

## Hogyan tovább magyar egészségügy?

Dénes Gábor főtitkár, Menedzserek Országos Szövetsége

Vannak időszakok, – sőt, pillanatok – amikor az első számú vezető válaszáig elé kerül. Politikai, gazdasági, pénzügyi, szervezeti, szerkezeti, etikai és még sok más okból a szervezet (intézményrendszer) átalakítása, megújítása elkerülhetetlenné válik. Az okok lehetnek külsők és belsők egyaránt. Ennek a gyakorlatban olyan jelei vannak, hogy pl. folyamatosan veszteséges a termelés és a gazdálkodás, a szervezet működése nehézkessé válik, áttekinthetetlen a szervezeti hierarchia, ebből következően a feladat és felelősségi kör. Nem működik a teljesítménymérő és ösztönző rendszer, felborulnak a szervezet hatalmi viszonyai, romokban a szervezeti kultúra, megtépzott az arculat és a goodwill... Vészhelyzet akkor áll elő, ha mindezek a szervezeti anomáliák hirtelen, legtöbbször külső környezeti tényezők hatására (pl. a mostani gazdasági világválság) következnek be. Többféle megoldás van a működés normalizálására. Mindegyik úgy kezdődik, hogy: mérd fel a külső és belső ágazati környezetet; mérd fel, hogy milyen materiális és szellemi források, eszközök, humán erők állnak rendelkezésedre. Majd gyűjts pontos adatokat, elemezz, auditálj; készíts előzetes tervet, vitasd meg azt először a szűkebb, majd a tágabb szakmával. Készíts részletes tervet, vitasd meg azt a stakeholderekkel (érintettekkel); próbáld meggyőzni az érintetteket (a szakmát és a társadalmat) a terveid igazáról. Hittel és érzelmekkel érvelj, kommunikálj, utazd be az országot, fejtse ki mindenkinek, hogy ettől a tervtől lesz csak nyugodt, békés, egészséges az élete. Győzd meg őket, hogy ez a járható út. Addig azonban ne csinálj semmit, amíg nem állítotad magad és az igazad mellé az érintettek nagy részét. Azonban bármilyen módszerrel is fogsz hozzá, bár akárhány szakmai szervezetet, állampolgárt sikerül meggyőznöd, minden esetben számítanod kell az érintettek és az intézmények, az egész szervezet ellenállására, a szervezeti tehetetlenségre, inerciára, vagyis a szervezet változásellenességére, mint objektív tényezőre. Egy jó vezető mindennapi munkájának része a szervezeti inerciával való folyamatos birkózás. A legjobb vezetők viszont olyan szervezeti kultúrát honosítanak meg a szervezetben, amelyben a változás és annak kezelése alapérték, viselkedési norma, magatartás, sikk, trendi – vagy ahogy tetszik.

### A (VÉLT VAGY VALÓS) VÉSZHELYZET

Vajon miféle „vészhelyzet” volt 2006-ban, ami miatt rapid módon ki kellett cserélni az egészségügy „épületének” né-

hány „tégláját”? A kérdésre a válasz persze partikuláris és szubjektív lesz, hiszen az IME szerkesztő bizottsága nem felmérést, hanem kívülről véleményt kért tőlem. A bizalmat ezúton is köszönöm.

Elismerem, hogy a gazdaság más ágazataihoz hasonlóan az egészségügyben is sokasodtak a megoldásra váró feladatok. Ilyenekről lehetett akkoriban a sajtóban olvasni, hogy pl.: a kórházak, egyéb egészségügyi intézmények jogviszonyának és finanszírozásának tisztázása, a „potyautasok” számának csökkentése, a gazdálkodási problémák, az intézmények felújítása, korszerűsítése, kontroll nélküli működése, a működés racionalizálása, a minőségi betegellátás javítása, az informatikai hálózat kiépítése, a képzés anomáliái.

