működő aktív fekvőbeteg szakellátást biztosító egészségügyi szolgáltatók 2007. évi létszámcsökkentésének költségvetési támogatásáról

58/2009. (III.18) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól 43/1999. (III.3.) kormányrendelet módosításáról

Magyar Nemzeti Bank elnökének a pénzforgalomról szóló 6/1997. (MK 61.) számú rendelkezése

21/1998.(VI. 3.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről

M2. SZÁMVEVŐSZÉKI KÉRDŐÍV



**ÁLLAMI
SZÁMVEVŐSZÉK**

FŐIGAZGATÓ-HELYETTES

Ikt.szám: V-2017-16/2008.

Ügyintéző: Winter Zsuzsa

Dr. Kozma Katalin úrhölgy

jegyző

Polgármesteri Hivatal, Gyöngyös

Tisztelt Jegyző Asszony!

Az Állami Számvevőszék vizsgálatot kezdett az „Egyes kórházi tevékenységek és kórházak kiszervezése” témában melynek keretében megbeszélést tartunk a vizsgálandó kórházak tulajdonosai és működtetői, valamint kórház vezetők bevonásával, melyre ezúton tisztelettel meghívom.

**2008. december 10-én, 13³⁰ órakor az Állami Számvevőszék Lónyay utcai épületének
(1097 Budapest, Lónyay u. 44.)**

II. emeleti tárgyalójában.

Az értekezlet témája a kórház-kiszervezés tulajdonosi-, illetve működtetői-kórházvezetői szempontjai. A beszélgetésben szeretnénk megismerni a működtetésbe adás okait, a tulajdonosi és intézményi célkitűzéseket, az előnyöket és hátrányokat, ahogy Önök látják.

A vizsgálatban feldolgozzuk a kórházak működtetésbe adásának tapasztalatait, ezért szükségünk van a vagyonkezelési, vagyonhasznosítási-használati szerződésre is, melynek másolatát kérem, szíveskedjen számunkra faxon 06-1/476-3802, vagy e-mailben winterzs@asz.hu megküldeni.

Budapest, 2008. december 5.

Tisztelettel:

Kemény Emil Sk

1052 BUDAPEST, APÁCZAI CSERE JÁNOS UTCA 10. 1364 Budapest 4. Pf. 54 telefon: 456 8334 fax: 456 8332

KÉRDÉSEK, KRITÉRIUMOK ÉS ADATFORRÁSOK

Főkérdés: Az egyes kórházak, tevékenységeinek kiszervezése, működési formaváltása igazolta-e a szolgáltatók, a tulajdonosok minőségi és költséghatékonysági elvárásait?

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
1. Indokolt volt-e a háttértevékenységek kiszervezése?		
1.1. Megalapozott, előkészített volt-e a döntés?	A döntés megalapozott, előkészített volt.	Döntéselőkészítés dokumentumai, hatásszámítás, előterjesztés, tulajdonosi vélemény
1.1.1. A kiszervezés előtt felmérték-e a szükséges beruházás mértékét és a működtetés költségeit?	A beruházás mértékét és a működtetés költségeit a kiszervezés előtt felmérték.	Hatásszámítás, eszközök elhasználódottságának felmérése
1.1.2. A kiszervezés magyarázható-e a kötelező létszámleépítés követelményével?	Felmérték a kiszervezés hatására felszabaduló bért, járulékot.	Hatásszámítás, tervezési követelmények, kötelező létszámleépítés kalkulációja
1.1.3. Az adatfeldolgozás alapján jellemző-e az egyes háttértevékenységek kiszervezése?	Jellemzőnek tekintjük ha az intézmények 50%-nál az öt fő háttértevékenységből legalább három kiszervezett.	ÁSZ kérdőív ÁSZ adatlap a kiszervezett tevékenységekről
1.1.4. Elégedettek-e az intézmények a választott szolgáltatóikkal? Történt-e szolgáltató váltás a vizsgált időszakban?	Az intézmények elégedettek a kiszervezett tevékenységekkel, az elvárásaik teljesültek.	ÁSZ kérdőív
1.2. Voltak-e a kiszervezéssel szemben támasztott intézményi elvárások?	Teljesültek az intézményi elvárások.	Döntéselőkészítés dokumentumai, hatásszámítások, előterjesztés
1.2.1. A közbeszerzési eljárások segítettek-e a szolgáltatók kiválasztását?	A kiválasztás közbeszerzéssel történt.	A közbeszerzésekről szóló 2003. évi CXXIX. törvény Közbeszerzési okumentumok
1.2.2. Szükséges-e tulajdonosi ellenjegyzés a szerződés megkötéséhez? Vannak-e szerződéses garanciák az elérendő célok teljesülésére, az önkormányzati tulajdon védelmére, az intézményi kontroll gyakorlására, a szerződés felmondásának eseteire?	Bejelentési kötelezettsége van az intézménynek a tulajdonos felé, a tulajdonos ellenjegyzése kötelező.	Szerződések, előterjesztés Vezetői anyagok

Kérdések	Kritériumok, mutatók	Adatforrás
1.3. Eredményezett-e a háttérszolgáltatások kiszervezése minőségi javulást a szolgáltatásban?	A háttérszolgáltatások kiszervezése minőségi javulást hozott a szolgáltatásban.	Szerződés Beruházás dokumentumai
1.3.1. Történt-e a szolgáltatás minőségét javító beruházás (épület, géppark)? Korszerűbb lett-e a kiszervezett tevékenységhez tartozó géppark, technológia?	A szerződésben vállalt beruházási kötelezettséget teljesítette, korszerűbb lett a géppark, technológia. A beruházás megvalósulása javítja a szolgáltatás minőségét.	Ellenőrzési dokumentumok Az intézmény és a szolgáltató minőségbiztosításának és minőségbiztosítási auditjának dokumentumai Minőségbiztosítási rendszer keretében végzett betegeledettségi vizsgálatok

M3. AJÁNLÁS KUTATÓMUNKA VÉGZÉSÉHEZ

Nyugat-magyarországi Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar
Széchenyi István Doktori Iskola
9400 Sopron, Erzsébet út 9.



Dátum: Sopron, 2013.08.27.

Tárgy: Ajánlás

Ajánlás kutatómunka végzéséhez

Kovács Andrea a Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kara Széchenyi István Gazdálkodás- és Szerveztudományok Doktori Iskolájának PhD hallgatója.

Kutatási témája *az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában*. A kutatás természetesen nem nélkülözheti az egészségügyi intézmények vezetőinek, alkalmazottainak véleményét sem az elmúlt években lezajlott kiszervezési (outsourcing) folyamatokról, amelyhez a hallgatónak felmérést kell végeznie, interjúkat kell készítenie.

Kérem, hogy válaszaikkal szíveskedjenek támogatni Kovács Andrea kutatómunkáját, amelynek eredményei a készülő disszertációban, illetőleg a kapcsolódó publikációkban lesznek elérhetők Önök számára is.

Köszönettel és üdvözlettel,

Dr. Pataki László

Egyetemi docens, témavezető

M4. KÉRDŐÍV – KÓRHÁZI OUTSOURCING KUTATÁS

Kórházi outsourcing kutatás

Kovács Andrea vagyok, doktorjelölt a Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskolában.

Kutatási témám az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában.

A kutatás az Ön véleményére és a mostani helyzetre kíváncsi, ezért kérem, a tényleges állapotra leginkább jellemző választ adja a kérdésekre. A kérdőív feldolgozását követően az azt igénylő válaszadó megkapja a felmérésről készített összefoglalót.

A vállalkozás és az Ön neve sem a disszertációban, sem egyéb publikációban semmilyen formában nem kerül megemlítésre.

A kérdőív kitöltése mintegy 10 percet vesz igénybe. Kérem, hogy a válaszait a megadott lehetőségek közül válassza ki, és húzza alá, vagy x-szel jelölje meg, illetve töltsse ki a hiányzó részeket.

