

A KÓRHÁZI KONTROLLING PARADOXONA

– FELEMELKEDÉS ÉS/VAGY DEVALVÁLÓDÁS?

Az egészségügyi szervezetek felsővezetői az ágazatra jellemző specifikus kihívásokkal szembesülnek: jelentős és gyakran változó intézményi megkötések között működnek (Kuntz, 2008). Ilyen hazai működési keret az egészségügyi ellátás finanszírozása, a teljesítmény korlátozott elszámoltathatósága, az alulfinanszírozottságból felgyülemelő adósságok, különböző kormányzati forráskiegészítések vagy a centralizáció. E rendszerelemek erősen befolyásolják a kórházi belső rendszereket és a szereplők érdekeltségeit. Jelen publikáció a magyar kórházi kontrollingrendszerbe enged betekinteni. A korábbi kutatás (Krenyácz, 2015) bemutatta a kórházak kontrollingeszköz-használatát, 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. Ennek okait feltételezhetően az egészségügyi alrendszer működésében kell keresni, de vajon mekkora teret enged a kontrollingnak, mint döntéstámogató eszköznek?

Kulcsszavak: egészségügy, kontrolling, adósság, teljesítményvolumen-korlát, vezető

A toplistásnak tekinthető menedzsmentkontroll-tanulmányok (Merchant – Van der Stede, 2007; Anthony – Govindarajan, 2009; Simons, 1995) szerzői közel hasonló módon definiálják a menedzsmentkontroll-rendszereket, ezek értelmezésében és fókuszában különböznek egymástól (Strauss – Zecher, 2013). A legelső (Anthony, 1965) definíció szerint a menedzsmentkontroll az „a folyamat, amely által a menedzsmentek biztosítják, hogy az erőforrásokat hatékonyan és eredményesen szerzik meg és használják fel a szervezet céljainak megvalósításában”. A menedzsmentkontroll értelmezése 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 döntéshozatal támogató információs megközelítés dominanciáját a kontroll kiterjesztése vette át, így kapcsolódtak a kontrollhoz például a jutalmazási és kompenzációs rendszerek. Hazánk üzleti életében a rendszerváltozást követően jelentek meg a kontrollingeszközök, mivel egyrészt a piacgazdaság az addigiaktól merőben eltérő szervezeti megoldásokat, irányítási rendszereket és vezetői szemléletmódot kívánt, másrészt a külföldi tőke által a fejlett gazdaságok vezetőinek felhalmozódott tudása és tapasztalata is megjelent az vállalatoknál (Bodnár, 1997). A hazai egészségügyi szervezetek menedzsmentjére és vezetését támogató rendszerére ható külső erők ezeknél lényegesen gyengébbek. Ezen kívül a nemzetközi egészségügyi kontrollinggyakorlatból sem rajzolódhatnak ki éles irányok, mivel mind az egészségügyi (és biztosítási) rendszerek, mind pedig a tulajdonosi struktúrák és irányítási módszerek eltérnek egymástól a világban. A továbbiakban a hazai kórházak döntéstámogatását vizsgálom, és arra keresem a választ, hogy a kórházak vezetői milyen irányítási eszközöket alkalmaznak, és ezek közül a kontrolling hogyan alakítja a működést és a döntéshozatalt.

Kontrolling a magyar egészségügyi rendszerben

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Az egészségügyi rendszerek bemutatásának irodalma széles körű: rendszeresen adnak ki könyveket, összefoglaló tanulmányokat, publikációkat. Így e publikációban nem törekedtem a teljességre, kizárólag a kontrollingterület értelmezésében szerepet játszó (sajátos) magyar rendszer-elemeket mutatom be: az államosítást, azaz milyen tulajdonosi és vezetői körnek készülhetnek kontrollingjelentések, a teljesítményvolumen-korlátot, azaz milyen ágazati specialitást kell kezelni a kontrollingrendszerben, és az adósságkonszolidációt, ami a kontrollingszámításokat deformálhatja.

Tulajdoni viszonyok: államosítás mint centralizációs folyamat

A 1990-es évek egészségügyi reformjainak eredményeként a központi kormányzati kontrollt a decentralizáció váltotta fel és jórészt a helyi (települési és regionális) 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 szervezetrányító és szakmai irányító csúcsszervezethez (GYEMSZI¹) kerültek, mely többek között költségvetési, ellenőrzési, vagyonkezelési, összevont közbeszerzési, ellátásszervezési jogkörrel rendelkezik. Az átvételt követően országszerte számos kórházi főigazgatói pályázatot írtak ki, majd 2015-ben az intézmény jogutódja csökkentett jogkörökkel és feladatokkal az AEEK² lett. Ezen irányítási és vezetési struktúraváltás következtében országosan csökkent az aktív ágyak száma, illetve a megszűnt aktív ágyak helyett az intézmények krónikus, egynapos, nappali kórházi és járóbeteg-konverziót igényelhettek. A

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

Intézmények fenntartó szerint	2015.		2011.		2003.	
	Intézmény száma	Ágyszám	Intézmény száma	Ágyszám	Intézmény száma	Ágyszám
Önkormányzati eü. intézmény	14	93	112	55.404	117	60.747
Központi eü. intézmény	100	58.648	15	6.492	26	9.846
Egyetem	4	7.376	4	7.359	4	7.446
Vállalkozás	24	1.577	12	187	1	68
Egyházi intézmény	8	1.462	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	167	69.868	173	72.105	178	80.850

statisztikai adatok (2015. dec. 31.) alapján összesen 167 egészségügyi intézmény nyújt társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatásokat, melynek fenntartói megoszlását és méretét az 1. táblázat mutatja.

