

Krenyácz Éva

**Hazai egészségügyi intézmények
kontrolling rendszer használata:
devalválódás és felemelkedés paradoxona**

Vezetéstudományi Intézet
Vezetés és Kontroll Tanszék

Témavezető:
Bodnár Viktória, Ph.D

© 2017 Krenyácz Éva

BUDAPESTI CORVINUS EGYETEM
Gazdálkodástudományi Doktori Iskola

Krenyáczy Éva

**Hazai egészségügyi intézmények kontrolling rendszer
használata: devalválódás és felemelkedés paradoxona**

Doktori értekezés

Budapest, 2017

TARTALOMJEGYZÉK

I. BEVEZETÉS.....	10
I.1. KUTATÁSI TERÜLET	10
I.1.1. Kutatás relevanciája.....	12
I.1.2. Célkitűzések.....	16
I.2. MÓDSZERTAN	17
I.2.1. Kvantitatív kutatás bemutatása.....	20
I.2.2. Kvalitatív kutatási eszközök bemutatása.....	20
I.3. DISSZERTÁCIÓ KUTATÁSI KÉRDÉSEI.....	23
I.4. TÉZIS ÁTTEKINTÉSE	24
I.5. EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZETEK JELLEMZŐI.....	25
I.6. HAZAI KÓRHÁZAK KONTROLLING RENDSZEREI: FEJLŐDÉS ÉS KULCSKÉRDÉSEK.....	28
I.6.1. Bevezetés.....	28
I.6.2. Kutatás módszertana	30
I.6.3. Hazai kórházi kontrolling.....	30
I.6.4. Összegzés és kitekintés.....	42
II. HAZAI EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK KONTROLLING-RENDSZERE	45
II.1. BEVEZETÉS	46
II.2. A KONTROLLING-RENDSZEREK HÁTTERE	47
II.3. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK KONTROLLING-RENDSZERE.....	49
II.3.1. A kérdőíves felmérés bemutatása.....	49
II.3.2. A kérdőív korlátai	50
II.3.3. A minta főbb paraméterei, változók és jellemzésük	50
II.3.4. Tervezés és elemzés	53
II.3.5. A mutatók intézményi és szervezeti egység szintű megbontása, valamint összehasonlítása	56
II.4. AZ ALKALMAZOTT MÓDSZERTAN BEMUTATÁSA	58
II.5. A MODELL EREDMÉNYEINEK ÉRTELMEZÉSE.....	59
II.6. ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS.....	64
II.7. IRODALOMKUTATÁS ÉS KVANTITATÍV EREDMÉNYEK ÖSSZEVETÉSE.....	66
III. KÓRHÁZI KONTROLLING PARADOXONA: FELEMELKEDÉS VAGY DEVALVÁLÓDÁS?	67
III.1. BEVEZETŐ	67
III.2. KONTROLLING A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN	68
III.2.1. Egészségügyi rendszer jellemzői.....	68
III.2.2. Kontrolling és tervezés	71
III.2.3. A kórházi kontrolling kialakulása és fejlődése hazánkban	74

III.3.	MÓDSZERTAN	75
III.4.	KUTATÁSI EREDMÉNYEK.....	78
III.4.1.	<i>Hazai kórházvezetési módszerek.....</i>	78
III.4.2.	<i>Kontrolling, mint kórházi menedzsment eszköz.....</i>	82
III.4.3.	<i>Állami egészségügyi rendszer és a kontrolling kapcsolata</i>	93
III.5.	DEVALVÁLÓDÁS PARADOXONA	95
III.6.	ÖSSZEGZÉS.....	97
IV.	VEZETŐI INFORMÁCIÓK FELHASZNÁLÁSA A KÓRHÁZI DÖNTÉSHOZATALBAN.....	99
IV.1.	BEVEZETŐ	100
IV.2.	VEZETŐI INFORMÁCIÓK HASZNÁLATA ÉS A DÖNTÉSHOZATAL AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.....	101
IV.2.1.	<i>Kórházi szereplők definiálása és a szervezeti hierarchia.....</i>	101
IV.2.2.	<i>Kórházi működésben megjelenő különböző logikák és az ebből adódó szerepkonfliktus</i> <i>103</i>	
IV.2.3.	<i>A gazdasági tényezők, a gyógyító tevékenység, valamint a klinikai döntéshozatal</i> <i>kapcsolata 104</i>	
IV.2.4.	<i>Információ széleskörűsége</i>	105
IV.2.5.	<i>Információ felhasználásának stílusa</i>	105
IV.3.	MÓDSZERTAN	108
IV.4.	KUTATÁSI EREDMÉNYEK.....	110
IV.4.1.	<i>Döntéshozók és döntéstámogatók a hazai szervezetekben</i>	110
IV.4.2.	<i>Információk széleskörűsége a felsővezetés és osztályvezető főorvosok</i> <i>gondolkodásában</i>	111
IV.4.3.	<i>Információk felhasználása a felsővezetői és középvezetői döntéshozatalban.....</i>	115
IV.4.3.1.	<i>Felsővezetés információ-használata</i>	116
IV.4.3.2.	<i>Középvezetői információhasználat.....</i>	119
IV.4.4.	<i>Szerepkonfliktus az orvos-vezetőknél</i>	121
IV.4.5.	<i>Diagnosztikus és interaktív kontrolling.....</i>	122
IV.5.	ÖSSZEGZÉS.....	123
V.	ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK.....	126
VI.	ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK, HOZZÁJÁRULÁS A SZAKTERÜLET FEJLŐDÉSÉHEZ.....	131
VI.1.	KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK SZINTJÉN	132
	<i>Vezetés és vezetői attitűd.....</i>	132
	<i>Államosítás és adósságkonszolidáció hatása</i>	134
	<i>Finanszírozás az intézmények aspektusából.....</i>	135
	<i>Kontrolling történelmi kialakulása és fejlődése</i>	137
	<i>Kontrolling jelentése</i>	137
	<i>Kontrolling rendszer működése az egészségügyi intézményekben.....</i>	139

<i>Intézményi szintű javaslatok és dilemmák</i>	140
VI.2. SZAKMAPOLITIKAI DILEMMÁK ÉS LEHETŐSÉGEK: SZABÁLYOZÓ KÖRNYEZET ÉS RENDSZERFINANSZÍROZÁS HATÁSA A KONTROLLING RENDSZEREKRE	142
VII. IRODALOMJEGYZÉK	145
VIII. FÜGGELÉK	159
VIII.1. NEMZETKÖZI MENEDZSMENT-KONTROLL DEFINÍCIÓI	159
VIII.2. FÓKUSZCSOPORT SZÁMÁRA KÉSZÍTETT KÉRDŐÍV	161
VIII.3. EGYÉNI INTERJÚK KÉRDÉSSORAI	164
VIII.4. A MANIFESZT VÁLTOZÓK ÉS SPSS PROGRAMBAN HASZNÁLT CÍMKÉI.....	166
VIII.5. „KO1. KONTROLLING ALAPIJELLEMZŐI AZ INTÉZMÉNYBEN A 2013. ÉVI GYAKORLAT SZERINT” KÉRDŐÍV	168
VIII.6. „KO2. GAZDÁLKODÁS-IRÁNYÍTÁSI ÉS KONTROLLING TEVÉKENYSÉGEK ÉS FUNKCIÓK AZ INTÉZMÉNYBEN 2013. ÉVI GYAKORLAT SZERINT” KÉRDŐÍV	171
VIII.7. NEMZETKÖZI EGÉSZSÉGÜGYI KONTROLLING TAPASZTALATAI.....	176
<i>Norvég egészségügyi kontrolling rendszer</i>	177
<i>Svájci egészségügyi kontrolling rendszer</i>	179
IX. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK.....	180
IX.1. MAGYAR NYELVŰ PUBLIKÁCIÓK	180
IX.2. ANGOL NYELVŰ PUBLIKÁCIÓK	181

Táblajegyzék

1. TÁBLÁZAT: KUTATÁSI KÉRDÉSEK MEGVÁLASZOLÁSÁRA VÁLASZTOTT MÓDSZEREK ÖSSZEFOGLALÁSA (SAJÁT TÁBLÁZAT).....	19
2. TÁBLÁZAT: A KÉT KUTATÁSI EGYSÉG KÉRDÉSEI (SAJÁT TÁBLÁZAT)	23
3. TÁBLÁZAT: A MINTA ÖSSZETÉTELE A KÓRHÁZAK BETÖLTÖTT SZEREPE ÉS TÉRSÉGÜK SZERINT	51
4. TÁBLÁZAT: A KONTROLLING-TEVÉKENYSÉGEK JELLEGE ÉS GYAKORISÁGA A KÖRNYEZETI VÁLTOZÓK ESETÉBEN	53
5. TÁBLÁZAT: A KIVÁLASZTOTT KONTROLLING-TEVÉKENYSÉGEK JELLEGE ÉS GYAKORISÁGA A TERVEZÉSI ÉS ELEMZÉSI VÁLTOZÓK ESETÉBEN.....	55
6. TÁBLÁZAT: A TERVEZÉS ÉS ELEMZÉS GYAKORISÁGI MUTATÓINAK ÁTLAGA ÉS SZÓRÁSA	56
7. TÁBLÁZAT: A TERVEZÉSI ÉS ELEMZÉSI BLOKK ÖSSZEHASONLÍTHATÓ MUTATÓINAK FAKTORSÚLYAI A MODELLBEN	61
8. TÁBLÁZAT: INTÉZMÉNYEK SZÁMA ÉS MÉRETE A FENNTARTÓ SZERINT VIZSGÁLVA (SAJÁT SZERKESZTÉS, OEP ÉVES KÓRHÁZI ÁGYSZÁMKIMUTATÁSAI ALAPJÁN)	69
9. TÁBLÁZAT: KÓRHÁZI VEZETÉS ÖSSZEFOGLALÓ ÁBRÁJA (SAJÁT TÁBLÁZAT)	78
10. TÁBLÁZAT: EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERVÁLTOZÁS HATÁSA A KONTROLLINGRA (SAJÁT TÁBLÁZAT)	96
11. TÁBLÁZAT: A VEZETŐK GONDOLKODÁSMÓDJÁNAK MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐI, (SAJÁT TÁBLÁZAT KUNTZ – SCHOLTES [2008] ÉS PETTERSEN – SOLSTAD [2014] MUNKÁJA ALAPJÁN).....	102

Ábrajegyzék

1. ÁBRA: TÉZIS KUTATÁSI MÓDSZERTANA (SAJÁT ÁBRA, CRESWELL – PLANO CLARK [2011] ÉS KIRÁLY ET AL. [2014] ALAPJÁN)	18
2. ÁBRA: TÉZIS FELÉPÍTÉSE (SAJÁT ÁBRA)	24
3. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK STAKEHOLDER MODELLJE (SAJÁT ÁBRA).....	27
4. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI KONTROLLING KÜLÖNBÖZŐ SZEMLELETEI ÉS AZOK ÖSSZEKAPCSOLÓDÁSA (SAJÁT ÁBRA)	35
5. ÁBRA: A FORMÁLIS KONTROLLFOLYAMAT (FORRÁS: ANTHONY-GOVINDARAJAN, 2009).....	47
6. ÁBRA: STRUKTURÁLIS EGYENLETEK MÓDSZERÉNEK SEMATIKUS ÁBRÁJA [FÜSTÖS 2009].....	58
7. ÁBRA: STRUKTURÁLIS EGYENLETEK MÓDSZERÉNEK SEMATIKUS ÁBRÁJA [KAZÁR 2014]	59
8. ÁBRA: KÓRHÁZI KONTROLLING RENDSZEREKET LEÍRÓ LVPLS-MODELL (SAJÁT ÁBRA)	62
9. ÁBRA: TELJESÍTMÉNYEK ELSZÁMOLÁSÁN FELÜL TÖRTÉNŐ FINANSZÍROZÁS 2009-2015 KÖZÖTT, (SAJÁT SZERKESZTÉS, OEP KÖZZÉTETT ADÓSSÁGADATOK ALAPJÁN)	71
10. ÁBRA: A FORMÁLIS KONTROLLFOLYAMAT (FORRÁS: ANTONY–GOVINDARAJAN [2009]).....	72
11. ÁBRA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK STAKEHOLDER MODELLJE (SAJÁT ÁBRA).....	76
12. ÁBRA: A KÓDOLÁS SORÁN ALKALMAZOTT KATEGÓRIÁK (SAJÁT ÁBRA)	77
13. ÁBRA: KONTROLLING ESZKÖZÖK MŰVÉSZI ÖSSZEHANGOLÁSÁNAK KIHÍVÁSA (SAJÁT ÁBRA)	90
14. ÁBRA: A KÓDOLÁS SORÁN ALKALMAZOTT KATEGÓRIÁK (SAJÁT ÁBRA)	109
15. ÁBRA: KUTATÁSI KERETRENDSZER (SAJÁT ÁBRA)	131
16. ÁBRA: GYÓGYÍTÓ-MEGELŐZŐ KASSZA ALAKULÁSA 2006-2016 KÖZÖTT (ADATFORRÁS: WWW.NEAK.HU).....	136
17. ÁBRA: INTÉZMÉNYI SZINTŰ KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÉS JAVASLATOK ÖSSZEFOGLALÁSA (SAJÁT ÁBRA)	141
18. ÁBRA: EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER JAVASOLT KARBANTARTÁSI MECHANIZMUSA (SAJÁT ÁBRA)	142
19. ÁBRA: EREDMÉNYEK HIERARCHIKUS ÖSSZEFOGLALÁSA (SAJÁT ÁBRA)	144

Tézisem elkészítésében támogatást kaptam témavezetőmtől Bodnár Viktóriától, tanszékvezetőnkől Drótos Györgytől és a tanszéki kollégáktól, legfőként Révész Évától és Kiss Norberttől. A strukturális modell elkészítésében Füstös László nyújtott nélkülözhetetlen szakmai segítséget, a doktori összeállításában pedig Sipos László adott rendkívül értékes tanácsokat. Az elkészült publikációk anonim bírálói és a tézis tervezetem opponensei is nagyban hozzájárultak a munkám fejlesztéséhez.

A Doktori Iskola programigazgatójának, Zsóka Ágnesnek hálás vagyok a lelkiismeretes szakmai koordinációjáért és új típusú tézis összeállításában nyújtott bátorításáért.

A kutatásom kvantitatív módszertani részében az Állami Egészségügyi Ellátó Központ TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 projekt kérdőíveinek felhasználása és a kvalitatív kutatási elemében az interjúalanyok időt nem sajnáló, önzetlen hozzáállása tette lehetővé a dolgozat elkészültét.

És nem utolsósorban köszönöm családom végtelen türelmét és biztatását!

„Ha meg akarunk érteni egy tudományt, először nem elméleteit vagy eredményeit kell megtekintenünk, és egészen biztosan nem azt, amit hívei mondanak róla – azt kell megnéznünk, hogy mit csinálnak azok, akik a gyakorlatban művelik.” (C. Geertz)

I. BEVEZETÉS

I.1. Kutatási terület

Kutatásom területe a hazai egészségügyi intézmények kontrolling rendszere, illetve a kontrolling rendszerek által előállított vezetői információk közép- és felsővezetői felhasználása. A dolgozatomban definiálom, majd részletesen bemutatom a hazai kórházi kontrolling rendszereket és eszközöket, az egészségügyi rendszer hatását a kontrolling alkalmazására, valamint megvizsgálom a vezetői információk széleskörűségét és alkalmazási stílusát a felsővezetők és középvezetők szemüvegén keresztül. Ezen gondolatok vezetnek végig a kutatás tervezésekor és megvalósításakor.

A Gazdálkodástudományi Doktori Iskola bátorítására a külföldi egyetemek elvárásaihoz hasonlóan doktori disszertációmát publikációikból állítottam össze. A disszertációm alapjául szolgáló, eredményeket tartalmazó, három publikáció egymásra épül. A tézis I.6. alfejezete tartalmazza a kutatási terület hazai irodalom áttekintését, II., III., és IV. fejezete pedig a kutatás eredményeit. A szakirodalmi összefoglalás a *Society and Economy in Central and Eastern Europe* folyóiratban jelenik meg angol nyelven. A II. fejezet *Hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere* fejezet publikációja a *Statisztikai Szemle*, 93. évfolyam 8–9. számában, a IV. fejezet *Vezetői információk felhasználása a kórházi döntéshozatalban* publikáció pedig az *Egészségügyi Gazdasági Szemle* folyóirat következő kiadásra kerülő számában jelenik meg. Ezen fejezetek tartalmilag és formailag is teljesen megegyeznek az említett cikkekkel. A III. fejezet a *Vezetéstudományban* fog megjelenni, a publikáció jelenleg a folyóirat bírálati folyamatában van. A fejezet alapján a 21st International Research Society on Public Management konferenciára prezentáció, a European Health Management Association 2017 konferenciára poszter készült.

A folyóiratokban közölt cikkekkel szembeni elvárás, hogy önmagukban is teljesek legyenek, amelyből adódóan a tézis egyes részei (definiálás, módszertani elemek, kutatási háttér bemutatása) a különböző fejezetekben ismétlődnek. A I. Bevezetés hivatott a teljes disszertációt összefoglalni és olvasását egyértelművé és élvezetessé tenni.

Dolgozatomban felhasználok a „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” nevű TÁMOP-6.2.5-B-13/1-

2014-0001 projekt (továbbiakban: TÁMOP) keretében kidolgozott kérdőívek eredményeit. Ezt a projektet az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (továbbiakban: ÁEEK) indította útjára az egészségügyi ellátórendszer működési hatékonyságának növelése, a racionális és lakossághoz közeli ellátások megszervezése érdekében. Az átszervezés célja, hogy a lakossághoz közelebb lehessen vinni az ellátásokat, hogy minél több és magas szintű ellátás hozzáférhető legyen a lakhelyhez közel, fenntartható módon [1219/2014. Kormányhatározat]. A projekt – tézist érintő – rész célja az intézményvezetés és a fenntartónál rendelkezésre álló gazdálkodási és döntéstámogató információk rendszerességének, egységességének és minőségének fejlesztése. Ennek keretében kidolgozásra került az egységes számlatükör, az osztályos és az esetszintű kontrolling módszertan és kézikönyv, melynek implementációja során 51 intézményben sikeresen elindult az osztályos kontrolling rendszer, 12 intézményben esetszintű módszertan alapján indított költséggyűjtés eredményeként közel 2440 teljes esetet lefedő, esetszintű feldolgozott költségadatok képződtek [Nikliné, 2016]. Az implementációs időszakot követő országos kiterjesztés megtörtént, de ennek hatását még nem ismerjük.

Kutatásom, terjedelmi korlátok miatt, csak érintőlegesen foglalkozik a nemzetközi kontrolling rendszerekkel (definiálását a VIII.1. Függelék tartalmazza), illetve a nemzetközi egészségügyi rendszerekkel (VIII.7 Függelék). Ezenkívül a teljesítmények és egyéb, egészségügyi ellátórendszerben használt definíciókat eredeti – a szektorban használt – értelmezésükben elfogadom.

I.1.1. Kutatás relevanciája

A második világháború után – a biztosítói rendszer kibővítésének köszönhetően – a fejlett országok egészségügyi rendszereibe nagy arányba áramoltak be a közpénzek [Orosz, 1999], amely megteremtette a folyamatosan emelkedő egészségügyi költségek forrását, egészen a gazdasági válság bekövetkezéséig. Az egészségügyi költségek növekedése több okra vezethető vissza: növekvő fogyasztói elvárásra, a demográfiai változásokra és lakosság egészségi állapotára és életmódjára (népesség öregedésére), morális kockázat jelenségére, az egészségügyi technológiák költségnövelő hatására, illetve az egészségügyi bérek és reálárak alakulására [Orosz, 1999, Gulácsi, 2005, Schultz, 1983]. Az egészségügyi kiadásokat korlátozni kezdték, mivel egyre tágabbra nyílt az olló a technikailag lehetséges, az orvosilag szükséges és a közpénzekből még finanszírozható egészségügy között [Gulácsi, 2005].

Magyarországon ezzel szemben nem volt expanziós időszak, a GDP egészségügyi kiadási részaránya mindig alacsony maradt [Orosz, 1999], jelenleg is a GDP 7,4%-át [OECD, 2015] költjük egészségügyi kiadásra. (OECD átlag 8,9%). Így a 90-es évek közepe óta a magyar egészségügy „ördögi körben” mozog, mert a folyamatosan szűkülő források nem elegendőek az egészségügy strukturális problémáinak megoldására [Bodrogi, 2010]. Ezt súlyosbította, hogy a gazdasági válság hatására a GDP csaknem kétszeresével esett vissza a közép-kelet európai tagállamokban, mint az euro-zóna országaiban [Baji et al. 2015], amely az alacsony egészségügyi források még tovább szűkülését okozta. A költségmegtakarítások miatt megnőhet az információn- és az evidencián alapú döntések igénye és az egészségügyi ellátás minőségének fenntartása a kormányok kihívásává válik [Gulácsi et al. 2012]. Számos nyugat-európai országban jelent meg a New Public Management (Új Közzszolgálati Menedzsment) mozgalom, melynek reformjai az üzleti szektor menedzsmentből átvett eszközök segítségével az eredményességet és a hatékonyságot, illetve ezek mérését célozták meg [Rosta, 2012, Drótos et al., 2007, Bodnár et al., 2011, Nyland – Pettersen, 2004].

Az egészségpolitikában Európai Unió tett lépéseket a közös értékek és alapelvek megerősítése érdekében, de ezek érvényesítésének eszközei és a reformok változatosan valósultak meg [Bodrogi, 2010]. Hazánkban is az egészségügy fenntartható alapokra helyezése érdekében számos program és terv készült, melyekben többé-kevésbé szerepet kaptak a gazdálkodási- és döntéstámogató információk és a menedzsment, de

jellemzően az egészségügyet makroszinten – a források és struktúrák fókuszában – szemlélik. A finanszírozási módszer a finanszírozó és szolgáltatók magatartására (teljesítmények növelése, HBCs-manipuláció, versenyfokozás, beutalások és költség-áthárítások érdekrendszere) gyakorolt hatáson keresztül befolyásolja a szolgáltatások hatékonyságát és minőségét [Orosz, 2001]. A szervezeten belüli hatékonyságot a kontrolling rendszerek segítségével lehetne értékelni. A kontrolling feladata a célmeghatározás, a tervezés, a teljesítményméréshez és ellenőrzéshez, illetve a döntéshozatalhoz szükséges információellátás biztosítása, e tevékenységek összehangolása, valamint a gazdasági és gazdaságossági transzparencia megteremtése [Horváth [1997], ICV–IGC [2012]].

A legtöbb menedzsment-kontroll tanulmányt a for-profit szférában készítették, ahonnan eredetileg a menedzsment-kontroll technikák erednek [Anthony – Young, 2003]. A for-profit szférában egyértelmű profitmaximalizálásból adódó céltisztaság sok nonprofit szervezetnél nincs jelen, pedig a rendszer kiépítése előtt ezeket tisztázni szükséges [Merchant, 2007]. A szerző szerint a menedzserek ugyanazzal a menedzsment problémákkal küzdenek, mint a piaci társaik és alapvetően – a szervezeti érettségből adódóan – a kontroll eszközök is ugyanazok, viszont a menedzsment-kontroll rendszer a nonprofit szervezetekben nem olyan fejlett, mint a profitorientált szervezetekben. A menedzserek nem képzetek a menedzsmenttudományokra és nehezebb menedzsment- és kontroll problémákkal, illetve szűkösebb erőforrásnyomással kell megküzdeniük. A bérkülönbségből adódóan személyi és minőségi korlátokat lehet felfedezni, viszont – a szerző szerint – az elköteleződés minimalizálhatja a kontroll problémákat, és a motiváció hiányát. Merchant úgy véli, hogy a vezetők nem tudják optimálisan gyakorolni a szervezeti felügyeletet, mivel olyan okok miatt (pl. nagy adománnyal járul a szervezethez, magas beosztású hivatalnok jó barátja) választják meg, amely nem teszi jogosulttá erre, emellett külső nyomás is befolyásolhatja a döntéshozatali folyamatokat. Ennek eredményeként a tervezési és költségvetési folyamatok valószínű fontosabbak és időigényesebbek. Ezt Lapsley [1994] megcáfolja, mert kutatása szerint a közszektor lazán kapcsolódó szervezeteiben a számviteli szabályok és más formális folyamatoknak kisebb fontossága van, mint a privát szektorban.

A menedzsment-kontroll térnyerése az egészségügyi szervezetekben a hatékony forrásallokáció támogatásában és a menedzseri döntések információszolgáltatásában

valósulhat meg. A rendszer viszont nagyon gyakran formális marad, aminek Baran [2013] többek között a következő okokat tulajdonította: a dolgozók tudása hiányos, az integrált informatikai rendszerek elmaradottak, a menedzsment információja hiányos, valamint alacsony a közfinanszírozás.

A kutatásom kérdése, az egészségügyi kontrolling, aktuális és évek óta felszínen lévő problémáiból ered, melyekkel az egészségügyi vezetők kis csoportja szélmalomharcot vív; a szűkülő egészségügyi erőforrásoknak, az aránytalan finanszírozásnak és az állami egészségügyi rendszer korlátózó elemeinek köszönhetően. Az egészségügyi menedzsment megismerése elindíthatja a közös (szakpolitikai és/vagy intézményi szintű) gondolkodást és egy szakmai platform megteremtését például a hazai jó gyakorlatok összegyűjtésére és továbbadására. Jelentős mérföldkőve a TÁMOP projekt, melyben kiemelt területként szerepelt a vezetői információ, valamint az azt bemutató kontrolling funkció és eszköztár fejlesztése és egységesítése. A jövőbeni alkalmazása és fenntartói szintű továbbgondolása az egészségügyi kontrolling alkalmazásának magasabb szintjét eredményezheti. Ennek támogatására dolgozatom strukturált információkat tartalmaz a közép- és felsővezetők információ felhasználására, fejlesztésére és motiválására vonatkozóan, mindamellett, hogy egy egységes képet ad az egészségügyi kontrolling jelenlegi értelmezéséről.

A hazai egészségügyi menedzsment szakirodalomban az elmúlt húsz évben számos gyakorlati megközelítésű kontrolling cikk jelent meg, mégse készült a hazai egészségügyi kontrollingról teljeskörű tudományos feltárás. Elsőként mutatom be és dolgozom fel a hazai kórházi kontrolling rendszerek mintázatát, és készítőinek, szakértőinek és használóinak (intézményi vezetők, döntéstámogatók és információt előállítók), valamint az állami kórházi fenntartó felsővezetőinek véleményeit és tapasztalatait.

A kutatási terület megválasztását saját motivációm és szakmai hátterem is befolyásolta. Szakmai pályafutásom kezdetén pénzügyi számvittel, majd vezető számvittel foglalkoztam, és az utóbbi közel 15 évben mindezt az egészségügy területén kamatoztattam: költségvetési szervezet döntéstámogatójaként, számviteli vezetőjeként, majd tanácsadóként. Tanácsadói munkám során nagy hangsúlyt fektettem a tudományos munkára is, ezért mind az egészségügyi rendszert, mind pedig az egészségügyi szervezetek problémáit, megoldási kísérleteit megismertem. A

munkámhoz szükséges ismeretek bővítésére rendszeresen látogatok hazai konferenciákat – előadóként és résztvevőként is –, és több kutatásban is részt vettem/veszek. A kutatások módszertanával is szakértői munka kapcsán ismerkedtem meg, de egyes elemeihez, például a fókuszcsoportos megkérdezésekhez vagy a strukturális modellezés megtervezéséhez felvettem a kapcsolatot nagy jártassággal rendelkező szakemberekkel. Nemcsak elméletben, hanem a gyakorlatban is segítették a kutatásom: a vezérfonál kialakításában, motivációs technika elsajátításában, a hatékony légkör kialakításában, a csoportdinamikai folyamatok kontrollálásában, illetve a modell eredményeinek értelmezésében. Ezért külön köszönöm a segítséget Prof. Dr. Habil Füstös Lászlónak, a Budapesti Corvinus Egyetem professzorának és Sipos Lászlónak, immár a Szent István Egyetem docensének.

I.1.2. Célkitűzések

A hazai szakirodalom töredéke tartalmaz egészségügyi kontrolling témájú publikációkat, összesen három lap áll közel dolgozatom témájához, kutatási területem hazai kontextusban még feltáratlan. Így elsődleges célom, hogy

- összegyűjtssem és rendszerezsem a hazai szakirodalmat, azaz a kutatók és szakemberek érdeklődésének, problémáinak hangsúlyos elemeit,
- feltárjam a hazai egészségügyi intézményekben használt kontrolling rendszereket és ezek különböző – külső és belső – hatásokra történt változásait,
- továbbá bemutassam, hogy a kontrolling rendszereket a vezetők hogyan használják.

Az egészségügyi intézmények kontroll mechanizmusain keresztül nemcsak maga a – szűken vett – kontrolling rendszer ismerhető meg, hanem a rendszer működtetéséhez szükséges érdekeltségi rendszer is, mellyel kapcsolatos célkitűzésem, hogy

- megismerjem és bemutassam a kontrolling alkalmazásának érdekeltségi- és elvárás-rendszerét a felsővezetők, középvezetők, döntéstámogatók és nem utolsósorban a fenntartó ismereteinek, motivációjának és elvárásainak feldolgozását követően,
- bemutassam, hogy a kontrolling rendszerek az egészségügyi intézmények számára is hasznosak, és a szűkülő egészségügyi források kezelésének egyik kiemelt eszköze lehet.

Kiemelt célom, hogy az elsőként közölt hazai egészségügyi kontrolling kutatás eredmények

- a kontrolling szélesebb eszköztárának megismerésével és az összegyűjtött jó gyakorlatokkal, segítsék a döntéstámogatók és a döntéshozók munkáját, és
- ösztönözzék ezen eszközök használatát, mind intézményi, mind pedig fenntartói/szakmapolitikai szinten.

I.2. Módszertan

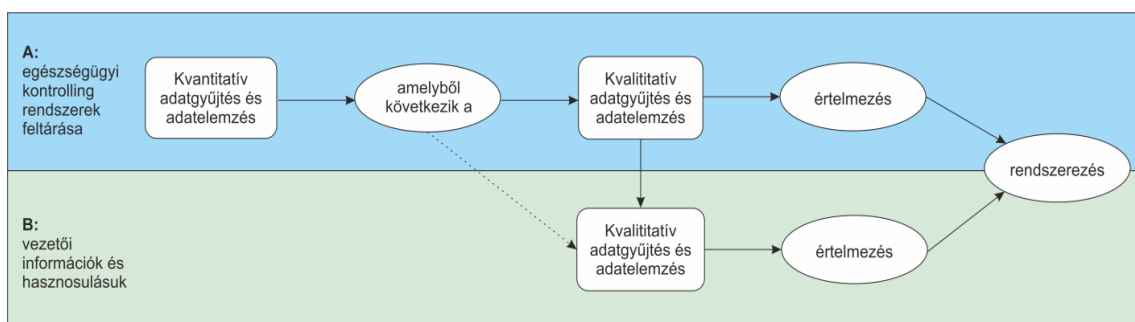
Jelen fejezet hivatott a felépített kutatási módszertan egységes képének bemutatására, a módszertani elemek részletes ismertetése és alkalmazás a II., III., és IV. rész (egy-egy publikáció) módszertani alfejezetiben találhatóak.

A módszertan megalapozását a szakirodalom feltárása előzte meg, melyet a hazai kórházi kontrolling kapcsán a I.6. fejezetben bemutatok, a publikálhatóság terjedelmét figyelembe véve. A nemzetközi szakirodalom bemutatásánál kizárólag a kontrolling rendszerhasználati adatfelhasználást (információk széleskörűségét és stílusát) vizsgálom, és ehhez kapcsolódóan mutatom be a nemzetközi kutatási eredményeket a IV.2. fejezetben. A kontrolling rendszerek bemutatásánál – célkitűzéseimnek megfelelően – csak a definíciókra szorítkoztam (VIII.1. Függelékben röviden bemutatom) és nem bontottam ki olyan területeket, mint a menedzsment-kontroll rendszerek fejlődése, különbözősége vagy akár az angolszász és német menedzsment-kontroll rendszerek eltérései, mivel ezek részletezését már többek közt Bodnár [1997d] doktori disszertációjában megtette.

A tézisem logikailag két részkutatásból tevődik össze: tartalmaz egy kórházi kontrolling rendszerfeltárást, és egy vezetői információ-használatra vonatkozó elemzést. A két vizsgálathoz nem feltétlenül szükséges különböző módszertan alkalmazása, de mivel a TÁMOP projekt keretében két kérdőív készült a kórházak kontrolling rendszerének megismerésére, ezért a statisztikai elemzés kétségtelenül adta magát. A kórházak adatszolgáltatási kötelezettsége az elmúlt időszakban jelentősen megnövekedett és a nehéz gazdasági helyzetben pedig egyre fogyott a feladat ellátását végző személyzet létszáma. A fenntartó a kórházi adatkérések korlátozására engedélyezési rendszert hozott létre, melynek célja a felesleges vagy párhuzamos igénylések megszürése. Egy saját fejlesztésű kérdőíven történő adatgyűjtés eredményes elvégzése esélytelennek tűnt ebben a környezetben.

A kérdőív eredményei a kontrolling egy széleskörű megismerését tette lehetővé, és rámutattak azokra a területekre, amelyek mélyebb megismeréséhez már személyes részvétel is elengedhetetlen. A kutatás környezete és témája is kijelöli a Glaser és Strauss [1967] nevéhez köthető *Grounded Theory* (magyarul megalapozott elmélet, lehorgonyzott elmélet, és Babbie-hoz kötődően alapozott elmélet) alkalmazását. A

kvantitatív és kvalitatív technikák közös alkalmazásának elméleti háttérét megismerve jutottam az utóbbi időszakban a harmadik paradigmaként emlegetett kevert módszertanhoz. A kevert módszertanon (*mixed methods research*) alapuló kutatás az eltérő módszertanok összehangolását célozza meg, és eltér a több módszertant (*multimethods research*) használó kutatástól, amiben a több kvalitatív vagy kvantitatív módszert használnak (Király et al., 2014]. A hazai kórházak kontrolling rendszerfeltárását kevert módszertannal vizsgálom, melyet vezetői információ-használatra vonatkozó további kutatási kérdésekkel egészítek ki, a két téma szoros összekapcsolódása miatt. A kutatásomban magyarázó egymásra épülő kevert módszertani felépítést [Király, 2014] vagy Sántha [2013b] megfogalmazásában értelmező szekvenciális modellezést alkalmazok. Mivel az első lépésben kiértékelt kontrolling kérdőívek (kvantitatív adatelemzés) eredményeként létrejövő számok és táblázatok mélyebb ismeretek nélkül sterilek maradnak [Sántha 2013b], ezért megállapításait kvalitatív vizsgálattal egészítem ki és együttesen értelmezem az eredményeket.



1. ábra: Tézis kutatási módszertana (saját ábra, Creswell – Plano Clark [2011] és Király et al. [2014] alapján)

A dolgozat II. része kvantitatív elemzésen alapul, amely egyszerű statisztikai mutatók mellett strukturális modellezési technikát – a SEM-LVPLS-modellt – alkalmaz az egészségügyi intézmények kontrolling-rendszer tényezőinek egységes struktúrába rendezéséhez. A III. és a IV. fejezet a kutatási kérdéseket kvalitatív eszközökkel vizsgálja, melynek elemei a fenntartói, szakértői és felsővezetői egyéni mélyinterjúk és a döntéstámogatókkal készített homogén fókuszcsoporthos interjú.

Az 1. táblázat összefoglalja az alkalmazott módszertant a kutatási elemek mintaválasztási és adatgyűjtési,- elemzési paramétereit alapján.

	Statisztikai útelelemzés	Fókuszcsoporthos interjú	Szakértői, fenntartói és vezetői interjú
kutatás	A	A és B	
minta- választás	közel teljes sokaság – ÁEEK fenntartása alatt lévő intézmények	különböző intézmények (eltérő terület, méret) kontrolling és finanszírozási középvezetői területről	AEEK felsővezetői interjúk Szakértői interjúk – tanácsadók, informatikai támogatók részvételével Vezetői interjúk – jelenlegi és volt intézményvezetőkkel
adat- gyűjtés	meglévő kérdőíves adatfelvétel feldolgozása	fókuszcsoporthos interjú	egyéni vezetői mélyinterjúk
elemzés	IBM SPSS 22 szoftver	Verbi MAXQDA 12 szoftver	

1. táblázat: Kutatási kérdések megválaszolására választott módszerek összefoglalása (saját táblázat)

A statisztikai útelelemzés során az ÁEEK fenntartása alatt lévő intézményeket vizsgáltam, mely minta nagysága majdnem lefedi a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók populációját; az egyetemi klinikák, a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ és a kisebb egyházi, alapítványi ellátók kivételével. Ezen empiria megismerését követően a kvalitatív kutatási elemek mintaválasztásánál a statisztikai elemzésből kimaradt intézményeket is figyelembe vettem, így a mintába egyrészt különböző típusú és méretű intézmények kerültek – kiemelt figyelmet fordítva az egyetemi válaszadási eredményekre –, másrészt pedig a közfinanszírozású intézmények mellett megjelent már magánegészségügyi intézmény is. A mintába közösségi és térségi egészségközpont, illetve kórház, országos intézet, szakkórház és rehabilitációs központ került, melyek kiválasztásánál a statisztikai elemzéshez felhasznált kérdőívekben szereplő kontrolling alkalmazást is figyelembe vettem, és a kiválasztott intézmények felsővezetőjével egyéni interjút készítettem, a kontrolling szakemberét pedig fókuszcsoporthos interjúba vontam be. Az intézményi vezetői interjúk mellett a teljes egészségügyi szektort ismerő szakértőket, és a fenntartó vezetőit is megkérdeztem a kutatási eredmények általánosíthatósága érdekében.

I.2.1. Kvantitatív kutatás bemutatása

A tézisben alkalmazott kvantitatív módszertan keretében egyszerű statisztikai mutatók feldolgozása és strukturális modellezése történt, melyek a TÁMOP projekt által kitöltött kontrolling rendszerekre vonatkozó kérdőívek adatbázisán lett lefuttatva. A kérdőíves felmérés csaknem valamennyi hazai társadalombiztosítás által finanszírozott kórház önbevalláson alapuló kontrolling adatait tartalmazza, melynek középpontjában a kontrolling-tevékenységek elvégzésének gyakorisága áll, mint a vezetői döntéstámogatásnak, információ-szolgáltatásnak a sűrűsége. A kérdőívek adatainak Microsoft Excel programban történő feldolgozását exportáltam az IBM SPSS 22 programba, ahol a kódolás, statisztikai elemzés és kiértékelés történt. A kvantitatív módszertan segítségével kiértékeltem és bemutatom a hazai kórházak kontrolling-rendszerének tényezőit és azok kapcsolatát. Változókkal írtam le a kórházak tervezési és ellenőrzési tevékenységét és rámutattam az intézmények egymástól nagymértékben eltérő rendszerhasználatára. Ezután egy komplex struktúra felállítása mellett döntöttünk, a változók eloszlása, a minta alacsony esetszáma [Henseler et al., 2009] és a klasszikus kontrolling folyamat összefüggéseinek felhasználásával. Így a változók között utakat definiáltunk, feltételezve, hogy a kontrolling definíciójának megfelelően értelmezhetőek. A változók és utak együttesen regressziós egyenletek rendszerét definiálják [Koltai, 2013], mérési modellben az út-koefficiens mutató számítására a legkisebb négyzetek módszer alkalmazható [Naranjo-Gil, 2009]. Az eredmények könnyen érthetően ábrázolhatóak és értelmezhetőek.

I.2.2. Kvalitatív kutatási eszközök bemutatása

A kvantitatív kutatás kapcsán felvázolt kontrolling rendszer mélyebb megismeréséhez és árnyaltabb bemutatásához [Babbie, 1995; Bloor et al., 2001; Kitzinger, 1994; Morgan – Krueger, 1993; Vicsek, 2006] vezetői mélyinterjúzást és fókuszcsoportos interjúzást alkalmaztam. A csoportos megkérdezés módszerének előnye az egyéni interjúkkal szemben hatékonyabb adatgyűjtés, mivel gyorsabban – leszámítva a körütekintő előkészítést [Becker, 2006] – és több információ nyerhető a csoporttagok közötti szinergiák felhasználásával [Héra – Ligeti, 2006]. A fókuszcsoport erősségének a csoportokon tapasztalható társas befolyásolási folyamatokat tartják [Vicsek, 2006], mely a homogén – jelentős szakmai tudással rendelkező döntéstámogatók (kontrollerek) – csoportnál még dominánsabb. A fókuszcsoportos

kutatási elem megszervezése és végrehajtása – a korábban bemutatott kórházi vezetők leterheltsége miatt – nagy kihívás volt: a második alkalomra és egyes vidéki kollégák skype-on való csatlakozásával sikerült megoldani, de a fókuszcsoporthoz vizsgálatot elengedhetetlennek tartottam: Vicsek [2006] szerint „a potenciális jellemzők mélységekbe menő megértését és megismerését nyújthatják és feltárhatnak olyan szempontokat, amelyekre a kutató nem gondolt”. A fókuszcsoporthoz interjú előtt kiegészítő kérdőívet állítottam össze (VIII.2. Függelék), amely az interjúalanyok jobb elköteleződésének hatását váltja ki, a nézőpontok később bevonhatóak a beszélgetésbe és nem utolsó sorban az csoporttagok egyéni véleményének ismeretével gyorsítható az interjú menete. [Vicsek, 2006]

A fókuszcsoporthoz kis létszámban (5 fő) határoztam meg, mivel az interjúalanyok alapvetően több intézmény tapasztalatával rendelkeznek és erősen motiváltak, elkötelezettek a vezetői kiszolgálásban. A fókuszcsoporthoz meghatározása:

- a csoport homogén, de két területet (kontrolling és finanszírozás) foglal magába, ami szorosan összekapcsolódik;
- a résztvevők különböző intézményi tapasztalattal rendelkeznek (eltérő terület, méret, struktúra, menedzsment);
- elhivatottság és erős, határozott véleményformálás már a kérdőívek alapján feltételezhető;
- nyitott, érdeklődő csapat, 3 fő munkahelyi elfoglaltságai miatt nem tudott részt venni,
- résztvevők jellemzően nők, mely információ igaz lehet a szakmára is.

Az egyéni interjúk kapcsán a vezetők, szakértők és fenntartók attitűdjének, indítékainak, motivációinak mélyebb megismerésére törekedtem, amelyek magatartásukat bizonyos irányba mozdítják [Sipos, 2009]. A vezetői interjúk alanyai kizárólag a felsővezetés köréből kerültek ki: a főigazgatót kérdeztem, egy esetben (az egyik legnagyobb fővárosi kórház esetében) az orvos-igazgató véleményét rögzítettem. A kontrolling szervezet szakmai irányítása általában a gazdasági igazgatóhoz tartozik, így a kutatási kérdés szempontjából őket döntéstámogatónak tekintettem. Az interjúalanyok jellemzően a nagy ágyszámmal rendelkező kórházak közül kerültek ki, mivel a döntéstámogatás az intézmények méretével lesz egyre hangsúlyosabbak. A központi egészségügyi intézmények 11%-át ismerték a megkérdezettek, ez az arány az

egyetemek esetében 25%. Három interjút készítettem OEP finanszírozású vállalkozással, melyek közül kettő tulajdonosa állami szervezet.

Az egyéni, és a csoportos interjúkon a – I.3. fejezetben bemutatásra kerülő – két kutatási témakör alkérdéseit közvetett kérdésekre fordítottam át, melyek egyszerű, kevés szóból álló, egy dimenzióra vonatkozó kérdések voltak [Krueger, 1994, idézi Vicsek, 2006]. Az interjúk alkalmával félig strukturált interjúszituációt generáltam, és a tölcser technikát alkalmaztam, a strukturáltságot egyre növeltem, ezáltal felhasználva az erősen és gyengén strukturált kérdések előnyeit is. Az interjúk egymásra épültek, elsőként a szakértői interjút készítettem el (1,5 órás), majd a fókuszcsoportos (1,5 órás) és a fenntartói interjút (0,5 órás) és a kérdéseket ezen ismeretek bővülésével pontosítottam a kórházi vezetői interjúk lefolytatásához, melynek terjedelme eleinte 1,5 órás, majd 1 órás volt. Az interjút rögzítettem és leképeztem, majd kiértékelésükhöz a MAXQDA 12 szoftvert alkalmaztam. A szoftver a *Grounded Theory* gondolati rendszerére alapoz [Sántha, 2013a], és ablakrendszeres szövegkódolást tesz lehetővé, ami megfelel a manuális kódolásnak: nyers adatokat részekre bontjuk, konceptualizáljuk, majd új formában rakjuk azokat össze [Gelencsér, 2003].

I.3. Disszertáció kutatási kérdései

A tézisem logikailag két részkutatásból tevődik össze: A) kórházi kontrolling rendszerfeltárás, és B) vezetői információ-használatra vonatkozó elemzés.

A.	Kontrolling rendszerek a kórházakban
1	Mit jelent a kontrolling a napi gyakorlatban?
2	Milyen eszközöket alkalmaznak az intézmények vezetői?
3	Hogyan alakítja a kontrolling a működést és a döntéshozatalt?

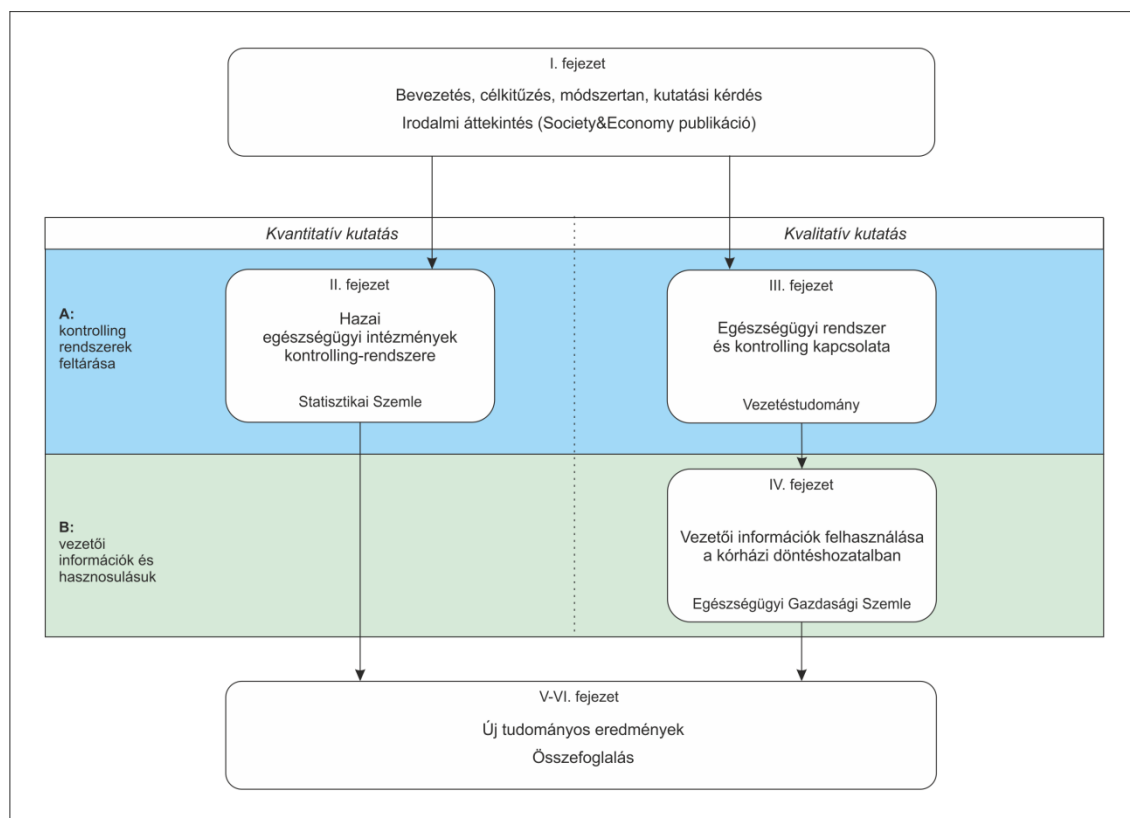
B.	Vezetői információk és kontrolling alkalmazása a vezetői szinteken
4	A vezetői döntések támogatására hol vannak információs pontok a kórházon belül? Kik töltik be a döntéstámogató funkciót?
5	A vezetői információk mennyire széleskörűek?
6	Hogyan használják a kórházak felső,- és középvezetői a rendelkezésre álló információkat?

2. táblázat: A két kutatási egység kérdései (saját táblázat)

Az ötödik kutatási kérdéshez elfogadom és alkalmazom Bouwens - Abernethy [2000] *széleskörű vezetői információ* definícióját: *külsőleg meghatározott, nem pénzügyi, jövőorientált információ*, amely a megfontolandó megoldások szélesebb körét nyújtja a menedzserek számára. Ezzel szemben a tipikus *szűk látókörű információ* *belsőleg meghatározott, pénzügyi és múltorientált klasszikus számviteli információ*.

I.4. Tézis áttekintése

A dolgozat bevezetése meghatározta és bemutatta a kutatásom területét, kijelölte az alkalmazott módszertant és megfogalmazta a kutatási kérdéseket. A további fejezetek a konkrét kutatási eredményekre épülnek, a II. fejezet a hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszerét adatokkal, mutatókkal írja körbe, melyet az I.2.2. fejezetben és a III. fejezetben bemutatott kvalitatív módszertannal megvalósított kutatási eredmények egészítenek ki és magyaráznak. A IV. fejezet a vezetői információk hasznosulását hivatott mérni és értékelni. A dolgozat a V. és VI. fejezetben nemcsak összefoglalja a feltárt eredményeket, hanem javaslatot is tesz a kontrolling alkalmazására, fejlesztésére és felhívja a figyelmet a kontrolling eszközök használatával járó hasznokra.