Kérem, a kérdőív kitöltésével járuljon hozzá a kutatás sikeréhez. A kutatás 2013.09.30-ig tart.

Köszönöm, hogy időt szán a kérdőív kitöltésére!

Elérhetőségeim:

Mobiltelefon: 06-30-349-4245

Email: akovacs@parat.eu

1. Neme:

- | | | | |
|----|-------|----|----|
| 1. | Férfi | 2. | Nő |
|----|-------|----|----|

2. Kora:

- | | | | |
|----|-------|----|-------|
| 1. | 18-20 | 4. | 41-50 |
| 2. | 21-30 | 5. | 51-60 |
| 3. | 31-40 | 6. | 61- |

3. Mi az Ön tényleges családi állapota?

- | | | | |
|----|---------------------------|----|--------|
| 1. | nőtlen / hajadon | 4. | elvált |
| 2. | házas | 5. | özvegy |
| 3. | élettársi kapcsolatban él | | |

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

- | | | | |
|----|--------------------------------|----|---|
| 1. | nyolc általános | 4. | gimnáziumi érettségi |
| 2. | szakiskola,
szakmunkásképző | 5. | felsőfokú szakképzés
(pld. főiskola BA, OKJ) |
| 3. | szakközépiskolai érettségi | 6. | egyetemi diploma |

5. Mely szakmai területen dolgozik?

1. járóbeteg ellátás
2. fekvőbeteg ellátás
3. rehabilitáció
4. krónikus ellátás
5. menedzsment, felső vezetés
(ügyvezető-, orvos-, ápolási, gazdasági igazgató, főigazgató)
6. pénzügy/számvitel
7. munkaügy/társadalombiztosítás
8. intézményfenntartás, műszaki ellátás, portaszolgálat, biztonsági terület
9. informatika
10. élelmezés
11. takarítás

6. Mi az Ön foglalkozása, beosztása?

7. Hány éve dolgozik ezen a pályán? _____ éve

8. Munkahely földrajzi elhelyezkedése Magyarországon

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. Észak-Magyarország | 5. Nyugat-Dunántúl |
| 2. Észak-Alföld | 6. Közép-Dunántúl |
| 3. Dél-Alföld | 7. Dél-Dunántúl |
| 4. Közép-Magyarország | |

9. A vállalat/intézmény munkatársainak száma:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 100 fő alatt | 4. 500-1000 fő között |
| 2. 100-250 fő között | 5. 1000 fő felett |
| 3. 250-500 fő között | |

10. Igénybe vesznek-e, vettek-e outsourcing/kiszervezett szolgáltatást valamely vállalati/intézményi területen az Ön cégénél, intézményénél?

- Pénzügyi adminisztráció**
- Bérszámfejtés és HR adminisztráció**
- IT**
- Munkaerő toborzás / Recruitment**
- Teljes intézményi kiszervezés**
- Egyéb:**
- Nem veszünk/nem vettünk még sosem igénybe**
- Nincs ismeretem erről**

11. Az alább felsorolt tényezők mennyire játszhatnak/játszhattak fontos szerepet az outsourcing / kiszervezési döntések megalapozásában?

1=nem fontos, 5=nagyon fontos

	1	2	3	4	5
Pontosság	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reakció idő	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magasabb szakmai színvonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Munkavállalók
munkakörülményeinek,
jövedelmének növelése

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Az ellátórendszer
hatékonyságának növelése

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Politikai tényezők

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Amennyiben igen, mennyire elégedett Ön az adott terület kiszervezése során kapott szolgáltatással, az ár-érték arányt figyelembe véve?

1=nem elégedett, 5=nagyon elégedett

	1	2	3	4	5	6 Nem tudom megítélni
Pénzügyi adminisztráció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bérszámfejtés és HR adminisztráció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munkaerő toborzás / Recruitment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élelmezés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5	6 Nem tudom megítélni
Ingatlan üzemeltetés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teljes intézményi kiszervezés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ön mennyiben ért egyet az alábbi állításokkal?

1=nem értek egyet, 5=teljes mértékben egyetértek 6=nem tudom megítélni

	1	2	3	4	5	6 Nem tudom megítélni
Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6
Nem
tudom
megítélni

1 2 3 4 5

fejlődéséhez.

A kiszervezett dolgozók
esetében nő

bizonytalanság, nem
mindig tudják megítélni,
kitől fogadhatnak el
utasításokat.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A kiszervezési döntés
előtti megfelelő

kommunikáció a
döntéshozók részéről a
munkavállalók teljes köre
felé elengedhetetlen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A kiszervezések miatt nő
az egészségügyi dolgozók
elvándorlása.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Az outsourcing során
kihelyezett adatkezelés
biztonsági szempontból
nem kockázatosabb a
vállalaton belüli
adatkezelésnél.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6
Nem
tudom
megítélni

1 2 3 4 5

A kiszervezésekkel
csökkenhet a hálapénz
jelensége az egészségügyi
intézményekben.

14. Ön mennyiben ért egyet az alábbi állításokkal?

1=nem értek egyet, 5=teljes mértékben egyetértek, 6=nem tudom megítélni

6
Nem
tudom
megítélni

1 2 3 4 5

Az egészségügyi
intézmény minden
szakmai területének
működtetése állami
feladat.

Az egyes szakterületek
működtetése
hatékonyabb lehet a
szakterületre
specializálódott
szolgáltatók által.

	1	2	3	4	5	6 Nem tudom megítélni
A kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Az érdekképviseltek lehetőségei csökkennek a kiszervezett dolgozók tekintetében.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A kiszervezett dolgozók esetében előfordulhat, hogy a cég fizetéseképtelensége miatt nem, vagy csak késve kapják meg a jövedelmüket.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. A kiszervezések hatására megnő a munkaerő elvándorlás, a fluktuáció veszélye.

1 2 3 4 5

Kis mértékben igaz Nagy mértékben igaz

16. Amennyiben a kiszervezett feladat ellátására nincs elegendő számú „versenyző” a piacon, úgy az monopóliumok kialakulásához, de legalább is kevés számú cég nagyfokú megerősödéséhez vezethet.

1 2 3 4 5

Kis mértékben igaz Nagy mértékben igaz

17. A dolgozók jelentős hányadát érintő döntések előtt a vezetők kellően előkészítik a változásokat, megfelelő minőségű a kommunikáció.

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem Teljes mértékben

18. Kérem, segítsen abban, hogy a kérdőíves kutatás kiegészítéseként leírja a kórházi kiszervezésekkel kapcsolatos tapasztalatait, észrevételeit!

Köszönöm!

M5. MÉRŐSKÁLA TÍPUSAI

1. Neme	nominális
2. Kora	ordinális
3. Mi az Ön tényleges családi állapota?	nominális
4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?	ordinális
5. Mely szakmai területen dolgozik?	nominális
7. Hány éve dolgozik ezen a pályán?	skála
8.) Munkahely földrajzi elhelyezkedése Magyarországon	nominális
9.) A vállalat/intézmény munkatársainak száma:	ordinális
10.) Igénybe vesznek-e, vettek-e outsourcing/kiszervezett szolgáltatást	
Pénzügyi adminisztráció	nominális
Bérszámfejtés és HR adminisztráció	nominális
IT	nominális
Munkaerő toborzás / Recruitment	nominális
Teljes intézményi kiszervezés	nominális
Nem veszünk/nem vettünk még sosem igénybe	nominális
Nincs ismeretem erről	nominális
11.) Az alább felsorolt tényezők mennyire játszhatnak/játszhattak fontos szerepet az outsourcing / kiszervezési döntések megalapozásában?	
Pontosság	ordinális
Reakció idő	ordinális
Magasabb szakmai színvonal	ordinális
Referencia	ordinális
Ár	ordinális
Munkavállalók munkakörülményeinek, jövedelmének növelése	ordinális
Az ellátórendszer hatékonyságának növelése	ordinális
Politikai tényezők	ordinális
12.) Amennyiben igen, mennyire elégedett Ön az adott terület kiszervezése során kapott szolgáltatással, az ár-érték arányt figyelembe véve?	
Pénzügyi adminisztráció	ordinális
Bérszámfejtés és HR adminisztráció	ordinális
IT	ordinális
Munkaerő toborzás / Recruitment	ordinális
Élelmezés	ordinális
Ingatlan üzemeltetés	ordinális
Teljes intézményi kiszervezés	ordinális