A korlátozott teljesítményfinanszírozás rendszere

A hazai egészségügyi szolgáltatások rendszere alapvetően kötelező egészségbiztosításra épül, finanszírozása összetett módszertan és különböző finanszírozási szabályok alapján az Egészségbiztosítási Alapból történik. Az egészségügyi ellátásokat a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK, korábban OEP) mint központi szolgáltatásvásárló finanszírozza a költségvetésben meghatározott összeg erejéig, a járóbeteg-ellátásokat német pontrendszerben, a kórházi ellátást Homogén Betegcsoportok (továbbiakban: HBCs)³ és ápolási napok alapján (Orosz – Burns, 2000). Az ország teljes akut ellátásának teljesítményalapú finanszírozására 1993-ban bevezették a HBCs-rendszert. Az évek során a kórházak a finanszírozást egyre jobban megismerték és felülkódolással növelték a bevételüket, melynek visszaszorítására 2004-ben bevezettek egy finanszírozási felső korlátot, a teljesítményvolumen-korlátot (továbbiakban: TVK). Ennek lényege, hogy a kórházak éves teljesítményére, HBCs-arányban felső korlátot határoznak meg, és az NEAK 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 teljesítménystop 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).

Puha költségvetési korlát: adósságrendezés és forrásinjekciók, a rendszer elfogadott és elvárt kiegyenlítő eleme

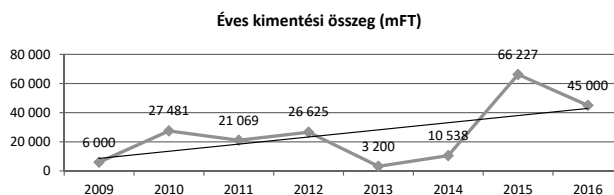
Az egészségügyi rendszereket világszerte tartós hiány sújtja, amely a bevételeket meghaladó kiadásokból ered. Az egészségügyi szolgáltatók nem fizetik ki a szállítóikat

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 PKK egy mentális jelenség, a döntéshozó sajátos várokozása, 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 a túlköltés újra elindult (Kornai, 2009). A kórházi adósságok finanszírozása mára már a rendszer elvárt eleme lett, a kórházi vezetők számolnak az év végi kasszamaradvány kifizetésével. (1. ábra)

1. ábra

A teljesítmények elszámolásán felül történő finanszírozás 2009-2016 között,



Forrás: saját szerkesztés, OEP közzétett adósságadatok alapján

A kórházi kontrolling kialakulása és fejlődése hazánkban

A számviteli rendszerek korábban költségmegtakarításra és költségvetési egyensúly megtartására szorítottak, 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). A kórházak költségtervezési módszertanában is kifinomultabb technikák jelentek meg és a pénzügyi szemlélet felől a hangsúly eltolódott a szerződések és ártárgyalásokhoz⁴ szükséges költséginformáció szolgáltatása felé (Lapsley, 2001). A hazai egészségügyi menedzsment és kontrollgondolkodás kialakulásának néhány – következőkben bemutatott – mérföldköve rávilágít a jelenlegi döntéstámogatási (többnyire controlling) egységek működési sajátosságaira.

Magyarországon a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja 1996-ban kezdte el az egészségügyi vezetőket a menedzsmenttudományokra oktatni. A képzési tervet egy fiatal szakemberekből álló csoport öt éves 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 controlling.

Ezzel párhuzamosan a rendszerváltást követően a külföldről hazatérő szakértők a menedzsmentre nyitott kórházvezetőkkel controllingrendszerekről⁵ kezdtek el közösen gondolkodni. A legelső controllingot 1993-ban vezették be a Zala Megyei Kórházban⁶, ahol ebben az évben elkezdődött az ország első kórházi minőségbiztosítási (ISO) projektje is. Az első öt év a kórházi controlling 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 controllinggal támogatott érdekeltségi rendszerek, melyet egészen a TVK bevezetéséig intenzíven alkalmaztak a kórházakban. E felfutási időszak alatt a controllinggal 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, a könyvvézés módszerének átalakulása, kórház-összevonások, vezetőváltások. E változások az irányítás támogatására alkalmazott eszközöket is érintették és generáltak egy egységesítési igényt a controlling-módszertanra vonatkozóan is, mely 2014-2015 évben kezdett realizálódni. Az állami fenntartású egészségügyi szolgáltatók gazdálkodásirányítási rendszerének transzparensse tétele és fejlesztése érdekében az egészségügyi

ágazatirányítás egy kórházi controllingrendszereket felmérő kérdőívet készítettett, melyet egyszerű statisztikai és strukturális modellezési technikával értékelték ki (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 azzal a céllal, hogy az egészségügyi intézmények fenntartója és az intézmények vezetői információt 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.

