

A Balanced Score Card bevezetésének dilemmái a magyar egészségügyben

Mattiassich Norbert, Soproni Erzsébet Oktató Kórház,
Bubori Zsolt, Monte Consulting Kft.

Az egészségügyi ellátó rendszerben és a vállalati szférában egyetlen vezető sem rendelkezik olyan vezetési módszerrel, amely minden körülmények között teljes mértékben beválna. Ezért minden vállalat és intézmény számára fontos stratégiájának elkészítése, megvalósítása és az elért eredmények mérése. Az elmúlt években ennek egyik legnépszerűbbé vált eszköze a Balanced Score Card (BSC).

Jelen tanulmány a Balanced Score Card, BSC bevezetésének dilemmáit és gyakorlati tapasztalatait mutatja be a magyar egészségügyi intézményekben. A kiinduló hipotézis megfogalmazása után bemutatjuk a BSC alapú üzleti működés várható előnyeit és megvalósítási nehézségeit az egészségügyi szektorban.

In the present healthcare system no leader/manager has got a system that is applicable in any circumstances. Therefore, it is important for each company and institution to elaborate and implement their own strategies and measure the achievements. One of the tools of this process is Balanced Score Card which has become increasingly popular in the recent years.

The subject of this paper is the dilemmas and empirical experiences in connection with the implementation of the Balanced Score Card (BSC) in the Hungarian medical institutions. After outlining the basic hypothesis, we discuss the anticipated benefits of the BSC-based business model and the difficulties of its implementation in the healthcare sector.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi ellátó rendszerben és a vállalati szférában egyetlen vezető sem rendelkezik olyan vezetési módszerrel, amely minden körülmények között teljes mértékben beválna. Ezért minden vállalat és intézmény számára fontos stratégiájának elkészítése, megvalósítása és az elért eredmények mérése. Az elmúlt években ennek egyik legnépszerűbbé vált eszköze a Balanced Score Card (BSC).

Az egészségügyben éppen ezért a controlling rendszereket, amelyek a vezetési döntés előkészítésének nélkülözhetetlen része, célszerű kiegészíteni támogató és működési hatékonyságát növelő szervezési módszerekkel. Ezen módszerek között első helyen szerepel a Balanced Score Card, vagyis a kiegyensúlyozott mutatószám rendszer intézményi bevezetése.

KIINDULÓ HIPOTÉZIS

Abból a feltételezésből indulunk ki, hogy a BSC azaz Kiegyensúlyozott Mutatószám Rendszer nemcsak a privát szektor vállalatainál hasznos és elterjedt vállalati teljesítménymérő rendszer, hanem az egészségügyi intézményekben is használható. Alkalmazásával a magyar egészségügyi intézmények működési hatékonysága javítható.

Hipotézisünk alábbi elemei további magyarázatra szorulnak.

A BSC vállalati stratégia megvalósulását méri és segíti elő, az alábbi nézőpontokból.

Pénzügyi nézőpont: Ez a terület jellemzően a tulajdonosi elvárásokat jeleníti meg, arra a kérdésre keresi a választ, hogy pénzügyi szempontból mit várnak el a cégtől, intézménytől a tulajdonosok. Amikor a pénzügyi nézőpont és a pénzügyi teljesítmény értékelésre kerül, olyan kérdésekre keressük a választ, hogy mitől függ az árbevétel dinamikája, a költségek csökkentése és a termelékenység növelése, vagy az eszközkihasználtság [1, 2].

Vevői nézőpont: Itt jellemzően a vevői elégedettség és jövedelmezőség vizsgálata, és konkrét mutatószámokban való megjelenítése zajlik. Fontos tényező a piaci részesedés és a visszatérő vevők száma, viselkedése is [1, 2].

Működési folyamatok nézőpont: A működési folyamatok vizsgálatánál a hangsúly a termékek és szolgáltatások előállítási módján, az ezekkel kapcsolatos innovációs folyamatokon, és az értékesítés utáni szolgáltatásokon van [1, 2].

Tanulási és fejlődési nézőpont: Ez a kategória az alkalmazottak képességeivel, az információs rendszerek vizsgálatával, a motivációs rendszer és a vállalati kultúra kérdéseivel foglalkozik. Az említett szempontokhoz kapcsolódóan fogalmazódnak meg a KPI-ok (Key Performance Indicator), a Kulcs Teljesítmény Mutatók [1, 2].

Vizsgálatunk tárgyát az állami tulajdonban lévő, járó- és fekvőbeteg szolgáltatást nyújtó intézmények jelentik, melyek Magyarországon kínálnak egészségügyi szolgáltatásokat és termékeket.