13.) Ön mennyiben ért egyet az alábbi állításokkal?	
Az outsourcing minden esetben költségcsökkentést eredményez egy vállalat/intézmény életében	ordinális
Az outsourcing egyik pozitív lehetséges eredménye a munkavállalói létszám csökkenése.	ordinális
Az outsourcing által eredményezett belső szerkezeti átalakítások pozitív hatást gyakorolnak a belső folyamatok hatékonyságára.	ordinális
Az outsourcing szolgáltatáson keresztül igénybe vehető széleskörű szakmai tapasztalat minden esetben hozzájárul a vállalat/intézmény szakmai folyamatainak fejlődéséhez.	ordinális
A kiszervezett dolgozók esetében nő bizonytalanság, nem mindig tudják megítélni, kitől fogadhatnak el utasításokat.	ordinális
A kiszervezési döntés előtti megfelelő kommunikáció a döntéshozók részéről a munkavállalók teljes köre felé elengedhetetlen.	ordinális
A kiszervezések miatt nő az egészségügyi dolgozók elvándorlása	ordinális
Az outsourcing során kihelyezett adatkezelés biztonsági szempontból nem kockázatosabb a vállalaton belüli adatkezelésnél	ordinális
A kiszervezésekkel csökkenhet a hálapénz jelensége az egészségügyi intézményekben	ordinális
14.) Ön mennyiben ért egyet az alábbi állításokkal?	
Az egészségügyi intézmény minden szakmai területének működtetése állami feladat.	ordinális
Az egyes szakterületek működtetése hatékonyabb lehet a szakterületre specializálódott szolgáltatók által.	ordinális
A kiszervezett dolgozók a szolgáltató cégnél kedvezőbb jövedelemhez, körülményekhez juthatnak.	ordinális
Az érdekképviseltek lehetőségei csökkennek a kiszervezett dolgozók tekintetében.	ordinális
A kiszervezett dolgozók esetében előfordulhat, hogy a cég fizetéseképtelensége miatt nem, vagy csak késve kapják meg a jövedelmüket.	ordinális
Szívesebben dolgozok állami/önkormányzati fenntartású intézménynél, mint profitorientált szolgáltatónál.	ordinális
15. A kiszervezések hatására megnő a munkaerő elvándorlás, a fluktuáció veszélye.	ordinális
16. Amennyiben a kiszervezett feladat ellátására nincs elegendő számú „versenyző” a piacon, úgy az monopóliumok kialakulásához, de legalább is kevés számú cég nagyfokú megerősödéséhez vezethet.	ordinális
17. A dolgozók jelentős hányadát érintő döntések előtt a vezetők kellően előkészítik a változásokat, megfelelő minőségű a kommunikáció.	ordinális

M6. MÉLYINTERJÚ FORGATÓKÖNYVE

Kód:

	-				-				-										
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum:

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés)

Mi a válaszadó munkaköre?

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is *„csak a non-core/nem főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”*

Mi az Ön véleménye arról, hogy *„... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezése előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”*

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

Az Ön véleménye szerint...*”Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”*

Ön szerint *„A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”*

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

Az Ön személyes tapasztalata alapján *„Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”*

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

M7. MÉLYINTERJÚ KÓDLISTA

Változó száma	Karakter száma	Változó neve	Kód leírása	
1	1	Futó sorszám	1,2,...n	
2	1	Megkérdezett legmagasabb iskolai végzettsége	1	Nyolc általános
			2	Szakiskola, szakmunkásképző
			3	Szakközépiskolai érettségi
			4	Gimnáziumi érettségi
			5	Felsőfokú szakképzés
			6	Egyetemi diploma
3	1	Megkérdezett intézményének földrajzi elhelyezkedése	1	Észak-Magyarország
			2	Észak-Alföld
			3	Dél-Alföld
			4	Közép-Magyarország
			5	Nyugat-Dunántúl
			6	Közép-Dunántúl
			7	Dél-Dunántúl
4	2	Válaszadó szakmai területe az intézményben	1	Járóbeteg ellátás
			2	Fekvőbeteg ellátás
			3	Rehabilitáció
			4	Krónikus ellátás
			5	Menedzsment, felső vezetés
			6	Pénzügy/számvitel
			7	Munkaügy/társadalombiztosítás
			8	Intézményfenntartás, műszaki ellátás, portaszolgálat, portaszolgálat
			9	Informatika
			10	Élelmezés
			11	Takarítás
5	1	A válaszadó intézményének alkalmazotti létszáma	1	100 fő alatt
			2	100-250 fő között
			3	250-300 fő között
			4	500-1000 fő között
			5	1000 fő felett
6	6	Mélyinterjú dátuma	ÉV-HÓ-NAP (2-2-2 karakter)	

M8. MÉLYINTERJÚK ÍROTT VÁLTOZATA

Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 1-6-1-05-4-130930

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum: 2013.09.30.

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés) Észak- közép-Magyarországi térség

Mi a válaszadó munkaköre? Gazdasági igazgató

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?
700 fő

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

360 krónikus ágyunk van a pulmonológia, a pszichiátria, az addiktológia, és a krónikus belgyógyászat terén. Aktív ágyaink száma 280.

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

A költségek csökkentése, és az ár a döntő szempont a kiszervezéseknél. Nálunk minden esetben ez volt a döntő a közbeszerzési eljárások lefolytatásánál.

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is „csak a non-core/főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”

Igen, így van. Az alapszakmákban már nem lehet költségeket csökkenteni. A kórház mozgástere minimális lett. A főtevékenység nyereségtartalma alacsony. Amennyiben kiszervezés történik, a vállalkozó a vélt, remélt nyereség érdekében esetleg a minőség rovására cselekszik, ami a kórház szempontjából megengedhetetlen. Ekkor jöhetnek a műhiba perek, a hibás teljesítések. Ez nyilván nem célja egyetlen intézménynek sem.

Mi az Ön véleménye arról, hogy „... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezései előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”

Úgy látom, a főtevékenységet kiegészítő tevékenységeknél lehet pozitív hozamokról beszélni. Nálunk is ezekre koncentráltunk egy-egy döntés előtt. A szükséges gazdaságossági számítások, a megfelelő, minden tényezőre rávilágító előkészítés azonban nem történt meg hiánytalanul. Egy divathullám is volt az outsourcing az egészségügyben.

Valamint akkor alkalmaztuk még, amikor nem volt elegendő forrásunk a fejlesztésekre. Például fel kellett volna az egész mosodát újítanunk, de nem álltak rendelkezésre a szükséges anyagiak. Az évek során az amortizáció nem került pótlásra, az eszközeink már nem feleltek meg sem a modern elvárásoknak, sem az egészségügyi előírásoknak.

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

Mi a mosatást, a karbantartást, a takarítást és az őrzés-védést szerveztük ki. Figyelembe vettük a dolgozók érdekeit minden esetben, és most is elégedettek a volt munkavállalóink az új munkáltatónál. Egyébként a szolgáltatók átvették mindig a teljes létszámú állományt, és racionális mértékben történtek elbocsátások. Akik feleslegessé váltak, megkapták a törvényi előírásoknak megfelelő felmentést, végkielégítést.

Az Ön véleménye szerint...”Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”

Kollégáimtól hallom, hogy az egészségügyben sorra veszik vissza a kórházak a kiszervezett tevékenységeket. Egyébként a GYEMSZI szorgalmazza, és nem ellenzi a gazdaságos kiszervezéseket. Amennyiben olcsóbbá válik így egy résztvevő, nem ütközzünk akadályokba a kiszervezéseknél. Szabadon dönthet a kórház. A közbeszerzési eljárások során arra kell koncentrálnunk, hogy a törvényességet betartsuk.