A kutatás módszertana

A kutatás a Glaser és Strauss (1967) nevéhez köthető Grounded Theory (*megalapozott elmélet*) alkalmazásával készült, mivel a tanulmány támaszkodik egy controllingkérdőíven alapuló statisztikai tanulmányra (Krenyácz, 2015). Az elemzésre lévő számadatok és táblázatok mélyebb ismeretek nélkül sterilek maradnak (Sántha, 2013b), így megállapításait kvalitatív vizsgálattal egészítettem ki. A hazai intézmények controllingrendszerének megismeréséhez és bemutatásához vezetői mélyinterjúzást és fókuszcsoporthoz interjúzást alkalmaztam (Babbie, 1995; Bloor et al., 2001; Kitzinger, 1994; Vicsek, 2006). Az interjúalanyok közé azon stakeholdereket választottam, akik a kórházi döntéstámogatás folyamatában részt vesznek (kontrollerek, finanszírozási vezetők, külső szakértők), vagy épp magukat a döntéseket hozzák meg (kórházi felső vezetők, fenntartó/tulajdonos menedzsere). A statisztikai elemzés intézményei körül azokat a kórházakat választottam ki, amelyek controllingrendszerrel rendelkeznek és önbevallásuk szerint a döntéshozatal során controllingadatokra támaszkodnak. Az adatfelvételre 2015. év második félévében került sor.

Az egyéni interjúk kapcsán a vezetők, szakértők és fenntartók attitűdjének, indítékainak, motivációinak mélyebb megismerésére törekedtem, amelyek magatartásukat bizonyos irányba mozgatják (Sipos, 2009). A kutatás fókusza intézményi szintű, a kórházak controllingrendszerének értelmezését, eszközrendszerét és napi gyakorlatát vizsgálom, valamint ezek beépülését a döntéshozatalba. Ennek érdekében a felső vezetőket, a döntéstámogatókat, a külső szakértőket és a fenntartót vontam be a kutatásomba, 14 egyéni vezetői interjú és – a döntéstámogatók esetében – egy homogén fókuszcsoporthoz interjú keretében. Nyolc interjút készítettem kórházi főigazgatókkal, és 3-3 interjút a fenntartói felső vezetőkkel és a szakértők-

kel, illetve egy fókuszcsoporthoz megbeszélést folytattam. A megkérdezettek a központi egészségügyi intézmények 11%-át ismerték, ez az arány az egyetemeken esetében 25%. Három interjút készítettem NEAK finanszírozású vállalkozással, melyek közül kettő tulajdonosa állami szervezet.

A csoportos megkérdezést az egyéni interjúkkal szembeni hatékonyabb adatgyűjtés – leszámítva a körütekintő előkészítést (Becker, 2006) – miatt tartottam fontosnak, valamint ez által több információ nyerhető a csoporttagok közötti szinergiák felhasználásával (Héra – Ligeti, 2006). A fókuszcsoporthoz erősségének a csoportokon tapasztalható társas befolyásolási folyamatokat tartják (Vicsek, 2006), mely a homogén – jelentős szakmai tudással rendelkező döntéstámogatók (kontrollerek) – csoportnál még dominánsabb. A fókuszcsoporthoz kutatási elem megszervezése és végrehajtása – a vezetők leterheltsége miatt – nagy kihívás volt: a második alkalomra és egyes vidéki kollégák skype-on való csatlakozásával sikerült megoldani. Ennek ellenére a fókuszcsoporthoz vizsgálatot elengedhetetlennek tartottam: Vicsek (2006) szerint „a potenciális jellemzők mélységekre menő megértését és megismerését nyújthatják és feltárhatnak olyan szempontokat, amelyekre a kutató nem gondolt”. A fókuszcsoporthoz interjú előtt kiegészítő kérdőívet állítottam össze, amely az interjúalanyok jobb elköteleződésének hatását váltja ki, a nézőpontok könnyebben bevonhatók a beszélgetésbe (Vicsek, 2006).

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

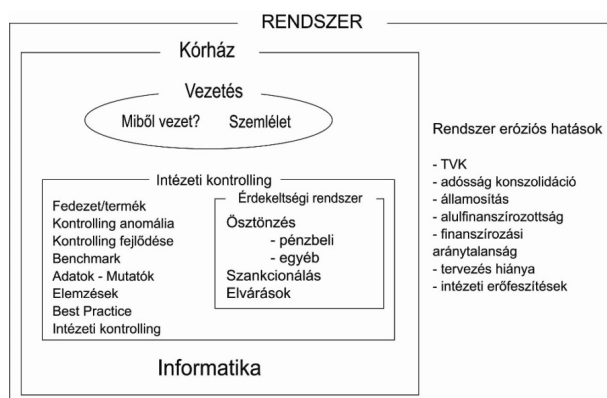
- a csoport homogén, de két területet (kontrolling és finanszírozás) foglal magába, ami szorosan összekapcsolódik,
- a résztvevők különböző intézményi tapasztalattal rendelkeznek (eltérő terület, méret, struktúra, menedzsment),
- elhivatottság és erős, határozott véleményformálás már a kérdőívek alapján feltételezhető,
- nyitott, érdeklődő csapat, 3 fő munkahelyi elfoglaltságai miatt nem tudott részt venni,
- a résztvevők jellemzően nők, mely információ 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. Az interjúk egymásra épültek, elsőként a szakértői interjúkat készítettem el (1,5 órás), majd a fókuszcsoporthoz (1,5 órás) és a fenntartói interjúkat (0,5 órás) és a kérdéseket ezen ismeretek bővülésével pontosítottam a kórházi vezetői interjúk lefolytatásához, melynek terjedelme kezdetben 1,5 órás, majd egy óras volt. Az interjúkat rögzítettem, legépeltem, majd kiértékelésükhöz a MAXQDA 12 szoftvert alkalmaztam, melynek kategóriáit a 2. ábra mutatja be. Az alkategóriák kódjait a szövegdoboz