Arra viszont nem emlékszem, hogy vészhelyzet alakult volna ki az egészségügyben 2006-ban. A fentebb felsorolt szimptómák közül néhány ugyan erőteljesebben volt észlelhető, de meggyőződésem, hogy körültekintő diagnózis, megalapozott stratégiai terv elkészítése után, a megfelelő terápia jól orvosolta volna a problémákat.

### A TERV SEMMI, A TERVEZÉS MINDEN

Engedje meg a Kedves Olvasó, hogy ennek a menedzserek körében axiómává vált mondatnak a második részét kommentáljam. Ebben a mondatrészben ugyanis benne van a vezetés lényege. Benne van a fentebb leírt teljes folyamat, a tények, a lehetőségek, a vélemények számbavétele, az alkotás semmivel össze nem hasonlítható izgalma, a „jó megoldás” formálódása a viták, egyeztetések, kommunikációs csetepaték során. Benne van az érintettek, a szűkebb és a tágabb közösség együttgondolkodása, és az is, hogy a folyamat végére sajátjukká tudják tenni az elején még talán idegen javaslatokat, elképzeléseket, stratégiai sarokpontokat.

Az egészségügyi politika irányítói 2006-ban azonban nem a szisztematikus stratégiai tervezésben, hanem csak és kizárólag az egészségügy teljes piacosításában és a verseny mindenhatóságában hittek. Egy szűk politikai és szakmai elit hirtelen és találmra három „téglát” mozdított meg – rövid szakmai és társadalmi nem igazán nevezhető egyeztetés után – a magyar egészségügy addig, ha nehézkösen is, de működőképes „épületében”.

- Bevezették a vizitdíjat és a kórházi napidíjat, vagyis úgymond „fizetősé” tették az egészségügyet. Az egyéni felelősség, és az öngondoskodás szükségességét hangsúlyozták abban a közegben, amelyben korábban e két fogalom használata nem volt igazán része a közbeszédnek.
- Elfogadták a több-biztosítós modellt favorizáló törvényt.
- Kórházbezárásokkal, radikális aktív ágyszám csökken-

téssel, jelentős krónikus ágyszám növeléssel, a betegeknek a járóbeteg-ellátás felé való terelésével kívánták a működést racionalizálni – átfogó és átgondolt stratégia nélkül.

Persze az elfogadott törvényekben e három, nem szakszerűen felsorolt döntésen kívül volt más is, de ezek voltak azok, amelyek leginkább a közfigyelem fókuszába kerültek, és ezek voltak azok, amelyek irreverzibilis folyamatokat indítottak el a magyar egészségügy szervezeti-, működési-, oktatási-, HR- és morális rendszerében. Sajnos a meg gondolatlan, előkészítetlen intézkedések hatásai – „mint fémbe a savak” (József Attila) – hosszú évekre belemaródtak az egészségügy idegrendszerébe, szinte megbénítva a rendszerszintű értelmes cselekvés lehetőségeit; összezilálva a jó és a rossz fogalmát, az orvos és a beteg kapcsolatát.

Pedig véleményem szerint mindegyik elképzelésben volt ráció! Például a valódi biztosítók bevonásának terve, az igénybe vett szolgáltatások forintosítása, az intézmények racionális (adott esetben összevont) működtetése stb. A (menedzseri) szakmai igazsághoz az is hozzátartozik, hogy a reformnak nevezett átalakításban a több-biztosítós modell volt az egyedüli olyan elképzelés, amit egyáltalán reformnak lehet nevezni. A többi – a menedzseri szakirodalom és gyakorlat szerint – inkább az inkrementális, és a korlátozott mértékű radikális változások kategóriájába tartozik. Vagyis azokba, amelyek az első számú vezető alapvető és mindennapi (rutin) kötelességei közé tartoznak. Amelyeket kommunikációs lufik és görögtüzek nélkül is meg kell lépnie egy szervezet, intézmény, intézményrendszer normális működtetése érdekében. Az volt azonban a legnagyobb baj, hogy a sokszor homályos fő célokön kívül a célokhoz vezető utat még az ötletgazdák sem ismerték. Ezért rögtönöztek. Emlékszem a több-biztosítós törvény elfogadása után az érdeklődő biztosítók bennünket is megkerestek, „hátha mi többet tudunk”. Nem tudunk többet. Hazánkban hetek alatt formálódott (volna) az, amiről a britek tíz évig vitakoztak.