2. ábra: Tézis felépítése (saját ábra)

I.5. Egészségügyi szervezetek jellemzői

Az egészségügyi intézmények gyógyító tevékenységet végeznek, melyet a heterogenitás magas fokával lehet jellemezni: a kórházak több szakmájából, ellátási formájából és betegcsoportok különbözőségéből adódóan széles skálán nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat, melyek alapvetően nem tekinthetők profitszerző tevékenységnek. Ettől függetlenül az üzleti szférában meglévő célmeghatározás (célok és stratégiák kialakítása) és hatékonyság szem előtt tartása az egészségügyben is követendő elvárás, így párhuzam vonható a két szféra kontrolltevékenysége között. Az intézmények küldetéséhez kapcsolódó feladatok ellátásában viszont a különböző intézmények és az intézményen belüli vezetői szinteken az orvos-szakmai vezetők és menedzserek különbözőképpen viszonyulnak az alap- és gazdasági folyamatokhoz, melyből adódóan a kontrollfolyamat elemeinek súlya mind intézményenként, mind pedig szervezeti/vezetői szintenként változik.

A menedzsment-kontroll kórházi alkalmazását vizsgáló Morelli – Lecci [2014], Nyland – Pettersen [2004], Aidemark – Funck [2009] is kiemelte, hogy a kórházi szervezetek működésében meghatározó szerepe van a hatalomnak és a politikának. A hatalom a kórházi magatartás fő mozgatórugója, a kórházak is a bürokrácia formáját veszik fel, vagyis a változással szembeni erős ellenállással jellemezhetőek [Denis et al., 2001 és Abernethy – Vagnoni, 2004 Mintzberg, 1983, Morelli – Lecci, 2014]. A kórházakban a bürokratikus kontroll nem megfelelő [Mintzberg, 1979] és a mérés útján megvalósuló ellenőrzést (piaci kontrollt) nehéz alkalmazni [Ouchi, 1979]. A nehézkes változást a következőkkel indokolta Morelli – Lecci [2014] és Lega [2009]:

- a diszkréció a szakmai autonómia felhatalmazásának enged teret és kulturális összeütközést eredményez a szakmai és a menedzsment terület dolgozói között;
- a különböző specializációk közötti belső határokkal fokozott koordinációs problémák jelentkeznek;
- a hosszú szakmai tanulási és kutatási folyamatnak köszönhetően a szakma hajlamos bürokratizálni a funkcióját;
- szakmai vezetésből adódó triangulációs probléma (szoros a kapcsolat a politikai és tudományos, külső testületekkel, melyek befolyásolhatják a kórházi menedzsmentet).

Az egészségügyi szervezetek politikai, orvos-szakmai, adminisztratív aspektusai különböző célokkal, sikertényezőkkel és munkamódszerekkel rendelkeznek [Aidemark – Funck, 2009, Kouzes – Mico, 1979]. Morelli – Lecci [2014] szerint az egészségügyi szervezetek klasszikus plurális intézmények, különböző célokkal (egyéni, betegellátás, hatékonyság és minőség) és sokféle szereplővel (menedzserek, politikusok) kapcsolódnak össze. A kórházak, mint sok szakmai intézmény, gerontokratikus szervezetek, ahol a változás csak akkor mehet végbe, ha az innovatív ösztönzést egy jó hírnevű menedzsment team támogatja. A hírnévhez általánosságban a szakmai idő, tapasztalat vagy szakmai hálózat kapcsolódik, így a másik kulctényező a karizmatikus vezetés (general manager), ahol a vezetők heterogenitása kulcsszerepet játszik.

Mintzberg a komplex feladatellátó és szakértői dominanciával dolgozó szervezetekre a szakértői bürokrácia fogalmát használja. Az orvosok (szakértők) munkája komplex és az ahhoz szükséges szakértelem elsajátításához hosszú időbe telik, melyet követően is folyamatosan továbbképzéseken vesznek részt [Óváry, 2014]. A szükséges szakismeret, tudás lassabban változik és ezek standardizációja a legfontosabb koordinációs mechanizmus. A munkavégzést illetően az orvosok autonómiája jelentős, a kollégáiktól viszonylag függetlenül dolgoznak, de a betegekkel szoros kapcsolatban állnak [Takács 2012]. A szakmai, szolgáltatási heterogenitása, egészségbiztosítói,- és finanszírozási sajátosságok, résztvevők érdekeik különbözősége mind hatni fog a kontrolling rendszerek meghatározására és értékelésére, és egy komplexebb kép ígérkezik.

Néhány hazai szerző [Krokovay – Kohán, 2004, Óváry, 2014, Takács, 2012] a kórházi kontrolling fogalmát az egészségügyi intézmények jellemzői felől közelíti meg, ezzel is kiemelve, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtása sajátos, kellően heterogén és ebből adódóan komplex tevékenységnek mondható. „Szokták mondani, hogy

- (1) olyan terméket, szolgáltatást nyújtunk, amelyben rengeteg a bizonytalanság,
- (2) olyan eszközzel, amit még nem fizettünk meg, vagy sose fogjuk(!),
- (3) olyannak, aki maga nem is fizet, hanem majd valaki, valamikor helyette,
- (4) úgy adjuk el, hogy közben a vevő nem is ismeri a valós igényét,
- (5) olyan terméket is adunk el, ami utólag nem bizonyul „jószágnak”,
- (6) tevékenységünk idején nem ismerjük a valós bevételeinket, illetve
- (7) akkor is kell szolgáltatnunk, ha egyértelműen veszünk a tevékenységgel”

[Krokovay – Kohán, 2004].

Az egészségügyi intézmények működését sok szervezet és/vagy személy befolyásolja: az állami szektor szereplőitől a kórházakban gyógyulni vágyó betegekig különböző módon járulhatnak hozzá az intézmény célkitűzéseinek megvalósulásához. Az érintettek (stakeholderek) tartós és kölcsönös kapcsolatban állnak az intézményekkel, és befolyásolják a szervezeti célok elérésében. Ezen szereplőket a 3. ábra foglalja össze. A kvalitatív kutatási egység tervezésekor ezen érintettek közül választottam ki a kontrolling rendszerekről ismeretekkel rendelkező külső és belső érintetteket.

Külső érintettek (primary stakeholders)	Belső érintettek (secondary stakeholders)
minisztérium/államtitkárság, nagypolitika	Felsővezetés (főigazgató, gazdasági igazgató, orvosigazgató)
fenntartó/tulajdonos (AEEK)	Középvezetés (Osztályvezető főorvosok és egyéb nem orvosi vezetők)
önkormányzat	Döntéstámogatók (kontrolling, finanszírozás, jog, közbeszerzés...)
finanszírozó (OEP, magánbirt.)	Szakorvosok
hatóság (ÁNTSZ)	Ápolók
nemzetközi szervezetek, társadalmi szervezetek	Egyéb személyzet
szakértők	
beszállítók, „hitelezők”	
„versenytársak”	
média, sajtó	
fogyasztók: páciensek, érdekvédelmi szervezetek	

3. ábra: Az egészségügyi intézmények Stakeholder modellje (saját ábra)

Az egészségügyi intézmények belső érintettjei az intézmény menedzserei (felsővezetői és középvezetői) és munkavállalói, akiket a kutatás szempontjából külön választottam döntéstámogatókra, szakorvosokra, ápolókra és egyéb személyzetre. A külső érintettek közé soroljuk a minisztériumot/államtitkárságot, a fenntartót, az önkormányzatot, finanszírozót, hatóságot, nemzetközi és társadalmi szervezeteket, hitelezőket/beszállítókat, a versenytársakat (kórházak!), médiát illetve a pácienseket és érdekvédelmi szervezeteiket. A külső érintettek közül a kórházakat támogató szakértőket, tanácsadókat kiemeltem, mivel az egész egészségügyi szolgáltató ágazatról átfogó képpel rendelkeznek.

I.6. Hazai kórházak kontrolling rendszerei: fejlődés és kulcskérdések

A disszertáció ezen fejezete befogadásra került a Society and Economy in Central and Eastern Europe folyóiratba, így tartalmilag és formailag is teljesen megegyezik a publikációval.

A dolgozat célja, hogy – hiánypótló műként – bemutassa a hazai kórházi gyakorlati szakemberek érdeklődési területeit, gondolkodási fókuszát, azáltal, hogy összefoglalja a releváns magyar egészségügyi kontrolling szakirodalmat, és bemutatja a lehetséges kutatási irányokat. A publikáció összegzi a szakirodalomból megismerhető szakmai „közbeszédet”, kontrolling gondolkodást, ezzel párhuzamosan jól megvilágítva a hazai egészségügy súlypontjait is.

A kontrolling érdeklődés fő fókusza a folyamatos finanszírozási problémák és azok megoldása, az egyre gyakoribb jogszabályi és finanszírozási változásokból fakadó bizonytalanságok. A kontrollingot a teljesítményfinanszírozás bevezetésével a '90-es évek elején kezdték el alkalmazni egyes intézmények, majd a teljesítmények korlátozásáig (2004. év) gyakran cikkeztek róla. A tavalyi évben az egészségügyi ellátórendszer működési hatékonyságának növelése érdekében létrejött pályázat törte meg a kontrolling gondolkodás hosszú ideje fennálló csendjét: a kórházak számára előírt egységes gazdálkodási lépések kiválthatják többek között a kontrolling adatszolgáltatás fejlesztését, a pontosabb beszámolást, a vezetői érdeklődés és tapasztalat megosztásának igényét.

I.6.1. Bevezetés

A klasszikus szervezetelméleti iskola ikonjai, Fayol és Taylor, személyes tapasztalatokon alapuló állításokat fogalmaztak meg és fejlesztették azokat általánosabb érvényűvé (Balaton, 2000), később a 80-as években a hagyományos költségszámítás és menedzsment-kontroll fejlődését is a gyakorlati tapasztalatok és versenykörnyezeti kihívások (Kaplan, 1984) alakították. A mai szervezetek vezetői számviteli és menedzsment-kontroll eljárásainak korszerűsítésére a más szervezetek által sikeresen bevezetett innovatív gyakorlatok feltárását javasolja Kaplan. Atkinson és társai (1997)

kiegészíti ezt a non-profit szervezetek szervezeti struktúra és a vezetői számvitel közötti interakciójának és a profit és non-profit szervezetek közötti különbözőségének kutatási igényével. A különböző aspektusok (szervezeti magatartás, kulturális értékek, stb.) figyelembe vételének igényéből adódóan a nemzetközi menedzsment-kontroll az egyszerű meghatározásokból az összetett modellek és package típusú megközelítések felé folyamatosan bővült. A döntéshozatalt támogató információs megközelítés dominanciáját a kontroll kiterjesztése vette át, így kapcsolódtak a kontrollhoz például a jutalmazási és kompenzációs rendszerek. A nemzetközi menedzsment-kontroll folyamatosan fejlődik a vezetői igényekhez, kutatói érdeklődéshez, gyakorlati problémákhoz igazodóan. Még inkább jellemző ez a non-profit és az egészségügyi szférára, mely az állandósult egészségügyi költségek visszaszorításában (Chua, 1994) a for-profit menedzsment-kontroll technikákra támaszkodik (Anthony – Young, 2003, Merchant, 2007). Ez a költségkontroll hazánkban is jelen van: 90-es évek közepe óta a magyar egészségügy „ördögi körben” mozog, mert a folyamatosan szűkülő források nem elegendőek az egészségügy strukturális problémáinak megoldására (Bodrogi, 2010). Jelenleg a GDP 7,4%-át (OECD, 2015) költjük egészségügyi kiadásra (OECD átlag 8,9%), de a gazdasági válság hatására a GDP csaknem kétszeresével esett vissza a közép-kelet európai tagállamokban, mint az euro-zóna országaiban (Baji et al. 2015), amely az alacsony egészségügyi források még tovább szűkülését okozta. Ezen költségmegtörlesztések miatt megnőhet az információ- és az evidencián alapú döntések igénye (Gulácsi et al. 2012), mely kórházszervezeti szinten a menedzsment feladata, eszköze pedig a kontrolling rendszerek. Hazai egészségügy területén átfogó kontrolling kutatás nem készült, az irodalom hiánypótló művének a Bodnár és társai (2011) által készített e-learning tananyag mondható, mely az egészségügy szemüvegén keresztül végigvezeti az olvasót Anthony – Govindarajan (2009) menedzsment-kontroll modelljének elemein. Jelen publikáció ezen elemeken keresztül méri fel és rendezi különböző megközelítésekbe a hazai kórházak kontrolling gondolkodását. A publikáció a pozitív szemléletből adódóan a gyakorlati szakemberek vizsgálódásait, érdeklődésük középpontját foglalja össze, melyre az egészségügyi kontrolling közel 30 éves múltja (történelmi fejlődés és a jelenségek általános vizsgálata) lehetőséget teremt.

I.6.2. Kutatás módszertana

A publikáció elkészítésében a magyar egészségügyi intézmények kontrolling kontextusának és vezetői elvárásainak megismerése motivált, melyben az elméleti oktatók és gyakorlati szakemberek munkái segítettek. A dolgozat célja, hogy bemutassa az egészségügyi szervezeteket érintő kontrolling kutatásokat, majd ezek alapján rámutasson a feltárássra váró területekre, a jövőbeni lehetséges kutatásokra. A MATARKA adatbázisában kerestem releváns publikációkat, néhány kulcsszó (controlling, menedzsment-kontroll, kórház, egészségügy) alapján. Ezt követően a magyar szaklapokat (Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, Egészségügyi Gazdasági Szemle és Kórház) és az IME által szervezett éves kontrolling konferenciák anyagát dolgoztam fel. A szakirodalomban kirajzolódó fókuszok: a kontrolling szükségessége, a kontroll és vezetői információk definiálása, költség-, fedezetszámítás, a kontrolling felé delegált egyéb feladatok, és az érdekeltségi rendszerek szerepe. Ezen kategóriákból különböző kontrolling megközelítések rajzolódnak ki: pénzügyi szemléletű, költség- és fedezetszemléletű, benchmarking központú, érdekeltségen alapuló és információ központú kontrolling, melyeket az írásban bemutatok.

A szakirodalom feltárássának kezdeti ideje 1997. év volt, az első kontrolling tézis (Bodnár, 1997) megjelenésének éve, öt évvel a finanszírozási reformok (HBCS rendszer bevezetése) és az első kontrolling rendszerek kialakítása után.

I.6.3. Hazai kórházi kontrolling

I.6.3.1. A kórházi kontrolling definiálása

A nemzetközi szakirodalommal ellentétben, a hazai kontrolling elméleti és gyakorlati oktatásában, illetve a szakirodalomban több szerző (Horváth 1997, Boda – Szlávik 2001, Hanyecz 1997) könyvét a kontrolling általános módszertani alapjain belül a számviteli alapismeretekkel kezd, melyet a kontroller nyelvtudásának nevez. De hozzátesszik, hogy „a kontroller nem könyvelő. Számára a számvitel más vetülete fontos. ... A lényegi különbség a számviteli ismeretek eltérő struktúrájában és nem a mélységében van”. (Boda-Szlávik 2001). Hanyecz (1997) a számvitelt a kontrolling alapvető eszközének nevezi, amely adatokat szolgáltat a vállalat irányításához. A számviteli ismeretekre építhető a vezetői számvitel („a számvitelnek az a módosulása,

amely az üzleti folyamatok számbavételének érdekein túl kiemelt prioritásként kezeli az üzleti irányítás érdekeit”), majd a szervezet belső és külső információáramlásán keresztül eljuthatunk a menedzsmentkontroll definíciójához és funkcióihoz. Például Laáb (2011) a vezetői számvitel és a kontrolling elsődleges feladatának közösen definiálja „a vezetői döntéshozatal támogatását, valamint a döntések hatáselemzését a tervezés és a megvalósítás stádiumában”. Hanyecz (1997) a kontrolling építőköveit gyűjtötte össze, melyek a (1) vezetésorientált számvitel, (2) célmeghatározás, tervezés, ellenőrzés, (3) jelentési, beszámolási rendszer, (4) elemzés és értékelés és (5) ellenjavaslatok, ellenintézkedések (az irányítás korrigálása). Dobák-Antal (2010) szerint „a kontroll a szervezeti célok elérését segítő, visszacsatoláson alapuló folyamat, amelynek során a vezetők a kontrollált egység egyes jellemzőire előzetesen standardokat állapítanak meg, amelyek aktuális értékeit a kontrollfolyamat során mérik és összehasonlítják a standardokkal, a standardokban meghatározott és a tényleges jellemzők eltérése esetén pedig beavatkoznak”.

Az itthon is leginkább elfogadott és legtöbbet hivatkozott meghatározás szerint (Horváth 1997, 15.o.) a „controlling olyan funkciókat átfogó irányítási eszköz, amelynek feladata a tervezés, az ellenőrzés és az információ-ellátás összehangolása”. A controlling szabályozókör három alapvető eleme a teljesítménymérce meghatározása (tervezés), a terv-tény összehasonlítás és az eltérések korrigálása, ellenintézkedések. Balogh (2005) lényegében ugyanezt bővebben írja le: (1) célkialakítás, (2) információgyűjtés, (3) tervkialakítás – stratégiai és operatív (4) eltérésvizsgálat, (5) eltérések okainak feltárása, (6) beavatkozás és (7) információszolgáltatás.

Egy kicsit más megközelítésben, Boda és társai (2011) a kontrolling rendszerek kialakulását a szervezet növekedésének evolúciós fázisaival (kreativitás – irányítás – delegálás – koordináció - kollaboráció) hozza szoros összhangba, azaz az irányítás fázisában indul meg a kontrolling rendszer kialakulása és a delegálás szakaszában indulnak fejlődésnek.

Az egészségügyi szakirodalmat Bodnár (1997)¹ definíciójában meghatározott kontrolling definíció segítségével dolgozom fel.

Elméletileg az egészségügyi intézetvezetés nélkülözhetetlen eszköze a kontrolling; Papp (2003) úgy fogalmaz: az is használja, aki a használatát tagadja (az intézmény vezetője tudatosan, rendszerbe szervezve végzi, vagy ad hoc kérdéseivel a környezetét nehéz feladat elé állítva esetlegesen), és hozzáteszi, hogy egy egészségügyi intézmény nem irányítható „tervezés, ellenőrzés, visszajelzés, kapacitás, teljesítmény és költségfigyelés, elemzés nélkül”. Kis (2005) ezt kiegészíti azzal, hogy naprakész szinten elősegíti a vezetés és a szakma jól informáltságát „gazdasági-, pénzügyi-, és szakmai adatokkal, továbbá terv-tény feltárással, helyzetelemzéssel, monitoringgal, likviditásmenedzsmenttel”. Az intézmény kontrolling tevékenysége „a „lépésről-lépésre” történő, negyedévente részletes, havonta áttekintő, korszerűsített vezetői információs rendszer (VIR), a kontrolling koncepció és üzemgazdasági szemlélet kidolgozása, felkészülés az egységes informatikai rendszer bevezetésére, és nem utolsósorban magának a kontrolling szervezetnek a továbbfejlesztése.” A kontrolling feladatát Szabó (2001, 2003) az intézményükben működő kontrollingon keresztül foglalja össze: évente elkészítik a kórház üzemgazdasági tervét, (bevételeket, tartós kötelezettségeket, működési költségeket és a fejlesztésre felhasználható forrásokat), a tervet a bevétellel rendelkező egységekre bontják és megállapodnak a kívánatos fedezeti mutatóban, majd a terv-tény összehasonlításokról havi kimutatásokat készítenek, melyek alapját jelenhetik a vezetői döntéshozatalnak és/vagy motivációs rendszernek. Kis (2005) is fontosnak tartja, hogy „az egyébként meglehetősen általánosan „alulfinanszírozottnak” mondott egészségügyi intézmények saját erőfeszítéseikről, terveik teljesüléséről visszacsatolást, és a növekvő fenyegetettségéről, anomáliákról időben előrejelzést kapjanak.” Ezt Baráth (2002) jelzőlámpa szerepnek nevezi, mivel a kontrolling segít a tevékenység hatékonyságának javításában és jelzi a bajokat. Ezek az előrejelzések csak részlegesen működnek, mivel a hazai egészségügyi kontrolling egyik nagy hiányossága a tervezés. Körmendi – Tóth (1998) szerint formailag csak akkor beszélhetünk kontrolling rendszerről, ha funkcionális elemei stratégiai és operatív tevékenységi szinten egységes egészet alkotnak. A szerző példaként pont a tervezést hozza fel, vagyis

¹ „kontrolling rendszernek tekintjük a vállalatok által az irányítás támogatására alkalmazott formális eszközöket, amelyek a vállalati, illetve a szervezeti egység-szintű tervezést, mérést és értékelést, továbbá a vezetők számára történő visszacsatolást szolgálják”

ha nincs tervezési folyamat, csak kizárólag tényelemzés, akkor a tevékenységet nem értelmezhetjük kontrollingként.² Annak ellenére, hogy már egy évtizede Csidei és társai (2005) a tervezhetőséget sikertényezőnek minősítik, kevés magyar publikációk koncentrálnak a stratégiai tervezés módszertanára (Kiscsordás – Gyüre 2003, Bodnár – Papik 2013, Baráth 2002, 2010) és/vagy az operatív tervezés gyakorlati tapasztalataira (Szedleczi 2003a,b).

Az egészségügyi menedzsment lapokban szereplő, a gyakorlati használatból eredő definíciók közül több definíció,- és feladatmegfogalmazás (Papp 2003, Kis 2005) is közel áll az üzleti életből átvett meghatározásokhoz. Továbbmenve, ahogy Molnár – Nagy (1996), Kis (2005), Bodnár (2004), Bodnár – Papik (2013) is megemlíti, filozófiává válik a kontrolling: a „vezetőknek reagálni kell a lényeges terv-tény eltérésekre, és az egyeztetett célok keretein belül a vezetőknek lehetősége van az intézkedések meghozatalára”(Molnár – Nagy, 1996). Kecskés (2003) szerint „a szakmai és gazdasági önállóság megőrzése, a stratégiai tervezés időhorizontjának kitolása, a szolgáltatási struktúra tudatos alakítása, a folyamatos szervezetfejlesztés, a minőségbiztosítás és a kontrolling, mint vezetői eszközök használata, illetve a kiérlelt privatizációs stratégia és gyakorlat szerepe emelhető ki.” Ezen módszereket kibővítve Bodnár - Papik (2013) sorra tervezi venni cikksorozatukban azokat az elemzési és irányítási eszközöket, modelleket, melyek biztosítják az iránykijelölést, végrehajtást és kontrollt, azaz a siker tényezői lehetnek.

A korai és legfőképpen egyéni, tapasztalatokon alapuló definiálásokat tavaly felváltotta egy szakértők által közösen kialakított egységes kontrolling szóhasználat (Bsoft, 2015a), majd kontrolling kézikönyv készült (BSoft (2015,b). Ezen dokumentum értelmezésében a kontrolling „szervezeti funkciókat átívelő irányítási eszköz vagy eszközrendszer, amelynek feladata többek között a célmeghatározás, a tervezés, a teljesítménymérés és ellenőrzéshez, illetve a döntéshozatalhoz szükséges információellátás biztosítása, e tevékenységek összehangolása, valamint a gazdasági és gazdaságossági transzparencia megteremtése (Horváth, 1997 és ICV-IGC, 2012 alapján)”. Ez a definíció nemcsak, hogy a korábbi értelmezéseket pontosítja, hanem a közös definícióból adódóan lehetőség nyílik a kontrolling tevékenységek későbbi mélyebb kutatására.

² Flamholtz (1983) elfogadja azt a kontroll rendszert is, ami kizárólag a tervezési rendszerből áll!

I.6.3.2. Kontrolling időbeli fejlődése

Baráth (2010) úgy fogalmaz, hogy a „rendkívül gyors technikai fejlődés következtében vált a gyógyítás központi kérdésévé a gyógyítás árának, vagy általánosabban az egészségügyi ellátás finanszírozásának kérdése ... egyre mélyülő szakadék tátong az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között”. Ez okozza az egészségügyben egyre növekvő forrásigényt, és ebből eredően az eljárások finanszírozásának folyamatos felülvizsgálatának igényét. A korai kontrolling munkák egyértelműen a finanszírozási rendszer sajátosságaihoz kötik az intézményi kontrolling kialakulását, azaz a teljesítményfinanszírozás bevezetésével (1993) „a gazdasági tisztánlátás igényének megjelenését” (Molnár - Nagy 1996), és a gazdasági stabilitást (Papp 2004) várják el. A bevezetést követően ez az igény fennmaradt, mivel gyakori finanszírozási szabályok változása és a néha egymásnak is ellentmondó szakmapolitikai és tulajdonosi elvárások további kihívást jelentenek az egészségügyi szervezeteknek (Papp, 2004). Majd 2004-ben az Egészségbiztosítási Alap túlköltségének megakadályozására bevezették a teljesítmény volumen korlátot (TVK³), ami még néhány publikációra sarkallta a szakembereket, majd egy hosszú, csendes időszak következett (2007-2014). Később néhány fiatal kutató (Mattiassich 2014, Mattiassich – Bubori, 2015, Zemplényi és társai, 2014) is elkezdte tanulmányait publikálni, de a változást a "Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása" nevű TÁMOP- 6.2.5-B-13/1-2014-0001 című Európai Unió projekt hozta el. A projektet az ÁEEK⁴ az egészségügyi ellátórendszer működési hatékonyságának növelése érdekében indította útjára, melynek egyik rész célja az intézményvezetés és a fenntartónál rendelkezésre álló gazdálkodási és döntéstámogató információk rendszerességének, egységességének és minőségének fejlesztése. Ennek keretében kidolgozásra került az egységes számlatükör, az osztályos és az esetszintű kontrolling módszertan és kézikönyv, melynek implementációja során 51 intézményben sikeresen elindult az osztályos kontrolling rendszer, 12 intézményben esetszintű módszertan alapján indított költséggyűjtés eredményeként közel 2440 teljes esetet lefedő, esetszintű feldolgozott költségadatok képződtek (Nikliné, 2016). Az

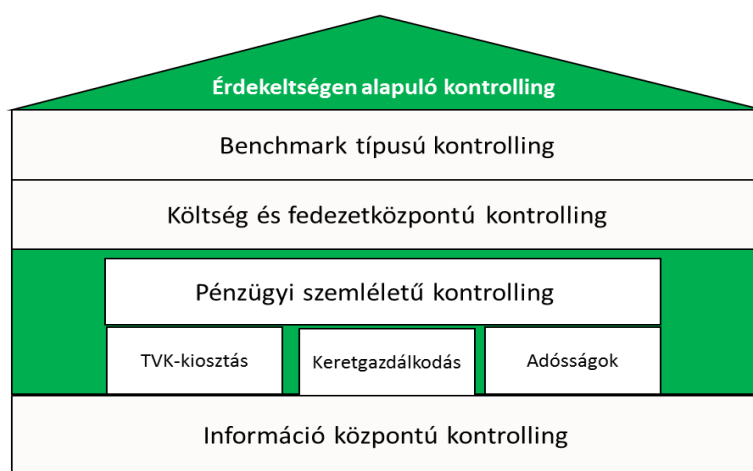
³ A járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatóként, éves szinten, havi bontásban meghatározott elszámolható teljesítmény mennyiség. A finanszírozást az OEP az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja. forrás: <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/TVK>

⁴ Állami Egészségügyi Ellátó Központ, állami tulajdonú kórházak fenntartó (középirányító) szervezete

implementációs időszakot követő országos kiterjesztés megtörtént, de ennek hatását még nem ismerjük.

I.6.3.3. Kontrolling megközelítések

A vezetők a kontrolling rendszertől azt várják, hogy a gazdasági stabilizálás növelésével a kórházak működését segítsék elő (Papp, 2004, 2003), melyet különböző szemléletben értelmeznek, attól függően, hogy a vezetők a kontrollingot pénzügyi, fedezetszámítási, információ-felhasználási, összehasonlító elemzési vagy érdekeltségi rendszer működtetésének kontextusában használják. A kontrolling ezen sokszínű szerepei egy erős kontrolling rendszerben egymásra épülnek és egymást támogatják.



4. ábra: Az egészségügyi kontrolling különböző szemléletei és azok összekapcsolódása (saját ábra)

Pénzügyi szemléletű kontrolling

A publikációk arra engednek következtetni, hogy a legtöbb vezető kontrolling tevékenysége pénzügyi szemléletet tükröz, melynek középpontjában az adósságok alakulása és az egészségbiztosítási finanszírozási bevételek maximalizálása van. Ennek okát az intézményvezetők, szakértők, egészségpolitikusok már konferenciákon és szakmai körökben régóta hangoztatják, de Székely - Bodnár (2004) nyíltan leírják: „a jelenlegi finanszírozási rendszer, jellemzően zárt kasszával működik, és csak gyenge kapcsolata van a valódi költségek felmerülésével”. Az egészségügyi rendszer

problémáira reagálva Óváry (2014) legfontosabbnak a veszteséges működés felszámolásának kulcskérdését tekinti, melyet ő is pénzügyi, finanszírozási eszközzel kezel: az elszámolási egységenként számon kérhető TVK-keretgazdálkodással. A járóbeteg szakellátás keretében kiemeli, hogy a járóbeteg-kapacitás kihasználatlanságát a szakrendelés gazdaságosabb teljesítménynövelésével orvosolni szükséges, mellyel az alulfinanszírozott központi labor fenntartásához is hozzájárul a rendszer.

Ez a pénzügyi szemlélet nagyon erős a kórházak gondolkodásában, annak ellenére, hogy publikációk sora ír a költségek és fedezetek ismeretének igényéről és a költség-, és fedezetközpontú kontrolling rendszer alkalmazásának lehetőségéről.

Költség-, és fedezetközpontú kontrolling megközelítés

A teljesítményalapú HBCS⁵ finanszírozás bevezetése óta nemcsak számos kórház, hanem az egészségbiztosító is foglalkozik a térítési díjak és a tényleges önköltségek viszonyának meghatározásával, mégis az egészségügyi intézmények jelentős része nem ismeri a költségek felmerülésének összefüggéseit (Székely – Bodnár, 2004). A szakma egyik központi kérdése, hogy a finanszírozás fedezi-e az ellátások költségeit, azaz a finanszírozásra használt átlagköltségek tükrözik-e a valós, kórházi költségeket. Zétényi – Csiba (2009) szerint a finanszírozás allokációs hatékonyságának javításához tételes adatgyűjtést kell végezni intézményi és betegszinten is. A finanszírozási súlyszámok pontosítása végett elvégzendő esetleges adatgyűjtésre (1) a korábbi OEP adatfelgyűjtési módszer tapasztalatai (adatok gyűjtések jobb előkészítése és a különböző törzsadatok egységesítése), és (2) az esetszintű kontrolling módszertan is felhasználható.

A költségszámítás fontosságát több szerző is említette, de egyedül Székely – Bodnár (2004) foglalkozik részletesebben a költség-, és fedezetszámítással. A szerzők is „csak” elméleti megközelítést alkalmaznak és gyakorlati tapasztalatokat nem osztanak meg az olvasóval. A hazai gondolkodásban a költség-, és fedezetszámítás központjába általában intézményi, és ritkábban osztályos szintű tevékenység kerül, legritkábban nemzetközi

⁵ Homogén Betegcsoport: A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használt betegosztályozási rendszer, azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. (forrás: ESKI egészségtudományi fogalomtár, <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/HBCs>)

költségszámítási módszertan (esetként költség számítás, tevékenység alapú költségszámítás, folyamatköltség számítás). Az esetszintű költségek ismeretével (1) kimutatható az egyes ellátások költsége és fedezete, (2) elemezhető a költségekben megjelenő szórás oka, (3) az erőforrások felhasználásának mélyebb ismeretével és az ellátási folyamatok átalakításával hatékonysági tartalékok aknázhatók ki (Zemplényi és társai, 2014), így a döntési folyamatok javíthatók, és lehetőséget ad nemcsak a beavatkozás-típusok vizsgálatára, hanem orvosonként is végezhetünk összehasonlításokat (Budánovics, 2007). Nem utolsó sorban a standardizált költségszámítás továbbá lehetővé teszi az intézmények adatainak összehasonlítását és az eltérések okainak feltárását is.

A költség- és fedezetelemzésnek az a célja, hogy „rávilágítson a hibás működésekre, érdemi ötleteket, javaslatokat adjon a vezetői döntésekhez, és így a megfelelő hatékonyságú működés által hozzájáruljon a pozitív fedezet eléréséhez, melyhez elszámolási és működési modellre, a költségelemek alapadatainak rögzítése (anyaggyógyszer), kontrolling rendszerre és informatikai támogatásra van szükség” (Zemplényi és társai, 2014). Csidei és társai (2005) gyakorlata alapján „a vezetők havonta visszajelzést kapnak az egyes osztályon elvégzett munkáról, annak anyagi hasznáról, a vezetői értekezleten pedig nemcsak összintézeti szinten, hanem az osztályokon külön-külön is megvizsgálják, hogy mi lehet a tervhez képest mutatkozó eltérés oka. A megoldási javaslatok az osztály szintjén keletkeznek”. Értelmezésében a menedzsment „kiszolgáló szerepet lát el”: a felmerülő igényeket összegyűjti, megvizsgálja a módosítás realitását és kidolgozza az alkalmazhatósági környezetet.

Az osztályos költség-, és fedezetszámítás módszertana jelenleg már a kontrolling kézikönyvekben (Bsoft, 2015a,b) központilag szabályozott, mely lehetőséget teremt a fenntartónak a különböző intézmények adatainak gyűjtésére, összehasonlítására, benchmark kimutatások készítésére és a sokat vitatott finanszírozási módszertan pontosítására.

Benchmarking központú kontrolling megközelítés

A klasszikus kontrolling funkció mellett Szabó (2003) vezetői technikaként említi még a benchmarkingot: intézményünkben évente legalább egyszer összehasonlítják a kapacitás ellátottsági, kihasználtsági, forgalmi, ráfordítási és finanszírozási mutatókat a

hasznos kontrolling rendszert működtető kórházak közös adatbázisával, az azonos szakmai entitások között. A benchmark adatok a szerző szerint a „gyakran hosszú ideje vitatott kérdésekre ad tényszerű választ”: társ-kórházi összehasonlítások nélkül nagyon nehéz eldönteni egy aktív osztály alacsony teljesítményéről azt, hogy valóban létszámihiány van. „Öt másik kórház hasonló osztályának teljesítmény- és létszámadatai eldöntik a kérdést” (Szabó, 2003). Ezt az összehasonlító és elemző típusú kontrolling funkciót kevés szerző említi, a vezetők kevésbé támaszkodnak ezek külső és/vagy belső adatok összevetésére. A benchmark jellemzően három információforrásból állítható elő: (1) NEAK⁶ honlapon közzétett országos adatokból, (2) külső tanácsadók által készített adatbázisból, illetve (3) nagykórházak esetén saját belső adatokból. A NEAK adatai széleskörűek, tartalmazzák ágyszámra, betegforgalomra, beavatkozásokra, havi finanszírozásra vonatkozó, leginkább aggregált adatokat. A havi finanszírozási elemzés részletesen bemutatja a teljesítményeket megyénként, szakmánként vagy akár intézménycsoportonként, így ezen adatok alapján a kórházak is vonhatnak le következtetéseket, legalább az átlaghoz viszonyítva. A tanácsadók által készített kimutatások pontosabb és részletesebb benchmark adatok alapján készülnek, de egyben az intézményeknek többletkiadással járnak.

Érdekeltségen alapuló kontrolling

Az érdekeltségi rendszer kialakítása és alkalmazása fokozza a vezetők és dolgozók hajlandóságát a kitűzött feladatok és célok elérésében. Papp (2003) szerint „az érdekeltségi rendszer bevezetésével nemcsak egy ösztönző rendszert vezet be a menedzsment, hanem az alacsony bérszínvonalon és a torz bérarányokon is javít”. Emellett a legfontosabb motiváció a tevékeny munkahelyi légkör kialakítása, melynek eleme a példamutatás, tolerancia, szakmai előremenetel segítése, emóció, visszacsatolás, értékelés, igazságosság, és célorientáltság (Krokovay – Kohán, 2004). Az intézményi célok elérésének motivációs eszköze az érdekeltségi rendszer kiépítése, melynek lényeges eleme Szabó (2003) szerint a kialakított érdekeltségi konstrukció modellezése, mivel „az egészségügyi intézmények gyorsan változó működési feltételei között egy jól konstruált érdekeltségi rendszer is likviditási gondokat okozhat”.

⁶ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, neak.gov.hu (volt OEP)

A kontrolling Molnár - Nagy (1996) számára is érdekeltségi rendszerben képeződik le, melynek célja a „fajlagos költségek betartása, a fedezetnövelés, fedezet tartása, a pénzügyi eredmény, a minimum teljesítmény elérése minden területen, a minőségi követelmények megtartása, a struktúraváltás folytatása, az optimális létszám elérése és a nem OEP bevételek ösztönzése”. Ehhez az alábbi működési folyamat szükséges: „alulról építkező tervezés, felülről kiinduló vezetői elképzelések, sarokszámok rögzítése, tervalku, tervmegállapodás, negyedéves számonkérés, negyedéves teljesítményekhez kapcsoltan szervezeti egységenként az érdekeltségi alap meghatározása, és az érdekeltségi alap szabad felhasználása”.

Nagy különbség a for-profit szektorban alkalmazott motivációs rendszer megfogalmazásához és adaptálásához képest, hogy a teljesítmények ösztönzése csak egy meghatározott határig – a teljesítményvolumen korlát erejéig – történhet, mivel efelett a csökkenő finanszírozásnak köszönhetően még az eredményes gazdálkodás is negatívba fordulhat. Óváry (2014) hangsúlyozza is, hogy „speciális finanszírozási szempontok, döntően a volumenkorlát okán, az intézet fenntarthatóságát garantáló jó teljesítménye nem a minél nagyobb, hanem a meghatározott határig vezetett kontrollált teljesítmény, amely a volumenkorlát adta lehetőséget minél jobban kihasználja, de azt nem lépi át”. Ennek eredményeként a kiegyensúlyozott gazdálkodás legfontosabb eleme az elmúlt években a „kiérlelt endofinanszírozási rendszer működtetése volt” (Kecskés 2003), melyben a főszerepet a felelősségi és elszámolási egységek kialakítása kapta. „Szakmailag jól elhatárolható, a bevételek és költségek számítása szerint pedig még kezelhető nagyságú és számú munkahelyenként” (Szabó 2003) határoznak meg felelősségi és elszámolási egységeket, illetve ezek alapján fedezeti mutatókat. A terápiás klinikákat, és a diagnosztikai intézeteket profitcentrumként értelmezték így az érintett szervezeti egységek egyaránt érdekeltek lettek a bevételeik növelésében és a működési költségeik csökkentésében is. A Debreceni Orvostudományi Egyetemen az endofinanszírozás az társadalombiztosítási finanszírozásra épül, de a központi kiadások arányos részével csökkentett bevétel képezi a klinikai bevételek alapját. Viszont az alulfinanszírozottnak bizonyuló szakmák és klinikák (például a gyermekgyógyászat, a művese-kezelések, a vese transzplantáció, illetve a nagy implantátum igényű szívsebészet, ortopédia) belső hiányt halmoztak fel, melynek kezelhető méretűre szorítása érdekében a belső finanszírozási rendszerben ezeken a területeken az átlagosnál kisebb mértékű elvonást alkalmaztak.

A fedezeti elven működő motivációs rendszer hibáját Óváry (2014) az elmaradt számonkérési rendszernek tulajdonítja és az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet példáján keresztül mutatja be. Az intézményben a kerettúllépéseket nem követte szankció, azaz „a verbális intervenció szintjén maradtak”, így megerősítette az osztályok vezetőit abban, hogy a keretek átléphetőek. „Egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy nem az elkerülés, hanem a szervezeten belüli, elkerülhetetlen konfliktusoknak megfelelő irányítás mellett, az intézet alapvető szervezeti céljai irányba terelése a helyes megoldás, még akkor is, ha ez szankcionáláson, vitákon és hosszadalmas, néhol kellemetlenkedő, személyeskedő összecsapásokon keresztül vezet” (Óváry, 2014). Ennek eredményeként a helyzetet orvosolták és a „kiugróan szabályellenes viselkedésű” osztályvezetők megbízását visszavonták.

Ezen példákból látszik – ahogy Molnár – Nagy (1996) is fogalmaz – hogy a kontrolling, mint érdekeltségi rendszer legfőbb eredményeinek a szemléletváltást, felelősségérzet fokozódását, az osztályos gazdálkodás általánossá válását, a gyors beavatkozáshoz szükséges költség- és teljesítmény adatok visszajelzését, és a minimális fajlagos költségnövekmény melletti gyógyító tevékenység teljesítmény-növekedését tekintjük.

Információ központú kontrolling

A menedzsment kontrollt alapértelmezése szerint elsődlegesen információszolgáltató eszközként alkalmazzák a szervezeti döntéshozatali célok megvalósítása számára (Strauss – Zecher 2013). Az egészségügyben dolgozó gazdasági vezetők is az információellátásra helyezik a hangsúlyt és sokszor informatikai megközelítésből (pénzügyi-, felhasználói- és folyamat nézőpont (Szedleczki, 2003a,b)) vizsgálják a területet. Az adatok feldolgozásának és elemzésének célja legfőként az eredmény- és veszteségforrások megtalálása, az erőforrás-optimalizálás lehetőségeinek feltárása, kereslet és teljesítmény kapcsolatának megismerése (Sárossy, 2002).

A vezetői döntéstámogatásban „létkérdésnek tekintjük az informálás gyorsaságát” (Szabó 2003), de ezt nehezíti az egészségügyben általánosan jellemző a lassú folyamatátvitel, papír alapú folyamatok, manuális és párhuzamos nyilvántartások, pontatlan/ellentmondó/hiányos adatok (Kiss – Stubnya, 2006). Ezen kívül az

információk különböző szinteken különböző módon támogatják a döntéshozatalt, mivel eltérő igényeket elégítenek ki: a kórház felsővezetését osztályos és/vagy összefoglalt intézeti adatok érdeklik, illetve demográfiai és epidemiológiai adatok (Polyvás 2007a, 2007b), az osztályos orvos beteghez rendelt adatokat igényel munkájához (Sárossy 2002).

Túhegyi (2004) arról számolt be, hogy a hazai egészségügyi intézményekben kialakított informatikai rendszerek egymással nehezen vagy egyáltalán nem kommunikáló, különálló alrendszerként működnek, vagyis a pénzügyi, gazdasági és orvosi rendszerek egymással nem, vagy csak igen nehézkesen tudnak kommunikálni. Az elmúlt 10 évben a rendszerek fejlesztése folyamatos volt az intézményeknél, 2015-ben a kontrolling koncepcióhoz (Bsoft, 2015a) felmérték a hazai egészségügyi ellátó intézmények számviteli és kontrolling területének informatikai támogatását. A könyvelés jellemzően a CompuTREND CT-EcoStat (önálló ügyviteli szoftver, szervesen illeszthető bármilyen szakmai rendszerhez), illetve a T-Systems (egyedi igények alapján paramétereztető, egyedi fejlesztéseket tartalmazó) MedSAPSol integrált egészségügyi gazdasági rendszerben történik. A két meghatározó kontrolling rendszer a BSoft KVIK programcsaládjának eKON rendszere, illetve CompuTREND CT-Medkontroll alkalmazása. Minkét modul alkalmas teljesítmény és gazdálkodási adatok gyűjtésére, követésére, tervezésre, terv-tény összehasonlításra, költségfelosztásra. Az eKON tetszőleges, az egészségügyben elterjedt 2-3, 5 funkciós vagy BNO/HBCS alapú betegségcsoportos kontrolling fedezetszámítási modellt tud kezelni.

Mivel a kontrolling területen megjelennek gazdasági (kiadás-költség-bevétel), (orvos)szakmai és teljesítmény adatok, az összetett adatkérések – legyen ez belső vagy külső, felsővezetői vagy fenntartói – és döntéstámogatói elemzések teljesítésére a kontrolling alkalmas. A turbulens környezet (Dózsa, 2010) kihívásainak egyik, közel 10 éve folyamatosan felmerülő kérdése a szervezetek tevékenységeinek kiszervezése, ennek is legkritikusabb pontja a döntés-előkészítés (Tanács, 2002). A hagyományos kontrolling funkció (tervezés, ellenőrzés és információellátás) helyett sokszor ad-hoc elemzési feladatok (például kiszervezés) és fenntartói adatkérések kielégítését látják el a kontrolling keretében.

I.6.4. Összegzés és kitekintés

A hazai egészségügyi kontrolling szakirodalom témáit tekintve részben lefedik az üzleti kontrolling területeit (költségszámítás, felelősségi rendszerek, stb.), bár sokkal hiányosabban és felületesebben. Ahogy Túhegyi (2004) említi, a kontrolling „mindig ott és akkor merül fel, amikor és ahol jelentősen lecsökkennek a szervezet külső erőforrásai és a menedzsment érdeklődése a szervezet belső, meglévő és rendelkezésre álló erőforrásainak racionálisabb felhasználására irányulnak”. Talán ebből is adódóan a publikációk nem épülnek egymásra, a szerzők nem táplálkoznak egymás eredményeiből, hanem sporadikus művek jelennek meg. Egyrészt nagyon kevés, és jellemzően gyakorlati tapasztalatokon alapuló kutatás jelenik meg az egészségügyi kontrolling területén, másrészt pedig nem alakulnak ki kutatási kapcsolatok (network-ok). És míg az orvostársadalom követi – legalább elméletben – a nemzetközi kutatási eredményeket, addig a menedzsment területen ez a fajta érdeklődés hiányzik, melynek oka talán a környezeti bizonytalanságban, a vezetés kompetenciájának hiányában vagy akár a stakeholderek változásában keresendő. Az egészségügyi intézmények vezetőinek kis rétege jelentet meg írásokat a szerzett tapasztalatairól, és a konferenciák előadói is ugyanebből a körből kerülnek ki, máskor pedig a publikációk a különböző szoftverek és informatikai technológiák népszerűsítésére koncentrálnak. A konferenciák résztvevői köre viszont egyre tágabb, az információszerzés és kapcsolati tőke építése inkább ezen a csatornán történik.

Hazánkban a kontrolling a teljesítményfinanszírozás (HBCS) bevezetésével került fókuszba, és továbbra is jellemzően pénzügyi, finanszírozási megközelítésben alkalmazzák, helyenként fedezetszámítási vagy benchmark elemekkel. Pedig nemzetközi publikációk sora ír az egészségügy robbanásszerű költségnövekedéséről és ebből adódóan a költségek (ezen belül költségszámítási módszertanra, alkalmazásra) minél pontosabb ismeretére, és lehetséges csökkentésére, valamint a költségkontroll igényéből fakadó reformok eredményeire és tapasztalataira. Emellett a hazai irodalom a teljesítményméréssel alig foglalkozik, és szegényes a tervezés területén is, pedig a tervezés a menedzsment-kontroll rendszerek egyik legfontosabb eleme is. A tervezésre és terv-tény összehasonlításokra nem koncentrálnak, melynek oka nem egyértelmű a szakirodalom alapján, így a kórházi vezetés információ felhasználása és döntési mechanizmusa sem. Az elmúlt évek, évtizedek jellemző turbulens környezetének

(Dózsa, 2010) köszönhetően a kórházak, egészségügyi intézmények vezetői óvatosabban és lassabban reagálnak a változásokra, pedig a szervezeti információk összerendezése, karbantartása és megfelelő felhasználása szolgálhatna a menedzsment egyik legfontosabb eszközének. Ehelyett az egyre fokozódó bizonytalanság ellentétes reakciót vált ki és „újra és újra a teljesítmény növelés irányában keresik a kiutat”(Zétényi 2006). A publikációkból sajnos kevésbé ismerhető meg az információk és a döntéshozatal közötti kapcsolat, pedig a kontrollernek (Dencsi - Varró, 2008) „vizsgálnia kell a vezetés által meghatározott cél megvalósulását, fel kell tárnia azokat a szűk keresztmetszeteket, melyek akadályozhatják a cél megvalósulását”. Ennek előfeltétele, hogy a kórházvezetésnek (és a szektornak) jól meghatározott stratégiája, közép és rövidtávra lebontott tervei legyenek, melyeket lehetőséget adnak a kontrollereknek, hogy ellássák a klasszikus kontrolleri munkájukat.

Az egészségügyi intézmények kontrolling gondolkodása az elmúlt két évtizedben jelentősen átalakult. A teljesítmény-finanszírozás bevezetését követően időszakosan „népszerű” terület: egészen a TVK bevezetéséig a szakmai közbeszéd tárgya volt a kontrolling. A TVK-mentes teljesítményfinanszírozás időszakában az érdekeltségen, fedezetszámításon, benchmarkon és megfelelő információ-előállításán alapuló gondolkodás megjelent és 5-7 évig jellemző is volt az intézmények életében. A TVK bevezetése és a kormányzati megszorító intézkedések ezt a kontrollon alapuló vezetést visszafogta, sokhelyütt devalválta és paradox helyzetet idézett elő: annak ellenére, hogy az egészségügyben szűkülnek a források, az eredményes (vagy jelen helyzetben inkább mondhatni kevésbé veszteséges) gazdálkodás egyik támogató eszköze a kontrolling lehet. A pénzügyi és finanszírozási szemlélet erősödése hibás feltételezéseket tartalmaz: tévesen gondoljuk, hogy a keretgazdálkodás és az elszámolási egységek költségeinek korlátozása javítja az intézmény/szervezeti egység eredményét, főleg egy bizonytalan és turbulens környezetben. Ezzel szemben a fedezetszámítás, intézeti összehasonlítások felfedhetik az esetleges tartalékokat és a szervezeti szereplők érdekeltségi rendszerének felépítése támogatón hat a szervezeti célok elérésére.

Az egészségügyben lévő folyamatos centralizációs törekvések és mélyebb ismeretek megszerzése érdekében az intézményfenntartó egységesítési lépéseket tett a kontrolling területén is: kontrolling módszertani kézikönyvet, és közös számlatükört, határidős adatszolgáltatásokat írt elő az intézményeknek. A rendszerszintű döntéstámogatás megszervezése a kontrollinggal nem rendelkező intézményeket és vezetőket is

elgondolkodtatja. A projekt felrázta a gazdasági és orvos-szakmai közönséget és újra középpontba kerülhetnek a menedzsmenttudományok.