(rendszer, kórház, vezetés, intézeti kontrolling, informatika) kódjai csoportosítják és rendezik áttekinthető formába.

2. ábra

A kódolás során alkalmazott kategóriák



Forrás: saját ábra

A MAXQDA szoftver a Grounded Theory gondolati rendszerre alapoz (Sántha, 2013a), és ablakrendszeres szövegdokumentációt tesz lehetővé, ami megfelel a manuális kódolásnak: nyers adatokat részekre bontjuk, konceptualizáljuk, majd új formában rakjuk azokat össze (Gelencsér, 2003). 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 kutatási eredményeket az interjúalanyok idézeteivel támasztom alá, az idézett mondatrészek végén zárójelben jelöltem az alanyok szerepét (VI: vezetői interjú, FI: fenntartói interjú, SZI: szakértői interjú, FCSI: fókuszcsoporthoz interjú).

A kutatási eredmények

A hazai kórházvezetés kontrollingtámogatásának megjelenési formái

2. táblázat

A kórházi vezetés összefoglaló ábrája (saját táblázat)

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

Az államosítást megelőzően az intézmények 30%-ában találtak kontrollingtevékenységet, majd 2014-en ez az arány

70%-ra emelkedett (Krenyácz, 2015). A kórházak gazdálkodási és döntéstámogatási rendszere nagyon heterogén, a vezetők eltérő eszközöket választanak a kórházak irányítására, melyek különböző „minőségi szintet” is jelentenek, melyet a 2. táblázat foglal össze.

„Fejből-zsebből-füzetből” vezetés

A gazdálkodás sok helyen sajátosan alakul, a vezetők nem alkalmaznak döntéstámogató rendszereket, az információ leginkább a felső vezetés fejében áll össze. A vezetői interjúk alanyai közül, akik nem, vagy nem jól működtetnek kontrollingszisztémát, azok elmondása szerint a menedzsmentben megvan az igény a kontrollingszisztémák felhasználására, de személyi, informatikai, egyéb problémák miatt mégsem használják, végeredményben kontrollingszisztéma nélkül irányítják az intézményt. A „fejből-zsebből-füzetből” vezetés oka látszólag az interjúalanyok által sokat emlegetett fejletlen informatikai rendszer és az adatok validitásának hiánya. De a probléma mélyén szervezeti szinten alapvetően a felső vezető tudásának hiányossága és maga „vezetői státus 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, státustisztelet megnyilvánulása ... hatalmi alapon és nem vezetői érték alapon köteleződött el.” (VI)

A kontrollingszisztéma működtetésével nemcsak a szervezet működésének hibái tárhatóak fel, hanem ezek egyben a szervezeti vezetők hibáit is megmutatják, melyek csak a konfliktusok és feszültségek felvállalásával korrigálhatóak. A konfliktusok felvállalásának következményeit nehéz felmérni; folyamatok átszervezésekor vagy új követelményrendszer felállításakor egy döntés a kórház betegellátási működését is megkérdőjelelheti:

„teljesítménykövetelmény felállítása után az orvosok 40%-a elhagyta a kórházat ... összességében az orvosok 60%-a mondott fel fél éven belül, mivel átlagosan 80%-kal csökkent a paraszolvencia”. (VI)

A „füzetből vezetés” paradox jellemzőkkel bír, mert oka egyrészt a felsővezetői – politikailag középtávon biztosított – státus, másrészt pedig a vezetők mozgásterének leszűkülése, kancellári rendszerbe korlátozása, mellyel „a főigazgató felelősségét és kompetenciáját kérdőjelel meg” (VI). Ez hosszú távon a kontrollingszisztéma igényének elrejtését és működésének elsorvadását eredményezi.

Sajátos pénzügyi eszközök alkalmazása

A megkérdőjelezett 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 bankszámlaegyenleget 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.

