



**Gazdálkodástani
Doktori Iskola**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Krenyácz Éva

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

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Bodnár Viktória, Ph.D
egyetemi docens

Budapest, 2017

**Vezetéstudományi Intézet
Vezetés és Kontroll Tanszék**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Krenyáczy Éva

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

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Bodnár Viktória, Ph.D
egyetemi docens

© Krenyáczy Éva

Tartalomjegyzék

I.	Kutatási előzmények és a téma indoklása	4
I.1.	A téma relevanciája	4
I.2.	Célkitűzések definiálása	6
I.3.	Az elméleti háttér áttekintése.....	7
II.	Felhasznált módszerek.....	9
III.	Értekezés tudományos eredményei.....	12
III.1.	Kontrolling rendszerelemek új szemléletű megközelítése, az útelemzés (SEM-LVPLS) módszerével.....	12
III.2.	Döntéstámogató funkció belső szerepe az egészségügyi rendszerben	13
III.3.	Kontrolling adatok és felhasználásának jellemzői a különböző vezetői szinteken	15
III.4.	Következtetések és javaslatok.....	16
IV.	Főbb hivatkozások.....	18
V.	A témakörrel kapcsolatos saját publikációk.....	20

I. Kutatási előzmények és a téma indoklása

I.1. A téma 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%). 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 Közszolgálati 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].

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 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]].

Nemzetközi egészségügyi menedzsment és kontrolling területén számos kutatás készült, melyeknek létjogosultsága vitathatatlan az egyre szűkülő egészségügyi erőforrások és az erősödő költségmegtakarítások 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 a kontrolling rendszereket a dolgozatok nem vizsgálták. A kutatásom kérdése, az egészségügyi kontrolling, aktuális és évek óta felszínen lévő problémáiból ered. Elsőként mutatom be és dolgozom fel a hazai kórházi kontrolling rendszerek mintázatát, és szakértőinek és használóinak (intézményi vezetők, döntéstámogatók és információt előállítók), valamint az állami kórházi fenntartó felsővezetőinek véleményeit és tapasztalatait.

I.2. Célkitűzések definiálása

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.3. Az elméleti háttér áttekintése

A vezetők a kontrolling rendszertől azt várják, hogy a gazdasági stabilizálás növelésével a kórházak működését segítsék elő (Papp, 2003, 2004), 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.

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 támogatóan hathat a szervezeti célok elérésére.

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 (TVK), ami még néhány publikációra sarkallta a szakembereket, majd egy hosszú, csendes időszak következett (2007-2014). Később néhány fiatal kutató (Mattiassich 2014, Mattiassich – Buberné, 2015, Zemlényi 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 ÁEEK 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 költségadatokat képződtek (Nikliné, 2016). Az implementációs időszakot követő országos kiterjesztés megtörtént, de ennek hatását még nem ismerjük.

II. Felhasznált módszerek

A tézisem két részkutatásból tevődik össze: tartalmaz egy kórházi kontrolling rendszerfeltárást, és egy vezetői információ-használatra vonatkozó elemzést. Kutatási kérdéseim ebben a logikában a következők:

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?

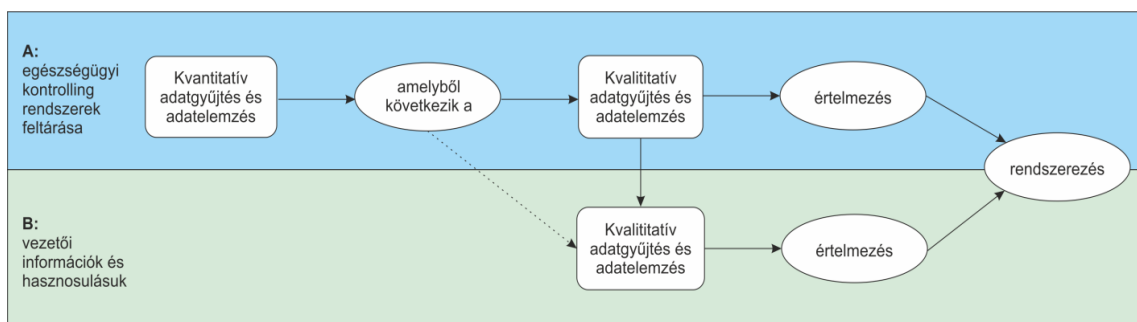
B.	Vezetői információk és kontrolling alkalmazása a vezetői szinteken
4	A vezetői döntések támogatására hol vannak információs pontok a kórházon belül? Kik töltik be a döntéstámogató funkciót?
5	A vezetői információk mennyire széleskörűek?
6	Hogyan használják a kórházak felső,- és középvezetői a rendelkezésre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

1. ábra: A két kutatási egység kérdései (saját táblázat)

A „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” nevű TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 projekt (továbbiakban: TÁMOP) keretében két kérdőív készült a kórházak kontrolling rendszerének megismerésére, így a statisztikai elemzés kétségtelenül adta magát. 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.