Fontos tisztázni a működési hatékonyságot, mely fogalom alatt a lehető legnagyobb outputot a lehető legkisebb költséggel, az azonos minőségben előállító folyamatok működését értjük.

ALAPPROBLÉMA

Az alapproblémát úgy definiáljuk, hogy a BSC előnyeit csak korlátozottan lehet realizálni a magyar állami egészségügyi intézményrendszerében. Ez adódik a bevezetési nehézségekből, a módszertan alkalmazhatósági korlátaiból,

és az eredmények hiányos transzparenciájából is. A magyar egészségügy és egy magántulajdonú vállalat BSC alkalmazásának nehézségeit és lehetőségeit, a két szektor eltérő jellegzetességein keresztül, a BSC négy alapkategóriáját felhasználva, az alábbiak szerint mutatjuk be.

PÉNZÜGYI NÉZŐPONTTAL KAPCSOLATOS DILEMMÁK

A magánszektorban a tulajdonosok pénzügyi elvárásai jellemzően jól meghatározottak, gyakran a menedzserszerződésekben dokumentáltak, hiszen a tulajdonosok a menedzsment prémiumokat az elvárt eredményességi vagy megtérülési mutatókhoz kötik. Ezzel szemben az állami egészségügyi szektorban a szabályozási környezet gyakori változása (mely gyakran a tulajdonosi és működtetői környezet megváltozását is jelenti), az elvárások rosszul dokumentált (gyakran csak impliciten kommunikált) rendszere, és a tulajdonosok politikai szempontok szerint alakított és változtatott elvárásai jóval kiszámíthatatlanabb működési környezetet teremtenek, mint a privát szektorban.

Egy állami tulajdonú kórház esetében nem beszélhetünk profitmaximalizálásról, itt a helyes pénzügyi célkitűzés a likviditási egyensúly fenntartása lehet. E célkitűzés a bevételek maximalizálása, illetve a költségek racionalizálása és minimalizálása révén érhető el. Az optimális betegellátás megvalósítása elsősorban az orvosok és nővérek szakképzettségével és jártosságával hozható összefüggésbe. Ez alapján tehát az orvosoknak mindig, de főként a drága műszeres vizsgálatok és műtéti beavatkozások alkalmazási körében törekedniük kell arra, hogy a betegpanaszok alapján a lehető legpontosabb diagnózist állítsák fel és csak azon beavatkozások elvégzésére kerüljön sor, melyekre valóban szükség van. A kórház szempontjából ezáltal elkerülhetőek a felesleges kórházi hotelköltségek, a páciensek szempontjából pedig ez azért fontos, mert így rövidülhet a kórházban való tartózkodási idő.

A forráshiányra és a nem költségalapú árazásra való tekintettel azonban a pénzügyi eredmények mérhetősége nem mindig valósulhat meg, mert nem feltétlenül van arra emberi/anyagi erőforrás, hogy pontosan nyomon kövessék a pénzügyi eredmények teljesülését, több különböző nézőpontból is. A pénzügyi mutatószámokra jellemző, hogy a vállalati teljesítményt nem lehet pár kiválasztott pénzügyi mutató alapján megítélni és megérteni, mert a mutatók egész rendszere szükséges ahhoz, hogy pontos képet kaphassunk az aktuális és a várható teljesítményről. Komplex pénzügyi mutatószámrendszert sajnos a magyar egészségügyi szolgáltatók kapacitás hiányában nem tudnak kiépíteni és folyamatosan frissíteni.

A másik probléma, hogy a magyar állami egészségügy egy olyan komplex, összetett rendszer, melyben a szereplők teljesítménye, matematikailag nem kimutatható (nem monetarizálható) módon függ a többi szereplő teljesítményétől. Ebben az esetben egy hálózat (vállalati analógiával élve egy holding, vagy konglomerátum) egyetlen elemének a pénzügyi teljesítményéről van szó, melyben a rendszerfüggetlen

elemeket elválasztani a rendszerfüggő (determinisztikus vagy sztohasztikus szétválasztás is szükséges lenne) elemektől szinte lehetetlen. Talán legközelebb a privát szektor analógiához az egyes egészségügyi szolgáltatók profit/cost vagy revenue centerként való kezelése állna, de ez a felfogás az állami irányítási logikától idegen.