A teljesítményvolumen-korlát, mint a magyar egészségügy sajátos jelensége

A kórházak a teljesítményeket az évek költségvetésükben meghatározott összegig tudják elszámolni, így a maximális társadalombiztosítási finanszírozási bevételüket az év elején rögzítik. Ezért a kórházak az elérhető teljesítményeket szakmákra bontják és TVK-keretként rögzítik. Így a finanszírozás korlátozása a kórházi teljesítmények, aktív és járóbeteg-ellátás korlátozását eredményezik (egy-egy kiemelt betegség és a krónikus ellátás teljesítményeinek kivételével). A TVK osztályra való leosztásával és év folyamán a HBCs teljesítmények alakulásának kontrolljával, osztályok közötti átcsoportosítással tudnak a vezetők a maximális finanszírozási bevételt elérni. Ez a maximális összeg a teljes finanszírozandó súlyszámokat és az e fellet lévő sáv (ún. 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 a NEAK felé lejelentett teljesítményeket mindig monitorozzák:

„ököl szabály: 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.” (Szl)

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

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

„... 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.” (Szl)

Kontrolling mint kórházi menedzsmenteszköz

A kórházi irányítás információs rendszereken alapuló eszköze a kontrollingrendszer alkalmazása. A kontrolling a megkérdezettek egybecsengő *definiálása* 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, előreljzés és visszacsatolás.

A kontrolling mint finanszírozási eszköz

Emellett a döntéstámogató vagy kontrollingegységet működtető 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 ügyeket ... a kontrolling intézi.” (FCsl)

A kontrolling a 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.” (FCsl)

„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”. (Szl)

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

A kontrolling mint keretgazdálkodási eszköz

A keretgazdálkodás az egészségügyben speciális jelentéssel bír, elrugaszkodva a kerettervezés klasszikus definíciójától: minimalizálást jelent egyes költség sorok esetében.

„rendkívül egyszerű, és nagyon kézenfekvő rendszer terjedt el: keretrendszer üzemeltetnek dologi

költségekre, 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 eszköz.” (Szl)

„a keretgazdálkodás, keretmenedzselés, azt jelenti, hogy az éves költségvetés kiadási előirányzatai le van osztva klinikákra és ennek a nyomon követése, a folyamatos – klinikai teljesítményhez igazított – módosítása egyik fő feladata a kontrollingnak. 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 biztosítsa a keretet a teljesítményhez kapcsolandó többletkiadás finanszírozására.” (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 költség sorok (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”. (Szl)

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

A szakirodalomból ismert operatív kerettervezés lényege, hogy a szervezeti egység vezetője és a menedzsment megállapodik a működés feltételeiben, és ezt a megállapodást betartják. A keretek esetében nincsen megállapodás, nem előzi meg egy egyeztetés, sőt a kereteket már év elején betarthatatlannak tartják az alacsony kórházi költségvetések miatt. A keretek funkciója a költségkorlátozás, ám a betegellátás ezt jellemzően felülírja: a keretek éven belül többször, a felhasználásoknak és igényeknek megfelelően folyamatosan módosulnak. 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.” (Szl)

„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 vizsgálják a várható teljesít

ményt, az elköltött pénzeket és ennek megfelelően módosítanak. (Szl)

Amely kórházban „legjobban, legkeményebben” felépített rendszer működik, ott havonta kétszer értekezlet tartanak a költségek elköltéséről (témája: kiadott keretek, előző hónap teljesítése, rendkívüli keretek, változások a szokásos költségkerethez képest, indoklások, tartalékkeret, annak fogyása”). A keretek viszont a teljes kórházi „bűdzsének maximum 20%-át teszik ki”. Mégis a vezetők nagy jelentőséget tulajdonítanak neki, mivel a bér, illetve a központi költségek rugalmatlansága miatt, más területen nem tudnak megtakarítani.

„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.” (FCsl)

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.” (FCsl)

A kontrolling tervezési eleme sok helyen a kerettervezésben és a személyi státusok 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 státusok 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 teretek és lehetőségek visszaszorulása folyamatosan táplálja. A TVK-t megelőző időszakban sok kórház alkalmazott klasszikus tervezést, melyben a teljesítmények és kapaci-

tások 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.” (FCsl)

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

A kontrolling mint fedezetszámítási eszköz

A kontrollingot számos vezető alapvetően a számvitelhez és a fedezetelvűséghez 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 orvosenként 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 (szemeszet, 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.” (Szl)

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.” (FCsl)

Az állami kórházakban ez a fajta fedezetszámítás és vizsgálatszerű ritka, hangsúlyosabb a gyógyszerköltségek és szakmai anyagköltségek kereteinek monitorozása. Jellemzően a piaci érdekeltségű intézményeknél erős fedezeti szemlélet van, megvizsgálják, hogy „van-e megfelelő kereslet” és „üzletileg megéri-e előállítani” az egyes szolgáltatásokat. A Fedezet1⁷ 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. Ezen kívül 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 vagy részben finanszíroz, mégis bevállaljuk, mert sokat tanulunk az esetből.”(VI) „Másképp sokszor bevállalunk rossz fedezetű szakmákat, mert betegmegőrző és betegbevonzó hatása van, egy betegkört tudok vele megtartani”. (VI)

„szakmai alapon döntünk, de döntéstámogatásnak elmondjuk: ha azt a két esetet kihagyta volna, akkor most lenne plusz 15 millió forintod, éves szinten 180 millió Ft-ból tudnánk 20% béremelést adni. 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)

Azok a kórházak, amelyek erősen támaszkodtak a kontroll adatokra (legfőként a fedezetszámításra) eredményesen tudtak gazdálkodni.