## EGY GAZDASÁGBÓL JÖTT RÉGI ÉS ÚJ KÉRDÉSEI

Milyen tárgyi, pénzügyi, személyi feltételekkel működnek az egészségügyi intézmények? Milyen az eszközállományuk? Ké az eszközállomány? (Egy esetleges privatizációnál pl. mi marad a kórháznak, ha az orvosok által tulajdonolt alapítványok magukkal viszik az alapítványok tulajdonában lévő berendezéseket, eszközöket?) Engedjük-e a gyakorlatilag tőke nélkül privatizáló szolgáltatók (HospInvest) országos terjeszkedését? A kijelölt súlyponti kórházak hogyan illeszkednek a regionális ellátási rendszerhez? És a kistérségihez? Sok milliárd forint ment el az egészségügyi intézmények informatikai fejlesztésére. Nem kompatibilis a hálózat, sőt – ahogy hallom az egyes véleményeket – nincs is hálózat! Milyen jogszabályok alapján történik az intézmények duális finanszírozása? A szolgáltatások költségkalkulációja milyen alapadatok szerint történik, és hogyan biztosítják, hogy a szolgáltatások és az alapadatok szinergiája „up to date” legyen? A naprakész (?) finanszírozás mely szervezet felelős-

sége – OEP, minisztérium, önkormányzat, más tulajdonos? A gazdasági válság okozta biztosítói bevételek csökkenésének ellentételezése hogyan történik, milyen objektív adatok, tervek, stratégia alapján? Milyen hatástanulmányok készültek a konvergencia program forráskivonása miatti veszteségek ágazati feltérképezésére? Az alulfizetett pályaelhagyó egészségügyi dolgozók pótlására milyen stratégiai tervei vannak a minisztériumnak? Melyek az egészségügyi szakmai munka ellenőrzésének módszerei? Mi az oka annak, hogy a belső megújulás igénye eddig nem igazán érintette meg az ágazatot?

## VÁLSÁGMENEDZSELÉS ÉS/VAGY STRATÉGIA

Egy bármifajta vezető számára a felsoroltak stratégiai kérdések, amelyekre – bármifajta szervezet működtetéséhez – egzakt, naprakész válaszokat kell tudni adni. Vannak válaszok ezekre a kérdésekre?

A régi (a 2006 előtti), és az új (egyeztetett stratégia nélkül részlegesen átalakított) egészségügyi rendszer kényszerű szimbiózisa egyrészt kiszolgáltatottá és finanszírozhatatlanná tette/teszi az ágazatot. Másrészt különutas politikák felé terelte/tereli az élelmesebb intézményvezetőket, ami egyrészt megítélhetetlenné teszi az egyéni, egyedi kezdeményezéseket, tovább nehezítve a jó és a rossz folyamatok szétválasztását, az ágazat rendszerszerű irányítását, és pláne újragondolását. Az intézmények egyre jobban kezdenek hasonlítani a prérin szabadon bukdácsoló, betegségekkel küszködő vadlovakhoz, semmint a karámba terelt, rendszeres ellenőrzés alatt tartott egészséges méneshez.

Úgy gondolom, hogy nem 2006-ban volt, hanem most alakult ki vészhelyzet az ágazatban. A további erodálódás megállítása érdekében most jött el az a pillanat, amikor az érintettek bevonásával újra kell gondolni a teljes ágazat tulajdonviszonyait, szervezeti, működési, gazdálkodási mechanizmusát. Ezért is határoztam el, hogy kezdeményezem egy Egészségügyi Stratégiai Egyeztető Testület létrehozását – a Menedzser szövetség irányításával és országos egészségügyi szakmai szervezetek részvételével. A munka elindításához írtam meg e cikk után olvasható módszertani javaslataimat.