A pénzügyi eredmények nem teljesülése a magánszektorban szinte azonnali következményeket von maga után, míg az egészségügyi intézményeknél a résztvevők alkupozíciója és a szolgáltatás karakterisztikája (nem feltétlenül lehetséges és indokolt bezárni egy kórházat pusztán azért, mert veszteséges, hiszen közszolgáltatásról van szó) megakadályozza azok bekövetkezését.

VEVŐI NÉZŐPONTTAL KAPCSOLATOS DILEMMÁK

Az egészségügyben az ellátott betegek és a beküldő orvosok, illetve a társadalombiztosítás a vevő. A betegek maguk fogalmazzák meg pozitív vagy negatív véleményüket, és azt az ismerőseik körében terjesztik. A szájról-szájra terjedő vélemény milyenségét nem szabad a véletlenre bízni, illetve az esetleges rossz véleményeket nem szabad figyelmen kívül hagyni. Az ellátás minőségét pozitívan értékelő betegek verbális propagandája nagyon fontos és hasznos tényező, hiszen az orvosok és az egészségügyi szolgáltatók esetében még mindig az ajánlások hozzák a páciensek jelentős hányadát. A betegek akkor elégedettek, ha megkapják, és főként időben kapják meg azt a szolgáltatást, amire szükségük van.

Nagy jelentősége van tehát annak, hogy a kórház megismerje a szolgáltatások igénybevevőinek véleményét és azok ismeretében megfelelő intézkedéseket hozzon a betegelégedettség növelése érdekében.

A vevői elégedettség mérése, a vevők megtartása iránti szándék az egészségügyi szolgáltatóknál is egyre nagyobb hangsúlyt kap. Rendszerhiba, hogy az egyes intézmények eltérő módszertanokat használnak a betegelégedettség mérésére, így az eredmények nem összehasonlíthatók, ami a rendszerszintű eltérések kijávitását, módosítását nem teszi lehetővé. Az eltérő felmérési módszertan használatánál súlyosabb kritika a módszertanilag nem egységes beavatkozások, válaszok használata. Jellemzően az intézményi szereplők egyénileg próbálnak meg reagálni és optimalizálni, ami csak nagyon szerencsés esetben vezethetne a rendszer optimumhoz.

Az eredmények kiértékelésében és a dokumentáltság fokában is tapasztalható hiányosságok. Az eredmények következményeinek definiálásában és azok érvényesítésének módjában pedig különösen nagy a lemaradás a privát szektorhoz képest.

Ennek a szempontnak a kulcseleme a piaci részesedés mérése. A jelenlegi egészségügyi szabályozás nem teremti meg a versenyt a szolgáltatók között, így nem ösztönöz piaci részesedés növelésére sem. Ezáltal az egyik legfontosabb közgazdasági teljesítmény ösztönző erőt, a piaci részesedés növelését, kapcsolja ki a rendszerből, ami nem

ösztönöz hatékony munkavégzésre, a mérhető hatékonysági előnyök kiaknázására, mert nem jutalmazza azt. A magán-szektorban felismerhető erő működését leginkább a magán-biztosítók által generált versenyhelyzet modellezhetné az egészségügyi szektorban.

MŰKÖDÉSI FOLYAMATOK NÉZŐPONTTAL KAPCSOLATOS DILEMMÁK

A működési folyamatok területén jelentős szabadsággal rendelkeznek az egészségügyi szolgáltatók, természetesen a jogszabályi előírások és az orvos-szakmai követelmények maximális figyelembe vétele mellett (ez a szabály a magán-szektorra is vonatkozik). A folyamatok újrászervezésének keretében a felelősségi és feladatkörcsöket, a munkarendet, a felhasznált technológiát és erőforrásokat, a rendelkezésre álló kompetencia kihasználását olyan mértékben lehetséges megszervezni, hogy az a lehető leghatékonyabb legyen, és a betegek elégedettségét szolgálja.

Ami ezen a területen a legnagyobb problémát okozza, az a humán erőforrás teljesítménye, pontosabban az adott bérszinten elvárható teljesítmény. Megfigyelhető, hogy a magyar egészségügyben a dolgozók vagy erőn felül, hivatásstudatuk segítségével teljesítenek, vagy alulmotiváltak, elvándorolnak az országból, vagy szürke és fekete módszereket választanak egyéni hasznossági függvényük finanszírozásához. Az egészségügyi dolgozók versenyképes kompenzációjának megteremtése, és a nyugat-európai munkahelyekkel versenyképes technológiai és munkakörülmények megteremtése az intézmények tulajdonosainak és fenntartóinak, azaz az államnak a felelőssége és feladata. Amennyiben az állam erőforrásai nem engedik meg a valós reformot ezen a területen, meg kell teremteni a magán-szektor érdekeltségét a tőkebefektetésben, szabályozott, az orvos-szakmai szempontok maximális teljesülését biztosító módon.