Ön szerint „A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”

Az elmúlt időszakban kormányzati célkitűzés okán a gyógyszertárak is visszakerültek a kórházak működtetésébe. A meghatározó most ez esetben, hogy költségek csökkentésével gazdaságosan legyenek működtethetőek e területek. Azonban tisztán belső eszközökkel nem váltható ki az outsourcing, mint menedzsment eszköz.

A közalkalmazotti törvény által szabott lehetőségek és a munkavégzés értéke nem mindig vannak összhangban. Mivel az egészségügyben a legnagyobb költségtétel a személyi jellegű ráfordítások, és az egy meghatározott keretben mozoghat, nehéz megtalálni a forrást a jobb teljesítmény premizálására, a dolgozók ösztönzésére. Az intern megoldásokhoz, a belső átalakításokhoz komoly forrás szükségeltetik. Ahhoz, hogy a kórház racionálisabb létszámmal dolgozhasson, szükség volna elbocsátásokra, azonban a felmentésre, végkielégítésre nem áll rendelkezésre elegendő pénz, így a jelen állapot állandósul.

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

Szerintem némi veszélyt hordozhat a megoldás. Például nálunk az előző takarítást végző cégnél előfordult, hogy a takarítók csak később kapták meg a fizetésüket, mint az a szerződésükben benne volt. A jelenleg nálunk dolgozó külsős cégeknél ilyen problémáról nem hallottam.

Az Ön személyes tapasztalata alapján „Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”

A mi térségünkben nem jellemző a fluktuáció, a külföldön történő munkavállalás. Inkább jellemző, hogy a kollégák féltik az állásukat, kötődnek a munkahelyükhöz. Igaz, egy-egy kiszervezésnél kiszolgáltatottabbá válnak, de legalább megőrzik a munkahelyüket.

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 2-6-4-05-4-131014

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum: 2013.10.14.

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés) Budapest

Mi a válaszadó munkaköre? Igazgatósági tag

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

650 fő

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

Hőszolgáltatás, ingatlanüzemeltetés

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

A kérdés megválaszolásához a kórház vezetésének először el kell döntenie, hogy mivel akar foglalkozni. A nem orvosi-ápolási területekre, amennyiben kiszervezi, nem kell koncentrálnia, szakma-specifikus kérdésekre koncentrálni.

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is „csak a non-core/főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”

Egyetértek a felvetéssel, a kórház fő feladata a gyógyítás, ápolás, így ezekre a feladatokra kell koncentrálnia.

Mi az Ön véleménye arról, hogy „... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezései előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”

Ez így igaz a teljes kórházi kiszervezések kapcsán. Az előkészítés nem volt rendben a legtöbbször. Alapos felmérés előzte meg azonban azokat a döntéseket, amelyeket mi, mint szolgáltatók hoztunk meg. A kiírások, a közbeszerzés meg is követelte a megfelelő

háttér tanulmányok elkészítését a mi részünkről, azonban a kórházak legtöbbször forráshiány miatt kényszerültek bele a közbeszerzési eljárásokba. Mennyire voltak jó számítások a részünkről, azt nehéz megítélni.

Szolgáltatói oldalról nézve a gondot az okozta a számunkra, hogy sokszor a működtető váltás kapcsán új jogi helyzetbe kerültünk, és az új működtető megörökölte a több évre, évtizedekre szóló szerződéseket, amelyeket nem mindig fogadtak kedvezően. Számára a régi, hosszú távú szerződés kényszerpálya volt.

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

A legtöbb esetben mi átvettünk minden dolgozót, aki egyébként kórházi alkalmazottként az ingatlanüzemeltetés, hőszolgáltatás területén dolgozott. Ha szükségét láttuk, mi bocsátottuk el a dolgozókat. A munkavállalók hozzánk munkajogi jogutódlással kerültek. A cégünk belső képzéseket szervezett, több telephelyen biztosítottuk a betanulást, a modern technológiák megismerését számunkra. Nem volt jellemző nálunk a tömeges elvándorlás, a fluktuáció a kiszervezések miatt. Továbbá nálunk magasabb volt a bérszínvonal is, mint a kórházakban.

Az Ön véleménye szerint... „Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”

Elmondhatjuk, hogy a mi területünkön, az energiaszolgáltatás terén a kiszervezések leálltak. Igaz, most volt egy központi gázbeszerzés, azonban az a véleményem, hogy a hőközpontok üzemeltetésével nem törődik senki. Így drága lehet a kórházak számára még az olcsó gázenergia is.

Ön szerint „A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”

Nem. Ennek okát a szakemberek hiányában látom. A kórházaknak kicsi a mozgástere, jellemzően 1-2 telephellyel működnek, nem könnyű sokoldalú munkatársat találni. A területhez tartozó szakemberek nem tudják megismerni a modern technológiákat, a tudásuk elmélyítéséhez, fejlesztéséhez nem rendelkezik a kórház megfelelő forrással.

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

Nálunk nem volt ez sosem jellemző. Mi egy nagyvállalat vagyunk, a törvényi minimum előírások felett fizetjük munkavállalóinkat. Esetleg kisebb projektcégeknél előfordulhatnak likviditási problémák, nálunk sosem volt ilyen. Az átvett dolgozók helyzete nem lett bizonytalanabb, sőt, több munkahelyen, telephelyen dolgozhatnak, elmélyíthetik szakmai ismereteiket, több tapasztalatot szerezhetnek.

Az Ön személyes tapasztalata alapján „Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”

A kórházakban működtetési, üzemeltetési területen dolgozók tekintetében el tudom képzelni, hogy a for-profit szféra elszívja a jó szakembereket, vagy az orvosok, ápolók külföldre távoznak a magasabb bér, a jobb munkakörülmények miatt. Ez nyilván reális veszélyt jelent a betegellátás vonatkozásában.

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 3-5-4-10-4-130925

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum: 2013.09.25.

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés) Budapest

Mi a válaszadó munkaköre? Üzletvezető

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

500-600 fő között

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

Betegétkeztetés

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

Az elmúlt időszakban a tőkeinvestíció szükségessége határozta meg a kiszervezési döntéseket. Megváltoztak a feltételek, a szakmai, egészségügyi előírások, de a kórház ezt nem tudta biztosítani, ezért gyors lefolyású döntéshozatal volt jellemző, melyet az egyszerű emberek nem tudtak megérteni.

A tőkehiány, az egészségügy alulfinanszírozottsága tette szükségessé a kiszervezéseket. Persze ennek lehetnének, lehetnek pozitív hozadécai is. Rugalmasság, esetleg magasabb bér a gazdasági érdekeltségű vállalkozásoknál.

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is „csak a non-core/főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”

Az egészségügyben megállt az idő. Még mindig jellemző a középkori hierarchikus belső rendszer, mely már megérett a változásokra, és lehet, hogy itt is lehetne olyan területeket találni, ahol átgondolandó lehetne a kiszervezés. Azonban nem szerencselovagokra van szüksége az egészségügynek, hanem tapasztalt szakmai vezetőkre, befektetőkre.

Minden szakmai terület kiszervezhető véleményem szerint, amennyiben szakmailag-gazdaságilag igazolható annak létjogosultsága.

Mi az Ön véleménye arról, hogy „... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezései előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”

Igen, ez így volt. Nem voltak gazdaságossági számítások, jellemzően szubjektív, baráti-politikai kapcsolaton alapuló kiszervezések jellemezték az elmúlt időszakot.

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

Az én területemen elmondhatom, hogy nem vették figyelembe ezt a döntéshozók. A kiszervezések előtt, amikor megismerték a dolgozók az új munkaszerződéseket, többen nem akarták aláírni, mivel nem munkajogi jogutódlással történt a dolgozók átvétele. Aztán rábeszélésre, és kényszerből, féltve a munkahelyeiket, mégis aláírták azt. Ez egyértelműen érdeksérelemmel járt. Az önkormányzat, a fenntartó pedig kényszerpályán volt, nem tudott hatni a profitorientált új működtetőre. Egyértelmű, ő sem akart akár 20-30 éves közalkalmazotti jogviszony gazdasági következményeit felvállalni.