Ahogy az egészségügyben mondani szokták „hatékony terápiára csak jó diagnózis felállítása után van lehetőség”: feltártam a „tüneteket” és a „házilag alkalmazott gyógymódokat”, melyek kijelölhetik az egészségügyi intézmények további kutatási irányait. A szakirodalom ismeretében további kutatásokat igényel ezen jelenségek „miértjeinek” mély feltárása, melyhez alapvetően kvalitatív módszertan kidolgozása szükséges. A devalválódó kontrolling paradoxának okait mélyinterjúval feltárhatjuk és ezek ismeretében gyógyítható az egészségügyi kontrolling betegsége.

II. HAZAI EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK KONTROLLING-RENDSZERE

A disszertáció ezen fejezete a Statisztikai Szemle, 93. évfolyam 8–9. számában jelent meg, tartalmilag és formailag is teljesen megegyezik a publikációval.

A tanulmány a strukturális modellezés segítségével mutatja be a hazai kórházak kontrolling-rendszerének tényezőit és azok kapcsolatát. A felmérés csaknem valamennyi hazai kórház önbevalláson alapuló kontrolling adatait tartalmazza, melynek középpontjában a kontrolling-tevékenységek elvégzésének gyakorisága áll, mint a vezetői döntéstámogatásnak, információ-szolgáltatásnak a sűrűsége. Az eredmények bizonyítják, hogy a kórházak kontrollfolyamata alapvetően megegyezik a szakirodalmi definiálással, de az elemek változó erősségűek, így értelmezésbeli és használatbeli különbségek tárhatók fel.

TÁRGYSZÓ: Útelemzés. Kontrolling. Egészségügy.

A modell megalkotásához *Füstös László*tól kaptam nélkülözhetetlen szakmai segítséget és rendkívül értékes tanácsokat, melyeket ezúton is hálásan köszönök. A kérdőívek felhasználását az Állami Egészségügyi Ellátó Központ TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 projektje tette lehetővé. Továbbá köszönetet mondok *Bodnár Viktóriának*, a Budapesti Corvinus Egyetem docensének segítő tanácsaiért és támogatásáért.

II.1. Bevezetés

A nemzetközi és hazai egészségügyi menedzsmentkontroll- (kontrolling-) kutatás jellemzően kvalitatív módszerekkel igazolja a témában felállított hipotéziseit, kvantitatív elemzések kis számban (leginkább az esettanulmányok interjúit kiegészítő kérdőíves felmérés keretében) jelentek meg. A cikkben alkalmazott útelemzés módszerét az egészségügyi menedzsment nemzetközi szakirodalmában Naranjo-Gil és Hartmann [2006] használta a kórházak vezetői számviteli rendszerének felmérésére. Elemzésükben azt figyelték meg, hogyan használja az egészségügyi intézmény felső vezetése a vezetői számviteli rendszereket a stratégia végrehajtásában, és milyen alkalmazási különbséget jelent a vezetésben levő orvos-szakmai vagy menedzsment dominancia.

Emellett az orvosi kutatásokban – legfőként az egészségmagatartás, pszichológia területén – már viszonylag gyakran használatos módszer az útelemzés, néhány példát említve a módszertan felhasznált témáihoz: Ellison [2008] a koraszülött feltételek és a fejlődési eredmények közötti kapcsolatot vizsgálta a kis súllyal született csecsemők körében, Dyches–Rushing [1993] a nők egészségi állapotát elemezték a globális politikai gazdaság kontextusában. A hazai egészségügyi kutatók közül Csorba [2001] doktori disszertációjában használta a módszert, mellyel a serdülőkorú leányok öngyilkos magatartás, családi és személyiségi háttértényezőit tanulmányozta, illetve Mészáros [2013] a munkahelyi stresszel való megküzdést vizsgálta az egészségügyi szakdolgozók körében.

Jelen tanulmány egy strukturális modellezési technikát, az LVPLS-modellt⁷ alkalmazza az egészségügyi intézmények kontrolling-rendszer tényezőinek egységes struktúrába rendezéséhez. A modell a menedzsmentkontroll-szakirodalom definíciójából indul ki, és a kórházak által kitöltött kérdőívek segítségével vázolja a kapcsolatot a kontroll elemei között.

⁷ LVPLS (latent variables path analysis with partial least squares estimation): látens változók útelemzése a legkisebb négyzetek módszerével.

Az útelemzés során a kontrollfolyamat egyes alapelemeit használok fel: a tervezést (operatív kerettervezést), és a terv-tény eltérés összehasonlítását, elemzését, melyeket a környezet és a szervezet belső adottságaiba ágyazva helyezek el. A tervezés és ellenőrzés (terv-tény összehasonlítás) együttthatói közötti összefüggések rendszerét ennek a folyamatnak mentén vizsgálom és elemzem.

Az egészségügyi intézmények gyógyító tevékenységet végeznek, melyet a heterogenitás magas fokával lehet jellemezni: a kórházak több szakmájából, ellátási formájából és betegcsoportok különbözőségéből adódóan széles skálán nyújtanak egészségügyi szolgáltatásokat, melyek alapvetően nem tekinthetők profitszerző tevékenységnek. Ettől függetlenül az üzleti szférában meglévő célmeghatározás (célok és stratégiák kialakítása) és hatékonyság szem előtt tartása az egészségügyben is követendő elvárás, így párhuzam vonható a két szféra kontrolltevékenysége között. Az intézmények küldetéséhez kapcsolódó feladatok ellátásában viszont a különböző intézmények és az intézményen belüli vezetői szinteken az orvos-szakmai vezetők és menedzserek különbözőképpen viszonyulnak az alap- és gazdasági folyamatokhoz, melyből adódóan a kontrollfolyamat elemeinek súlya mind intézményenként, mind pedig szervezeti/vezetői szintenként változik.

Kutatásom során arra keresem a választ, hogy a hazai kórházak vezetői döntéseiben megjelennek-e a szervezet által gyűjtött adatok és elemzések, a kórházi tevékenységeket és teljesítményeket milyen gyakran tervezik és monitorozzák, illetve ennek a tevékenységek milyen kapcsolatban állnak egymással. Megvizsgálom, hogy az egészségügyi intézmények kontrollfolyamatának elemei az 1. ábrának megfelelő rendezettségűek-e és az egyes elemek milyen súllyal részei a folyamatoknak.

Az egészségügy folyamatos forráskivonásának következtében az intézményeknek reagálniuk szükséges a külső környezet hatásaira, és ez feltételezhetően a kontrollfolyamatokban is megjelenik. Így érdekes lehet, hogy ebből adódóan az intézmények nagyobb hangsúlyt fektetnek-e a tervezésre, illetve milyen szinten (intézményi vagy szervezeti egység szintjén) jellemzők ezek a tevékenységek.

II.3. A magyar egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere

Az ÁEEK a „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” nevű TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 projekt keretében egységes osztályos kontrolling-módszertan kialakítását vállalta. Ennek első lépéseként az ÁEEK fenntartása alatt levő egészségügyi intézmények jelenlegi kontrolling gyakorlatát mérték fel két kérdőív segítségével, önbevallásos módszerrel.

II.3.1. A kérdőíves felmérés bemutatása

A kérdőívek közül az „A” kérdőív adatait használtam fel, mivel ennek célja a kontrolling alapjellemzőinek megismerése, valamint az intézményében megvalósuló gazdálkodásirányítási és kontrolling-tevékenységek azonosítása és felmérése.

A kérdőív az ÁEEK fenntartásában levő összes intézmény részére kiküldésre került, a beérkezett és feldolgozott intézményi válaszok száma kiemelten magas: a kérdőív adatbázisába 90 intézmény adatszolgáltatása került be. A minta nagysága lefedi a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók populációját; az egyetemi klinikák, a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ és a kisebb egyházi, alapítványi ellátók kivételével.

A kérdőíves feldolgozás eredménye – az adatok tisztítását követően 85 elemű minta – statisztikailag elemezhető, és a jelenlegi kontrolling-gyakorlat vonatkozásában modellezhető.

Az adatszolgáltatás a 2013. év kontrolling-gyakorlatát tükrözi, mivel egyrészt a kérdőíves felmérés 2014. év közepén készült, másrészt pedig az államháztartási számvitel változásai a következő évtől nagy kihívást jelentett az intézmények gazdasági dolgozóinak.

II.3.2. A kérdőív korlátai

A kérdőívet alapvetően gazdasági, finanszírozási és kontrolling-szakemberek készítették, statisztikusok nem vettek részt a kérdőívfejlesztésben. Ebből adódóan a későbbi statisztikai elemzésre vonatkozóan azt a korlátot kell megemlítenem, hogy a kérdőív nem tartalmaz ellenőrző kérdéseket, melyekkel a valóságtartalmat tudnánk más logikai egységben ellenőrizni.

Ezzel együtt, semmiképpen sem szabad megfeledkezni a kérdőív jelentőségéről: elsőként mérte fel a hazai kórházak kontrolling-gyakorlatát, megteremtette az országos szektoriális felmérés lehetőségét, amely így is kiválóan alkalmas kórházi kontrolling-rendszer helyzetfeltárására és problémadefiniálására.

II.3.3. A minta főbb paraméterei, változók és jellemzésük

A beérkezett kérdőívek feldolgozása után az intézmények tipizálására két változó szolgált, az intézmény betöltött szerepe és a térség megjelölése. A betöltött szerep korábbi csoportosítását (városi, megyei kórház) a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja felülvizsgálta és egy korszerűbb, az ellátás-szervezési és szakmai elveknek megfelelő csoportosítást hozott létre, mely végül nem vált jogszabállyá. Ettől függetlenül a kórházak funkciói szerinti csoportosítására ezen kategorizálásból – az alacsony elemszámú csoportokat összevonva – összesen hat csoport lett kialakítva (közösségi egészségközpont, közösségi kórház, országos intézet, szakkórház, térségi központ és társközpont, több profilú közösségi kórház). A teljes kérdőíves adatbázisból két járóbeteg-szakellátást végző és egy gondozó intézményt kivettem, mivel szerepe jelentősen eltért a többi intézményétől, ennek eredményeként az adatbázis már kizárólag a kórházakat tartalmazta. Az intézmények szakmai mutatói (ágyszám, finanszírozott esetszám, ellátási napok száma) is beazonosításra kerültek, de a kórház betöltött orvos-szakmai szerepe jobban tükrözte a szakmai tevékenységének palettáját (a betegösszetételét, kiemelt szerepét) mint az ágyszámmal, esetszámmal meghatározható méret különböző változói. Az 3. táblázat a kórházi minta összetételét mutatja be.

3. táblázat: A minta összetétele a kórházak betöltött szerepe és térségük szerint

Megnevezés	Válaszadók (db)	Megoszlás (%)
A kórház betöltött szerepe		
Közösségi egészségközpont	17	20,0
Közösségi kórház	16	18,8
Országos intézet	9	10,6
Szakkórház	8	9,4
Térségi központ és társközpont	12	14,1
Több profilú közösségi kórház	23	27,1
<i>Összesen</i>	85	100,0
Térség		
Nyugat-Dunántúl	18	21,2
Dél-Dunántúl	9	10,6
Nyugat- Közép-Magyarország	13	15,3
Dél- Közép-Magyarország	11	12,9
Észak- Közép-Magyarország	15	17,6
Észak-Magyarország	7	8,2
Észak-Alföld	3	3,5
Dél-Alföld	9	10,6
<i>Összesen</i>	85	100,0

A kórházak számára elkészített kérdőív számos kategóriára lett bontva és mindegyik részletesen rákérdezett a kontrolling különböző feladataira. A kérdőívből kiemelhető a környezeti, tervezési, elemzési kategóriákba sorolható kérdések, amelyek feldolgozásra és kódolásra kerültek az IBM SPSS-programjának segítségével.

Az így kapott változók között mindössze 3 nominális változó volt, mely mind a kontrolling-környezetet leíró változó. Ezek a változók arra kérdeznék rá, hogy van-e az intézményben kontrollinggal foglalkozó szervezeti egység és/vagy munkaköri pozíció, készítenek-e üzemgazdasági eredményszámítást és a társadalombiztosítási finanszírozást az intézmény megbontja-e szakmakódok (OEP⁹-kódra kalkulált eredmény) szerint. Ezen változók értéke 0 és 1 (azaz nem/igen).

A többi változó mérhető, a kontrolling-tevékenység gyakoriságát tükrözi: azt mutatja meg a nyolcelemű skálán, hogy a vezető számára milyen időszaki gyakoriságra vonatkozó információtartalmat képvisel:

⁹ OEP: Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

- 0 – nincs, nem készítenek,
- 1 – ad-hoc jellegű,
- 2 – évenkénti,
- 3 – féléves,
- 4 – negyedéves,
- 5 – havi rendszerességű,
- 6 – heti gyakoriságú,
- 7 – napi gyakoriságú.

A változókat és a címkéket (labeleket) a VIII. 4. Függelék tartalmazza.

A vezetői információs igények változékonyságától és a vezetői döntéshozatal támogatásától függően a változók megoszlása eltérő, de a legtöbb változó gyakorisága nem tekinthető normál eloszlásúnak, melyet a 2. és 3. táblázat is jól reprezentál. A jelentős mennyiségű változóról összességében elmondható, hogy a tipikus értéke a „nincs” vagy „havi rendszerességű” tevékenység, ami elég szélsőséges határt jelöl ki.

A kontrolling-környezet. Az elemzésbe bevont kórházak 72 százaléka rendelkezik kontrolling szervezeti egységgel, és összesen 97,6 százalékában van valamilyen kontrolling-funkció. Az intézmények készítenek üzemgazdasági eredményszámítást (a pénzforgalmi szemléletű költségvetési jelentések mellett), de az intézményi eredményeket nem bontják meg az orvos-szakmák között, nem azonosítják be, hogy mely szakmához tartoznak a bevételek. A kontrolling-rendszer szükséges adatkörével definiálható környezeti változóknál leginkább a havi adatgyűjtés és nyilvántartás jellemző és tipikusnak is tekinthető, amellet, hogy a minta itt már nem egységes: a magas szórás miatt a negyedéves és napi gyakoriságú nyilvántartás is jelentős lehet. Például a költségek gyűjtésénél összesen 6 intézményben egyáltalán nem tartják nyilván a költségeket, 6-ban félévente, 10 és 11 intézményben hetente, illetve negyedévente, és az átlagot adó havi nyilvántartást 53 intézmény vezeti. A keretgazdálkodásra is hasonló megállapítások tehetők (minimálisan magasabb szórással), ami érthető is, mivel ezek szorosan összefüggnek.

4. táblázat: A kontrolling-tevékenységek jellege és gyakorisága a környezeti változók esetében

Változó	Maximum	Tipikus érték	Átlag	Szórás	Medián	Faktorsúly a modellben
Van-e az intézményben kontrollinggal foglalkozó szervezeti egység és/vagy munkaköri pozíció? I/N	1	1	0,72	0,453	1	0,66
Készítenek-e üzemgazdasági eredményszámítást? I/N	1	1	0,75	0,434	1	0,78
OEP-kódra kalkulált eredményt megbontják-e szakmakódok szerint? I/N	1	0	0,12	0,324	0	0,20
Milyen gyakoriságú az üzemgazdasági szemléletű eredményszámítás (szervezeti egységekre vagy azokon belül tevékenységekre)	5	0	2,85	2,056	4	0,78
a szervezeti egység tényteljesítményének gyűjtése és nyilvántartása	7	5	5,14	1,241	5	0,45
a szervezeti egység ténybevételeinek gyűjtése és nyilvántartása	7	5	4,66	1,417	5	0,58
a szervezeti egység költségeinek gyűjtése és nyilvántartása (költséghelyi nyilvántartás)	7	5	4,74	1,456	5	0,49
a keretgazdálkodás intézményi szinten (beszerzői/kötelezettségvállalói keret)	7	5	4,44	1,792	5	0,69
a keretgazdálkodás osztályos szinten (felhasználói keret)	7	5	4,57	1,823	5	0,63

Megjegyzés: 4.- 6. táblázatokban a nyolcelemű gyakorisági skála: 0 – nincs, nem készítenek, 1 – ad hoc jellegű, 2 – évenkénti, 3 – féléves, 4 – negyedéves, 5 – havi rendszerességgű, 6 – heti gyakoriságú, 7 – napi gyakoriságú.

II.3.4. Tervezés és elemzés

A tervezési és elemzési (terv-tény összehasonlítás) mutatóknál az átlagos érték az éves, féléves gyakoriságú tevékenységek körül mozog, de mivel a jellemző szórásérték sokszor meghaladja a kettőt, így az átlagos féléves vagy éves gyakoriságú tervezés/elemzést sok esetben a „nem tervezés/elemzés” felé tolja el, melyet a módszer mutatója is alátámaszt.

A két blokk változói közül mégis a tervezési mutatók a leginkább változékonnyak. Például a tervezési változókra jellemző, hogy a móduztól sokszor távol esik az átlag és a magas szórás sem ritka. A tervezésről összességében a maximális érték jó leírást ad,

vagyis látható, hogy a legtöbb tervezési mutatónál a gyakoriság a havit nem haladja meg.¹⁰

Általános következtetés nehezen vonható le az adatokból, egyedül az intézményi naturáliák, bevételek és költségek tervezése mondható tipikusan havi tervezésűnek. Az intézményi teljesítmény-tervezés (tipikus értékhez és mediánhoz közeli átlag és a többi mutatóhoz képes alacsonyabb szórás) adataiból 43 intézmény esik a (havi) átlagba, 23 intézmény éves tervezést használ, további 12 intézmény egyáltalán nem tervez (többi kategóriába minimális esetszám van). A szervezeti szintű költségek, eredmény és fedezet tervezése olyan nagyszámú intézménynél marad el, hogy még az adatok középértéke is a „nem tervezés”. Az adatok alapján az átlagos tervezési gyakorlat az évenkénti, esetleg félévenkénti tervezés.

¹⁰ Emellett fontos megjegyezni, hogy a havi tervezésnél a teljes évi terv 12-vel való osztását szakmailag nem tekinthetjük havi tervezésnek, mivel nem veszi figyelembe például a szezonalitást. A havi tervezés sajnos nem lett definiálva.

5. táblázat: A kiválasztott kontrolling-tevékenységek jellege és gyakorisága a tervezési és elemzési változók esetében

Változó	Maximum	Tipikus érték	Átlag	Szórás	Medián	Faktorsúly a modellben
Tervezési változó						
Intézményi teljesítmények (naturáliák) tervezése	7	5	3,65	1,831	5	0,65
Szervezeti egység szintű teljesítmények (naturáliák) tervezése	7	5	3,23	2,289	5	0,74
Intézményi bevételek tervezése	5	5	3,47	1,663	4	0,52
Szervezeti egység szintű bevételek tervezése	6	0	2,07	2,243	2	0,57
Intézményi költségek tervezése	6	5	3,23	1,723	3	0,61
Szervezeti egység szintű költségek tervezése	7	0	1,92	2,218	0	0,78
Intézményi üzemgazdasági eredmény tervezése	5	0	2,37	2,015	2	0,73
Szervezeti egység szintű fedezet tervezése	5	0	0,99	1,803	0	0,67
Szervezeti egység szintű eredmény tervezése	5	0	0,96	1,752	0	0,55
Intézmény szintű évközi várható eredmény kalkulációja (prognózis)	5	0	2,12	2,083	1,5	0,42
Szakmai esetösszetétel (nagyértékű beavatkozások elkülönített) tervezése	5	0	0,72	1,567	0	0,32
Elemzési változó						
Intézményi teljesítmények terv-tény összehasonlítása, elemzése	7	5	4,14	1,920	5	0,56
Szervezeti egység szintű teljesítmények terv-tény összehasonlítása, elemzése	7	5	3,39	2,425	5	0,69
Intézményi bevételek terv-tény összehasonlítása, elemzése	6	5	3,84	1,788	5	0,55
Szervezeti egység szintű bevételek terv-tény összehasonlítása, elemzése	6	0	2,08	2,33	0	0,73
Intézményi költségek terv-tény összehasonlítása, elemzése	6	5	3,30	1,903	4	0,66
Szervezeti egység szintű költségek terv-tény összehasonlítása, elemzése	5	0	1,78	2,203	0	0,88
Intézményi eredmény terv-tény összehasonlítása, elemzése	5	5	2,94	2,032	4	0,63
Szervezeti egység szintű fedezet és/vagy eredmény terv-tény összehasonlítása, elemzése	5	0	1,49	2,008	0	0,80
Szakmai esetösszetétel (nagy értékű beavatkozások elkülönített) elemzése	5	0	0,69	1,414	0	0,48

Az elemzési mutatók tipikus értékei már kiegyensúlyozottabbak – legalábbis elmondható, hogy az intézményi adatok elemzése tipikusan havonta történik, a szervezeti egységek adatainak elemzését pedig a tervezéshez hasonlóan nem végzik az intézmények. Az intézmények átlagos tevékenysége és szórása viszont itt is nagyon eltérő, ezért a tervezés és elemzés különböző – teljesítmény, bevétel, költség, eredmény és esetösszetétel szerint – „párosítható” változóit összehasonlítottam. (Lásd a 6. táblázatot.)

II.3.5. A mutatók intézményi és szervezeti egység szintű megbontása, valamint összehasonlítása

A kontrolling használatát, az arra épített vezetői döntéshozatalt ugyanakkor nemcsak a gyakoriság, hanem a tervezés és elemzés mélysége is minősíti. E tekintetben a kérdőív külön vizsgálta a kontrolling-tevékenység szervezeti szintjét (intézményi, szervezeti egység). A tervezés és elemzés leírásához használt mutatók intézeti és szervezeti egység szinten megjelenő mérési területeket kezel, vagyis például nemcsak az intézeti teljes bevételi tervezések gyakoriságára kérdez rá, hanem mindezt megteszi a szervezeti egységek (különböző szakmák, orvos-szakmai egységek stb.) tervezésére is.

6. táblázat: A tervezés és elemzés gyakorisági mutatóinak átlaga és szórása

Megnevezés	A tervezés átlaga	A tervezés szórása	Az elemzés átlaga	Az elemzés szórása
Teljesítmény				
Intézményi	3,65	1,831	4,14	1,920
Szervezeti egység	3,23	2,289	3,39	2,425
Bevétel				
Intézményi	3,47	1,663	3,84	1,788
Szervezeti egység	2,07	2,243	2,08	2,330
Költség				
Intézményi	3,23	1,723	3,30	1,903
Szervezeti egység	1,92	2,218	1,78	2,203
Eredmény				
Intézményi	2,37	2,015	2,94	2,032
Szervezeti egység	0,96	1,752	1,49	2,008
Szakmai esetösszetétel	0,72	1,567	0,69	1,414

Az évenkénti és félévekre bontott tervezés dominál: a szervezeti szintű tervezési mutatóknál inkább az éves gyakoriság jellemző, a szórás pedig minden esetben magasabb, mint az intézményi szintű mutatóknál. Az elemzéshez használt mutatók átlaga magasabb, mint a tervezési mutatók átlaga, ami az elemzés fontosságát tükrözheti. Feltételezhető, hogy a vezetői döntéseket megelőzi valamifajta adatszolgáltatás, illetve a tárgyévi információk megalapozzák a következő időszak tervezését. A tervezési és elemzési eltérő gyakoriságok magyarázhatók azzal, hogy a

tervezést sűrűbb gyakorisággal ellenőrzik, elemzik az intézmények. Például a TVK¹¹ kihasználtságának ellenőrzésére a havi tervezett adatot többször viszonyíthatjuk a tényadathoz (például hónap vége felé egyre gyakrabban) és az intézménynek/szervezeti egységnek TVK-túllépés esetén lehetősége van az elektív betegellátás tervének felülvizsgálatára, átütemezésére, alulteljesítés esetén pedig a betegforgalom növelésére, vagy a keretek intézményen belüli átadására.

A szakmai esetösszetétel mutatója¹² a finanszírozási rendszer szerint elszámolható ellátott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemzi. Ahogy a 6. táblázat is mutatja, jellemzően sem a tervezésnél, sem pedig az elemzésnél nem veszik figyelembe az intézmények, ami azzal magyarázható, hogy elég lassan (több éves távlatban) változik a mutató egy intézményen belül, így a mutató egyszeri ismerete elégséges lehet a döntések támogatásánál.

Az általános elemzés mellett a mutatókat érdemes külön-külön is vizsgálni, mivel vannak olyan tevékenységek, melyeket nem biztos, hogy naponta vagy hetente, sőt esetleg havonta kell vizsgálni, azaz a „jó gyakorlat” egyáltalán nem ugyanazt a gyakoriságot jelenti minden leírt dimenzió esetén. Például az OEP finanszírozása havi elszámolás alapján történik, melyhez a kórház havonta készít jelentés, és a finanszírozó a tárgyhót követően teljesíti az ellenőrzött jelentés adatait. Az egyes szervezeti egységek eredményét vagy fedezetét pontosan havonta tudják megállapítani, ennél gyakoribb kimutatásnak nem feltétlenül lesz pontos információtartalma például egy hosszú kórházi bennfekvéssel járó ápolást végző osztály esetében.

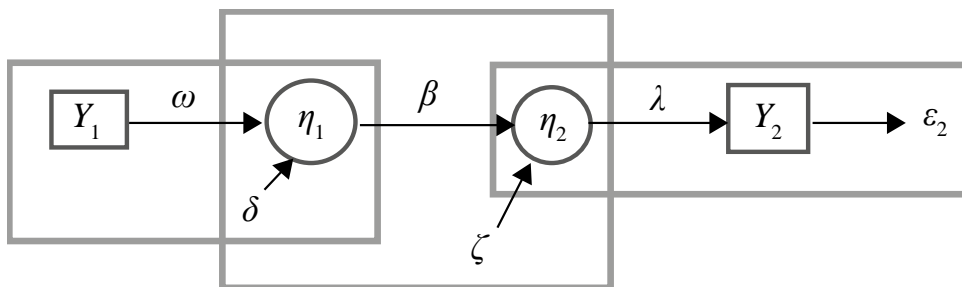
¹¹ TVK: teljesítményvolumen-korlát. A TVK a járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatóként, éves szinten, havi bontásban meghatározott elszámolható teljesítmény mennyisége. A finanszírozást az OEP az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja. *Forrás:* fogalomtar.eski.hu/index.php/TVK

¹² A szakmai esetösszetétel mutató megfelelője a nemzetközi szakmai irodalomban a case-mix index (CMI).

II.4. Az alkalmazott módszertan bemutatása

Az útelemzés módszere *Wright* nevéhez fűződik, aki a módszertant a regressziós modell egymás utáni ismétlésével fejlesztette ki. Az útelemzés során a függő (látens) változót nem tudjuk mérni, így azt a manifeszt változókkal magyarázzuk. A függő változókat endogén változóknak, a független változókat pedig exogén változóknak tekintjük, aminek az utak irányának meghatározásában van szerepe. A változók rendezettségében általában ok-okozati kapcsolat tételezhető fel.

6. ábra: Strukturális egyenletek módszerének sematikus ábrája [Füstös 2009]



A strukturális egyenletek módszerének ábrája, ahol

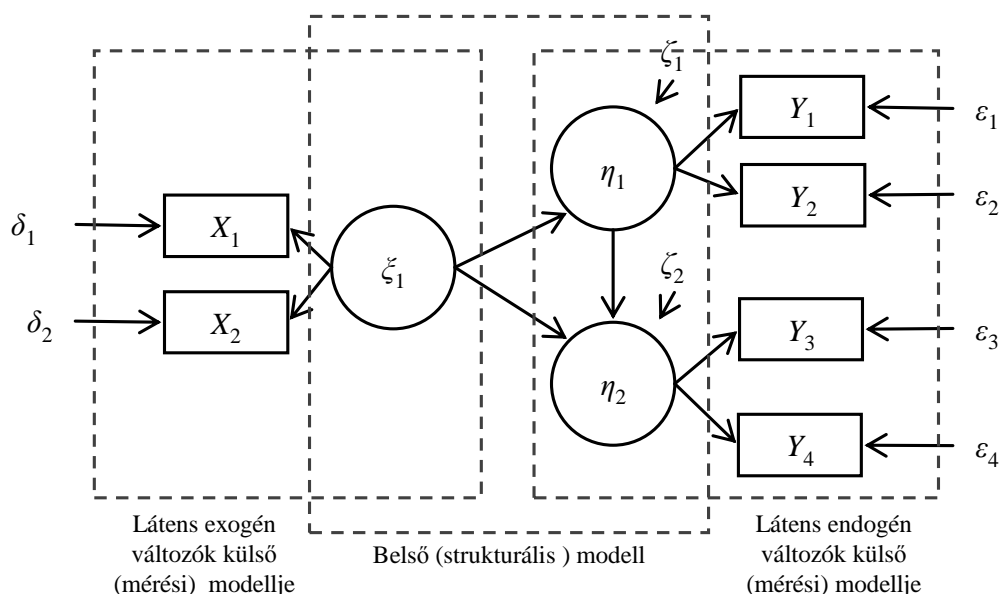
- Y_1, Y_2 – a megfigyelt, manifeszt változók halmaza,
- η_1, η_2 – a nem megfigyelt, latens változók halmaza,
- β – útegyüttható(k),
- λ – az endogén manifeszt változók faktorsúlya(i),
- ω – az exogén manifeszt változók regressziós súlya(i),
- ζ – a latens endogén változó sztochasztikus reziduális tagja(i),
- δ : az exogén latens változó reziduális tagja(i),
- ε : az endogén manifeszt változó mérési hibája(i) *Füstös*, [2009].

Mivel a kutatás bemutatott változói nem tekinthetők normális eloszlásúak, és a minta elemszáma sem éri el a 100-at, így a parciális kapcsolatokat a PLS-SEM-mel¹³ mutatom be. Ennek módszerét *Kazár* [2014] publikációjában lépésről lépésre vázolja:

- latens változók a manifeszt változók lineáris kombinációjaként hozható létre,
- a belső modellre útegyüttható becslése történik,
- latens változók becslése súlyegyütthatókkal,
- külső modellben az útegyütthatók becslése történik.

¹³ PLS-SEM (partial least squares structural equation modelling): a legkisebb négyzetek módszerét alkalmazó strukturális egyenletek modellezése.

7. ábra: Strukturális egyenletek módszerének sematikus ábrája [Kazár 2014]



A mérési (külső) modell a mért és látens változók (X , illetve Y és az ξ , illetve η) összefüggését, a strukturális (belső) modell pedig a látens változók kapcsolatát mutatja meg, ezt a látens változók út-modell sémájába is ábrázolja (Kazár [2014]).

II.5. A modell eredményeinek értelmezése

A kontrolling tervezési és elemzési *környezet* kiépítését kilenc változóval vizsgáltam, melyek a kontrolling-rendszer használatát tükrözik. A kérdőív főként a szervezet egészének és szervezeti egységeinek adatgyűjtésére és nyilvántartására kérdezett rá, de gazdálkodási tényezőket (keretgazdálkodás, eredményszámítási módszertan) is tartalmazott. A *tervezés- és elemzésblokk* alapvetően a teljesítmények, bevételek, költségek és eredmények tervezését és elemzését vonta be a modellbe a teljes intézményi és a részletes szervezeti egységek vonatkozásában.

A teljes LVPLS-modellt a 6. ábra mutatja be, a modell megállapításait a mérési modell és a strukturális modell vonatkozásában külön is megbontottam¹⁴.

A mérési modell megállapításai:

¹⁴ A modell jó illeszkedését a redundancia-koefficiens mutatja, mely a modellben 0,1632 értékű.

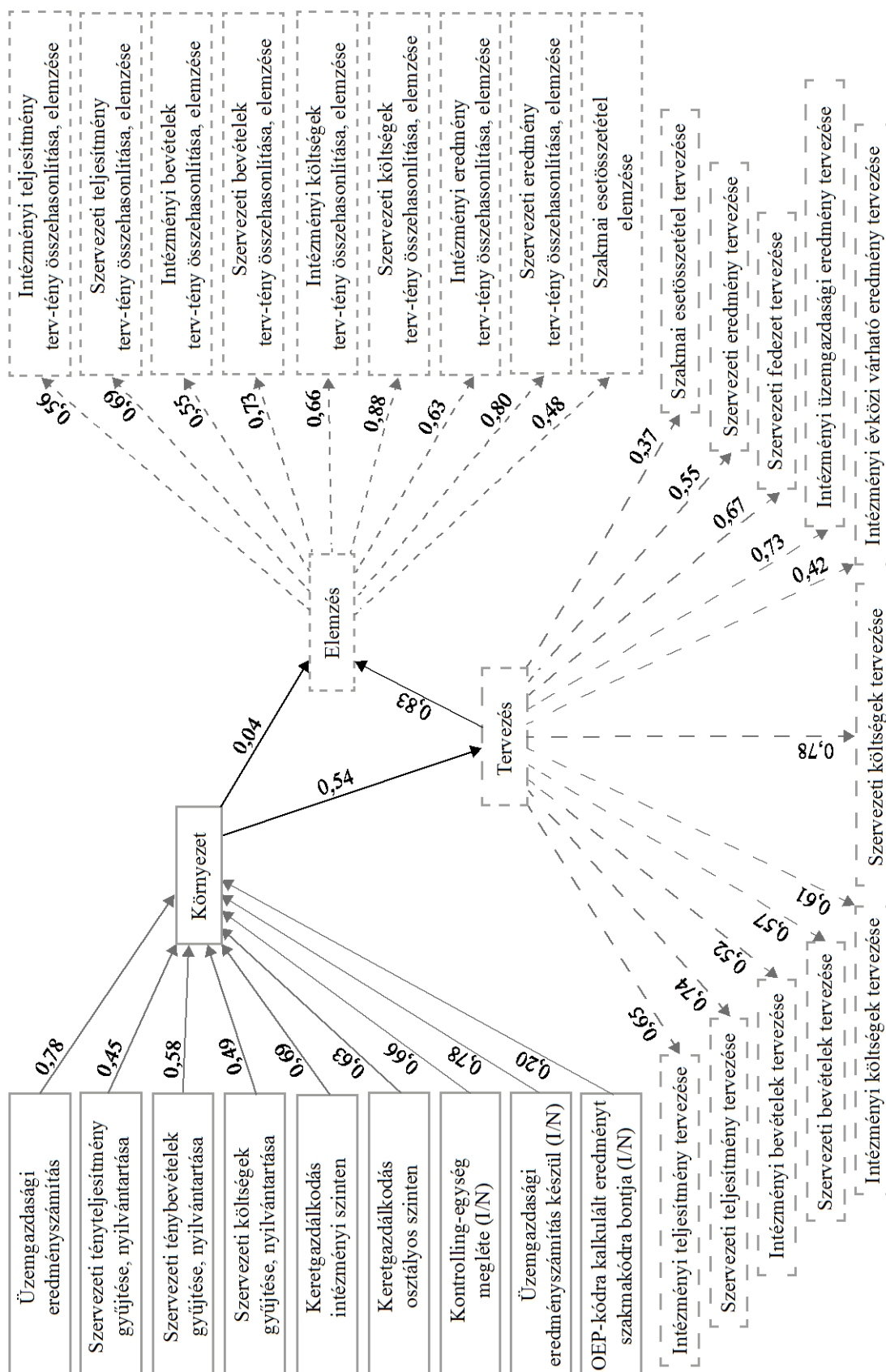
- A környezetet befolyásoló faktorsúlyok közül az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól származó bevétel orvos-szakmákhoz rendelése került be legkisebb súllyal a modellbe, amely megmutatta, hogy a szakmák költségviselői értelmezése nem jellemző, a kórházak erre nem fordítanak figyelmet. Ennek hátterében a nem kellő mélységű költséggyűjtés áll, amit a jelentős adminisztrációs teher miatt nem vállal a kórház személyzete.
- Látható, hogy a többi változó erősségéhez képes még gyengébbnek mondhatjuk a szervezeti egységek teljesítményének, bevételének és költségeinek gyűjtését és nyilvántartását, ami pedig alapvető fontosságú a szervezeti szintű tervezéshez, majd pedig az elemzéshez. Amennyiben fenntartjuk és továbbra is helyesnek tartjuk a szervezeti célok részbeni összekötését és leképezését a környezeti változókkal, akkor nemcsak operatív, hanem stratégiai hiányosságokat is vélhetünk a kórházaknál.
- A tervezési és elemzési faktorsúlyokat páronként megvizsgálva elmondható, hogy a két blokkon belül a teljesítmények tervezése és elemzése nagyobb súllyal került a modellbe, míg a többi kategóriánál (bevétel, költség és eredmény-tervezés/elemzés) az elemzésre került a nagyobb súly.
- A szakmai esetösszetétel elemzése és tervezése mindkét blokkban a legalacsonyabb faktorsúlyú, és ezeket a változókat a kórházak elhanyagolják, ad hoc jelleggel vagy egyáltalán nem vizsgálják. Ez csak azoknál az intézményeknél érthetően, ahol gyakoribb mérése nem hoz pozitív hatást, vagyis a mutató rövid távon nem változtatható.
- Megjegyzendő, hogy a modell konzisztensségét az is jól mutatja, hogy a környezeti blokk két üzemgazdasági eredményszámítást vizsgáló kérdése (készít-e az intézmény üzemgazdasági eredményszámítást, illetve a szervezeti egységekre milyen gyakorisággal történik az üzemgazdasági szemléletű eredményszámítás) különböző mérési skálán is 0,78-as faktorsúllyal került be a modellbe.

A terv-tény összehasonlítás (elemzés) faktorsúlyai az intézményi és szervezeti elemzéspároknál a szervezeti vonatkozásban magasabbak voltak, kivéve az eredmény, tervezés és elemzés esetében. (Lásd az 7. táblázatot.)

7. táblázat: A tervezési és elemzési blokk összehasonlítható mutatóinak faktorsúlyai a modellben

Megnevezés	Tervezés	Elemzés
	(faktorsúly)	
Teljesítmény		
Intézményi	0,65	0,56
Szervezeti egység	0,74	0,69
Bevétel		
Intézményi	0,52	0,55
Szervezeti egység	0,57	0,73
Költség		
Intézményi	0,61	0,66
Szervezeti egység	0,78	0,88
Eredmény		
Intézményi	0,73	0,80
Szervezeti egység	0,55	0,48
Szakmai esetösszetétel	0,37	0,48

4. ábra. Kórházi controlling-rendszereket leíró LVPLS-modell



8. ábra: Kórházi controlling rendszereket leíró LVPLS-modell (saját ábra)

A strukturális modell megállapításai.

- A kontrolling környezeti tényezői mondhatni egyáltalán nem hatnak az elemzésre, épp a szignifikancia szint feletti 0,04 értékű út-koefficiensmutatót kapunk. A tervezés és környezeti kapcsolat mutatója 0,54, a tervezés és elemzés közötti mutató kiemelten magas értéket (0,83) kapott. A modell ezen értékek alapján nagyon erősnek mondható.
- Az út koefficiensmutató azt tartalmazza, hogy miként hatnak egymásra a különböző blokkok. A környezet változásával a tervezés közel felével (0,54) módosul, a tervezés változása pedig 83 százalékban hat az elemzésre.
- A tervezés és elemzés kapcsolata a legerősebb a belső modellben: minél gyakoribb a tevékenységünk teljesítményének, bevételének, költségének és eredményének a *tervezése*, annál több információ származik az *elemzésből* a vezetői döntések támogatására. Ez a modell logikus felépítését jelenti, és alátámasztja azt, hogy az intézmények kontrollmechanizmusa a tankönyvi definíció szerint működik.
- A környezet és az elemzés közötti teljes hatás (környezet – tervezés – elemzés úton mért hatás) 0,49, vagyis jóval magasabb, mint a 0,04-es értékű közvetlen környezetelemzés-hatás. Ez azt jelenti, hogy a környezeti elemek megválasztása az elemzésre közvetlenül nincsen hatással, de a tervezésen keresztül az elemzésre jelentős kihatással van.

II.6. Összegzés és következtetés

Az egészségügyi ágazatirányítás az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók gazdálkodásirányítási rendszerének transzparenssé tétele és fejlesztése érdekében életre hívta a közlemény alapjául szolgáló kórházi kontrolling-rendszereket felmérő kérdőívet. Ez az ágazatirányítás egyik első lépésének számít, annak érdekében, hogy a fenntartó (ÁEEK) egy egységes kontrolling-rendszert tudjon kiépíteni és fejleszteni, amely később alkalmas lehet mind a kórházi menedzsment belső döntéstámogatására, mind pedig a kialakulóban levő Ágazati Statisztikai Adatgyűjtési Rendszer adatfeltöltésére. A feldolgozott kérdőívek adataiból a fenntartó számára készült elemzés még a legegyszerűbb statisztikai mutatókkal is erős támpontot adott, mivel a teljes állami fenntartású egészségügyi szolgáltatások felmérése megtörtént. Már ezen eredmények is alátámasztják azt az egészségpolitikai elvárást, miszerint a kórházak kontrolling-tevékenységének transzparenciáját és konzisztenciáját növelni kell.

Ennek továbbgondolásaként a kutatásomban statisztikai módszerrel egy egységes képet kerestem a hazai kórházak kontrolling-vezetői eszközéről, és főképpen megvizsgáltam, hogy a kontrollfolyamat milyen változókkal elemezhető és ezek milyen jellemzőkkel bírnak. Általánosságban az a következtetés vonható le, hogy a hazai kórházak kontrollfolyamata megfelel a tankönyvi meghatározásnak. Úgy mondhatjuk mindezt, hogy a kiválasztott változók egyszerű statisztikai elemzése alacsony átlagokat, magas szórásokat és szélsőséges móduszt mutatott, vagyis normális eloszlást sehol sem találunk. Ez vélhetően a kórházak különböző kontrolling-értelmezéséből, változatos adatgyűjtési, nyilvántartási és tervezési-elemzési gyakoriságaiból adódik. Az azonos kontrolling-értelmezés mellett is lehet különböző megvalósítás, mivel maguk a kórházak is különbözők: tevékenységben, ellátási formában, az ellátott esetek súlyosságában/költségigényességében, és nem utolsósorban, menedzsment tevékenységében, gondolkodásmódjában.

A kórházak esetében az útelemzés bemutatta, hogy az elemzés és a tervezés, ezen belül pedig az intézményi és szervezeti egység szintű dimenziók különböző mértékben fontosak. A változatos statisztikai mutatóknak köszönhetően némi sejtésünk lehet arról, hogy a kórházak az intézményi szintű tervezésnek és elemzésnek nagyobb jelentőséget tulajdonítanak. (Ennek okát nem ismerjük, ez adódhat az egészségügyi szektor forráskivonásából, humánerőforrás-problémákból is, vagy a vezetők, menedzserek

hiányos vagy rosszul megfogalmazott információigényéből). Az viszont biztosan kiderül a mutatókból, hogy a kontrolling-környezet kiépítése a kórházaknál közel azonosnak vélhető, és erősen meghatározza a tervezést és ezen keresztül az elemzést. A tervezési és elemzési (terv-tény összehasonlítás) mutatóknál az átlagos féléves/éves tervezés és elemzés jellemző, de a magas szórás miatt az ilyen gyakoriságú tervezést/elemzést sok esetben a „nem tervezés/elemzés” váltja fel. Viszont vannak már olyan kórházak, ahol a szervezeti egység szintű tervezés és elemzés erős hangsúlyt kap, ami az egységes osztályos kontrolling fenntartói gondolatát megalapozza. A kutatás rámutat arra is, hogy a különböző időtávú tervezés-elemzés megférhet egymás mellett, és a modellbe bekerült olyan mutató is (például szakmai esetösszetétel) melynek gyűjtését – adott intézménytípusokban – nem szükséges gyakran megtenni, de ismerni igen.

A minta egyedei nagyon eltérő adottságokkal rendelkeztek, és az adatszolgáltatásból is kitűnik, hogy igen eltérő vezetői döntéstámogatási eszközöket alkalmaztak, melyből adódóan a modell egy iparágat jellemző képet tudott adni, de csak – a fent leírt – nagyon általános megállapítások tehetők. Az elemzés továbbgondolásával olyan kérdések merülnek fel, melyek megválaszolására nem alkalmas ez a kérdőíves kiértékelés. Az eredmények ismeretével felvetődik például, hogy a sűrű tervezési és elemzési gyakoriságok egyértelműen jó rendszert feltételeznek-e, vagy mely intézetek tudhatják maguknak a „jó kontrolling-gyakorlatot”.

A kérdőív korlátozott tartalma miatt nem vizsgálhattam a visszacsatolás megvalósulását, döntéstámogatási felhasználását és az intézmények gazdálkodására való hatását. A kontrolling minősége és az intézmény gazdasági egyenlege közötti kapcsolat további vizsgálandó területet jelöl ki, melyre a szektor adottságaiból fakadóan igazi kihívás módszertant alkotni. Ami viszont az elemzés eredményeihez szorosan kapcsolódik, de a bemutatott kvantitatív módszertanból mégsem ismerhető meg, azok a következő kérdésekre adott válaszok: a kórházi menedzserek támaszkodnak-e a kontrolling által előállított adatokra, elismerik-e a kontrolling szükségességét, és döntéseiket ezen ismeretek birtokában hozzák-e meg. Erre metodikailag az esettanulmány, mélyinterjú felmérés és a fókuszcsoportos interjúzási technika a legalkalmasabb adatgyűjtési eljárás, sőt célravezető lehet a felsorolt módszerek kombinált, párhuzamos alkalmazása, elősegítve a triangulatív megközelítést és csökkentve az információs szelekció esélyét.

II.7. Irodalomkutatás és kvantitatív eredmények összevetése

A II. fejezetben komplex, felsőbb statisztikai módszertan mellett bemutatott eredményeket az I. fejezetben bemutatott szakirodalmi megállapítások alátámasztják. A két vizsgálat (irodalomelemzés és statisztikai elemzés) során különböző eszközökkel kerestem egységes képet a hazai kórházak kontrolling-vezetői eszközéről, és megvizsgáltam az egészségügyi szervezetek kontrolljának elemeit. Az elemzések során összességében az alábbi következtetésekre jutottam:

- (1) a hazai kórházak kontrollfolyamata megfelel a tankönyvi meghatározásnak;
- (2) kontrolling az egyéni, gyakorlati tapasztalatok alapján működik és fejlődik, azaz különböző kontrolling-értelmezésből, változatos adatgyűjtési, nyilvántartási és tervezési-elemzési gyakoriságaiból tevődik össze;
- (3) az intézmények kiemelt figyelemmel tekintenek a környezetükre és változásaira és az ezeket leíró mutatókat nagyon hasonlóan választják meg;
- (4) a kórházak fókusza a teljesítmények tervezésén és elemzésén van (teljesítményfinanszírozásból eredően), így pénzügyi, finanszírozási nézőpont nagyon erőteljes, helyenként fedezetszámítási, benchmark, illetve motivációs elemekkel alkalmazzák;
- (5) jellemzően teljesítmény-tervezés történik az intézményekben, a bevételek, költségek és eredmények esetében inkább az elemzés a meghatározó.
- (6) az intézményi szintű kontrolling tevékenységek jelentősen eltérnek a szervezeti szintű tevékenységektől, a szervezeti szintű tervezés és elemzés alig történik;
- (7) a rendszerek gyenge pontja a költséggyűjtés, tervezés és –elemzés, sőt a szervezeti egységek teljesítményének, bevételeinek és költségeinek gyűjtése és nyilvántartása nem, vagy nagyon nehezen működik a kórházakban.

III. KÓRHÁZI KONTROLLING PARADOXONA: FELEMELKEDÉS VAGY DEVALVÁLÓDÁS?

A disszertáció ezen fejezete a Vezetéstudományban fog megjelenni, a publikáció jelenleg a folyóirat bírálati folyamatában van. A fejezet alapján a 21st International Research Society on Public Management konferenciára prezentáció, a European Health Management Association 2017 konferenciára poszter készült.

III.1. Bevezető

Az egészségügyi szervezetek felsővezetői egyedi, ipar specifikus kihívásokkal szembesülnek: jelentős és gyakran változó intézményi megkötések között működnek [Kuntz, 2008]. Ilyen működési keret az egészségügyi ellátás finanszírozása, a teljesítmény korlátozott elszámoltathatósága, az alulfinanszírozottságból felgyülemelő adósságok, különböző kormányzati forrás-kiegészítések vagy a centralizáció. Ezen rendszerelemek erősen befolyásolják a kórházi belső rendszereket és a szereplők érdekeltségeit. Jelen publikáció a magyar kórházi kontrolling rendszerekbe enged betekinteni, ezen belül is a kerettervezésre fókuszál. A korábbi kutatás [Krenyácz, 2015] bemutatta a kórházak kontrolling eszközhasználatát, mely többek között arra világított rá, hogy a kórházi menedzsment a tervezést és ellenőrzést eltérően értelmezi: a szektoron belül és a for-profit szervezetekhez képest is. Jellemzően teljesítmény-tervezés történik az intézményekben, a bevételek, költségek és eredmények esetében inkább az elemzés a meghatározó. Az intézményi szintű dimenziók a kontrolling tevékenységek esetében jelentősen eltérnek és szervezeti szintű tevékenységekről, szervezeti szintű tervezés és elemzés az alacsony gyakoriság mellett kiemelkedően magas szórással rendelkezik. A költségvetési tervezés a fenntartó számára benyújtandó dokumentum, melynek benyújtásával sokszor csak kötelezettségüket teljesítik a kórházak és a számok nem segítik a gazdálkodást. Ennek okait feltételezhetően az egészségügyi alrendszer működésében kell keresnünk, a torz értelmezés szoros összefüggéseket sejtet az említett egészségügyi rendszerelemekkel. Kérdés, hogy ez az egészségügyi rendszer mekkora teret enged a kontrollingnak, mint döntéstámogató eszköznek.

Ennek megismeréséhez jelen publikáció a következő kutatási kérdéseket jelölte ki:

- a) Mit jelent a kontrolling, és maga a tervezés a napi gyakorlatban?
- b) Milyen eszközöket alkalmaznak az intézmények vezetői?
- c) Hogyan alakítja a kontrolling a működést és a döntéshozatalt?

A rövid – egészségügyi rendszer és kontrolling jellemzőit bemutató – kontextuális rész után bemutatásra kerül a kijelölt kérdések feltárására szolgáló kvalitatív kutatási keret és módszertan. A következő fejezet az eredményeket mutatja be, majd értelmezi és levonja a következtetéseket. A cikk igyekszik rámutatni a kontrolling és a tervezés azon erősségeire és lehetőségeire, melyet jelenleg a hazai egészségügyi intézmények működésük során kamatoztatni tudnak.