A kontrolling mint kapacitástervezési és –kontroll eszköz

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

„Az alapadatok alapján olyan esetösszetételt csináltunk, amiről a műtétet megterveztük, kikalkuláltuk a kapacitást (orvos, nővér, ágy, műtő). ... Látod a súlyszámot, beleférsz-e a TVK-ba, hány ágy szükséges, hány óra, ápolási személyzet stb.” (VI)

„A kapacitásokat utána tudod állítani, hogy milyen szakmákat, milyen típusú beavatkozásokat végzel, azokra milyen keresletet keltesz... , illetve meg kell nézned, hogy milyen portfóliót állítok össze: fedezetelven megvan a szakmáknak a nyereségessége

és fedezettermelő képessége, és ennek megfelelően tudom utána dísznó módon állítani a szakmai portfóliót.” (VI)

„Nagyon komoly a kapacitáskontroll és évente újrállítjuk 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)

A kontrolling mint „művészi eszköz” a rendszerek összehangolására

A kontrollingfunkciókat alkalmazó intézményeknél rutinszerűvé vált a tervezési-elemzési feladatok ellátása, így erőforrásait a finanszírozási változásából, a meglévő finanszírozási aránytalanságból eredő problémák kezelésére, megfelelő költségű/fedezetű szakmai paletta összeállítására tudják fordítani, melynek felelőse a kontrolling/finanszírozás mint elsődleges döntéstámogató. 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 tervezési algoritmus: a megfelelő finanszírozású és fedezetű eljárások kiválasztása, ezek alapján a kapacitások beállítása és mutatókkal történő monitorozása.

„meg kell nézned, 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)

A több szakma és ezernyi eljárás egy komplex rendszert képez, és ezen elemek „művészi összehangolását” még az is nehezíti, hogy az eredményes vagy nullszaldós eljárások mellett a negatív fedezetet termelő eljárások elvégzése is elgondolkodtatja a vezetőket. Egyrészt betegellátási szempontból kötelességüknek tartják az eljárások elvégzését, másrészt pedig e veszteséges eljárások „mellékhatása” is lehet gazdaságilag eredményes a kórház számára például egy másik, pozitív fedezetű eljárás igénybevételével vagy a beteg későbbi – más jellegű problémájának – kezelésével.

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

„A nagy művészet az, hogy drága szakmákat is tartásal 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)

E folyamatok és rendszerlemek összehangoláshoz szükség van egy kórházi kontrollingsapatra: 3-4 fő jól képzett, felsőfokú végzettségű, szervezési tudással rendelkező munkavállalóra, akik alkalmasak komplex, több területet felölelő kórházi döntéstámogatás elvégzésére (pl. humánpolitikai 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 dekadonként.” (Szl)

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 szolgálatni 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.,” (Szl)

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.

A kontrolling mint „Jolly Joker”

Jelenleg a kontrolling egy múltat elemző retrospektív eszköz, amely a klasszikus kontrollingfunkció helyett az

intézmény „Jolly Jokere”. Nemcsak a finanszírozással és kontrollingszámolóval 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 (beruházásmegtérülési számítás, pályázatírás), a térítési díj szabályzat elkészítéséi” (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 orvosszakmával 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 címezik, mivel ebben a szervezeti egységben van meg a tudás a feladat elvégzésére. A pénzügyi/számvetési 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 adatkéréseket a legtöbb esetben a kontrolling látja el vagy az adatszolgáltatás teljesítéséhez szükséges belső feladat tervezést, koordinálást és az elemzés véglegesését 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.

Az állami egészségügyi rendszer és a kontrolling kapcsolata

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

„1995-től az első hazai kontrollingoktól a TVK megjelenéséig a legnépszerűbb és legkönnyebb gazdálkodásjavítási eszközök mind offenzívák voltak:

az árbevétel növelésre és nem költségrestrikcióra, létszámelbocsátásra épültek. De ezt fékezendő bevezették a TVK-t, mint egy nagy bevételi stopot, és házon belül lehetett költségsökkentéssel 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 infláló 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 büdzsé ... majdnem azt lehet mondani, hogy egy fél-egy hónapi pénz nem osztódik ki a büdzsében” (SzI)

A teljesítménykorlát bázisfinanszírozássá alakította a finanszírozást, és újfajta gazdálkodási gondolkodást generált, háttérbe szorítva a kontrollingszereket. 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 részt 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 kontrollingszettel 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 szemészeten, sebészeten, 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 több-letbeteg felvételével minimális költséget indikálok.” (VI)

A kórházak igazgatói az adósságok termelését próbálják visszafogni, de a rendszer mégsem ösztönzi az eredményes gazdálkodásra. Az adósságkonszolidációnak az az üzenete, hogy: „ha 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.