Tettem ezt azért is, mert úgy látom, hogy az egészségügyi intézmények vezetői kizárólag a válságmenedzseléssel vannak elfoglalva, és ahogy tapasztalom, nem túlságosan foglalkoztatja őket a „rendszerben”, vízióban, misszióban, stratégiában való gondolkodás. Az a bizonyos néhány megmozgatott „tégla”, a 2006-os mesterséges vészhelyzet előidézése ezen a területen is elérte célját: megváltozott az egészségügyi menedzserek gondolkodásmódja. A kreativitás, az orvosszakmai kérdések helyett a túléléssel kénytelenek foglalkozni, pontosabban a kreativitásuk, motivációjuk kizárólag a túlélésre koncentrál. De gondoljunk bele: valódi válságmenedzselés ez? Valódi kreativitás ez? Egyáltalán nem. Inkább a kiszolgáltatottak harca a 70% felett megszereshető százalékokért, a fennmaradásért.

## EGÉSZSÉGÜGYI GONDOLKODÁSMÓD?!

Kérem a Tisztelt Olvasót, hogy fontolja meg a két alábbi mondat közötti különbséget:

„Ágyszám-csökkentésre, vizitdíjra és néhány kórház bezárására van szükség ahhoz, hogy az egészségügy finanszírozási és egyéb problémái megoldódjanak.” „Valamilyen módon meg kell oldani az egészségügy finanszírozási és egyéb problémáit.”

Az első mondat nagyon szűk mozgásteret ad. Ha nem csökkented az ágyszámot, nem vezeted be a vizitdíjat, és nem zársz be azonnal néhány kórházat, akkor nem fognak megoldódni az egészségügy finanszírozási és egyéb problémái. Pedig még az is előfordulhat, hogy nem is az ágyszám-csökkentés, a vizitdíj...stb. a legjobb megoldás.

A második mondat esetében sokféle lehetőség merülhet fel. Még az is előfordulhat, hogy széles társadalmi összefogással, vagy legalábbis konszenzussal – ugyan hosszas egyeztetési folyamat végén, de sikerül megállapodni egy mindenki számára elfogadható megoldásban, vízióban, misszióban, stratégiában. Az is lehetséges, hogy nem kell

majd kórházakat bezárni, mert a struktúra átalakítása révén, az irányítási, működési rendszer reformjával, a folyamatok ésszerűsítésével, vagy EU-forrásokból, vagy a költségvetésből stb. előteremthető a finanszírozás forrásigénye.

Miért van az, hogy az egészségügy vezetői két évtized óta csak az első mondat szűk mozgásterű gondolkodásmódját preferálják? Ennek az ún. egészségügyi gondolkodásmódnak köszönhető, hogy pártközpontok lefüggönyözött ablakai mögött döntöttek/döntenek stratégiának kikiáltott, hókuszpókusszal beharangozott „szolgáltató-orvos – betegvevő” korszerű piaci kapcsolatának imitálásáról, versengő biztosítási alapokról, milliárdos károkat okozva a költségvetésnek. Hihetetlenül nagy, és nagyon nehezen visszاسzerzhető presztízsveszteséget okozva ezzel az egész ágazatnak. A részletek fontosságát adták/adják el „egészként”, általánosan fontosként; reformként a valamilyen érdekekre szabott öncélúságot.

Egy közösen kialakított stratégiával és belső megújulással (talán) véget lehetne vetni az önpusztító, és az ágazatra a politikai szekértáborok által rákényszerített káros folyamatoknak.

## Felhívás

### *Egészségügyi Stratégiai Egyeztető Testület (ESET) létrehozására*

A Menedzserek Országos Szövetsége (a továbbiakban: MOSZ) a kiszámítható, stabil, szakmailag és társadalmilag elfogadott, a XXI. század igényeihez igazodó egészségügyi rendszer kialakítása érdekében felhívással fordul a legnagyobb hazai egészségügyi szakmai érdekképviseletek, kamarák vezetőihez.