Az Ön véleménye szerint... „Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”

Az utóbbi években csökkent a kórházak motivációja e tekintetben. A vezetők hibás döntésekre újabb hibás döntéseket hoztak. Ez fakadhat a gyors döntések miatt, vagy akár a vezetők felkészületlenségéből is. Most az államosítással csak az idő kerekét forgatjuk vissza. Bár nem tiltja a GYEMSZI a kiszervezéseket. Ezek közbeszerzéseken keresztül

valósulnak meg. Ez most egy újabb politikai jellegű döntés, az eredeti, régi állapot visszaállítására törekszik a kormányzat.

Ön szerint „A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”

Ez lenne a cél! A külső szolgáltatónak nehezebb a helyzete, mint azoknak a vezetőknek, akik ismerik a belső folyamatokat. Megfelelő szakmai menedzsment képes kiváltani a kiszervezést, persze ehhez megfelelő egészségügyi finanszírozás is szükséges.

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

Igen, egyértelműen. A javadalmazás tekintetében is elmondható ez. Egyszerűen egy profitorientált vállalkozónál bizonytalanabb a munkavállaló helyzete. Jellemző a védettség hiánya, a kiszámíthatatlanság, a gazdasági visszaesés közvetlen ráhatása. A szakmában jellemző az a felfogás, hogy az állami, az önkormányzati állás biztosabb. Azt, hogy a kiszervező cégeknél gondok lettek volna a bérfizetéssel, nincs tapasztalatom.

Az Ön személyes tapasztalata alapján „...Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”

Igen, ez reális veszély. Napjainkra az outsourcing olyan negatív felhangot kapott a nem megfelelően előkészített kiszervezések miatt, a hibás politikai döntések okán, hogy akár veszélybe is kerülhet emiatt – jellemzően az orvos-szakmai – ellátás.

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 4-5-1-05-4-130926

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum: 2013.09.26.

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés) Észak-Magyarország

Mi a válaszadó munkaköre? ápolás igazgató

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

580 fő

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

Kórházunk fő profilja az aktív fekvőbeteg ellátás, melynek legnagyobb osztálya az aktív belgyógyászat osztály 78 ágygal.

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

Azokat a kiszolgáló egységeket, osztályokat, amelyek nem tartoznak szorosan a gyógyító-megelőző ellátáshoz, szolgáltatásként vásárolja meg a kórház. Ne kelljen sem időt, sem pénzt, sem energiát fordítani ezeknek az egységeknek a működtetésére. A kiszervezés után hozzáértő, profi szakemberek működtessék, akiknek ez a szakterületük. Több pénzbe ne kerüljön, a cél az alacsonyabb költség elérése volt Amennyiben a kiszervezésből anyagi megtakarítása nem is lesz a kórháznak, ezeknek a területeknek a felújítása, a géppark javítása és pótlása nem a kórház költségvetését terheli. A személyzet átadásával a kórház bérköltségének jelentős csökkenését remélték.

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is *„csak a non-core/főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”*

A Magyarországi tapasztalatok azt mutatták, azonban nem feltétlenül csak a kiszolgáló egységeket, - mint a mosoda, ételmezés, gyógyszerellátás, műszaki ellátás, takarítás, stb. – kellett volna megvizsgálni, és a kiszervezés lehetőségével élni. Az orvos-szakmai és az ápolás szakmai területeken is lettek volna lehetőségek, de a két csoport eltérő érdekekkel rendelkezett, sőt rendelkezik ma is, ami megnehezíti az egyenlő partnerként való

együttműködésüket, vállalkozásukat. Ahhoz pedig, hogy a betegellátással foglalkozó területeket kiszervezzék, a két csoport partneri együttműködése szükséges. A betegellátás területét nem szabad feldarabolni, és a pozitív szaldós területeket kimazsolázni. A szakmai területek egybetartásával a dolgozókat érdekeltté (elsősorban anyagi) kellett volna tenni, és akkor megtanulták volna gazdálkodást, a költséghatékony munkavégzést. Így ebben a formában a szakmai területek kiszervezéséről is lehetett volna tárgyalni.

Nem úgy gondolom, mint az alapellátás kiszervezése történt, ahol a szakdolgozók a vállalkozó orvosok alkalmazottai. A szakdolgozótól elvárták (elvárják ma is), hogy a teljesítménye igazodjon a vállalkozásban elvárt teljesítményhez, a munka bérezése pedig a legtöbb esetben a közalkalmazotti bértáblától is alacsonyabb. Igaz, egyes területeken zsebből-zsebbe történik bérkiegészítés, ami mindenképpen hátrányos a szakdolgozónak. Ez mutatja a legjobban, hogyan tér el két csoport érdeke.

Véleményem szerint ezért a két dologért nem lehet a szakmai területeket kiszervezni Magyarországon.

Mi az Ön véleménye arról, hogy „... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezései előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”

A kiszervezés előkészületei mindig arról szóltak, hogy a tulajdonosok az adott területet szeretnék-e kiszervezni, vagy sem. A döntés előkészítő számításokkal pedig mindig azt mutatták ki, amit elvártak a tulajdonosok, aminek az egyértelmű döntése csakis a kiszervezés lehetett. Ezek a számítások a legtöbb esetben alibi számítások voltak, hogy a kiszervezést alátámasszák. Az átvétel után az új működtetők (tulajdonosok) a valós helyzetet minden esetben úgy prezentálták a dolgozóknak, mintha nem ismerték volna, mintha most szembesültek volna a tényekkel. Így könnyebb volt elfogadtatni a létszámleépítéseket és a megszorításokat.

A dolgozók minden alkalommal megkérdezték a tulajdonosokat, hogy „ha a vállalkozónak megéri működtetni pl.: a kórházat, akkor a jelenlegi tulajdonosnak miért nem éri meg?” A válasz minden esetben az volt, hogy a vállalkozó saját tőkével rendelkezik, amit beinvestál majd és ez által, le tudja faragni a kórház veszteségét. Ez a valóságban nem történt meg soha, de ez a tény senkit nem érdekelt.

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

A munkavállalók érdekei az adott helyzetben másodlagos szempontként kerültek elbírálás alá. Volt olyan átvétel, hogy az új működtető még nem nyert a pályázaton, de már az új létszámkereteket ők alakították ki. Azokat a dolgozókat, akiket nem akartak foglalkoztatni, már át sem vettek. Volt olyan átvétel is, hogy minden dolgozó átvételre került, és csak később került sor a létszám „racionalizálására”. A megszorításokat a legtöbb esetben a létszám átalakításával kezdték, aminek a legnagyobb vesztesei minden esetben a szakdolgozók voltak. A legtöbb esetben az ápolás igazgató harciasságán múltott mennyi szakdolgozót foglalkoztatnak. A szakmai létszám minimumfeltétel teljesítése különösebben nem izgatott senkit, ugyanis annak ellenőrzése felületesen történt.

Az Ön véleménye szerint... „Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”

Egyértelműen igen, mindenkit bekebelezni, mindenkit ellenőrzés alá vonni, mindenkit központilag irányítani. Lassan minden kiszervezett egészségügyi intézményt rákényszerítenek az államosítás elfogadására, vagy önként felajánlására. Ezeknek az intézményeknek olyan külső körülményt teremtenek, hogy tovább már ne érje meg a vállalkozást tovább folytatni. Törvénymódosításokkal, finanszírozás megváltoztatásával, bérfejlesztés hatályának szűkítésével, stb., kirekesztésre kerülnek lassan ezek az intézmények a nagy egészségügyi rendszerből.

Ezeknek a tényeknek a tudatában, egyértelműen csökkent, vagy inkább már meg is szűnt, az egészségügyi intézmények kiszervezése.