„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 megemelnek a finanszírozást, hogy akkor ez ne termelődjön újra.” (FI)

„mint kórházigazgató, 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, címlapsztori leszek, ha címlapsztori leszek, akkor leváltanak, és sorolhatnánk ugye... Létezett valamifajta piros vonal, amiben a fenntartó, tulajdonos segíthetett véges limitációig.” (SzI)

A 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 monitoringeszközök,
- politikavezérelt, személyes kapcsolatok által befolyásolt 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 szakmastruk-

túrát 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 veszteséges (jellemzően manuális) szakmák. A kórházak megpróbálnak „adott szakmán belül kevésbé veszteséges ellátásokat folytatni”, amennyire lehet a teljesítményeket növelni és a hozzá kapcsolódó finanszírozást maximálisan kódolni. Ennek feladata jellemzően a kontrollingeréshez kerül delegálásra, így a klasszikus kontrollingszerek használata helyett a TVK- és bevételoptimalizálással próbálják a kórházi gazdálkodási egyensúlyt fenntartani. A – klasszikus értelemben vett – kórházi kontrollingszerek leértékelődnek, devalválódnak, annak ellenére, hogy a szűkülő finanszírozási források logikusan a tevékenységek fedezetének ismeretére és a fenntartható szakmai struktúra megválasztására ösztönöz. A 3. táblázat összefoglalja, hogy a finanszírozási rendszer változására hogyan reagáltak a kórházak.

3. táblázat

Az egészségügyi rendszerváltozás hatása a kontrollingra (saját táblázat)

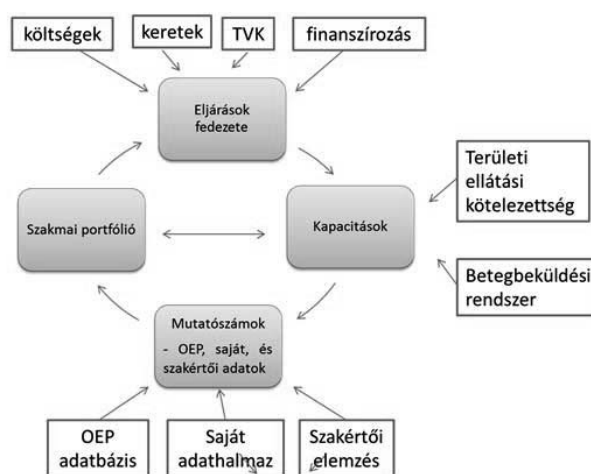
	korlát nélküli teljesítményfinanszírozás (1993-2004)	TVK-t következő időszak (2004-jelenleg)
Szemlélet	teljesítmény alapú (kontrolling)	pénzügyi
Gazdálkodás	teljesítmények növelése	likviditáskezelés, keretgazdálkodás
Kontrollingszisz-tem	felfutás és intenzív eszközhasználat időszaka	intézményenként változó, jellemzően nem használják a kontrollingszereket
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

Merchant (2007) szerint a jó menedzsmentkontroll azt jelenti, hogy a menedzser ésszerű határokon belül biztos lehet abban, hogy jelentős, nem várt meglepetés nem fogja érni. Az általam megkérdezett vezetők definiálták a jó kontrollingszisztemet, melynek *egyik alapfeltétele*, hogy a rendszerhez szükséges adatok „egy elfogadott módszertan alapján technikailag előállíthatók, és informatikailag erősen támogatottak legyenek”. A kontrollingszisztem 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. Az eljárások fedezetének, kapacitásigényének ismeretével és a közösen kialakított mutatószám rendszeres monitorozásával megfelelő szakmai portfólió állítható össze. E rendszer elemek összehangolása komplex látásmódot igényel. (3. ábra)

3. ábra

A kontrollingszisztem „művészi összehangolása”



Forrás: saját ábra

A *másik elengedhetetlen feltétele* a jó kontrollingszisztemnek 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, a terület – erőforrások hiányában – jellemzően a finanszírozás optimalizálására és a külső benchmark adatokra épülő elemzésekre szűkül. Sajnos a kontrollingszisztem 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.

Összegzés

A tanulmány a hazai kórházak kontrollingszisztemét és azok döntéstámogatásban való alkalmazását vizsgálja. A kórházi működés összehasonlítása csak országhatáron belül történt, mivel nemzetközi szinten az egészségügyi rendszerek és a kontrollingszisztemgondolkodás is eltérő. A hazai kórházak döntéstámogatása az elmúlt két évtizedben az

egészségügyi rendszer és annak finanszírozási szabályainak változásának hatására jelentősen átalakult. A 2000-es évektől a kontrolling alapvetően az társadalombiztosítói bevételek maximalizálását, a felülkódolás szolgálta, kiemelt figyelemmel a TVK változó szabályaira. Az adóssághozjáról jelenségének és a centralizációnak eredményeképpen a kórházi vezetők gondolkodása pénzügyi szemléletű maradt, és a kontrolling a szállítói tartozások és a konszolidáció céljainak is alá lett rendelve: a jelenlegi kórházi kontrollingrendszer alapvetően finanszírozáscentrikus, sok intézmény csak teljesítmények elemzésével foglalkozik, az osztályos szintű eredménykimutatás gyengén, eset szinten egyáltalán nem működik, modellezések nincsenek. A kontrolling feladata továbbá az egyes kórházak által kiválasztott szakmai dologi keretek „karbantartása”, míg jóllehet a keretek a kórházi költségvetés csupán kb. 20%-át érintik és igényeknek megfelelően folyamatosan változik. A keretek funkciója a merev költségkorlátozás lenne, de a betegellátást ezt rendszeresen felülírja.