III.2. Kontrolling a magyar egészségügyi rendszerben

III.2.1. Egészségügyi rendszer jellemzői

Az egészségügyi rendszerek bemutatásának irodalma széleskörű: rendszeresen adnak ki könyveket, összefoglaló tanulmányokat, publikációkat. Így e publikációban nem törekedtem a teljességre, kizárólag a kutatási eredmények értelmezésében szerepet játszó rendszerelemeket mutatom be: az államosítást, a teljesítmény-volumen korlátot és az adósság-konszolidációt.

III.2.1.1. Tulajdoni viszonyok: államosítás, mint centralizációs folyamat

A 1990-es évek egészségügyi reformjai eredményeként a központi kormányzati kontrollt a decentralizáció váltotta fel és jórészt a helyi önkormányzatok váltak az egészségügyi rendszer domináns ellátóivá. Ez a rendszer kisebb változásokkal 2012-es évig fenn is maradt, majd ekkor újra állami kézbe kerültek a korábban önkormányzati fenntartású megyei és városi fekvőbeteg ellátó intézmények, több esetben azok járóbeteg szakrendelőivel együtt. Az intézmények egy centralizált szervezetirányító és szakmai irányító csúcsszervezethez (GYEMSZI¹⁵) tömörültek, mely többek között költségvetési, ellenőrzési, vagyonkezelési, összevont közbeszerzési, ellátásszervezési

¹⁵ Gyógyszerészeti, Egészségügyi, Minőség, és Szervezetfejlesztési Intézet

jogkörrel rendelkezik. Az átvételt követően országszerte számos kórházi főigazgatói pályázat került kiírásra, majd 2015-ben az intézmény jogutódja csökkentett jogkörökkel és feladatokkal az AEEK¹⁶ lett.

A struktúraváltás következtében országosan csökkentek az aktív ágyak száma, illetve a megszűnt aktív ágyak helyett az intézmények krónikus, egynapos, nappali kórházi és járóbeteg konverziót igényelhettek. A legfrissebb statisztikai adatok (2014.dec.31.) alapján összesen 168 egészségügyi intézmény nyújt társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatásokat, melynek fenntartói megoszlását és méretét az 8. táblázat mutatja.

Intézmények fenntartó szerint	2014.		2011.		2003.	
	Intézmény száma	Ágy-szám	Intézmény száma	Ágy-szám	Intézmény száma	Ágy-szám
Önkormányzati eü. intézmény	14	83	112	55.404	117	60.747
Központi eü. intézmény	100	58.744	15	6.492	26	9.846
Egyetem	4	7.366	4	7.359	4	7.446
Vállalkozás	24	1.577	12	187	1	68
Egyházi intézmény	9	1.452	7	1.463	9	1.609
Egyéb, (KHT, alapítvány, stb)	16	401	21	592	19	526
BVOP intézmény	1	311	2	608	2	608
Összesen	168	69.934	173	72.105	178	80.850

8. táblázat: Intézmények száma és mérete a fenntartó szerint vizsgálva (saját szerkesztés, OEP éves kórházi ágyszámkimutatásai alapján)

III.2.1.2. Korlátozott teljesítményfinanszírozás

Az egészségügyi ellátásokat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP), mint központi szolgáltatásvásárló finanszírozza a költségvetésben meghatározott összeg erejéig, a járóbeteg ellátásokat német pontrendszerben, a kórházi ellátást Homogén Betegcsoportok (továbbiakban: HBCs)¹⁷ és ápolási napok alapján [Orosz – Burns, 2000]. Az ország teljes akut ellátásának teljesítmény alapú finanszírozására 1993-ban bevezették a HBCs rendszert. Az évek során a kórházak a finanszírozást egyre jobban megismerték és túlkódolással növelték a bevételüket, melynek visszaszorítására

¹⁶ Állami Egészségügyi Ellátó Központ

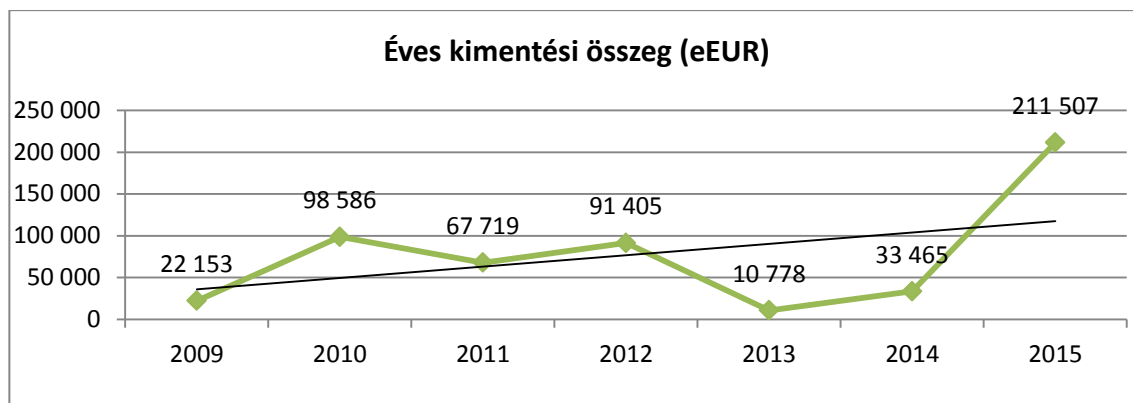
¹⁷ Akut fekvőbeteg ellátások finanszírozása a Homogén Betegcsoportok alapján történik, az amerikai DRG (Diagnosis Related Groups) módszertanához hasonlóan.

2004-ben bevezettek egy finanszírozási felső korlátot, a teljesítmény-volumen korlátot (továbbiakban: TVK). Ennek lényege, hogy a kórházak éves teljesítményére, HBCs arányban felső korlátot határozzanak meg és az OEP csak részben vagy egyáltalán nem finanszírozza a korlátot átlépő ellátásokat. A TVK feletti teljesítmények finanszírozására folyamatosan, éven belül is többször változó metodikákat alkalmaznak, de az erős teljesítmény-stop jellege azóta is a finanszírozási rendszer része, mivel beváltotta a teljesítmény bizonyos mérséklésére vonatkozó elvárásokat, és mégis viselkedése eltér a szokásos „fűnyíró elvtől” [Endrei et al., 2014]. A korlát „nehéz finanszírozási helyzetbe kényszerítette a kórházakat és bátorította a vezetést számos intézkedés bevezetésére, mint a várólista növelése vagy a kiadás,- és szolgáltatási volumen csökkentése” [Gaál et al., 2011].

III.2.1.3. Puha költségvetési korlát: adósságrendezés és forrásinjekciók, a rendszer elfogadott és elvárt eleme

Az egészségügyi rendszereket világszerte tartós hiány sújtja, amely a bevételek meghaladó kiadásokból ered. Az egészségügyi szolgáltatók nem fizetik ki a szállítóikat és a kormányzatnál lobbiznak támogatásért vagy kimentésért, pedig az adósságrendezés rendszere nem támogatja az optimális elosztási döntéseket [Langenbrunner et al., 2005].

A Kornai [2009] által megfogalmazott puha költségvetési korlát (PKK) jelensége az elmúlt évtizedek szűkülő forrásainak hatására egyre inkább megmutatkozik. A puha költségvetési korlát egy mentális jelenség, a döntéshozó sajátos várakozása, hiedelme a kimentésre, amihez igazítja a cselekvéseit [Kornai, 2009]. A gyakorlata szerint a finanszírozó (később a fenntartó is) forrást biztosít a kórházi tartozások rendezésére, a szállítói adósságállományok, illetve a várólisták csökkentésére. Azonban Kornai [2009] megfogalmazásával élve „öngerjesztő folyamattal állunk szembe”: ha sokan számítanak a kimentésre, és valóban ki is mentik a bajba jutott kórházakat, akkor még többen fognak számítani rá. A magyar kórházi szektorban 1996-ban és 2002-ben volt két nagy konszolidáció, melyet követően csak átmenetileg csökkent az eladósodott kórházak száma, később az túlköltés újra elindult [Kornai, 2009]. A kórházi adósságok megfinanszírozása mára már a rendszer elvárt eleme lett, a kórházi vezetők számolnak az év végi kasszamaradvány kifizetésével.



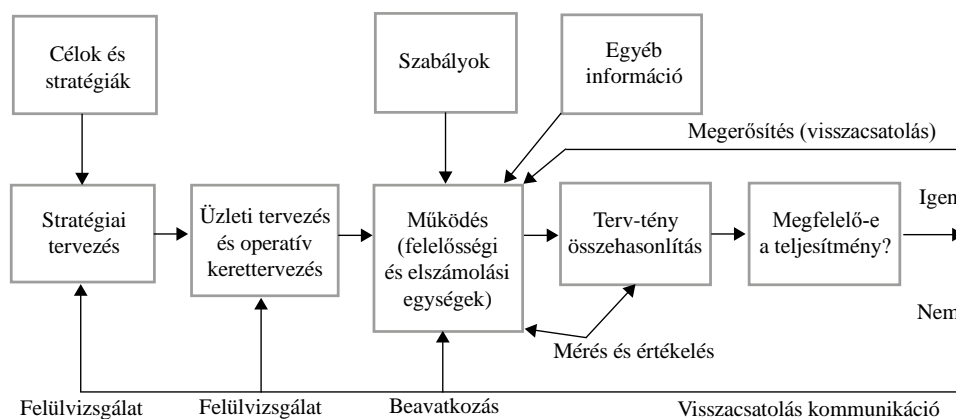
9. ábra: Teljesítmények elszámolásán felül történő finanszírozás 2009-2015 között, (saját szerkesztés, OEP közzétett adósságadatok alapján)

Kornai [2009] megállapítása szerint elenyésző a vállalkozások jelenléte és utat kellene engedni a nem állami tulajdonformák belépésének a korábban bemutatott költségvetési korlát megkeményítése érdekében. A magyar egészségügyi rendszer változása viszont ezzel ellentétes irányba tart. Emellett az alulfinanszírozás jelenségét enyhítené még például a finanszírozási rendszer felülvizsgálata, vagy akár a struktúraátalakítás, ellátási formák közötti viszonyok rendezése (alapellátás és járóbeteg szakellátás erősítése).

III.2.2. Kontrolling és tervezés¹⁸

A számviteli rendszerek korábban költségmegtakarításra és költségvetési egyensúly megtartására szorítkoztak, a költségvetés a kórház létezésének legitimálását, a kormányzati szabályozás betartását szimbolizálja, így a menedzserek a hatékony erőforrás felhasználásról korlátozott információval rendelkeztek [Lapsley, 1994, Pettersen, 2004]. Az irányítás támogatására alkalmazott formális eszközöket, amelyek a vállalati, illetve a szervezeti egységszintű tervezést, mérést és értékelés, továbbá a vezetők számára történő visszacsatolást szolgálják, Bodnár [1997d] definíciója alapján, kontrolling rendszereknek nevezzük. Összetevői: felelősségi és elszámolási egységek, stratégiai tervezés, üzleti tervezés, operatív kerettervezés, költség,- és teljesítményszámítás, beszámoló jelentések, valamint az elemzési eszközök.

¹⁸ A nemzetközi szakirodalomban használt *budgeting* kifejezést a hazai kórházak a gyakorlatban inkább *költségvetésnek* értelmezik, míg az egyes dologi (gyógyszer, szakmai anyag, stb) költségsoraira alkalmazzák a *keret* meghatározást.



10. ábra: A formális kontrollfolyamat (forrás: Antony–Govindarajan [2009])

A tervezés a kontrolling egyik legfontosabb, de mindenképpen a kontrolling folyamat kezdeti funkciója. A tágra értelmezett tervezés alatt stratégiai, operatív és éves kerettervezés értünk, melyből jelen írásban az éves kerettervezéssel foglalkozom, amire Anthony – Govindarajan, [2009, 416. o.] meghatározását használom. „A keretterv az eredményes rövid távú tervezés és kontroll fontos eszköze a szervezetekben. A működési keretterv általában egy évre szól, és tartalmazza az adott év tervezett bevételeit és ráfordításait”.

A stratégiai terv finomhangolását jelentő kerettervezésben minden felelősségi egység vezetője részt vesz, mivel ez az alapja a vezető elköteleződésének és a későbbi teljesítményértékelésnek. A kontrolling rendszerek a felelősségi számviteli rendszer struktúráját használják a tervezési és riportolási rendszerek működtetésére [Baran, 2013, Pettersen, 2003]. A felelősségi rendszer kidolgozásánál három kritériumot kell figyelembe venni [Young, 2008 – idézi Baran 2013]: (1) strukturális követelmények: a menedzserek csak befolyásolható tényezőkért felelősek, (2) folyamat kritérium: a négy fő fázis (tervezés, kerettervezés, mérés és beszámolás) időszakosan történik, (3) magatartási kritériumok: menedzserek elköteleződése. A felelősségi egységek alapján megtervezett működési keretek az erőforrások tervezésén alapulnak, mely során 1) termelés-tervezés/szolgáltatási paletta tervezése, 2) kapacitás-tervezés, 3) bevétel-tervezés és 4) költség-tervezés történik.

Általában a teljesítmények HBCs, német pont és ápolási nap számított bevételeit és esetleges egyéb bevételeket, a termelési költségeket és a központi igazgatási költségeket jelenítik meg a költségvetésben és a tervszámokat egyéb kvantitatív adatokkal egészítik ki, például a kapacitásokra vonatkozóan az orvosi, ápolói és egyéb személyzet létszáma, diagnosztikai kapacitások.

A költségeket az egészségügyi szolgáltatás mennyisége és a meghatározott norma alapján kalkulálják, melynek egység(csoportja) jellemzően a HBCs. Az egészségügyben emellett a minőségi betegellátást definiáló minimális erőforrás szükségletet is – általában, mint költségnövelő tényezőt – figyelembe kell venni. A költségek megtervezésének lelke a költségszámítás, mely az egészségügyben az elmúlt évtizedben rohamosan fejlődött, és eredményeként alakult ki például a betegszintű költségszámítás, folyamatköltség-számítás, vagy időalapon számított folyamatköltség-számítás [Vogl, 2013, Blunt – Bardsley, 2012, Kaplan – Anderson, 2004, Baker, 1998, Finkler – Ward – Baker, 2007]. A költségek tervezésekor minden esetben megjelennek a humán erőforrás költségei, az anyagköltségek és infrastrukturális költségek (általában orvos-szakmai és egyéb kategóriákra bontva), melyet például Vogl [2013] kiválóan szemléltet.

Mint minden szolgáltató szervezeteknek, a kórházaknak is közvetlen hatásuk van a kezelendő betegekre, a szervezeti erőforrás-felhasználás feletti kontrollt a menedzsment mégse gyakorolja [Thompson et al., 1978], pedig a nyújtott szolgáltatások, betegek vagy HBCs szerinti fedezetek ismerete lehetővé teszi a gazdaságos eljárások priorizálását és kormányzat által elvárt keretek betartását.

A hagyományos kerettervezés kritikája, hogy állandó tartalékolásra kényszeríti a szervezetet, belső játszmákat gerjeszt, innováció ellen hat, időigényes és használhatóságát is megkérdőjelezi a hosszú tervezési időszak miatt. [Kresalek – Szörös 2010] Így a kórházak költségtervezési módszertanában is kifinomultabb technikák jelentek meg és a pénzügyi szemlélet felől a hangsúly eltolódott a szerződések és ártárgyalásokhoz¹⁹ szükséges költséginformáció szolgáltatása felé. [Lapsley, 2001]

¹⁹ Megjegyzés: itt gondolhatunk a finanszírozási súlyszámok és arányok rendezésére, melyre a szolgáltatók igényüket már régóta jelzik.

III.2.3. A kórházi kontrolling kialakulása és fejlődése hazánkban

Magyarországon a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja 1996-ban kezdte el az egészségügyi vezetőket a menedzsment tudományokra oktatni. A képzési tervet egy fiatal szakemberekből álló csoport ötéves intenzív fejlesztő munka keretében készítette el, az észak-amerikai és nyugat-európai (holland és angol) szakértők és egyetemek tapasztalatai alapján és az Európai Közösség TEMPUS alap támogatásával. 1993-tól három kísérleti évfolyam indult, melyben a magyar, angol és holland konzultánsok és Robert Gosselin kanadai professzor is dolgozott. Emellett a Világbank a 1993-2000 közötti egészségügy átalakítását célzó kölcsönprogram keretében egy egészségügyi menedzserképző iskola létrehozását is támogatta, melynek helyszíne a kezdeti eredmények alapján a Semmelweis Egyetem lett.

Jelenleg három felsőoktatási intézmény képez egészségügyi menedzsereket: a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem és a Semmelweis Egyetem. A menedzserképzés beindulásától kezdődően a tananyag része a kontrolling.

Ezzel párhuzamosan a rendszerváltást követően a külföldről hazatérő szakértők a menedzsmentre nyitott kórházvezetőkkel kontrolling rendszerekről kezdtek el közösen gondolkodni. A legelső kontrolling 1993-ban került bevezetésre a Zala Megyei Kórházban²⁰, ahol ebben az évben kezdődött az ország első kórházi minőségbiztosítási (ISO) projektje is. Az első öt év a kórházi kontrolling kísérleti időszaka volt. Az első szoftver fejlesztése is megtörtént (Békés Megyei Pándy Kálmán Kórházban). Az úttörő kórházak eredményjavulásának láttán a 2000-es évek elejétől tömegesen terjedtek el a kontrollinggal támogatott érdekeltségi rendszerek, melyet egészen a TVK bevezetéséig intenzíven alkalmaztak a kórházakban. Ezen felfutási időszak alatt a kontrollinggal és/vagy érdekeltségi rendszerrel rendelkező intézmények rendszeresen – jövőbe mutatóan – terveztek és elemeztek (terv-tény összehasonlítást végeztek) a teljesítmények és bevételek növelése érdekében. Az elmúlt 20 év alatt a kórházak környezetében sok változás történt, legfontosabbak: államosítás, finanszírozási változások, könyvvézés módszerének átalakulása, kórház-összevonások, vezetőváltások (III.2.1.1-2.1.3 fejezetben bemutatottak alapján). Ezen változások az irányítás támogatására alkalmazott eszközöket is érintették és generáltak egy

²⁰ A Zala Megyei Kórház továbbra is élenjáró a kontrolling és minőségbiztosítás területén, működését a Semmelweis Egyetem egészségügyi menedzsment kurzusain is bemutatják.

egységesítési igényt a kontrolling módszertanra vonatkozóan is, mely 2014-2015 évben kezdett realizálódni. Az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók gazdálkodásirányítási rendszerének transzparenssé tétele és fejlesztése érdekében az egészségügyi ágazatirányítás egy kórházi kontrolling-rendszereket felmérő kérdőívet készítetett, melyek egyszerű statisztikai és strukturális modellezési technikával lettek kiértékelve [Krenyácz, 2015]. Az eredmények szerint a kórházaknak az intézményi és szervezeti szintű tervezés különböző mértékben fontos: intézményi szintű tervezést átlagosan éves, féléves gyakorisággal végeznek, de a magas szórásérték miatt sok esetben a „nem tervezés/elemzés” is jellemző. Néhány kórházban általában teljesítményre és bevételre korlátozódott szervezeti egység szintű tervezés is megvalósul, de esetszintű mérésről alig beszélhetünk, melynek hátterében a nem kellő mélységű költséggyűjtés, mint adminisztrációs teher áll.

Ezzel párhuzamosan az államosított intézmények fenntartója egy Ágazati Statisztikai Adatgyűjtő Rendszert hozott létre, melynek célja az egészségügyi intézmények fenntartója és az intézmények vezetői rálátást kapjanak az egészségügyi szakellátó hálózat működésére, egy-egy intézményre, intézménytípusra, vagy akár különböző területek részleteire. Intézményi szinten cél a megfelelő színvonalú információellátás és a vezetői döntések támogatása.

III.3. Módszertan

Az egészségügyi intézmények működését sok szervezet és/vagy személy befolyásolja: az állami szektor szereplőitől a kórházakban gyógyulni vágyó betegekig sokan és különböző módon járulhatnak hozzá az intézmény célkitűzéseinek megvalósulásához.

Ezen szereplőket az alábbi ábra foglalja össze.

Külső érintettek (primary stakeholders)	Belső érintettek (secondary stakeholders)
minisztérium/államtitkárság, nagypolitika	Felsővezetés (főigazgató, gazdasági igazgató, orvosigazgató)
fenntartó/tulajdonos (AEEK)	Középvezetés (Osztályvezető főorvosok és egyéb nem orvosi vezetők)
önkormányzat	Döntéstámogatók (kontrolling, finanszírozás, jog, közbeszerzés...)
finanszírozó (OEP, magánbíz.)	Szakorvosok
hatóság (ÁNTSZ)	Ápolók
nemzetközi szervezetek, társadalmi szervezetek	Egyéb személyzet
szakértők	
beszállítók, „hitelezők”	
„versenytársak”	
média, sajtó	
fogyasztók: páciensek, érdekvédelmi szervezetek	

11. ábra: Az egészségügyi intézmények Stakeholder modellje (saját ábra)

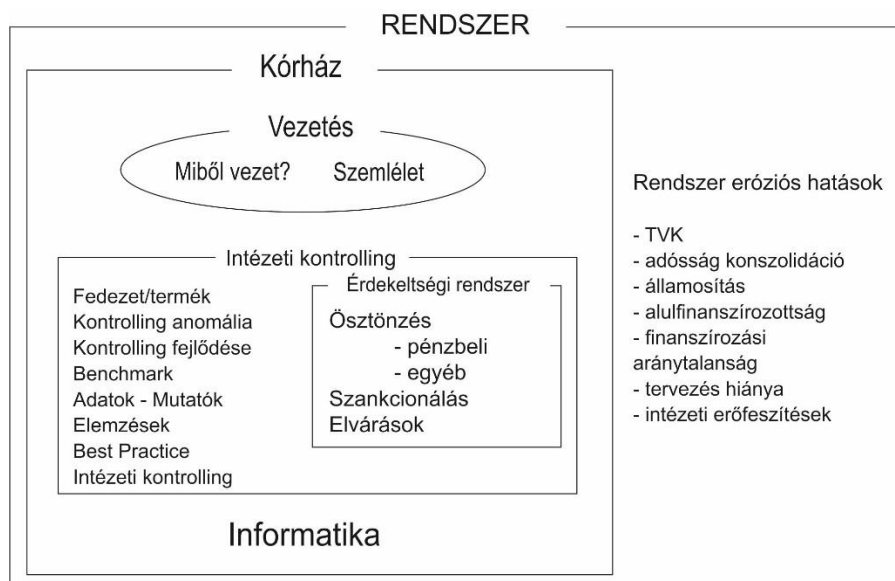
Jelen kutatásom fókusza intézményi szintű, a kórházak kontrolling és tervezési rendszerének értelmezését, eszközrendszerét és napi gyakorlatát vizsgálom, valamint ezek beépülését a döntéshozatalba. Ezért a modell belső érintettjei közül a közép és felsőszintű vezetőket és döntéstámogatókat, a külső érintettek közül a fenntartót vontam be a kutatásomba egyéni vezetői interjúk és – a döntéstámogatók esetében – homogén fókuszcsoporthoz tartozó interjú keretében. Összesen 8 interjút készítettem kórházi vezetőkkel, és 3-3 interjút a fenntartói felsővezetőkkel és a szakértőkkel, illetve egy fókuszcsoporthoz tartozó megbeszélést folytattam. A vezetői interjúk alanyai jellemzően a nagy ágyszámmal rendelkező kórházak felsővezetői voltak. Három interjút készítettem OEP finanszírozású vállalkozással, melyek közül kettő tulajdonosa állami szervezet.

A fókuszcsoporthoz kis létszámban (6-8 fő) határoztam meg, mivel az interjúalanyok alapvetően több intézmény tapasztalatával rendelkeznek és erősen motiváltak, elkötelezettek a vezetői kiszolgálásban. A fókuszcsoport meghatározása:

- a csoport homogén, de két területet (kontrolling és finanszírozás) foglal magába, ami szorosan összekapcsolódik;
- a résztvevők különböző intézményi tapasztalattal rendelkeznek (eltérő terület, méret, struktúra, menedzsment);
- elhivatottság és erős, határozott véleményformálás már a kérdőívek alapján feltételezhető;

- nyitott, érdeklődő csapat, 3 fő munkahelyi elfoglaltságai miatt nem tudott részt venni,
- résztvevők jellemzően nők, ez igaz lehet a szakmára is.

Az egyéni és a csoportos interjúk alkalmával félig strukturált interjúszituációt generáltam, és a tölcser technikát alkalmaztam, a strukturáltságot egyre növeltem, ezáltal felhasználva az erősen és gyengén strukturált kérdések előnyeit is. Ezen kívül a csoportos megbeszéléshez a kiegészítő kérdőív használatát választottam a kutatás témájának és a válaszadók nézőpontjainak jobb megismerése érdekében. Az interjúk egymásra épültek, elsőként a szakértői interjúkat készítettem el (1,5 órás), majd a fókuszcsoportos (1,5 órás) és a fenntartói interjúkat (0,5 órás) és a kérdéseket ezen ismeretek bővülésével pontosítottam a kórházi vezetői interjúk lefolytatásához, melynek terjedelme eleinte 1,5 órás, majd 1 órás volt. Az interjúkat legépelttem és többszöri átolvasása után gyorsjelentést készítettem, hogy a vezérfonalat a mélyebb elemzés során se veszítsem el.



12. ábra: A kódolás során alkalmazott kategóriák (saját ábra)

Verbi MAXQDA 12 szoftver segítségével a szakértői interjúk alapján nyílt kódolással főkategóriákat jelöltem ki, majd ezeket a kódolás folyamán alkategóriákra bontottam (axiális kódolás). A kezdeti kódoláshoz újra és újra visszatértem, mindaddig, amíg az újrakódolás nem eredményezett újabb kategóriákat, a kódolás ellenőrzésére pedig infrakódolást²¹ alkalmaztam. A kódolás kategóriáit a 10. ábra mutatja be.

III.4. Kutatási eredmények

III.4.1. Hazai kórházvezetési módszerek

Alapvetően az AEEK fenntartású kórházak menedzsmentje odafigyel a szűkös erőforrások felhasználására, a források költséghatékonyan elosztására. A gazdálkodási rendszer tekintetében már nagyon heterogén a kórházak gazdálkodási rendszere és a vezetők gazdálkodási ismerete. Az államosítást megelőzően végzett felmérések szerint működő kontrollingot nagyon kevés (30%) intézményben találtak, ami 4-5 év alatt közel 70%-ra emelkedett [Krenyácz, 2015], de a vezetők még mindig eltérő eszközöket választanak a kórházak irányítására, melyet az alábbi táblázat foglal össze.

0	Nincsen kontrolling rendszer: a vezető „fejből-zsebből-füzetből” vezet	szakértői interjúkból képzett kategória, „a vezetők nem szívesen vallják be”
1	Sajátos pénzügyi eszközök: likviditás és adósságállomány egyenleg figyelésével és a keretgazdálkodás és TVK-kiosztás működtetéséből történő vezetés	nagyon jellemző, közel minden interjúalany említette
2	(érett) kontrolling rendszer	kevesen használják, a TVK előtti időszakra jellemző

9. táblázat: Kórházi vezetés összefoglaló ábrája (saját táblázat)

²¹ ugyanazt a szöveget pár nap elteltével újra kódoltam

0. „Fejből-zsebből-füzetből” vezetés

A gazdálkodás sok helyen sajátosan alakul, a vezetők nem alkalmaznak döntéstámogató rendszereket, az információ leginkább a felsővezetés fejében áll össze. A vezetői interjúk alanyai közül, akik nem, vagy nem jól működtetnek kontrolling rendszert, azok elmondása szerint a menedzsmentben megvan az igény a kontrolling adatok felhasználására, de személyi, informatikai, egyéb problémák okán mégse használják, végeredményben kontrolling rendszer nélkül irányítják az intézményt. De a szakértők azt is hozzátették, hogy:

„sok helyütt látom a fejből, zsebből, kis füzetből vezető embereket és nehéz volna arányt mondani - nyilván nem is szívesen vallják be a kórházak felsővezetői: „hát persze van kontrolling ... bizonyos területeken jönnek az eredményszámítások, jönnek az adatok”, de elég sok rögtönzés és esetlegesség van ebben” (SzI)

A „fejből-zsebből-füzetből” vezetés oka első ránézésre az interjúalanyok által sokat emlegetett fejletlen informatikai rendszer és az adatok validitásának hiánya. De a probléma mélyén szervezeti szinten alapvetően a felsővezető tudásának hiányossága és maga „vezetői státusz szimbóluma” (VI) van.

„A vezető azért vezet füzetből, mert nincsen vezetői ismerete, vezetői vénája, illetve nincsen tisztában azzal, hogy mire képes.” (VI)

„politikailag választották meg és számára ez a hatalom, státusztisztelet megnyilvánulása ... hatalmi alapon és nem vezetői érték alapon köteleződött el.” (VI)

„A főigazgatónak a státusz a fő motiváció!” (VI)

A kontrolling rendszer működtetésével nemcsak a szervezet működésének hibái tárhatóak fel, hanem ezek egyben a vezető hibáit is megmutatják. Ezek pedig csak a konfliktusok és feszültségek felvállalásával korrigálhatóak. A konfliktusok felvállalásának következményeit nehéz felmérni, folyamatok átszervezésekor vagy új követelményrendszer felállításakor egy-egy döntés a kórház betegellátási működését is megbéníthatja, amely akár a felsővezető pozícióját, státuszát is érintheti.

„Az orvosi kar maga is valójában rosszul működik, ha nincsen munkaszervezetként kezelve ... például nekem három évbe telt, míg a referálás

tényleg a rendeltetése szerint működött, addig elkávézgattak, elbeszélgettek, jött gyógyszerügynök süttivel, és mindenki boldog volt.” (VI)

„teljesítménykövetelmény felállítása után az orvosok 40%-a elhagyott” (VI)

A füzetből vezetés egészségügyi rendszerhez kötődő oka a vezetők mozgásterének leszűkülése és ebből adódóan az egészségügyi kontrolling rendszer belső eszközleértékelő szerepe. Ezt erősítő politikai lépés a kancelláriai rendszer bevezetése az egészségügyben, mellyel „a főigazgató felelősségét és kompetenciáját kérdőjelezi meg” (VI). Ez a kontrolling igényének elsorvadását is magával hordozza, mert a kontrolling alapvetően egy intézményvezetést támogató eszköz, ágazati szintű (ÁEEK) alkalmazása jelenleg nehezen megoldható mind informatikai, mind pedig humán erőforrás ellátottság oldaláról is.

1. Sajátos pénzügyi eszközök alkalmazása

A megkérdezett intézmények többsége sajátos eszközöket alkalmaz a gazdálkodás egyensúlyban tartására:

- (1) likviditást és a szállítói tartozásokat kezeli: a pénzügyi folyamatokat a bankszámla kezelése és a tartozások meghatározott elv szerinti rendezése jelenti, a gazdasági vezető a bankszámla egyenleget napi szinten monitorozza.
- (2) osztályokra leosztott dologi keretek alkalmazása: a kórházak jellemzően a költségeket és kiadásokat a keretgazdálkodással szabályozzák.
- (3) osztályokra leosztott TVK folyamatos kontrollja, eltérés esetén azonnali beavatkozással. Ez a legjelentősebb pénzügyi eszköz, mely a likviditásra, szállítói tartozásokra is hatással van.

Teljesítmény-volumen korlát, mint a magyar egészségügy sajátos jelensége

A kórházak a teljesítményeket az évek költségvetésükben meghatározott összegig tudják elszámolni, így a maximális társadalombiztosítási finanszírozási bevételük év elején rögzítésre kerül. Ezért a kórházak az elérhető teljesítményeket szakmákra osztják és TVK keretként rögzítik. Így a finanszírozás korlátozása a kórházi teljesítmények, aktív és járóbeteg ellátás kordában tartását követeli meg (egyes kiemelt betegségek és a

krónikus ellátás teljesítményei nincsenek). A TVK osztályra való leosztásával, és év folyamán a HBCs teljesítmények alakulásának kontrolljával, osztályok közötti átcsoportosításával tudnak a vezetők a maximális finanszírozási bevételt elérni. Ez a maximális összeg a teljes finanszírozandó súlyszámokat és az e felett lévő sáv (un. degressziós sáv), alacsonyabb szorzóval finanszírozott összegét jelenti. Ez a mechanizmus a kórházak erőteljes bevételi fókuszát eredményezik: a vezetők alapszabálynak tekintik a degressziós sávval korrigált maximális bevétel elérését, ezért az OEP felé lejelentett teljesítményeket mindig monitorozzák:

„ökölszabály: mindig annyi teljesítményt küldök el, amennyi a degresszióval növelt TVK finanszírozás eléréséhez szükséges, persze ez ennél egy kicsit finomabb...” (VI)

„TVK fölött be tudják löni azt a szintet, ahová még érdemes vagy el lehet menni anélkül, hogy az egész rendszer veszteségbe menne át. Nyilvánvalóan abban a szűk degressziós sávban is lehet olyan beavatkozást találni, ami még a töredékfinanszírozást is megéri, mert fedezi a fix költséget. De afölötti, a plafon fölötti nulla százalékos finanszírozáson veszteség van. A kérdés az, hogy mennyi, mert betegellátási érdek miatt ... ellátjuk a beteget, egy részüket ingyen, és hát ha jól egyensúlyozunk a libikókán, akkor ez nem dönti be a kórházat.” (SzI)

A felsorolt gazdálkodási eszközök (keret,- és TVK-szabályozás, likviditás és adósságkezelés) kiegészülhetnek a kontrolling rendszerrel, de az elemek hangsúlya a vezető kontrolling használatától függ:

„Van néhány elhivatott vezető, aki tényleg komolyan veszi és ebből akar dolgozni...” (SzI)

„... a gazdálkodási eszközökre épül a kontrolling által biztosított szélesebb repertoár, még akkor is, ha ez csak időszakos, ritkább frekvenciájú, csúszással, meg féléves csúszással is történik.” (SzI)

III.4.2. Kontrolling, mint kórházi menedzsment eszköz

A kórházi irányítás információs rendszereken alapuló (2.) eszköze a kontrolling rendszerek alkalmazása. A kontrolling a megkérdezettek egybecsengő **definíciója** szerint alapvetően egy szemlélet, egy ernyővizsgáló módszere a szervezetnek. Az állami fenntartású kórházak gondolkodásában a kontrolling rendszerint egy múltat elemző retrospektív eszköz, nem gyors reagálást biztosító tevékenység: gyakorlatilag a nyilvántartás és adatfeldolgozás a kontrolling feladata, nem a tervezés, előrejelzés és visszacsatolás.

III.4.2.1. Kontrolling, mint finanszírozási eszköz

Emellett a döntéstámogató vagy kontrolling egységet működtető – vagyis jellemzően nemcsak a rövidtávú, hanem a középtávú gondolkodású – kórházakban a **finanszírozási** részleg sokszor „összemosódik” a kontrollinggal, vagy kisebb kórházakban egy szervezeti egység, illetve személy.

„a kontrolling mindig úgy van elkönyvelve, hogy ők azok, akik az OEP-pel foglalkoznak” (VI)

„a kórházi szférában a kontrollingnak egy olyan funkciója lép be, ami sehol máshol nincs: a bevételek számítását ide szokták dobni, kiküldését az OEP felé, a gyűjtését, a revízióját, és utána, amikor a kórházakkal kell felvenni a kapcsolatot, garanciális ügyek a kontrolling intézi.” (FCsI)

A kontrolling szervezetekben általában a finanszírozással foglalkozó szervezeti egységből fejlődött ki.

„Amikor a kontrolling az egészségügyben egyáltalán elkezdődött, egyedül a finanszírozáson voltak olyan emberek, akikkel meg lehetett értetni, hogy miről szól a kontrolling ...a finanszírozásból alakult ki a kontrolling, a finanszírozás vitte a kontrolling funkciót, ezért van összemosódva sok helyen.” (FCsI)

„hagyományosan arra alakultak, hogy az OEP havi jelentést produkálni tudják, ... valamikor az egy nagy kunszt volt, hogy jól, kellő időben, informatikailag helyesen, változó jogszabályoknak megfelelően állítsák elő a jelentéseket”. (SzI)

Az interjúk alapján a klasszikus kontrolling funkcióhoz kapcsolódóan a fedezetszámítást és a kapacitástervezést, mint a tervezéshez kapcsolódó elemeket azonosítottam be.

III.4.2.2. Kontrolling, mint fedezetszámítási eszköz

A kontrollingot számos vezető alapvetően a számvitelhez és a fedezetelvonásig köti és feladatát az eredmény/fedezetszámítással azonosítja. A kontrolling „felszívja” a főkönyvi adatokat, melyben elvileg rendelkezésre állnak a bevételek, költségek és fedezetek, melyek szakmánként, ellátásonként és orvosonként lebontva is vizsgálható. A szakmai paletta megfelelő kialakításához és a gazdálkodás stabilitásának eléréséhez több kórházban készítenek osztályos eredménykimutatásokat (bár sokszor bizonytalan költségelemekkel).

”legfőbb probléma, hogy vannak ún. jól fizető szakmák, mint például az onkológia, ami jól eltartja az intézetet” (VI)

„magas változó költségű nyereséges osztályt (szemészet, ortopédia) leépítették vagy várólisták alakultak ki ... Sokkal könnyebben előállítani ugyanazt a HBCs-t 20 belgyógyászati beteggel, mint a traumatológiai osztályon 3 beteggel, mert a kórház szempontjából az az olcsóbb, mert a változó költségeket nem kell kifizetned.” (SzI)

Az osztályos eredményszámítás mellett egy-két helyen már a termékszintű fedezetszámítás is teret kapott, és ritkán az orvosi költségviselői szintre is megállapítják a fedezeteket. Ezt alkalmazó, az orvosoknak, osztályvezető főorvosoknak visszacsatoló intézményekben lehetőség nyílik szimulációk, modellezések készítésére és választ kapni arra a kérdésre, hogy „milyen fedezetelmozdulásokkal jár, ha a műtéti típusok más összetételét választják. És ez lassan-lassan az orvosok gondolkodásában, szemléletében is megjelenik:

„aki ezeket az összegeket nem látja, azt mondja, hogy csak egy új eljárást akar behozni, és biztos nem lesz veszteséges... De akkor számoljunk hozzá mindent, és nézzük meg úgy. Ja, hogy ezt ő nem is gondolná... Tehát, ha nem vonod be a szakmát, akkor neki fogalma sincs, hogy mit csinál gazdaságilag.” (FCsI)

Az állami kórházakban ez a fajta fedezetszámítás és visszacsatolás ritka, hangsúlyosabb a gyógyszerköltségek és szakmai anyagköltségek kereteinek monitorozása. Ahol nagyon erős fedezeti szemlélet van, ott megvizsgálják, hogy „van-e megfelelő kereslet” és „üzletileg megéri-e előállítani” az egyes szolgáltatásokat, mivel a Fedezet1²² és Fedezet2 szintet nagyon fontosnak tartják, és ezek alapján határozzák meg a tervezett esetek számát. Az esetfedezet kimutatása után az orvosok meghatározott összegű veszteség felett egyéni kimutatást kapnak. Ezenkívül a kimutatásokat a divíziók, klinikák, osztályok közötti összehasonlításra is használják és intézménytől függően havonta, negyedévente, félévente vezetői értekezlet keretében megbeszélik. A fedezetek ismerete még nem jelenti azt, hogy kizárólag pénzügyi alapon döntenek a kórház működéséről, és figyelmen kívül hagyják az ellátási kötelezettséget, az orvosi etikát és a szakmai fejlődést:

„vannak olyan esetek is, amelyet a finanszírozó nem fizeti meg, vagy csak részben finanszírozza az ellátást, mégis bevállaljuk, mert sokat tanulunk az esetből.” (VI).

„szakmai alapon döntünk, de döntéstámogatásnak elmondjuk: ha azt a két esetet kihagytad volna, akkor most lenne plusz 15 millió forintod, és ha minden hónapban megcsinálod, 180 millió Ft-ból tudnánk 20% béremelést adni mindenkinek. Ma már egyre kevesebb kvázi értelmetlen műtétet vállalnak be a sebészek. Mi nem azt kérjük, hogy ne csinálják, hanem azt mondjuk, hogy tudjátok, hogy ez gondot okoz?” (VI)

„Másképp sokszor bevállalunk rossz fedezetű szakmákat, mert betegmegőrző és betegbevonó hatása van, egy betegkört tudok vele megtartani”. (VI)

²² Fedezet 1 a működési bevételek és a közvetlen költségek különbsége. Fedezet 2 a Fedezet 1 és a közvetett költségek különbsége. Fedezet 3 a működési üzemgazdasági eredmény, mely a Fedezet 2 és a központi költségek különbsége. Fedezet 4 az amortizációval korrigált üzemgazdasági eredmény, mely a Fedezet 3 és az amortizációs költség különbsége. Fedezet 5 az amortizációval korrigált működési és rendkívüli üzemgazdasági eredmény, mely a Fedezet 4 és a pénzügyi eredmény és rendkívüli eredmény összege. (forrás: Esetszintű költség-számítás módszertani kézikönyve)

III.4.2.3. Kontrolling, mint kapacitástervezési és -kontroll eszköz

A fedezetek ismerete megalapozza a kapacitások kialakítását. A fedezeti és egyéb pénzügyi és nem pénzügyi tényezők ismeretében a kapacitásokat úgy határozhatják meg, hogy megfelelő szakmai és beavatkozási portfóliót tudjanak kialakítani, majd ezeket folyamatosan karbantartják.

„Az alapadatok alapján olyan esetösszetételt csináltunk, amiről a műtéteket megterveztük, ebből ki tudod kalkulálni a kapacitást (orvos, nővér, ágy, műtő), nálunk nem státusz van, hanem üzlet van, business van. Ebből mindent ki tudsz számolni, akkor látod a súlyszámot, beleférsz-e a TVK-ba, hány ágy szükséges, hány óra, ápolási személyzet, stb. Az egészségügyben ezt is ilyen szinten meg lehet tervezni, ha az ember egy piciként gondolkodik rajta.” (VI)

„A kapacitásokat utána tudod állítani, hogy milyen szakmákat, milyen típusú beavatkozásokat végzel, azokra milyen keresletet keltesz, te saját magad, az nagy kérdés, hogy tudod-e rugdosni a háziorvosaidat, a beküldő rendszert, ellenőrzési rendszert, mert ha túl hosszú az előrejelzés egy szakmában, akkor baj van, tessék a kontrollokat csökkenteni. A másik, hogy aztán meg kell néznem, hogy milyen portfóliót állítok össze, nekem fedezetelven megvan a szakmáknak a nyereségessége és fedezettermelő képessége, és ennek megfelelően tudom utána disznó módon állítani a szakmai portfóliót, hogy mit érdemes növelnem.” (VI)

„Nagyon komoly a kapacitáskontroll és évente újraállítjuk az óráinkat, minden évben, évente egyszer teljesen újrafogalmazzuk a kapacitásainkat, korábban 15-20%-ot módosítottunk, mára lementünk 2%-ra ... Évente 1-2%-ot változtatunk a szakmai portfólión, átcsoportosítunk szakmák és divíziók között is.” (VI)

III.4.2.4. Kontrolling, mint keretgazdálkodási eszköz

A keretgazdálkodás az egészségügyben speciális jelentéssel bír, elrugaszkodva a kerettervezés klasszikus definíciójától. Ez a szabályozás általában minimalizálást jelent a költségek oldalán, mivel a kórházi költségvetésben nagyon szűkre szabott: a 2012. évi költségkereteket 15%-kal csökkentették és a mai napig nem növekedett ez az összeg.

„rendkívül egyszerű, és nagyon kézenfekvő rendszer terjedt el: valamilyen keretrendszerrel üzemeltetnek, dologi költségekre, és elsősorban szakmai jellegű dologi költségekre. Ezt persze diagnosztikákra, akár létszámra is ki lehetne terjeszteni, de gyógyszer keretet, vagy szakmai anyag keretet rendre hirdetnek ... mint az egyetlen szabályozhatónak vélt eszközzel az osztályok költségeit, mert azt gondolják, hogy a vásárolt szolgáltatások minimálisak, a diagnosztikába valami ok miatt nem nagyon szeretnek belenyúlni. (SzI)

„a keretgazdálkodás, keretmenedzselés, azt jelenti, hogy az éves költségvetés kiadási előirányzatai le van osztva klinikákra és ennek a nyomon követése egyik fő feladata a kontrollingnak, illetve ezen kereteknek a folyamatos módosítása, klinikai teljesítményhez igazítottan. Ha egy klinika egy teljesítmény tervéhez képest alul teljesít, akkor a kontrolling feladata, hogy az alulteljesítés arányában előirányzatokat vonjon el és egy másik – túlteljesített –klinika számára pedig biztosítsa a keretet, hogy a teljesítményhez kapcsolandó többletkiadását finanszírozni tudja. Ez egy napi feladat, a projektszerű költségvetés tervezésén túl, ami kitölti a kontrolling idejét.” (VI)

Sokfajta keretet neveztek meg az interjúalanyok, amelyekkel az osztályok gazdálkodását féken tudják tartani, szakmai anyagkeret, gyógyszerkeret, vérfelhasználási, labor és CT keret, ezeknél akár beszerzői és felhasználói szintű keret is van. A keretek a teljes kórházi költségvetés kb. 20%-át érintik, és ezek közül is a közvetlen betegellátáshoz kapcsolódó költségsorok (pl. vér és a gyógyszerkeretek) felhasználása rugalmasabb a többi keretnél.

„Igazából a keret se keret, mert túl lehet lépni, csak esetleg hajmeresztő kusza adminisztráció tartozik hozzá”. (SzI)

„Elvileg nem lépheti túl a keretét, de egészségügyről van szó, nagyon nehéz megfogni. Ha most elfogyott a gyógyszerkerete annyit tudok kérni, hogy írd le, hogy miért? Ilyen dedós.” (VI)

A keretek az éven belül többször, a felhasználásoknak és igényeknek megfelelően folyamatosan módosulnak, mivel funkciója a merev költségkorlátozás lenne, de a betegellátás ezt jellemzően felülírja. A definícióban meghatározott operatív kerettervezés lényege, hogy a szervezeti egység vezetője és a menedzsment megállapodik a működés feltételeiben, és ezt a megállapodást betartják. A keretek esetében nincsen ilyen megállapodás, mert nem előzi meg egy egyeztetés és már a keretek kiosztásakor sokan betarthatatlannak tartják az alacsony kórházi költségvetések miatt. A költségkeretek meghatározása és az azzal való gazdálkodás változó az intézmények között,

„sokszor havi osztályos felosztású és éven belül is sokszor beleavatkoznak, lejjebb viszik vagy lazábbra engedik a kereteket, ezt az anyagfelhasználás során is szabályozzák.” (SzI)

„van, ahol nagyon keményen meghatározzák a kereteket, esetleg még a költségkereten belül valamilyen darabszámmal, például 10 db csípőprotézist kap az osztály ... akik ezt nagyon keményen csinálják, azok hetente, 10 naponta megcsinálják a várható teljesítményt, az addig elköltött pénzeket és ennek megfelelően módosítanak. (SzI)

Amely kórházban „legjobban, legkeményebben” felépített rendszer működik, ott havonta kétszer értekezletet tartanak a költségek elköltéséről (témája: kiadott keretek, előző hónap teljesítése, rendkívüli keretek, változások a szokásos költségkerethez képest, indoklások, tartalékkeret, annak fogyása”).

„Aki ilyen eléggé szépen fölépített rendszert üzemeltet, annál is ... ez a rendszer így sem nullszaldós.” (SzI)

Arról viszont nem szabad megfeledkezni, hogy a keretek a teljes kórházi „bűdzsének csupán 20%-a, vagy még annyi se”. Mégis nagy jelentőséget tulajdonítanak neki, mivel úgy látják, hogy a bér, illetve a központi költségek nagyon rugalmatlanok, nem lehet velük megtakarításokat eszközölni.

„Amit nem tud megfogni, az a túlóra, helyettesítés, szabadságolás, ahol elmegy a pénz ... Van ahol azt csinálják, hogy előre meg kell határozni a túlórát, de ... nem tudom megmondani, hogy a következő hónapban hány beteg érkezik, meg hányan lesznek betegek, tehát nem lehet...de ha a tapasztalati adatok alapján megkéri, akkor azt ki is fogja használni, mert engedélyezték. Abszolút nincs ebben gazdálkodási lehetőség.” (FCsI)

A klasszikus tervezés háttérbe szorulását a bizonytalanság, jogszabályváltozások, folyamatos újratervezések, és az alulfinanszírozásból adódó „intézményi álló helyzet” generálta. A teljesítmény korlátjánál sokkal nagyobb probléma a bizonytalanság és a jogszabályi változások.

„az utóbbi évtizedben, ha finanszírozási változás egy évben csak háromszor történt, akkor az egy nyugodt év volt. Nincs mire tervezni, mert erős bizonytalanságok vannak, nincsenek előre információk. ... Aki korábban még tervezett is, az is feladja a tervezést, mert ezt a főorvosokkal évente többször nem lehet eljátszani, márpedig nélkülük osztályos szintű tervezést nem lehet végezni.”(FCsI)

A kontrolling tervezési eleme sok helyen a kerettervezésben és a személyi státuszok által meghatározott költségek megállapításában merül ki. A bérelemek a teljes költségvetés 60-70%-át is eléri, amire pedig tervezés, bérgazdálkodás nem történik, csak a szükséges minimum feltételek és státuszok alapján meghatározott összeg kerül a költségvetésbe. A dologi keretek a költségvetés töredékét teszik ki, de az alacsony kórházi költségvetés nem is ad másra lehetőséget. Pedig:

„az állami kórházak egy nagyon nagy tévedése a kerettervezés, mert a TVK kihasználás optimalizálása a legfontosabb, és ehhez tudni kellene, hogy mely termékek hozzák a legnagyobb profitot.” (VI)

A keretgazdálkodást a TVK és a puha költségvetési korlát jelensége hívta életre és az egyre szűkülő gazdasági terek és lehetőségek visszaszorulása folyamatosan táplálja. A TVK-t megelőző időszakban sok kórház alkalmazott klasszikus tervezést, melyben a teljesítmények és kapacitások alapján tervezték a bevételeket és ehhez igazították a várható kiadásokat.