Ön szerint „A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”

Igen, ez mindenképpen járható út, ezeket a megoldásokat kellett volna alkalmazni a kiszervezések helyett a tulajdonosoknak. A kórházak vezetőinek szabad kezet kellene adni ezeknek a megoldásoknak a kidolgozására és megvalósítására. Az intern megoldásokkal talán kisebb sérülést okozunk a dolgozóknak és a kórház működésében, gazdálkodásában. Az intern megoldás egyetlen hátránya, hogy az új vezetéstől a dolgozók jobban elfogadják a változásokat, mint a saját menedzsmentjétől.

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

Ennek a veszélye minden kiszervezett intézménynél, cégnél fenn áll, azonban a mi gyakorlati tapasztalatunk nem ezt mutatta. A bérfizetések mindig megtörténtek, sőt, a jogszabálytól eltérően a Kollektív Szerződésben foglaltak szerint magasabb juttatások kifizetésére került sor. Az államosítással ezeket a magasabb juttatásokat veszítették el a dolgozók, mert a Kollektív Szerződése a kórháznak az államosítással hatályát veszítette.

Az Ön személyes tapasztalata alapján „...Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”

A munkavállalók fokozott elvándorlása kórházunkra nem volt jellemző, inkább a létszámleépítések viselték meg a dolgozókat. Azok a dolgozók, akiket később vissza vettünk a kórház állományába, örömmel tértek vissza. Még azok is, akiket más osztályra vettünk vissza, mint ahonnan az elbocsátása történt. A betegek az átalakítások során a szakdolgozók létbizonytalanságát megérezték, de a létszámcsökkentés lezárásával mindenki megnyugodott és a régi nyugodt mederben folyt a betegek ellátása.

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 5-5-1-05-4-130925

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum: 2013.09.25.

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés) Észak-Magyarország

Mi a válaszadó munkaköre? Manager

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

500-600 fő között

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

A kórház fő profilja a fekvőbeteg ellátás, azon belül a belgyógyászat.

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

A '90-es évektől jellemző volt a kórházak alulfinanszírozottsága. Az önkormányzatoknak úgy kellett az önkormányzati feladataikat ellátniuk, hogy állandósult a likviditási hiány az intézményben. Az önkormányzat nem tudta a feladatot a megyének visszaadni, pedig többször felvetődött ennek a lehetősége, így végső megoldásként önkormányzati biztost nevezett ki a kórház élére, hogy a szorító helyzetre megoldást találjanak. A biztos javaslatára döntött az önkormányzat arról, hogy a költségvetési szervként működő kórházat átalakítja nonprofit gazdasági társasággá, azt remélve, hogy ez a jogi forma nagyobb mozgásteret ad a kórház vezetőinek. Amikor ez sem mutatkozott jó megoldásnak, az önkormányzat a kórház teljes kiszervezése mellett döntött, mely kényszermegoldás volt ugyan, de a befektető - egy nagy európai bank háttérével – jelentős fejlesztéseket ígért, mind emellett a likviditási biztonságot is szerződésben szavatolta. Később bebizonyosodott, hogy ez a megoldás sem vált be, így az önkormányzat visszavette a kórházat a működtetőtől, mielőtt - jellemzően pénzügyi okokból - meg nem állt a kórház működése.

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is „csak a non-core/főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”

Készültek számítások különféle területekre, de ezek inkább kvázi számítások voltak, optimistán mutatták be a lehetőségeket. Sok tényezővel nem is számoltak ezek a kimutatások, például a kiszervezésben közreműködő cég által felszámított ÁFÁ-val, mely a kórházat terhelte, és nem volt levonható. Ezt senki nem vette figyelembe.

A nem fő tevékenységek kiszervezése egyszerűbb, könnyebben számíthatóak egyértelműen a befolyásoló tényezők alapján a várható eredmények, és amennyiben eredményesnek mutatkozik a kiszervezés, megvalósíthatónak tartom. Ez azt is eredményezheti, hogy az orvosi-ápolási területre több forrás marad.

Mi az Ön véleménye arról, hogy „... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezései előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”

A kórházvezetés nem volt mindig birtokában a releváns adatoknak, melyhez hozzájárult a költségvetési intézményben alkalmazott könyvelési módszer, és az üzemgazdasági szemléletű könyvvitel eltérése is.

Sokszor nem került minden várható, esetlegesen felmerülő plusz költség számításba. A vezetőknek sem volt igazi gyakorlata, kontrolling háttere a releváns adatok összegyűjtésére, a reális kalkulációk elkészítésére. Az orvos-szakmai területeken a szigorú munkaidő beosztás, az állandó orvoshiány, a túlóra korlát mind elősegítették például az egyes járóbeteg ellátások, az ügyeletek kiszervezését egyéni vagy társas vállalkozásba, bár ezek egyértelműen színlelt szerződésekként foghatóak fel. A számítások itt inkább elmaradtak, mert kényszerpályán volt a vezetés. Ez természetesen áttekinthetetlen viszonyokat teremtett, hiszen a vállalkozó orvosok egy méltányos bérleti díj ellenében a kórház eszközeivel, anyagaival végeztek privát tevékenységet. Ez a belső feszültségeket növelte a dolgozók között. A gyógyszerár kiszervezése forráshiány miatt történt meg, mivel az egészségügyi előírásoknak megfelelő infrastruktúrát a kórház saját forrásból nem tudta volna előteremteni. Itt számítások csak arra vonatkozóan történtek, hogy mennyi

pénz kellene az épület felújítására, és a berendezésére, illetve várhatóan mennyit hozhat a nyílt forgalmú gyógyszerár, mint egyéb bevétel, de egyértelmű volt, hogy nincs meg a szükséges anyagi háttere a kórháznak ehhez. Ez a helyzet az ultrahangos vizsgálatok kiszervezésével kapcsolatban is. A kényszer, a hosszú várólista kényszerítette a kórházvezetést arra, hogy magánvállalkozónak adja ki a tevékenységet.

Jellemző volt az elmúlt tíz évben, hogy a folyamatos alulfinanszírozottság miatt olyan kiszervezések történtek, amelyek inkább mindig egyre rosszabb döntéseket eredményeztek.

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

A munkavállalók érdekeit az önkormányzat és a kórházvezetés is minden esetben védte, a megszerzett jogokat az új működtetőnek is garantálnia kellett szerződéses módon.

Az Ön véleménye szerint... „Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”

Az elmúlt évek történései nyomán egyértelműen állítható, hogy lefékeződött a kiszervezési folyamat. Ennek egyik oka, hogy számos igazán nagy kudarctól a média is hangos volt, az outsourcing az egészségügyben igazi szitokszóvá vált. Gondoljunk csak a Hospinvest-ügyre!

Ön szerint „A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”

Korrekt egészségügyi finanszírozással igen, az a véleményem, hogy kiváltható belső intézkedésekkel, átalakításokkal az outsourcing. Itt nem arra a kreatív könyvelésre

gondolok, ami az egészségügyi tevékenység kódolását illeti, a havi OEP-jelentések esetében. Nem megoldás, hogy ehhez a módszerhez kell folyamodniuk a kórházaknak a magasabb bevétel érdekében, ez által minél több pénzt „kiszedni” az egészségbiztosítási kassza zsebéből.

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

A labor, a gyógyszerár kiszervezésénél nem, de a mosoda, ételmezés területén hallhattunk rossz példákat. A kiszervező cég biztosította a dolgozók számára a megfelelő munkafeltételeket, és a Hospinvest-en kívül nem hallottam arról, hogy a dolgozók nem kaptak időben bért. Sok eset volt arra, hogy a kiszervező cég átvette a dolgozókat, de azokat, akikkel nem volt elégedett, vagy fölöslegesnek bizonyultak, elbocsátotta őket. Jellemzően munkajogi jogutódlással történt a dolgozók átvétele, így a már a kórháznál megszerzett évek is beszámításra kerültek egy adott felmondás esetén.