Az alulfinszírozott eljárások, a teljesítmény korlátozása és a visszatartott NEAK kifizetésekből adódóan az egészségügyi rendszer – az interjúalanyok elmondása szerint – forráshiányos és a szállítói tartozások folyamatos emelkedését eredményezi. Ez a környezet egy erős kontrollingszköz-használatot igényelne, de mégis a kórházi kontrollingrendszer devalválódását lehet kiemelni jelen kvalitatív kutatás eredményeként.

Kormányzati szinten a finanszírozási keretösszeg emelése és a szakmák közötti aránytalanságok rendezése a megfelelő válaszlépés, mely kizárólag kontrollinggal támogatott intézményi költségszámításokon, az egyes eljárások fedezeteinek kimutatásain alapulhat. A fedezetszámítás lehetőséget biztosít az eredményes szakmák és eljárások előtérbe helyezésére, az optimális szakmai paletta meghatározására, melyet már itthon is megfelelő költségszámítási módszertanok támogatnak.

Jegyzetek

- 1 Gyógyszerészeti, Egészségügyi, Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet
- 2 Állami Egészségügyi Ellátó Központ
- 3 Akut fekvőbeteg ellátások finanszírozása a Homogén Betegcsoportok alapján történik, az amerikai DRG (Diagnosis Related Groups) módszertanához hasonlóan.
- 4 Megjegyzés: itt gondolhatunk a finanszírozási súlyszámok és arányok rendezésére, melyre a szolgáltatók igényüket már régóta jelzik.
- 5 Bodnár (1997d) definíciója alapján kontrollingrendszereknek nevezük 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.
- 6 A Zala Megyei Kórház továbbra is eljenjáró a kontrolling és minőségbiztosítás területén, modelljét a Semmelweis Egyetem egészségügyi menedzsment kurzusain is bemutatják.
- 7 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 költségszámítási módszertani kézikönyve)

Felhasznált irodalom

- Anthony, R. N. – Govindarajan, V. (2009): Management-kontroll-rendszerek (Management Control Systems). Budapest: Panem
- Babbie, E. (1995): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Budapest: Balassi Kiadó
- Becker, Gy. (2006): Hogyan nézzünk fókuszcsoporthoz? Marketing & Menedzsment, 40 (2-3), p. 4-9.
- Bloor, M. – Frankland, J. – Thomas, M. – Robson, K. (2001): Focus Groups in Social Research. London: Sage
- Bodnár, V. (1997): Controlling, avagy az intézményesített eredménycentrikusság. A magyarországi üzleti szervezeteknél bevezetett controlling rendszerek összetevői és rendszer szintű jellemzői. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem
- 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), p. 152-156.
- Gaál, P. – Szigeti, S. – Csere, M. – Gaskins, M. – Panteli, D. (2011): Health system review. Health Systems in Transition, 13(5), p. 1-266.
- Gelencsér, K. (2003): Grounded Theory. Szociológiai Szemle, 1, p. 143-154.
- Héra, G. – Ligeti, Gy. (2006): Módszertan. Budapest: Osiris Kiadó
- Kitzinger, J. (1994): The methodology of Focus groups: the importance of iteration between research participants. Sociology of Health and Illness, 16(1), p. 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023
- Kornai, J. (2009): The soft budget constraint syndrome in the hospital sector. International Journal of Health Care Finance and Economics, 31(1), p. 117-135. doi: 10.1556/SocEc.31.2009.1.2
- Krenyácz, É. (2015): A hazai egészségügyi intézmények kontrolling-rendszere. Statisztikai Szemle, 93(8-9), p. 823-843.
- 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 – Elke Jakubowski (2005): Purchasing to improve health system performance: European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, p. 236-264.
- Lapsley, I. (1994): Responsibility accounting revived? Market reforms and budgetary control in health care. Management Accounting Research, 5(3-4), p. 337-352. doi:10.1006/mare.1994.1021
- Lapsley, I. (2001): Accounting, Modernity and Health Care Policy. Financial Accountability & Management, 17(4), p. 331-50. doi: 10.1111/1468-0408.00137
- Merchant, K. A. – Van der Stede, W. A. (2007): Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives. Harlow: FT/Prentice Hall

- OEP* (2016): Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutató 2015.
- Orosz, E. – Burns, A.* (2000): The Health Care System in Hungary. OECD Economics Department Working Papers No.241. Paris: OECD
- Pettersen, I. J.* (2004): From bookkeeping to strategic tools? A discussion of the reforms in the Nordic hospital sector. *Management Accounting Research*, 15, p. 319–335.
- Sántha, K.* (2013a): Multikódolt adatok kvalitatív elemzése. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó
- Sántha, K.* (2013b): A harmadik paradigma a neveléstudományi vizsgálatokban. *Iskolakultúra*, 23(2), p. 82–91.
- 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. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem
- Strauss, E. – Zecher, C.* (2013): Management control systems: a review. *Journal of Management Control*, 23(4), p. 233–268.
- Vicsek, L.* (2006): Fókuszcsoport. Budapest: Osiris Kiadó