„az [intézményben] osztályokra lebontva, orvosokat bevonva BNO csoportra, diagnózisokra terveztünk évente egyszer... az orvosokkal, olyan mélységben, hogy például a tüdőgyulladás csoporthoz kapcsolódóan a múltbéli adatok alapján várhatóan mennyi esetszám, gyógyszerfelhasználás, diagnosztika szükséges. ... és ezt osztályos szinten elemeztük, ebből készült az osztályos terv.” (FCsI)

A klasszikus tervezésnek köszönhetően azok a kórházak, amelyek erősen támaszkodtak a kontrolling adatokra (legfőként a fedezetszámításra) eredményesen tudtak gazdálkodni, de a kontrolling rendszer meghatározó pillére volt az érdekeltségi rendszer kiépítése és működtetése is.

A kontrollerek meglátása szerint a keretgazdálkodás alapvetően kedvezőtlen hatással van a gazdálkodásra, mégis a vezetők ezt látják az egyetlen eszköznek a költségvetés túllépésének megakadályozására.

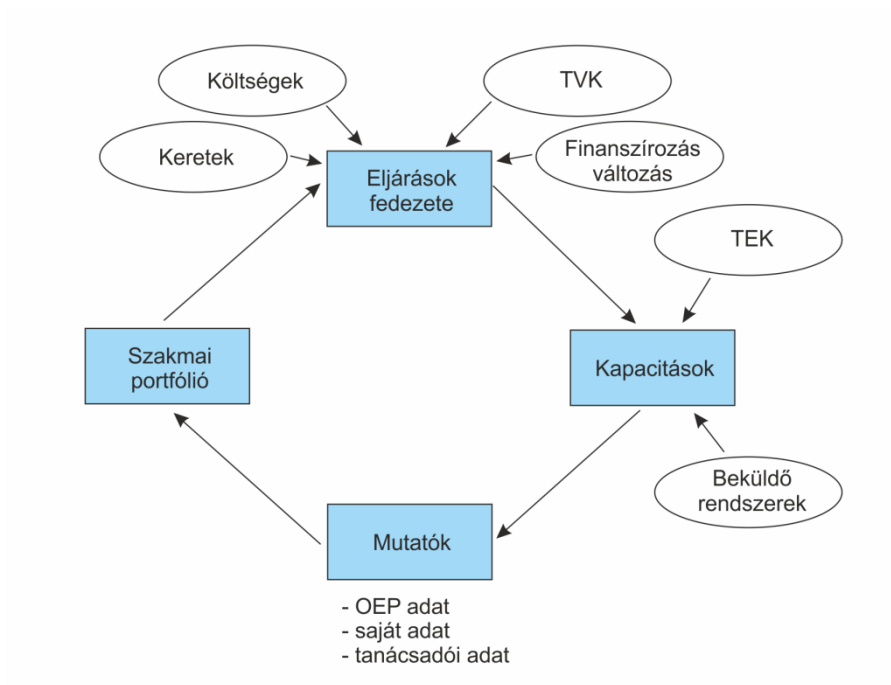
III.4.2.5. Kontrolling, mint művészi eszköz a rendszerek összehangolására

A kontrolling funkciókat alkalmazó intézményeknél rutinszerűvé vált a tervezési-elemzési feladatok ellátása, és ezért úgy látják, hogy a kihívás mindig akkor van, amikor valami változás történik. Ezen változásokat pedig a kontrolling/finanszírozás, mint elsődleges döntéstámogató menedzseli, mivel a probléma legtöbbször a finanszírozás változásából vagy a meglévő finanszírozási aránytalanságból ered, melyet más eszközzel korrigálni szükséges.

A rendszer komplex, melyhez ismerni és folyamatosan monitorozni szükséges a finanszírozást, a fedezeteket, a kapacitásokat és a meghatározott mutatókat, illetve ezek összhangját. Ránézésre egyszerű a képlet: a megfelelő finanszírozású és fedezetű eljárások kiválasztása, ezek alapján a kapacitások beállítása és mutatókkal történő monitorozása, mégis a sok szakma és ezernyi eljárás egy komplex rendszert képez.

„meg kell néznem, hogy milyen portfóliót állítok össze, nekem fedezetelven megvan a szakmáknak a nyereségessége és fedezettermelő képessége, és ennek megfelelően tudom állítani a szakmai portfóliót, hogy mit érdemes növelnem és mit nem” (VI)

De mint minden kórház- és intézménymenedzsment ... a lényege a kapacitások megfelelő beállítása, ha nem jók a kapacitásaid, akkor elvesztél.” (VI)



13. ábra: Kontrolling eszközök művészi összehangolásának kihívása (saját ábra)

De önmagában nem elegendő ismerni az eljárások fedezeteit, mert még a negatív fedezetet termelő eljárások „mellékhatása” lehet egy pozitív fedezetű eljárás igénybevétele vagy a beteg megtartása és későbbi – más jellegű problémájának – kezelése ugyancsak lehet gazdaságilag eredményes a kórház számára.

„sokszor annak ellenére bevállalok rossz fedezetű szakmákat, azért mert betegmegőrző és betegbevonzó, egy betegkört tudok vele megtartani” (VI)

„A nagy művészet az, hogy drága szakmákat is tartsál meg, például endokrinológiát, belgyógyászatot (ami abszolút veszteséges), mert az behozza a beteget, és egyébként küldi majd radiológiára, ultrahangra, amin egyébként majd tudsz fogni, és ezt kell mesterien tudni beállítani.” (VI)

Ehhez a művészi összehangoláshoz szükség van egy kórházi kontrolling csapatra: 3-4 fő jól képzett, felsőfokú végzettségű, szervezési tudással rendelkező munkavállalóra,

akik alkalmasak mindennemű kórházi döntéstámogatás elvégzésére (pl. humán politikai elemzések, átszervezések vagy tömbösítések hatástanulmányainak elkészítése, hatékonysági kimutatások, stb.).

„A jó kontroller, az proaktív, ismernie kell a vezetői célkitűzéseket, ... az alapműködés lényegét, illetve az intézmény értékeit, mert a mindennapi döntések az értékekből vezethetők le. ... Legyen a vezetés közelében, vegyen részt a célmeghatározásban, formálja is azt, az intézményi értékek mentén, legyen proaktív: az adatok között élve, mozogva, a tendenciákat, összefüggéseket megértve tegyen javaslat a vezetés számára, hogy hol vannak hatékonysági tartalékok, hol lehet beavatkozni. ... Sok esetben azon múlik, hogy be lehet avatkozni a működésbe, hogy időben történik-e a reagálás. Ha lassú, nagyon utókövető magatartású a kontrolling, akkor nem segíti a hatékonyságot.” (VI)

„a kontroller az borzasztó fontos, nagyon sokszor már be is hívjuk a kontrollert megbeszélésekre, üljön ott, mondja azt hozzá, amit ő lát benne. Sokszor azt kérjük tőle, hogy ne csak adatokat mondjon, hanem hogy elemezze is ki ... mi az üzleti meglátás mögötte. ... Szerintem egy 5-10 éve kontroller meg tudja váltani a világot.” (VI)

„Ha van egy talpraesett, értelmes kontroller, akkor azért az ő elemzéseivel, meglátásaival sokkal finomabban tud irányítani, felkínálni döntési lehetőségeket, egyáltalán ismeretanyagot, mintha csak a keretrendszereket nézi, akár nap mint nap, vagy dekádonként.” (SzI)

A kontroller tudása és elhivatottsága mellett nagyon fontos, hogy a vezetés körében elfogadott legyen, és kapcsolatuk bizalmon alapuljon.

„Engedjék beszélni ... Amikor a kontroller felnőtt, akkor egyrészt szolgáltatni tud a főigazgatónak, másrészt pedig kialakul egy bizalmi viszony”, hitelessé válik, a főigazgató a kérdéseire választ, illetve impulzusokat kap (például ebben hónapban melyik osztályokat kell megvizsgálni), melyet a heti felsővezetői értekezleteken megvitatnak.,, (SzI)

Ha kontroller nem áll rendelkezésre, vagy kiegészítő szolgáltatásként külső tanácsadókat alkalmaznak, de ez esetben a terület leszűkül jellemzően a finanszírozás optimalizálására és a külső benchmark adatokra épülő elemzésekre.

III.4.2.6. Kontrolling, mint „Jolly Joker”

Jelenleg a kontrolling egy múltat elemző retrospektív eszköz, amely a klasszikus kontrolling funkció helyett az intézmény „Jolly Jokere”. Nemcsak a finanszírozással és kontrolling beszámolóval kapcsolatos feladatokat látja el a kontrolling, hanem mindenféle egyéb elemzéseket, ad-hoc feladatokat a vezetők, a fenntartó felé. Kulcsemberré, kiemelt funkcióvá vált a kontroller, mivel a vezetés számára fontos elemzési, adatszolgáltatási feladatot el tud látni, és bármilyen feladattal megbízható:

„minden, ami forint, azt lepasszoljuk a kontrollingnak” (VI)

„a finanszírozástól, a TVK-tól, mindenféle vezetéstámogatástól (beruházás-megtérülési számítás, pályázatírás), a térítési díj szabályzat elkészítései” (VI)

„Talán mert számok, és ki az, aki a kórházban a számokhoz ért? Az a kontrolling! Szerintem egy kicsit tévedés is, hogy ide sorolták be ... nálam is a 4 fős osztályból tulajdonképpen 1 – 1,5 fő volt, aki kontrollinggal foglalkozott. (FCSI)”

A fenntartótól érkező eseti adatkéréseket a kórházak nem tudják automatikusan megválaszolni, az adatszolgáltatáshoz elvégzett adatgyűjtést és értékelést általában a kontroller készíti el vagy irányítja az orvossal közös munkát.

„Ha például humánpolitikai szempontból kellett döntéseket megalapozni, az elemzéseket mi végeztük ... az alapötlet, az alapelemzés, hogy mi lenne, ha ezt csinálnánk, az mindig nálunk csapódott le. (FCSI)”

A kórházak az adatszolgáltatásokat és számításokon alapuló döntéstámogató feladatokat általában a kontrollingnak címzik, mivel ebben a szervezeti egységben van meg a tudás a feladat elvégzésére. A pénzügyi/számviteli feladatokat ellátó egységek a gazdasági tevékenységet látják el és a költségvetési beszámoló elkészítésében, jellemzően a rendszeres, kifelé (állam és fenntartó felé) történő adatszolgáltatásban vesznek részt. Az eseti adatkérések a legtöbb esetben a kontrolling látja el vagy az adatszolgáltatás teljesítéséhez szükséges belső feladattervezést, koordinálást és az elemzés véglegzését végzi. Az intézményen belüli ad-hoc elemzéseket (betegellátási szolgáltatások átalakítása, átköltözések megtervezése, beruházások megtérülésének kalkulációi, átszervezések, kiszervezés értékelése, stb.) szintén a kontrolling látja el, a főigazgató vagy orvosigazgató kérésének megfelelően.

III.4.3. Állami egészségügyi rendszer és a kontrolling kapcsolata

A teljesítményfinanszírozás bevezetését követően (1993) a kórházak gazdálkodását a vezetők a teljesítmények növelésével szabályozták.

„1995-től az első hazai kontrollingoktól a TVK megjelenéséig a legnépszerűbb és legkönnyebb gazdálkodásjavítási eszközök mind offenzívák voltak: árbevétel növelésre és nem költségrestrikcióra, létszámbocsátásra épültek. De ezt fékezendő bevezették a TVK-t, mint egy nagy bevételi stopot, és házon belül lehetett költségcsökkentéssel gazdasági eredményt, fedezetet javítani, kórház szintű eredményt javítani.” (SzI)

A finanszírozást sok kritika éri egyrészt az alacsony finanszírozás, másrészt a szakmák közötti aránytalanság miatt, mindezek hiányt halmoznak fel és görgetnek a rendszerben.

„pénz hiányzik a rendszerből (50-70-100 Mrd Ft) ... nagyon szűk keretekkel dolgozunk, a 2013-ban a 2012-es keretek csökkentése történt 15%-kal, és ezt tartjuk körülbelül most is 2015-ben.” (VI)

„tényleg van egy 5-8 éves távlatban egy folyamatosan inflálódó TB kassza ... a normál üzem mellett a veszteség 10-15 %.” (SzI)

„míg fogy ez a finanszírozás, rendre 4-5 éve nem osztódik ki az egész költség ... majdnem azt lehet mondani, hogy egy fél-egy hónapi pénz nem osztódik ki a költségben” (SzI)

A teljesítménykorlát bázisfinanszírozássá alakította a finanszírozás, és újfajta gazdálkodási gondolkodást generált, háttérbe szorítva a kontrolling eszközöket. Fókuszba a TVK kezelése és az egyes szakterületek közötti felosztása került.

„a finanszírozás a TVK-val teljesen álló helyzetbe került, nincs mozgás a rendszerben, emiatt kompromittálódott az a nagyon erős kontrolling”.

„A betegellátási érdek miatt, ha olyan a kórház helyzete, akkor fölé kell menni és fölé is mennek. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy ellátják a beteget, egy részüket ingyen, és ha jól egyensúlyoznak a libikókán, akkor ez nem dönti be a kórházat.” (SzI)

A kórházi gondolkodásban az önköltség, illetve a fix és változó költségek ismerete elengedhetetlen, melyet csak néhány fejlett kontrolling rendszerrel rendelkező állami kórház ismert fel. Így ezen intézmények

„a magasabb önköltségű tevékenységeket kevésbé szívesen csinálják, mert a TVK fölé futnak, akkor azok nagyobb veszteséget termelnek” (FI).

„A nagy esetköltségű szakmák (egy szemészet, sebészet, ortopédiai osztályon) TVK feletti ellátás esetén magas költséget indikál, míg a fix költségű humán erőforrás miatt drága belgyógyászati, pszichiátriai szakmák fenntartása esetében mindegy, hogy 100 vagy 110 beteget kezelnek, mert a többletbeteg felvételével minimális költséget indikálok.” (VI)

Az év végére elhatalmasodó adósságok kiegyenlítésére a TB kasszában megmaradó összeget adósságkonszolidáció, várólista csökkentése, stb. célokból visszaosztják. Ez korábban teljesítmény alapon osztották ki a kórházak között, de az elmúlt évek tapasztalata azt mutatja, hogy ma már az egyes kórházak adósságállományától és lobbijától függ a kimentési összeg nagysága.

„Van-e 60 napnál régebbi lejárt tartozása a kórháznak? ... Mindenkinek lett ... a kórházak másképp kezdték el kiegyenlíteni a szállítókat. (SzI)

„ez nagyon rossz eszköz, mert abban az állapotban tartják őket, hogy nem érdekeltek a likviditás megőrzésében, azaz nincs retorzió, ha nagyon elszalad a szállítói adósságállomány a kormányzat inkább egyszeri pénzeket teszget be a rendszerbe és talán abba nem is hisz, hogy ha 100 milliárddal megemelnék a finanszírozást, hogy akkor ez ne termelődjön újra.” (VI)

Az adósság zavarja a kórházak igazgatóit, de nem ösztönzi az eredményes gazdálkodásra, mert az az üzenete, hogy „az adósság után ki fogják fizetni a veszteséget, akkor miért kéne nekem házon belül bármit is, komolyat, erőset tennem, szembeszállni a klinikummal, és sorolhatnám a millió érvet...” A decentralizált önkormányzati rendszerben a működési keretek, gazdasági és egyéb viszony sokkal transzparensbbek volt.

„mint kórház igazgató, teljesen tisztában voltam, ha eladósodok, tönkremegyek, akkor valakinek helyt kell állni ... de a kórházzal való viszonyával és anyagi

lehetőségeivel teljesen tisztában voltam vagy ezt lassú módon akár alakíthattam is.. De annyit és nincs tovább: ha tönkre megyek, akkor nincs ellátás, ha nincs ellátás botrány van, ha botrány van, címlap-sztori leszek, ha címlap-sztori leszek, akkor leváltanak, és sorolhatnánk ugye... Létezett valamifajta piros vonal, amiben a fenntartó, tulajdonos segíthetett véges limitációig.”(SzI)

III.5. Devalválódás paradoxona

Az államosítás során az önkormányzati kórházak állami fenntartásúvá váltak, ami az intézményeknél különböző jelentéssel bírt:

- közös felelősségvállalás,
- közös adminisztrációs szigor: adatszolgáltatások, adminisztrációs és monitoring eszközök,
- politikavezérelt, személyes kapcsolatok által vezérelt kényes terület,
- tisztázatlan közös problémák, megfogalmazatlan vagy rejtett félmondatos elvárások.

Az egészségügyben az alulfinanszírozás megszüntetése (HBCs súly,- és német pontérték emelése) és a szakmák közötti aránytalan finanszírozás rendezése nélkül rendszerszintű eredményeket (kiegyensúlyozott gazdálkodás, humán erőforrás megtartása, kontrolling és ösztönző rendszerek működtetése) már nem lehet elérni, mert a vezetők, kontrollerek, szakértők, sőt még a fenntartó véleménye szerint sincs már tartalék a kórházi működésben, a betegellátás érdekeinek sérülése nélkül. A szakmastruktúrát átfogó kódkarbantartás (HBCs súlyszámok revíziója) a teljesítményfinanszírozási rendszer bevezetése óta nem volt, aminek következtében már jól kirajzolódnak a nyereséges, „jól fizető szakmák” (onkológia, kardiológia) és a (manuális) veszteséges szakmák. A kórházak megpróbálnak „adott szakmán belül kevésbé veszteséges ellátásokat folytatni”, és amennyire lehet a teljesítményeket növelni. De a finanszírozás növelése, azaz forrásbevonás és kódkarbantartás mára már elengedhetlenné vált.

Mindezeknek köszönhetően a kórházi kontrolling rendszerek leértékelődnek, annak ellenére, hogy a szűkülő finanszírozásban még inkább szükség lenne a tevékenységek fedezetének ismeretére a fenntartható szakmai struktúra megválasztásához. Intézményi

szinten jelenleg a kontrolling eszközök használata helyett a TVK- és bevétel optimalizálással próbálják a gazdálkodási egyensúlyt fenntartani.

	korlát nélküli teljesítményfinanszírozás (1993-2004)	TVK-t következő időszak (2004-2015)
szemlélet	teljesítmény alapú (kontrolling)	pénzügyi
gazdálkodás	teljesítmények növelése	likviditáskezelés, keretgazdálkodás
kontrolling rendszer	felfutás és intenzív eszközhasználat időszaka	intézményenként változó, jellemzően nem használják a kontrolling eszközöket
humán erőforrás (kontroller)	elengedhetetlen, premizálható	pénzügyi forrás hiányában sok helyen nincsen
ösztönzési rendszer	pozitív ösztönzés, pénzügyi kifizetések	nincs
finanszírozás	HBCs bevezetése kezdeti kihívás	reálértéken csökkenő
intézményi költségvetés	tiszta viszonyok, „piros vonal”	felpuhult költségvetési korlát
adósságkezelés	önkormányzati támogatás	szállítói tartozások kiegyenlítésére elvárás

10. táblázat: Egészségügyi rendszerváltozás hatása a kontrollingra (saját táblázat)

A kontrolling eszközök használatának alapfeltétele, hogy a vezetők ismerjék ezen eszközök előnyeit és hátrányait, valamint erősödjön a menedzsment szemlélet. Ehhez vezetőképzésre és kifejezetten ezen kompetenciák fejlesztésére van szükség; mind a felsővezetés, mind pedig a középvezetés körében.

Merchant [2007] szerint a jó menedzsment-kontroll azt jelenti, hogy a menedzser ésszerű határokon belül biztos lehet abban, hogy jelentős, nem várt meglepetés nem fogja érni. Az általam megkérdezett vezetők konkrétan definiálták a **jó kontrolling gyakorlatot**, melynek egyik alapfeltétele, hogy a rendszerhez szükséges adatok egy elfogadott módszertan alapján technikailag előállíthatóak, és informatikailag erősen támogatottak legyenek. A kontrolling rendszer folyamatosan megbízható adatokat szolgáltatson a napi működtetéshez, és ezen adatok és kimutatások a különböző felelősségi egységeken a szükségleteknek megfelelően álljanak rendelkezésre. A kimutatások tartalmazzák a legfontosabb kapacitáskihasználási és teljesítménymutatóikat két év összehasonlításában, illetve prognózisában. A felelősségi egységek vezetői a bevételeit és költségeit havonta monitorozzák.

A másik elengedhetetlen feltétele a jó kontrolling rendszernek a megfelelő képzettségű és képességű kontroller, akik felé a vezetők az elvárásokat és szabályokat kommunikálják. A kórházi kontrolling elképzelhetetlen a jól képzett, talpraesett,

proaktív kontrollerek nélkül és a kontroller tudása és elhivatottsága mellett nagyon fontos, hogy a vezetés körében elfogadott legyen. Ha kontroller nem áll rendelkezésre, vagy kiegészítő szolgáltatásként külső tanácsadókat alkalmaznak, de ez esetben a terület leszűkül jellemzően a finanszírozás optimalizálására és a külső benchmark adatokra épülő elemzésekre. Sajnos a kontrolling szervezet kialakítása humán erőforrás tekintetében több (leginkább kisebb) intézménynek problémát jelent, ezen intézmények számára megoldást jelenthet a „hálózatban, térségi integráció keretében, akár lazább funkcionális integrációkban” szervezett döntéstámogatási funkció megvalósítása.

III.6. Összegzés

Az alulfinanszírozott eljárások, a teljesítmény korlátozása és a visszatartott OEP kifizetésekből adódóan egészségügyi rendszer forráshiányos és a szállítói tartozások folyamatos emelkedését eredményezi. Ez a környezet egy erős kontrolling eszközhasználatot igényelne, de mégis a kórházi kontrolling rendszer devalválódását lehet kiemelni jelen kvalitatív kutatás eredményeként. Az adósságkonszolidáció jelenségének és a centralizációnak köszönhetően a kórházi vezetők gondolkodásában a pénzügyi szemlélet van jelen és a likviditás figyelésével és a kimentésért történő lobbizással igyekeznek a gazdasági stabilitást elérni. Így a jelenlegi kórházi kontrolling rendszer alapvetően finanszírozás-centrikus, sok intézmény csak teljesítmények elemzésével foglalkozik, az osztályos szintű eredmény-kimutatás gyengén, eset szinten egyáltalán nem működik, modellezések nincsenek.

Az operatív kerettervezés lényege, hogy a szervezeti egység vezetője és a menedzsment megállapodik a működés feltételeiben, és ezt a megállapodást betartják. A keretek esetében nincsen ilyen megállapodás, mert nem előzi meg egy egyeztetés és már a keretek kiosztásakor sokan betarthatatlannak látják az alacsony kórházi költségvetések miatt. A keretek ráadásul a kórházi költségvetés csupán kb. 20%-át érintik, melyek éven belül is többször, a felhasználásoknak és igényeknek megfelelően folyamatosan módosulnak. A keretek funkciója a merev költségkorlátozás lenne, de a betegellátás ezt rendszeresen felülírja, az alacsony kórházi (dologi) költségvetés miatt.

Minderre kormányzati szinten a finanszírozás rendezése lenne a megfelelő válasz, melyhez az intézményi költségszámítások elengedhetetlenek. És a kör itt bezárult, mivel

ugyanaz szükséges a kórházak számára is, egy erős kontrolling rendszer, amelyben a vezetők döntéstámogatása is megvalósul. A fedezetszámítás lehetőséget biztosít az eredményes szakmák és eljárások előtérbe helyezésére, az optimális szakmai paletta meghatározására, melyet már itthon is megfelelő költségszámítási módszertanok támogatnak. Mindezek alapja az informatikai támogatás és az érdekeltségi rendszer kiépítése. Az alulfinanszírozottság ki kellene, hogy kényszerítse a kontrolling szemlélet erősödését, melyhez a fentieken túl a vezetők elköteleződése is szükséges, ezt csakis kompetenciafejlesztéssel és képzéssel érhető el. Ez a tervezési gyakorlatra is hatással lesz, mivel a jelenlegi keretgazdálkodás a likviditást ugyan támogatja, de a gazdálkodást és a betegellátást esetenként hátráltatja. Az alacsony és szigorú keretek az orvosi beavatkozások elmaradását eredményezik, ami a bevételekre is negatívan hat a TVK alatti teljesítmények esetében. A TVK feletti teljesítmények esetében még inkább fontos a fedezetszámítás és a kapacitások megfelelő meghatározása.

IV. VEZETŐI INFORMÁCIÓK FELHASZNÁLÁSA A KÓRHÁZI DÖNTÉSHOZATALBAN

A disszertáció ezen fejezete a Vezetéstudományban angolul jelenhet meg, másodközlésként pedig az Egészségügyi Gazdasági Szemle következő számában fogadták be, tartalmilag és formailag is teljesen megegyezik a publikációval.

A kutatás az egészségügyi intézmények vezetői információinak széleskörűségét és felhasználását vizsgálja a felsővezetők és középvezetők körében. A terület nemzetközi szakirodalma szerteágazó, a cikkben a kórházi működésben jelen lévő logikák, az ebből adódó szerepkonfliktus, a döntéshozatalban megjelenő gazdasági és klinikai tényezők bemutatására szorítkozom. Kutatásom során kvalitatív módszertant alkalmaztam: egyéni vezetői és szakértői interjúkkal és - a döntéstámogatók esetében - homogén fókuszcsoportos interjúkkal gyűjtöttem adatot a terület megismeréséhez.

A felsővezetők jellemzően pénzügyi információkra helyezik a hangsúlyt, és ezen belül is leginkább a múltbeli adatokat vizsgálják, kevésbé jövőbe tekintően. Az osztályvezető főorvosok általában szakmai döntéseket hoznak, értékrendjükhöz a nem pénzügyi mutatók illeszkednek. Az adatok felhasználása a döntéshozatalban inkább diagnosztikus módon történik, alig néhányan alkalmaznak interaktív kontrolling rendszereket, alapvetően a stratégiai gondolkodás hiányában.

Javaslatot teszek a kontrolling rendszerek használatának erősítésére, melyek közül legfontosabb az intézményi belső kommunikáció fejlesztése és a vezetők gazdasági és menedzseri ismereteinek bővítése.

IV.1. Bevezető

A kórházi vezetői információs rendszerek használatára vonatkozó kutatások a nemzetközi véráramba a 2000-es évek elején kerültek, jellemzően skandináv és nyugat-európai szerzők tollából. Az üzleti szektor menedzsment technikáinak alkalmazására irányuló változásokat a New Public Management (NPM, Új Közzolgálati Menedzsment) mozgalmak és a reformok generálták, melyek a piacorientáltabb működés [Drótos et al. 2007], a közigazgatás teljesítményének (azaz hatékonyságának és eredményességének) radikális javítását tűzte ki célként [Bodnár et al. 2011]. A számviteli információk alkalmazása központi eleme a NPM reformoknak, következésképpen az elszámoltathatóság és felelősség kulcsszavak ebben a tekintetben [Nyland – Pettersen, 2004], ezért az NPM radikális változásokat hozott a költségvetési/számviteli rendszerek területén és növelte a közszeaktor átláthatóságát és rugalmasságát [Rosta, 2012].

Számos nemzetközi kontrolling és vezetői számvitel-kutatás készült egészségügyi szervezetben, melyek az információk széleskörűségével, alkalmazásával, a menedzsment logikákkal foglalkozik, de a döntéshozatalt befolyásoló egyedi szektorális jelenség, az orvos-vezetőket érintő szerepkonfliktus sem marad ki a kutatási vizsgálatok témái közül. Az egészségügyi kontrolling-kutatás azon ágát vizsgáltam, amely az egészségügyi szervezetek – általában kórházak, klinikák, centrumok – felsővezető- és középvezetőinek információhasználatával foglalkozik. A nemzetközi kutatási eredmények és Drótos [2012] közzolgálati információ-technológia definíciója alapján tanulmányoztam a hazai kórházi vezetők információ- és kontrolling rendszerhasználatát, melyben három kutatási kérdést fogalmaztam meg:

- 1) A kórházakban hol találhatóak információs pontok a vezetői döntések támogatására, és kik töltik be a döntéstámogató funkciót?
- 2) A vezetői információk mennyire széleskörűek?
- 3) Hogyan használják a kórházak felső,- és középvezetői a rendelkezésre álló információkat? A különböző vezetői szinteken milyen elköteleződés és elvárás van a kontrolling és vezetői információk felé?

A második kutatási kérdéshez elfogadom és alkalmazom Bouwens – Abernethy [2000] *széles területű vezetői információ* definícióját: *külsőleg meghatározott, nem*

pénzügyi, jövőorientált információ, amely a megfontolandó megoldások szélesebb körét nyújtja a menedzserek számára. Ezzel szemben a tipikus *szűk látókörű információ* *belsőleg meghatározott, pénzügyi és múltorientált klasszikus számviteli információ*. Ezen információk felhasználását a harmadik kutatási kérdés keretében *Simons [1995]* *interaktív és diagnosztikus perspektívájával* vizsgálom meg, melyet a szakirodalmi bemutatásban részletezek.

A publikáció első részében a kórházi szereplőket definiálom és a szakirodalmi kutatási eredményeket összegzem, majd bemutatom a kvalitatív módszertant, majd az elvégzett kutatás eredményeit. A publikáció végén rámutatok az eredményekre és levonom a következtetéseket.

IV.2. Vezetői információk használata és a döntéshozatal az egészségügyben

IV.2.1. Kórházi szereplők definiálása és a szervezeti hierarchia

A kórházi döntések hierarchiájának legalsó szintje a klinikai személyzet és a betegek közötti találkozás, a következő szint az osztályok szintje, ahol a vezetők találkoznak a kollégáikkal, majd az osztályvezető és a klinikai vezető közötti kapcsolat. A hierarchián felfelé haladva a betegellátási szinten lévő, tudásmegoszláson alapuló, kollektív fókusz felől az egyénibb fókuszú, menedzseri perspektíva felé tolódik a gondolkodási logika. [Nyland – Pettersen, 2004]

A kórházi döntések legfelsőbb szintjén kulcsszereplő a menedzser (főigazgató), az orvosigazgató/klinikai igazgató, az ápolási vezető és a gazdasági igazgató. Kuntz – Scholtes [2008] definíciója szerint az orvos-vezető praktizáló, a menedzser pedig jelenleg nem praktizáló szakember, vagyis kategorizálásnál a kutatók nem a végzettségre, hanem a betöltött szerepre koncentrálnak a feladatukból adódó különböző gondolkodásmódnak köszönhetően [Schultz, 2004].

menedzser	orvos-vezető	
szervezet érdekében hoz döntést	döntéshozás az egyének érdekében	költségvetési folyamatokban részt vesz (előző időszak alapján)
többféle stakeholder felé elszámoltatható	a szakmáért elszámoltatható	hosszú távú terveket és stratégiákat és különböző elemzéseket (költség szint, kapacitás, medikai gyakorlat) már kevésbé használják
a szervezeti célok vezérlik	döntéseket a szakmai szabályok és normák érdekében hozzák	a jövőbeli tevékenység tervezését vagy az orvosi gyakorlat elemzését már alig használják
csoportdöntés, politikai környezet, alkuk, kompromisszumok	normatív és autonóm döntések	

11. táblázat: A vezetők gondolkodásmódjának meghatározó tényezői, (saját táblázat
Kuntz – Scholtes [2008] és Pettersen – Solstad [2014] munkája alapján)

A klinikai tevékenység a szakmai iránymutatásokon alapszik, az orvosok erősen elkötelezettek a szakmai értékek irányába, így a klinikai diskurzusok külön is válnak a kórház gazdasági területétől. Az orvos-vezetőre a stratégiai és költségvetési dokumentumok alacsony hatást gyakorolnak, részt vesznek ugyan az elkészítésükben, de kevésbé használják. [Pettersen – Solstad, 2014] Ferreira-Da-Silva et al. [2012] kutatása szerint az orvosok készek a gazdasági kritérium elfogadására a klinikai döntéshozatalban, de a szakmai, orvosi, etikai kritériumok mindig magasabb szinten maradnak.

A magyar jogszabály²³ megnevezi a kórházi **felsővezetés** tagjait: a főigazgatót, a gazdasági igazgatót, az orvosigazgatót (felügyeli és összehangolja az orvosi és gyógyszerészeti tevékenységet, az osztályok működését, az igényeiket kontrollálja), és az ápolási igazgatót (ápolási tevékenység felügyeletére és összehangolására). A **középvezetők** a szakmai osztályok orvos-vezetői, osztályvezető főorvosai, akik a szakirodalmi áttekintés alapján azonosíthatóak az orvos-vezetőkkel. Az orvos-vezető a közvetítő a felső szintű menedzser és klinikus között, illetve kapcsolat a stratégiai, központi, befektetésekkel, bérekkel és a klinikai tevékenységgel kapcsolatos működési döntéseknél. Mindkét irányba kommunikálnak, így viselkedésükben „költségvetési maszk”, és – kollégákkal kommunikálva – a „klán maszk” is észrevehető. [Nyland – Pettersen, 2004]

²³ a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet

IV.2.2. Kórházi működésben megjelenő különböző logikák és az ebből adódó szerepkonfliktus

Az egészségügyi dolgozók a napi munkában több logikát követnek párhuzamosan: egyrészt az orvos-szakmai normák és értékek internalizálódtak a szakmai döntésekbe, a napi klinikai gyakorlatban [LLewellyn, 2001], és az orvosok, a szakszemélyzet és a nővérek elsősorban a normákra és értékekre koncentrálnak és gyógyítóként, gondozóként tekintenek munkájukra [Kuntz – Scholtes, 2008]. Ez a menedzsmenttel szemben a kultúrák összeütközéséhez [Abernethy – Stoelwinder, 1995] vezethet, mert a gazdálkodási kultúra a következetesség logikájára épül, az orvosok és ápolók klinikai kultúrája pedig az alkalmasság logikájára [March – Olsen, 1976, idézi Nyland – Pettersen, 2004]. Az orvos-szakmai tevékenységet a szakmai és etikai logika és a kommunikatív racionalitáson alapuló szakmai értekezések irányítják [Pettersen – Solstad, 2014]. Kategorizálásukban a klinikai menedzserek legalább három fajta felelősséggel néznek szembe: menedzseri, orvos-szakmai és személyes felelősséggel. Ebben a háromszögben a „menedzserek a politikai logikával egyensúlyoznak a szakmai és a vállalkozói logika között”.

Nyland – Pettersen [2004] szerint a klinikai felelősség kollektív felelősség, a menedzseri felelősség pedig a hierarchia felsőbb szintjén lévő egyéni felelősségen és a szabályokon alapul. Annak ellenére, hogy a gazdasági teljesítmény fontos a vezetők számára, mégis „a költségvetési deficiteknek nincs negatív hatása a klinikai vezetők teljesítményének értékelésében, sőt inkább rugalmas költségvetésnek tekintik, hogy még több forrást kapnak a tulajdonostól”. Ezzel szemben Lapsley [2007] azt mondja, hogy a pénzügyi menedzsment és a számviteli információk egyre inkább szignifikáns szerepet töltenek be a kórházak vezetésében az osztályszinteken is.

Az orvosok körében lévő hiedelem/meggyőződés nem engedi meg az erőforrások pazarlását, mégis a költség mérlegelése csak akkor merül fel a klinikai döntéshozatal során, amikor nincs életveszélyben a beteg. Ha a gazdasági és klinikai kritériumok egymással szemben állnak, akkor az orvosok a klinikai kritériumokat részesítik előnyben, vagyis a „gazdasági hatékonyság alárendeltje a klinikai hatékonyságnak” [Ferreira-Da-Silva et al., 2012]. Az orvos-orientált perspektíva és a kvantitatív fókuszú gazdasági nézőpont óriási dilemmát jelent az orvosok számára [Malmlose, 2014], és a gazdasági döntéshozásba az orvosok bevonása szerepkonfliktust generál, aminek káros

hatása van az orvosi teljesítményre [Abernethy – Stoelwinder, 1995]. Ez a normák közötti konfliktus csökkenthető, ha a költségvetési tervezés alkalmával a folyamatokat világosan és transzparens módon a szervezeti célokhoz kötik [Abernethy – Brownell, 1999].

IV.2.3. A gazdasági tényezők, a gyógyító tevékenység, valamint a klinikai döntéshozatal kapcsolata

A költségvetés és az orvosi tevékenység közötti kapcsolat a felsővezetői szinten szoros és a kommunikáción alapul, míg a hierarchiában minél lejjebb és a klinikai döntéshez minél közelebb lévő szinteken a kapcsolódás a költségvetés és tevékenységek között egyre lazább [Nyland – Pettersen, 2004]. Ennek oka, hogy a hierarchia alsóbb szintjén az orvosi felelősség vezérli a tevékenységeket, így a formális költségvetés és az akciók közötti kapcsolat laza. Ez javítható, ha a menedzserek tudatosabban vonják be az orvosokat a döntéshozásba [Goldstein – Ward, 2004, idézi Kuntz]. Mivel az orvosok a célokat és terveket külső tényezőnek tekintik, és ez a vezetői információk használatának ellenállásához is vezethet [Abernethy – Stoelwinder, 1995 – Ferreira-da-Silva et al., 2012 idézi].

Ferreira-Da-Silva et al. [2012] a számviteli információk és a klinikai döntéshozatal kutatása során megállapította:

- A kórházi team által létrehozott és elfogadott terápiás protokoll és a menedzsment által elvárt kórházi formulákat két külön kontroll eszköznek tekintik (melyekkel korlátozzák az autonómiájukat), ugyanakkor felismerik ezen eszközök, gazdasági, szervezeti és szakmai előnyeit. Az orvosok bevonása a gazdasági kontrollok kialakításába megkönnyíti azok elfogadását.
- Az orvosoknak egy külső információkból származó (pl. árlista), nagyságrendi elképzelésük van az elrendelt terápia költségét illetően, ami általában a direkt és explicit költségekre korlátozódik.
- A kórházi szolgáltatáshoz kapcsolódó költségek és bevételek az orvosok által gyakran figyelmen kívül hagyott tényezők, mert azokat az orvosi információkhoz hasonlítva irrelevánsnak tartják, de a klinikai

teljesítményindikátorokat (pl. a kórházi bennfekvés átlagos hossza) az orvosok elismerik.

IV.2.4. Információ széleskörűsége

A széleskörű vezetői számviteli információ létfontosságú a menedzseri döntéshozatalhoz [Mia – Chenhall, 1994], amikor – Abernethy 1994 példájával élve – a szervezetek komplex szituációkkal, magas környezeti dinamizmussal és stratégiai bizonytalansággal szembesülnek. Bouwens – Abernethy [2000] definiálásában a *széleskörű vezetői számviteli információ* *külsőleg meghatározott, nem pénzügyi és jövőorientált információ*, ami a menedzserek számára a megfontolandó megoldások szélesebb körét nyújtja. A tipikus szűk területű információt (tradicionális vezetői számvitel, amely belsőleg meghatározott, pénzügyi és múltorientált) ennek érdekében kiegészíti, mivel az információk szélesebb köre hozzájárul, hogy a menedzserek jobban megértsék a tevékenységek, folyamatok és stratégiai eredmények közötti kapcsolatot.

IV.2.5. Információ felhasználásának stílusa

Strauss [2013] által toplistásnak minősített három menedzsment-kontroll tankönyv (Merchant és Van der Stede [2007], Anthony és Govindarajan [2009], Simons [1995]) közül az első két szerző²⁴²⁵ „parancs és ellenőrzés” típusú menedzsment-kontroll megközelítést képvisel. Simons [1995] „innováció és ellenőrzés” megközelítésű definiálása szerint a menedzsment-kontroll „formális, információalapú gyakorlatok és eljárások, melyet a menedzserek azért használnak, hogy fenntartsák és átalakítsák a szervezeti tevékenységek mintáit”. Simons „*Controlling üzleti stratégiája*” választja külön a meghatározott célok elérésének motiválására, monitorozására szolgáló diagnosztikai rendszereket, illetve a szervezeti tanulás és az új ötletek és stratégiák kialakulásának ösztönzésére használatos interaktív kontroll rendszereket.

²⁴ „a menedzsment-kontroll magába foglalja az összes eszközt vagy rendszert, amit a menedzserek használnak, arra, hogy biztosítsák, hogy a dolgozók magatartása és döntéseik összhangban (kongluencia) legyen a szervezet céljaival és stratégiáival”.

²⁵ „az a folyamat, amely által a menedzserek befolyást gyakorolnak a szervezet többi tagjára, annak érdekében, hogy megvalósítsák a szervezet stratégiáit”.

A diagnosztikus perspektíva egy szokásos szervezeti nézőpont, mely a kvantitatív adatok és elemzések által a szokatlan eseményeket, potenciális problémákat vizsgálja. Ezzel szemben az interaktív kontroll a dialógusokra és a formális, informális kommunikációs tevékenységekre fókuszál, segítve a szervezeti figyelmet a bizonytalanságokra irányítani és finomhangolni a stratégiát. Ennek is egyik legnépszerűbb eszköze a riportokban közzétett adatelemzés, de [ICFAI University, 2006] 4 tényezőben tér el a diagnosztikus eszköztől:

- a konstans változók közül a stratégiai jellegűekre koncentrálnak,
- az adatok stratégiai jellege biztosítja a gyakori figyelmet a vezetők szintjein,
- a generált adatokat személyes megbeszéléseken mélyen elemzik és
- ösztönzi a rendszeres vitákat a kérdéses adatokkal, feltételezésekkel és akciótervekkel kapcsolatosan.

A vezetők interaktív kontroll alkalmazásakor a kommunikációra és a szervezeti folyamatok monitoringjára helyezik a hangsúlyt, szemben a diagnosztikus kontroll output jellegű és erős teljesítménymérési fókuszával [Ostergren, 2009]. A teljesítményekkel és az indikátorokkal való stratégiai kapcsolatok, okok és hatások kapcsolatának jobb megértését eredményezi [Tuomela, 2005].

Ostergren [2009] kutatásaiban beazonosítja a kórházi kontroll rendszerek két stílusának jellemzőit. A kontroll rendszert interaktívabb módon használó klinikai menedzserek közvetlen kapcsolatban vannak más osztályokkal, kevesebb tevékenység van decentralizálva és a pénzügyi/finanszírozási osztállyal pedig intenzív kapcsolatuk van. Ezen intézményekben a konszenzusos megoldások keresése fontos („egy hajóban evezést” éreztetik), ha az egyik osztály deficitessé válik, akkor egy másik osztály átad a saját erőforrásaiból. A vezetőknek viszont nagy hiányosságaik vannak nemcsak a számvitel területén, hanem a stratégia és a HR területén is. Azon intézményeknél, ahol a diagnosztikus stílus érvényesül jobban, a költségvetési egyensúly van a középpontban, versenyre koncentrálnak és autonóm osztályokat hoznak létre. A pénzügyi osztállyal gyengébb a kapcsolat, ami a klinikai vezetőktől nagyobb számviteli tudást igényel és ezáltal „hibrid klinikai menedzserekké” válnak, költségvetési rendszerben, folyamatokban tapasztalatuk lesz és használják a saját autonómiájukat a döntéshozatalban. Az ehhez szükséges tudás, struktúra és kultúra felépítéséhez időre van szükség.

Naranjo-Gil – Hartmann [2006] több szerzőre épített kutatásának konklúziója szerint a költségvetés interaktív szemléletű alkalmazása a gyorsan változó stratégiai környezetben magasabb szervezeti teljesítményhez vezet, a nyugodt stratégiai környezetben a diagnosztikus típusú alkalmazás előnyösebb. Az interaktív kontrolling használat létfontosságú a dinamikus stratégiai változás esetében, mivel ez támogatja az innovációt [Naranjo-Gil – Hartmann 2007, Naranjo-Gil et al. 2008]. Kutatásaiban pozitív kapcsolatot talált az orvos-szakmai vezetés és az interaktív kontrolling használat, valamint a nem pénzügyi vezetői információs rendszer (VIR) között, továbbá a stratégiai változás, a VIR interaktív használata és a felsővezetői heterogenitás között is pozitív összefüggést mutatott ki. Ezenkívül az interaktív VIR használatával befolyásolható az egyének magatartása, illetve javítható a vezetői team elkötelezettsége és szocializációja. [Gómez-Luiz – Naranjo-Gil, 2011]

A menedzserek a formális top-down kontrollt preferálják [Naranjo-Gil – Hartmann 2006], a szervezet általános és gazdasági paramétereire helyezik a hangsúlyt, és kevésbé fókuszálnak az alpműködés mutatóira [Benveniste 1987], valamint a rendszer innovációjára is hajlamosabbak [Young et al. 2001]. Az orvos-vezetők informális kontroll preferálásából fakadóan feszültség keletkezik a vezetők között. Mégis a heterogén összetételű vezetői teamet a szakirodalom pozitívan értékeli. A változó háttérrel és kompetenciával rendelkező felsővezetői team előnye az információk különböző formáihoz való hozzájutás. [Kuntz – Scholtes, 2008] Általánosságban elmondható, hogy

- a heterogén felsővezetés szélesebb látókörű, elkötelezettebb a lehetőségek keresésében és a környezeti igényekre adott válaszok szélesebb portfóliójával rendelkezik, képes jobban felismerni a stratégiai lehetőségeket és azonosítani a stratégiai változásra való szükségességet;
- a stratégiai változás kezelésében a sokszínűség (kor, tapasztalat, végzettség, kinevezés) előnyt jelent [Carpenter, 2004], de a kreativitás tényezőiben a kor és a kinevezés sokszínűsége kevésbé fontos (innovatív szemlélet és információ diverzitás);
- a heterogén vezetésben több különböző vélemény érkezik a stratégiai változással kapcsolatban, ami több alternatíva létrejöttét eredményezi [Wiersema – Bantel, 1992];

- a heterogén felsővezetés jobban elkötelezett a szervezeti innováció és diverzifikáció felé, mivel ez megköveteli a stratégiai perspektívák szélesebb portfóliójának figyelembe vételét [Bantel, 1989].

Számos magyar szakirodalom (például alapként tekinthető Antal – Dobák, 2010, Bakacsi, 2004] tárgyalja a munkacsoportok vezetését, csoportműködést, a csoportszerepek hatását, de felsővezetők és a kórházi felsővezetés csoportjának heterogén összetételének vizsgálata itthon még nem valósult meg, ahogy a kontrolling használatára vonatkozó kapcsolatok feltárása sem.

IV.3. Módszertan

Jelen kutatásom fókuszja az intézményi szintű, a vezetői információk széleskörűségét és a kórházak felső,- és középvezetőinek információhasználatát és ennek elköteleződését vizsgálja kvalitatív technikával: 11 egyéni vezetői interjúval és - a döntéstámogatók esetében – egy homogén fókuszcsoporthoz tartozó interjúval. Az egyéni és a csoportos interjúk félig strukturáltak, és a csoportos megbeszélést megelőzte egy kiegészítő kérdőív, a kutatás témájának, illetve a válaszadók nézőpontjainak jobb megismerése céljából.

Öt főigazgatóval, egy orvos-igazgatóval, és két gazdasági igazgatóval készítettem vezetői interjúkat (idézeteknél VI-val jelölve). Az interjúalanyok jellemzően a nagy ágyszámmal rendelkező kórházak közül kerültek ki, mivel a döntéstámogatás az intézmények méretével lesz egyre hangsúlyosabbak. Három interjút készítettem OEP finanszírozású vállalkozással, melyek közül kettő tulajdonosa állami szervezet. Az intézményvezetők mellett megkérdeztem a kórházi vezetésben támogatást nyújtó szakértőket (SZI) is.

A fókuszcsoporthoz (FCSI) kis létszámban (6-8 fő) határoztam meg, mivel az interjúalanyok alapvetően több – különböző méretű és profilú – intézmény tapasztalatával rendelkeznek és erősen motiváltak, elkötelezettek a vezetői kiszolgálásban. A fókuszcsoporthoz meghatározása:

- a csoport homogén, de két területet (kontrolling és finanszírozás) foglal magába, amelyek szorosan összekapcsolódnak;

- a résztvevők különböző intézményi tapasztalattal rendelkeznek (eltérő terület, méret, struktúra, menedzsment);
- elhivatottság és erős, határozott véleményformálás már a kérdőívek alapján feltételezhető;
- nyitott, érdeklődő csapat; 3 fő munkahelyi elfoglaltságai miatt nem tudott részt venni,
- a résztvevők jellemzően nők, feltételezhetően ez a szakmára is igaz.

A legépelte interjúk kiértékelése MAXQDA szoftver segítségével történt, melyben nyílt kódolással főkategóriákat jelöltem ki, majd ezeket a kódolás folyamán alkategóriákra bontottam (axiális kódolás), a kódolás ellenőrzésére pedig infrakódolást²⁶ alkalmaztam. A kódolás kategóriáit az alábbi ábra mutatja be.

Főkategóriák	Alkategóriák
Definiálás	döntéshozók döntéstámogatók
Információk széleskörűsége	középvezetés felsővezetés
Információk felhasználása	középvezetés felsővezetés diagnosztikus interaktív
Érdekltségi rendszer	-
Szerepkonfliktus	-
Vezetés	vezetői hozzáállás munkaszervezeti sajátosság rendszer szemlélet hiánya

14. ábra: A kódolás során alkalmazott kategóriák (saját ábra)

²⁶ ugyanazt a szöveget pár nap elteltével újra kódoltam

IV.4. Kutatási eredmények

IV.4.1. Döntéshozók és döntéstámogatók a hazai szervezetekben

A felsővezetők sokszor kiemelt területek igazgatóival (pl. stratégiai igazgató vagy jogi igazgató) szorosan együttműködnek, esetleg a döntéshozásba is jogköröket delegálnak feléjük. A gazdasági igazgató, orvosigazgató és ápolási igazgató szerepe a kórházak méretétől, helyi viszonyaitól, főigazgatói habitustól függően változik, de jellemzően a kisebb kórházakat a főigazgató és a gazdasági igazgató vagy orvosigazgató irányítja, és az ápolási igazgatónak nagyon parciális szerepe van.