TANULÁSI ÉS FEJLŐDÉSI NÉZŐPONTTAL KAPCSOLATOS DILEMMÁK

A tanulási és fejlődési nézőpont egyik lényeges eleme (a magán-szektorból átvett „tanuló szervezet” analógiával) az információs rendszerek összehangolása és egységes módszertan alatti működtetése. Jelenleg a magyar egészségügyben nem létezik átlátható, összehasonlítható és naprakész adatokat tároló és információkat előállító integrált informatikai rendszer, ami a magán-szektorból átvett analógiával élve olyan, mintha egy multinacionális vállalat központjába eltérő időközönként, eltérő struktúrában, eltérő adattartalmak futnának be, melyeknek a megbízhatósági foka alacsony. Hiányos és torzított információk birtokában nem lehetséges rendszerszintű döntéseket hatékonyan meghozni.

A vállalati kultúra hiányosságait a működési folyamatok nézőpontnál már érintettük. Itt az a legfontosabb szempont, hogy minden szervezetet emberek összehangolt munkája tesz élővé, ha az emberi tényező nincsen megfelelő hangsúllyal kezelve, az a rendszer összeomlását eredményez-

heti, jó esetben lassú sorvadás (ez megállítható), rossz esetben hirtelen, irreverzibilis sokk formájában.

KONKLÚZIÓ

Összességében elmondható, hogy a BSC alkalmazása a magyar egészségügyi intézményekben lehetséges és kívánatos, de az alábbi szempontok figyelembe vételével szükséges a KPI-okat és új, iparág-specifikus KPI-ok bevezetésére is szükség van. Az alábbi feltételek mellett az egészségügyi intézményekben is lehetséges alkalmazni a KPI-okat a helyi szintű optimalizálás érdekében:

- a privát szektor által nyújtott szolgáltatásoktól eltérően az egészségügy közszolgáltatás. Ezért nem alkalmazható olyan „keményen” a pénzügyi megtérülési elvárások, mint a magán-szektorban, sem intézményi, sem egyéni szinten. Ennek oka, hogy a közszolgáltatás nyújtását nem lehetséges szüneteltetni, exit stratégia nem képzelhető el (legalábbis a felosztó-kirovó rendszer és a társadalmi szolidaritás kereteiben),
- stabil, nem változékony, dokumentált és minden szereplő felé átlátható és kommunikált pénzügyi elvárás-rendszer hiányában nem lehetséges elméleti szinten sem megfelelni egyéb pénzügyi elvárásnak, csupán a költségsökkentésnek, vagy a bevétel-növekedésnek. A költségsökkentésnek elméleti korlátai vannak (a minimumszolgáltatás és a minimumfeltételek miatt is), a bevétel-növekedésnek pedig jelenleg erős jogszabályi korlátai, így a teljesítmény volumen korlát (TVK) érvényesül, az orvos-szakmai és a minőségbiztosítási szempontok mellett. Egy nem pontosan definiált, szűk mozgástérrel rendelkező pénzügyi elvárásrendszernek nem lehet megfelelni, s ez a beszűkített mozgástér a hibázási lehetőségeket ugyan csökkentheti, ugyanakkor a számonkérést nem teszi reálissá és a következmények figyelembe vételét és megvalósulását sem segíti elő, a betegbiztonság csökken,
- a vevői elégedettség nem egységes módszertan alapján történő mérése nem teszi lehetővé az összehasonlítást, így rendszerszintű értéke zéró. Kizárólag a helyi szintű optimalizálás eszköze lehetséges (ez kívánatos eszköz), de az országos problémákat nem képes kezelni,
- a jelenlegi állami szabályozás nem ösztönöz a piaci részesedés növelésére, így a teljesítmény fokozására, vagy a hatékonyság növelésére sem,
- az egészségügyi működési folyamatok tökéletlenségét leginkább a humán erőforrás alulmotiváltsága okozza, mely pénzügyi és humán szempontok figyelembe vételével orvosolható. Az ehhez szükséges tőke előteremtése és a szabályozási környezet kiszámíthatóságának megteremtése egyértelműen az állami szektor feladata és felelőssége,
- integrált informatikai rendszer hiányában az egészségügyi szolgáltatók tevékenységéről, teljesítményéről, kapacitáskihasználásáról hiányos információk állnak rendelkezésre, mely eleve lehetetlenné teszi a hatékony, országos szintű reformot és beszámoltatást.