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

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

	Statisztikai útelemzés	Fókuszcsoportos 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	fókuszcsoportos interjú	egyéni vezetői mélyinterjúk
elemzés	IBM SPSS 22 szoftver	Verbi MAXQDA 12 szoftver	

3. ábra: Kutatási kérdések megválaszolására választott módszerek összefoglalása (saját szerkesztés)

A statisztikai útelemzés 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 magán-egészségügyi 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 fókuszcsoportos 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.

III. Értekezés tudományos eredményei

Az új tudományos eredményeim három egymással összefüggő, hierarchikus pillérré épülnek, melyek a következők: (1) kontrolling rendszerelemek új szemléletű megközelítése az útelemzés módszerével, (2) döntéstámogató funkció belső szerepe az egészségügyi rendszerben és (3) kontrolling adatok és felhasználásának jellemzői a vezetői hierarchiában.

III.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 az alacsony gyakoriság mellett kiemelkedően magas szórással rendelkezik.

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 vizsgálandó 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.

III.2. Döntéstámogató funkció belső szerepe az egészségügyi rendszerben

2.1. Az egészségügyi kontrolling rendszereket közvetlenül érintett szereplő-csoportjainak bevonásával egyéni és homogén fókuszcsoporthoz 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 (adósságkonszolidáció) eredően a vezetők körében túlzott a pénzügyi/finanszírozási szemléletmód, mely devalválja a kontrollingot.
- Az orvos-szakmák közötti kiegyensúlyozatlan finanszírozási arányok belső feszültséget, szervezeti egység szintű 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 van jelen, 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 során jövőbeli kutatási területek széles körét tartalmazza, ezekből a legjelentősebbek:

- kontrolling funkciók szektoron belüli komplex kiterjesztésének vizsgálata, pl. fenntartói eszközként vagy betegellátási szinteket összehangoló/kontrolláló ágazatpolitikai eszközként alkalmazása;
- finanszírozási anomáliák felszámolása kiegyensúlyozottabb gazdálkodást eredményez intézményi szinten is, és a jelenlegi összetett érdekrendszer feltárása 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.

III.3. Kontrolling adatok és felhasználásának jellemzői a különböző vezetői szinteken

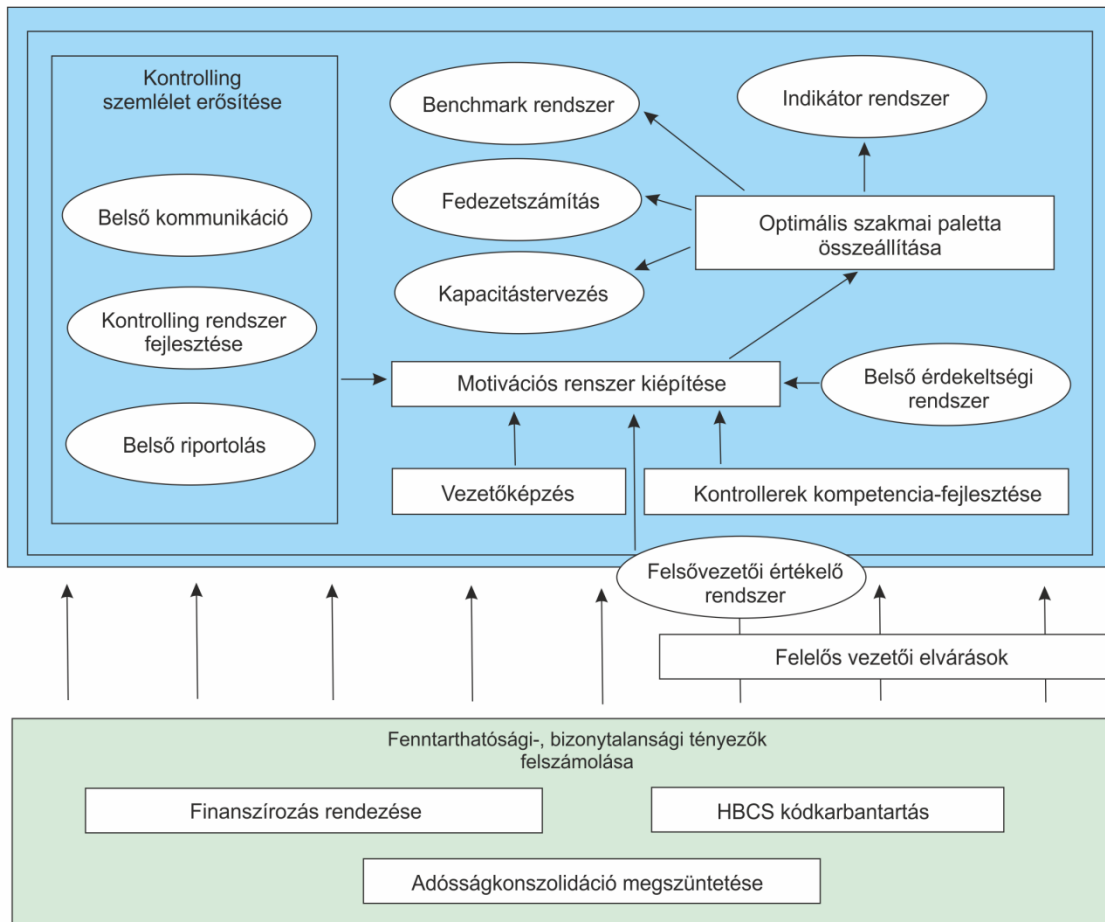
- 3.1. A kontrollerekkel végzett homogén fókuszcsoportos interjú megerősítette, hogy a kontrolling rendszer alkalmazása elengedhetetlen a vezetői döntéshozatalban, de ennek előnye és hátránya a felsővezetők körében kevésbé, a középvezetők körében pedig alig ismert.
- 3.2. A vezetői interjúk és fókuszcsoportos 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 tární az orvosok és a szakma gondolkodását a kontrollingról és megtapasztalni, 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.