Középvezetői szinten a szakmai osztályvezetők döntési jogköre minimális, általában az osztály szakmai munkáját felügyelik: betegadminisztráció koordinációját, eljárások volumenének meghatározását, gyógyításhoz kapcsolódó felszerelések, gyógyszerekkel való gazdálkodás, azaz a költségek – kereten belüli – elosztását. Az osztályvezető felelős a gyógyító ellátásért, ehhez kapcsolódó betegdokumentációért, az etikai normák betartásáért és az orvosok és szakdolgozók oktatásáért és továbbképzéséért. Elméletben a főorvos ellenőrzi és értékeli az osztály betegforgalmi, teljesítmény és gazdasági adatait, melynek intenzitása a főigazgató igényétől, menedzsment elköteleződésétől függ.

A kórházak döntéstámogatása szakmai heterogenitástól, intézményi mérettől, vezetőktől függően változó, de jellemzően a szervezetben funkcióként elszórtan és/vagy törzskari szervezatként támogatják a vezetést, egyes intézményekben külön centrális döntéstámogatási osztály és apparátus van/volt. A döntéstámogatást a megkérdezett vezetők a kontrollinggal azonosítják – meglepő módon még olyan intézményekben is, ahol ez a funkció nem működik –, de a fogalom tovább gondolása után kiegészítik még azt finanszírozási, keretgazdálkodási, műszaki, jogi és közbeszerzési funkciókkal, illetve az intézmények leggyengébb területével a munkaügyi és humánpolitikai támogatással. A kontrollingnak elméletben erős szerepet szánnak a vezetők, de a legtöbb helyen nem vagy csak korlátozottan működik, és sokszor kizárólag a teljesítmények (bevételek) tervezésében és elemzésében merül ki, mivel ennek meghatározó szerepe van a likviditásában és a gazdálkodásban.

Az intézmények a kontrolling részleg kapacitásának vagy speciális tudásának hiányában igénybe vesznek a külső tanácsadókat, elsősorban a finanszírozás

optimalizálásához vagy a benchmark elemzések elvégzéséhez, de kisebb intézmények a kontrolling funkció kiszervezésére is rákényszerülnek.

IV.4.2. Információk széleskörűsége a felsővezetés és osztályvezető főorvosok gondolkodásában

A szektor finanszírozási helyzetéből, a folyamatos adósságfelhalmozásból, „kifizetetlen számlák küzdelméből” adódóan kevesebb figyelem jut a jövőbeli tendenciákra. A vezetők a múltat leíró tényadatokra alapozva igyekeznek a működést fenntartani, a rövid távú lehetőségek keresése mellett. Azon kevés intézménynél, ahol a napi fizetési problémák kevésbé vannak jelen, ott több figyelmet tudnak fordítani a jövő tervezésére, befolyásolására.

Összességében elmondható, hogy a *felsővezetés* elsősorban a pénzügyi adatokra helyezi a hangsúlyt, a gazdasági terület szoros együttműködésével²⁷. A pénzügyi adatokon belül is leginkább a múltbeli adatokat vizsgálja, olyan szemüvegen keresztül, ami rávilágít a gazdálkodást javító (jelenleg leginkább költségcsökkentési) intézkedésekre. Csekély számú kórház gondolkodik jövőbe tekintően, annak ellenére, hogy fejlesztési tervekkel és valamifajta stratégiával is rendelkeznek. Ebből adódóan a hosszú távú gondolkodás ritka: leginkább a piaci érdekeltségű intézményeknél vagy tevékenységeknél jelenik meg és formálja a működést és indikálja a beruházásokat. A felsővezetés a kontrolling adatok eltérésének jelzését igényli, amely kijelöli a részletesebb elemzések területeit. Ezen a szinten legjellemzőbb információk a teljesítményadatok, a kapacitás kihasználás adatok, osztályos teljesítmények és fedezetek terv/tény elemzése, eltérések okainak vizsgálata.

Pénzügyi adatok hangsúlya: A döntéseknél a legnagyobb súlya a pénzügyi adatoknak van, mindenekelőtt a TVK-gazdálkodás és a költségvetés, likviditás, a kórház gazdasági helyzete kerül a középpontban. Ezen belül is az adatok a bevételi oldalra fókuszálnak, a vezetők a teljesítményt folyamatosan monitorozzák és ehhez igazítják a döntéseket. A költség oldal adatait nem érzik validnak, így azokat kevésbé használják

²⁷ Magyarországon a főigazgatók alapvetően orvosi végzettségűek, esetleg kiegészítő menedzsment diplomával rendelkeznek.

(„vakrepülés”), de, küzdenek vele és felismerve fontosságát, törekednek a fajlagos, osztály és esetszintű költségek ismeretére.

„A pénzügyi adatok sajnos már nem hanyagolhatóak el döntéseinkben, hiszen az alulfinanszírozottság, a szállítói tartozás állomány folyamatos emelkedése, az értékkövetés hiánya, a gazdasági válság generálta áremelkedés olyan deficitet okoz a kiadási oldalon, hogy ha nem figyelünk oda, könnyen működésképtelenné válik az intézmény. Azonban ezt úgy kell csinálni, hogy a betegellátás ne csorbuljon és megfelelően az intézmény a szakmai protokollok diktálta kritériumoknak és az egészségügyi törvény előírásainak.” (VI)

Azok a kórházak, amelyek jól működő fedezetszámítást működtetnek, a kapacitások és teljesítmények monitorozása mellett a fedezetek ismeretére is fókuszálnak, de nem kizárólag a pénzügyi adatok alapján hozzák meg a döntéseiket. Több helyen létezik ügyfél-elégedettség mérés, orvosi-szakdolgozói elégedettség-mérés vagy BSC típusú elemzések. Ettől függetlenül a vezetés hozhat kizárólag pénzügyi adatok alapján is döntést általában a kórház intézményi költségcsökkentését illetően, például egy energetikai beruházás, fűtése korszerűsítés, telephely-átszervezés és egyéb szűken vett betegellátást nem érintő kérdésekben.

Jövőbe mutató adatok helyett múltat vizsgálóak: A felsővezetés jellemzően a visszamenőleges, „magyarázd meg, hogy miért annyi/több/kevesebb?” típusú adatokat vizsgálja és ezek jövőt érintő hatásait építi be a mindennapi működésbe.

„A jövőbe mutató elképzeléseknél mindig a múltbeli adatokra tudunk leginkább támaszkodni és azok felülvizsgálata és a konzekvenciák levonása után várható jobb teljesítés és optimalizáltabb gazdálkodás.” (VI)

„A mindennapjainkat sajnos a múlt lekövetése tölti ki. De vannak már olyan beavatkozási területek, ahol sikerült már elérnünk a gyors információszolgáltatást és ezáltal lehetőséget nyújtunk a beavatkozásra, de a tevékenység nagy része mégis az utókövetés.” (VI)

A korlátozott teljesítmények által generált leszűkült mozgástér, valamint a jogi és finanszírozási környezet folyamatos változása inkább a napi és múltbeli problémák megoldására irányítja a vezetés figyelmét (a bevételi kódolások javíttatása, a költségek pontosabb ismerete, stb.). Kevés vezetés mondhatja el, hogy teljesen széleskörűen

igyekszik használni az adatokat, nemcsak a múltorientált információkat használja, hanem jövőbe is tekinteni. Korábban (TVK bevezetését megelőzően) például a CT, MR beruházási elemzések jövőbe mutatóak voltak:

„akik jól csinálták a kontrollingot – a 2000-es évek elején –, előre mutató információik is voltak, ma már sajnos csak visszamenőleges adatszolgáltatás működik, a jelent a múlthoz hasonlítják” (FCsI)

„Van szakmai fejlesztési tervünk, fejlesztési koncepcióink, tehát foglalkozunk a jövővel is, de arányában alapvetően a jelennek, a jelenben hozott döntésekhez pedig általában a közelmúlt számaikat használjuk. Tehát ha valamilyen intézkedést, kiegészítést, átcsoportosítást tervezünk, akkor általában az elmúlt fél vagy 1 év teljesítmény adatait nézzük meg.” (VI)

Jelenleg a jövőben való gondolkodás a tervezés keretében évente maximum egyszer történik. Az erős finanszírozási szemlélet miatt a folyamatos előrejelzés a HBCs és német pontok tervezésében és folyamatos korrigálásában van leginkább jelen, de az is csak az adott évben. A kórházak „a TVK-val, a teljes változatlansággal, a szakmai portfóliók ösztönzésének hiányával” be vannak korlátozva.

Erős rövid távú és gyenge hosszú távú gondolkodás: A jövőbe mutató adatok felhasználása már jelent egyfajta hosszabb távú gondolkodást, de ez inkább a piaci érdekeltségű intézményeknél jellemző, ahol a megtakarítások működési költségcsökkentést eredményező beruházásokra fordítódnak. A beruházások, nagyobb fejlesztések hosszú távra irányulnak, a kisfejlesztések mindig adott évet vagy nagyon rövidtávot érintenek, az eredményektől függően.

„Végtelenül egyszerű a stratégiám: az ingatlan felújítás az 5 éves távlatban a fejekben van, a divíziókkal átbeszéltük az elveket és a nagyfejlesztéseket, de a közepes vagy kisfejlesztéseket mindig az előző évben beszéljük át, mert költségvetéstől függően próbálom igazítani.” (VI)

Az állami kórházaknál a forráshiány, a bizonytalanság, folyamatos jogszabály,- és finanszírozási változások a rövidtávú gondolkodásra ösztönöznek. Emellett vannak intézményi fejlesztési tervek, de mindig a forrásnak megfelelően változik a megvalósítás: ha energetikai korszerűsítésre van pályázat, akkor az kerül fókuszba.

Külső és belső adatok beépítése a döntéshozatalba: Jellemzően a belső adatok előállítása és felhasználása történik, amelyek a fent leírtak alapján inkább múltbeliek és a teljesítményeket, finanszírozást fedik le. A külső adatok közül a külső szakértők és az OEP által készített országos szakmai benchmark adatok kerülnek a felsővezetők asztalára, jellemzően évente egyszer a költségvetés megtervezésekor. Ez lehetőséget biztosít a különböző szakmáknak a fajlagos bevételeik és költségeik az összehasonlítására és az osztályvezetők ösztönzésére a hatékonyabb erőforrás-felhasználásban.

Az információk széleskörűsége az *osztályvezető főorvosok* gondolkodásában általában a szakmai döntésekre korlátozódik. A klasszikus tervezésben (amennyiben a kórház készít ilyet) részt vesznek, visszajelzést is kapnak a teljesítményükről, intézményenként változó gyakorisággal. A részükre küldött adatok széleskörűek, de jellemzően a nem pénzügyi mutatók dominálnak: teljesítmény adatok, betegforgalmi adatok, Case-mix index, ágykihasználtság, SNH. A tájékoztatás a felsővezetői pénzügyi fókusz miatt minden esetben kiegészül a gazdasági egyenleg, bevételek, költségek/kötelezettségvállalások adataival és néhol megjelennek a benchmark adatok is.

„A benchmark talán az egyetlen, amivel fel lehet az osztályvezetőket idegesíteni. A benchmarknál találkozunk a szakma a pénzzel: értelmezhetetlen számokra a magas gyógyszerköltség vagy személyi állomány. Az összehasonlított fajlagos költségeken már muszáj elgondolkodni.” (SzI)

Több kórházban létező gyakorlat az orvos-vezetők folyamatos (havi) értesítése a teljesítményükről és a beavatkozások fedezetéről, de az ösztönző rendszerek hiányában ez általában csak a piaci érdekeltségű kórházakban működik hatékonyan. Az állami kórházakban is van tájékoztatás az orvos-vezetők felé, de ez a teljesítményekre/bevételekre korlátozódik: betegforgalmi adatok, beavatkozások, esetek száma, jelentett HBCs és német pont, ágykihasználtság, rendelés kihasználtsága, műtéti számok, idő. A költségek oldalán a költségkeretek, jellemzően vér,- és gyógyszerköltség, implantátumok összege fontos a vezetésnek.

IV.4.3. Információk felhasználása a felsővezetői és középvezetői döntéshozatalban

Az orvosok információhasználata a személyes faktoroktól (kor, családi állapot, személyes motivációt és munka iránti elköteleződés), a szakmai faktoroktól (munkatapasztalat, szakmai és személyes perspektívák, elfogadott etikai szabályok) és szervezeti/intézményi faktoroktól (együttműködő kultúra, menedzsment kontroll rendszer és interakció a felettes vezetővel) függ (Ferreira-Da-Silva et al., 2012). A kutatásomban a kontrollerek egybehangzó válasza szerint az információk felhasználása „erősen vezetőfüggő és széles a közeg, amiben dolgoznak”. A vezetők információ és kontrolling használatáról a vélemény megoszlik: legtöbbször a kort és a tapasztalatot, szocializációt említik, mint befolyásoló faktorokat; a szervezeti háttér beépül a szakmai faktorokba, mint tapasztalatszerzés. Nagyon nagy problémának látják a vezetők és a döntéstámogatók is az orvos-vezetők gazdasági, menedzseri végzettségének hiányát:

„Nagyon kevés nem orvos felsővezető van/volt, 10 vagy maximum 20 kórház főigazgatót lehet összeszámolni 20 év távlatában.” (SZI)

„Az orvosi egyetemeken a magatartástudományokat is érintik, de nem azon a szinten, ami egy szervezet irányításához kell, ezenkívül az orvosok 95%-a nem azért ment az orvosi egyetemre, hogy szervezetirányítást tanuljon. Pedig enélkül a vezetők 70%-a alkalmatlan a vezetésre, nem azért mert nem jó ember, csak fogalma sincs róla, hogy mit várnak tőle, alapvető technikákat, módszereket, eszközöket nem ismer és ebből adódóan létre sem hozza azokat a helyzeteket, amelyekkel hatékonyságokat javítana.” (VI)

A szemléleten kívül a vezetői szint is meghatározza, hogy mennyire építenek döntéseket a rendelkezése álló adatokra, így a felsővezetés és a középvezetés jellemzően különbözőképpen gondolkodik, melyet a betegellátástól való távolsággal magyarázhatunk. A felsővezetés inkább a pénzügyi adatokra helyezi a hangsúlyt, míg egy menedzsment szemlélettel rendelkező osztályvezető főorvos döntéseiben a szakmai és a pénzügyi aspektus is megjelenik.

IV.4.3.1. Felsővezetés információ-használata

Egy kontrolling egységet működtető intézményben a felsővezetők napi szinten támaszkodnak a döntés-előkészítők javaslataira, információira; a középvezetők adatokat szolgáltatnak, és kapnak, majd ezek alapján határozzák meg a döntéseiket. Viszont a vezetői információk felhasználása „nagyon emberfüggő”.

„Van olyan vezető, aki minden hónapban előveszi a kontrolling jelentést, mind a teljesítmény oldalit, mind a költség oldalit és minden tételes fedezetet végignéz, összehasonlító adatokat kér az előző időszakhoz, a változások esetében pedig indoklást. ... nézzük meg, beszéljük meg vele.” (FCsI)

„Mennyire használja a főigazgató a belső információkat a döntéshez? Mindig. Nekem számokat kell vinni és a számokra mindig emlékszik is, minden egyes alkalommal. Ha legközelebb két tizedessel arrébb van tolva, rögtön tudja, hogy nem ezt kapta a múltkor. Ő alapoz rá egyértelműen.” (FCsI)

„Akinek van egy kis közgazdasági vénája a főigazgatósághoz, szerintem használni fogja. Akinek nincs, az nem biztos, mert nem lát bele. ... ezért az egyik intézményben nagyon kemény keretgazdálkodással találkoztam, a másikban én kezdtem el kialakítani, mert ott nem volt semmi.” (FCsI)

A felsővezetés szemléletétől és ismereteitől függően széleskörűen felhasználható a kontrolling által előállított vezetői információ, amit egyrészt a bevételek és teljesítmények optimalizálására használnak. Általában az orvosigazgató kézi vezérléssel rendszeresen havonta, negyedévente megtervezi az osztályoktól elvárt teljesítmények lebontását.

„Használjuk a kontrolling bevétel oldalát: súlyszám, teljesítmény, folyamatosan monitorozva van, és ehhez igazítunk döntéseket, de csak a bevételi oldalon, a költség oldal adatai nem validak, nem használjuk, vakrepülés van sajnos.” (VI)

„A havi orvos-értekezletek fő napirendje a teljesítmények, TVK felhasználások alakulása fekvő-járó részen egyaránt. Az egységek akár napi szinten tudnak kontrollt kérni aktuális helyzetükről, de hetente mindenképp kapnak tájékoztatást helyzetükről az osztályos meetingek keretében”. (VI)

A TVK mellett a főkönyvi kiadási adatokat ritkán vizsgálják, esetleg a költségkereteket alakítják, ha a HBCs nem terv szerint alakul. A meghatározott kiadási keretek menedzselése során a kereteket folyamatosan alakítják: bevétel alulteljesülés esetén csökkentik, szakmai igény emelkedése esetén átcsoportosítás mellett növelik.

„Igazából a keret se keret, mert túl lehet lépni, csak esetleg hajmeresztő kusza adminisztráció tartozik hozzá”. (SzI)

„A gyógyszer vagy szakmai anyag kerettúllépése minden esetben szakmai érvekkel alátámasztott kimutatást igényel. Ha indokolt a beszerzés, akkor engedélyezhető, ha nem akkor hatóanyagcsere (gyógyszer esetén), vagy az igényelt anyag csökkentése történik. Az intézményi keretgazdálkodás túllépése esetén az adott osztály főorvosa írásos szakmai indoklásban tájékoztatja a főigazgatót az eltérés okáról. Amennyiben nem indokolt a keret túllépése, akkor a különbözet összege a következő havi felhasználható keretet terheli.” (FCsI)

Ez a TVK és keretmenedzselés a „kiindulási állapot”, mondhatni minden közfinanszírozott kórházban. Emellett

„természetesen mindig nagyon vizsgálnom kell, hogy mekkora lesz az eladósodottság, mi történik intézményi szinten, mekkora lesz hiány, de azt, hogy a belgyógyászat, sebészet és neurológia éppen mit csinál, és hogy mekkorát kellene a nadrágszíjon húzni, azt nem feltétlenül.” (SzI)

A szakmai portfólió javításához már sokkal kevesebb vezető használja az információkat, pedig ezen a szinten a fedezetek ismeretével már erősen befolyásolható egy kórház gazdálkodása. Azok a vezetők, akik használják az információkat, úgy gondolkodnak, hogy

„elkezdlek játszani az osztály szakmai portfóliójával, megtiltom a főorvosnak, hogy vállaljon meghatározott műtéteket, természetesen a területi ellátási kötelezettséget kötelezően el kell látni, de mondjuk a jó fedezettel rendelkező laparoszkópos epe műtétet nem korlátozom.” (VI)

„Meg kell néznem, hogy milyen portfóliót állítok össze. Mivel fedezetelven ismerem a szakmák a nyereségességét és fedezettermelő képességét, és ennek megfelelően tudom utána állítani a szakmai portfóliót: mit érdemes növelnem és

mit nem. Emellett sokszor bevállalok rossz fedezetű szakmákat, mert betegmegőrző és betegbevonzó: egy betegkört tudok vele megtartani. A nagy művészet az, hogy drága szakmákat is tartsál meg, például endokrinológiát, ami abszolút veszteséges, belgyógyászatot, mert az behozza a beteget, és egyébként küldi majd radiológiára, ultrahangra, amin pozitív fedezet van. Ezt kell mesterien tudni beállítani.” (VI)

„a TVK adott, esetleg szakmánként átrendezhetem ... itt aztán a rengeteg ellenállás ... veszteséges szakmák megszüntetése, az ellátás megszüntetése, hát nincs főigazgató, aki ezt meg merné lépni.” (SzI)

A felsővezetés nagyon jó eszköze az osztályok kordában tartására a benchmark adatok feldolgozása, elemzése és értelmezése. Mivel ez időigényes, ezért a belső és külső benchmark adatok megismerése után a vezetés általában meghatározott időközönként kiválaszt osztályokat, amelyeket mélyebben megvizsgál.

„Arról is képe van, hogy nemcsak rosszul gazdálkodik az osztály egy országos benchmarkhoz képest, hanem hosszabban ápol, vagy többet diagnosztizál, nagyobb, drágább gyógyszeresemény, drága termék, vagy innovatív, vagy drágábban vásárolja ugyanazt, amit más esetleg olcsóbban” (SzI)

„Ha a benchmarkban mindezt fajlagos költséggé teszed, összehasonlítod, azon már muszáj elgondolkodni, erre már azt tudja mondani, hogy én nem olyan vagyok, mint mások, rám nem vonatkozik ... föl lehet idegesíteni. ... nem azt hallgatja a nőgyógyász, hogy veszteséges, még azt sem, hogy veszteségesebb, mint a többi nőgyógyászat, hanem, hogy azon belül is megtudja, hogy mi a fő baja: sokan vannak, kevés a beteg, rosszul adminisztrál, túl sok a terápia, túl hosszú az ápolási idő...” (SzI)

A szűkös finanszírozás és a célzott pályázatok minél optimálisabb felhasználása érdekében a vezetők a kórházi struktúrákat újragondolják és gazdaságosabb, hatékonyabb kubatúrát igyekeznek működtetni (pl. szakmák optimális elhelyezése, korszerűbb technikák alkalmazása), anyagi és szakmai lehetőségeikhez mérten.

„Elég nagy a struktúra, telephelyi struktúra, amit használunk, és sokszor adódik olyan elemzési igény, hogy egy klinikát áttelepítsenék a másik telephelyre, másik

épületbe, kisebb ágyszámmal, akkor az hogyan befolyásolná a klinikai központ eredményét, egyenlegét.” (VI)

„A központ működését hogyan kellene átszervezni, továbbfejleszteni... definiáljuk ezek alapján az éves költségvetési tervezésnél, hogy mikre kell hangsúlyt helyezni.” (VI)

A betegbiztonság és minőség kérdésköre felsővezetői szinten alig merült fel, melyből arra lehet következtetni, hogy ezek a területek egyrészt az orvos-vezetők felelősségéhez tartoznak, másrészt pedig a kontrolling nem gyűjt róla adatot.

IV.4.3.2. Középvezetői információhasználat

Az állami fenntartású kórházak felsővezetői az osztályok felé pénzügyi elvárásokat (meghatározott bevételek elérése és kiadások, esetleg fedezetek tartása) közvetítenek, melyek betartatásáért az osztályvezető felelős. A kontrolling az orvos-vezetők munkáját egyrészt a keretgazdálkodással, másrészt havi vagy negyedéves visszajelzésként a kontrolling kimutatásokkal segítik, melynek kommunikációja és használata változó.

„Nagyon széles a spektrum. Vannak olyan kórházak, ahol minden hónapban felrakják az adatokat az intranetre, van, ahol kinyomtatják, kipostázzák az osztályoknak. Elérhetővé teszik. Vannak olyan kórházi rendszerek, ahol inkább megtartják vezetői összefoglalásnak, és ha problémát látnak az anyagban, akkor szűrőpróbaszerűen egy-egy osztállyal megbeszélést tartanak, a kritikus pontokat kiemelik... ez is intézményfüggő.” (SzI)

A fentről artikulált igények hatására az osztályos vezetők általában – ezen fontossági sorrendben – a teljesítményeket, a kereteket és/vagy főkönyvi adatokat és a benchmark adatokat figyelik, és szükség esetén beavatkoznak. A tervezett teljesítmények elérésére kiemelt hangsúlyt fektetnek, általában azonnal le tudják kérdezni a teljesítménymutatóikat, vagy heti, kétheti gyakoriságú adatokat kapnak a kontrollingtól. Az orvosok számára a szakmai adatok és a teljesítmények a fontosak, de emellett a gyógyszer és anyagkeretet felhasználását is figyelemmel kell kísérniük, ami ez nem feltétlenül valósul meg.

„A keretek betartása: ha sikerül, akkor örülnek, de egyébként nem foglalkoznak vele... Puha költségvetési korlát van mindenhol ... inkább a múltat próbálják elemezni, próbálja az osztályvezető megmagyarázni... tényleg csak a tényköltségek feldolgozásával foglalkozik a kontrolling (FCsI)

Az osztályvezető főorvosok szintjén túlnyomó részt szakmai döntések vannak, de a tervezésben részt vesznek, visszajelzést is kapnak a teljesítményükről, a felsővezetői elvárástól és a vezető személyiségétől függően változik, hogy a gazdasági/gazdálkodási szempontokat mennyire veszik figyelembe.

„Jellemzően nem veszik figyelembe a klinikai döntésekben a pénzügyi és gazdasági konzekvenciákat.” (VI)

„De van olyan főorvos, aki jól menő, híres, nagynevű osztályvezető főorvos és (mégis) használja a kontrollingot, és odafigyel rá, hogy mit hoz az osztály és milyen teljesítményeket produkál, van, aki pedig kevésbé, ez folyamatos téma.” (VI)

„inkább a vezető saját víziói számítanak. Van, aki perspektivikusan gondolkodik és építi az osztályát, tudatos szervezéssel veszi fel az embereit és számol azzal, hogy mi lesz például a területi ellátási kötelezettség a jövőben”. (VI)

Az adatok figyelmen kívül helyezésének oka az osztályvezetők kizárólagos betegellátási felelőssége és gazdasági felelősségnek a hiánya. A vezető munkaköri leírásában nem szerepel, hogy az osztály eredményességéért felel, nincsen az elvárás rendszerében. A kontrolling adatok felhasználásához és a gazdálkodási szemlélet erősítéséhez az orvos vezetőknek egyrészt oktatásra, kompetenciaképzésre van szükségük, másrészt ösztönzési rendszert kell kiépíteni és a gazdasági felelősséget is társítani a szakmai felelősség mellé.

„Az osztályoknál semmiféle döntés nincs, nincsenek felelőssé téve a vezetők, melynek egyik nyomós oka az ösztönző rendszer hiánya.” (VI)

„Pénzbeli érdekeltségi rendszerrel lehet rávenni az orvos-vezetőket a pénzügyi/költségvetési és a teljesítményre vonatkozó információk használatára.” (VI)

A kontrollingot intenzíven használó intézményekben a beavatkozásokat végző orvosok is havonta értékelést kapnak a munkájukról, melyben a fedezeteken kívül szakmai adatokat is megjelenítenek: az adott időszakban egy adott típusú műtéti csoportban lévő betegek száma, műtétek száma, ideje (perc), ápolási nap, műtét előtti és utáni bennfekvés, az adott orvos saját átlaga. A bevételek és költségek mellett az elfogyasztott naturáliákat is feltüntetik.

„Ha nem tudja honnan jön a költség, nem fogja érteni. Ja, tényleg 85 percig operáltam, nem 75 percig, és emlékszik is rá, és így elmondja miért...” (VI)

„sebészenként mérjük a műtéti idejét, alulbecsült és túlbecsült lehet. Ha túlbecsült, akkor ez azt jelenti, hogy lefoglalta az erőforrást. Ha csúszás van, az elégedetlenséget szül...” (VI)

Ezekben az intézményekben a tervezés nemcsak bevételek és költségek tervezését jelenti, hanem a kapacitásokét is, továbbá folyamatosan monitorozzák azokat. A teljesítmények és fedezetek ismerete mellett az orvosok a műtőkapacitás terv-tény adatait is megkapják. Az esetek szakmai megvitatása hetente, havonta értekezlet keretében történik, de emellett negyedévente a gazdálkodási információk is elhangzanak, így a számok is beépülnek a szakmai gondolkodásba.

IV.4.4. Szerepkonfliktus az orvos-vezetőknél

Az orvos-vezetőknél a beteg melletti munkából adódóan a szakmai döntések és a betegbiztonság az elsődleges szempont a döntések meghozatalakor. Az osztály gazdálkodását szem előtt tartó, az „osztályát valamilyen céggént szemlélő” orvos-vezetőknél már megjelenik a szerepkonfliktus, melyet az a tény is erősít, hogy

„alulról választott vezetők a saját kollégájuknak szemébe úgy néznek, hogy... meg akarnak felelni, olyan munkaközösséget akarnak fenntartani az intézményben, ami a konfliktusoktól minél inkább mentes.” (VI)

Az orvosok felé való megfelelés és a korlátozott gazdasági környezet feszültséget generál a menedzsment szemlélettel rendelkező orvosokban. Általában ilyen szerepkonfliktus esetén

„a vezető az orvos-szakmai oldalra áll és a gazdasági szempontok képviseletében felad az elveiből és az elvárásokból, amit az irányába támasztanak. Amikor szerepkonfliktus van, akkor a szakmai oldal jelenik meg erősebben, a döntéseiket ezek a szempontok befolyásolják, és ehhez még hozzájön, hogy személy szerint praktizálnak, ezáltal olyan személyes érdekeltségük lehet, ami adott esetben ellentétes a menedzserrel szemben megfogalmazott elvárással.” (VI)

A kontrollerek és a felsővezetők véleménye szerint is megjelennek a szerepkonfliktusok, de nagyon fontos kihangsúlyozni, hogy aki „osztályvezetői kinevezést kap, annak a munkájának egy része kellene, hogy legyen a gazdálkodás és az osztály vezetése. Ne csak a műtőben legyen a főnök”. Egyértelműen erősödik az orvos-vezetők felé a menedzsment szemlélet és az osztályos gazdálkodás elvárása a felsővezetés és a kontrolling részéről.

IV.4.5. Diagnosztikus és interaktív kontrolling

A kontrolling rendszert a kórházak diagnosztikus módon használják, ami jellemzően abból adódik, hogy tervezés hiányában inkább utólagos adatelemzést és kiértékelést jelent a kontrolling. Az adatok részletesebb vizsgálatakor is a kiválasztott osztályok elemzése főorvosi megbeszélések, értekezletek keretében kerül egyeztetésre. Az interaktív alkalmazás a TVK bevezetése előtt az osztályos egyeztetések alkalmával jelent meg, amikor az osztályok az intézményi költségvetés tervezésében aktívan be voltak vonva. Ma inkább

„a vezetőnek az adatra, az elemzésre van szüksége, annyi ideje nincs, hogy informálisan beszéljünk. Általában a főigazgató nagyon elfoglalt, és ha szól, akkor azonnal és máris, most van ennyi időm van... a főigazgató kér és kérdez...

„Nálunk a főigazgató kérdez, nekem pedig legalább háromféle opciót kell adnom, melyből dönthet.” (FCsI)

Az interaktivitás sokszor feladattól is függ:

„a vezetők megkeresik a kontrollingot, ha van egy elképzelésük (tevékenységet beindítanának, eszközt vásárolnának), és egy jövő befolyásoló tervezésben

együttműködnek, de egyébként a klinika mindennapi működését illetően, én úgy érzékelem, hogy inkább diagnosztikus módon használják.” (VI)

„Amikor a kontrolling rendszer bevezetése volt, akkor nagyon interaktívan működött, mert az volt a cél, hogy az osztályok megértsék a szervezetet, lássák a saját költségeiket. Nagyon sok minden kijött, hogy pl. könyvelésben voltak hibák ... és utánamentünk ... Előfordul, kijavítjuk, végre valaki nézi. ... Az adatok összeállítása interaktív volt, nyilván a kontrolling reagált az érzékeny területekre, hogy mit kell egyre mélyebben és finomabban megadni.” (FCsI)

A mai finanszírozási környezetben nagyon ritkán jelenik meg a stratégiai gondolkodás, és az innovatív szemlélet is elenyésző. Kevés jó gyakorlat van, ahol az osztályvezető főorvosok aktívan részt vesznek a szakmastratégia kidolgozásában és a kerettervezésben és a főigazgató nem foglalkozik operatív dolgokkal, hanem az intézmény jövőjére koncentrál és a gazdálkodásról negyedévente pénzügyi beszámolót kap, a szakmai munkáról pedig az osztályvezetőket tájékoztatják. A kórházakban a kontroll hatékony használatának akadálya a menedzseri célok és értékek meghatározásának hiánya (Abernethy 1991), ezért a stratégiai tervezés és a kerettervezés platformja lehetőséget teremt a közép és felsővezetőknek a kommunikációra, a közös gondolkodásra, javítja a közös munkát – a társosztályokkal és a pénzügyi/kontrolling szervezettel is – és ráirányítja a figyelmet a vezetői információk szükségességére.

IV.5. Összegzés

A nemzetközi kutatások eredményei szerint a menedzserek a diagnosztikus kontrolling rendszereket és pénzügyi információkat preferálják. Ha a felsővezetés inkább orvos-szakmai összetételű, akkor több interaktív kontrolling eszközt alkalmaz és a nem pénzügyi információkat használja fel a döntéshozatalban. Ez azzal magyarázható, hogy a menedzser pozícióban lévő orvosok (szakmai normákra és értékekre fókuszálva) hajlamosak háttérbe szorítani a költség információkat. A szervezeti hierarchiában minél lejjebb és a klinikai döntéshez minél közelebb lévő szinteken a kapcsolódás a költségvetés és tevékenységek között egyre lazább, a klinikai vezetők a kontrolling folyamatokat egy sokkal informálisabb és rejtettebb folyamatként definiálják [Nyland –

Pettersen, 2004]. A kórházi menedzsereknek meg kell értenie az orvosok szerepét, motivációját [Kuntz – Scholtes, 2008] és ösztönözni kellene az orvosokat, hogy használják a gazdasági információkat, mert alapvetően az orvosok készek a gazdasági kritérium elfogadására a klinikai döntéshozatalban, csak a szakmai, orvosi, etikai kritériumok mindig magasabb szinten maradnak [Ferreira-Da-Silva et al., 2012].

Kutatásomban vezetői interjúkon és fókuszcsoportos megbeszélésen keresztül megvizsgáltam, hogy a különböző vezetői szinteken (felső,- és középvezetés) milyen információkat igényelnek a menedzserek és az orvos-vezetők és ezeket az információkat milyen stílusban használják. Mindehhez segítségül hívtam a nemzetközi szakirodalomból Bouwens – Abernethy [2000] információ-kategorizálását és Simons [1995] diagnosztikus és interaktív kontroll meghatározásait.

Ez alapján a felsővezetők jellemzően pénzügyi információkra helyezik a hangsúlyt, és ezen belül is leginkább a múltbeli adatokat vizsgálják, olyan szemüvegen keresztül, ami rávilágít a gazdálkodást javító (jelenleg leginkább költségcsökkentési) intézkedésekre. Csekély számú kórház gondolkodik jövőbe tekintően, annak ellenére, hogy fejlesztési tervekkel és valamifajta stratégiával is rendelkeznek az intézmények, mégis a hosszú távú gondolkodás ritka. Ennek kapcsán a fenntartó (AEEK) szerepe újabb kérdést vet fel, mivel a stratégiák kialakításához nem nyújt támpontot, egységes keretrendszer, melyben a kórházak elhelyezhetnék magukat, így még ha vezetői igény fel is merül, erőforrások hiányában háttérbe szorul.

Az osztályvezető főorvosok általában szakmai döntéseket hoznak, a részükre küldött adatok rövid távúak, sokszor tartalmazzak gazdasági egyenlegek, bevételek, költségek/kötelezettségvállalások adatait is, de jellemzően a nem pénzügyi mutatók dominálnak (pl. esetszámok, a kórházi ápolás hossza, ágykihasználtság, sürgősségi esetek, stb.). Az adatok felhasználása a döntéshozatalban inkább diagnosztikus módon történik, alig páran alkalmaznak interaktív kontrolling rendszereket, alapvetően a stratégiai gondolkodás hiányában.

A kontrollig által előállított adatok egyértelműen a stabilabb gazdálkodást szolgálják. A vezetők sokszor nem értik a vezetői információkat, vagy nem ismerik jelentőségüket. Maguk az információk és azok alkalmazási stílusának ismerete is rávilágít az erősebb kontrollig rendszerhasználatra, de belső kommunikációval és kompetenciafejlesztéssel, valamint képzésekkel elérhető a kontrollig, ezen belül is az

interaktív stílusú kontrolling alkalmazása. Mindezekkel együttvéve a kontrolling használata a felsővezetés hozzáállásától, szocializációjától és menedzsment ismereteitől függ. Minél jobban megismeri a vezető ezen információkat és használatukat, annál érettebb lesz kontrolling rendszere és támogatja őt a döntéshozatalban.

A felsővezetői és főorvosi értekezletek megfelelő fórumot nyújta(ná)nak a közös problémák feltárására, de itt az orvos-szakmai kérdések mellett a gazdasági szempontoknak is teret kell adni. Sok intézménynél nem értik az orvosok a kontrolling jelentéseket, szerepüket, adattartalmukat, melyre megoldást csak a szakmai és a gazdasági terület közös munkájával lehet találni. Több közép- és felsővezető a – jellemzően költség – adatok validitását kérdőjelezi meg, amire pedig megint csak a kontrolling rendszerek fejlesztésével lehet válaszolni. Sok lehetőség rejlik még a kontrollingban, melyek kiaknázásához elengedhetetlen az ismeretek bővítése, továbbadása és a – közös munka eredményeként megfogható – rendszerek elfogadása.

V. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

Az új tudományos eredményeim három egymással összefüggő, hierarchikus pillérre épülnek, melyek a következők:

- 1) kontrolling rendszerelemek új szemléletű megközelítése az útelemzés (LVPLS) módszerével,
- 2) döntéstámogató funkció belső szerepe az egészségügyi rendszerben,
- 3) kontrolling adatok és felhasználásának jellemzői a vezetői hierarchiában.

1) Kontrolling rendszerelemek új szemléletű megközelítése, az útelemzés (SEM-LVPLS) módszerével,

- 1.1. Kutatási eredményeimmel megerősítettem, hogy azokban az esetekben, amikor a klasszikus, normalitást feltételező statisztikai módszerek az adatok jellege miatt nem alkalmazhatók, akkor a SEM-LVPLS az összefüggések, változók közötti kapcsolatait jól feltárja, a felépített modell jóságának ellenőrzésével. Emellett egyszerű statisztikai mutatókkal is leírtam a tervezés és elemzés mintázatait.
- 1.2. Elsőként határoztam meg - az IBM SPSS szoftver alkalmazásával - a statisztikai blokkokba rendezett kontrolling elemek (környezet, tervezés és elemzés) kapcsolatát és azok tényezőinek súlyát. A grafikus eredményeimmel a teljes kontrolling rendszer összefüggéseit egyértelműen, és könnyen értelmezhetően bemutattam.
- 1.3. Elemzésemmel elsőként bizonyítottam, hogy:
 - A kontrolling környezetét leíró mutatókat az intézmények hasonlóan választják meg, valamint ezek nagyon erősen befolyásolják a tervezést (0,54), és ezen keresztül a beszámolást (0,83).
 - A környezet és az elemzés közötti teljes hatás (környezet – tervezés– elemzés úton mért hatás) 0,49, vagyis jóval magasabb, mint a 0,04-es értékű közvetlen környezet-elemzés-hatás. A környezeti elemek megválasztása az elemzésre közvetlenül nincsen hatással, de a tervezésen keresztül az elemzésre jelentősen kihat.

1.4. Gyakorlati eredményként rámutatok, hogy

- Jellemzően teljesítmény-tervezés történik az intézményekben, a bevételek, költségek és eredmények esetében inkább az elemzés a meghatározó.
- Az intézményi szintű dimenziók a kontrolling tevékenységek esetében jelentősen eltérnek a szervezeti szintű tevékenységektől, a szervezeti szintű tervezés és elemzés ritka és kevés intézmény (tipikus értéke nulla!) alkalmazza.

1.5. Jövőbeni kutatási feladatként definiáltam az útelemzés eredményeit kiváltó okok feltárását, melyeket a kontrolling gondolkodásra vonatkozóan kvalitatív kutatási eszközökkel (a III. fejezetben) be is mutatok. A kontrolling minősége és az intézmény gazdálkodása (gazdasági egyenlege) közötti kapcsolat további vizsgálendő területet jelöl ki, melyre a szektor adottságaiból fakadóan igazi kihívás módszertant alkotni. További kutatási területek lehetnek:

- tervezési hiányosságok feltárása és megoldási javaslatok készítése;
- beszámolási rendszerek és visszacsatolások kezelésének elemzése;
- a TÁMOP projekt keretében bevezetett egységesítési lépések hatáselemzése;
- döntéstámogatás kérdéseinek megválaszolása: a kórházi menedzserek támaszkodnak-e a kontrolling által előállított adatokra, elismerik-e a kontrolling szükségességét, és döntéseiket ezen ismeretek birtokában hozzák-e meg.

2) Döntéstámogató funkció belső szerepe az egészségügyi rendszerben

2.1. Az egészségügyi kontrolling rendszereket közvetlenül érintett szereplő-csoportok bevonásával egyéni és homogén fókuszcsoportos interjúkat készítettem. Alátámasztottam, hogy a kvalitatív információk – hagyományos feldolgozásán túl – strukturált feldolgozásával (Verbi MAXQDA 12 szoftverrel) azonosíthatók a résztvevők legfontosabb, önbevalláson alapuló véleménye, attitűdje, és hatékonyan pontosíthatók a kutatási kérdések.

2.2. Kutatásommal elsőként mutattam be, hogy a centralizált egészségügyi környezet hatással van az intézményi kontrolling rendszerekre, sőt nagyon erősen alakítja a döntéstámogatást és a vezetést. A kvalitatív kutatási eszközök segítségével a

vezetést és a kontrolling tevékenységét definiáltam és rávilágítottam a külső befolyásoló tényezőire.

2.3. Kutatásaimban a következő neuralgikus pontokat azonosítottam be, melyek egyben a kutatás gyakorlati eredményei is:

- Jelenleg a kontrolling egy múltat elemző retrospektív eszköz, amely a klasszikus funkció helyett az intézmény „*jolly joker*” funkciója.
- Az alulfinanszírozottságból és a puha költségvetési korlátból (adósságkonszolidációból) eredően a vezetők körében túlzott a pénzügyi/finanszírozási szemléletmód, mely devalválja a kontrollingot.
- Az orvos-szakmák közötti kiegyensúlyozatlan finanszírozási arányok belső feszültséget, szervezeti egységszintű gazdálkodási érdektelenséget okoz.
- A teljesítmény-korlátozás hatására a kerettervezés túlzott hangsúlya nem enged teret a kontrolling szemléletének és eszközeinek alkalmazására, ami pedig a menedzsment korszerűbb eszköze lehetne, a betegellátás mennyiségi és minőségi színvonalának figyelembe vételével.
- A tevékenységek fedezetét az intézmények csak nagyságrendileg ismerik, mely a fenntartható szakmai struktúra megválasztásához szükséges lenne.
- A fenntartó által csökkentett pénzügyi források akadályozzák az egész kontrolling rendszer mozgatórugójának, az érdekeltségi rendszernek a működését.

2.4. Devalválódás paradoxona: a környezet egy erős kontrolling eszközhasználatot (költség,- fedezetszámítás, kapacitás,- és benchmarkelemzés, ösztönzési rendszerek) igényelne, de mégis a kórházi kontrolling rendszer devalválódása a jellemző. A kórházi vezetők gondolkodásában a finanszírozási/pénzügyi szemlélet dominál, a finanszírozási bevétel maximalizálásával (teljesítmények elemzésével), a likviditás fenntartásával és a kimentésért történő lobbizással igyekeznek a gazdasági stabilitást elérni.

2.5. Az egészségügyi rendszer és a kontrolling kapcsolatának vizsgálata a jövőbeli kutatási területek széles körét kijelöli, ezekből a legjelentősebbek:

- kontrolling funkciók szektoron belüli komplex kiterjesztésének vizsgálata, pl. fenntartói eszközként vagy betegellátási szinteket összehangoló/kontrolláló ágazatpolitikai eszközként alkalmazása;
- a jelenlegi összetett érdekrendszer feltátása és megoldási javaslatai hozzájárulhatnak a szektor egyensúlyának létrejöttéhez is;
- a humán erőforrás tervezés és gazdálkodás jelenleg az előző évek adatainak minimális korrekcióit jelentik, pedig a kivándorló és pályát elhagyó orvosok és szakdolgozók megtartása, ösztönzése kiemelten fontos lenne;
- emellett kiváló kutatási terület a „puha költségvetési korlát keményítésének” kérdése is, melynek eredményét más szektorok is felhasználhatják;
- tudásbázis, tudásmegosztás működtetésének feltételrendszerének feltárása további érdekes kutatást eredményezhet.

3) Kontrolling adatok és felhasználásának jellemzői a különböző vezetői szinteken

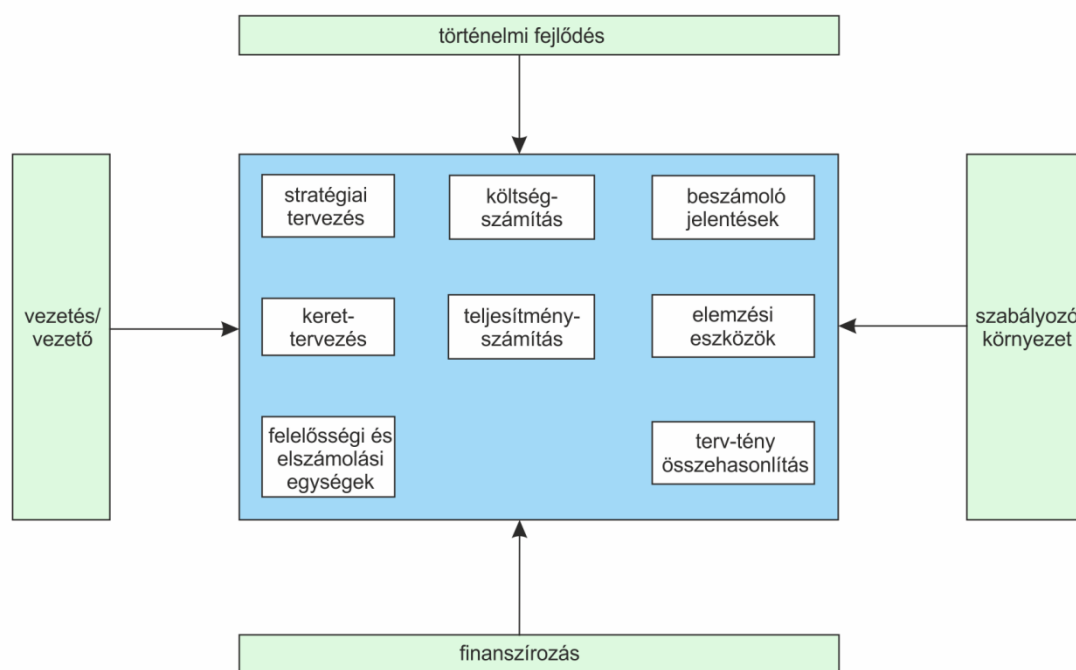
- 3.1. A kontrollerekkel végzett homogén fókuszcsoporthoz tartozó interjú megerősítette, hogy a kontrolling rendszer alkalmazása elengedhetetlen a vezetői döntéshozatalban, de ennek előnye és hátránya a felsővezetők körében kevésbé, a középvezetők körében pedig alig ismert.
- 3.2. A vezetői interjúk és fókuszcsoporthoz tartozó megbeszélés elemzésével rámutattam, hogy a rendszerekben használt adatok nem széleskörűek: jellemzően múltat vizsgáló adatok, melyek erősen pénzügyi és rövidtávú gondolkodást támogatnak, és belső információkból táplálkoznak.
- 3.3. A vezetői információk gyakorlati alkalmazásának gyenge pontja sokszor a pénzügyi szemlélet, a különböző ismeretanyag és érdekeltség, illetve a személyes vezetői hozzáállás:
 - a felsővezetők jellemzően pénzügyi adatokat igényelnek, ezek közül is a bevételekkel és a teljesítményekkel foglalkoznak, a költség adatokat nem tartják validnak;
 - a középvezetők szakmai döntéseket hoznak, melynek fókuszában inkább a betegbiztonság és a minőség van. A teljesítmények monitorozása már bekerült a

szemléletmódjukba, a pénzügyi adatokat – felsővezetői igényektől függő mértékben, de – elhanyagolják.

- 3.4. Az intézmények többségében diagnosztikus rendszer épült ki, melyek fő funkciója a teljesítmények megfelelő szétosztásának monitorozása, erős pénzügyi (keretgazdálkodási) kontroll mellett.
- 3.5. A döntéstámogatás és kontrolling információk felhasználása is további kutatást rejt magába:
 - egy kiválasztott szakma működésében – esettanulmány keretében – fel lehet tárni az orvosok és a szakma gondolkodását a kontrollingról és megvizsgálni, hogy milyen érvek és eszközök segítik feloldani a bennük lévő szerepkonfliktusokat;
 - összehasonlítható az állami intézmények és a (néhány) for-profit egészségügyi intézmények érdekeltségi és kontrolling rendszerének működési mechanizmusa, valamint megvizsgálható a piaci szervezetek tapasztalatainak átültetésének lehetősége.

VI. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK, HOZZÁJÁRULÁS A SZAKTERÜLET FEJLŐDÉSÉHEZ

Nemzetközi egészségügyi menedzsment és kontrolling területén számos kutatás készült, melyeknek létjogosultsága vitathatatlan az egyre szűkülő egészségügyi erőforrások és az erősödő költségmegszorítások miatt. A hazánkban készült néhány egészségügyi kutatás részben [Kiss 2014, Révész 2014, Stubnya 2010], vagy egészben [Dózsa 2010, Takács 2012] érinti a menedzsment területét, de kiemelten kontrolling rendszereket a dolgozatok nem vizsgáltak. A szakirodalomban is csak néhány szaklap foglalkozik kontrolling publikációk megjelentetésével, így tézisémmegírása a hazai kutatási terület ezen hiányát is pótolja. Kutatásommal feltártam a hazai egészségügyi intézmények kontrolling rendszerét, majd megvizsgáltam a vezetői döntések során igényelt adatok széleskörűségét és felhasználásának stílusát.



15. ábra: Kutatási keretrendszer (saját ábra)

A kontrolling rendszerelemek és azok egészségügyi rendszerrel való összefüggésrendszere képezi a kutatás keretrendszerét. Az intézményi kontrolling rendszer és elemeinek feltárása a hazai szakirodalom, valamint az ÁEEK fenntartású kórházak TÁMOP projekt keretében kitöltött kérdőíveinek statisztikai elemzése alapján történt, melyek során felmerült dilemmákat egy kvalitatív kutatásba építettem be. Ennek mintavétele a teljes kórházi populációt érintette (szakkórház, klinika, egyetemi kórház, rehabilitációs intézmény, kis városi kórház, stb.). A számok mögött rejlő mélyebb ismeretek a kontrolling rendszert az egészségügyi rendszer elemeibe ágyazták és kiterjesztették a kutatás keretrendszerét egy tágabb összefüggésrendszer vizsgálatára. Ezen összefüggésrendszer a kontrolling kialakulásának történeti áttekintéséből, a vezetésből vagy magából a vezetőből, a szabályozó környezetből (jogszabályok, fenntartói elvárások, eszközök, stb), és a finanszírozásból áll. A finanszírozás jogszabályokon alapszik, így a szabályozó környezet részét alkotja, de mivel a források nagymértékben meghatározzák a vezetők attitűdjét a kontrolling elfogadására és alkalmazására, ezért ez külön kategóriát képez.