Az Ön személyes tapasztalata alapján „...Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”

Ez nem igazán jellemző, kivéve a Hospinvest-időket. Ekkor sokan önként elmentek pld. Egerből, de a cég jelentős anyagi áldozatot hozott annak érdekében, hogy ennek ellenére biztosítsa a szükséges ellátást. Olyan magas órabéreket is hajlandó volt fizetni a cég, hogy az komoly feszültségeket indukált az egyébként „maradó” kollégák között. A politikai felhangok sem segítették a sikeres outsourcing megoldásokat.

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

Mélyinterjú forgatókönyve Kód: 6-6-4-05-5-131012

Hangfelvétel előtt

A válaszadó köszöntése, rövid felvilágosítás a kutatási témáról, céljáról és a módszerről

Hangfelvétel bekapcsolása

Felvezető szöveg:

A most következő interjú részét képezi „Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában” című PhD kutatásnak.

A mai dátum: 2013.10.12.

Felvezető általános kérdések:

Magyarország régiói közül hol található az Ön munkahelyének székhelye? (földrajzi elhelyezkedés) Észak- közép-Magyarországi térség, később Budapest, Pest megye

Mi a válaszadó munkaköre? Főigazgató

Mennyi az éves átlagos munkavállalói létszám az Ön munkahelyén?

700 és 1400 fő között változó

Az interjú részletei:

Mi a kórház fő fekvőbeteg ellátási profilja, mely szakmai területhez tartozik a legnagyobb ágyszámú egység, illetve mi annak a kórháznak/kórházaknak a fő profilja, amelynek/amelyeknek az Ön cége szolgáltatást nyújt?

Fekvőbeteg ellátás, jellemzően az aktív belgyógyászat.

Ön szerint mik lehetnek azok a tényezők, szempontok, amelyek egy kiszervezési döntés előtt meghatározóak?

Az outsourcing a döntéshozók olvasatában a kórházakban 3 kategóriába sorolható:

- 1.) Nem tudok, nem akarok ezzel a területtel foglalkozni, a megfelelő infrastruktúra kiépítéséhez nem áll elegendő forrás a rendelkezésemre, ezért a feladatot más cégre, vállalkozóra bízom.
- 2.) Van egy olyan tevékenység, melyet az én méretemben nem tudok gazdaságosan ellátni, ezért több intézmény összekapcsolásával, vagy a területen kompetens vállalkozó részére kiadásával a tevékenységet méretgazdaságosan tudom végezni. Ekkor számolhatok minőségi javulással is, hiszen a tevékenységre szakosodott szakemberek csak az adott feladatra koncentrálnak, a tudásuk elmélyültebb. Ilyen lehet például a labor teljes, vagy a röntgen eredmények kiértékelésének kiszervezése.
- 3.) A klasszikus kiszervezésnek azt tekintem, amikor az én eszközzel, az én (volt) munkatársaimmal végzi a vállalkozó a feladatot, a rendszer teljes átadása megtörténik.

Az Ön véleményét szeretném kikérni a következő meghatározással kapcsolatban, hogy Ön szerint is *„csak a non-core/nem főtevékenységhez tartozó területek kiszervezésének lehetőségét érdemes, kell/szabad megvizsgálni, az orvos-szakmai, ápolás-szakmai területeket a kórháznak saját működtetésben kell tartania?”*

Igen, a fentebb említett 1. változat esetén, bizonyos, számításokkal alátámasztott, indokolt esetekben a 2. változat esetén van létjogosultsága az egészségügyben a kiszervezéseknek. Azt gondolom, hogy az egészségügyben az outsourcing minimál finanszírozás mellett nem működőképes. A személyi jellegű ráfordítások terén lehetne megtakarításokat elérni, ha az elbocsátások után kisebb költséggel, modern feltételek mellett lehetne tovább dolgozni.

Terv volt például a három, megyében található kórház esetében - több más terület mellett – a könyvelés, bérszámfejtés „egyesítése, egységesítése”. Akkoriban a dokumentumok kezelése, szállítása, a bizonylatok védelme sok valódi problémát vetett fel, melyet a döntéshozók nehezen megoldhatónak láttak. Persze ilyen megoldásokkal „ember-távolivá” is válhatnak egyes területek, folyamatok, a nagy rendszerekben nehezkesebben lehet eligazodni, megtalálni a döntéshozót. Törvényszerűség, hogy ez egy idő után ez a nagy rendszer feloszlásához is vezet.

Mi az Ön véleménye arról, hogy *„... nem megfelelően kerültek előkészítésre az outsourcing döntések, sokszor csak vélt, valósnak hitt gazdaságossági szempontok motiválták a döntéshozókat, nem készültek előzetesen gazdasági számítások az outsourcing döntések előtt az egyes kórházi tevékenységek, a teljes kórházi tevékenység kiszervezései előtt hazánkban az elmúlt évtizedekben.”*

Akkoriban készültek különféle számítások, az akkori finanszírozási helyzetet, az akkori kapacitási lehetőségeket figyelembe véve. Különösen abban az időben a három, megyében található kórház együttműködésére vonatkozóan láttunk lehetőségeket az erőforrások egyesítésére, bizonyos tevékenységek egy helyre, egy kézbe, egy irányítás alá szervezésére. De nyilván sok tényezővel előre nem lehetett számolni. Például egy vérszállításra szakosodott szervezet vagy vállalkozás jelentősen olcsóbban tudja megszervezni a szállítást, mint azok a szervezeti egységek, akik a kórházon belül látják el

ezt a feladatot. Azonban egy hiba, egy minta elcserélése esetén előre kiszámíthatatlan dolgok történhetnek, a „számított” nyereség így akár eliminálódhat is. Szerintem a 2000-es években a formalizmus, a létező demagógiák miatt el tudtak a vezetők veszni a részletekben, sokszor a kiszervezések azért történtek, mert nem akart a vezetés a területtel foglalkozni.

Egyébként úgy tartom, hogy aki megalapozott számítások nélkül szervez ki szakterületeket az egészségügy területén, büncselekményt követ el. A kiszervezések előtt - Hospinvest - rengeteg különféle adatot kellett összegyűjteni a pályázati kiíráshoz, amiből a majdani pályázók dolgoztak, állítottak össze üzleti tervet, amivel indultak az önkormányzat pályázatán. Sok esetben azok a pénzügyi tervek a valóságtól teljesen elrugaszkodottak voltak, sokszor fikciónak bizonyultak, bár nagyon sok jó alap gondolatot megfogalmaztak a pályázók.

Figyelembe veszik, vették-e a vezetők, a döntéshozók a munkavállalók érdekeit az outsourcingra vonatkozó döntésük meghozatala előtt? Vannak ismeretei arról, hogyan alakultak a dolgozók munkakörülményei az átvétel után?

Igen, minden esetben. A jogfolytonosság, az előző munkáltatónál eltöltött évek elismertetése, a már létező, és deklarált járandóságok megtartása minden esetben szerződésbe foglalásba került.

Az Ön véleménye szerint... „Az elmúlt évek folyamán megváltoztak-e a szolgáltatásba adói oldal motivációi? Csökkent-e a kiszervezések szerepe az egészségügyi intézményekben, melyet az egészségügyi intézmények államosítása is korlátoz?”

Az államosítás miatt is mindenképp. Kezdetben a kiszervezés divathullám is volt, ma pedig inkább ördögtől valónak tekintik az emberek az egészségügyben végbemenő kiszervezéseket. Negatív felhangot kapott maga a fogalom. Sajnos még mindig nem tartunk ott - sőt inkább visszalépésről beszélhetünk -, hogy azért szervezzünk ki egy tevékenységet, hogy az illető vállalkozó egy magasabb szakmai színvonalon szolgáltatson

nekünk. Amíg az orvosok, az ápolók fizetése nem kerül rendezésre, hiába a magas színvonalú műszerezettség adott esetben, nem érhetünk el hathatós eredményeket.

Ön szerint „A kórházi outsourcing menedzsment eszköz alkalmazása kiváltható belső átszervezésekkel, a gazdaságosságra irányuló intézkedések megvalósításával, intern megoldásokkal?”