**Kezdeményezzük az Egészségügyi Stratégiai Egyeztető Testület létrehozását az egészségügyi szakmai szervezetek részvételével.**

A MOSZ szándéka szerint a testület konkrét ajánlásokat fogalmaz meg a nemzeti egészségügyi stratégia kialakításával kapcsolatban.

A következő szervezetek vezetőire és szakértőikre számítunk a testület munkájában:

**A testület létrehozója és a munka irányítója: Menedzserek Országos Szövetsége Tagjai**

A MOSZ egyrészt azért áll e kezdeményezés élére, mert országos menedzserei szakmai szervezet lévén mentes mindenfajta egészségügyi és egyéb lobbierdektől. Másrészt pedig azért, mert nemcsak felelősséget érez a magyar gazdaság állapotának alakulásáért, benne az egészségügyi ágazat egyre kilátástalanabb helyzetéért, hanem annak jobbításáért kész cselekedni is.

**Úgy gondoljuk, hogy eljött az idő a fordulatra, a változásra, mert mind a parlamenti politikai erők, mind pedig a szakmai szervezetek (tisztelet a kivételeknek) ideológiák és megszokások fogságában idejétmúlt megoldások rabjai.**

A magyar egészségügy előtt álló feladatokat csakis az érintettek céljai, törekvései alapján határozhatjuk meg. A belső (a szakma) és a külső (lakosság, állami, üzleti, civil szervezetek) érintettek változó céljai, preferenciái alapján lehet az egészségügy stratégiáját kialakítani. Csak a jól előkészített, és körültekintően megalkotott kompromisszumos stratégia tud rendet teremteni az érintettek folyton változó, és gyakran egymással is konfliktusba kerülő bonyolult cél- és feltételrendszerei között.

#### **A testület működése**

A testület stratégiaalkotó, döntéshozó – időszakos – szervezetként működik. **Minden döntés kizárólag a testület hatáskörébe tartozik.**

A testület tagjai a felkért, vagy csatlakozni kívánó szervezetek vezetői, valamint a szervezetük tagjai közül a vezetők által felkért 2 szakértő, vagyis egy szervezetet 3 fő képvisel a testületben.

### Szakértői bizottságok

A testület egy-egy feladat elvégzésére szakértői bizottságot hoz létre. A szakértői bizottságban minden szervezetből 2 fő vesz részt. A szakértői bizottság az elvégzett feladat eredményéről csak és kizárólag a testületnek számol be.

### Külső szakértők, szervezetek igénybevétele (feladat outsourcing)

Vannak olyan feladatok, amelyeket – többek között az időtényező és a kapacitás miatt – csak külső szervezet közreműködésével lehet elvégezni (pl. felmérések). A testület ezekre a feladatokra 2/3-os döntéssel külső szakértői céget/cégeket kér fel. Díjazásukról is a testület dönt.

### A munkafolyamat elemei

Mivel a stratégiaalkotás egy állandó folyamat, ezért az alábbi, egymásra épülő témákat, bizonyos szakterületek esetében pedig a részletes kidolgozás – nem mindig hálás – munkáját javasoljuk a testület tagjainak (Minden egyes feladat végrehajtásához felelős és határidő tartozik!):