VI.1. Kutatási eredmények összefoglalása az egészségügyi intézmények szintjén

Vezetés és vezetői attitűd

A fenntartói és vezetői interjúk alátámasztották, hogy a kórházak menedzsmentje alapvetően odafigyel a szűkös erőforrások felhasználására, a források költséghatékony elosztására. A gazdálkodási rendszer tekintetében már nagyon heterogén a kórházak gazdálkodási rendszere és a vezetők gazdálkodási ismerete. A vezetők egy része nem alkalmaz kontrollingot (vagy döntéstámogató rendszereket), a szakértők szóhasználata szerint „fejből-zsebből-füzetből” vezetnek, az információk leginkább a felsővezetők fejében állnak össze. A kontrolling rendszert nem vagy kevésbé használó felsővezetői interjúalanyok elmondása szerint a menedzsmentben megvan az igény a kontrolling adatok felhasználására, de személyi, informatikai, validitási (legfőként a költségek tekintetében) problémák miatt mégsem használják. Ezzel szemben interjúalanyok rámutattak a felsővezetői státusz politikai és hatalmi státusz jelentőségére.

A kórházak nagyon jellemző sajátos pénzügyi vezetői eszköze a likviditás és adósságállomány egyenleg figyelésével és a keretgazdálkodás, valamint a TVK-kiosztás működtetésével megvalósuló vezetés. Ez jórészt azzal magyarázható, hogy a kórházak erőteljes bevételi fókusszal rendelkeznek, a vezetők alapszabálynak tekintik a degressziós sávval korrigált maximális bevétel elérését, ezért az OEP felé lejelentett teljesítményeket mindig monitorozzák. A felsorolt gazdálkodási eszközök (keretgazdálkodás és TVK-szabályozás, likviditás és adósságkezelés) kiegészülhetnek a kontrolling rendszerrel. Ennek használata egyértelműen a vezető attitűdjétől függ: a felsővezetés hozzáállásától, szocializációjától és menedzsment ismereteitől. A szervezeti egység szintjén alkalmazott kontrolling ugyanígy a felsővezetői elvárás és igénytámasztás függvénye.

Az információk felhasználását a vezetői szint befolyásolja: a felsővezetők és középvezetők között kimutatható az eltérő adathasználat. A felsővezetők jellemzően pénzügyi adatokat igényelnek, ezek közül is a bevételekkel és a teljesítményekkel foglalkoznak. A középvezetők szakmai döntéseket hoznak, melyeknél inkább a betegbiztonság és a minőség van a fókuszban. A motivációs rendszer hiányában sokszor az osztályvezető főorvosok felé nem is támasztanak pénzügyi elvárásokat, amennyiben mégis, ez akkor sem szerződéses keretek között és konzekvenciák nélkül történik.

Az orvosoknál egyértelműen megjelenik a szerepkonfliktus: egy menedzsment szemlélettel rendelkező osztályvezető főorvos döntéseiben a szakmai és a pénzügyi aspektus is szerepel. Az orvos-szakmai aspektus mindig erősebb, az etikai és orvosi normákra hivatkozva. Emellett nagyon lassan erősödik – de mindenképpen nyomásként nehezedik – az orvos-vezetők felé a menedzsment szemlélet és az osztályos gazdálkodás elvárása a felsővezetés és a kontrolling részéről. A középvezetők sokszor nem tudják értelmezni a mutatókat, kialakításuk nélkülük zajlik, és kommunikálásuk sem történik megfelelően. Szükséges számukra kiemelni, hogy az egészségügyi, betegellátási döntéseket nem lehet és nem is akarják kizárólag pénzügyi adatokra alapozni, de a többi tényező mellett ezt is mérlegelni kell.

Az államháztartási számvitel üzemgazdasági szemléletű közelítése ellenére a kórházak vezetése pénzügyi szemléletű maradt. Jelenleg intézményi szinten a kontrolling eszközök használata helyett a TVK- és bevétel optimalizálással próbálják a gazdálkodási egyensúlyt fenntartani. Az évek óta jelen lévő alulfinanszírozottság és az

erre adott adósságkonszolidációs kormányzati megoldás, valamint az államosítással létrejövő közös problémák és felelősségvállalás a költségvetési korlát felpuhulását eredményezik. A szervezeti egység szintű fedezetszámítás és költségszámítás kevés intézményben működik, ami lehetőséget biztosítana az eredményes szakmák és eljárások előtérbe helyezésére, az optimális szakmai paletta meghatározására.

A kontrolling eszközöket alkalmazó intézmények diagnosztikus szemléletet követnek, ami jellemzően a tervezés hiányában inkább utólagos adatelemzést és kiértékelést jelent. Az interaktív használathoz szükséges a jövőbetekintés, stratégiai gondolkodás: még akkor is, ha a diagnosztikus kontrolling rendszer elemzési eszközeit alkalmazzák. Az interaktív használat kialakítása során kiemelten fontos, hogy a középvezetőket bevonják egyrészt a stratégiaalkotásba, másrészt pedig a költségvetések tervezésébe, melyek mélyebb ismeretével a felszínre kerülnek a megoldandó problémák és a lehetőségek.

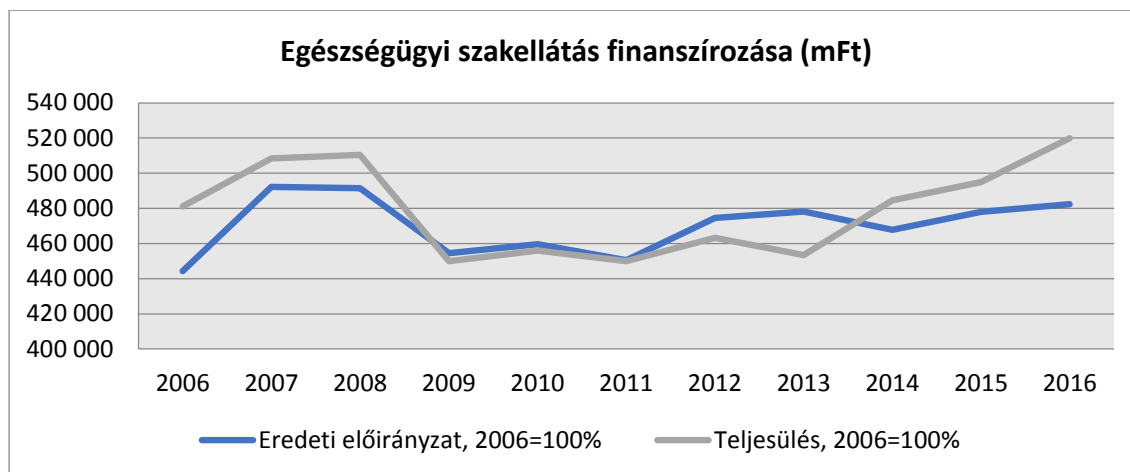
Államosítás és adósságkonszolidáció hatása

A 1990-es évek egészségügyi reformjai eredményeként a központi kormányzati kontrollt a decentralizáció váltotta fel, majd ez az önkormányzati rendszer kisebb változásokkal a 2012-es évig fenn is maradt, mikor újra állami kézbe kerültek a kórházak. Az intézmények egy centralizált szervezetirányító és szakmai irányító csúcsszervezethez tömörültek. Az államosítás az intézményeknél különböző jelentéssel bír: (1) közös felelősségvállalás, (2) közös adminisztrációs szigor: adatszolgáltatások, adminisztrációs és monitoring eszközök, (3) politikavezérelt, személyes kapcsolatok által vezérelt kényes terület, és (4) tisztázatlan közös problémák, megfogalmazatlan vagy rejtett félmondatos elvárások. A fenntartó jelentős adminisztrációs feladattal terheli a kórházakat, melynek egy része a jogszabályi kötelezettségek teljesítéséből fakad, másik része pedig a centralizáció információigényéből. Ezenkívül az államosítás – az önkormányzati rendszerénél lazább – közös felelősségvállalást jelent a kórházak számára. Az egészségügyi szolgáltatók nem fizetik ki a szállítóikat és a kormányzatnál lobbiznak támogatásért vagy kimentésért, pedig az adósságrendezés rendszere nem támogatja az optimális elosztási döntéseket [Langenbrunner et al., 2005]. Kornai [2009] megfogalmazásával élve „öngerjesztő folyamattal állunk szembe”: ha sokan számítanak

a kimentésre, és valóban ki is mentik a bajba jutott kórházakat, akkor még többen fognak számítani rá. A puha költségvetési korlát egy mentális jelenség, a döntéshozó sajátos várakozása, hiedelme a kimentésre, amihez igazítja a cselekvéseit [Kornai, 2009]. A kórházi adósságok megfinanszírozása mára már a rendszer elvárt eleme lett, a kórházi vezetők számolnak az év végi kasszamaradvány és az adósságok kifizetésével. Az adósságkonszolidáció a vezetés attitűdjének változásán keresztül a kontrolling rendszerek használatára is hatással van, mivel ezek használata helyett sajátos vezetési technikák terjedtek el országszerte (lásd korábban bemutatott eszközök). Kornai [2009] megállapítása szerint elenyésző a vállalkozások jelenléte és utat kellene engedni a nem állami tulajdonformák belépésének a korábban bemutatott költségvetési korlát megkeményítése érdekében. A magyar egészségügyi rendszer változása viszont ezzel ellentétes irányba tart.

Finanszírozás az intézmények aspektusából

Az egészségügyi ellátásokat a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK), mint központi szolgáltatásvásárló finanszírozza a költségvetésben meghatározott összeg erejéig, a járóbeteg ellátásokat német pontrendszerben, a kórházi ellátást Homogén Betegcsoportok (továbbiakban: HBCs) és ápolási napok alapján [Orosz – Burns, 2000]. A finanszírozást sok kritika éri, de nem a finanszírozási technika tekintetében, hanem az alacsony finanszírozás és a teljesítmény-volumen korlát, másrészt a szakmák közötti aránytalanságok miatt. Mindezek hiányt halmoznak fel és görgetnek a rendszerben. Az alulfinanszírozás miatt a megkérdezettek szerint évi 50-70-100 Mrd Ft hiányzik a rendszerből; 2013-ban az előző évi keretek csökkentése történt 15%-kal, és azóta is ezen a szinten van a kórházak költségvetése.



16. ábra: Gyógyító-megelőző kassza alakulása 2006-2016 között (adatforrás: www.neak.hu)

A teljesítményfinanszírozási rendszer bevezetése óta szakmastruktúrát átfogó kódkarbantartás (HBCs súlyszámok revíziója) nem volt, aminek következtében már jól kirajzolódnak a nyereséges, „jól fizető szakmák” (onkológia, kardiológia) és a (manuális) veszteséges szakmák. Ezért a kórházak megpróbálnak „adott szakmán belül kevésbé veszteséges ellátásokat folytatni”, és amennyire lehet a teljesítményeket növelni, de sokszor a vezetői „megérzésre”, intuícióna hagyatkoznak a kontrolling eszközök hiánya vagy nem megfelelő működése miatt.

Az adóssághkonszolidáció jelenségének, a centralizációnak és a finanszírozás anomáliáinak hatására a kórházi kontrolling rendszerek leértékelődnek, annak ellenére, hogy a szűkülő finanszírozásban még inkább szükség lenne a tevékenységek fedezetének ismeretére a fenntartható szakmai struktúra megválasztásához. Intézményi szinten jelenleg a kontrolling eszközök használata helyett a kórházi vezetők gondolkodásában a pénzügyi szemlélet van jelen és a likviditás figyelésével, a kimentésért történő lobbizással igyekeznek a gazdasági stabilitást elérni. Így a jelenlegi kórházi kontrolling rendszer – amennyiben van és alkalmazzák – alapvetően finanszírozás-centrikus, sok intézmény csak teljesítmények elemzésével foglalkozik, az osztályos szintű eredmény-kimutatás gyengén, eset szinten egyáltalán nem működik, modellezések nincsenek.

Kontrolling történelmi kialakulása és fejlődése

A HBCs finanszírozás bevezetése és a Világbanki projekt indította el a menedzsment tudományok és a kontrolling rendszerek kiépítésének és alkalmazásának igényét. Az 1990-es évek elején néhány úttörő kórházban kontrolling rendszereket kezdtek el tervezni és kiépíteni, majd expanzív eszközökkel javították a kórházak eredményét. A pionír kórházak eredményjavulásának láttán a 2000-es évek elejétől tömegesen terjedtek el a kontrollinggal támogatott érdekeltségi rendszerek, melyet egészen a TVK bevezetéséig intenzíven alkalmaztak a kórházakban. Ezen felfutási időszak alatt a kontrollinggal és/vagy érdekeltségi rendszerrel rendelkező intézmények rendszeresen – jövőbe mutatóan – terveztek és elemeztek (terv-tény összehasonlítást végeztek) a teljesítmények és bevételek növelése érdekében. A TVK, mint egy nagy bevételi stop, ennek véget vetett és ráadásul a pénzügyi források folyamatos csökkenésének következtében a kórházak az érdekeltségi rendszereket sem tudták tovább működtetni. Ezért a kontrolling alkalmazása is korlátozódott és átalakult: azok az intézmények, akik még alkalmaznak kontrolling rendszereket, egyfajta finanszírozási fókuszú, pénzügyi szemléletben tekintenek rá.

Kontrolling jelentése

A hazai szakirodalom feldolgozása során kimutattam, hogy a vezetők a nemzetközi kontrolling irányokat, módszereket jellemzően nem ismerik, ebből adódóan a kontrolling fogalmi definiálása sajátos, a kórházi működési gyakorlatból ered. A kórházi kontrolling a hazai üzleti kontrolling témáival részben átfedésben van. A döntéstámogatást a megkérdezett vezetők a kontrollinggal azonosítják és elméletben erős szerepet szánnak neki, annak ellenére, hogy a legtöbb kórházban nem vagy csak korlátozottan működik. Egyes intézmények a kontrolling részleg kapacitása vagy a speciális vezetői tudás hiánya miatt külső tanácsadókat alkalmaznak; elsősorban a finanszírozás optimalizálásához vagy a benchmark elemzések elvégzéséhez. Ennek előnye, hogy a tanácsadók sokkal szélesebb körű információkkal és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkeznek.

A döntéstámogató vagy kontrolling egységet működtető kórházakban a finanszírozási részleg sokszor „összemosódik” a kontrollinggal, vagy kisebb

kórházakban ezeket a funkciókat egy szervezeti egység, illetve személy valósítja meg. A kontrolling feladatokat megjelenésükkor a kórházban már meglévő finanszírozási funkcióhoz kötötték, mely később jogszabályi változásoknak, a fenntartó adat- és kimutatás igényléseinek köszönhetően ki is bővült nem klasszikus kontrolling feladatokkal. Mára már nemcsak a finanszírozással és kontrolling beszámolással kapcsolatos feladatokat látja el a kontrolling, hanem mindenféle egyéb elemzéseket, ad-hoc feladatokat a vezetők és a fenntartó felé. Kulcsemberré, kiemelt funkcióvá vált a kontroller, mivel a vezetés számára fontos elemzési, adatszolgáltatási feladatot el tud látni, és „minden, ami forint, a kontrollinggá”: Jolly Joker szerepet tölt be és ezzel – a döntéstámogatást igénylő vezetés szemében – értékes kórházi szereplővé válik.

A kontrolling a megkérdezettek egybecsengő definiálása szerint alapvetően egy szemlélet, a szervezet működésének ernyővizsgáló módszere. Az állami fenntartású kórházak gondolkodásában a kontrolling rendszerint egy múltat elemző retrospektív eszköz, nem gyorsreagálást biztosító tevékenység: gyakorlatilag a nyilvántartás és adatfeldolgozás a kontrolling feladata, nem pedig a tervezés, előrejelzés és visszacsatolás. A finanszírozási-, fedezetszámítási feladatokat, és sokszor a keretgazdálkodás működtetését is a kontrollingtól várják.

Érettebb kontrollinggal rendelkező intézmények ezeket a funkciókat tovább gondolták és a kontrollingot jobban a vezetői információkhoz kötik, azaz megjelenik a szakmák, eljárások fedezetének kalkulálása, a kapacitások meghatározása és a különböző mutatószámrendszerek alkalmazása, valamint visszacsatolásuk. Ránézésre egyszerű a képlet: a megfelelő finanszírozású és fedezetű eljárások kiválasztása, ezek alapján a kapacitások beállítása és mutatókkal történő monitorozása, mégis a sok szakma és ezernyi eljárás egy komplex rendszert képez. De nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy a negatív fedezetet termelő eljárások „mellékhatása” is lehet egy pozitív fedezetű eljárás igénybevétele vagy a beteg megtartása és későbbi – más jellegű problémájának – kezelése.

Kontrolling rendszer működése az egészségügyi intézményekben

A hazai szakirodalom feldolgozása során a tervezés hiányosságára mutattam rá és egyszerű valamint többváltozós statisztikai elemzések során alátámasztottam és részletekbe menően betekintés nyújtottam a tervezés és elemzés tevékenységeibe. A blokkok jellemzői a kontrolling rendszer hiányosságaira irányítják a figyelmünket. A megfelelő környezeti blokk mégsem elegendő a tervezés és elemzés felé történő igénytámasztásban, mégha a kontrollfolyamat a tankönyvi meghatározásoknak meg is felel. Az intézmények számára különböző mértékben fontos az elemzés és a tervezés, és az intézményi szintű feladatoknak (ezen belül is az elemzéseknek) nagyobb jelentőséget tulajdonítanak. A féléves/éves tervezés és elemzés jellemző, de a nagyon magas szórás miatt sok esetben a „nem tervezés/elemzés” is gyakori. Kevés olyan kórház van, ahol a szervezeti egység szintű tervezés és elemzés erős hangsúlyt kap. Az intézmények a teljesítményeknek és a bevételeknek tulajdonítanak jelentőséget, a költségek és az eredmények/fedezetek kevésbé fontosak. Az intézményi adottságok és kontrolling értelmezés különbözőségére tudunk következtetni a változatos adatgyűjtési, tervezési és elemzési gyakorlatból. Ennek okát a vezetők menedzsment ismereteinek változatosságában, differenciált lobbijében, valamint az általuk irányított intézmény eltérő ellátási kötelezettségében és szakmai palettájában kereshetjük.

A kontrolling sajátos eleme a keretgazdálkodás, mely az egészségügyben speciális jelentéssel bír, elrugaszkodva a kerettervezés klasszikus definíciójától. A szakmai jellegű dologi költségekre beszerzési és felhasználói kereteket hirdetnek, melyekkel az osztályok gazdálkodását féken tudják tartani. A keretek a teljes kórházi költségvetés kb. 20%-át érintik, és ezek közül is a közvetlen betegellátáshoz kapcsolódó költségsorok (pl. vér és gyógyszerkeretek) felhasználása rugalmasabb a többi keretnél, azaz *„hajmeresztő kusza adminisztrációval túlléphető”*. Az operatív kerettervezés esetében a szervezeti egység vezetője és a menedzsment megállapodik a működés feltételeiben, melyet rögzítenek és visszamérnek. A kórházak kereteinek tervezésekor nincsenek ilyen megállapodások, mert ezek elfogadását nem előzi meg egyeztetés és sokan betarthatatlannak tartják azokat az alacsony kórházi költségvetések miatt. De *„az állami kórházak egy nagyon nagy tévedése a kerettervezés, mert a TVK kihasználás optimalizálása a legfontosabb, és ehhez tudni kellene, hogy mely termékek hozzák a legnagyobb profitot.”* A kontrolling típusú költségvetési tervezés magába foglalja az

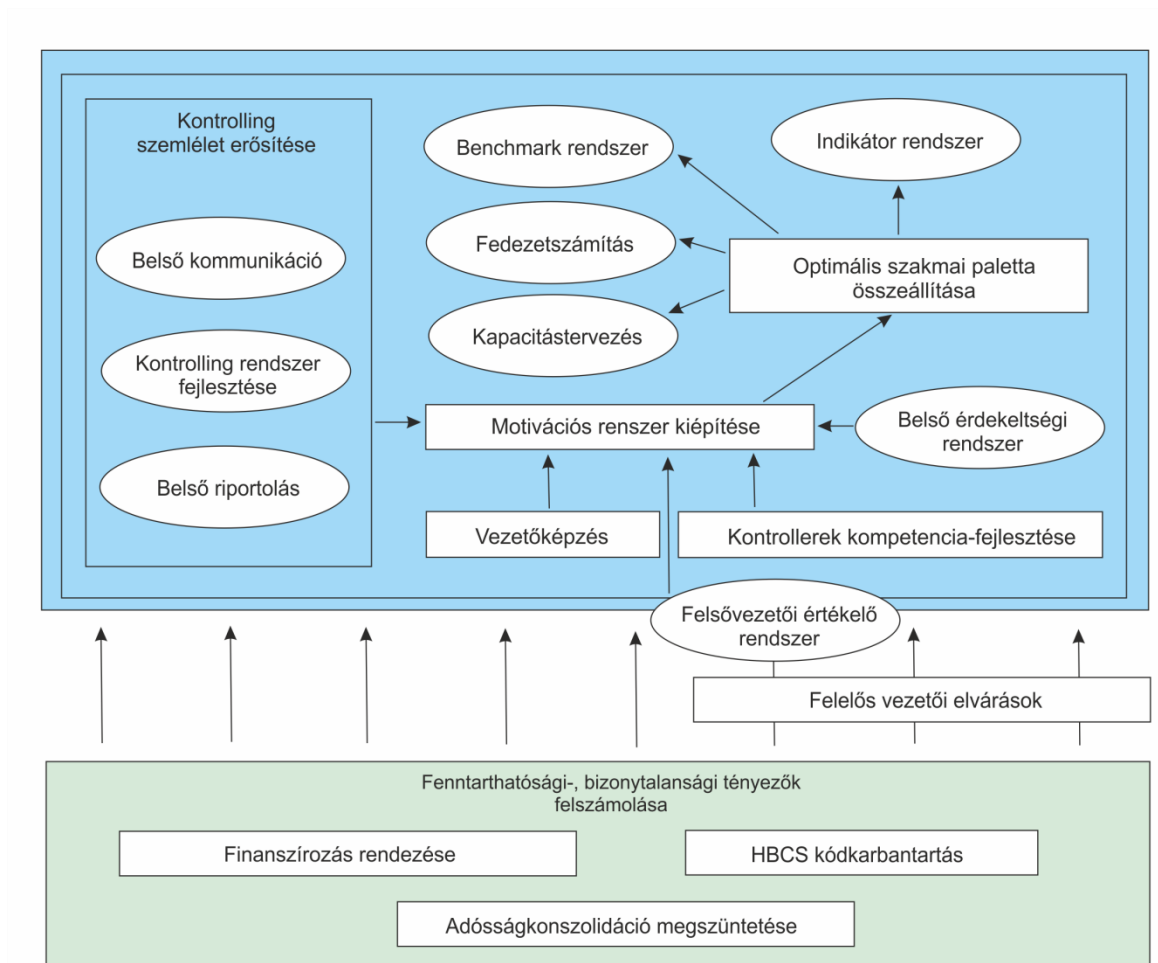
osztályokra / orvosokra / BNO csoportokra / diagnózisokra lebontott éves tervezést, a múltbeli adatok alapján a várható esetszámok és változások figyelembe vételével. Azok a – jellemzően piaci érdekeltséggel rendelkező – gazdálkodnak eredményesen, melyek erősen támaszkodtak a kontrolling adatokra és érdekeltségi rendszerekre.

Intézményi szintű javaslatok és dilemmák

Egy szervezet vezetőjének a feladata a szervezeti struktúra kialakítása a folyamatok összehangolása és a munkavégzés rendjének meghatározása [Dobák – Antal, 2010]. Ezzel szemben a legtöbb egészségügyi vezető elsődleges célja a szolgáltatásnyújtáshoz szükséges források kilobbizása a fenntartónál, a finanszírozónál és a szakmai szervezeteknél. A vezető gondolkodásában a puha költségvetési korlát (döntéshozó sajátos várakozása, hiedelme a kimentésre) jelensége erősen jelen van, ami formálja attitűdjét. Ahogy [Kornai 2009] fogalmaz: „minél erősebb a kórház felső szerveivel, a finanszírozást nyújtó biztosítóval és a támogatást adó intézményi tulajdonossal szemben a saját alkupozíciója, annál inkább hatja át a kimentés biztos reménye.” A gyakorlat szerint már minden évben a finanszírozó/fenntartó forrást biztosít a kórházi tartozások rendezésére, a szállítói adósságállományok, illetve a várólisták csökkentésére. Mindaddig, amíg az egészségügyi rendszer fenntarthatósági és kiszámíthatósági anomáliái jelen vannak és a rendszer működését nem támogatja egy motivációs rendszer (felsővezetői és középvezetői érdekeltség és számonkérés), addig a kontrolling rendszereket sem fogják a vezetők alkalmazni. A kontrolling azon kevés vezetőt támogatja, aki a kórházat (osztályok, munkakörök, folyamatok áttervezése- és szervezése nyomán) munkaszervezetté alakítja és a tervezési, szervezési, gazdálkodási elveket szem előtt tartva vezeti intézményét. Ebben az esetben a vezetőnek sok konfliktussal járó döntést kell meghoznia, melynek támogatására és validálására elengedhetetlen a kontrolling.

Intézeti szinten a kontrolling rendszerek alkalmazásához a kontrolling szemlélet erősítése létfontosságú, mely a rendszer közös fejlesztésével és belső kommunikációval érhető el. A közös fejlesztés magába foglalhatja a kiadási adatok validdá tételét, belső riportolási és külső benchmark rendszer közös kialakítását, közös indikátorrendszer létrehozását, modellezések alkalmazását. A fedezetszámítás lehetőséget biztosít az

eredményes szakmák és eljárások előtérbe helyezésére, az optimális szakmai paletta meghatározására, melyet már itthon is megfelelő költség számítási módszertanok támogatnak. Emellett nélkülözhetetlen a vezetők és kontrollerek képzése, ismereteinek bővítése és kompetenciafejlesztése. Az alábbi ábra szemlélteti a kutatás során összegyűjtött és rendszerezett eredményeket és javaslatokat.

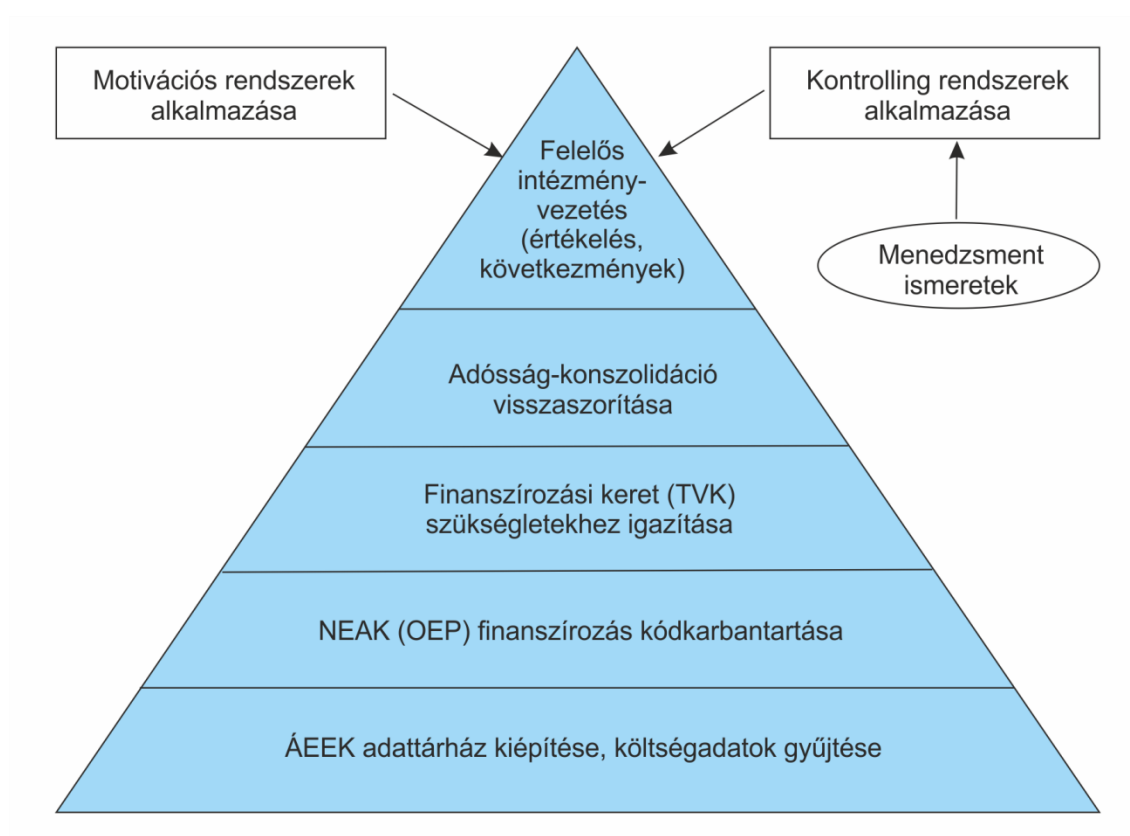


17. ábra: Intézményi szintű kutatási eredmények és javaslatok összefoglalása (saját ábra)

A hatékony szervezeti működést támogató kontrolling rendszer kiépítésének és alkalmazásának előfeltétele egy kiszámítható környezet, melyet a szakmapolitika és a nagypolitika tud közösen megteremteni.

VI.2. Szakmapolitikai dilemmák és lehetőségek: szabályozó környezet és rendszerfinanszírozás hatása a kontrolling rendszerekre

A szakmapolitika erős hatást gyakorol az egészségügyi intézmények életére a szabályozások, finanszírozás és a napi működés terén. Az intézmények számára az egyik meghatározó és folyamatos probléma a bizonytalan és kiszámíthatatlan környezeti hatások leküzdés. Ezek jellemzően a szakmapolitika változó szabályozásából adódik: „az utóbbi évtizedben, ha finanszírozási változás egy évben csak háromszor történt, akkor az egy nyugodt év volt. Nincs mire tervezni, mert erős bizonytalanságok vannak, nincsenek előre információk”. Az intézmények igénylik a stratégiai és operatív iránymutatást, biztos szabályozást és (jól) kommunikált információkat. Az alábbi ábra összefoglalja a szakmapolitika lehetséges intézkedéseit, melyek egy kiszámíthatóbb környezetet teremtek a kórházak működésére.



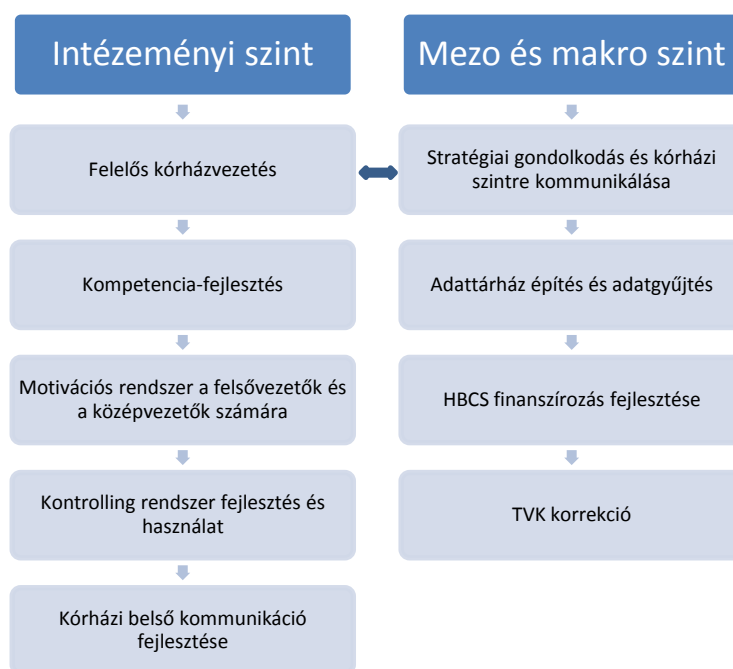
18. ábra: Egészségügyi ellátórendszer javasolt karbantartási mechanizmusa (saját ábra)

Kormányzati szinten a finanszírozás rendezése a megfelelő eszköz a kórházak menedzsmentjére ható egészségügyi rendszerproblémák kezeléséhez. Ez jelenti mind a finanszírozási keretösszeg emelését, mind pedig a szakmák közötti aránytalanságok rendezését. A finanszírozási környezet átalakítása, azaz a különböző forrásinjekciók és egyösszegű adósságkonszolidáció megszüntetése szükséges, de nem elégséges feltétele az intézményvezetői gondolkodás változásának; egy konzekvens intézményi- és vezetői értékelő (és ösztönző) rendszer kiépítése is elengedhetetlen. Ahogy Kornai [2009] fogalmaz a kórházigazgatók ambivalens viselkedése azzal magyarázható, hogy nincs egyértelmű kapcsolat a kórház pénzügyi válsága, a kimentés és a felelős vezető leváltása-kinevezése között. A rendszeresen alkalmazott vezetői értékelő rendszer objektív és következetes használata teret engedhetne a kórházak gazdaságos működtetéséhez és a rendezett finanszírozás mellett a kórházak várhatóan nem termelnék újra az adósságokat (a szektor alulfinanszírozottságát minden szereplő alátámasztotta, igaz eltérő nagyságban: 50-100 Mrd forint között). A finanszírozás rendezésével lényegében a kormányzat az adósságkonszolidáció összegét éven belül arányosan és ellátáshoz kötötten osztaná fel a kórházak között (hiszen a szállítói tartozások kiegyenlítésére nagyságrendileg ekkora összeg jut), és nem a kormányzat/fenntartó egyéni algoritmusai alapján.

A finanszírozás szakmák közötti rendezésének feltétele, hogy az egészségügyi beavatkozások átlagos önköltségét ismerje a finanszírozó vagy a tulajdonos. Az ÁEEK saját jogkörében alkalmas lehet megfelelő adatok előállítására az országos kontrolling szabályzat előírásai és a NEAK korábbi évek adatgyűjtési tapasztalatai nyomán. A jelenlegi elképzelés alapján az ÁStAR (Ágazati Statisztikai Adatgyűjtési Rendszer) rendszer adattárháza alkalmas lehet az ország összes ÁEEK fenntartású intézményének osztályonkénti költség-, bevétel- és fedezetadatok tárolására, feldolgozására és elemzésére (igaz, a rendszer személyi és működtetési feltételeinek kialakítása kihívás a köztisztviselői/közalkalmazotti környezetben). Az átlagköltség adatok jól mutatják majd a finanszírozástól és az intézmények egyedi költségeinek eltérését és belső költségarányait. A kiadások ismerete mellett olyan jellemzők is feltárhatóak, mint például az intézmények, osztályok méretgazdaságossága, hatékonysági tartalékai. Az átlagköltségek ismeretének a finanszírozási súlyszám újrastrukturálásában van szerepe, az eljárások volumenének (esetleg kiegészítő betegútelelemzéseknek) pedig a TVK országos elosztásában. Ezenkívül a rendszer olyan problémák kezelésére is felhívhatja

majd a figyelmet, mint például a kisebb intézmények kontrolling működtetése. Érdeemes átgondolni egy fenntartói és/vagy regionális szintű döntéstámogatói team létrehozását, amely az intézményeket és a helyi vezetőket módszertanfejlesztéssel, elemzésekkel, illetve tapasztalatok megosztásával tudja döntésükben támogatni.

Nem utolsó sorban, a 19. ábra hierarchikus formában összefoglalja a korábbi (16., 17. ábrák) eredményeit és a tézisek hozzájárulását a szakterület fejlődéséhez.



19. ábra: Eredmények hierarchikus összefoglalása (saját ábra)

A disszertációm megírásával a magyar egészségügyi intézmények (főként a kórházak) kontrolling mintázatát és eszközhasználatát szándékoztam bemutatni, de végül a teljeskörű és élvezetes interjúk arra ösztönöztek, hogy az egészségügyi rendszerbe ágyazzam, mely szorosan összefonódik egy különleges érdekrendszerrel. És ez a kulcs az egészségügy, a vezetői gondolkodás és a döntéshozatali rendszer működésének megértéséhez.

VII. IRODALOMJEGYZÉK

Abernethy, M. A., Brownell, P. [1999]: The role of budgets in organizations facing strategic change: An exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, 24(3), 189-204. doi:10.1016/S0361-3682(98)00059-2

Abernethy, M. A., Stoelwinder J. [1995]: The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, Organization and Society*; 20(1): 1-17. doi:10.1016/0361-3682(94)E0017-O

Abernethy, M. A., Stoelwinder, J. [1990]: Physicians and Resource Management in Hospitals: An Empirical Investigation, *Financial Accountability & Management*, 6(1): 17–31. doi:10.1111/j.1468-0408.1990.tb00325.x

Abernethy, M. A., Vagnoni, E. [2004]: Power, organisation design and managerial behaviour. *Accounting, Organisations and Society* 29(3): 207–225. doi:10.1016/S0361-3682(03)00049-7

Aidemark, L. G., Funck, K. E. [2009]: Measurement and health care management. *Financial Accountability and Management* 25(2): 253:276. doi: 10.1111/j.1468-0408.2009.00476.x

Antal, Zs. – Dobák, M. [2010]: *Vezetés és Szervezés*. Budapest. Aula Kiadó

Anthony, R. N., Govindarajan, V. [2009]: *Menedzsment-kontroll-rendszerek [Management Control Systems]*. Budapest. Panem.

Anthony, R. N., Young, D. W. [2003]: *Management Control in Non-profit Organizations*. New York. Irwin.

Atkinson, A. A., Balakrishnan, R., Booth, P., Cote, J. M. [1997]: New directions in management accounting research. *Journal of Management Accounting Research*, 9, 79-108.

Babbie, E. [1995]: *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest. Balassi Kiadó

Baji, P., Péntek, M., Boncz, I., Brodszky, V., Loblova, O., Brodszky, N., Gulácsi, L. [2015]: The impact of the recession on health care expenditure — How does the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia compare to other OECD countries? *Society and economy* 37(1):73-88. DOI: 10.1556/SocEc.37.2015.1.4

Bakacsi, Gy. [2004]: Szervezeti magatartás és vezetés. Budapest. Aula Kiadó

Baker, J. J. [1998]. Activity-based costing and activity-based management for health care. Jones & Bartlett Learning.

Balogh, Z. [2005]: Controlling. Nyíregyháza. Nyíregyházi Főiskola.

Bantel, K. A. [1994]. Strategic planning openness: the role of top team demography. *Group and Organization Management*. 19(4). 406–424. doi: 10.1177/1059601194194002

Bantel, K. A., Jackson, S. E. [1989]: Top management and innovations in banking: Does the composition of the top team make a difference? *Strategic management journal*, 10(S1): 107-124. doi: 10.1002/smj.4250100709

Baran, W. [2013]: Management accounting in the implementation of management control in healthcare organizations. *Theoretical Journal of Accounting* 72(128): 7-31.

Baráth, L. [2002]: A kórházi tervezési tevékenységről, kiemelten a controllingról. *Kórház* 9(4):33-40.

Baráth, L. [2010]: Kórházmenedzselés – vezetési technikák a gyakorlatban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 48(4.): 18-25.

Becker, Gy. [2006]: Hogyan nézzünk fókuszcsoporthoz? *Marketing & menedzsment*, 40 (2-3) 4-9.

Benveniste, G. [1987]: Professionalizing the Organization: Reducing Bureaucracy to Enhance Effectiveness. London, U.K.: Jossey-Bass Ltd..

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., Robson, K. [2001]: Focus Groups in Social Research. London Sage.

Blunt, I., Bardsley, M. [2012]: Patient-level costing: can it yield efficiency savings? Health Improvement Innovation Resource Center. Research summary. London

Boda, Gy., Stocker, M., Szlávik, P. [2011]: Tervezés és kontrolling [Planning and Controlling]. Budapest: AULA.

Boda, Gy., Szlávik, P. [2001]: Kontrolling rendszerek tervezése [Planning of Control Systems]. Budapest: KJK Press.

Bodnár, V., Papik, K. [2013]: Az intézményi stratégiát megalapozó elemzések – mit lehet, mit érdemes használni az egészségügyben? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 12(1): 5-10.

Bodnár, V. [1997a]: Menedzsment kontroll, controlling, vezetői számvitel: nemzetközi elmélet és gyakorlat - hazai tapasztalatok - A controlling vezetési megközelítése. Vezetéstudomány 28(5): 3-12.

Bodnár, V. [1997b]: Menedzsment kontroll, controlling, vezetői számvitel: nemzetközi elmélet és gyakorlat - hazai tapasztalatok - Controlling célra használt számviteli információ. Vezetéstudomány 28(6): 3-11.

Bodnár, V. [1997c]: Menedzsment kontroll, controlling, vezetői számvitel: nemzetközi elmélet és gyakorlat - hazai tapasztalatok - Controlling a magyar vállalati gyakorlatban. Vezetéstudomány 28(7-8): 20-30.

Bodnár, V. [1997d]: Controlling, avagy az intézményesített eredménycentrikusság. A magyarországi üzleti szervezeteknél bevezetett controlling rendszerek összetevői és rendszer szintű jellemzői [Controlling or institutional outcome-orientation]. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem.

Bodnár, V. [2004]: Mit is ért(s)ünk kontrolling alatt? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 3(1):14-18.

Bodnár, V., Révész, É., Horváthné, V. P. Cs. [2011]: Kontrolling az egészségügyben. Egészségügyi szervezők e-learning projekt. E-book

Bodor, Sz. et al [2002]: Az egészségügyi intézmények controllingjának alapjai [The principles of controlling in health care organizations]. Budapest: Ecom Kvality.

Bodrogi, J. [2010]. A magyar egészségÜGY Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép. Budapest. Semmelweis Kiadó.

Bouwens, J., Abernethy, M. A. [2000]. The consequences of customization on management accounting systems design. *Accounting, Organizations and Society*. 25(3). 221–259. doi:10.1016/S0361-3682(99)00043-4

Budánovics, N. [2007]: Esetszintű költségelemzés és fedezetszámítás megvalósítása, valamint betegszámla előkészítésének lehetőségei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 6(5):28-33.

Carpenter, M. A., Geletkanycz, M. A., Sanders, W. G. [2004]. Upper echelons research revisited: antecedents, elements, and consequences of top management team composition. *Journal of Management*. 30(6). 749–778. doi: 10.1016/j.jm.2004.06.001

Chua, W. F., Preston, A. [1994]: Worrying about Accounting in Health Care. *Accounting, Auditing & Accountability* 7(3): 4-17. <http://dx.doi.org/10.1108/09513579410064097>

Creswell, John W., Plano Clark, Vicki L. [2011]: *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Sage Publications Ltd., Thousand Oaks.

Csinei, I., Horváth, L., Pendli, J. [2005]: A tervezhetőség mint sikertényező. *Informatika, kontrolling, minőség, eredményesség*. *Kórház* 11(3): 26-29.

Csorba J. [2001]: Mérgezőes öngyilkossági kísérlet serdülő lányoknál. Doktori disszertáció. Semmelweis Egyetem. Budapest.

Dencsi, J., Varró, J. [2008]: A pénzügyi-számviteli rendszerből nyert indikátorok szerepe az intézmények értékelésében. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 7(3):21-25.

Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A. [2001]. The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organisations. *Academy of Management Journal* 44(4): 809–837. doi: 10.2307/3069417

Dobák, M., Antal, Zs. [2010]: *Vezetés és szervezés*. Aula. Budapest.

Dózsa, Cs. L. [2010]: A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években [Strategic Responses of Hospitals in Hungary to the Changing Environment in the Early 21st Century] Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.

Drótos György [2011]: Információrendszerek a közszolgálati szervezetekben. In: Antal Zsuzsanna - Drótos György - Kiss Norbert Tamás - Kováts Gergely - Révész Éva Erika -Varga Polyák Csilla [2011]: Közszolgálati szervezetek vezetése. Aula Kiadó, Budapest

Drótos, Gy., Bodnár, V., Kiss, N. T., Révész, É. E. [2007]: Az írott stratégiától a tényleges teljesítményig - Többdimenziós teljesítménymenedzsment-rendszerek alkalmazásának motivációi közszolgálati szervezetekben. Kormányzás, közpénzügyek, szabályozás 2:(2). 223-234.

Dyches, H., Rushing, B. [1993]: The Health Status of Women in the World-System. International Journal of Health Services. 23(2): 359–371. doi: 10.2190/LPF6-N5Q3-C2WY-1705

Ellison, P. H., Greise, G., Foster, M., Bloch Peresen, M. – Friis-Hansen, B. [1991]: The Relation between Perinatal Conditions and Developmental Outcome in Low Birthweight Infants: Comparison of Two Cohorts. Acta Paediatrica Scandinavica. 80(1): 28–35. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1991.tb11725.x

Endrei, D., Zemplényi, A., Molics, B., Ágoston, I., Boncz, I. [2014]. The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health policy, 115(2), 152-156. doi:10.1016/j.healthpol.2013.12.005

Ferreira-Da-Silva, A., Fernandez-Feijoo, B., Rodriguez, S. G. [2012]. Accounting information system and clinical decision-making. In 5th Annual EuroMed Conference of the EuroMed Academy of Business. pp:581-590

Finkler, S. A., Ward, D. M. – Baker, J. J. [2007]: Cost accounting for health care organizations. Jones & Bartlett Learning

Francsovcics, A. [1995]: Conrolling, elmélet és módszertan [Controlling: theory and practice]. Vác: Ligatura.

Füstös L., Meszéna, Gy., Simonné Mosolygós, N. [1997]: Térstatisztika. Aula Kiadó. Budapest.

Füstös, L., Kovács, E., Meszéna, Gy., Simonné Mosolygós, N. [2004]: Alakfelismerés (Sokváltozós statisztikai módszerek). Új Mandátum Könyvkiadó. Budapest.

Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. [2011]: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(5):1–266.

Gelencsér Katalin [2003]: Grounded Theory. *Szociológiai Szemle* 2003/1 pp: 143-154.

Goldstein S. M., Ward., P. T. [2004]: Performance Effects of Physicians' Involvement in Hospital Strategic Decisions. *Journal of Service Research*. 6(4). 361-372. doi: 10.1177/1094670503262953

Gómez-Ruiz, L. M., Naranjo-Gil, D. [2011]: Management Control System Use and Team Commitment. Working Paper Series. WP BSAD 11.02

Gómez-Ruiz, L. M., Naranjo-Gil, D. [2014]: The effects of interactive control system and team identity on team performance: An experimental study. In: Davila, A., Epstein, M. J., & Manzoni, J. F.: *Performance measurement and management control: Behavioral implications and human actions*. Emerald. pp. 155-176.

Gulácsi, L., Orlewska, E., Péntek, M. [2012]: Health economics and health technology assessment in Central and Eastern Europe: a dose of reality. *European Journal of Health Economics*. 13(5): 525–531. doi: 10.1007/s10198-012-0411-x

Gulácsi, L. [2005]. *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.

GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet) [2014]: Intézményi kontrolling helyzetelemzés. TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 projekt dokumentum. Munkaanyag.

Hanyecz, L. [1997]: *Controlling a vezetés eszköze és módszere [Controlling, instrument and technique of management]*. Pécs: Janus Pannonius Tudományegyetem Egyetemi Kiadó.

Henseler, J., Ringle, C. M., Sinkovics, R. R. [2009], The use of partial least squares path modeling in international marketing, in Rudolf R. Sinkovics, Pervez N. Ghauri

(ed.) New Challenges to International Marketing (Advances in International Marketing, Volume 20) Emerald Group Publishing Limited, pp.277 - 319

Héra, G., Ligeti, Gy. [2006]: Módszertan. Budapest: Osiris Kiadó.

Horváth & Partner [1997]: Controlling [Controlling]. Budapest: Közgazdasági és Jogi könyvkiadó.

ICV–IGC (Internationaler Controller Verein – Internatinal Group of Controlling) [2012]: The Essence of Controlling – The Perspective of the Internationaler Controller Verein (ICV) and the Internatinal Group of Controlling (IGC). Journal of Management Control. Vol. 23. pp. 311–317.

Institute of Chartered Financial Analysts of India [2006]: Principles of Management Control Systems, ICFAI Center For Management Research. Banjara Hills, Hyderabad. ISBN 81-7881-995-3.

Kaplan, R. S. [1984]: The Evolution of Management Accounting. The Accounting Review 59(3): 390-418.

Kaplan, R. S., Anderson, S. R. [2003]. Time-driven activity-based costing. Available at SSRN 485443.

Kazár A. [2014]: A PLS-útelemzés és alkalmazása egy márkaközösség pszichológiai érzetének vizsgálatára. Statisztikai Szemle. 92(1): 33–52.

Kecskés, G. [2003]: Offenzív vezetés: Kísérlet a válságmegelőző menedzsmentre a debreceni klinikán. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2(3):23-27.

Király G., Dén-Nagy I., Géring Zs., Nagy B. [2014]: Kevert módszertani megközelítések. Elméleti és módszertani alapok. Kultúra és közösség. 4(2): 95-104.

Kis, R. [2005]: A kontrolling tevékenység kialakításának kihívásai a Semmelweis Egyetemen. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 4(2):24-26.

Kiscsordás, A., Gyüre, I. [2003]: Stratégiai tervezés és költségvetés-készítés az egészségügyben Utópia, cél vagy eszköz? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2(1):6-11.

Kiss A., Bodnár, V., Papik K. [2013]: Marketing (-kontrolling): mire használható az egészségügyben? *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 12(2):30-33.

Kiss, N. [2014]: Improving network performance in the health care system: a network-based analysis of the Hungarian health care services. Budapesti Corvinus Egyetem. Budapest.

Kiss, R. – Stubnya, G. R. [2006]: A integrált informatikai megoldások szerepe a szervezetmenedzsment modernizálásában a Semmelweis Egyetemen. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 5(1):46-49.