- Ha a feladat elvégzésére nincs képzett személyzetünk és egyéb tárgyi kapacitásunk – pld. biztonsági szolgálat, takarítás – a kiszervezés értelemszerű lépés.
- A többi esetben:
 - fel kell tételeznünk, hogy alapesetben a vezetés mindent megtett a gazdaságos működés érdekében. Ez rugalmas állapotot jelenthet. Ekkor is fontolóra lehet venni a pénzügyi nyerség érdekében az outsourcingot – de a megvalósításra nem került sor. Elméletben nem zárható ki, hogy ekkor, de csakis ekkor az outsourcing magasabb ellátási színvonalat is eredményezhet.
 - Amennyiben a pénzügyi források beszűkülnek, de a feladat ellátása változatlan mennyiségben szükséges, az outsourcing az egyik kényszermegoldás (a belső, válságkezelési utakon kívül), s mindenhol fontolóra vették, de a várható eredménytelenség miatt nem valósították meg (Móroczné, 2002).

Abban az esetben, ha tényleges szakmai munkáról beszélhetünk, és nem válságkezelésről. Amennyiben az egyes szakmai területek dolgozói mind magas színvonalon teljesítenének, lehet, hogy nem is lenne szükség kiszervezésekre. Ha mindenki korrektül dolgozik, minden rendben megy, a kiszervezés szükségtelen. Azokon a területeken, ahol úgymond anarchia volt, meglehetősen könnyű management eszközökkel jobb eredményt felmutatni.

Az Ön személyes véleménye szerint a kiszervezett dolgozók helyzete bizonytalanabb lett az új munkáltatónál, esetleg reális lehet a veszélye annak, hogy likviditási okokból nem a törvényi előírásoknak megfelelően történik a dolgozók javadalmazása, a bérfizetés?

Nem lehet statikusan vizsgálni a dolgokat. A munkavállalói jogokat szerződésben kellett definiálni, a juttatásokra garanciákat vállalni. Többnyire tartották is ehhez magukat az új vállalkozók. Ugyanakkor tudom azt is, hogy a félelem ott munkált a dolgozóknál. Jögbiztonságban, de félelemben dolgoztak.

Az Ön személyes tapasztalata alapján „Az ellátottak, az egészségügyben dolgozó személyzet számára is jelentős hatással lehet a részleges vagy teljes outsourcing tevékenység a munkavállalók fokozottabb elvándorlásának jelensége miatt?”

2002-2010 között sokszor, a nagy kiszervezési hullám során az új munkaszervezési rend, az új vezetőség, az új módszerek új helyzeteket alakítottak ki. Kapcsolatok szakadtak meg, sokszor féltek a dolgozók a témáról beszélgetni egymás között, mivel félték, hogy felsőbb vezetői szintekhez is eljuthat a véleményük. A szocializmus „biztonsága” után a valós piacgazdaság törvényszerű, de kellemetlen volt. Szerintem itt is három aspektusról beszélhetünk:

- 1.) Az egészségügyi dolgozót a betegek odakötik, így marad, nem megy el a kórházból.
- 2.) Idősnek tartja magát a változások majdani elfogadásához, így marad.
- 3.) Fiatal, dinamikus, a világra nyitott, idegen nyelveket is beszélő kollégák kiúttalanság esetén választják a váltást, az esetleges külföldre távozást.

Az outsourcing mindig megmozgatja az embereket, ugyanakkor nem lehet állítani, hogy ez minden esetben egy jobb helyzetet eredményez. Egerben, a Hospinvest idején történtek inkább politikai jellegű indíttatásúak voltak, mely agresszivitással is párosult.

A munkavállalók az új szolgáltatóval kötendő szerződéseiket nem akarták aláírni, céljuk a kórház szakmai-gazdasági ellehetetlenítése volt. Biztosan volt ellátási zavar egyes szakmai területeken, de a működtető - ha más megoldás nem kínálkozott - igyekezett irreálisan magas órabérekért pótolni a hiányzó munkatársakat. A lakosság a médiából, továbbá a politikai rendezvényeken értesült rendszeresen a kórház helyzetéről. Akiket esetleg személyesen is érintett a dolog, biztosan tartottak attól, hogy a kiszervezés kedvezőtlen hatásokkal lesz a kórház működésére. Több dolgozó nem írta alá az új munkaszerződést, megkapták a felmentést-végkielégítést, majd amikor ismét az önkormányzat vette át a működtetést, visszatértek. Ez erkölcsileg azoknak a dolgozóknak volt elfogadhatatlan, akik a kiszervezéskor mégis aláírtak a vállalkozónál.

Köszönetnyilvánítás

Hangfelvétel kikapcsolása

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A felkészülés és a kutatás időszakára visszagondolva úgy érzem, rendkívül sokat tanultam, sok ismeretet szereztem az outsourcing témakörében. Örülök, hogy lehetőségem nyílt a Széchenyi István Doktori Iskola keretein belül ezt a különösen korszerű témát kutatnom, mélyebben megismernem.

Köszönettel tartozom Dr. Pataki László tanár úrnak, témavezetőmnek, aki értékes ötleteivel, tanácsaival, támogatásával segítette kutatásomat és az értekezés elkészültét.

Köszönöm a kérdőívet kitöltő személyek, interjúalanyaim figyelmét, idejét, hogy megtiszteltek a kérdőív kitöltésével és a mélyinterjú elkészítésére lehetőséget nyújtottak számomra.

Köszönöm a szüleimnek, gyermekemnek, hogy támogattak az elmúlt évek alatt, biztosították a nyugodt munka feltételeit.

Ezúton mondok köszönetet családomnak, barátaimnak, munkatársaimnak, akik a tanulmányaimat támogatták, mellettem voltak minden pillanatban. Külön köszönöm, hogy örök optimizmusukkal, jó tanácsaikkal és észrevételeikkel támogattak ezen a hosszú úton, és türelemmel elviseltek ebben az időszakban.

JOGI NYILATKOZAT

Alulírott, Kovács Andrea jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy Az outsourcing és a privatizáció előzményei, kölcsön- és mellékhatásai, valamint következményei a teljes kórházkiszervezések, és az egyes kórházi tevékenységkiszervezések gyakorlatában című

PhD értekezésem

önálló munkám, az értekezés készítése során betartottam *a szerzői jogról szóló 1999. Évi LXXVI. Tv. Szabályait*, valamint a Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola által előírt, a doktori értekezés készítésére vonatkozó szabályokat, különösen a hivatkozások és idézések tekintetében.⁴²

Kijelentem továbbá, hogy az értekezés készítése során az önálló kutatómunka kitétel tekintetében a programvezetőt illetve a témavezetőt nem tévesztettem meg.

Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben bizonyítható, hogy az értekezést nem magam készítettem, vagy az értekezéssel kapcsolatban szerzői jogsértés ténye merül fel, a Nyugat-magyarországi Egyetem megtagadja az értekezés befogadását.

Az értekezés befogadásának megtagadása nem érinti a szerzői jogsértés miatti egyéb (polgári jogi, szabálysértési jogi, büntetőjogi) jogkövetkezményeket.

Sopron, 2014.08.28.

.....
doktorjelölt

⁴² 1999. ÉVI LXXVI. TV. 34. § (1) A MŰ RÉSZLETÉT – AZ ÁTVEVŐ MŰ JELLEGE ÉS CÉLJA ÁLTAL INDOKOLT TERJEDELEMBEN ÉS AZ EREDETIHEZ HÍVEN – A FORRÁS, VALAMINT AZ OTT MEGJELÖLT SZERZŐ MEGNEVEZÉSÉVEL BÁRKI IDÉZHETI.

36. § (1) nyilvánosan tartott előadások és más hasonló művek részletei, valamint politikai beszédek tájékoztatás céljára – a cél által indokolt terjedelemben – szabadon felhasználhatók. Ilyen felhasználás esetén a forrást – a szerző nevével együtt – fel kell tüntetni, hacsak ez lehetetlennek nem bizonyul.