- **A magyar egészségügy külső és belső környezeti feltételei**
  - Rövid áttekintés az EU országainak egészségügyi rendszereiről, különös tekintettel a volt szocialista országok helyzetére, az egészségügyi intézmények tulajdonviszonyaira, működésük finanszírozására, biztosítási rendszereikre és egyéb feltételeire.
  - **A belső feltételek számbavétele:**
  - Az egészségügy jelenlegi teljes struktúrájának auditálása. Ez azért megkerülhetetlen, mivel ma senki nem rendelkezik megbízható adatokkal az egészségügyi intézményekről! E fundamentum ismerete nélkül bármiféle stratégia csak maximum kívánságok gyűjteménye lehet! Fel kell tehát mérni intézményi szinten a következőket:
    - az egészségügyi intézmények száma, tulajdonosi viszonyai, működési formái, felügyeletük rendszere,
    - a felügyeleti és működési formákból adódó problémák,
    - az adott intézmény szervezeti felépítése, döntési hierarchiája, teljesítmény és eredmény viszonyai, érdekeltségi és ellenőrzési rendszerei, hatékonysági mutatói,
    - az adott intézmény által létrehozott gazdasági társaságok működési területei, feladatai, ellenőrzésük, hatékonyságuk
    - az adott intézmény ingó és ingatlan vagyona, eszközállománya és annak kihasználtsága
    - az adott intézmény finanszírozása, bevételei, működési költségei, gazdálkodása, beszállítói, kintlévőségei, tartozásai,
    - a rendelkezésükre álló humán erőforrás létszáma, korfája, képzettsége stb.
    - jelenlegi ellátási kötelezettségei
    - a kötelezettség és a kapacitás viszonya
    - a vezetés stratégiai és operatív szintjei, a feladatok delegálása, a kontroll-mechanizmusok működése
  - a magyar egészségügy törvényi és rendeleti szabályozásának szigorú áttekintése (jelentés a reguláció és/vagy dereguláció szükségességéről)
  - pontos és részletes felmérés az egészségügyi intézmények informatikai rendszereiről, kiemelve a legkorszerűbb informatikai vívmányok pl. telemedicina elterjedtségét, kihasználtságát, igény és feltételrendszerét
  - az egészségügyi intézmények nyilvántartási rendszerei, egymással való kompatibilitásuk
  - az egészségügyi intézmények felelősségi és jogosultsági rendszerei
  - tervezési rendszerek a magyar egészségügyben (helyi, megyei? regionális? országos?)
  - az alap-, a szak- és fekvőellátás feladatai, egymásra épülése, kapcsolatrendszere, jogosultsági és felelősségi rendszere
  - a rehabilitációs ellátás strukturális és finanszírozási feltételrendszerének feltérképezése
  - a nem állami, és nem önkormányzati társaságok szerepe és feladatai, szektorsemlegesség a magyar egészségügyben
  - az egészségügyi intézmények működésének ellenőrzési rendszere
  - a magyar egészségügyi graduális és posztgraduális képzés helyzete (az elmélet és a gyakorlat, az innovativitás, a képzett szakemberek elvándorlása)
  - a társadalombiztosítás helyzete, valódi biztosító jellege, jogosítványai, finanszírozási rendszere, ellenőrzési rendszere, informatikai ellátottsága (kompatibilitása az APEH-el, a cégbíróságokkal)
  - a népegészségügy feladatai, jogosultsági és felelősségi rendszere, a program elemzése – igények, kötelezettségek, lehetőségek, kitörési pontok
  - a stakeholderek (az egészségügyi szervezetek működésében érintettek – külső és belső személyek, szervezetek –, az állam, az önkormányzat, a lakosság, a tulajdonos/ok, a menedzserek, a munkavállalók, a vevők és beszállítók stb.) érdekeinek feltérképezése
  - az egészségügy kapcsolatai más ágazatokhoz
  - a mai magyar egészségügy erős és gyenge pontjai, lehetőségei és veszélyei (SWOT-elemzés)
  - **Az egészségügy alapvető céljának, valamint tartós, távlati céljainak meghatározása**
- Az előző pontban felsorolt feltételek és adottságok, tehát a fundamentumok számbavétele után

- a magyar egészségügy jövőképeinek meghatározása,
- a küldetés megfogalmazása és
- az ágazat értékeinek felsorolása ebben a szakaszban történik.

#### • **A magyar egészségügy közvetlen, irányítási céljai**

Rövid és hosszútávú célok, feladatok és eszközök (biztosítási és ellátó szervezeti rendszer, állami és piaci feladatok, struktúrák) meghatározása, a küldetés átalakítása feladatokká, teljesítmény- és eredmény-követelményekké. A prioritások kijelölése. A feladatok időhorizontjának meghatározása. A siker kritériumainak azonosítása.