Kitzinger, J. [1994]: The methodology of Focus groups: the importance of iteration between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1): 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023

Koltai, J. A. [2013]: Túl a regresszió újfajta modellek felhasználási lehetőségei a társadalomtudományokban. Eötvös Lóránt Tudományegyetem. Budapest.

Kornai, J. [1978]: A hiány újratermelése [The reproduction of deficit]. *Közgazdasági Szemle* 25(9):1034-1050.

Kornai, J. [2009]: The soft budget constraint syndrome in the hospital sector *International Journal of Health Care Finance and Economics* 31(1):117-135. doi: 10.1556/SocEc.31.2009.1.2

Kouzes, J., P. Mico [1979]: Domain theory: An introduction to organisational behavior in human service organisations. *Applied Behavioral Science* 15(4): 449–69. doi: 10.1177/002188637901500402

Körmendi, L., Tóth, A. [1998]: Controlling a hazai szervezetek gazdálkodási gyakorlatában [Controlling in the managerial practice of Hungarian organizations]. Budapest: WEKA Szakkiadó.

Krenyácz, É [2015]: A hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere. *Statisztikai Szemle* 93(8-9): 823-843.

Kresalek, P., Szörös, K. [2010]: Üzleti tervezés, Budapesti Gazdasági Főiskola - Budapest, 2010

Krokovay, A., Kohán, P. [2004]: Kontrolling a motiváció szolgálatában –a motiváció kontrollja. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 3(2):23-28.

Kuntz, L., Scholtes, S. [2008]. The Role of Medical Professionals in Top Management Teams of Healthcare Organisations: An Economic Model. Judge Business School Working Papers.

Laáb, Á. [2011]: Döntéstámogató vezetői számvitel: Elméleti és módszertani irányok [Management accounting for decision support: direction of theory and method]. Budapest: Complex Kiadó.

Langenbrunner, J., Kutzin, J., Orosz, E., Wiley, M. [2005]: Purchasing and paying providers. In: Joseph Figueras, Ray Robinson and Elke Jakubowski: Purchasing to improve health system performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2005. 236-264.

Lapsley, I. [1994]: Responsibility accounting revived? Market reforms and budgetary Control in health care. *Management Accounting Research* 5(3-4): 337–352. doi:10.1006/mare.1994.1021

Lapsley, I. [2001]: Accounting, Modernity and Health Care Policy. *Financial Accountability & Management*. 17(4): 331–50. doi: 10.1111/1468-0408.00137

Lapsley, I. [2007]: Accountingization, Trust and Medical Dilemmas', *Journal of Health Organisation and Management*. 21(4-5): 368-419. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260710778907>

Lázár, L. [2002]: Értékek és Mértékek. A vállalati erőforrás-felhasználás leképzése és elemzése hazai üzleti szervezetekben [Value and Measure]. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem.

Lega, F. [2009]: Strategic, organisational and managerial issues related to innovation, entrepreneurship and intrapreneurship in the hospital context: remarks from the Italian experience. *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 2(1): 77–93. doi: 10.1179/mmh.2009.2.1.77

Llewellyn, S. [2001]: Two-Way-Windows: Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*. 22(4) 593-623. doi: 10.1177/0170840601224003

Malmlose, M. [2015]: Management accounting versus medical profession discourse: Hegemony in a public health care debate – A case from Denmark. *Critical Perspectives on Accounting*. 27(1): 144-159. doi:10.1016/j.cpa.2014.05.002

March, J. G., Olsen J. P. [1976]: *Ambiguity and Choice in Organisations* Universitetsforlaget. Bergen.

Merchant, K. A., Van der Stede, W. A. [2007]: *Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives*. Harlow: FT/Prentice Hall.

Mészáros, V., Cserhati, Z., Oláh, A., Peczel Forintos, D., Ádám, Sz. [2013]: A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában. *Orvosi Hetilap*. 154. (12): 449–454.

Mia, L., Chenhall, R. H. [1994]. The usefulness of management accounting systems, functional differentiation and managerial effectiveness. *Accounting, Organizations and Society*. 19(1): 1–13. doi:10.1016/0361-3682(94)90010-8

Mintzberg, H. [1979]: *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Mintzberg, H. [1983]: *Power in and around organisations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Molnár, A., Nagy, B. [1996]: Controlling rendszeren alapuló belső érdekeltségi rendszer kórházunkban. *Kórház* 3(11): 51-52.

Morelli, M., Lecci, F. [2014]: Management control systems (MCS) change and the impact of top management characteristics: the case of healthcare organisations. *Journal of Management Control* 4(24): 267–298. doi: 10.1007/s00187-013-0182-2

Morgan, D. L., Krueger, R. A. [1993]: When to Use Focus Groups and Why. In: Morgan, D. L. (ed.): *Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art*. London: Sage.

Naranjo-Gil, D., Hartmann, F. [2006] How Top Management Teams Use management Accounting Systems To implement Strategy. *Journal of Management Accounting Research*. 18(1), 21-53.

Naranjo-Gil, D., Hartmann, F. [2007]. Management accounting systems, top management team heterogeneity and strategic change. *Accounting, Organizations and Society*, 32(7), 735-756.

Naranjo-Gil, D., Hartmann, F., Maas, V. S. [2008]: Top Management Team Heterogeneity, Strategic Change and Operational Performance. *British Journal of Management*, 19(3), 222-234.

Nyland, R., Pettersen, I. J. [2004]: The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings, *Financial Accountability & Management*, 20(1), 0267–4424

OECD. [2015], *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Orosz, É [1999]: *Forgatókönyvek a magyar egészségügy gazdasági viszonyainak alakulására*. OMFB Technológia Előrettekintési Program

Orosz, É. [2001]: *Félúton vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*, Egészséges Magyarországért Egyesület.

Orosz, E., Burns, A. [2000]: *The Health Care System in Hungary*. OECD Economics Department Working Papers No.241. Paris, 2000. OECD. 53 p.

Ostergren, K. [2009]: Management control practices and clinician managers: the case of the norwegian health sector. *Financial Accountability & Management*, 25(2). 0267-4424. doi: 10.1111/j.1468-0408.2009.00473.x

Ouchi, W. A. [1979]: Conceptual framework for the design of organizational control mechanisms'. *Management Science* 25(9): 833–48.

Óváry, Cs. [2014]: *Kontrollrendszer és keretgazdálkodás kialakítása, valamint az ezzel összefüggő szervezeti konfliktusok megoldásának jelentősége az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (OKITI) működtethetőségében*. *Egészségügyi gazdasági szemle* 52(2-3): 49-61.

Papp, P. [2003]: *Átvilágítás, kontrolling, érdekelttség*. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben* 2(1):26-28.

Papp, P. [2004]: A kontrolling bevezetésének tapasztalatai. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 3(4):22-24.

Pettersen, I. J. [2004]: From bookkeeping to strategic tools? A discussion of the reforms in the Nordic hospital sector Management Accounting Research 15 (2004) 319–335

Pettersen, I. J., Solstad, E. [2014]. Managerialism and Profession-Based Logic: The Use of Accounting Information in Changing Hospitals. Financial Accountability & Management, 30(4), 363-382.

Polyvás, Gy. [2007a]: A költség-megtakarítási stratégiák fejlesztésének lehetőségei a hazai fekvőbeteg-ellátásban I. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 6(8):25-29.

Polyvás, Gy. [2007b]: A költség-megtakarítási stratégiák fejlesztésének lehetőségei a hazai fekvőbeteg-ellátásban II. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 6(9):33-36.

Révész, É. [2015]: Teljesítménymenedzsment-eszközök alkalmazásának hajtóerői és tartalmi elemei a magyar közigazgatás ügynökség-típusú szervezeteiben. Budapesti Corvinus Egyetem. Budapest.

Rosta, M. [2012]: Innováció, adaptáció és imitáció – Az új közszolgálati menedzsment. Aula Kiadó. Budapest.

Sántha, K. [2013a]: Multikódolt adatok kvalitatív elemzése. Budapest. Eötvös József Könyvkiadó

Sántha, K. [2013b]. A harmadik paradigma a neveléstudományi vizsgálatokban. Iskolakultúra, 23(2), 82–91.

Sárossy, M. [2002]: Intézménymenedzsment, kontrolling, gazdálkodás és informatika támogatás. Kórház 9(11-12): 8-13.

Schultz F. C. [2004]: Who should lead a Healthcare Organization: MDs or MBAs? Journal of Healthcare Management 49(2): 103-116. doi

Schultz, W. T. [1983]: Beruházás az emberi tőkébe. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest

Simons, R. [1995]: Levers of Control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal. Boston: Harvard Business School Press.

Sipos, L. [2009]: Ásványvízfogyasztási szokások elemzése és ásványvizek érzékszervi vizsgálata. Budapesti Corvinus Egyetem. Budapest

Strauss, E., Zecher, C. [2013]: Management control systems: a review. Journal of Management Control 23(4):233–268.

Stubnya, G. [2010]: A Semmelweis Egyetem konszolidációja innovatív menedzsment eszközökkel 2003-2009. Semmelweis Egyetem. Budapest.

Szabó, Cs. [2001]: Kontrolling a gyakorlati vezetésben. Egészségügyi gazdasági szemle 39(3):260-268.

Szabó, Cs. [2003]: Hétköznapi kórházi informatika a menedzsment szemével, Áldás, vagy átok? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2(3):42-45.

Szedleczi, I. [2003a]: Kórházi informatikai rendszer kontrollingja I. A várható eredményesség tervezése. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2(1):16-19.

Szedleczi, I. [2003b]: Kórházi informatikai rendszer kontrollingja II. A várható eredményesség mérése és vizsgálata. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 2(2):23-26.

Székely, Á., Bodnár, G. [2004]: Tisztánlátás az egészségügyi intézmények gazdálkodásában a klasszikus kontrolling módszertan alkalmazásával. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 3(4):25-28.

Takács, E. [2012]: A külső értékelés kórházon belüli hatását befolyásoló tényezők [Factors that Influence the Internal Effects of External Hospital Evaluation]. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.

Thompson, J. D., Averill, R. F., Fetter, R. B. [1979]. Planning, budgeting, and controlling--one look at the future: case-mix cost accounting. Health Services Research, 14(2), 111–125.

Torjesen, D.O. [2008]: Foretak, management og mediokrati. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. (Enterprises, management and mediocracy), AMT (Autonomy, Transparency and Management) No 26, Rokkansenteret, Bergen.

Tuomela, T. S. [2005]: The Interplay of Different Levers of Control: A Case Study of Introducing a New Performance Measurement System. Management Accounting Research. 16(3). 293–320.

Túhegyi, T. [2004]: Vezetői információs rendszerek szerepe a kórházi gazdálkodásban, az irányított betegellátásban. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 3(4):29-33.

Vicsek, L. [2006]: Fókuszcsoport. Budapest. Osiris Kiadó

Vogl, M. [2013]: Improving patient-level costing in the English and the German ‘DRG’ system Health Policy 109(3):290-300

Wiersema, M. F., Bantel, K. A. [1992]. Top management team demography and corporate strategic change. Academy of Management Journal, 35(1), 91–121.

Young, G., Charns, P. M., Shortell., S. M. [2001]: Top manager and network effects on the adoption of innovative management practices: A study of TQM in a public hospital system. Strategic Management Journal 22(10): 935–951.

Zemplényi, A. T., Imre, L., Babarczy, B., Boncz, I. [2014]: Esetszintű kórháziköltség-számítás alkalmazása a nemzetközi gyakorlatban. Egészségügyi gazdasági szemle 52(1): 20-26.

Zétényi, Á., Csiba, G. [2009]: A betegellátás valós költségei, Tételes ráfordítási adatgyűjtés tapasztalatai. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 8(3):29-32.

Zétényi, Á. [2006]: Szervezéssel a finanszírozási problémák megoldásáért!? Informatika és Menedzsment az Egészségügyben 5(3):30-31.

1219/2014. (IV. 3.) Kormányhatározat a TÁMOP-6.2.5-B/13/1-2014-0001 azonosító számú („Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című) kiemelt projekt akciótérvi nevesítéséről és támogatásának jóváhagyásáról

VIII. FÜGGELÉK

VIII.1. Nemzetközi menedzsment-kontroll definíciói

Strauss - Zecher (2013) szerint a toplistásnak tekinthető menedzsment-kontroll tankönyvek (Merchant - Van der Stede 2007, Anthony - Govindarajan 2009 és Simons 1995) szerzői közel hasonló módon definiálják a menedzsment-kontroll rendszereket, mégis alapvetően a menedzsment-kontroll értelmezésében és fókuszában térnek el, amely a definíciók változékonyságát generálják. A legelső (1965) definíciója szerint a menedzsment-kontroll az *„a folyamat, amely által a menedzserek biztosítják, hogy az erőforrásokat hatékonyan és eredményesen szerzik meg és használják fel a szervezet céljainak megvalósításában”*. A meghatározás legfontosabb kritikája, hogy a menedzsment-kontrollt elhatárolta a stratégiai és feladatkontrolltól, és ezzel elkerüli a stratégiai vonatkozásokat. Ezért bővültek a korábbi értelmezések. A korai (80-90-es évek) publikációk a menedzsment-kontrollt a döntéshozatal eszközének értelmezték, Anthony után Baiman (1982) *„kötötte össze a döntéshozást a kontrollal, de a hangsúlyt a döntéshozatalhoz szükséges információs aspektusra helyezte”* (Strauss – Zecher, 2013). Így az információ-alkalmazás három fajtáját különböztette meg: (1) a menedzsment tervének jövőbeni kiadásaihoz köthető hiedelmi revízió, (2) motiváció és (3) osztályok és decentralizált egységek közötti erőforrás-elosztás.

Merchant – Van der Stede (2007) meghatározása szerint *„a menedzsment-kontroll magába foglalja az összes eszközt vagy rendszert, amit a menedzserek használnak, arra, hogy biztosítsák, hogy a dolgozók magatartása és döntéseik összhangban (kongluencia) legyen a szervezet céljaival és stratégiáival”*. A kontroll szükségességét három fő okra vezeti vissza, melyek szimultán és bármilyen kombinációban előfordulhatnak: (1) a vezetés/útmutatás hiánya, azaz a munkavállalók hogyan maximalizálják a részvételüket a szervezeti célok elérésében, (2) az egyéni és szervezeti célok különbözőségéből adódó motivációs problémák, és (3) az intelligencia, tréning, tapasztalat, kitartás, tudás, információ hiányából eredő személyes korlátok.

Anthony - Govindaranjan (2009) értelmezésében a menedzsment-kontroll *„az a folyamat, amely által a menedzserek befolyást gyakorolnak a szervezet többi tagjára, annak érdekében, hogy megvalósítsák a szervezet stratégiáit”*. Ezen definíciók „parancs és ellenőrzés” típusú menedzsment-kontroll megközelítést képviselnek.

Az „innováció és ellenőrzés” megközelítésű definiálás (Simons, 1995) szerint a menedzsment-kontroll *„formális, információalapú gyakorlatok és eljárások, melyet a menedzserek azért használnak, hogy fenntartsák és átalakítsák a szervezeti tevékenységek mintáit”*. Simons későbbi a LOC modelljében, négy kontroll rendszer működik együtt: hiedelmi struktúra, határrendszerek, diagnosztikus (monitorozó) és interaktív (előrettekintő) kontroll rendszerek.

Lowe (1970) definiálásában a menedzsment-kontrollt *„a szervezeti információkeresés,- gyűjtés, elszámoltathatóság és visszacsatolásként lehet definiálni, amely biztosítja egy vállalat alkalmazkodását a környezeti változásokhoz, és a dolgozók munkamagatartásának mérését a részcélokhoz (harmonizálva az összcélokkal).”*

Több szerző (Malmi - Brown 2008, Herath 2007) is elkezdte a „package” elnevezést alkalmazni, mivel a menedzsment-kontroll fókuszja már eltolódott az ellenőrzési megközelítés felé. Ezekben a kontrollrendszerekben működő alapvető folyamatok – tervezés, működés, mérések és értékelés – nagyon különböző konfigurációkban jelenhetnek meg, Flamholtz (1983) szerint, például olyan kontroll rendszer is megfigyelhető, ami pusztán a tervezési rendszerből áll, vagy másik példaként az ellenőrzési rendszer állhat két vagy három kontrollfolyamatból, vagy tartalmazhatja mind a négy folyamatot. Az ellenőrzés foka ezek alapján szintén különböző lehet, a kontroll tényezők számosságától függően.

A menedzsment-kontroll az egyszerű meghatározásokból az összetett modellek és package típusú megközelítések felé folyamatosan bővült, mivel a rendszerek egyre inkább a különböző aspektusokat (szervezeti magatartás, kulturális értékek, stb.) is figyelembe vették. A döntéshozatalt támogató információs megközelítés dominanciáját a kontroll kiterjesztése vette át, így kapcsolódtak a kontrollhoz például a jutalmazási és kompenzációs rendszerek.

VIII.2. Fókuszcsoporthoz számára készített kérdőív

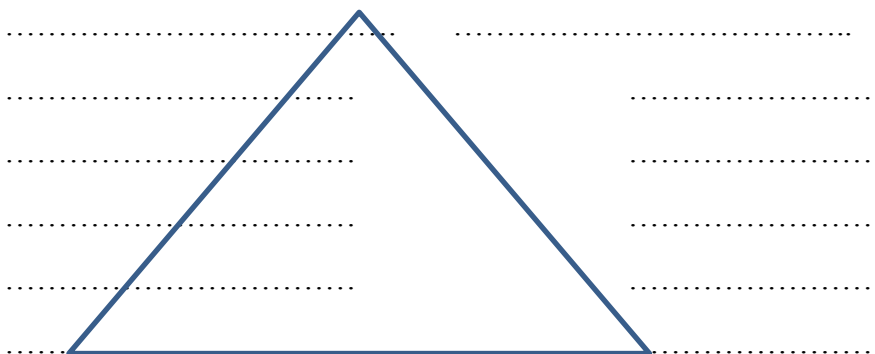
Vezetői információk és menedzsment-kontroll alkalmazása - kérdőív

1. Kulcsszereplők beazonosítása

Kiket tekint a kórházi vezetés kulcsszereplőinek, döntési mechanizmusok szempontjából (beosztás szerint, figyelembe véve a kórház specialitását is)?

Kulcsszereplő	Miért?

2. Vezetői szintek definiálása



3. Kórházi vezetés jellemzése (döntési fórum) – egyszemélyes vs. menedzsment team

Vezetés döntése²⁸ jellemzően: egyszemélyes (főigazgatói) - team dönt

- tagjai²⁹:
.....
.....
.....
.....

²⁸ Gyakorlat alapján, nem jogszabályi és egyéb meghatározások szerint!

²⁹ Rakja sorrendben a hatalom/erősség/tisztelet (nem pozíció) alapján!

Kérem, töltsse ki az alábbi táblázatot, mely a menedzsment team tagjaival és további meghatározó vezetőkkel igény szerint bővíthető.

	Információ használat ³⁰ 1-5	végzettség ³¹	praktizál	egyéb megjegyzés
Főigazgató	1-2-3-4-5		i - n	
Orvos igazgató	1-2-3-4-5		i - n	
Gazdasági igazgató	1-2-3-4-5		n	
...	1-2-3-4-5		i - n	
...	1-2-3-4-5		i - n	
.... osztályvezető főorvos	1-2-3-4-5		i - n	
.... osztályvezető főorvos	1-2-3-4-5		i - n	
	1-2-3-4-5		i - n	
	1-2-3-4-5		i - n	
	1-2-3-4-5		i - n	

4. Vezetői információszerzés – Információs pontok a szervezetben

Mely területek szolgáltatnak információkat a szervezetben a vezetői döntéshozatalhoz?

Személy vagy szervezet	Információ meghatározása

5. Vezetői információk felhasználása

Ön szerint a **felsővezetői szinten** milyen információkat igényelnek a vezetők? - Jelölje be!

- | | |
|-------------------------------|--|
| - múltorientált információkat | jövőorientált információkat |
| - belső információkat | külső információkat |
| - pénzügyi információkat | nem-pénzügyi információkat |
| - rövid időre orientálódó | hosszú időre orientálódó információkat |

Mire használják fel a felsővezetők a számviteli információkat:

³⁰ Melyik tag mennyire használja a – saját szintjéhez tartozó – vezetői információkat? (1- alig, 5- teljes mértékben)

³¹ Milyen végzettségük van a tagoknak, orvosok esetén praktizálnak-e?

- költségvetés és költségek közötti eltérés magyarázatára,
- költségvetési/tevékenységi eltérések a költségek bővítésére,
- költségvetési/tevékenységi eltérések a realisabb költségvetés elkészítésére,
- riport és elemzés, mint háttér a jobb tevékenységek megbeszéléséhez és végrehajtásához,
- költségvetés, mint iránymutatás a napi tevékenység tervezéséhez,
- következő évek tevékenységének tervezéséhez.

Ön szerint az **orvos-vezetői szinteken**³² milyen információkat igényelnek a vezetők?
- Jelölje be!

- | | |
|-------------------------------|--|
| - múltorientált információkat | jövőorientált információkat |
| - belső információkat | külső információkat |
| - pénzügyi információkat | nem-pénzügyi információkat |
| - rövid időre orientálódó | hosszú időre orientálódó információkat |

Az orvos-vezetőkre jellemző-e a következő kérdéskörök az információ-felhasználás kapcsán:

- célok felállítása és egyeztetése,
- adatok feltételezése és akciótervek megvitatása,
- kulcsstratégiai területek kijelölése a fejlesztésekhez,
- új ötletek és megoldási módszerek a feladatok ellátásához,
- többi szereplővel egyeztetésben való részvétel,
- tanulási eszközök.

Ön szerint a különböző vezetői szinteken különbözőképpen használják fel az információkat? Ha igen, akkor hogyan, milyen módon?

.....

Mi az oka az eltérő információ-felhasználásnak?

.....

³² Orvos-vezető: minden olyan vezető, aki **praktizálás mellett** végzi a menedzseri feladatait (osztályvezető főorvosok, klinikai vezetők, esetleg orvos-igazgató, stb.)

VIII.3. Egyéni interjúk kérdéssorai

Interjúkérdések a szakértői és vezetői interjúkhoz

Kontrolling és döntéstámogatás

1. Ki foglalkozik döntéstámogatással a kórházban?
2. Mit jelent a kórház életében, a gyakorlatban a kontrolling?
3. Milyen feladatokat lát el a kontroller, kontrolling osztály, egyéb döntéstámogató a vezetők támogatásához? (választól függően)
4. Milyen kontrolling eszközöket használnak az intézmények vezetői, középvezetői, egyéb vezetői? Ezeket hogyan használják?
5. Hogyan alakítja a kontrolling a működést és a döntéshozatalt? Miért jó, hogy van kontrolling?
6. Milyen (mit tud) az ideális vagy elvárt kontrolling?

Statisztikai felmérés eredményei és kérdései

7. A kiválasztott változók egyszerű statisztikai elemzése alacsony átlagokat, magas szórásokat és szélsőséges móduszt mutatott, vagyis normális eloszlást sehol sem találunk. Ennek mi az oka?
8. Miért tulajdonítanak nagyobb jelentőséget az intézményi szintű tervezésnek és elemzésnek a kórházak?
9. Terveznek és elemzenek az intézmények?

Felső-vezetőkre vonatkozó kérdések (főigazgató, gazdasági igazgató, orvosigazgató és ápolási igazgató):

10. Mennyire foglalkoztatja a vezetőket a kontrolling/vezetői információ? ... Mitől függ, hogy érdeklődő-e a vezető?
11. A felsővezető (vagy team) hogyan hozza meg a döntését, milyen információkat és faktorokat vesznek számításba a döntéshozatalban?
12. Milyen információkat igényelnek inkább: pénzügyi vagy. nem pénzügyi? (A felsővezetés számára inkább a pénzügyi/költségvetési nézőpont a hangsúlyos?)
13. Mire használják a számviteli információkat?
14. Milyen számonkérés van az osztályokkal szemben a költségvetési eltérések esetében?

15. Milyen gyakran és milyen módon vannak kapcsolatban a kontrolling (finanszírozási) osztállyal? (napi/heti/havi illetve értekezlet, telefon, e-mail, riportok)

Orvos-vezetőkre vonatkozó kérdések:

16. Az orvos-vezetők³³ hogyan hozzák meg a döntéseiket, milyen információkat és faktorokat vesznek számításba a döntéshozatalban?
17. Milyen információkat igényelnek inkább?
18. Milyen gyakran és milyen módon vannak kapcsolatban a kontrolling (finanszírozási) osztállyal?
19. Figyelembe veszik-e a klinikai döntésekben a pénzügyi és gazdasági konzekvenciákat?
20. Mivel lehet rávenni az orvos-vezetőket a pénzügyi/költségvetési és a teljesítményre vonatkozó információk használatára?
21. Milyen döntési jogköre van az orvos-vezetőnek?
22. Mire használják az orvos-vezetők a költségvetést?
23. Van-e következménye, ha az orvos-vezető túllépi a költségvetését?
24. Látható-e az orvos-vezetők szerepkonfliktusa (gazdasági és orvos-szakmai döntések közötti dilemmák)?
25. Az orvos-vezetők mire használják az információkat? (célok felállítása és egyeztetése, kulcsstratégiai területek kijelölése a fejlesztésekhez, stb.)

³³ Orvos-vezetők: minden olyan vezető, aki **praktizálás mellett** végzi a menedzseri feladatait (osztályvezető főorvosok, klinikai vezetők, stb.)

VIII.4. A manifeszt változók és SPSS programban használt címkéi

Környezet - adattervezés	
Üzemgazdasági szemléletű eredményszámítás (szervezeti egységekre, vagy azokon belül tevékenységekre)	üzemgazd_erszam
Szervezeti egység tényteljesítményének gyűjtése és nyilvántartása	ténytelj_gyűjt
Szervezeti egység ténybevételeinek gyűjtése és nyilvántartása	ténybev_gyűjt
Szervezeti egység költségeinek gyűjtése és nyilvántartása (költséghelyi nyilvántartás)	ktg_gyűjt
Keretgazdálkodás intézményi szinten (beszerzői/kötelezettségvállalói keret)	keretgazd_int
Keretgazdálkodás osztályos szinten (felhasználói keret)	keretgazd_szerv
Van-e az intézményben kontrollinggal foglalkozó szervezeti egység és/vagy munkaköri pozíció? I/N	kontrolling szerv
Van-e kontrolling-funkció? I/N	nem használt mutató
Készítenek-e üzemgazdasági eredményszámítást? I/N	üzemgazd.ered.
OEP-kódra kalkulált eredményt megbontja-e szakmakódok szerint? I/N	OEP er. szakmakódra
Tervezés	
Intézményi teljesítmények (naturáliák) tervezése	natur_int_terv
Szervezeti egység szintű teljesítmények (naturáliák) tervezése	natur_szerv_terv
Intézményi bevételek tervezése	bev_int_terv
Szervezeti egység szintű bevételek tervezése	bev_szerv_terv
Intézményi költségek tervezése	ktg_int_terv
Szervezeti egység szintű költségek tervezése	ktg_szerv_terv
Intézményi üzemgazdasági eredmény tervezése	er_int_terv
Szervezeti egység szintű fedezet tervezése;	fedezet_szerv_terv

Szervezeti egység szintű eredmény tervezés	er_szerv_terv
Intézmény szintű évközi várható eredmény kalkulációja (prognózis)	prognosis_int_terv
Szakmai esetösszetétel (nagyértékű beavatkozások elkülönített) tervezése	CMI_terv ³⁴
Elemzés	
Intézményi teljesítmények terv-tény összehasonlítása, elemzése	telj_int_el
Szervezeti egység szintű teljesítmények terv-tény összehasonlítása, elemzése	telj_szerv_el
Intézményi bevételek terv-tény összehasonlítása, elemzése	bev_int_el
Szervezeti egység szintű bevételek terv-tény összehasonlítása, elemzése	bev_szerv_el
Intézményi költségek terv-tény összehasonlítása, elemzése	ktg_int_el
Szervezeti egység szintű költségek terv-tény összehasonlítása, elemzése	ktg_szerv_el
Intézményi eredmény terv-tény összehasonlítása, elemzése	er_int_el
Szervezeti egység szintű fedezet és/vagy eredmény terv-tény összehasonlítása, elemzése	er_szerv_el
Szakmai esetösszetétel (nagyértékű beavatkozások elkülönített) elemzése	CMI_el

³⁴ CMI (case-mix index): esetösszetétel-index.

VIII.5. „KO1. Kontrolling alapjellemezői az intézményben a 2013. évi gyakorlat szerint” kérdőív

Kitöltési útmutató:

Kérjük, hogy töltsse ki a táblázat 'Válasz' oszlopában szereplő szintelen cellákat a **2013. évi** gyakorlat alapján. Szükség esetén az Ön által fontosnak tartott információt a megjegyzés rovatban adja meg. 'Egyéb' válasz esetébe, kérjük, mindenképpen használja a 'Megjegyzés' rovatot.

#	Kérdés	Lehetséges válaszok	Válasz	Megjegyzés
1.	Van-e az intézményben kifejezetten kontrollinggal foglalkozó (belső) szervezeti egység és/vagy munkaköri pozíció?	a. Igen b. Nem		
2.	Amennyiben igen, akkor...			
	... a szervezet megnevezése:	n.k. -> Nincs korlátozás		
	... a munkakör megnevezése:	n.k.		
	...munkatársak száma (osztott munkakör, vagy részmunkaidős foglalkoztatás miatt tört szám is lehet):	n.k.		
	...munkatársak szakképzettsége (az előzőekben jelzett létszám összes munkatársának felsorolása):			
	orvos (fő):	n.k.		
	ápoló (fő):	n.k.		
	közigazdász-gazdasági végzettségű (fő):	n.k.		
	informatikai végzettségű (fő):	n.k.		
	a fentiekből egyszerre több végzettséggel is rendelkezik (kérem, sorolja fel a párosításokat a megjegyzés rovatban):	n.k.		

	egyéb diplomás (kérem sorolja fel a megjegyzésben a végzettségeket):	n.k.		
	egyéb, diplomával nem rendelkező munkatárs (kérem sorolja fel a megjegyzésben a végzettségeket):	n.k.		
3. Amennyiben nem, akkor...				
	...folyik-e bármilyen - a definícióhoz illeszkedő - kontrolling tevékenység?	a. Igen b. Nem		
Amennyiben zajlik kontrolling tevékenység, akkor...				
	...ki végzi?	n.k.		
	...melyik szervezeti egységben történik?	n.k.		
4.	Készítenek-e üzemgazdasági* eredményszámítást?	a. Igen b. Nem		
5.	Ha készült üzemgazdasági eredményszámítás, akkor az (a) osztályokra, szervezeti egységekre** vagy szervezeti csoportokra; (b) tevékenységekre, szakfeladatokra vagy OEP kasszákra; vagy (c) az előző kettő kombinációjára történik-e? (d) egyéb megoldás, kérjük, fejtse ki a megjegyzésben.	a. Osztályokra, szervezeti egységekre vagy szervezeti csoportokra b. Tevékenységekre, szakfeladatokra vagy OEP kasszákra c. Az előző két lehetőség kombinációja d. Egyéb megoldás		
6.	Ha OEP kódokra készült az eredményszámítás, akkor az egy OEP kódon belüli szakmakódokra készít-e külön eredmény-számítást? Másképpen: az OEP kódra kalkulált eredményt megbontja-e szakmakódok szerint?	a. Igen b. Nem		

7.	Ha készült ilyen eredményszámítás, annak mi volt az eszköze, milyen informatikai támogatás van (ha egyéb informatikai megoldás, azt kérjük részletezze a megjegyzés rovatban)?	a. KVIK szoftver b. CT EcoStat-modul c. SAP-modul d. Excel-tábla e. Egyéb informatikai támogatás		
8.	Ha készült üzemgazdasági szemléletű eredményszámítás osztályokra/szervezeti egységekre, vagy azokon belül tevékenységekre, milyen gyakorisággal történt 2013-ban?	a. Évente egyszer b. Félévenként c. Negyedévenként d. Negyedévenként, kivéve az I. negyedévet e. Havonta f. Egyéb (Kérjük, írja a megjegyzés rovatba a gyakoriságot)		

***Az üzemgazdasági szemlélet** - a kérdőív értelmezése szerint - időszaki teljesítmények és az azokért járó bevételek, valamint az ezek érdekében felmerült költségek egybevetése. (Szemben a kiadások be-/kifolyási időpontját figyelembe vevő pénzforgalmi szemlélettel.)

**** Szervezeti egység** az intézményben nevesített (pl: SZMSZ szerint) önálló egység. Ilyen lehet egy szakrendelés vagy azok csoportja, egy önállóan működő szakmai specialitás, részleg, amely nem osztály (pl.: fekvő diabetológia, egynapos sebészet, nappali kórházként működő rehabilitációs részleg). Egy szervezeti egységnek lehet több tevékenysége is (pl.: fekvő-, és járóbeteg-ellátás). A klinikai (diagnosztikai) osztályokat egyben szervezeti egységeknek is tekintjük. A felmérés során ebben a kategóriába tartozik a szervezeti egységek csoportja (lásd: szervezeti csoport) is.

VIII.6. „KO2. Gazdálkodás-irányítási és kontrolling tevékenységek és funkciók az intézményben 2013. évi gyakorlat szerint” kérdőív

#	Tevékenység	Működi k-e az intézm ényben ?	Melyik szervezeti egység végzi?	Gyakoriság (Kérjük, a megfelelő cellába írjon x-et! Több válasz is magadható egy-egy tevékenységhez kapcsolódóan!)								Megjegyzés
		a. Igen b. Nem	a. kontrolling b. Egyéb szervezet	Napi	Heti	Havi	Negyed- éves	Féléves	Éves	Eseti	Egyéb (A megjegyzésben kifejtendő)	
Tényadatok gyűjtése, feldolgozása												
1.	Szervezeti egység (szervezeti egység szintű analitikában vizsgált jelentett/finanszírozott) tény teljesítményének gyűjtése és nyilvántartása											
2.	Szervezeti egység (szervezeti egység szintű analitikában vizsgált jelentett/finanszírozott) tény bevételek gyűjtése és nyilvántartása											
3.	Szervezeti egység költségeinek gyűjtése és nyilvántartása (költség helyi nyilvántartás)											
Keretgazdálkodás												
4.	Keretgazdálkodás intézményi szinten (beszerzői/kötelezettségvállalói keret)											
5.	Keretgazdálkodás osztályos szinten (felhasználói keret)											

Üzemgazdasági szemléletű tervezés (beleértve az éves tervezést, de a lehetséges termódosítást is)												
6.	Intézményi teljesítmények (naturáliák) tervezése											
7.	Szervezeti egység szintű teljesítmények (naturáliák) tervezése											
8.	Intézményi bevételek tervezése											
9.	Szervezeti egység szintű bevételek tervezése											
10.	Intézményi költségek tervezése											
11.	Szervezeti egység szintű költségek tervezése											
12.	Intézményi üzemgazdasági eredmény tervezése											
13.	Szervezeti egység szintű a fedezet tervezése <i>(Az egység szintű fedezet tervezése során a szervezeti egységekre nem osztunk fel minden költséget, így a tervezett egység szintű fedezet nem tartalmazza például a központi igazgatást.)</i>											
14.	Szervezeti egység szintű eredmény tervezés <i>(Az egység szintű terv eredmény minden költséget - így pl. a központi igazgatást is - tartalmaz.)</i>											
15.	Intézmény szintű évközi várható eredmény kalkulációja (prognózis/várható számítás)											

16.	Szakmai esetösszetétel (nagyértékű beavatkozások elkülönített) tervezése (Ide értve a HBCS-n belüli, de kiemelten nagy költségű, és a gazdasági eredményességet jelentősen – általában negatív irányban – befolyásoló, esetek/eljárások/beavatkozások* mennyiségi, illetve az ezekhez szükséges anyagok/eszközök/készülékek megvásárolható mennyisége útján való tervezését is.)											
Terv-tény összehasonlítás, elemzés												
17.	Intézményi teljesítmények terv-tény összehasonlítása, elemzése											
18.	Szervezeti egység szintű teljesítmények terv-tény összehasonlítása, elemzése											
19.	Intézményi bevételek terv-tény összehasonlítása, elemzése											
20.	Szervezeti egység szintű bevételek terv-tény összehasonlítása, elemzése											
21.	Intézményi költségek terv-tény összehasonlítása, elemzése											
22.	Szervezeti egység szintű költségek terv-tény összehasonlítása, elemzése											
23.	Intézményi eredmény terv-tény összehasonlítása, elemzése											
24.	Szervezeti egység szintű fedezet és/vagy eredmény terv-tény összehasonlítása, elemzése											
25.	Szakmai esetösszetétel (nagyértékű beavatkozások elkülönített) elemzése											
Fedezet- és eredményszámítás												

26.	Intézményi szintű üzemgazdasági eredményszámítás											
27.	Szervezeti egység szintű fedezet-számítás üzemgazdasági szemléletben (Az egység szintű fedezetszámítás és tervezés során a szervezeti egységekre nem osztunk fel minden költséget, így az egység szintű fedezet nem tartalmazza például a központi igazgatást.)											
28.	Szervezeti egység szintű eredmény számítás üzemgazdasági szemléletben (Az eredményszámítás során minden költséget - így a központi irányítást is - felosztunk az osztályra.)											
Aktuális pénzügyi helyzet vizsgálata												
29.	Likviditás nyomon követése (tényadatok)											
30.	Likviditástervezés (előrejelzés)											
31.	Likviditáselemzés (terv-tény összevetés)											
32.	Pénzügyi mutatószámok előállítás, elemzése											
Szakmai mutatók elemzése, finanszírozás												
33.	Betegforgalmi adatok elemzése											
34.	Kapacitáskihasználtság (ágykihasználtság, TVK kihasználtság vagy a kapacitáskihasználtságot mérő bármilyen mutatók - pl.: egy szakrendelői órára jutó eset, egy orvosra jutó eset stb.) elemzése											
35.	Elvándorlás, bevándorlás adatok vizsgálata											

36.	Kódjavítás (kódolás optimalizálás, javítás a jogszabályi keretek szigorú betartásával, jelentő állományok, vagy kórlapok felhasználásával)											
37.	Finanszírozott teljesítmény elemzése és előrejelzése (finanszírozott teljesítmények elemzése szakmai/finanszírozási/kódolási szempontból)											
38.	TVK miatti degresszió elemzése											
39.	TVK mentesség miatti finanszírozási hatások elemzése											
40.	Egyéb szakmai mutatók előállítása, elemzése - kérjük, fejtsen ki néhány mutatót a megjegyzésben											
További controlling tevékenységek												
41.	Benchmark (összehasonlító) adatok készítése és elemzése											
42.	Egyedi (ad-hoc) elemzések, és döntéselőkészítő anyagok (pl. eredményjavítási akciók vagy beruházások elemzése, árképzés, önköltségszámítás)											
Egyéb fent meg nem nevezett funkció vagy be nem sorolható tevékenység, és pedig:												
43.	...											
44.	...											
45.	...											

VIII.7. Nemzetközi egészségügyi kontrolling tapasztalatai

A nemzetközi kontrolling bármely definícióját (lásd: VIII.1. Függelék) is tekintjük elfogadottnak, közös bennük, hogy a kontrolling az intézmények vezetőinek, menedzsereinek döntéshozatali tevékenységét támogatja, így elsősorban szervezeti (mikro) szinten alkalmazzuk. Igaz ez az egészségügyi intézmények vonatkozásában is, habár a szektor nagyságából, hasonló munkafolyamatokból és protokoll alapú, elvileg standard szolgáltatások nyújtásából adódóan a magasabb (mezo és makro) szintű kontroll tevékenység és az egységesítési törekvések evidensnek tűnhetnek. Hasonló következtetésre juthatunk a nemzetközi egészségügyi kontrolling tapasztalatainak a magyar gyakorlatba történő átültetése kapcsán is.

A kutatásom tervezésekor a szakirodalomban nemzetközi kontrolling rendszereket is kerestem, de egységes rendszerleírásokat és gyakorlati tapasztalatok megosztását nem találtam. Az egészségügyi rendszerek különbözőségét (tulajdonlás és stakeholderek, finanszírozási módszerek, ösztönző rendszerek) tulajdonítottam ennek alapvető okának. Mivel a kutatók, szakemberek és érdeklődők is felteszik a kérdést, hogy más rendszerek hogyan működnek, ezért két esetet dolgoztam fel és szemléltetek. Egyik országpéldát a napjainkban mintaként emlegetett skandináv egészségügyi rendszerek közül választottam ki, másik pedig a svájci rendszer kontrolling vonatkozásait foglalja össze. Az esetek bemutatásának nem célja az adott ország egészségügyi rendszerének összefoglalása vagy értékelése, kizárólag az egészségügyi kontrolling rendszer működését írni le.

A norvég országpélda Dr. Tóth Árpád segítségével, a svájci eset pedig a TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0023 pályázat által támogatott Spital Davos intézmény látogatásából szerzett tapasztalatok alapján készült³⁵.

³⁵ Tóth Árpád és Fritz Brand nélkülözhetetlen szakmai segítségét és rendkívül értékes tanácsait ezúton is hálásan köszönök.

Norvég egészségügyi kontrolling rendszer

A norvég egészségügyi intézmények számára nem készül nemzeti szintű kontrolling rendszer használatára vonatkozó előírás, de minden intézmény ugyanazt a szoftvert alkalmazza, továbbá egységes számviteli rend és számlatükör alapján könyvelnek és szolgáltatnak adatokat. A norvég egészségügyben a kontrolling rendszer működtetése egyértelműen tulajdonosi és menedzseri vezetői eszköz, melyben a heterogén gyakorlatnak köszönhetően az intézményi adatgyűjtés, csoportosítás, interpretálás és teljesítmény elemzése egyénileg, intézményi szinten történik. Ebből adódóan a kontrolling rendszer bemutatását a vezetők számára a kormányzat (Egészségügyi Minisztérium, állam) által előírt kötelező adatszolgáltatásra szűkítem. Az egészségpolitikai szinten történő stratégiai célmeghatározás a regionális ügynökségek közreműködésével kórházi (intézményi) szintre bontanak le. A kórházak számára így éves tervszámok és teljesítendő indikátorok is előírásra kerülnek, melyek három kötelező elemre bonthatóak: meghatározott elvárásrendszer és indikátor-rendszer, valamint a Nemzeti Statisztikai Hivatal részére történő adatszolgáltatás.

- 1) A norvég Egészségügyi Minisztérium éves elvárás-rendszert határoz meg a regionális ügynökségek felé, melyet ők az egyes kórházak számára definiálnak és tervszámokat fogalmazznak meg. Ennek teljesülését harmadévenkénti jelentésrendszer ellenőrzi, tervszámok, indikátorok valamint szabadszöveges beszámoló formájában. Ennek teljeskörű megismerésére a <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer> oldal nyújt információkat norvég nyelven. Az oldal tartalmazza a beszámolandó szakterületeket, az indikátorok definiálását, adatszolgáltatási információit és a feldolgozott adatokat is.
- 2) A minisztérium nemzeti indikátorrendszert működtet az egészségügyi intézmények indikátor típusú adatszolgáltatásával. A rendszer kezdetben 36 indikátorral indult, melyet folyamatosan fejlesztenek és évente 20-25 indikátorral bővül a rendszer. Mára kb. 100 indikátor van, melyeket több dimenzióban is képeznek (pl. férfi-nő), 6-8 kötelező indikátort folyamatosan monitoroznak, ilyenek pl. a daganatos kivizsgálási arány, 20 napon belül elkezdett kezelések aránya, túlélés, stb. melyhez 70%-os standard küszöbérték is tartozik.

Az elmúlt két évben egyre jelentősebbek a minőségi indikátorok, mint például a kórházi fertőzések aránya, idős betegek 30 napon belüli ismételt kórházi fekvőbeteg felvétele, lábamputációk cukorbeteg esetében, császármetszések aránya. Ezen indikátorok is pontosan definiálásra kerülnek és számításához szükséges módszer is elérhető.

3) Nemzeti Statisztikai Hivatal adatokat gyűjt és tesz közzé (Samdata), de a rendszerben jelentési kötelezettséggel nem az egészségügyi intézmények rendelkeznek, hanem a középírányító szerv szolgáltat közvetlenül adatot:

- szakellátások (járóbeteg, fekvőbeteg, egynapos ellátás),
- teljesítmény arányos (DRG) finanszírozás (kivéve a pszichiátria),
- felnőtt, gyermek és ifjúsági pszichiátria, függőbetegek ellátása,
- bentfekvések és ápolási idő,
- ágykihasználtság,
- éves munkaidő keret ("full time equivalent" - azaz egy ember egy éves munkaideje 100% időben betöltött állás esetén).

A kormányzati stratégiai célkitűzések tartalmazzák az egészségügyi ellátás költségeinek pontos meghatározását és alkalmazását, melynek támogatására 5 éve létrehoztak egy keretrendszer, mely:

- kötelezővé teszi az esetköltség-számítás alkalmazását;
- az esetszintű adatok előállítását 12 elemre szabályozzák (szemben a magyar 50 elemű HBCS rendszerrel);
- költséggyűjtés módszerét jelenleg az intézmény megválaszthatja: top-down költségfelosztásra vagy bottom-up típusú költséggyűjtésre van lehetősége.
- a költséggyűjtések alapján jelenleg DRG-ra bontott egyszerű statisztikai adatokat (minimum, maximum és medián értékek) kell szolgáltatni.

A jelenlegi rendszer fejlesztése folyamatos, várhatóan 2-3 év múlva a teljes adatbázis kiépítése megtörténik. Az adatbázis kiépítése során felméri és beépíti a problémákat az elvárás-rendszerbe, ilyen elszámolási probléma például, hogy a bérköltség egyes elemei (túlóra, táppénz, stb.) legalább egy hónapos csúszással kerülnek a rendszerbe, melyek korrekciójára lehetőséget kell adni, mivel a bérköltség aránya kiemelkedően magas a szektorban (70-80%-os).

Svájci egészségügyi kontrolling rendszer³⁶

Annak ellenére, hogy a 1980-as évek közepén néhány kórház elismerte az analitikus könyvelés, mint központi belső irányítási eszköz hasznosságát, ez csak 1996 után a betegbiztosításról szóló törvény életbe lépése után terjedt el, az ármegállaptítás és nyomonkövethetőség érdekében. A betegbiztosításról szóló törvény és a kórházak és egészségügyi intézmények ellátásainak osztályozásáról illetve költségszámításáról szóló rendelet egyértelmű és országosan egységes módszertant igényelt, melynek megvalósítására 2002 nyarán elindult a REKOLE®³⁷ projekt. A projektet a H+³⁸ Tanácsa támogatta, továbbá segített standardizálni és javítani a résztvevők könyvvizetésének a minőségét. Később a 2007-es betegbiztosítási törvény felülvizsgálatát jelentős változásokat hozott a kórházak finanszírozásában is: a SwissDRG visszaélési esetei, és a beruházások, valamint a transzparens minőségi összehasonlítások elengedhetetlen feltétele lett a költségek és ellátások ismerete.

A REKOLE® bármely (magán vagy köz)kórház számára az aktív ellátás, rehabilitációs, pszichiátriai és hosszú távú gondozás területén alkalmazható költségszámítási és menedzsment eszköz. Megalkotásakor szem előtt tartották, hogy a lehető legegyszerűbb legyen a könyvelés. A kézikönyv meghatározza a program elméleti alapjait, irányelveit és módszertani elemeit, valamint gyakorlati példákat is bemutat. Definiálja az (elsődleges és másodlagos, illetve direct, indirekt) költségeket, ráfordítást, jövedelmet és magát a terméket. A költségek között megjelenik az amortizáció (gazdasági társasági formában működnek a kórházak), érdekességképpen néhány svájci (hazaitól eltérő) leírási kulcs: informatikai eszközök 25%, irodai, kommunikációs eszközök, járművek 20%, épület 3%.

³⁶ REKOLE kézikönyv alapján

³⁷ Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung

³⁸ <http://www.hplus.ch/>, elérhető német, olasz és francia nyelven

IX. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK

IX.1. Magyar nyelvű publikációk

Krenyácz, É. [2015]: A hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere. STATISZTIKAI SZEMLE 93:(8-9) pp. 823-857.

Krenyácz, É., Borcsek, B. [2015]: Az önkormányzatok egészségügyi kihívásai. pp. 129-145, in Kaiser: Helyi közpolitika, Nemzeti Köszolgálati Egyetem, Budapest

Benedek, Zs., Krenyácz, É. [2013]: A laparoszkópos colorectalis sebészet gazdasági vonatkozásai a fekvőbeteg-ellátás szintjén. LEGE ARTIS MEDICINAE 23:(2) pp. 125-133.

Dózsa, Cs., Krenyácz, É., Csikós, Á., Kósa, K. [2013]: A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani megközelítésben. EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 51:(2) pp. 22-30.

Krenyácz, É., Benedek, Zs. [2011]: A laparoszkópos kolorektális műtétek haszna és költségei - mikro és mezo szintű elemzés. INTERDISZCIPLINÁRIS MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY 11:(5) pp. 20-25. [2012]

Krenyácz, É., Benedek, Zs., Dózsa, Cs. [2011]: A hazai kórházi sürgősségi ellátás gazdálkodási és kontrolling lehetőségei. IME: INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 10:(6) pp. 24-30.

Krenyácz, É. [2011]: Input szabályozás az egészségügyben. IME: INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 10:(3) pp. 16-21.

Malbaski, N., Dózsa, Cs., Borcsek, B., Krenyácz, É. [2008]. A Regionális Egészségügyi Tanácsok által készítendő kapacitástanulmányok metodikája - az egészségügyi szakellátó rendszerek bemutatása és javaslat a fejlesztési irányvonalakra. IME: INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN, 7(8), 20-24.

Krenyácz Éva, Döbrössy Lajos, Gulácsi László, Dózsa Csaba [2007]: Gyakoribb daganatos megbetegedések társadalmi betegségterhe Magyarországon. IME: INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN 6:(8) pp. 41-44.

IX.2. Angol nyelvű publikációk

Krenyácz, É. [2017]. Controlling in the Hungarian hospitals: history and key issues. Society & Economy in Central and Eastern Europe