III.4. Következtetések és javaslatok

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 vezető 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.



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

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 költségvetési módszertanok támogatnak. Emellett nélkülözhetetlen a vezetők és kontrollerek képzése, ismereteinek bővítése és kompetenciafejlesztése. A 4. ábra szemlélteti a kutatás során összegyűjtött és rendszerezett eredményeket és javaslatokat.

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

IV. Főbb hivatkozások

- Anthony, R. N., Govindarajan, V. (2007): *Management Control Systems*. Boston, MA: Irwin McGraw-Hill.
- Anthony, R. N., Young, D. W. (2003): *Management Control in Non-profit Organizations*. New York: Irwin.
- Bodnár, V. (1997): *Controlling, avagy az intézményesített eredménycentrikusság. A magyarországi üzleti szervezeteknél bevezetett controlling rendszerek összetevői és rendszer szintű jellemzői*; Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem.
- Bodnár, V., Révész, É., Horváthné, V. P. Cs. (2011): *Kontrolling az egészségügyben. Egészségügyi szervezők e-learning projekt*. E-book
- Bouwens, J., Abernethy, M. A. (2000). The consequences of customization on management accounting systems design. *Accounting, Organizations and Society*. 25(3). 221–259
- 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.
- Füstös, L. és társai. (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.
- 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: *Performance Measurement and Management Control: Behavioral implications and Human actions*, Edition: Emerald Group Publishing, UK, pp.155-176
- Horváth, P. (1997): *Controlling*. KJK Budapest
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- Nyland, K., 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
- Orosz, E., Burns, A. (2000): The Health Care System in Hungary. OECD Economics Department Working Papers No.241. Paris, 2000. OECD. 53 p.
- Ostergen, K. (2009): Management control practices and clinician managers: the case of the norwegian health sector. *Financial Accountability & Management*, 25(2). 0267-4424
- 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.
- Simons, R. (1995): *Levers of Control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Strauss, E., Zecher, C. (2013): Management control systems: a review. *Journal of Management Control* 23(4):233–268.

V. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk

Szakmai folyóiratcikk:

1. Krenyácz, É. [2015]. **A hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere.** *Statisztikai Szemle*, 93(8-9), 823-857.
2. Krenyácz, É. [2017]. **Vezetői információk felhasználása a kórházi döntéshozatalban.** *Egészségügy Gazdasági Szemle* befogadott publikáció
3. Krenyácz, É. [2017]. **Controlling in the Hungarian hospitals: history and key issues.** *Society & Economy in Central and Eastern Europe* befogadott publikáció

Egyéb:

4. Krenyácz É., Kiss, N., Révész. É.[2017]: **Re-centralisation of the hospital sector in Hungary: Analysis of reasons and tools.** 21st International Research Society on Public Management Conference, Hungary, Budapest, 19-21 April 2017
5. Krenyácz, É. [2017]: **How does centralized health care system modify management control devices?** European Health Management Association 2017 Annual Conference, Italy, Milan, 13-15 June 2017