Ebben a szakaszban történik a stratégiai feladatok konkretizálása, feltételeinek és eszközeinek meghatározása, ki (melyik szervezet) miért felelős, milyen összegű forrás áll rendelkezésre (vagy kell, hogy rendelkezésre álljon) a feladatok végrehajtására, valamint hogy milyen határidővel kell azokat teljesíteni, és hogyan történik a végrehajtás ellenőrzése.

- az állami és piaci feladatok és struktúrák kialakítása, a tulajdonosok kötelezettségei és jogosítványai
- az alapellátás feladatai, hatóköre, finanszírozása
- a járóbeteg-szakellátás feladatai, hatóköre, szervezeti rendszere, finanszírozása
- a fekvőbeteg-ellátás aktív és krónikus ágyai, szervezeti rendszere, finanszírozása
- a rehabilitáció struktúrája, feladatai, szervezeti rendszere, finanszírozása
- graduális, és posztgraduális képzés szervezeti rendszere, finanszírozása
- a népegészségügyi program szervezeti rendszere, finanszírozása
- stb.

#### • **Az operatív, működési célok**

A stratégiaalkotásnak ebben a szakaszában történik a funkcionális, vagy részstratégiák, akciótervek kialakítása. Egyszerűen fogalmazva, az egészségügy egyes szakterületein ki, mikor, mit csináljon, és mire mennyit költsünk.

Ebben a szakaszban kell kidolgozni

- a változások pontos menetrendjét,
- a szervezetek újragondolását, működésük szabályozását, stratégiájuk tervezését,
- a folyamatokat (a beteg és a vizsgálandó anyag útját, a döntési mechanizmusokat, a gazdálkodás, a nyilvántartás, az informatika, a humán erőforrás gazdálkodás, az ügyfélkapcsolati menedzsment stb. egységes rendszerét,
- a stratégiai tervezés (helyi, regionális, országos) rendszereit,
- a konkrét akcióterveket,
- a szervezetek együttműködésének szabályait,
- a folyamatos ellenőrzés rendszerét, és intézményeit,
- az uniós források felhasználásának stratégiáját,
- olyan feladatok meghatározása, mely jelentős pluszforrást nem igényel, ám rövidtávon már mérhető eredményt ad
- stb.

## UTÓSZÓ

A részletek kidolgozása, és a munka pontos menetrendjének meghatározása a testület feladata és hatásköre.

Természetesen joga lesz a testületnek bizonyos felmérésektől eltekinteni, persze csak kellő ismeret, anyag, statisztika rendelkezésre állása esetén.

#### **Két nagyon fontos kérdést kell még a munka megkezdése előtt tisztázni:**

- A fentebb felsorolt munka finanszírozását.
- A munka nyilvánosságának biztosítását. Ez talán az előzőnél is fontosabb kérdés. Javaslatom: a testület ülésin rendszeresen legyenek jelen a sajtó általunk meghívott képviselői, akik vállalják a nyilvánosság folyamatos tájékoztatását. Így például:
- az IME- Az egészségügyi vezetők szaklapja, a Kórház c. lap képviselői, a HVG. c. hetilap, a Figyelő c. hetilap, a Heti Válasz c. hetilap, a közszolgálati rádió és televíziók szakújságírói.

Nagyon bízom benne, hogy az ország javára tudunk mielőbb cselekedni. Csatlakozni lehet a cikk szerzőjénél, a mentszov@t-online.hu e-mail címen.

#### A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dénes Gábor**, 1995 óta a Menedzserek Országos Szövetségének főtítkára. Legfontosabb feladata a 900 tagú szövetség munkájának gyakorlati irányítása. A szervezési, vezetési, stratégiai és kommunikációs területek szakértője. Gyakran tart e témákban előadásokat, képzéseket. Az ő szerkesztésében jelent meg a „Mestermenedzserek műhelytitkai” c. könyv, amelyben „Az év menedzsere” c. pályázat eddigi győztesével is ő készítette az interjúkat. Több európai uniós pályázat projektmenedzsereként is dolgozott.