A fentiekén kívül fontos megjegyezni, hogy hatékony és megfelelő BSC működtetéshez szükséges, de nem elégséges feltétel a stratégiaalkotás. Stratégiaalkotáshoz viszont

nélkülözhetetlen a stabil szabályozó környezet: ennek hiányában stratégiai terv nem készíthető, csak akciótervek.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Káplán, R. S, Norton, D. P: Balanced Scorecard, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1998.

[2] Káplán, R. S, Norton D. P: Stratégiai térképek, Panem Kft., Budapest, 2005.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Mattiassich Norbert okleveles közgazdász (Msc), informatikai menedzsment szakértő. Jelenleg a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karán a Doktori Iskola végzős hallgatója. Kutatási területe az egészségügyi kontrolling, mint a menedzsment döntéstámogatásának eszköze. Korábbi tanulmányait tekintve pénzügyi-számviteli szakellenőr, mérlegképes könyvelő, eu

projektervező, mérnök informatikus, felsőfokú programozó. 2005 januárja óta a Soproni Erzsébet Oktató Kórház kontrolling, informatikai és finanszírozási osztályának osztályvezetője. 2012-ben főtanácsosi kinevezést kapott. Több kórház átvilágítási projektben is részt vett (pl.: Orosházi, Szigetvári kórház). 2006 óta a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karának oktatója. Általa oktatott tantárgyak: egészségügyi kontrolling, informatika, kórházi és gyógyszerári informatikai rendszerek.



Bubori Zsolt okleveles közgazdász (Budapesti Corvinus Egyetem, vezetés-szervezés főszakirány, stratégia specializáció), egészségügyi szakértő. Jelenleg az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar hallgatója. A Magyar Közgazdasági Társaság tagja. 2012 óta a Monte Con-

sulting Kft. ügyvezetőjeként bővíti ismereteit az egészségügyi tanácsadás területén, önkormányzati, állami intézményeknek és a magánszektor szereplőinek nyújt segítséget és szakértői támogatást stratégia alkotás, folyamat-optimalizáció, pénzügyi elemzések, és projektmenedzsment területeken. Tanácsadói tapasztalatait 2006-tól, az Accenture multinacionális tanácsadó cégnél alapozta meg, előzőleg kontrollerként tevékenykedett a Zwack Unicum NyRt-nél.

A migrén kialakulását vizsgálja a Nemzeti Agykutatási Program keretében alakult új kutatócsoport a Semmelweis Egyetemen

A migrén kialakulásához vezető genetikai tényezőket, valamint a migrén és a stressz összefüggéseit vizsgálja a Semmelweis Egyetemen a Nemzeti Agykutatási Program B alprogramja keretében most megalakult MTA-SE-NAP B Genetikai Agyi Képző Migrén Kutatócsoport.

Dr. Juhász Gabriella, a GYTK Gyógyszerhatástani Intézetének docense, a kutatócsoport vezetője hangsúlyozta: elsősorban arra fókuszálnak, mely faktorok váltják ki a migrénes roham visszatérését. Hipotézisük szerint genetikai tényezők befolyásolják, hogy miként reagál valaki olyan külső környezeti hatásokra – így például a stresszre – melyek migrénhez vezetnek. „Feltételezéseink szerint az agykéregnek, különösen a homloklebenyi résznek vannak olyan szabályozó területei, melyek migréneseknél kevésbé hatékonyan működnek, így a szorongás, illetve a fokozott stresszválasz, valamint a fájdalom kialakulásáért felelős agyi területek nincsenek megfelelő kontroll alatt” – fogalmazott Dr. Juhász Gabriella, hozzátéve, hogy a stresszt szélesebb értelemben vizsgálják. Így például a munkahelyi és a hétköznapi stresszhelyzetek mellett a fájdalom visszatérésétől való félelem is kulcsfontosságú lehet.

A vizsgálatokba a tervek szerint száz önként vállalkozót vonnak be; ötven migrénes és kontrollcsoportként ötven egészséges személyt. Az önként jelentkezőket a klinika betegei közül választják majd ki. A kutatás részeként egyebek mellett funkcionális MR segítségével képeket készítenek az agyról, miközben különböző behatások érik a vizsgálatban résztvevőt: például félelmet kifejező arcot mutatnak neki vagy éppen fájdalommal fenyegető helyzetet simulálnak. A vizsgálatok során látható lesz, hogy az egyes külső behatásokra mely agyi terület aktivitása milyen mértékben változott, és különbözött-e ez a migrénesek és a kontrollcsoport esetén.

Folytatás a 34. oldalon